

# EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA



**ECUADOR**

1994-2009



mapeo de normas sobre salud materna



**EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN  
LAS NORMAS DE SALUD MATERNA  
ECUADOR**

1994-2009

mapeo de normas sobre salud materna

## EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LAS NORMAS DE SALUD MATERNA ECUADOR

1994-2009

Ministerio de Salud Pública del Ecuador  
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)  
Family Care International (FCI)

### Mapeo, análisis de las normas y redacción del informe:

Daniel González G. / Antropólogo

### Revisión técnica (realizada en Quito, el 10 de marzo 2010):

Dr. Eduardo Yépez / Director Nacional de Normatización  
Dr. Wilfrido León / Líder Salud de La Mujer, Normatización  
Lic. Sofía Pozo / Técnica de Salud de la Mujer - Normatización  
Dra. Alexandra Caicedo / Técnica Salud de la Mujer, Normatización  
Dra. María Belén Nieto / Técnica Salud de la Mujer, Normatización  
Obst. Jeannina Crespo / Técnica Salud de la Mujer, Normatización  
María Rosa Cevallos / Apoyo técnico Área de Adolescencia - UNFPA  
Matilde Farinango / Técnica Salud Intercultural  
Andrea Pichasaca / Técnica Políticas Interculturales, Salud Intercultural  
Dra. Myriam Conejo / Apoyo técnico Salud Intercultural - MSP  
Dr. Mario Gallo / MAIS, con enfoque intercultural  
Lcdo. Juan Ruilova / Promoción de la Salud  
Dr. Víctor Arauz / Organización Panamericana de Salud (OPS)  
Dr. Jorge Parra / UNFPA  
Dr. Mario Vergara / UNFPA  
Dra. Lily Rodríguez / UNFPA  
Dr. Jorge Hermida / HCI  
Dra. Genny Fuertes / HCI  
Daniel González / FCI  
Dra. Maritza Segura / FCI

**ISBN:** 978-0-9827601-1-6

**Edición:** Cristina Puig Borrás, Family Care International

**Diseño y diagramación:** graphus® 290 2760

**Fotografía:** Joey O'Loughlin

**Impresión:** Edición electrónica

Quito, abril 2010.

Con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)  
y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

# contenido

■	Presentación .....	5
■	Introducción.....	7
■	Enfoque intercultural en el marco jurídico de la República del Ecuador .....	9
■	Mapeo de normas del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.....	16
-	Normas y protocolos de atención (en orden cronológico).....	17
-	Leyes, políticas y planes de salud (en orden cronológico).....	20
■	Servicios de salud materna con enfoque intercultural .....	21
-	Prevención del embarazo y planificación familiar .....	22
-	Control prenatal.....	23
-	Atención del parto .....	25
-	Atención post-parto inmediato .....	31
-	Atención del recién nacido .....	32

■	<b>Síntesis de las principales regulaciones para superar las barreras culturales</b> .....	33
■	<b>Origen de las normativas y participación social</b> .....	54
-	La guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado .....	54
-	La creación de la <i>Ley de maternidad gratuita</i> .....	60
■	<b>Campo de aplicación</b> .....	64
-	La <i>Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado</i> .....	64
-	En lo que respecta a la <i>Ley de maternidad gratuita</i> .....	66
■	<b>Emisión y promoción de las normativas</b> .....	68
-	La <i>Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado</i> .....	68
-	En lo que respecta a la <i>Ley de maternidad gratuita</i> .....	70
■	<b>Financiación</b> .....	72
-	La <i>Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado</i> .....	72
-	Para la <i>Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia</i> .....	73
■	<b>Principales vacíos regulatorios identificados y retos futuros</b> .....	75
■	<b>Síntesis</b> .....	80
■	<b>Referencias</b> .....	82



## PRESENTACIÓN

**El documento que tiene en sus manos** fue encargado por Family Care International, en el marco del proyecto *Construcción de base de conocimientos y análisis de modelos de adecuación cultural de los servicios nacionales y regional andino con enfoque en necesidades y prioridades de las mujeres indígenas* que FCI implementa con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la asistencia financiera de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

El objetivo del mapeo es analizar y sistematizar cómo las normas de salud materna en Ecuador articulan el enfoque intercultural a nivel de los servicios. El mapeo se enmarca en un proyecto orientado a fortalecer las organizaciones de mujeres indígenas y los sistemas de salud, para promover la salud materna desde un enfoque

de salud intercultural y de derechos en países con población indígena.

El proyecto espera contribuir a avanzar en el desarrollo e incorporación de modelos de atención en la salud materna culturalmente adecuados y pertinentes en las políticas públicas de salud de los países; y a abrir y dinamizar espacios regionales, nacionales y locales de diálogo sobre salud intercultural y derechos entre autoridades de salud, de salud intercultural y de organizaciones de la sociedad civil.

Este proyecto se enmarcan en el eje estratégico 3 del Marco del Fondo de Cooperación España y UNFPA: *Salud materna con enfoque intercultural y de derechos*, y quiere contribuir a la implementación del Plan Andino de Salud Intercultural, impulsado por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), y en particular de su línea estratégica de adecuación cultural de los servicios y sistemas de salud.

Los puntos de vista expresados en esta publicación son de responsabilidad del autor/ institución y no necesariamente reflejan los del Fondo de Población de las Naciones Unidas y los de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo.

Para copias, información o comentarios, escribir a:

Family Care International (FCI)

lac@fcimail.org

www.familycareintl.org





## INTRODUCCIÓN

**El presente documento se enmarca** dentro del proyecto regional *Modelos de adaptación cultural de servicios de salud materna: una propuesta de sistematización y análisis*, que Family Care International (FCI) lleva a cabo en Bolivia, Ecuador y Perú, con el apoyo del UNFPA y de la AECID, el objetivo de analizar y sistematizar los distintos modelos de atención intercultural en salud materna creados en la región andina, y con el fin de construir una base de conocimientos socializables a nivel de América Latina.

Como primer ejercicio de análisis, FCI lleva a cabo un mapeo de las normas oficiales sobre salud materna (incluida la planificación familiar) que indican cómo articular, abordar y manejar los factores culturales relevantes en los procesos de atención.



Este informe expone los hallazgos surgidos de la revisión y análisis de políticas, normas y directrices de salud materna emitidas por las autoridades nacionales de salud en el Ecuador desde el año de 1994 hasta el presente.

En primer lugar analizamos las leyes expedidas por el Estado que se refieren al tema de salud e interculturalidad, a fin de contextualizar el terreno en el que surgen las normativas de atención. Seguidamente revisamos los documentos oficialmente emitidos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) para regir la atención materna, cuya aplicación abarca diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo políticas y programas aplicables a nivel central, así como normas concretas para la atención a la población en unidades operativas del MSP.

La información documental se complementó con entrevistas realizadas a funcionarios del MSP vinculados a la Dirección Nacional de Normatización y del Subproceso de Salud Intercultural (DNSPI), quienes proporcionaron información detallada sobre el origen y desarrollo de las normativas más recientes en materia de salud materna e interculturalidad. También se consultó a las autoridades y miembros de la Unidad Ejecutora de la *Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia* (UELMGYAI), con el fin de conocer el desenvolvimiento actual de las prestaciones interculturales cubiertas por dicha ley en el país.

# ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL MARCO JURÍDICO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

**En Ecuador, la lucha social y política** de los pueblos indígenas por el reconocimiento de la diversidad étnica y la autodeterminación de sus culturas se ha convertido en el mayor referente de la demanda de interculturalidad. Durante la década de los 90, las movilizaciones y levantamientos del movimiento indígena permitieron no solamente que la Constitución Política del Estado, promulgada en 1998, reconozca al Ecuador como pluricultural y multiétnico, sino que además promovieron al interior del país una creciente reflexión y toma de conciencia sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos y nacionalidades<sup>1</sup>.

El Estado ecuatoriano recogió algunas de las propuestas políticas del movimiento indígena sobre el respeto, promoción y desarrollo de la medicina tradicional, las mismas que fueron plasmadas en los siguientes artículos de la Constitución de 1998:

**Art. 44.-** El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, res-

1 En el ámbito internacional, de igual manera, se reconocieron los derechos colectivos de los pueblos indígenas mediante la celebración de importantes declaraciones, acuerdos, convenios y tratados internacionales, tales como el Convenio 169 de la OIT, las Resoluciones V y VI de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA), OPS/OMS, 1993, o la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas (NNUU, 1994-2004).

*El Estado ecuatoriano recogió algunas de las propuestas políticas del movimiento indígena sobre el respeto, promoción y desarrollo de la medicina tradicional.*

petará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

**Art. 84.-** El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos, los siguientes derechos colectivos:

1. Mantener, desarrollar y fortalecer su identidad y tradiciones en lo espiritual, cultural, lingüístico, social, político y económico.
2. Conservar la propiedad imprescriptible de las tierras comunitarias, que serán inalienables, inembargables e indivisibles, salvo la facultad del Estado para declarar su utilidad pública. Estas tierras estarán exentas del pago del impuesto predial.
3. Mantener la posesión ancestral de las tierras comunitarias y a obtener su adjudicación gratuita, conforme a la ley.
4. Participar en el uso, usufructo, administración y conservación de los recursos naturales renovables que se hallen en sus tierras.
5. Ser consultados sobre planes y programas de prospección y explotación de recursos no renovables que se hallen en sus tierras y que puedan afectarlos ambiental o culturalmente; participar en los beneficios que esos proyectos reporten, en cuanto sea posible y recibir indemnizaciones por los perjuicios socio-ambientales que les causen.
6. Conservar y promover sus prácticas de manejo de la biodiversidad y de su entorno natural.



7. Conservar y desarrollar sus formas tradicionales de convivencia y organización social, de generación y ejercicio de la autoridad.
8. A no ser desplazados, como pueblos, de sus tierras.
9. A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.
10. Mantener, desarrollar y administrar su patrimonio cultural e histórico.
11. Acceder a una educación de calidad. Contar con el sistema de educación intercultural bilingüe.
12. *A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella.*
13. Formular prioridades en planes y proyectos para el desarrollo y mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales; y a un adecuado financiamiento del Estado.
14. Participar, mediante representantes, en los organismos oficiales que determine la ley.
15. Usar símbolos y emblemas que los identifiquen.

Las reivindicaciones del movimiento indígena también condujeron a la creación dentro del MSP de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas (DNSPI), mediante Acuerdo Ministerial No. 01642, el 13 de septiembre de 1999. En términos generales, la misión encomendada a la DNSPI, fue la de “operacionalizar el mandato constitucional ya señalado, estableciendo no

*Las reivindicaciones del movimiento indígena también condujeron a la creación dentro del MSP de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas (DNSPI).*

sólo disposiciones técnicas, estratégicas y políticas a fin de legalizar, legitimar y desarrollar las medicinas tradicionales indígenas, sino la de construir modelos interculturales de salud que, comprendiendo las particularidades étnicas de la demanda, humanicen y adecuen sus servicios y prestaciones, al tiempo que consideren las distintas modalidades de articulación de las culturas sanitarias existentes en el país” (MSP, 2008c: 18).

En 2002, en el contexto del proceso de modernización del sector salud, el Congreso Nacional expidió la **Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud**<sup>2</sup>, la cual establece importantes lineamientos para la construcción de modelos interculturales de salud:

**Capítulo I:** Art. 4: Principios. 5. Pluralidad: Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales propiciando su interrelación con una visión pluricultural.

**Capítulo II:** Del Plan Integral de Salud. Art. 6. Modelo de Atención: El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.

**Capítulo III:** Integración del Sistema. Art. 7. Integran-tes del Sistema Nacional de Salud: 12. Servicios Co-munitarios de Salud y Agentes de la Medicina Tradicional y Alternativa.

**Capítulo VI:** De los Recursos Humanos. Art. 29: El Mi-nisterio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Na-cional de Salud y la participación de la Fundación para

2 República del Ecuador. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley No. 80. RO/ 670 de 25 de septiembre de 2002.

la Ciencia y la Tecnología (FUNDACT), impulsará una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y el desarrollo y transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad del país manteniendo el enfoque pluricultural que incluya la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y alternativa

Como se puede observar, la Ley Orgánica del SNS reconoce la pluriculturalidad que caracteriza al país en materia de salud, e incluso propone su “interrelación” con el Sistema Nacional de Salud, sin embargo, no llega a abordar mecanismos y estrategias concretas para articular estos saberes y prácticas diversas y promover efectivamente la interculturalidad.

La última Constitución de la República del Ecuador, aprobada en el 2008, da un importante salto cualitativo con respecto a las anteriores constituciones, pues no sólo reconoce la plurinacionalidad dentro del país, sino que además incorpora el principio filosófico indígena del Sumak Kawsay (Buen Vivir), así como los enfoques de género e interculturalidad como ejes transversales en todos sus capítulos:

*“El Sumak Kawsay es retomado de la cosmovisión de la nacionalidad Kichwa. Para los indígenas Kichwas, el buen vivir consiste en alcanzar un estado de armonía entre los seres humanos, con la comunidad y con la naturaleza o Pacha Mama. Por primera vez en la historia del Ecuador, un texto constitucional reconoce y valora el aporte de los pueblos originarios para la creación de un nuevo pacto de convivencia en la diversidad” (Larrea, 2008:1).*

*“(El Sumak Kawsay) comprende un enfoque holístico ancestral, que pregona la salud como la armonía del ser humano consigo mismo, con su familia,*

*El Sumak Kawsay es retomado de la cosmovisión de la nacionalidad Kichwa. Para los indígenas Kichwas, el buen vivir consiste en alcanzar un estado de armonía entre los seres humanos, con la comunidad y con la naturaleza o Pacha Mama.*

*la comunidad, con la naturaleza y fuerzas espirituales, que determinan y/o explican las limitaciones de la medicina científica experimental, u otras semejantes” (MSP, 2009b).*

En el ámbito de la salud, esta Carta Política<sup>3</sup> establece los siguientes mandatos:

**Art. 32.-** (...) El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el Capítulo Cuarto sobre los Derechos de las Comunidades, Pueblos y Nacionalidades, determina:

**Art. 57.-** Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la Constitución y con los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos:

12. Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro

3 Asamblea Constituyente, Constitución Política de la República del Ecuador, Montecristi, Manabí, 2008.



de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora”.

En lo que respecta a la salud materna, en los últimos 15 años el Estado ecuatoriano ha dado importantes pasos para transformar el modelo de atención desde un enfoque biomédico hacia un modelo de atención con enfoque intercultural. Esta transformación se aprecia gradualmente en las políticas, planes y normativas de salud materna y neonatal que analizaremos a continuación.



# MAPEO DE NORMAS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

**El mapeo de normas y directrices emitidas** por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en materia de salud materna y planificación familiar, incluyó la revisión de documentos clave con el fin de constatar la existencia de referencias a la pertinencia cultural de los servicios. La mayoría de documentos se enmarcan dentro de las estrategias para la reducción de la muerte materna y neonatal en el país. El público a quien van dirigidos es el personal de salud que atiende partos (médicos, obstetras, enfermeras) en todas las unidades operativas del SNS, así como también los responsables de los Programas de Normatización de Salud según ciclos de vida (e.g. salud de la mujer, salud infantil, salud de adolescentes).

El listado a continuación organiza los documentos según su naturaleza y alcance; por un lado normas y protocolos con directrices concretas para la prestación de servicios y, por otro lado, leyes y planes con pautas de carácter más global.

**NORMAS Y  
PROTOCOLOS DE  
ATENCIÓN  
(en orden  
cronológico)**

**1992** *Manual de normas para la atención materno - infantil por niveles de complejidad.* Consejo Nacional de Salud, Quito, 306 págs. (vigente hasta 1999).

**1995** *Manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los/las adolescentes con énfasis en salud reproductiva.* Dirección nacional de fomento y protección, Quito, 103 págs.

**1996** *Guía básica para la atención y manejo de las emergencias obstétricas por niveles de complejidad.* Dirección general de salud, Dirección nacional de fomento y protección, Quito, 93 págs.

**1999** *Normas y procedimientos de atención en salud reproductiva.* Dirección nacional de promoción y atención integral de salud, Quito, (contiene los siguientes módulos: Planificación familiar, materno-perinatal, adolescencia, ETS, VIH-SIDA, bioseguridad, climaterio e infertilidad, violencia, y cáncer ginecológico).

**2003** *Normatización Técnica de la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) como tratamiento del aborto incompleto.* Adendum al capítulo de aborto de las *Normas y procedimientos de atención en salud reproductiva.*

**2005** *Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes.* Dirección de normatización del sistema nacional de salud, Quito, 87 págs.

**2006** *Addendum a la norma nacional para el manejo activo del tercer período del parto.*

**2008** *Plan para la reducción acelerada de la muerte materna y neonatal.* Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 58 págs. Contiene los siguientes capítulos normativos de salud sexual y reproductiva:

**2008 - Norma y protocolo materno.** Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 319 págs.

**2008 - Norma y protocolo neonatal.** Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 175 págs.

**2008 - Manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal.** Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 86 págs.

**2008 - Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.**

Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 63 págs.

**2009 Paquete normativo de atención integral de la salud de adolescentes.** Contiene los siguientes Capítulos normativos:

**2009 - Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes.** Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 98 págs.

**2009 - Protocolos de atención integral a adolescentes.** Proceso de Normalización del sistema nacional de salud, Quito, 147 págs.

**2009 - Norma de planificación familiar** (versión preliminar) Capítulo adolescentes, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 13 págs.

**2009 - Caja de herramientas.** Documentos de apoyo técnico a normas y protocolos de atención integral a los/las adolescentes. Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 107 págs.

Como se puede apreciar, el MSP ha revisado y actualizado las normativas publicadas cada cierto tiempo, de acuerdo al flujo de innovaciones; por ejemplo, en los últimos 15 años, las normas de atención materno-infantil se han modificado en tres ocasiones (1992, 1999, 2008), al igual que las normas de atención a adolescentes (1995, 2005, 2009).

## LEYES, POLÍTICAS Y PLANES DE SALUD (en orden cronológico)

**1994** *Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia* (Reformada 1998).

**2005** *Política nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos.*

**2005** *Plan de acción.* Política de salud y derechos sexuales y reproductivos.

**2005** *Plan para la reducción de la mortalidad materna.* Dirección de normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 14 págs.

**2007** *Plan nacional de prevención del embarazo en adolescentes.* Dirección nacional de normatización, Área de salud de adolescencia, Quito, 19 págs.

**2008** *Plan para la reducción acelerada de la muerte materna y neonatal.* Consejo Nacional de Salud (CONASA), Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Quito, 58 págs.

# SERVICIOS DE SALUD MATERNA CON ENFOQUE INTERCULTURAL

**Para analizar los servicios de salud materna** que consideran la pertinencia cultural de la atención, partimos de la conceptualización de dichos servicios como aquellos que incluyen la información y atención sanitaria brindada a una mujer desde el inicio de su embarazo, durante el parto y el puerperio. Además extendemos el análisis a la planificación familiar o anticoncepción (incluida la anticoncepción de emergencia), originalmente concebida como parte de los servicios de salud reproductiva.

En función de esta conceptualización hemos identificado áreas de atención materno-infantil dentro de las cuales es posible detectar iniciativas de adecuación cultural de los servicios de salud ofrecidos por el MSP:

- Prevención del embarazo.
- Identificación del embarazo.
- Control prenatal.
- Parto.
- Post-parto inmediato.
- Atención al recién nacido.

## PREVENCIÓN DEL EMBARAZO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

- **1999**  
**Normas y procedimientos de  
atención en salud reproductiva**

A lo largo de esta normativa son muy pocas las menciones sobre el carácter cultural de los servicios de salud reproductiva.

De forma general, se identifica entre las características de un/a buen/a orientador/a en salud reproductiva el *“comprender los factores culturales y emocionales que afectan la decisión de la persona o de la pareja”* (MSP, 1999:5).

En la sección sobre salud reproductiva de adolescentes, capítulo promoción de la salud individual y grupal, se discute la organización de actividades educativas para la promoción de la salud en la adolescencia, estableciendo como recomendación metodológica que *“los contenidos deben tener un enfoque biopsicosocial, respetando la cultura, las tradiciones y las particularidades de la localidad, que promuevan salud”* (Ibíd.:23).

- **2008**  
**Guía técnica para la atención  
del parto culturalmente adecuado**

La guía regula aspectos culturales relativos a la planificación familiar en la medida en que propone la intermediación de la partera cuando la pareja rechace la consejería de planificación familiar:

*“Antes de dar el alta médica, proporcione asesoramiento anticonceptivo de ser posible con la participación de la pareja y la mediación de la partera cuando exista rechazo de parte de la pareja”* (MSP, 2008a:42).



## CONTROL PRENATAL

- **1994**  
**Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI)**

El manual técnico, operativo, administrativo y financiero de la LMGYAI, en su acápite de “Instrumentos de programación, monitoreo y evaluación”, otorga a los agentes de salud tradicionales un papel de referencia de las mujeres embarazadas. En el caso del control prenatal, los agentes tradicionales se vinculan a las siguientes prestaciones<sup>4</sup>:

*“Captación temprana del embarazo por agente de salud comunitario”.*

*“Referencia temprana de embarazos de riesgo” (MSP, 2002:4).*

- **1996**  
**Guía básica para la atención y manejo de las Emergencias obstétricas por niveles de complejidad**

Esta guía complementa la normativa materno-infantil de 1992, y establece entre las medidas preventivas de las complicaciones obstétricas el: “Captar precozmente a las embarazadas de la zona de influencia, preferentemente en el primer trimestre de gestación, a través del trabajo cooperativo de líderes comunitarios, parteras tradicionales, voluntarios de salud” (MSP, 1996:13).

Pese a reconocer el trabajo de los agentes de la medicina tradicional, la guía adolece de un enfoque intercultural, pues más adelante valora negativamente y de forma poco contextualizada su labor, al establecer los siguientes elementos como “factores so-

4 Las prestaciones a cargo de agentes de salud comunitarios o tradicionales aquí mencionadas corresponden a aquellas originalmente incluidas dentro de la ley. En la actualidad estas prestaciones han experimentado importantes cambios que explicaremos en detalle más adelante.



ciales de riesgo más frecuentes que pueden afectar a la madre y al hijo”:

- “Patrones culturales que rigen determinadas comunidades;
- Prácticas y creencias desfavorables que utiliza la comunidad como autocuidado en el proceso de gestación;
- Preferencia en la atención de la gestación, parto y puerperio por parte de curanderos, brujos, yerbateros y parteras tradicionales” (Ibíd.:12).

Estos enunciados demuestran cómo hace aproximadamente quince años, los agentes de salud tradicionales eran estigmatizados y deslegitimados en cuanto a sus saberes y prácticas, y la sensibilidad del sector salud ante la diversidad cultural de la población era mucho menor; ello nos brinda perspectiva sobre el grado de cambio y evolución alcanzado con respecto al reconocimiento de la medicina ancestral y la necesidad de su articulación al SNS.

## • 2008 Norma y protocolo materno

La normativa define el control prenatal y le asigna varios componentes: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con *enfoques de interculturalidad*, género y generacional (MSP, 2008b:27). El apartado que trata el “Enfoque intercultural” del control prenatal no ofrece una definición del mismo propiamente dicha, sino que señala el papel que deben desarrollar los proveedores de salud al respecto:

## ATENCIÓN DEL PARTO

*“El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención” (Ibíd.:28).*

Las referencias a un “enfoque intercultural” son recurrentes a lo largo de diferentes normativas emitidas por el MSP en los últimos años. Sin embargo, son muy pocos los documentos que explican de forma clara qué debemos entender por estos términos. Muchas veces se equipara “interculturalidad” con los conocimientos y sensibilidad que deben adquirir los trabajadores de salud para enfrentar la diversidad cultural de la población que atienden, pero poco se habla sobre estrategias integrales para implementar la interculturalidad de forma sistemática y en diferentes niveles y componentes del SNS.

- **1994**  
**Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia**

En el caso del Parto, los agentes tradicionales se vinculan a las siguientes prestaciones:

*“Referencias para parto/cesárea por agente de salud comunitario” (MSP, 2002:4).*

Las prestaciones cubiertas por la Ley deben reportarse a una instancia de control central conocida como la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita (UELMGYAI), para su reembolso. En el caso de las prestaciones por agentes de salud comunitarios, la UELMGYAI determina que el reporte debe ir acompañado de una hoja de referencia incluida en

el “Manual de Capacitación de las Parteras Tradicionales”, elaborado por la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígenas (DNSPI). No obstante, de acuerdo a funcionarios de la UELMGYAI, la aplicación de este instrumento ha sido muy limitada y variable en función de las experiencias previas de organización de las parteras en cada provincia, impulsadas a nivel local por diferentes organizaciones comunitarias y ONGs. Este tema será discutido más adelante, al analizar en mayor detalle la LMGYAI.

- **1999**  
**Normas y procedimientos de atención en salud reproductiva**

En la Sección Materno-Perinatal, capítulo “Guía para la Atención del Parto Normal o Eutócico”, se mencionan algunos factores que influyen en el proceso de la labor de parto, entre ellos:

*“cuando la gestante se halla en posición vertical (sentada, de pie o de deambulo), la intensidad de las contracciones es mayor que cuando está en decúbito dorsal”*

*“factores socioculturales (pudor, baño, lenguaje, trato, respeto a la disposición final de la placenta y otras)”*

*“de considerarse necesario, la unidad de salud, puede aceptar la compañía de la pareja en la labor de parto y durante el parto” (MSP, 1999:17).*

Estos elementos son meramente enumerados, sin ser analizados de forma positiva o negativa, y sin vincularlos a la adecuación cultural de los servicios.

En este mismo capítulo, bajo Procedimientos y Maniobras en el Período Expulsivo, se establece como segundo punto:

*“Buscar la posición del parto más adecuada para la parturienta: La gestante puede adoptar la posición que le sea más cómoda siendo la mejor en cuclillas o semisentada. Si se requieren implementar el parto vertical es necesario contar con las condiciones ideales para la realización del mismo” (Ibíd.:21).*

Pese a que aquí el Parto Vertical se plantea como una opción, no se proporcionan pautas para que el personal de salud pueda proporcionar este tipo de atención. Es decir, si bien se reconoce la necesidad de disponer de determinada infraestructura mínima para hacer posible el parto vertical, la normativa no logra aún articular estos aspectos operativos.

- **2008**  
**Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado**

La Guía constituye el primer ejercicio institucional de normar la atención del parto con un enfoque intercultural, regulando aspectos culturales en varios ámbitos de atención del parto enumerados a continuación. A cada ámbito le corresponde una serie de procedimientos interculturales que son incluidos de forma explícita en el protocolo:

- **Trato interpersonal e Información brindados por el personal de salud a las usuarias, familiares, y parteras/os tradicionales:**



*“Considere y respete las prácticas habituales de la comunidad a la que pertenecen en lo relacionado a la atención del parto, escuche y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender” (MSP, 2008a:45).*

*“Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) qué es lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes” (Ibíd.:51).*

- **Acompañamiento y apoyo de familiares y parteras durante el parto, incluyendo ayuda para vestirse, masajes, entre otros:**

*“Asegure el acompañamiento de la pareja, familiar, partera o partero en todas las instancias de la labor de parto” (Ibíd.:46).*

*“Permita que la partera o partero tradicional dé las orientaciones sobre como realizar el jadeo si ella lo acepta” (Ibíd.:52).*

*“Permita que la paciente reciba masajes de su familiar o partera según las prácticas de la comunidad” (Ibíd.:49).*

- **Vestimenta de la paciente para el parto:**

*“Permita el uso de la ropa según la costumbre de la comunidad (insistiendo en que debe estar limpia) y asegúrese que la atención se realice en las mejores condiciones de asepsia sin importar la posición que escoja la embarazada” (Ibíd.:51).*

- **Posición del parto, de libre adopción según la comodidad de las usuarias:**

*“Permitir que la mujer cambie de posición buscando la que le dé la mayor fuerza para la expulsión del feto. El personal de salud que*

*atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida. Las posiciones que puede adoptar la paciente son las siguientes:*

- a. Posición de cuclillas: variedad anterior.*
- b. Posición de cuclillas: variedad posterior.*
- c. Posición de rodillas.*
- d. Posición sentada.*
- e. Posición semisentada.*
- f. Posición cogida de la soga.*
- g. Posición pies y manos (4 puntos de apoyo).*
- h. Posición de pie (ANEXO 4).*

*O la posición que adopte la parturienta de acuerdo a la cultura” (Ibíd.:50).*

- **Alimentación durante y después del parto, incluyendo ingesta de aguas medicinales y alimentos traídos por acompañantes:**

*“NO MANTENGA EL AYUNO (NPO-Nada por vía oral) DURANTE LA LABOR DE PARTO. Permita la ingesta de líquidos azucarados, administrados por los familiares o la partera. Es importante que el personal de salud conozca la acción de ciertas plantas medicinales que son administradas durante el trabajo de parto en las comunidades, especialmente quien atenderá el parto” (Ibíd.:48).*

- **Espacio físico en el que se atiende el parto, adecuado con respecto a colores y equipamiento (sillas, colchonetas, esteras, etc.):**

*“El espacio físico debe ser adecuado a la realidad y necesidades culturales y ambientales de la localidad (estera, silla, colchonetas). El área física para realizar un Parto Culturalmente Adecuado debe evitar el color blanco o muy claro*

*en sus paredes (en algunas culturas andinas el color blanco representa la muerte, además muchas pacientes se incomodan al pensar que van a ensuciar o manchar los entornos de colores claros)” (Ibíd.:45).*

- **Omisión de procedimientos rutinarios en atención del parto institucional (rasura, enema, episiotomías):**

*“NO RASURE EL VELLO PÚBICO sólo si la paciente o la partera lo solicita por las características de la práctica comunitaria de atención (NO RASURE RUTINARIAMENTE EL ÁREA GENITAL)” (Ibíd.:48).*

- **Temperatura ambiental durante el parto, que debe ser abrigada:**

*“Acondicione o verifique que el área donde se atenderá el parto cuente con: Calor producido por calefactores, estufas o chimeneas (tomando en cuenta las regiones del país y condiciones de la unidad operativa)” (Ibíd.:51).*

- **Corte del cordón umbilical:**

*“Pince y corte el cordón umbilical cuando ha dejado de latir, permita cortar el cordón umbilical a la partera o al partero tradicional, y al familiar, según las prácticas de la comunidad” (Ibíd.:53).*

- **Expulsión/extracción de la placenta:**

*“De ser necesario utilizar técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres de la comunidad” (Ibíd.:55).*

*“Verifique y examine que la placenta y las membranas se expulsaron completamente, conjuntamente con la partera o partero tradicional” (Ibíd.)*

## ATENCIÓN POST-PARTO INMEDIATO

*“Entregar la placenta a la partera o partero tradicional o familiar para que ella realice según las creencias de la comunidad las acciones necesarias con la misma (se lo hará en funda sellada respetando las normas de bioseguridad)” (Ibíd.).*

*“Una vez que ha sido expulsada la placenta realizar el aseo vulvoperineal con agua medicinal tibia respetando las costumbres de la zona” (Ibíd.).*

- **1994**  
**Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia**

En el caso del post-parto, los agentes tradicionales se vinculan a las siguientes prestaciones:

*“Referencia del post-parto y recién nacido (7 días)”.*

*“Captación y referencia de mujeres con hemorragias y complicaciones post-parto” (MSP, 2002:4).*

- **2008**  
**Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado**

El protocolo de atención incluye las siguientes prácticas culturales posteriores al nacimiento:

*“En el puerperio debe permitir que la paciente sea fajada si es una costumbre de la comunidad” (MSP, 2008a:57).*

*“En lo relacionado a la dieta permitir que los familiares lleven la alimentación que acostumbran a dar en su comunidad” (MSP, 2008a: 58).*



## **ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

- **2008**  
**Guía técnica para la atención  
del parto culturalmente adecuado**

El protocolo de la Guía propone que el personal de salud monitoree las prácticas culturales de la paciente y sus familiares con respecto al recién nacido, pero no hace explícitos los criterios para calificarlas como “inofensivas” o “perjudiciales”:

*“Trate de interactuar con los acompañantes de la paciente, respete las prácticas inofensivas de la paciente y los acompañantes sobre ella y el bebé, de ser necesario dirigir sutilmente las prácticas que podrían ir en contra de la evidencia en lo referente al cuidado neonatal” (MSP, 2008a:57).*

# SÍNTESIS DE LAS PRINCIPALES REGULACIONES PARA SUPERAR LAS BARRERAS CULTURALES

## **El análisis en orden cronológico de las normas**

de salud materno-infantil formuladas por el MSP del Ecuador desde el inicio de la década de 1990, nos permite identificar momentos claves en que se empezó a reconocer el carácter intercultural de los servicios de forma oficial. El Manual de Normas para la Atención Materno-Infantil por Niveles de Complejidad emitido en el año 1992, tuvo vigencia como principal directriz en la materia hasta 1999, fecha en que fue reemplazado por una nueva normativa. Desde su formulación se ha recorrido un buen trecho en cuanto a la consideración de la pertinencia cultural de los servicios de salud materna.

Prácticamente este recorrido empezó de cero, pues la normativa de 1992 no reconoce de forma explícita la diversidad cultural de la población ecuatoriana, ni el carácter intercultural de los servicios. El único punto que se podría asociar de forma implícita a aspectos culturales de la atención del parto aparece en el Capítulo 1, acápite sobre Normas de Atención del Parto

*El análisis en orden cronológico de las normas de salud materno-infantil formuladas por el MSP del Ecuador desde el inicio de la década de 1990, nos permite identificar momentos claves en que se empezó a reconocer el carácter intercultural de los servicios de forma oficial.*

Normal o Eutócico, bajo “Preparación de la Parturienta”, donde se menciona: “Se debe adoptar la posición más cómoda, vertical, en cuclillas o semisentada” (MSP, 1992:27) La posibilidad de adoptar una posición vertical durante el parto aparece en el texto de forma pasajera y sin llegar a contextualizar la opción como una práctica cultural ancestral.

El panorama sobre directrices culturales en materia de salud encontraría su primer punto de quiebre en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), expedida por el Congreso de la República en 1994 y reformada por primera vez en 1998. La LMGYAI garantiza la atención obstétrica y de salud reproductiva gratuita a la mujer, así como atención al recién nacido y niños menores de 5 años. 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 para enfermedades prevalentes de la infancia.

La LMGYAI se ha convertido en una herramienta muy importante para superar las barreras económicas en la atención materno-infantil, estimulando la expansión de la cobertura de la atención calificada del parto y contribuyendo a consolidar la salud y la calidad de atención como un derecho ciudadano.

En materia intercultural, y de forma innovadora, el artículo 2-A de la Ley estableció la posibilidad de participación de los agentes tradicionales y otros proveedores



de salud ajenos al MSP, como prestadores de atención materna: “podrán participar, además, previa acreditación por el Ministerio de Salud Pública y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, *incluyendo las de la medicina tradicional*”<sup>5</sup>. Dentro de la Ley se definen como “Otros proveedores de servicios de salud”: “aquellas entidades sin fines de lucro o *agentes de la medicina tradicional* acreditados por el MSP que prestan servicios de salud a la población, y que deberán cumplir con la gratuidad de las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia; se integran en una red de servicios con el MSP, y atienden a la población que no es cubierta por ningún servicio de salud” (MSP, 2002:1).

Si bien la LMGYAI concibe a los agentes de la medicina tradicional como potenciales prestadores de servicios, en el ámbito operativo su labor se vio limitada a las siguientes prestaciones definidas en el “Manual técnico, operativo, financiero y administrativo” de la LMGYAI publicado en el año 2002:

- Captación y referencia temprana del embarazo.
- Referencia temprana de complicaciones obstétricas.
- Referencia para el parto institucional.
- Referencia del postparto y recién nacido (7 días).
- Captación y referencia de mujeres con hemorragias y complicaciones postparto.

Estas prestaciones recién empezaron a ser reconocidas y reportadas a nivel nacional en el año 2005. Desde entonces, su reporte ha sido muy limitado y variable según las particularidades de cada provincia y área de salud. Actualmente las prestaciones por agentes de salud comunitaria se han reducido a dos: Captación y

5 Art. agregado por Ley No. 129; agosto 1998.



referencia del embarazo, y referencia para el parto institucional<sup>6</sup>.

Según el equipo técnico inicialmente a cargo de la implementación de la Ley, la identificación y acreditación de parteras constituyó una limitación importante para el reporte de estas prestaciones. En ese entonces, el MSP no contaba con mecanismos definidos para la acreditación de agentes de salud tradicional en el país. En algunas provincias como Imbabura (localidad de Cotacachi), Cotopaxi, Chimborazo y Tungurahua, donde existía mayor participación comunitaria y experiencias de trabajo local con las parteras, los técnicos de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UELMGYAI)<sup>7</sup>, junto con los líderes comunitarios, pensaron originalmente en la posibilidad de entregar a los agentes comunitarios insumos necesarios para su trabajo, como mandiles, zapatos, o alcohol, a cambio de las prestaciones cubiertas por la LMGYAI. No obstante, estas iniciativas se encontraron con fuerte resistencia por parte de los funcionarios a cargo del control financiero de la Ley, quienes se oponían a la entrega de insumos a personal que no fuera parte del MSP<sup>8</sup>.

De acuerdo a lo dispuesto por la Unidad Ejecutora de la Ley, las unidades operativas deben realizar el reporte mensual de prestaciones cubiertas por la Ley en un instrumento creado para el efecto conocido como “base matriz”. Posteriormente, las Áreas de Salud y las Direcciones Provinciales de Salud condensan esta información nivel local y lo reportan a la UELMGYAI a nivel central.

Según el Instructivo para realizar el reporte de prestaciones, las referencias hechas por agentes de salud tra-

6 Entrevista Dr. Zambrano. Director de la UELMGYAI, enero, 2010.

7 La UELMGYAI, una entidad técnico-financiera del Ministerio de Salud Pública con autonomía administrativa y financiera, es la encargada del cumplimiento de la ley y de la administración de los recursos asignados a la cuenta del Fondo Solidario de Salud, que hasta el año 2009 fue la fuente que financió a nivel nacional la aplicación de esta ley.

8 Entrevista Dra. Mónica Cañas, ex-funcionaria técnica de la UELMGYAI, enero, 2010.



*De acuerdo a lo dispuesto por la Unidad Ejecutora de la Ley, las unidades operativas deben realizar el reporte mensual de prestaciones cubiertas por la Ley en un instrumento creado para el efecto conocido como Base Matriz.*

dicionales deben incluirse en la Base Matriz que se remite a la UELMGYAI, y deben ir acompañadas de un documento de respaldo o “Cupón de referencia que se encuentra en el Manual de Capacitación de la Partera Tradicional y que se adjunta a la Historia Clínica de la embarazada” (MSP, 2009a). Hasta el año 2005, el Instructivo mencionaba que “el producto de esta prestación deberá ser entregado a cada partera en materiales e insumos indispensables para la atención” (MSP, 2005b:5)<sup>9</sup>.

Según funcionarios de la UELMGYAI, estas disposiciones no pudieron operativizarse debido a que los fondos de la Ley sólo pueden destinarse para la adquisición de medicamentos, exámenes, e insumos que se distribuyen entre las unidades operativas del MSP. Dado que los agentes de salud tradicional no forman parte de la red de servicios del MSP, legalmente no es posible retribuir sus prestaciones con estos insumos, menos aún cuando no existe un mecanismo formal de reconocimiento y acreditación<sup>10</sup>.

Las dificultades para aplicar estas medidas surgen en un contexto particular, caracterizado por la creciente institucionalización de iniciativas para promover la salud de las nacionalidades y pueblos del Ecuador y fomentar un modelo de atención intercultural. Como señalamos anteriormente, la conformación del Subproceso de Medicina Intercultural del MSP tiene sus primeros antecedentes en los años de 1993 y 1994, cuando el MSP conformó un equipo de trabajo dedicado a la búsqueda de modelos de salud para la población indígena y se propuso la creación de la División Nacional de Salud Indígena (DINASI), la misma que finalmente no logró concretarse (MSP, 2008c:18). Posteriormente, a raíz de las reivindicaciones políticas del movimiento in-

9 El mencionado instructivo ha sido reemplazado en el presente año por el Manual *Instructivo para el reporte mensual de producción de prestaciones* de la LMGYAI en la Base Matriz, enero, 2009.

10 Entrevista Dr. Zambrano, Director de la UELMGYAI, enero, 2010.

dígena, en el año de 1999 se creó la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI) como parte del MSP. A partir del año 2001, la DNSPI pudo concretar la concesión de un presupuesto regular y diseñó un plan estratégico para orientar su funcionamiento. La versión más reciente de este plan, para el período 2009-2013, incorpora contenidos sobre medicina afroecuatoriana, y sobre las medicinas denominadas “alternativas y complementarias”. Tales innovaciones reflejan una preocupación creciente del MSP por incluir la diversidad sociocultural del país, representada no sólo por las nacionalidades indígenas o pueblos originarios, sino también por los pueblos afro y la variedad de conocimientos y prácticas de salud que existen entre la población general.

En el año 2003, la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas se convierte en Subproceso de medicina intercultural a raíz de una reestructuración global del MSP, mediante la cual se crearon diferentes subprocesos al interior de la institución. Finalmente, en el 2008 se puso en marcha un trabajo de negociación técnico-político junto a la SENRES<sup>11</sup>, para transformar el *Subproceso de medicina intercultural en proceso de salud intercultural*, con el objetivo de “aportar al diseño de políticas de interculturalidad, y de operar la integración de las medicinas ancestrales (indígenas y afroecuatoriana), y las medicinas alternativas y complementarias, tanto en los planes, programas, actividades y productos de la Autoridad Sanitaria, como del Sistema Nacional de Salud” (MSP,2008c:21).

En medio de este contexto de creciente institucionalización de la salud intercultural, el análisis y debate sobre el rol de los agentes tradicionales de salud dentro de la LMGYAI se había visto postergado dentro del

11 Secretaría Nacional Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos y Remuneraciones del Sector Público (SENRES).



mismo MSP. Según el Mapa estratégico 2005-2009 elaborado por el *Subproceso de medicina intercultural*, “poco o nada de las experticias de este recurso humano (parteras tradicionales) han sido incluidas en las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia” (MSP, 2005a: 16).

En opinión del actual Director del *Subproceso de medicina intercultural* del MSP, Dr. Fernando Calderón, el reconocimiento efectivo de las parteras como prestadoras de servicios dentro de la LMGYAI habría requerido de mayor decisión política de las instancias a cargo de su funcionamiento, y mayor abogacía y apoyo desde entidades involucradas en su gestión, como el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU)<sup>12</sup>, con el fin de superar las trabas burocráticas y los controles estatales a los que se ha visto sometida la remuneración de los agentes de medicina tradicional. Según el Dr. Calderón, lo ideal sería que se destine un presupuesto para pagar a las parteras como promotoras interculturales, que es lo que ellas mismas han demandado en algunas ocasiones.

Por su parte, el CONAMU aprovechó el “Taller de actualización” de la LMGYAI 2009 dirigido a las unidades operativas del MSP, para hacer un llamado a fin de que se cumpla el reconocimiento económico a las parteras y demandar “Que el estado pague las prestaciones que brindan las parteras, como se pagan las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita; ese es el inicio del reconocimiento de la contribución que ellas hacen a las cuentas nacionales del Sistema de Salud”<sup>13</sup>.

Después de la expedición de la LMGYAI, las siguientes directrices que toman en cuenta aspectos cultu-

12 Actualmente el CONAMU se encuentra en proceso de transición, luego de ser expedido el Decreto Ejecutivo 1733 el 25 de mayo de 2009, que dispone el cierre definitivo del Consejo Nacional de Mujeres para su eventual reemplazo por el Consejo de Igualdad de Género.

13 CONAMU. “Comités de usuarias de la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. Experiencias exitosas de participación y veeduría ciudadana en salud”. Presentación incluida en la *Capacitación de actualización*. Quito, abril, 2009.

<http://www.maternidadgratuita.gov.ec>  
Documentos/cus\_acciones\_y\_experiencias.ppt



rales de la atención fueron las *Normas y procedimientos de atención en salud reproductiva*, publicadas por el MSP en 1999. En este caso, la importancia otorgada a factores culturales se manifiesta en la posibilidad de que la unidad de salud, en caso de considerarlo necesario, acepte la compañía de la pareja en la labor de parto y durante el parto (MSP, 1999:17). También es visible en la búsqueda de la posición más cómoda para la parturienta y la posibilidad del parto vertical: “La gestante puede adoptar la posición que le sea más cómoda siendo la mejor en cuclillas o semisentada. Si se requieren implementar el parto vertical es necesario contar con las condiciones ideales para la realización del mismo” (MSP, 1999: 21). Adicionalmente se mencionan factores socioculturales que influyen en la labor de parto, como el “pudor, baño, lenguaje, trato, respeto a la disposición final de la placenta y otras” (Ibíd.:17) No obstante, todos estos aspectos son mencionados de forma aislada, sin mayor claridad sobre cómo debe proceder el personal de salud al respecto, y sin considerarlos como parte de una iniciativa integral para brindar atención culturalmente adecuada.

Aproximadamente un lustro más tarde, en 2005, el MSP emite una serie de documentos que despliegan una creciente concienciación sobre la importancia de los aspectos culturales en la prestación de servicios de salud. En primer lugar se formula la *Política nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos*, que plantea la reforma del sector salud para el acceso universal y la humanización de los servicios, incluyendo las adecuaciones culturales y el reconocimiento de los saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos que cohabitan en el país.

*Aproximadamente un lustro más tarde, en el 2005, el MSP emite una serie de documentos que despliegan una creciente concienciación sobre la importancia de los aspectos culturales en la prestación de servicios de salud.*

Entre sus líneas estratégicas constan los siguientes puntos:

- Desarrollar la articulación de los servicios de salud con la medicina tradicional y la adaptación cultural de los mismos.
- Integrar a la red de servicios de la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades y recursos.
- Potenciar y reconocer la práctica de las parteras dentro de la *Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia*.

La *Política sobre salud y derechos sexuales* va acompañada de un *Plan de acción* formulado el mismo año, con el objetivo de garantizar su aplicación “respetando la diversidad étnica y cultural” (MSP, 2005d: 14).

Uno de sus fundamentos estratégicos, “Promoción de la *Equidad de Género e Interculturalidad*”, plantea:

- La implementación de un modelo integral (basado en) la atención primaria de salud con enfoque de género, intercultural y orientado hacia la familia.
- El fortalecimiento de las prácticas y saberes de la medicina ancestral y tradicional relacionados con la adecuación cultural de la atención y promoción de la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR).

Adicionalmente, entre sus líneas de acción consta el fortalecimiento de los programas, servicios y prestaciones de SDSR con enfoque de género e interculturalidad.

Cabe anotar que ni la *Política nacional de salud y derechos sexuales*, ni el plan que la operativiza, contienen una definición concreta sobre el “enfoque intercultural”

que caracteriza a la mayoría de actividades propuestas, pese a que el glosario de términos sí incluye una definición extensa sobre el “enfoque de género”. En la mayoría de casos y de forma general, el enfoque intercultural parece referirse aquí al respeto y valorización de la diversidad étnica y cultural de la población ecuatoriana.

También en el 2005, se formula el *Plan para la reducción de la mortalidad materna*, cuyo objetivo general es contribuir a la disminución de la mortalidad materna “respetando la diversidad cultural”. Entre sus líneas estratégicas se propone que “los servicios respondan a las necesidades locales, para mejorar el acceso de las mujeres a una atención materna culturalmente aceptable” (MSP, 2005e: 8). En el acápite de “Investigación” se menciona la necesidad de realizar “investigaciones operativas cuali/cuantitativas en áreas de ingerencia de interculturalidad en salud” (Ibíd.:9), incluyendo, conocimientos sobre el ethos cultural de cada grupo, e investigación en los servicios de salud para ver si están adaptados a la cultura y cosmovisión de las demandantes.

Su segundo objetivo específico, referente a garantizar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) y prestaciones de salud materno-perinatal, incluye entre sus actividades la “adaptación cultural de los servicios de salud en todos los niveles, para la atención de salud reproductiva” así como, la “adecuación cultural de los servicios para el parto institucional” (Ibíd.: s/n).

Al respecto se destaca la experiencia piloto de Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) llevada a cabo por la Dirección Provincial de



Salud de Tungurahua en el 2005 con apoyo técnico de FCI y QAP, cuyo objetivo fue desarrollar una metodología de trabajo entre personal de salud, parteras y usuarias, y lograr cambios consensuados para la adecuación de la atención obstétrica. Posteriormente, durante el 2007-2008, el MSP, con apoyo de QAP, realizó una investigación operativa en cuatro provincias (Bolívar, Cotopaxi, Chimborazo y Cañar) para conocer el impacto que tienen las adecuaciones culturales en la satisfacción de las usuarias y en el uso de los servicios obstétricos.

El MSP emite en este mismo año, 2005, el *Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes*. De forma similar, en este documento aparece ya de manera explícita, entre sus objetivos específicos, la necesidad de aplicar un enfoque étnico-cultural a la atención de salud de adolescentes y jóvenes. En el numeral 3 de las *Disposiciones generales del modelo de atención* se menciona que “La atención brindada por el personal institucional debe caracterizarse por ser: respetuosa, de calidad y calidez, con equidad de género, confidencial, *con enfoque étnico-cultural*, segura e interactiva y sin juicios de valor” (MSP, 2005f: 21).

Dos años más tarde, en el 2007, el MSP emite el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PEA), enmarcado dentro de un esfuerzo regional por disminuir las altas tasas de embarazos no planificados entre los jóvenes. En este documento, las menciones sobre diversidad y adecuación cultural son mucho más específicas, pues se considera la existencia de barreras culturales que merman el acceso a la atención, que deben ser identificadas y superadas mediante la adecuación de los servicios. El Plan Nacional de PEA

cuenta entre sus fundamentos estratégicos el “Respeto a la diversidad cultural y étnica”, para lo cual establece:

*“El Estado Ecuatoriano es un Estado Social de Derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, por lo tanto la convivencia entre diferentes culturas en la sociedad ecuatoriana amerita la creación de conocimiento y líneas de acción que permitan el desarrollo de todos los grupos poblaciones que cohabitan en el territorio nacional. El Estado ecuatoriano cuenta con la presencia de más de 13 nacionalidades indígenas, con cosmovisiones propias que afectan la salud de sus integrantes y de los y las adolescentes. Es imperativo incorporar el enfoque de interculturalidad en el Plan Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes pues el ámbito local se matiza con las particularidades de los contextos geográficos y culturales en donde las desigualdades y exclusiones se profundizan” (MSP, 2007: 12).*

Las líneas de acción concebidas para operativizar el Plan incluyen “El fortalecimiento institucional”, mediante actividades como la “Implementación de Proyectos de mejoramiento de la accesibilidad y calidad de la atención identificando barreras de acceso económicas, culturales, geográficas, de género (entre otras)” (Ibíd.: 14). Además se propone capacitar a los técnicos de programa en el marco de los derechos con enfoques de género, intergeneracional e intercultural. Con respecto a la detección de barreras de acceso a la atención, el MSP ha implementado una metodología participativa para su diagnóstico y superación que está siendo inicialmente aplicada en unidades operativas que ya cuentan con servicios amigables para adolescentes en



10 provincias del país. Esta metodología incluye el uso de herramientas cualitativas para la detección de barreras culturales, como por ejemplo aquellas relacionadas a los imaginarios y roles de género, imaginarios sobre sexualidad juvenil, patrones culturales de inicio de la actividad sexual, entre otras, que existen entre los jóvenes y personal de salud de diversas nacionalidades, incluyendo la población mestiza. Luego del diagnóstico se programan ciclos rápidos para atacar las barreras detectadas y se realiza un taller participativo de seguimiento y evaluación<sup>14</sup>.

Hacia fines del 2008, el MSP publica el *Plan para la reducción acelerada de la muerte materna y neonatal*, cuyo objetivo es “Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos (...) con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional” (MSP, 2008b:39). Entre sus objetivos específicos consta el organizar redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE), para:

- Implementar las normas y protocolos interculturales de anticoncepción, de atención materno-neonatal.
- Fortalecer las competencias y mejorar el desempeño del talento humano a través de estrategias sostenibles de educación permanente en (...) atención del parto adecuado culturalmente.
- Organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de la red intersectorial de CONE, con los diversos niveles de atención, incluidos los agentes comunitarios.
- Establecer mecanismos de estímulo y satisfacción de la demanda (mediante la) adecuación cultural y geográfica de los servicios de la red de CONE.

14 Para mayor información sobre el trabajo del MSP para la superación de barreras de acceso se puede consultar el Informe Final de Consultoría - Diagnóstico y Superación de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva del MSP para Adolescentes y Jóvenes. Preparado por González G., Daniel. MSP. Quito, noviembre. 2009.

- Implementar mecanismos de financiamiento fiscal, difusión y aplicación adecuada de la LMGAI con enfoque intercultural.

Las actividades propuestas para adecuar culturalmente los servicios de la red CONE incluyen:

1. Identificación, registro e intercambio de conocimientos con parteras existentes en la zona contando con el apoyo del subproceso de salud intercultural del Ministerio de Salud Pública (MSP).
2. Definición de mecanismos de integración efectiva y roles de partera/os tradicionales en los procesos de atención obstétrica y neonatal, como integrantes de la Red CONE.
3. Humanización e incorporación de prácticas culturales de la atención en los servicios de CONE y en los que atienden partos y recién nacidos, de acuerdo a las normas nacionales.
4. Establecimiento de sistemas de referencia y contra-referencia del sistema tradicional de salud con el sistema oficial de salud.
5. Búsqueda e implementación de mecanismos de reconocimiento de las actividades de partera tradicional por la LMGAI, municipalidades y/o área de salud.
6. Realización de investigaciones locales sobre la operación y eficacia del sistema tradicional de atención obstétrica y neonatal.

Adicionalmente, el Plan plantea entre sus objetivos específicos “Realizar actividades de educomunicación con enfoque intercultural” (Ibíd.: 40).

En general el *Plan para la reducción acelerada de la*



*El objetivo de la Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado es lograr que un mayor número de usuarias accedan a la atención institucional del parto para reducir la mortalidad y morbilidad materna en el país.*

*muerte materna* propone de forma clara y reiterativa la inclusión de los agentes de la medicina tradicional en la red de servicios obstétricos del MSP y la valoración de sus conocimientos, así como también la adecuación cultural de la atención en los servicios de CONE (atención obstétrica y neonatal durante el embarazo, parto y post-parto).

También en el 2008, y teniendo como marco el mencionado *Plan de reducción de la muerte materna*, el MSP emite un paquete normativo que incluye la *Norma y protocolo materno*, dedicados en su mayoría al manejo de patologías y complicaciones a lo largo del embarazo, parto y post-parto, aunque también incluye la atención del parto normal. En su introducción este documento señala que las normas para la atención deben basarse en teoría e investigación con perspectiva de género e interculturalidad, además de tener visión familiar y comunitaria. A página seguida, entre sus principales preceptos, la Normativa señala: “el personal hospitalario brindará a toda paciente trato humanizado, respetando sus patrones socioculturales” (MSP, 2008b:15). Además, como señalamos anteriormente, la normativa establece el uso de un “enfoque intercultural” en la atención prenatal, llegando a definirlo como el conocimiento que deben poseer los prestadores de salud “de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención” (Ibíd.: 28).

Más allá de estos preceptos generales, el protocolo materno en sí mismo no incluye directrices concretas para la atención de carácter intercultural, pues éstas se encuentran reunidas en la *Guía técnica de atención del parto culturalmente adecuado*, documento que



también forma parte de este paquete normativo para la reducción de la muerte materna. Originalmente el MSP pensó elaborar un capítulo de la norma materna exclusivamente dedicado a la atención del parto vertical. Sin embargo, luego de deliberaciones por parte del Comité Técnico y en base a las experiencias previas de adecuación cultural en el país, se decidió formular la Guía Técnica como un instrumento de carácter más integral que incorpora varios aspectos culturales de la atención (abrigo, alimentación, acompañamiento, etc.) además de la posición vertical durante el parto normal<sup>15</sup>.

El objetivo de la *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado* es lograr que un mayor número de usuarias accedan a la atención institucional del parto para reducir la mortalidad y morbilidad materna en el país, mediante la adecuación cultural de la atención brindada. Además propone “satisfacer a un mayor número de usuarias/os, particularmente de zonas rurales, campesinas, indígenas y afroecuatorianas donde las barreras de acceso elevan los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil” (MSP, 2008a: 11).

En su parte introductoria, se realiza un análisis de los factores culturales como barreras para la atención institucional del parto. Posteriormente se presentan datos etnográficos sobre aspectos culturales de la atención del parto entre la población indígena de los andes ecuatorianos (abrigo, alimentación, rol de la partera, etc.), y se discuten lineamientos conceptuales sobre cómo debería adecuarse culturalmente la atención institucional del parto.

En la guía técnica, las referencias a la interculturalidad en la atención de salud rebasan la sola mención de un “enfoque intercultural”, explicando en mayor detalle

15 Entrevista  
Lcda. Sofía Pozo.  
Proceso de normatización.  
MSP.

cómo dicho enfoque debe ser puesto en práctica por los profesionales de la salud. Para ello se incorpora una normativa de 15 puntos a cumplir, contemplando acciones que van desde el recibimiento de la paciente en el establecimiento de salud, hasta la recomendación de acudir al control post-parto, pasando por el cumplimiento de un protocolo de atención del parto culturalmente adecuado con pasos/tareas específicos a realizar durante cada etapa del parto y nacimiento. El protocolo de la Guía Técnica es el único en su clase en incluir directrices interculturales específicas para el personal de salud.

Dentro de estos pasos consta el rol de la partera en la preparación de la parturienta antes del parto, brindando masajes y ofreciendo apoyo psicológico y acompañamiento. No obstante, la *guía técnica* menciona de forma explícita que la práctica de la partera u otros “prestadores de servicios tradicionales no ha sido legitimada por las autoridades del MSP y provoca criterios encontrados en lo que a su aceptación se refiere, por lo que, el rol que se les atribuye dentro del Sistema Nacional de Salud, aún no se encuentra definido y es un tema no resuelto” (Ibíd.: 39).

Finalmente, en el 2009 el MSP publica el *Paquete normativo de atención integral de la salud de adolescentes*. Si bien el cuidado de la salud de adolescentes no encaja directamente dentro del ámbito de los servicios maternos, los protocolos de atención para adolescentes abarcan 32 prestaciones “que se suman y relacionan con otros documentos normativos del SNS, como son el Componente Normativo Materno-Neonatal, Normas de Planificación Familiar” (MSP, 2009c:14), entre otros. En este sentido, el protocolo de salud sexual y reproductiva para adolescentes, incluye la atención del



embarazo, parto y post-parto dentro de este grupo poblacional y hace consideraciones complementarias a la norma de atención materna.

Adicionalmente, la *Normativa de atención a adolescentes* es relevante por ser el documento, junto con la *Guía técnica de atención del parto culturalmente adecuado*, que discute de manera más extensa el carácter intercultural de la atención en salud. Para ello, la Normativa se enmarca dentro del Modelo Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, MAIS-FCI<sup>16</sup>, que incorpora las prácticas de las medicinas ancestrales alternativas complementarias.

Según la Normativa, dicho modelo se fundamenta en un enfoque intercultural que, más que un enfoque, “es un principio que propone establecer, desarrollar y fortalecer relaciones sustentadas en el reconocimiento y respeto de la diversidad, pero sobre todo es un proceso que permite entender que, a lo largo del devenir humano hasta hoy, han coexistido nacionalidades, pueblos, colectivos y comunidades con diferentes concepciones de la realidad, lenguas, cosmovisiones y racionalidades lógicas. Se plantea la necesidad ineludible de construir sociedades y relaciones con un amplio sentido de comprensión y apertura al diálogo hacia los “otros” para crear condiciones de vida nuevas, mejores y distintas para todos y todas” (Ibíd.: 27). Merece la pena comentar que esta definición es probablemente la más explícita dentro de las normas para la atención emitidas por el MSP para el “enfoque intercultural”. Quizás ello se deba a que la normativa para adolescentes es la directriz más reciente del MSP, y por ello refleja de mejor manera la evolución del pensamiento sobre interculturalidad dentro de la institución.

16 El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, MAIS-FCI ha sido desarrollado por el MSP durante el presente año. Al momento de escribir este informe, este documento se encontraba en proceso de revisión y se considera de circulación restringida.

*Entre los procedimientos para el parto y post-parto se señala: “Respetar el derecho de la adolescente en relación a su privacidad, pudor, prácticas culturales y acompañamiento de la pareja o familiar (según disponibilidad de la unidad operativa)”.*

En concreto se plantea a la interculturalidad como un proceso que comienza por reconocer que existen usuarios y usuarias que requieren atención diferenciada por sus características culturales diversas, entre otras: idioma, prácticas cotidianas, expresiones culturales juveniles urbanas y rurales, distintas concepciones de salud-enfermedad, métodos y medios de salud integral, revalorización de la medicina ancestral” (Ibíd.).

En cuanto al aspecto operativo de los servicios, el *Protocolo de atención de la adolescente embarazada* incluye un acápite sobre control prenatal, que deberá caracterizarse por un enfoque intercultural, según el cual “el proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural, con comprensión de las prácticas ancestrales de curación, de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención” (MSP, 2009d:58) Entre los procedimientos para el parto y post-parto se señala: “Respetar el derecho de la adolescente en relación a su privacidad, pudor, prácticas culturales y acompañamiento de la pareja o familiar (según disponibilidad de la unidad operativa” (Ibíd.: 60) En las “Sugerencias que generan y aseguran la confianza durante la consulta” se menciona: “los profesionales de la salud deben conocer las realidades locales y respetar las prácticas culturales” (Ibíd.: 62)

Conjuntamente con las normas y los protocolos de atención a adolescentes, el MSP elaboró una “caja de herramientas”, concebidas como soporte técnico a la atención integral de adolescentes. Entre las herramientas que tocan aspectos culturales de la atención se encuentran:

- **Herramienta #1:** Documento sobre “Culturas Juveniles” que incluye una reflexión sobre las formas de manifestar la identidad juvenil mediante expresiones culturales como los piercings, tatuajes, y otras prácticas, y sobre su manejo desde el punto de vista sanitario.
- **Herramienta #2:** Documento sobre la diversidad de pueblos y nacionalidades que habitan el territorio ecuatoriano, y que recalca la necesidad de que el personal de salud se sensibilice ante el tema para brindar atención culturalmente adecuada.
- **Herramienta #3:** Documento en el que se discute sobre adolescentes indígenas, afrodescendientes y rurales en relación a la noción de vulnerabilidad. De manera explícita se menciona: “Los/las indígenas presentan mayores niveles de pobreza y menores de educación, mayores rezagos en salud y salud reproductiva, y altas de tasas de fecundidad y mortalidad materna e infantil. Las adolescentes indígenas inician la actividad sexual siendo aún niñas y se casan a edades muy tempranas (12 a 14 años) lo que afecta sus oportunidades y posibilidades de superar la pobreza” (MSP, 2009e:18)

En suma, las normas para la atención de adolescentes son pioneras en plantear una discusión sobre salud e interculturalidad, definiendo a fondo lo que se debe entender por “enfoque intercultural de la atención”. También proveen instrumentos para introducir temas de diversidad cultural entre el personal de salud. No obstante, los protocolos contienen relativamente pocas pautas concretas para proveer atención según las particularidades culturales de la población.



A continuación se presentan datos adicionales sobre dos de las normativas analizadas, la LMGYAI y la *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*, cuya trayectoria de aplicación y su énfasis en materia de interculturalidad, respectivamente, las convierten en fuentes particularmente ricas de información sobre la implementación de normas de atención que integran elementos culturales.

# ORIGEN DE LAS NORMATIVAS Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

## LA GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

**La guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado** se fundamenta en varias experiencias piloto del MSP e iniciativas locales sobre adecuación cultural de los servicios, además de basarse en información etnográfica y científica relevante.

En primer lugar, la guía utiliza datos de la última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004), como elemento de diagnóstico situacional. Según esta fuente, la población indígena del país hace poco uso de los servicios de salud institucionales durante el parto, prefiriendo la atención domiciliaria del parto vinculada a principios y prácticas culturales propias. En provincias con alta población indígena y afroecuatoriana, como son Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, el parto domiciliar alcanza el 40% versus el 78% nacional, mientras que en la región Amazónica el parto domiciliar llega al 30%. De forma más contundente, la encuesta señala que el 65% de las mujeres que se auto-identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.



*La guía utiliza datos de la última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004), como elemento de diagnóstico situacional.*

De acuerdo a la ENDEMAIN 2004, las razones por las que las mujeres prefieren dar a luz en casa antes que en un establecimiento de salud están relacionadas con un complejo conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas culturales. Al consultar a las mujeres las razones por las que decidieron dar a luz en su casa, se encontró que un 37% de ellas manifestó factores relacionados a la costumbre, seguido de un 29% que dijo haber decidido por factores económicos, entre otros motivos (MSP, 2008a:14).

Además de estos datos proporcionados por la encuesta, la *guía técnica* expone criterios de mujeres indígenas y parteras tradicionales, recogidos en una serie de entrevistas, grupos focales y talleres realizados como parte de una experiencia piloto para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP). Esta experiencia se llevó a cabo inicialmente en el año 2005, en unidades del MSP de la provincia de Tungurahua. Posteriormente se amplió a más provincias del país (Bolívar, Cañar, Cotopaxi, Chimborazo) bajo la coordinación de las Direcciones Provinciales de Salud del MSP, quienes convocaron a agentes de salud tradicionales, usuarias y prestadores de salud para dialogar sobre las necesidades de adecuación cultural de la atención. Al discutir sobre las brechas culturales en la atención institucional del parto, uno de los problemas más comúnmente reconocidos por las usuarias es el trato interpersonal deficiente de los prestadores de salud:

*“Esto incluye numerosos comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad y paciencia de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio; falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente; falta de privacidad; no brindar confianza a*



*La guía técnica se respalda no sólo en las fuentes de datos estadísticos y cualitativos, y las experiencias previas de adecuación de los servicios citadas, sino que además incorpora evidencia científica que demuestra la validez de las intervenciones propuestas.*

*la paciente al no atender sus inquietudes y no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendiente de su progreso, hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato excluyente y asimétrico, por lo tanto irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio” (Ibíd.: 16).*

Otros aspectos negativos de la atención se refieren a la limitación de las usuarias para ejercer preferencias personales, tales como: escoger la posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento, llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido como por ejemplo, el mantenerse arropada con su propio vestuario durante esta etapa, el contar con una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de acceder a la placenta para poder incinerarla o enterrarla según la costumbre local” (Ibíd.)

Dentro de la experiencia HACAP se diseñaron con éxito varios cambios en la atención en función de las brechas diagnosticadas: posición del parto, abrigo, alimentación, acompañamiento, entre otras. Pese a la importancia otorgada al trato interpersonal proveedor-usuario, pocas fueron las provincias que trabajaron esta brecha y que lograron superar las dificultades de forma adecuada. Al tratarse de una brecha que demanda cambios a largo plazo en las actitudes y cosmovisión de los prestadores de salud, resultó evidente que las mejoras en el trato interpersonal requieren de estrategias institucionales, por ejemplo, capacitaciones continuas, que respalden los esfuerzos hechos por los profesionales para adecuar la atención.

Además de la experiencia HACAP, la *guía técnica* también hace un recuento de varias iniciativas previas de atención intercultural de la salud dentro del país, que visibilizan barreras detectadas por los usuarios ante las cuales se ha planteado la adecuación de los servicios. Tal es el caso del Hospital del Puyo en la provincia de Pastaza, donde la población mayoritariamente indígena identificó problemas como: “la insatisfacción con la prestación del servicio de salud, la insuficiente adecuación cultural del albergue, la desvalorización de la medicina ancestral, el difícil acceso a los servicios de salud en determinadas comunidades selváticas y la mal nutrición de la población” (Ibíd.: 17). Ante esta situación se plantearon como estrategias la presencia de un traductor multilingüe y la adecuación del albergue, donde además se ofrecen servicios de medicina ancestral.

En el Hospital San Luis de Otavalo, perteneciente al MSP, se ofrece actualmente y desde el año 2008, un modelo de atención con enfoque intercultural que se traduce principalmente en la atención del parto vertical:

*“La sala de parto vertical en las instalaciones del Hospital fue inaugurada en el mes de abril 2008, en respuesta a las necesidades y demandas de la mujer y personal de salud. Las adecuaciones se han dado en la infraestructura, ambiente acogedor y abrigado, el acompañamiento durante la atención del parto por un familiar o la partera, la vestimenta cómoda, de color que respete su intimidad y pudor, las bebidas con hierbas medicinales de la localidad. En cuanto a la posición la paciente escoge sea ésta sentada, de rodillas o acostada, se respeta además la decisión de la paciente sobre la disposición final de la placenta” (Ibíd.: 20).*

La adecuación del hospital se fundamentó en una encuesta dirigida a usuarias indígenas de la localidad y personal de salud para indagar sobre barreras percibidas en la atención. Como resultado, el personal de salud reconoció ampliamente la existencia de barreras culturales en la atención, mientras que “el 59% de usuarias manifestaron que la posición ginecológica durante el parto era incómoda, y que conocían otra posición para dar a luz, de las cuales sobresale principalmente la posición arrodillada (75%)” (Ibíd.).

La *guía técnica* se respalda no sólo en las fuentes de datos estadísticos y cualitativos, y las experiencias previas de adecuación de los servicios citadas, sino que además incorpora evidencia científica que demuestra la validez de las intervenciones propuestas. Tal es el caso de la adopción de la posición vertical durante el parto, sobre la cual se incluye amplia información científica en la guía:

*“Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el parto como característica de culturas menos “civilizadas”, sin embargo, la evidencia científica respalda de forma concluyente su idoneidad” (Ibíd.: 33-34).*

En lo que se refiere a la participación social en la generación de la *guía técnica*, inicialmente se conformó una comisión multidisciplinaria de expertos médicos, obstetras, *wachachik/pakarichik mamas y taytas* (parteras y parteros), antropólogos, usuarias, académicos, personal de salud, organizaciones de base y organismos de cooperación, con quienes se llegó a consensuar criterios. Adicionalmente existió una Comisión Técnica encargada de redactar el documento, conformada inicialmente por delegados de diversas instituciones de

salud y académicas, entre ellas: Universidad Central; Consejo Nacional de Salud (CONASA); Salud Intercultural de Cotopaxi; Salud Intercultural de Imbabura; Escuela de Obstetricia; Maternidad Isidro Ayora; Área de Salud de la Mujer MSP; Universidad Andina; Salud Intercultural MSP.

Los primeros borradores fueron discutidos con la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE)<sup>17</sup>, usuarias y parteras indígenas de algunas provincias, para lo cual se conformaron mesas de trabajo donde se analizó la propuesta original y se aportaron ideas, particularmente sobre el rol de las parteras y agentes tradicionales: “En base a eso se construyó un documento. Cuando se construyó el documento se llamó a hacer una validación tanto con profesionales de salud, como con las organizaciones indígenas, usuarios y parteras. Con el enfoque clínico e institucional, más el enfoque de la medicina tradicional, se comenzó a construir el documento o a pulir el documento propuesto”<sup>18</sup>.

17 La CONAIE es una organización autónoma creada en 1986, que engloba a la mayoría de organizaciones indígenas del Ecuador a su vez agrupadas en organismos regionales como la ECUARUNARI en el caso de la Sierra, y la CONFENIAE en el caso de la Amazonía. Desde su creación, la CONAIE ha estado comprometida con la lucha por los derechos de los pueblos indígenas, incluyendo su patrimonio cultural y natural, y a partir de 1991 se ha convertido en actor fundamental de la vida política del país.

18 Entrevista Sofia Pozo. Subproceso de normatización, MSP.

## LA CREACIÓN DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA

La creación de la *Ley de maternidad gratuita* se fundamentó en diversos elementos, incluyendo las reivindicaciones del movimiento de mujeres y las declaraciones internacionales para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de la población.

Para definir los servicios y prestaciones de salud cubiertos por la Ley se tomaron en consideración los siguientes elementos:

- a) el perfil epidemiológico del país para mujeres e infancia, enfatizando enfermedades más frecuentes y principales causas de muerte;
- b) la capacidad de provisión de servicios de atención de la salud por parte de establecimientos del Ministerio de Salud Pública;
- c) demandas desde los movimientos de mujeres;
- d) convenios internacionales firmados por el Gobierno de Ecuador;
- e) el costo de cada prestación cubierta; y
- f) el monto anual previsto de fondos disponibles mediante la Ley para financiar los servicios.

Basados en estos criterios, consultores y técnicos expertos de las instituciones participantes definieron un conjunto de servicios de salud materno-infantil básicos. (Hermida, et al.: iv).

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) empezó cubriendo nueve prestaciones en el año 1999. Para el 2003 el número de prestaciones se incrementó a cuarenta y dos. El incremento del número de prestaciones se realizó tomando como base las disposiciones que constan en el reglamento de la Ley, las nuevas necesidades de la población ecuatoriana, y el consenso entre las instituciones del *Comité de apoyo y seguimiento* para la aplicación de la LMGYAI. (Ibíd.: 11).

En lo que corresponde a la participación social dentro de la Ley de Maternidad Gratuita, su creación estuvo vinculada al quehacer de entidades estatales de salud, como el MSP y el Consejo Nacional de Salud (CONASA), y organizaciones internacionales como la OPS. Adicionalmente, un actor principal fue el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), institución del Estado de carácter autónomo, encargada de crear políticas públicas con equidad de género para garantizar a las mujeres la igualdad de oportunidades y derechos.

El CONAMU acogió las demandas de varias otras organizaciones de mujeres que también promovieron la creación de la Ley de MGYAI, como son la Coordinadora Política de Mujeres, El Foro de las Mujeres y, Mujeres por la Autonomía (Ibíd.: iii).

El aporte principal del CONAMU, fue plantear los derechos a la salud de las mujeres, niñas y niños como una responsabilidad del Estado. Este organismo además planteó que la financiación de la atención de salud debe ser una política de Estado permanente, cambiando la situación de inestabilidad y arbitrariedad de la designación de fondos públicos para enfrentar el problema multicausal de la mortalidad materna e infantil. Para el CONAMU, el eje fundamental era la salud sexual y reproductiva de las mujeres, asumiendo que la autonomía del cuerpo es fundamental para su empoderamiento, y esto debía reflejarse en tasas de mortalidad materna más bajas y mayor cobertura de la planificación familiar. (Ibíd.: 4).

Luego de promulgada la Ley se crearon dos instancias que contienen mecanismos de participación de la ciudadanía y sociedad civil: los Comités de Gestión y los Comités de Usuarios. Se trata de “dos mecanismos importantes que promueven la participación de actores sociales, tales como las organizaciones de mujeres,

*Los dos mecanismos importantes que promueven la participación de actores sociales, tales como las organizaciones de mujeres, agrupaciones indígenas, y gobiernos locales, en la gestión de la atención de la salud.*

agrupaciones indígenas, y gobiernos locales, en la gestión de la atención de la salud”. (Ibíd.: iii).

Los Comités de Usuarios (CUS) forman parte de un modelo de participación social que ha permitido en cierta medida que las prácticas culturales de las usuarias se tomen en cuenta dentro de la atención de salud. Los CUS son organismos de la sociedad civil “encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, (y en el) seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley”<sup>19</sup>. Su conformación y funcionamiento estuvo a cargo del Consejo Nacional de las Mujeres. De acuerdo a la LMGYAI, el CUS “estará conformado por un mínimo de cinco y máximo de nueve miembros, preferentemente integrado por mujeres, en calidad de beneficiarias del programa. Dicho comité contará con un Presidente, un Secretario y siete vocales, elegidos democráticamente mediante amplia convocatoria en el ámbito cantonal. Las actividades de los integrantes de los Comités de Usuarios serán ad-honorem”<sup>20</sup>.

Entre las funciones del Comité de Usuarios, se encuentran:

- a. Acceder a la información relativa a las prestaciones de salud;
- b. Identificar y priorizar las necesidades y aspiraciones comunitarias;
- c. Participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas;
- d. Canalizar las demandas de salud de la población a través del Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud;
- e. Denunciar ante el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, casos de maltrato, negligencia, discriminación, uso indebido de

19 LMGYAI. Artículo agregado por Ley No. 129, publicada en Registro Oficial 381 de 10 de Agosto de 1998.

20 Reglamento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Art. 10.

los fondos asignados, cobros indebidos, o cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de la ley que se reglamenta;

- f. Elaborar un informe trimestral sobre la calidad de atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras; y,
- g. Notificar a las unidades operativas casos de muerte materna e infantil que se presenten en su comunidad.

En algunos casos, los CUS de la LMGYAI han servido para que se revise la atención en los establecimientos de salud en función de las necesidades identificadas por las usuarias. Por ejemplo, la veeduría realizada por el CUS de la Maternidad Isidro Ayora en Quito, identificó varios factores a ser corregidos:

- Falta de privacidad; excesivo número de observadores durante los procedimientos médicos; imposibilidad de reconocer a los funcionarios; el tipo de trato recibido y la dificultad para la comunicación y entendimiento de las indicaciones.
- Usuarias prefieren que no se realicen procedimientos que han demostrado que no deben realizarse como la rasura perineal, el enema evacuante y la episiotomía de rutina.
- Sobre-demanda de usuarias, la deficiente infraestructura del hospital, la falta de RRHH y la falta de espacio físico conlleva demoras en el tiempo de atención en consulta externa, el alojamiento conjunto, la lactancia precoz, e imposibilita el acompañamiento al parto aspecto de suma importancia para un alto porcentaje de usuarias (Jaramillo, 2007:49).



# CAMPO DE APLICACIÓN

## LA GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

**La guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado** plantea su aplicación a nivel nacional en establecimientos de salud públicos y privados de I y II nivel, tanto en el área urbana como rural. Los establecimientos del I y II nivel que deberán aplicar la normativa incluyen:

**Nivel I:** Puesto de Salud; Subcentro de Salud; Centros de Salud.

**Nivel II:** Hospital Básico (Cantonal); Hospital General (Provincial).

Según funcionarios del MSP, incluir al tercer nivel de atención es una meta más a largo plazo:

*“El parto culturalmente adecuado es un parto sin complicaciones, que se atiende en el I y II nivel de la red, no se puede atender en el tercer nivel porque hacia allá van las complicaciones obstétricas. No se puede aplicar en la Maternidad Isidro Ayora porque ese ya es un hospital de especialidad. En el I y II nivel podemos trabajar porque es donde se*



*dan los partos normales. Queríamos empezar por lo menos con el I y II nivel porque es un nivel de complejidad menor. Hemos analizado el trabajar en el III nivel, pero no todavía porque se trata de un proceso que tiene menos de un año, hasta que se sensibilice el personal, porque son temas más de actitud del personal. Lo que queremos es que por lo menos funcione en el primero y en el segundo nivel, y luego veremos”<sup>21</sup> .*

Aunque la Guía tiene una aplicación universal y no se restringe a determinados grupos poblacionales, el Subproceso de Normatización del MSP considera que la Guía está concebida según la cosmovisión y necesidades de la población indígena de la sierra ecuatoriana, razón por la cual los técnicos del MSP han priorizado el inicio de su aplicación en lugares de ésta región con población indígena y rural significativa.

De acuerdo al MSP, el nivel de aplicación de la Guía en las provincias de la Sierra central con mayor población indígena es variable. En varios sitios se ha coordinado su aplicación junto con los Departamentos de Salud Intercultural de cada provincia. Luego de socializar la Guía, se ha iniciado el proceso de implementación mediante la adecuación de la infraestructura física de las unidades, adquiriendo insumos, materiales y equipos necesarios, como por ejemplo, colchonetas, muebles adaptados, etc., con fondos de las oficinas de Salud Intercultural a nivel provincial:

*“Se inició el proceso de socialización de la Guía, y de acuerdo a criterios de las autoridades provinciales se ha ido haciendo las adquisiciones de los insumos y materiales necesarios. Pero decir que ya está funcionando, no es así”<sup>22</sup>.*

21 Entrevista Lcda. Sofía Pozo. Proceso de Normatización, MSP.

22 Entrevista Lcda. Sofía Pozo. Proceso de Normatización, MSP.

## EN LO QUE RESPECTA A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA

En lo que respecta a la Ley de Maternidad Gratuita su aplicación es de cumplimiento obligatorio en todo el país en todos los establecimientos del MSP que brindan atención obstétrica:

*“Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública. Las otras entidades del sector público de salud aplicarán la presente Ley, según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos”<sup>23</sup>.*

El reconocer servicios de salud producidos por otros proveedores de salud que no sean del MSP, como organizaciones no gubernamentales, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), e incluso agentes de la medicina tradicional, es de gran importancia pues implica la posibilidad de ampliar las coberturas de atención materno-infantil. Según la Ley, los responsables de realizar convenios con entidades de salud diferentes al MSP para que puedan proveer prestaciones cubiertas por la Ley son los Comités de Gestión (CG) de la ley en cada cantón. Los CG son organismos locales que tienen entre sus principales funciones la administración de los Fondos Solidarios Locales de Salud, es decir, los fondos transferidos desde el nivel central del MSP hacia las Áreas de Salud para garantizar la aplicación de la ley. Los CG están compuestos por “el Alcalde o su representante legal, el o los Jefes de Áreas de Salud Correspondientes, en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas”<sup>24</sup>.

23 Reglamento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Art. 2-A.

24 Reglamento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Art. 3.



En la práctica, han sido las Áreas de Salud y las Direcciones Provinciales de Salud del MSP quienes coordinan directamente el manejo de los Fondos Locales, mientras que la participación de prestadores de salud externos al MSP dentro de la Ley es prácticamente nula en la actualidad. En el pasado, la UELMGYAI firmó un convenio con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para ofertar las prestaciones cubiertas por la Ley. Sin embargo, surgieron problemas por desacuerdos sobre los montos asignados por cada prestación, puesto que el IESS tenía montos establecidos de acuerdo a su propio tarifario que no correspondían a los montos definidos para las prestaciones cubiertas por la LMGYAI. Estas discrepancias y el enfoque de la UELMGYAI en ese entonces, orientado a privilegiar la red de servicios del MSP, habrían ocasionado el cese de este convenio<sup>25</sup>.

25 Entrevista  
Dra. Mónica Cañas,  
ex-funcionaria de la  
UELMGYAI, enero,  
2010.

# EMISIÓN Y PROMOCIÓN DE LAS NORMATIVAS

## LA GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

**La guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado** surgió en un contexto marcado por las experiencias piloto de varias unidades operativas del MSP donde algunas agencias de desarrollo venían trabajando temas de adecuación cultural de los servicios. Estas iniciativas pusieron en evidencia la necesidad de contar con una oficialización de estas prácticas e intervenciones:

*“La necesidad como institución de trabajar esta Guía es que como estamos trabajando en unidades operativas del MSP, obligadamente teníamos que hacer una normativa porque todo programa funciona con normas. Si no teníamos una normativa, con las actitudes que tiene el personal de salud, era imposible trabajar, hacer cambios solamente diciendo que era un proyecto o una investigación, y no se permitía hacer intervenciones concretas y ver resultados. Debido a ello se hizo la normativa para de alguna manera obligar al personal a que trabaje sobre este tema”<sup>26</sup>.*

26 Entrevista  
Lcda. Sofía Pozo.  
Proceso de  
Normatización, MSP.

*La guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado surgió en un contexto marcado por las experiencias piloto de varias unidades operativas del MSP.*

*De esta manera, la formulación de normas se establece como estrategia para fortalecer el compromiso del personal de salud con un cambio de enfoque, evidenciando el hecho de que normatizar ciertos procesos resulta clave para la articulación real de un enfoque intercultural en determinados contextos como el ecuatoriano.*

En cuanto la divulgación de las normativas, luego de que el MSP emite y publica directrices, se realizan talleres nacionales y/o regionales de capacitación bajo un modelo multiplicativo mediante el cual se reúnen a los responsables de programas (puede ser de Normatización, Salud de la Mujer, Salud de Adolescentes, etc.) de cada una de las Direcciones Provinciales de Salud del país. Los funcionarios responsables reciben la capacitación sobre la ley o norma correspondiente y posteriormente conforman equipos conductores / capacitadores en cada una de sus provincias para replicar la capacitación en las áreas de salud y unidades operativas.

En el caso de la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, el subproceso de Salud Intercultural se encuentra desarrollando desde principios del 2009 varios talleres provinciales de capacitación:

*“Actualmente se está difundiendo en qué consiste la Guía. Los Equipos provinciales de Salud Intercultural de cada DPS (Dirección Provincial de Salud), están realizando talleres de socialización. Cuando se va a socializar la Guía, no solo se abordan sus contenidos, sino todo un proceso de sensibilización sobre la interculturalidad en salud, el rol de las parteras dentro de su comunidad, cómo queremos trabajar con las parteras y coordinar el trabajo con la institución de salud, etc., y presentar*

## EN LO QUE SE REFIERE A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA

*el objetivo de la Guía, presentar algunas experiencias locales, pues de acuerdo a la demanda de diversidad cultural hay muchas experiencias locales que sirven para sensibilizar al personal y es una necesidad de la población. Hablamos de algunos temas y luego enfocamos el contenido de la Guía porque la mayor parte de profesionales piensan que se trata de un parto vertical. Claro que la posición (del parto) es importante, pero no es exclusivamente la posición, hay muchos otros factores (abrigo, acompañamiento, alimentación, etc.) sobre los que queremos trabajar para la satisfacción de la usuaria”<sup>27</sup>.*

En lo que se refiere a la Ley de Maternidad Gratuita su emisión en 1994 se da en un contexto caracterizado por dos elementos importantes: el primero se refiere al desarrollo de movimientos sociales para mejorar las condiciones de vida de las mujeres, y el segundo, a las iniciativas hacia la reforma del Sector Salud.

En esta década, varias organizaciones ecuatorianas lideraron procesos de reivindicación de los derechos de mujeres, incluyendo la creación de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar en 1994, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades en 1997, la creación del Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) en 1997, las Reformas Constitucionales de 1998, y la Ley de Cuotas para la Participación Política de las Mujeres en 1999.

En cuanto a la Reforma de Salud, en la década del 90 surgieron iniciativas de cambio con énfasis en la privatización de los servicios, que no se materializaron probablemente debido a la inestabilidad política que caracterizó al país: “En este contexto, la aprobación y puesta en vigencia de la LMGYAI, representa uno de los pocos procesos que han logrado de manera efectiva in-

27 Ibid.

troducir Reformas importantes en el Sector Salud en Ecuador”. (Hermida, et al.: 4)

En cuanto a la promoción de la LMGYAI, el MSP conformó una Unidad Ejecutora de la Ley, la cual es una entidad técnico-financiera del MSP con autonomía administrativa y financiera encargada del cumplimiento de la ley y de la administración de los recursos a nivel nacional. La Unidad Ejecutora ha desarrollado varios instrumentos informativos, metodológicos y administrativos difundidos a nivel nacional:

- Manual Técnico Operativo, Administrativo y Financiero (2002).
- Estrategia para la Conformación, Fortalecimiento y Legitimación de los Comités de Usuarías (2002).
- Manual “La Llave”: Guía para la conformación y funcionamiento de los comités de usuarias de la LMGYAI (2005).
- Codificación de la LMGYAI (2006).
- Estatutos de la Unidad Ejecutora de la LMGYAI (REGISTRO OFICIAL No. 434 de 10 de Enero del 2007).
- Ruta de Denuncia por el incumplimiento o violación de los derechos consagrados en la LMGYAI (2007).
- Normativa de la LMGYAI (2009).
- Folletos, afiches, volantes y demás materiales informativos.
- Boletines informativos de publicación periódica.
- Videos de capacitación sobre la LMGYAI.
- Video con cápsulas educativas de salud de la mujer.
- Video informativos de la LMGAYI en español y kichwa.
- Cuñas radiales en español y kichwa.



# FINANCIACIÓN

## LA GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO

**La guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado** se financia mediante fondos asignados al Subproceso de Medicina Intercultural, con el fin de adquirir insumos y materiales (colchonetas, batas, cafeteras, etc.), o realizar adecuaciones físicas, requeridas para aplicar la Guía y desarrollar talleres de capacitación. Estos fondos son distribuidos desde el nivel central hacia las Direcciones Provinciales de Salud de acuerdo al interés demostrado por los equipos locales de salud por implementar la adecuación cultural del parto. También existe apoyo financiero de UNFPA en Chimborazo, Esmeraldas, Sucumbíos y Bolívar, que son provincias donde la agencia de Naciones Unidas concentra sus actividades de desarrollo<sup>28</sup>.

..... 28 Ibid.



## PARA LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA

Para la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia inicialmente se estableció como fuente de financiamiento el 3% del Impuesto a los Consumos Especiales (ICE). En 1998, cuando se presentó la reforma más importante de la LMGYAI, se identificó la necesidad de ampliar esta fuente de financiamiento con los siguientes recursos:

- Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano. Dicho Fondo es una institución financiera y de desarrollo del Estado Ecuatoriano, creada en 1996 en base a las utilidades de las empresas eléctricas y telefónicas del Estado y las futuras ventas de empresas estatales. Entre los objetivos del Fondo de Solidaridad consta el financiamiento de programas de salud preventiva, curativa y de rehabilitación, y de manera específica la Maternidad Gratuita y la nutrición infantil
- Fondo Nacional para la Nutrición Infantil (FONNIN), creado en el año 1988, que se reparte entre tres ministerios: Salud, Bienestar Social y Educación.
- Otras posibles fuentes adicionales de financiamiento, por ejemplo, los recursos que el Instituto del Niño y la Familia (INNFA) y recursos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), y otras agencias de cooperación internacional.
- Gobiernos locales municipales quienes asumirían el costo de transporte de las emergencias obstétricas y pediátricas, y de actividades locales para promover la salud reproductiva.

El Fondo Solidario de Salud de la LMGYAI agrupa estas fuentes de financiamiento y distribuye fondos a nivel de los municipios que son administrados por los Comités de Gestión (CG) de la LMGYAI.

El Fondo Solidario Local de Salud, en cada municipalidad, está constituido no solamente por los recursos transferidos desde el nivel central, sino además por recursos que sean aportados por los Gobiernos municipales, y cualquier otra posible fuente local de financiamiento. Los recursos municipales están destinados al transporte de emergencias obstétricas y la promoción en salud sexual y reproductiva.

El grupo técnico que diseñó la LMGYAI propuso que estos fondos sean dedicados exclusivamente para financiar los gastos de las Unidades de Salud en medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio, micronutrientes, sangre y hemoderivados, que se requieran para la atención a la población con las prestaciones especificadas en la Ley. El presupuesto general del Ministerio de Salud asignado cada año por el Estado, continuaría financiando los sueldos del personal, equipamiento de las Unidades, alimentación del personal y pacientes, instrumental e instalaciones. (Hermida, et al.: 7-8).

En cuanto a los costos asumidos por las usuarias, según la ENDEMAIN 2004, el 54% de las mujeres que recibieron servicios de salud públicos durante el parto tuvieron que pagar por la atención e insumos médicos. De acuerdo al Informe de Auditoría de la Maternidad Isidro Ayora elaborado en coordinación con el Comité de Usuarias, la LMGYAI “se incumple en un 100% en cuanto a la provisión gratuita de toallas obstétricas y pañales para recién nacidos/as, los mismos que son adquiridos por las pacientes” (Jaramillo, 2007: 20). Adicionalmente, un porcentaje significativo de usuarias dijeron haber adquirido medicamentos y haberse realizado exámenes fuera de la Maternidad, sin que la Veeduría logre determinar si lo que tuvieron que pagar las usuarias se encontraba de hecho contemplado dentro de las prestaciones de la Ley.

# PRINCIPALES VACÍOS REGULATORIOS IDENTIFICADOS Y RETOS FUTUROS

**El análisis de las normativas existentes en el Ecuador** sobre salud materna y planificación familiar nos revela que la mayoría de directrices emitidas antes del año 2005, fecha en que aparece la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, tienen escasas referencias en lo que respecta a pertinencia cultural de los servicios. La Política de Salud Sexual y Reproductiva sobresale por sus enunciados sobre la adecuación cultural de la atención, y por la valorización de la medicina tradicional y la labor de las parteras. Sin embargo, no será sino hasta el año 2008, fecha en que se publica la Guía del Parto Culturalmente Adecuado, que el país cuente con protocolos de atención con pautas concretas para adecuar culturalmente los servicios de atención del parto.

Si bien el paquete Normativo emitido en el año 2008 constituye un importante avance en la materia, cabe notar que, con la excepción de la Guía Técnica, el resto de protocolos de atención que forman parte de este paquete contienen contadas directrices sobre cómo adecuar culturalmente la atención. Por lo pronto

la adecuación cultural en los servicios del MSP se limita a la atención del parto normal en determinadas instancias del sistema de salud y en regiones específicas del país con población indígena significativa.

Por su parte, la Guía Técnica de la Atención del Parto Culturalmente Adecuado tiene retos pendientes relativos al alcance de la normativa y la evaluación de su impacto. Con respecto al alcance, funcionarios del MSP entrevistados señalaron que actualmente la Guía Técnica está dirigida sobretudo a mujeres indígenas de la Sierra Ecuatoriana, cuya cosmovisión sirvió de base para la elaboración de esta normativa. Eventualmente se espera poder integrar en la Guía otras formas de atención del parto que tomen en cuenta la diversidad étnica y regional del país, según las demandas de la población Afro y de otros pueblos y nacionalidades de la Costa y Amazonía del Ecuador:

*“La Guía no es estática, con las experiencias irá mejorando, será una Guía para toda la población diversa del país. Claro que en la Costa hay población indígena migrante, pero es muy poco. Aquí (en la Costa) quieren trabajar sobre la posición (del parto) porque no existen parteras que brinden atención, entonces se requiere que los médicos atiendan partos verticales de muchas mujeres indígenas que van a los servicios.*

*...En Esmeraldas no se está interviniendo actualmente porque según los compañeros de Salud Intercultural, la cosmovisión del pueblo Afro es muy diferente a la cosmovisión indígena a quien va sobretudo dirigida la Guía. Actualmente el UNFPA y Salud Intercultural están realizando una encuesta para ver la necesidad de la población Afro de trabajar sobre el tema del parto culturalmente adecuado”<sup>29</sup>.*

29 Ibid.



Este carácter modificable y adaptable de la Guía es destacable si tomamos en consideración que las culturas en sí mismas se postulan como cambiantes y no estáticas. Desde esta perspectiva, la normatización de la atención con enfoque intercultural no sólo debería considerar la diversidad cultural del país, sino también los procesos de cambio cultural que atraviesan diferentes grupos poblacionales.

En relación a la evaluación del impacto de la norma, el MSP desarrolló en el 2009 los Estándares e Indicadores para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, que se están validando previa su publicación. Al momento de escribir este documento el MSP se encontraba analizando si la medición de estos estándares tendría carácter mensual o trimestral. Adicionalmente se afinaba la base de datos para el reporte y medición de dichos estándares e indicadores con el fin de hacer más amigable el proceso de llenado<sup>30</sup>. Entre los estándares diseñados se encuentran Estándares de Entrada (disponibilidad de insumos y equipamiento; sensibilización y capacitación del personal), Estándares de Proceso (acompañamiento de la parturienta; evitar procedimientos innecesarios), y de Estándares Salida (satisfacción de usuarias)<sup>31</sup>.

Restan por definir otro tema sobre el cual el MSP se encuentra ya trabajando, y que se refiere al rol de las parteras o agentes tradicionales de salud durante la atención del parto:

*“... de alguna manera en la Guía está de una forma general que la partera debe acompañar en el proceso, pero hay que definir qué es el acompañamiento de la partera. Lo que (los representantes indígenas) querían en esas mesas de trabajo era que la partera atienda su parto dentro de la insti-*

30 Ibid.

31 Ministerio de Salud Pública. Manual de Estándares e Indicadores para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (versión preliminar). Proceso de Normatización. 2009.

*tución, eso era lo que decían en las mesas de trabajo. Pero como aún no se tiene un documento claro, normativo, para las parteras, obviamente no se podía ponerles como parte del equipo de salud para que atiendan un parto. Por eso todavía se está trabajando para ver cuál es la propuesta que se va a hacer al MSP para regular el trabajo de las parteras dentro de las instituciones”<sup>32</sup>.*

Con el fin de establecer una estrategia institucional de trabajo con parteras, el MSP trabaja actualmente y desde inicios del presente año en la elaboración de una propuesta consensuada entre diferentes actores, que defina el rol de los agentes de salud tradicional y su inserción en el sistema de salud, contribuyendo así a la reducción de la mortalidad materna.

En general, los funcionarios del MSP reconocen que la Guía Técnica fue emitida debido a la fuerte resistencia que existía en los establecimientos de salud en contra de las experiencias piloto de adecuación cultural. Ello evidencia el reto que enfrenta el MSP, no sólo en cuanto a la difusión en sí de la Normativa, sino en cuanto a procesos más a largo plazo de sensibilización del personal de salud sobre temas de interculturalidad:

*“Es obligatoriedad que en estos procesos no sólo se transfieran competencias técnicas, sino que vayan acompañados de profundos procesos de sensibilización y de un trabajo serio para que disminuya la discriminación intra-institucional y extra-institucional... Lo otro es que eso precisa recursos... Esas cosas hay que tener claro, hay que dejar como recomendación, de que hay que fortalecer lo público, como también mantener una buena con las organizaciones de base, pero también hay que disminuir la brecha de discriminación*

32 Ibid.



*a través de procesos de sensibilización del maltrato, masivos, a nivel de medios. La interculturalidad no puede invisibilizar brechas”<sup>33</sup>.*

En cuanto a la LMGYAI, algunos retos del programa relativos a la interculturalidad fueron reconocidos por el equipo de la Unidad Ejecutora de la Ley en el año 2005<sup>34</sup>, entre ellos:

- Mejorar el conocimiento de la realidad de la dinámica de los agentes comunitarios, a nivel rural y urbano.
- Desarrollo del sistema de acreditación de las agentes tradicionales (DNSPI).
- Actualización y/o validación de los protocolos existentes de estas prestaciones (DNSPI) y desarrollo de instrumentos.
- Homogenización a nivel nacional de los instrumentos de referencia (cupones y formularios) y del desarrollo de un sistema de monitoreo y evaluación (Cont. y Mej. Gestión de Servicios de Salud).
- Reglamentar los insumos, suministros que deberán adquirirse (La utilización de los recursos depende de la iniciativa en lo local de cada jefe de Área).

33 Entrevista  
Dr. Fernando Calderón.  
Subproceso de Salud  
Intercultural. MSP.

34 Unidad Ejecutora de  
la Ley de Maternidad  
Gratuita y Atención a la  
Infancia. 2005.  
Ponencia presentada  
en el “Seminario  
Internacional de  
Enfoque Intercultural y  
de Género en Salud  
Materna”, organizado  
por el Ministerio de  
Salud Pública, a través  
de la Unidad Ejecutora  
de la LMGYAI y la Casa  
de la Salud Hambí  
Wasi. Hostería Chorlaví,  
Ibarra.



# SÍNTESIS

**A partir de la década de 1990**, el Ecuador empezó a experimentar cambios en el reconocimiento del carácter pluricultural de su población, expresados tanto a nivel Constitucional, como a nivel de instituciones, políticas y programas a nivel nacional. En el ámbito de la salud se destaca la formulación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en 1994, y la creación de la Dirección Nacional de Salud de Pueblos Indígena (DNSPI) como organismo del MSP en 1999. En la década del 2000, sobresale la formulación de políticas y planes de salud que establecen de forma indiscutible la diversidad cultural de la población y el reconocimiento y valoración de la medicina ancestral y sus agentes. A raíz de ello, el MSP empieza a dar pasos concretos en materia de salud e interculturalidad mediante la ejecución de investigaciones piloto para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto en varias provincias del país. En el año 2008 aparece el paquete normativo que acompaña al Plan para la reducción acelerada de la muerte materna, y que incluye la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Este último instrumento representa el primer esfuerzo institucional por formular normas

de atención obstétrica usando un enfoque intercultural de forma sistemática. Posteriormente, la aplicación del enfoque intercultural ha tenido su continuación y profundización en el Paquete Normativo de Atención Integral de la Salud de Adolescentes, emitido por el MSP en el año 2009. Esta normativa se destaca por su tratamiento del concepto de interculturalidad, así como por incluir herramientas para que los profesionales de salud se familiaricen con aspectos culturales de la atención.

Pese a los grandes pasos dados por el MSP en materia de atención intercultural, los protocolos que efectivamente operativizan este tipo de servicios mediante pautas concretas se refieren únicamente a la atención del parto, dejando de lado importantes áreas como salud sexual y reproductiva, planificación familiar, educación sexual, etc.

Otros retos pendientes que enfrenta el MSP para la normatización de la atención con enfoque intercultural incluyen la difusión y aplicación nacional de la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, incluyendo su adaptación a las particularidades culturales de las diferentes regiones y nacionalidades del país. Además están pendientes la validación y posterior aplicación de los estándares e indicadores diseñados para acompañar esta Guía. Otro tema clave por definirse, implica el rol y articulación de los agentes de salud tradicional en relación al SNS, para lo cual el MSP se encuentra desarrollando una propuesta diseñada participativamente entre diferentes actores, incluyendo a parteras tradicionales y la dirigencia de varias organizaciones indígenas y afro del país. Esta propuesta contribuirá a definir asuntos de gran importancia hasta ahora postergados, como el papel de los agentes de salud tradicional dentro de la Ley de Maternidad Gratuita, y su rol al referir y acompañar pacientes hacia las unidades de salud del MSP.

## REFERENCIAS

- Asamblea Constituyente. 2008. Constitución Política de la República del Ecuador. Montecristi, Manabí.
- Jaramillo, Sandra. 2007. Veeduría para el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Gineco- Obstétrico Isidro Ayora. Comité de Usuaris de la LMGYAI del Distrito Metropolitano de Quito.
- Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Ministerio de Salud Pública. 1992. Manual de Normas para la Atención Materno-Infantil por Niveles de Complejidad. Consejo Nacional de Salud. Quito. 306 pág.
- Ministerio de Salud Pública. 1996. Guía Básica para la Atención y Manejo de las Emergencias Obstétricas por Niveles de Complejidad. Dirección General de Salud, Dirección Nacional de Fomento y Protección. Quito. 93 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 1999. Normas y Procedimientos de Atención en Salud Reproductiva. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2002. Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Manual Técnico, Operativo, Administrativo y Financiero de la LMGYAI. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2005a. Subproceso de Salud Intercultural. Mapa Estratégico 2005-2009. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2005b. Unidad Ejecutora de la LMGYAI. Manual Instructivo para el reporte mensual de producción de prestaciones de la LMGYAI en la Base Matriz. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2005c. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2005d. Plan de Acción. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2005e. Plan Nacional para la Reducción de la Muerte Materna. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2005f. Manual de Normas y Procedimientos Para la Atención Integral de los y las Adolescentes. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Quito. 87 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 2006. Subproceso de Medicina Intercultural. Proyecto de Ley: Las Medicinas Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador. Quito.

- Ministerio de Salud Pública. 2007. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Dirección Nacional de Normatización. Área de Salud de Adolescencia. Quito. 19 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 2008a. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Consejo Nacional de Salud (CONASA). Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Quito. 63 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 2008b. Norma y Protocolo Materno. Consejo Nacional de Salud (CONASA). Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Quito. 319 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 2008c. Subproceso de Medicina Intercultural. Mapa Estratégico 2009-2013. Segunda Edición. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2008d. Plan para la Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2009a. Unidad Ejecutora de la LMGYAI. Manual Instructivo para el reporte mensual de producción de prestaciones de la LMGYAI en la Base Matriz. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. 2009b. Subproceso de Salud Intercultural. Situación de salud de los Pueblos y Nacionalidades del Ecuador (documento no publicado).
- Ministerio de Salud Pública. 2009c. Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Normas y Procedimientos para la Atención Integral de Salud a Adolescentes. Quito. 98 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 2009d. Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. Quito. 147 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 2009e. Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Caja de Herramientas. Documentos de Apoyo Técnico a Normas y Protocolos de Atención Integral a los/las Adolescentes. Quito. 107 págs.
- Ministerio de Salud Pública. 2009f. Proceso de Normatización. Manual de Estándares e Indicadores para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (versión preliminar).
- Larrea, Ana María. Instituto de Estudios Ecuatorianos. Ecuador en Busca del Sumak Kawsay. Boletín Electrónico Ecuador Dialoga. s/f. [http://ecuadordialoga.com/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=89&Itemid=10](http://ecuadordialoga.com/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=89&Itemid=10)
- República del Ecuador. 2002. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley No. 80. RO/670.

## **ENTREVISTAS:**

- Entrevista al Dr. Fernando Calderón. Coordinador de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Subproceso de Salud Intercultural. Ministerio de Salud Pública. Oct. 2009
- Entrevista a la Lcda. Sofía Pozo, Salud de la Mujer. Dirección de Normatización. Ministerio de Salud Pública. Oct. 2009
- Entrevista a la Lcda. Matilde Farinango. Subproceso de Salud Intercultural. Ministerio de Salud Pública. Oct. 2009
- Entrevista al Dr. Zambrano. Director de la Unidad Ejecutora de Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Enero, 2010.
- Entrevista a la Dra. Mónica Cañas. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública. Enero, 2010.

## **PRESENTACIONES:**

- Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. 2005. Cañas, Mónica. Ponencia presentada en el “Seminario Internacional de Enfoque Intercultural y de Género en Salud Materna”, organizado por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Unidad Ejecutora de la LMGYAI y la Casa de la Salud Hambi Wasi. Hostería Chorlaví, Ibarra.
- CONAMU. Moya, Myriam. Presentación: “Comités de Usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Experiencias Exitosas de Participación y Veeduría Ciudadana en salud. Presentación incluida en la Capacitación de Actualización”. Quito. Abril, 2009. [http://www.maternidadgratuita.gov.ec/Documentos/cus\\_acciones\\_y\\_experiencias.ppt](http://www.maternidadgratuita.gov.ec/Documentos/cus_acciones_y_experiencias.ppt)

El Foro Permanente (...) recomienda también que todas las entidades competentes de las Naciones Unidas (...) así como las organizaciones regionales de la salud y los gobiernos, incorporen plenamente una perspectiva cultural en las políticas y los programas sobre salud destinados a brindar a la mujer indígena una asistencia sanitaria de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia, una planificación voluntaria de la familia y una asistencia cualificada en el parto...

Informe sobre el quinto período de sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas. Mayo 2006.

