

INVESTIGACIÓN OPERATIVA DE HUMANIZACION Y ADECUACION CULTURAL DEL PARTO (HACAP)

INFORME FINAL

Jorge Hermida

Steve Harvey

Daniel González

Genny Fuentes

Juana Maria Freire

PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD
ECUADOR

INDICE

LISTA DE ANEXOS	iii
LISTA DE CUADROS	iv
LISTA DE GRÁFICOS	iv
LISTA DE FOTOGRAFÍAS	v
ABREVIATURAS	vii
1. ANTECEDENTES	1
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVO	6
4. HIPÓTESIS	6
5. MARCO CONCEPTUAL	6
5.1. Cultura, etnocentrismo e interculturalidad	6
5.2. Adecuación cultural de la atención del parto:	8
a) El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares	10
b) El acompañamiento durante la atención del parto	12
c) Posición del parto	13
d) Abrigo / vestimenta	14
e) Alimentación / dotación de aguas	16
f) Información	16
g) Entrega de la Placenta	17
6. MÉTODOS	17
6.1. Diseño	17
6.2. Muestreo	17
6.2.1. Selección de Provincias	18
6.2.2. Selección de Cantones dentro de las provincias seleccionadas	18
6.2.3. Selección de Unidades dentro de los cantones escogidos.	19
6.3. Metodología de la intervención	20
6.4. Encuesta de la Satisfacción de las usuarias	21
7. RESULTADOS: Implementación de la intervención	22
7.1. Fase operativa: Talleres de rediseño, Reuniones de seguimiento y apoyo a la implementación de cambios	22
a. Primer Taller HACAP	22
b. Reuniones de Seguimiento al Primer Taller	23
c. Segundo Taller HACAP	24
d. Reuniones de Seguimiento al Segundo Taller	26

e. Tercer Taller HACAP	27
7.2. Implementación de los ciclos rápidos de cambio:	
adecuaciones culturales específicas para el mejoramiento de la atención..	27
7.2.1. Trato interpersonal	28
7.2.2. Acompañamiento	32
7.2.3. Abrigo – vestimenta	33
7.2.4. Dotación de aguas medicinales	34
7.2.5. Posición del parto	35
7.2.6. Otros aspectos de la atención	36
7.3. Cómo se midió la implementación de los ciclos rápidos de cambios	37
7.4. Resultados Estadísticos	38
7.4.1. Satisfacción de usuarias	38
7.4.2. Utilización de los servicios de salud para atención del parto	56
8. DISCUSIÓN	59
9. CONCLUSIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	72

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Diez Mandamientos para el buen trato al paciente. HACAP-Tungurahua ..	72
Anexo 2: Criterios de selección de provincias a participar en la I.O. de HACAP	73
Anexo 3: Provincias preseleccionadas a participar en la I.O. de HACAP	75
Anexo 4: Criterios de selección para cantones de provincias preseleccionadas	76
Anexo 5: Encuesta de satisfacción de la usuaria I.O. HACAP.....	78
Anexo 6: Matriz de brechas y expectativas por provincias.	
I Taller HACAP (Riobamba 2007)	84
Anexo 7: Ciclo rápido para la Adecuación Cultural de la Atención del Parto (Ejemplo Caso: Acompañamiento Saquisilí).....	91
Anexo 8: Principios del buen trato al paciente en kichwa y español.	
Hospital Civil Alausí	94
Anexo 9: Cuñas radiales en kichwa y español con mensajes que promocionan el mejoramiento del trato en el Hospital Civil Alausí	95
Anexo 10: Reglamento para regular el ingreso de familiares y parteras. Hospital Cañar	97
Anexo 11: Cuña radial (español) sobre el derecho del acompañamiento.	

Hospital Civil Alausí	99
Anexo 12: Reglamento interno para Adecuación Intercultural del parto. Hospital Civil Alausí.	100
Anexo 13: Tríptico informativo sobre adecuaciones culturales realizadas en el Hospital de Saquisilí	104

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1: Porcentaje de mujeres utilizando servicios de salud materna (julio 1999 a junio 2004)	2
Cuadro No. 2: Unidades de Intervención y de Control seleccionadas por provincia	20
Cuadro No. 3: Número de participantes en el primer taller HACAP	22
Cuadro No. 4: Brechas priorizadas según orden de importancia	23
Cuadro No. 5: Ciclos rápidos realizados según Cantón y brechas seleccionadas ...	27
Cuadro No. 6: Indicadores de los Ciclos rápidos realizados según brechas seleccionadas	37
Cuadro No. 7: Ola de encuestas de satisfacción de usuarias	38
Cuadro No. 8: Formularios de nacido vivo Ene/2007- Jul/2008 receptados en las 4 provincias de intervención	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Razones por las cuales decidió dar a luz en la casa	2
Gráfico No. 2: Adecuación Cultural con Ciclos Rápidos	24
Gráfico No. 3: Porcentaje de mujeres que recibieron acompañamiento de entre las que manifestaron su deseo de ser acompañadas en la sala de partos (Hospitales caso vs. Hospitales control)	39
Gráfico No. 4: Porcentaje de mujeres que recibieron acompañamiento de entre las que manifestaron su deseo de ser acompañadas en la sala de partos (Hospitales intervención)	40
Gráfico No. 5: Porcentajes de mujeres que se sintieron felices y tristes con la temperatura de la sala de partos (Hospitales intervención)	41
Gráfico No. 6: Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con la temperatura de la sala de partos (Hospitales Intervención)	42
Gráfico No. 7: Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con la temperatura de la sala de partos (Hospitales caso vs. Hospitales control)...	43
Gráfico No. 8: Porcentajes de mujeres que se sintieron felices y tristes con el	

abrigo recibido durante la atención del parto (Hospitales intervención).....	44
Gráfico No. 9: Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con el abrigo recibido durante la atención del parto (Hospitales intervención)	45
Gráfico No. 10: Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con el abrigo recibido durante la atención del parto (Hospitales caso vs. Hospitales control)	46
Gráfico No. 11: Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (Hospitales caso vs. Hospitales control).....	47
Gráfico No. 12: Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (Hospitales intervención)	48
Gráfico No. 13: Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (Hospitales caso: Alausí, Cañar, Saquisilí)	49
Gráfico No. 14: Porcentaje de mujeres a las que se les consultó en qué posición quería dar a luz (Hospitales caso vs. Hospitales control)	50
Gráfico No. 15: Porcentaje de mujeres a las que se les consultó en qué posición quería dar a luz (Hospitales caso)	51
Gráfico No. 16: Porcentaje de mujeres que se sintió feliz con el trato recibido durante la atención del parto (Hospitales caso vs. Hospitales control)	52
Gráfico No. 17: Porcentaje de mujeres que se sintió feliz con el trato recibido durante la atención del parto (Hospitales intervención)	53
Gráfico No. 18: Porcentaje de mujeres con intención de volver a dar a luz en el Hospital (Hospitales caso vs. Hospitales control)	54
Gráfico No. 19: Porcentaje de mujeres con intención de volver a dar a luz en el Hospital (Hospitales caso)	55
Gráfico No. 20: Número de partos atendidos en los Hospitales Caso Vs. Hospitales Control. Enero de 2007 - Julio de 2008	57
Gráfico No. 21: Número de partos atendidos en los hospitales de intervención. Enero de 2007 - Julio de 2008	58

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía No. 1: Sociodrama del Parto atendido por Familiares	23
Fotografía No. 2: Sociodrama del Parto atendido por Partera tradicional	23
Fotografía No. 3: Sociodrama del Parto atendido por Personal de Salud	23
Fotografía No. 4: Equipo de Cañar programando un ciclo rápido Segundo Taller HACAP	25

Fotografía No. 5: Equipo de Alausí programando un ciclo rápido	
Segundo Taller HACAP	25
Fotografía No. 6: Foro de Parteras, Segundo Taller HACAP	26
Fotografía No. 7: Reunión de Seguimiento al segundo Taller.	
Casa Campesina Saquisilí	27
Fotografías 8 y 9: Parteras y Personal de Salud de la Provincia de Cañar participando en Talleres de capacitación mutua.....	29
Fotografía No. 10: Afiches sobre Derechos de los Pacientes y LMGYAI colocados en áreas de consulta externa y hospitalización del Hospital de Alausí.....	31
Fotografía No. 11: Buzón de Quejas y sugerencias colocado en la entrada del Hospital de Alausí.....	31
Fotografía No. 12: Partera y familiares acompañando a una usuaria. Hospital Alausí	33
Fotografía No. 13: Usuaria acompañada por su esposo durante la atención de su parto. Hospital Saquisilí	33
Fotografía No. 14: Mujeres embarazadas usando la bata térmica diseñada por usuarias del equipo HACAP del Hospital de Alausí	34
Fotografía No. 15: Calefactores adquiridos para el abrigo de las usuarias en el Hospital de Saquisilí	34
Foto No. 16: Calefactores, cobijas térmicas y colchas eléctricas adquiridas por el Hospital de Cañar para el abrigo de usuarias	34
Foto No. 17: Personal de salud proporcionado abrigo a una usuaria y su bebé en el Hospital de Cañar	34
Fotografía No. 18: Personal de salud proporcionando agua de infusiones a una usuaria en sala de partos. Hospital Cañar	35
Fotografía No. 19: Usuaria recibiendo una infusión de plantas medicinales que le ha preparado su esposo en el Hospital de Saquisilí	35
Fotografía No. 20: Usuaria acomodándose para dar a luz de rodillas sobre una colchoneta en sala de partos. Hospital de Cañar	36
Fotografía No. 21: Personal de salud del Hospital de Cañar atendiendo un parto vertical sobre una camilla ginecológica adaptada. Hospital de Cañar	36
Fotografía No. 22: Parteras de la Provincia del Cañar participando en un taller de capacitación dirigido por la Dirección Provincial de Salud Intercultural	37
Fotografía No. 23: Fotocopia de un Carnet de Acreditación entregado a una partera tradicional por la Dirección Provincial de Salud Intercultural de Cañar.....	37

ABREVIATURAS

CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
COE	Cuidado Obstétrico Esencial
CONAMU	Consejo Nacional de Mujeres
CIP/C	Capacitación en comunicación interpersonal y consejería
CPC	Comunicación para el cambio conductual
CUS	Comité de Usuarías/os
DHMT	Equipos distritales de gestión de salud
DPS	Dirección Provincial de Salud
DPSI	Dirección Provincial de Salud Intercultural
EMCC	Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil
FCI	Family Care International
HWFC	Health Workers for Change
MSP	Ministerio de Salud Pública
HACAP	Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
IO	Investigación Operativa
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita Y Atención a la Infancia
QAP	Quality Assurance Project (Proyecto de Garantía de la Calidad)
RMM	Razón de Muerte Materna
SICOE	Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
URC	University Research Co., LLC
USAID	Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional

1. ANTECEDENTES:

Como parte de su plan para reducir la mortalidad materna y neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con apoyo del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP por las siglas en inglés), manejado por University Research Co., LLC (URC), ha implementado desde el 2002 diversas estrategias de mejoramiento continuo de la calidad tales como: capacitación del personal de salud para mejorar la atención del embarazo, parto y post-parto, manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido; cumplimiento de estándares nacionales e internacionales basados en la evidencia; vigilancia epidemiológica e investigación de la muerte materna.

Desde entonces, los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), conformados por médicos, enfermeras, estadísticos, obstetras y personal administrativo, llevan a cabo actividades para mejorar la calidad de la atención en procesos seleccionados. Para ello identifican y analizan problemas operativos para la aplicación de intervenciones de mejoramiento, y monitorean la calidad de la atención y satisfacción del usuario mediante indicadores de medición periódica¹.

Debido al éxito de estas intervenciones, iniciadas en la provincia de Tungurahua, el MCC basado en los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) se había expandido, para mediados del año 2008, a más de 80 establecimientos de salud, en 14 provincias del país.

Inicialmente estos esfuerzos de mejoramiento de la calidad se enfocaron en aspectos clínicos de la atención. Un segundo aspecto de la calidad de la atención que involucraba la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades y deseos de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales, empezó a ser analizado a fines del 2003².

Los datos oficiales a nivel nacional mostraban un porcentaje relativamente alto de partos institucionales, por lo que el Ecuador parecía ser un blanco inusual para desarrollar intervenciones que buscaran incrementar la demanda de la atención obstétrica institucional. La última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN 2004)³ muestra que el 78.5% de las mujeres embarazadas dieron a luz en un establecimiento de salud. Sin embargo, un análisis detallado de los datos demuestra cómo este alto porcentaje de partos institucionales a nivel nacional enmascara diferencias regionales y étnicas significativas.

Los datos desagregados muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de la región Amazónica, dieron a luz en su casa. Adicionalmente, el 65% de las mujeres que se autoidentifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.

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

¹ Hermida, J., Robalino M.E., Vaca L., Ayabaca P., Romero P., y Vieira L. 2005. Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS No. 65. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad, Pág. 3.

² Steven A. Harvey, Genny Fuentes Ayala and Paula Hermida Bermeo. El parto no es película: Reframing authoritative knowledge about childbirth in Ecuador. Draft for 104th Annual Meeting of the American Anthropological Association. November 30–December 4, 2005, Pág. 1.

³ Ordoñez J, Stupp P, Monteith D, et al. ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005

**Cuadro No. 1:
Porcentaje de mujeres utilizando servicios de salud materna
(julio 1999 a junio 2004)**

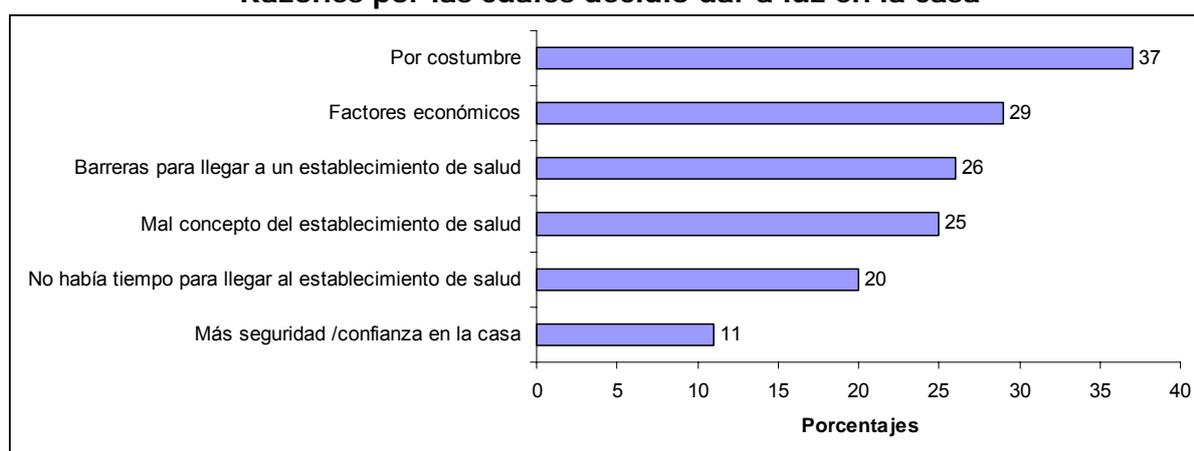
Salud Materna	Mujeres Indígenas	Mujeres no indígenas	Zonas Rurales	Zonas Urbanas	Total Nacional
Control prenatal	61.5	86.8	37.0	64.6	84.2
Atención del parto Institucional	30.1	80.2	57.1	88.6	74.7
Control postparto	15.4	37.7	26.4	44.4	36.2
Papanicolaou	13.5	33.0	33	46	31.4
Uso de métodos Anticonceptivos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

FUENTE: ENDEMAIN 2004⁴

Existen muchas razones que pueden explicar por qué muchas mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Entre ellas están la distancia, la falta de transporte, los costos monetarios y de oportunidad asociados a la atención institucional, y la falta de reconocimiento de las señales de peligro asociadas a complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. Muchas mujeres entrevistadas también han mencionado algunos procedimientos médicos, tales como los baños (muchas veces en agua fría), la rasura del pubis, la aplicación de enemas, o la realización de episiotomías innecesarias, como factores que han desalentado la elección de partos institucionales.

Sin embargo, la mayoría de razones que llevan a las mujeres y sus familias a preferir un parto domiciliario antes que un parto institucional, se refieren a varios aspectos de la atención en donde la cultura juega un rol importante como componente de la calidad. Al consultar a las mujeres las razones por las que decidieron dar a luz en su casa, se encontró que un 37% de ellas manifestó factores relacionados a la costumbre, seguido de un 29% que dijo haber decidido por factores económicos, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico No. 1
Razones por las cuales decidió dar a luz en la casa**



FUENTE: ENDEMAIN 2004⁵

⁴ Op. Cit., Referencia en internet: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/cap09/c9_14.PDF

⁵ Op. cit., Referencia en Internet: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/calidad/cal1.htm

Muchas de las razones por las que las mujeres prefieren dar a luz en la casa están relacionadas a un conjunto de prácticas culturales que no se llevan a cabo en los establecimientos de salud del Estado. Así por ejemplo, en los servicios de salud las usuarias no pueden escoger la posición más cómoda para su parto, o tener algún familiar que la acompañe durante la labor de parto y el nacimiento. Tampoco pueden 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 la labor de parto y el nacimiento, o 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.

Otro aspecto muy importante es la percepción de calidad de la atención. El 25% de las mujeres encuestadas señaló un mal concepto de los establecimientos de salud. Al indagar más mediante entrevistas a profundidad, el asunto más comúnmente mencionado por las usuarias es el trato interpersonal deficiente del personal de salud. Esto incluye comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio, falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente, falta de privacidad, el no brindar confianza a la paciente al no contestar preguntas o al no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendientes de su progreso, etc., hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio⁶.

En conclusión, mientras los costos y las dificultades del acceso geográfico continúan constituyendo barreras para el parto institucional en Ecuador, las brechas culturales entre el sistema biomédico y el sistema de salud indígena, la falta de humanización de los servicios de salud y las deficientes relaciones interpersonales entre proveedores de salud y usuarias, son factores críticos que influyen sobre las decisiones de las mujeres sobre dónde dar a luz.

2. JUSTIFICACIÓN

El proyecto de Garantía de la Calidad ha puesto a prueba varios enfoques para mejorar tanto la calidad de las relaciones interpersonales en la atención como la satisfacción del cliente. En Indonesia, Young y Putjuk, et. al., brindaron cinco días de capacitación en comunicación interpersonal y consejería (CIP/C) dirigida a un grupo de 203 parteras profesionales que prestaban servicios de planificación familiar.⁷ Se dividió a los proveedores en tres grupos. En un grupo, los proveedores llevaron a cabo auto-evaluaciones mensuales durante 16 semanas después de la capacitación. En el segundo grupo, los proveedores realizaron auto-evaluaciones y participaron en sesiones semanales de evaluación de pares. En el tercer grupo, los proveedores no recibieron reforzamiento después de la capacitación. El equipo del estudio evaluó estos diferentes enfoques observando 1,209 interacciones entre clientes y proveedores en el período entre la línea de base y el seguimiento. A los seis meses, los proveedores en ambos grupos que recibieron refuerzo brindaron significativamente más información y tuvieron mayor participación del paciente en comparación con la línea de base. Los proveedores en el grupo que no recibió refuerzo se desempeñaron inicialmente mejor,

⁶ Según datos recogidos por QAP durante el 2004-2005 en entrevistas semi-estructuradas a mujeres usuarias y no usuarias de los servicios de salud en zonas urbanas y rurales de las provincias de: Esmeraldas, Cotopaxí, Pichicha, Tungurahua y Bolívar.

⁷ Kim YM, Putjuk F, Kols A, Basuki E. Improving provider-client communication: Reinforcing IPC/C training in Indonesia with self-assessment and peer review. Operations Research Results 1(6). Bethesda, MD: Published by the Quality Assurance Project for the United States Agency for International Development (USAID), 2000.

pero retornaron a niveles muy similares a los de la línea de base luego de seis meses. Una lección importante de este estudio es que el mejoramiento de la calidad –ya sea técnica o interpersonal- es más factible de ser sostenido cuando los proveedores establecen un sistema para monitorearse continuamente a sí mismos y/o a sus colegas. Desafortunadamente, el estudio no midió los cambios en la satisfacción del paciente como un resultado.

En Níger, Kelley y Boucar pusieron a prueba diferentes métodos para la recolección de datos sobre satisfacción del paciente. También desarrollaron un paquete de retroalimentación rápida para transmitir los hallazgos a los equipos distritales de gestión de salud (DHMTs) dentro del lapso de una semana de haber recolectado los datos.⁸ Los autores concluyeron que las entrevistas de salida realizadas por los supervisores de salud del mismo distrito en que se encontraba el establecimiento fueron más costo-efectivos que otros métodos de recolección de datos. Los autores reportaron que el personal de los DHMTs valoraba la retroalimentación rápida, y se comprometía a usar los hallazgos para mejorar los servicios. Sin embargo, no existió seguimiento para determinar si los DHMTs de hecho usaron los datos como prometieron o si la satisfacción de los usuarios de hecho se incrementó.

Un estudio de QAP en Perú buscó información sobre ocho dimensiones de la satisfacción del cliente utilizando seis métodos diferentes de recolección de datos en el Instituto MaxSalud para la Calidad Superior de Atención en Salud, un proveedor de salud privado sin fines de lucro.⁹ Los administradores de Max Salud utilizaron los datos para ajustar los patrones de selección del personal, mejorar las habilidades de CIP/C de algunos proveedores, aliviar la aglomeración y disminuir los tiempos de espera. Los autores del estudio no recolectaron datos de seguimiento para determinar si la satisfacción de los clientes mejoró. Sin embargo, los datos del comité de calidad de una clínica mostraron que el porcentaje de clientes que esperaba media hora o más para ser atendido disminuyó de 44% a 20% y las quejas sobre los tiempos excesivos de espera disminuyeron de 28% de clientes encuestados a solo 1%. El estudio del Perú es único por haberse realizado en una institución donde el MCC había sido una parte de la cultura organizacional desde su creación. Adicionalmente, los niveles de satisfacción de los pacientes fueron altos en la línea de base y la calidad de la atención era mejor que en la mayoría de establecimientos de salud públicos aún antes de iniciar las intervenciones.

Aunque muchos estudios reportan incrementos en la satisfacción del paciente con la suposición implícita de que ello llevará a un incremento en la utilización de los servicios, existe sorpresivamente muy poca evidencia concreta de este resultado. Esto puede deberse a que los cambios en las tasas de utilización son lentos, y pocos estudios pueden mantener la vigilancia el tiempo suficiente para demostrar los cambios.

En la provincia de Inquisivi, Bolivia, el proyecto Warmi documentó una baja en la TMM de 75 muertes de 639 nacimientos entre 1988-1990 (11.7%) a 31 muertes de 708 nacimientos (4.4%) entre 1991-1993.¹⁰ El seguimiento a lo largo de seis años fue sustancialmente más largo del que realizan la mayoría de proyectos, y la intervención incluyó una variedad de actividades comunitarias y participativas de CPC (Comunicación para el cambio conductual) a

⁸ Kelley E, Boucar M. Helping district teams measure and act on client satisfaction data in Niger. Bethesda, MD: Published by the Quality Assurance Project for the United States Agency for International Development (USAID), 2000.

⁹ Santillán D, Figueroa ME. Implementing a client feedback system to improve the quality of NGO healthcare services in Peru. Operations Research Results 2(2). Bethesda, MD: Published by the Quality Assurance Project for the United States Agency for International Development (USAID), 2001.

¹⁰ Howard-Grabman L. Planning together: a methodology to facilitate the development of strategies and actions to address priority maternal and neonatal health problems in rural Bolivian communities. Working Paper 16B. Arlington, VA: MotherCare Project, John Snow, Inc., 1993.

más de los esfuerzos organizados por los clientes para mejorar la calidad de la atención. El indicador de resultado para este proyecto fue la TMM en sí misma antes que las tasas de utilización.

DiPrete Brown y sus colegas encontraron una mejora en la satisfacción de los pacientes después de capacitar a los proveedores en habilidades de comunicación interpersonal en Honduras, pero no midieron los cambios en la utilización.¹¹

El proyecto de Health Workers for Change (HWFC) fue capaz de documentar una mayor observancia por parte de los clientes de las referencias y requerimientos de compra de insumos necesarios después de una intervención de CIP/C, lo que llevó a una comunicación más respetuosa e informativa por parte de los proveedores de salud.¹² La calidad de la atención interpersonal mejoró en cuatro de los países del proyecto HWFC, pero los datos sobre adhesión fueron recolectados solo en Kenya, y los estudios no dieron seguimiento a la utilización.¹³

Desde una perspectiva un tanto diferente sobre la satisfacción, el Proyecto CHANGE realizó una extensa revisión de literatura y llevó a cabo investigación cualitativa formativa con mujeres en Kenya y Bangladesh a fin de identificar siete categorías de "comportamientos cordiales" de los proveedores: (1) atender las necesidades humanas, (2) ser accesible al paciente, (3) atender las necesidades emocionales, (4) respetar la dignidad/derechos humanos (5) informar/explicar/instruir, (6) involucrar a la familia, (7) incorporar el contexto cultural.¹⁴ El proyecto usó esta información para desarrollar una herramienta para monitorear y evaluar los "comportamientos cordiales" del proveedor con la esperanza de que dichos comportamientos pudieran eventualmente ser integrados a los estándares de calidad del cuidado obstétrico básico y completo.

En Ecuador, en el marco de la implementación del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE), en el 2005 la Dirección Provincial de Salud del Tungurahua, con el apoyo técnico y financiero del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP), y Family Care International (FCI), elaboró e implementó una propuesta piloto de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) de los servicios de salud, a fin de que responda mejor a las necesidades culturales de las usuarias y sus familias. Dicha propuesta metodológica contempló la participación de agentes tradicionales de salud, parteras, brigadistas, líderes comunitarios, mujeres usuarias de los servicios, y profesionales de los centros de salud en tres áreas de salud de la provincia del Tungurahua (Área 2 de Ambato, Hospital de Pillaro y Hospital de Pelileo).

El objetivo de la experiencia piloto en Tungurahua fue probar la factibilidad y aceptación de la metodología diseñada. Todos los participantes, incluyendo a los trabajadores de la salud biomédica, los agentes tradicionales de atención del parto, y las representantes de la comunidad, consideraron el enfoque como exitoso. En efecto, esta propuesta logró algo inédito: sentar en la mesa del diálogo a todos estos actores en igualdad de condiciones, cada

¹¹ Brown LD, de Negri B, Hernandez O, Dominguez L, Sanchack JH, Roter D. An evaluation of the impact of training Honduran health care providers in interpersonal communication. *Int J Qual Health Care* 2000; 12:495-501.

¹² Onyango-Ouma W, Thiongo FW, Odera TM, Ouma JH. The health workers for change impact study in Kenya. *Health Policy Plan* 2001; 16 Suppl 1:33-9.

¹³ Onyango-Ouma W, Laisser R, Mbilima M, et al. An evaluation of Health Workers for Change in seven settings: a useful management and health system development tool. *Health Policy Plan* 2001; 16 Suppl 1:24-32.

¹⁴ Moore M, Armbruster D, Graeff J, Copeland R. Assessing the "caring behaviors" of skilled maternity care providers during labor and delivery: experience from Kenya and Bangladesh. Washington, DC: The CHANGE Project, 2002.

uno aportando desde su sabiduría y realidad aquello que consideraban más importante para que las mujeres acudan con confianza a los servicios de salud.

Como resultado de este proceso de diálogo intercultural, los equipos de las unidades de salud programaron e implementaron algunos cambios puntuales dirigidos a la adecuación cultural de la atención del parto. Ejemplos de las adecuaciones culturales incluyen la atención del parto en posición vertical; permitir que un miembro de la familia acompañe a la parturienta durante la labor de parto; elaboración de "Diez Mandamientos" (Anexo 1) para el buen trato al paciente, y permitir que las familias traigan comidas culturalmente apropiadas al establecimiento de salud.

Pese a que la experiencia piloto no fue diseñada para medir cambios en la satisfacción de la usuaria o las tasas de utilización de los servicios, la evidencia anecdótica sugiere que ambos empezaron a mejorar como resultado de la intervención.

En base a esta experiencia previa, en agosto del 2006 QAP/URC, en coordinación con el MSP (Subproceso de Normatización de Salud Intercultural), inició la presente investigación operativa, con el propósito de afinar la metodología, aplicarla en el contexto de una intervención de MCC en marcha, y probar su efecto sobre la satisfacción del paciente, algo que no fue posible en el esfuerzo original.

3. OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es poner en práctica una intervención para mejorar la adecuación cultural de la atención obstétrica, y determinar en qué medida y de qué manera ésta puede incrementar la satisfacción de las pacientes y conducir a un mayor porcentaje de mujeres que dan a luz en establecimientos de salud pública.

4. HIPÓTESIS

- a) El enfoque colaborativo de mejoramiento de la calidad modificado y descrito en la sección metodológica que figura más adelante **permitirá al personal de salud mejorar la atención obstétrica** ofertada en los establecimientos participantes del MSP al hacer cambios concretos y medibles a la prestación de servicios, adecuándolos culturalmente a las necesidades identificadas por las usuarias y otros actores comunitarios.
- b) Los cambios hechos a la prestación de servicios de salud mediante el enfoque colaborativo de mejoramiento producirán un **incremento estadístico significativo en la satisfacción de las usuarias** con respecto a los servicios prestados por los establecimientos del MSP participantes.
- c) El incremento en la satisfacción de las usuarias a su vez conducirá a un **incremento en el uso de los servicios del MSP** para la atención del parto en los establecimientos participantes.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Cultura, etnocentrismo e interculturalidad

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

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

Sin embargo, la *cultura* vista ya no desde su uso común, sino desde una perspectiva antropológica, se refiere a "todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico... desde este punto de vista, *no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.*"¹⁵

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

El conocimiento indígena, en particular, "ha sido históricamente desautorizado desde la oficialidad asociándolo con hechicería, brujería y charlatanería... Sin embargo, ello no ha implicado de ninguna manera su desaparición, pero sí ha negado algunas posibilidades de su potenciación. Desde siempre, la medicina tradicional ha prevalecido en el uso constante, y con frecuencia clandestino, tanto entre los indígenas como en la sociedad no indígena."¹⁶

En contextos multiculturales el sistema biomédico ha demostrado una "incapacidad sistémica"¹⁷ para articularse con la medicina indígena u otros sistemas de salud tradicionales. Ello se explica primordialmente porque los Estados nacionales no han podido orientar los planes de desarrollo hacia estos sectores sociales, los cuales han sido históricamente marginados, social y culturalmente, debido a un etnocentrismo generalizado.

El etnocentrismo es la tendencia a juzgar a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, a pensar que nuestras costumbres son mejores, que nuestra cultura es superior a las otras, y por tanto considerar a las gentes de otras culturas como seres inferiores, menos civilizados, y en algunos casos hasta menos humanas¹⁸.

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

En el ámbito de la salud, el principio de interculturalidad implica, en primera instancia, un cuestionamiento del modelo social y cultural desde el cual se ejerce la medicina occidental, en particular a la tendencia hacia la desvalorización de otros sistemas médicos. Este cuestionamiento a la forma de hacer medicina, implica también un llamado hacia una

¹⁵ Benítez, Lilyan y Alicia Garcés, *Culturas Ecuatorianas. Ayer y Hoy*, Quito, Abya-Yala, 1994, Pág. 8 (Subrayado nuestro)

¹⁶ Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. *Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales*. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito. 1998, Pág. 7.

¹⁷ Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, *Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*, Informes de Investigación, N° 2, ILCA, La Paz-Bolivia, 1992, Pág. 14.

¹⁸ Serena Nanda, *Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales*, Quito, Abya-Yala, 1994, Pág. 18

democratización de la salud, es decir, el fortalecimiento de la participación de los pacientes en la definición de sus necesidades de salud, así como en los medios adecuados para satisfacerlas, en el rescate de su medicina tradicional y, en la resolución de problemas, a través de un diálogo horizontal con los servicios de salud institucionales¹⁹.

Por lo tanto, el elemento más importante de la interculturalidad es el diálogo, puesto que promueve el conocimiento mutuo de las distintas culturas, aceptando sus diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que, de forma complementaria a este acercamiento y valoración mutua, los procesos que buscan promover cambios mediante un diálogo intercultural requieren que los grupos involucrados aboguen por sus propios puntos de vista en igualdad de condiciones, en base a su capacidad organizativa y al respaldo institucional del Estado, siendo estos factores determinantes en dicho proceso.

5.2. Adecuación cultural de la atención del parto

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

Al reconocer que el Ecuador es un país pluricultural y multiétnico, es necesario también comprender que los distintos grupos étnicos tienen valores culturales diversos en sus sistemas de salud. En gran parte esto puede explicarse por qué el sistema biomédico no satisface sus necesidades.

Según la antropóloga Margaret Clark, en estos contextos multiculturales un factor decisivo es la falta de reconocimiento hacia el sistema de creencias sobre las causas y curaciones de algunas enfermedades por parte de los médicos del sistema de salud occidental. Así por ejemplo, un médico que rechaza la creencia del "mal de ojo" por considerarla irrelevante no tiene posibilidades de ser respetado por la gente que cree en ello²⁰. Y es que a diferencia del sistema biomédico, que define las causas y tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los sistemas médicos indígenas generalmente contemplan un conjunto complejo de aspectos socioculturales; religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holista que integra cuerpo y espíritu.

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

Por el contrario, dada la orientación "eficientista" del sistema biomédico, el personal de salud occidental no puede disponer mucho tiempo con el paciente, además, el médico no habla su mismo idioma, y el lenguaje médico es poco entendible para los pacientes²¹. Todo ello, junto

¹⁹ Junge, Patricia, "Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica", ponencia: IV Congreso Chileno de Antropología, Noviembre 2001, Universidad de Chile, en: http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=1222

²⁰ Clark, Margaret, Health in the Mexican American Culture. Berkeley: University of California, 1970, obra referida en: Nanda, Serena, Op. Cit., Pág. 25

²¹ Serena Nanda Op. Cit, Pág. 25.

con los costos de la atención, crea una barrera que explica en gran medida por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado.

Como hemos visto, existen diferencias de fondo y de forma entre el sistema occidental y los sistemas tradicionales de salud; las diferencias de fondo se refieren a la índole misma del concepto y sistema de salud²², mientras que las diferencias de forma se refieren al conjunto de procedimientos, prácticas, rituales, etc., que evidencian de mejor manera las brechas culturales que existen entre ambos sistemas y que determinan la relación con el paciente. En lo que se refiere a la salud materna, la atención del embarazo y el parto también tienen lógicas diferentes de acuerdo a cada sistema médico.

Reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud es un aspecto positivo pero no suficiente, pues es necesario estar conscientes que estos principios culturales deben ser profundizados en su estudio y conocimiento. Debemos entender las concepciones y valores en el trasfondo de dichas diferencias para tomarlas en cuenta en las consideraciones de la salud física, emocional y espiritual de la parturienta, y poder adecuarlas a la atención calificada del parto en los establecimientos de salud pública.

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

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

- Identificar las características que debe tener la atención del embarazo y del parto para respetar las tradiciones culturales de todas las mujeres y así satisfacer sus necesidades y requerimientos;
- Modificar las prácticas de atención obstétrica y neonatal de los servicios de salud de tal manera que las usuarias y sus familias reciban un trato con calidez humana, ampliamente respetuoso de sus costumbres y valores culturales;
- Modificar las prácticas inocuas o dañinas de la atención obstétrica y neonatal practicadas en los servicios de salud, basándose en las formas de cuidado beneficiosas²³, tales como:
 - Eliminar:
 - la práctica rutinaria de la episiotomía;
 - la práctica rutinaria de la rasura del vello púbico;
 - la práctica rutinaria de la aplicación de enema.
 - Facilitar el apoyo físico, emocional y psicológico a la paciente, su pareja y familia, durante el trabajo de parto y posparto.
 - Permitir:
 - la participación y/o compañía de la pareja o un familiar durante el trabajo de parto y posparto
 - escoger la posición del parto

²² En términos epistemológicos podríamos decir que mientras el sistema biomédico se basa en un método alópata fisiológico del cuerpo, el sistema etnomédico o tradicional andino se basa en un método homeópata que integra concepciones del cuerpo y el espíritu, que responden a una cosmología indígena en un complejo sincretismo con el cristianismo.

²³ Para ampliar este tema sobre formas de cuidado beneficiosas y formas de cuidado efectivas o perjudiciales, se recomienda revisar el Boletín Novedades CLAP N° 17, Diciembre 1998.

- la participación de la partera tradicional durante el trabajo de parto y posparto,
 - Promover:
 - el acercamiento precoz y el alojamiento conjunto madre- hijo/a
 - la lactancia precoz y sin restricciones
 - Devolver la placenta a la paciente o su familia de acuerdo a la tradición cultural local;
- Promover la conformación de comités de usuarias/os que den seguimiento a la calidad de la atención y apoyen las acciones de mejoramiento de la misma;
- Promover la participación activa de actores como los comités de usuarias/os, agentes comunitarios de salud (parteras y promotores), proveedores de los servicios de salud y gobiernos locales, en espacios de trabajo que permitan examinar las actuales prácticas obstétricas y la detección de brechas culturales para introducir modificaciones consensuadas y progresivas para la humanización y adecuación cultural a los procesos de atención;
- Diseñar estrategias para el manejo adecuado de la resistencia al cambio.

En este sentido, la adecuación cultural del parto implica realizar cambios estratégicos en la atención del sistema biomédico de acuerdo a las expectativas culturales de la población local.

A continuación revisaremos algunos aspectos de la atención que se deben tener en cuenta en la adecuación cultural del parto. Para ello, analizaremos algunos datos etnográficos importantes, que recogen la perspectiva de comunidades indígenas de los andes ecuatorianos.

a) El Trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares

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

Habitualmente, en el sistema biomédico de salud, el trato del personal médico hacia el paciente se estructura desde relaciones de poder, donde el personal médico ejerce su autoridad y prestigio en base a un conocimiento instrumental. No obstante, en contextos multiculturales, la relación de poder se vuelve más compleja en cuanto intervienen criterios étnicos, de género y de clase. En consecuencia, las mujeres pobres, campesinas, indígenas y afro descendientes son objeto de maltrato, discriminación y prejuicio²⁴.

Sobra destacar que la amabilidad y el respeto deberían ser una condición imprescindible en la atención médica, en cuanto son derechos que se desprenden de los derechos humanos fundamentales. El trato interpersonal que brindan los proveedores de salud debería ser cordial y profundamente respetuoso con la realidad social y cultural de las pacientes y sus familiares. No obstante, la incapacidad de mejorar la forma como el personal de salud se relaciona con los pacientes y sus familiares continúa siendo uno de los problemas más importantes en el sistema ecuatoriano de salud pública.

²⁴ González Guzmán, Daniel. 2007. Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador, Pág. 22.

Numerosos datos cuantitativos y cualitativos reflejan claramente que el maltrato que reciben los pacientes, especialmente los indígenas, en los centros de salud pública ocurre diariamente, aumentando de esta manera las brechas culturales y fortaleciendo las fronteras étnicas. Además, el “maltrato”, la “mala cara” a las pacientes y a sus familiares, ocasiona que las mujeres embarazadas no regresen más a dichos centros para la atención del parto.

La atención del personal de salud muchas veces no toma en cuenta el pudor de la mujer. Muchas mujeres sienten vergüenza de que otro hombre que no sea su esposo vea sus genitales, aunque el verdadero factor para la mayoría de mujeres no es ser examinadas por un hombre, sino ser examinadas por muchos hombres innecesariamente. Algunas informantes manifestaron que varios internos realizaron exámenes vaginales con ellas uno después de otros, básicamente utilizándolas como objeto de entrenamiento²⁵.

Varias mujeres entrevistadas denuncian el uso de lenguaje ofensivo e insultante por parte del personal médico, particularmente enfermeras, cuando las mujeres rehúsan ser examinadas o gritan de dolor durante la labor de parto. Muchas entrevistadas señalan comentarios del personal de salud como: “¿Por qué no abres tus piernas ahora?, no tuviste problema en abrirlas cuando estuviste con tu esposo”, o “¡deja de gritar!, no gritaste cuando estuviste con él”.

Las mujeres indígenas de la sierra ecuatoriana también relatan ser maltratadas por ser de áreas rurales. Así, por ejemplo, algunas pacientes indígenas usualmente son objeto de crítica por la falta de planificación familiar, y de estigmatización por una supuesta falta de higiene: “En el centro de salud”, dijo una mujer, “nos tratan como si fuéramos pulgosas, sucias, y desarregladas. Nos da vergüenza porque somos pobres”²⁶. Otra manifestó lo siguiente:

“...pero ellos (el personal de salud) no tratan como a un cristiano, dicen: «estas indias feas que vienen apestando, vayan a bañar primero», en ese sangrando hacen bañar en agua fría, eso no debe de ser, haber esas cosas, discriminación en hospitales, como cristiano deben atender... a veces en hospitales preguntan: «¿cuántos hijos tiene?», dicen: «cuatro, cinco, o seis», «...cha estas como puerkas tienen, hay que operar bien, la ligadura hay que hacer», A veces dicen: «tienen que cuidar», pero, ¿cómo deben de cuidar?, entonces a veces dicen: «ojalá por ahí, a los maridos hay que hacer poner, siquiera papel de bolo, para que cuiden», eso no debe ser así, discriminación en hospitales.”²⁷

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

Este grave problema, que responde a construcciones étnico-raciales arraigadas en la sociedad ecuatoriana, demanda procesos de cambio cultural de largo alcance facilitados, entre otros mecanismos, por una reformulación del sistema educativo en materia intercultural como propone la CONAIE en su documento de políticas de salud intercultural:

²⁵ Steve Harvey, et.al. Op. Cit. Pág. 8

²⁶ Idem.

²⁷ Testimonio de María Concepción Acos, Dirigente de mujeres indígenas, Mujeres Indígenas de Tungurahua (MIT). “Informe del 1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (Informe ejecutivo no publicado)

“Es importante que el Ministerio de Educación reformule los programas de los establecimientos primarios, secundarios y superiores incluyendo conocimientos de la pluriculturalidad del país. Y en cuanto a las escuelas de Ciencias Médicas, se deberá incorporar cátedras en antropología médica, interculturalidad y epidemiología sociocultural. El Ministerio de Salud y las Facultades de Ciencias Médicas deberán elaborar estrategias que fomenten la aceptación de la medicina formal de parte de las poblaciones indígenas. Los estudiantes de medicina deberán empezar a relacionarse con las comunidades indígenas mediante el servicio constante desde los primeros años de su carrera, de manera que se amplíe la comprensión y el conocimiento de los Pueblos”²⁸.

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

b) El acompañamiento durante la atención del parto

Según la cosmovisión indígena, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. “Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los “otros” ajenos a su cotidianeidad, quienes dominan la situación”²⁹

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

“Es necesario romper el esquema, prácticamente hermético de los hospitales, en cuanto a lo que se refiere a la restricción en las visitas a las madres que han dado a luz. Debería flexibilizarse la política de visitas en los hospitales. Por ejemplo, viene el esposo, se enteró la noche que está trabajando fuera, viene a visitarle, y a veces no puede pasar”³⁰

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, etc., sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la parturienta: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con guaguas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”³¹. Es decir, el ambiente de familiaridad o de intimidad es respetado como

²⁸ Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga. *“Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales”*. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito. 1998. Pág. 18

²⁹ María Cristina Chiriguini, María Elina Vitello y Néida Luna, “Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen”, ponencia del Cuarto Congreso Chileno Antropología, noviembre 2001, Universidad de Chile, en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1208.html>

³⁰ Testimonio de Viviana Naranjo, Personal de Salud, Hospital de Píllaro, “Informe del 1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Píllaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (Informe ejecutivo no publicado)

³¹ Testimonio de María Cristina Tigsí, comadrona de la comunidad Chauzán Totorillas, Guamote Prov. de Chimborazo, en: Buitrón Myriam, Op. cit., Pág. 42.

derecho de la parturienta quien, en cualquier caso, recibe continuamente el apoyo psicológico de la comadrona.

Las comadronas y parteros también demandan que se les permita acompañar a su paciente durante el parto hospitalario, sobre todo si la paciente es referida por él/ella. Estas demandas señalan la necesidad de no perder de vista la trascendente función médica, social y cultural, que históricamente han cumplido y cumplen las comadronas en las comunidades indígenas. Se evidencia también la demanda por un reconocimiento oficial de la importancia de su trabajo, y una demanda de participación institucionalizada de las parteras comunitarias en los procesos de atención del parto culturalmente adecuado.

La presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante la labor de parto, el parto y el posparto inmediato es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias, de diferentes estratos sociales y económicos, sobre todo de los sectores indígenas, afroecuatorianos y campesinos³². Ello implica permitir el ingreso de una persona junto con la parturienta hasta la sala de partos, en el caso de maternidades, clínicas y hospitales, para que la acompañe durante la labor, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario para la parturienta.

c) Posición del parto

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

“Por mi parte, mi hija mismo dijo que, unas amigas había dicho: ‘no irá a hospital, porque en hospital como a una vaca, amarrando los pies así de lado y lado, hacen dar a luz’, y eso también, no me ha avisado a mi, y por no bajar a Ambato había ya estado pasando los dolores (sobreparto)”³³

La demanda de cambio apunta a permitir que la paciente escoja la posición del parto según su comodidad y no según la comodidad del personal de salud, procurando con ello respetar la fisiología natural del parto y, por tanto, también la menor medicalización posible, es decir, procurando que los procedimientos obstétricos biomédicos tales como la estimulación con oxitocina, la episiotomía, el uso de epidural y fórceps, y la práctica de cesáreas no se apliquen de manera rutinaria, sino únicamente en casos de necesidad real.

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

“La parturienta se coloca en cuclillas, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras el permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera

³² Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito. “Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora”, 2007.

³³ Testimonio de María Rosa Palomo, Partera de la comunidad Aspatuk Alto – Santa Rosa, Prov. Tungurahua

se coloca de rodillas por detrás de la parturienta y atiende el parto desde esa posición”³⁴.

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

Varias investigaciones sustentan con evidencia científica las ventajas del parto vertical para la parturienta y el bebé, como son:

- “La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. (Mendez Bauer, 1976);
- La ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (Bieniarz, 1966). Como se sabe, la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de esta manera la cantidad de oxígeno disponible al feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga (Giraldo, 1992);
- El aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 en transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxo femoral (Russell, 1969);
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto;
- Un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante (Arbues, 1982), como en el expulsivo (Gallo, 1992); (Caldeyro Barcia, 1987); (Sabatino, 1992); facilitando la transición feto-neonatal;
- Una mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menor riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (Mendez Bauer, 1975);
- Menor presión intravaginal, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo-femoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal;
- Proporciona beneficios psico-afectivos, y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente;
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.
- Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente (Sabatino, 1992); (Paciornik, 1992); (Dunn, 1976)”³⁵.

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.

Para la atención del parto vertical, los establecimientos de salud deben adecuar las salas de parto con los implementos físicos necesarios, tales como colchonetas, barras de soporte, o

³⁴ Descripción del sociodrama del parto atendido por una partera, “Informe del 1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto”, Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (Informe ejecutivo no publicado)

³⁵ Pronsato Santandreu, “Tecnologías Apropriadas vs Rutinas Acríticas”. Ed. Eudecor Noviembre 2000. (pag. 55 y 56).

sillas ginecológicas especialmente diseñadas para la atención del parto vertical. De igual forma el personal de salud deberá capacitarse en las técnicas y procedimientos de atención de las diferentes posiciones del parto vertical.

d) Abrigo / vestimenta

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

“Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren este equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el "principio de oposición" es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente”³⁶.

Debido a la importancia del principio humoral en la medicina tradicional, una de las críticas fundamentales de las parteras y usuarias indígenas hacia el sistema biomédico de salud se refiere precisamente a ciertos procedimientos rutinarios de asepsia como el baño de la parturienta, que en muchas ocasiones implica un cambio brusco de temperatura y exposición al frío. Otra crítica a los médicos se refiere a la “práctica de desvestir a la parturientas y luego llevarlas para dar a luz en una sala fría. En cambio, ellas prefieren que la mujer esté bien arropada para que no se enfríe la matriz y se dificulte el parto.”³⁷

“...para el lecho, lugar donde nacerá el guagua, lo prefieren al lado del fogón (tullpa) por estar siempre caliente, colocan bastante paja en el suelo de manera que quede suave, un poncho viejo sirve de tendida, cerca muy cerca le colocan un baúl o banco para que sirva de apoyo. Le abrigan, haciendo vestir con dos bayetas gruesas, tres anacos, y medias gruesas con el fin de que no ingrese el frío y se facilite el parto”³⁸

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

Además, en relación al tema del pudor de las usuarias, muchas mujeres han mencionado que las batas que se les proporcionan en los servicios de salud son abiertas por detrás y que esto les ocasiona vergüenza. Por ello, su expectativa es que se les permita mantener su propia ropa durante la atención del parto, pues “tienen vergüenza que les desnuden”.

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

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

³⁶ Foster, George M., “On the Origin of Humoral Medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987), Pág. 355. (traducción nuestra)

³⁷ Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, *Op. Cit.*, Pág. 64

³⁸ Tenesaca, Elvira, Hábitos, creencias y costumbres de la comadrona indígena de Zumbahua en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Tesis de Grado, Facultad de Enfermería, 1990, Pág. 57.

e) Alimentación / Dotación de Aguas de infusión

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

Algunas de las infusiones que se preparan a la mujer embarazada responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío, sin embargo, también existen hierbas medicinales que tienen otros fines terapéuticos en el momento del alumbramiento. Tal es el caso de algunas infusiones que son cuidadosamente administradas por las comadronas para facilitar el parto, o en caso de sangrado posterior.³⁹ Por otra parte, ciertas plantas parecen tener una eficacia simbólica⁴⁰, como en el caso del agua de linaza, o el agua de melloco, que ingieren algunas parturientas "para que ayude a resbalar el feto"⁴¹.

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

En este sentido, se debe permitir la ingestión de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorecer el progreso del parto. Sin embargo, el personal de salud debe evitar la administración de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la investigación y autorización expresa de la persona responsable de la atención.

Algunas mujeres también quisieran ser alimentadas al poco tiempo de dar a luz, para esto quisieran que les permitan a sus familiares llevar al hospital alimentos tradicionales para las púerperas, tales como caldo de gallina, o arroz de cebada.

f) Información

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

El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la

³⁹ Testimonios vertidos en el sociodrama de la atención del parto en casa, "Informe del 1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto", Pillaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (Informe ejecutivo no publicado)

⁴⁰ Según Lévi-Strauss, la "eficacia simbólica" implica la creencia de que el símbolo (en este caso, el agua de melloco) representa un hecho palpable (la propiedad de hacer resbalar el feto); esta creencia tiene mayor significado en cuanto también es compartida por los demás miembros de su sociedad. Lévi-Strauss, Claude, Antropología Estructural, Barcelona, Edit. Paidós, 1987, Pág. 211 y ss. No obstante, debido a la escasez de estudios etnobotánicos y fitoquímicos que demuestren las propiedades de algunas de las plantas que se utilizan en la atención del parto, resulta difícil determinar si las mismas tienen un real efecto físico, o si su eficacia es meramente simbólico-ritual.

⁴¹ Testimonio de Luis Alfredo Ashqui, Partero y Promotor de Salud de la Dirección Provincial de Salud Indígena de Tungurahua.

parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular.

g) Entrega de la placenta

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

En algunas comunidades aymaras incluso se la envuelve en ropa de varón si es niño, o en ropa de mujer si es niña, además se la acompaña con una serie de ofrendas a los espíritus ancestrales maternos: sebo, ají, sal, azúcar, coca y flores de rosa "para que la wawa sea de buen carácter"⁴².

Si no se realizan estos ritos se piensa que hay peligro de que la placenta pueda causar alguna enfermedad a la madre o al recién nacido; "esto se inscribe en la lógica andina de que la placenta continúa siendo parte de la madre e influye en su estado"⁴³.

En algunas comunidades existe la creencia que si no se entierra la placenta, ésta puede regresar imbuida de los espíritus "encima de la mujer" y asustarle, hasta sofocarle, o también se cree que cuando el guagua ya es mayor "puede ser loco"⁴⁴, o "se le puede hacer la dentadura amarilla"⁴⁵ Sin embargo, en algunas comunidades la placenta no reviste la misma connotación que en otras, por ello, la devolución de la placenta debe ser opcional y tomada en cuenta desde esta perspectiva.

6. MÉTODOS:

6.1. Diseño

El estudio empleó un diseño de intervención-control en cuatro provincias del Ecuador. En cada provincia, el equipo de estudio seleccionó dos establecimientos de salud con características similares. En uno se realizó la intervención de HACAP y en el otro no se realizaron intervenciones sino que se lo empleó como control. Para la selección de unidades inicialmente se seleccionaron las provincias, luego los cantones y finalmente las unidades o establecimientos de salud, tomando en consideración diferentes criterios en cada una de estas fases.

6.2. Muestreo

Para seleccionar las provincias, el equipo de estudio elaboró una base de datos con 12 variables sociales, económicas, culturales, étnicas y de salud de la población de todas las provincias del país (VER ANEXO 2), recurriendo a diversas fuentes oficiales de información, tales como:

- a) Censos de población elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC);
- b) Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN), elaborada por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR);

⁴² *Ibid.*, Pág. 76

⁴³ Buitrón Myriam, *Ídem*.

⁴⁴ Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita, *Op. Cit.*, Pág. 76

⁴⁵ Testimonios vertidos en el 1º Taller de Adecuación Cultural de la Atención del Parto, Píllaro, Prov. Tungurahua, Ecuador, Febrero de 2005. (Informe ejecutivo no publicado)

- c) Registros de los comités de usuarias (CUS)⁴⁶ del Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU), organismo encargado para su organización y manejo;
- d) Estadísticas vitales e información sobre la organización de los establecimientos de salud y atenciones gineco-obstétricas, según fuentes oficiales del MSP actualizadas al 2006; y
- e) Formularios de nacido vivo de las oficinas de Registro Civil de cada cantón.

6.2.1. Selección de Provincias

A partir de esta base de datos se distinguieron los siguientes criterios para la selección de las provincias participantes en la investigación:

- a) Razón de Mortalidad Materna (RMM) por encima del promedio nacional (>78 defunciones maternas / 100,000 nacidos vivos)
- b) Presencia de población indígena o población afro-ecuatoriana en una proporción significativa. (>20%)
- c) Tasa de partos domiciliarios por encima del promedio nacional (>40%).

Las provincias que cumplían estos parámetros y que fueron preseleccionadas fueron: Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi, Cañar e Imbabura en la sierra y Esmeraldas en la costa. En la Amazonía no se seleccionaron provincias debido a la dispersión poblacional de la región y las dificultades de acceso geográfico a las unidades de salud, lo que podía haber constituido una variable confusora de difícil control para la demostración de los resultados. (ANEXO 3)

6.2.2. Selección de Cantones dentro de las provincias seleccionadas

Una vez seleccionadas las provincias, se diseñó una nueva base de datos con todos los cantones de las 6 provincias seleccionadas, tomando en consideración las siguientes variables: (VER ANEXO 4)

- a) Porcentaje de partos institucionales atendidos en las unidades del MSP según la ENDEMAIN 2004. Esta variable permite ver el nivel de utilización de los servicios de salud otorgados por las unidades del MSP.
- b) Porcentaje de niños nacidos vivos en las unidades del MSP durante el año 2004, otorgados por el INEC.
- c) Porcentaje de partos domiciliarios resultantes de la encuesta ENDEMAIN 2004, por ser la única fuente de consulta existente en este tema.
- d) Porcentaje de niños nacidos vivos con atención no profesional, durante el año 2004, otorgados por el INEC.
- e) Porcentaje de población indígena, basándose en el Censo Poblacional del 2001, realizado por el INEC.
- f) Porcentaje de población afroecuatoriana, basándose en el Censo Poblacional del 2001, realizado por el INEC.
- g) Existencia de Comités de Usuarias en funcionamiento.

Lamentablemente no fue posible recolectar suficiente información sobre la existencia de comités de usuarias a nivel cantonal, pues el CONAMU, que es el organismo encargado de la

⁴⁶ Dentro del mandato de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) se establece que los comités de usuarias (CUS) serán quienes vigilarán el cumplimiento de la ley mediante acciones de veeduría ciudadana, y corresponsabilidad en el cuidado de la salud. Además, el cumplimiento de la gratuidad del servicio, los horarios y el trato cálido y respetuoso, serán medidos y evaluados por los comités de usuarios/as.

organización y manejo de los CUS, se encontraba en una fase de recolección de información y no disponía con una base de datos actualizada.

Del análisis de los resultados de estas variables, se obtuvo un listado inicial de cantones que registraron los porcentajes más altos de partos domiciliarios; alto número de nacidos vivos que recibieron atención no profesional y; significativa población indígena y afroecuatoriana. Los cantones preseleccionados fueron:

- a) Bolívar: Chillanes, Echeandía y San Miguel
- b) Chimborazo: Alausí, Colta, Guamote y Chunchi
- c) Cotopaxi: Pujilí, Saquisilí y Pangua
- d) Esmeraldas: Eloy Alfaro (Borbón y Limones), San Lorenzo y Muisne
- e) Cañar: Cañar
- f) Imbabura: Cotacachi, Otavalo, Pimampiro y Urcuquí,

6.2.3. Selección de Unidades dentro de los cantones escogidos.

Una vez que fueron seleccionados los cantones se obtuvo un pool de unidades del que posteriormente se seleccionó aquellas que iban a ser de intervención y de control, de acuerdo al diseño propuesto para la investigación.

El primer paso fue enlistar las unidades del MSP que atienden partos en los cantones seleccionados, considerando los siguientes datos:

- a) Nivel de resolución, que se refiere al tipo de unidad y al tamaño que tiene, pudiendo ser Hospital Básico, Centro de Salud o Subcentro de Salud Urbano.
- b) Número de camas de la unidad, un dato de difícil construcción puesto que el MSP no lo considera en sus registros para centros de salud, pese a que estos establecimientos atienden partos. La información tuvo que ser obtenida de fuentes directas con el personal de las Direcciones Provinciales de Salud y/o de las unidades.
- c) Número de partos atendidos durante el año 2005 en cada unidad, de acuerdo a fuentes oficiales del MSP.
- d) Número de población que atiende la unidad, de acuerdo a fuentes oficiales del MSP actualizadas al 2006.
- e) Accesibilidad / distancia. Debido a la escasa información oficial sobre este tema, esta variable fue referencial y se definió como la distancia entre la unidad de salud y la ciudad en donde se encuentra el hospital provincial.

Los criterios usados para la selección de Unidades fueron:

1. Que la unidad se encuentre en un Cantón con un porcentaje de partos domiciliarios por encima del promedio nacional (>25%)
2. Que el número de partos atendidos anualmente se encuentre entre 100 y 500.
3. Que sea un hospital cantonal o de menor nivel (pero que no sea unidad de referencia)
4. Que no se estén desarrollando otras intervenciones de ningún tipo en la unidad.

De acuerdo a este análisis se seleccionaron los hospitales cantonales de Alausí, Chillanes, Saquisilí, Cañar, San Miguel, Chunchi, Pujilí y Corazón (Pangua).

Finalmente se determinó al azar cuáles serían las unidades de intervención y las de control en cada una de las provincias. Sin embargo, en la Provincia de Cañar, por no existir

establecimientos que cumplieran con los mismos parámetros, se seleccionó solamente el hospital de intervención. Para completar el número de unidades controles requeridos se seleccionó un hospital control de características similares de la Provincia de Cotopaxi, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 2:
Unidades de Intervención y de Control seleccionadas por provincia

Provincias Seleccionadas	Unidades de Intervención	Unidades de Control
Bolívar Chimborazo Cotopaxi Cañar	Chillanes Alausí Saquisilí Cañar	San Miguel Chunchi Pujilí Pangua (Prov. Cotopaxi)

Las unidades de la provincia de Imbabura no fueron consideradas en el proceso de selección debido a que en diversos cantones de esta provincia existen procesos de salud intercultural en desarrollo, lo que podía sesgar la veracidad de los resultados de la investigación operativa.

6.3. Metodología de la intervención⁴⁷

La intervención utiliza un enfoque metodológico participativo que incluye a diversos actores: personal de salud de los hospitales locales, parteras (agentes tradicionales de atención del parto), usuarias, y funcionarios municipales (representantes de gobiernos locales). Las usuarias y parteras tienen un rol decisivo en la definición de aquello que se considera culturalmente apropiado, y finalmente son ellas quienes juzgan si los cambios realizados en la atención son culturalmente adecuados.

La metodología de HACAP contempla la realización de tres talleres participativos, los cuales se desarrollan de la siguiente manera:

1. El Primer Taller tiene como propósito realizar un diagnóstico colectivo sobre las distintas formas de atención del parto, esto es: desde los servicios de salud, desde las mujeres y sus familias, y desde los agentes tradicionales de salud (parteras y promotores), a fin de identificar las brechas culturales y las expectativas de las usuarias sobre atención del parto en los servicios de salud.
2. Una vez que se han identificado las expectativas y las brechas culturales, el Segundo Taller tiene como propósito elaborar propuestas de intervención para modificar la atención del parto. Siguiendo la metodología de los ciclos rápidos⁴⁸, se elabora un Plan de Trabajo para que el equipo del hospital inicie la adecuación de los servicios, con el fin de que responda culturalmente a las necesidades de las mujeres y sus familias.

⁴⁷ Una referencia detallada de la metodología aplicada en esta intervención se puede encontrar en: González Guzmán, Daniel. 2007. *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP)*. Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador, Pág. 24. Versión electrónica disponible en la siguiente página: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/HACAPmanual.web.pdf>

⁴⁸ Se llaman ciclos rápidos porque se trata de probar intervenciones en un lapso corto de tiempo (de dos a tres semanas) donde se realizan actividades puntuales para realizar los cambios planteados. Una información más detallada sobre la metodología de ciclos rápidos para mejorar la calidad en salud se puede encontrar en: "Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. 2008. El Colaborativo de Mejoramiento: Un Enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención de Salud y Expandir Servicios de Calidad. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

Además se elaboran indicadores que sirven para medir los avances a lo largo del proceso.

3. El Tercer Taller tiene como propósito hacer una revisión participativa del progreso de los ciclos rápidos de adecuación cultural de la atención del parto. Para ello se exponen las dificultades y logros en el proceso, y se define qué ajustes deben hacerse en los ciclos planteados o si debiesen plantearse nuevos ciclos de cambio con el aporte colectivo. Además, se miden los primeros indicadores planteados en el segundo taller con la finalidad de evaluar el progreso del rediseño de la atención del parto.

Entre cada taller se llevan a cabo por lo menos dos reuniones de evaluación en cada localidad para ir ajustando el proceso y para dar seguimiento a los compromisos que se van dando por parte de los actores involucrados en el rediseño de la atención del parto.

Con el objetivo de fortalecer el diálogo intercultural, esta metodología participativa propone la conformación de equipos de trabajo para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) con representantes de todos los sectores o actores clave. Estos "Equipos de Adecuación Cultural" se reúnen en varias actividades de trabajo a lo largo de los talleres de rediseño, y tienen responsabilidades específicas en el diagnóstico, el diseño, y el seguimiento del proceso de adecuación. Sin embargo, la puesta en práctica de los cambios propuestos mediante el dialogo intercultural es responsabilidad del personal de salud participante, con el apoyo y seguimiento de los demás actores.

La importancia de esta propuesta metodológica radica en que es un mecanismo práctico de fomento de la participación ciudadana, pues reúne en un mismo plano a diferentes actores para discutir cómo debería darse la atención del parto, y ponerla en ejecución. Además es una propuesta de contenido democrático, ya que plantea que la decisión de cómo se debe atender a las usuarias no pertenece solamente al personal de salud sino a un conjunto de actores de la sociedad local.

6.4. Encuesta de Satisfacción de las usuarias

Para medir los cambios en la satisfacción de las usuarias se diseñó una encuesta de satisfacción en base al instrumento desarrollado por el proyecto colaborativo de COE en Ecuador. Para la formulación de las preguntas de la encuesta se tomaron en cuenta los hallazgos de la encuesta ENDEMAIN sobre satisfacción de las usuarias, así como la información proveniente de las entrevistas semi-estructuradas que QAP realizó a mujeres que habían tenido partos domiciliarios en las provincias de Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar y Esmeraldas, con el fin de conocer su experiencia y su percepción de satisfacción.

La encuesta de satisfacción desarrollada para medir los cambios incluyó preguntas que miden, en base a una escala de caritas felices y tristes, aspectos socioculturales de la atención, como por ejemplo: posición del parto, abrigo, realización de procedimientos desagradables, acompañamiento, privacidad, discriminación, maltrato, entre otros. (ANEXO 5)

El instrumento diseñado fue probado en el campo en tres ocasiones diferentes con mujeres indígenas y mestizas. En cada ocasión se realizaron cambios de acuerdo a los resultados obtenidos. Posteriormente fue sometido a revisión por parte de los coordinadores provinciales de salud intercultural de las cuatro provincias participantes.

Las encuestas fueron realizadas en el hogar de las mujeres y estuvieron a cargo del personal femenino que labora en las Direcciones Provinciales de Salud Intercultural del MSP debido al reconocimiento y aceptación del que gozan en las comunidades donde trabajan, así como por su facilidad de comunicación en idioma Kichwa.

7. RESULTADOS. Implementación de la intervención

7.1. Fase operativa: Talleres de rediseño, Reuniones de seguimiento, Implementación de Cambios

a) Primer Taller HACAP

El primer taller HACAP tuvo lugar el 23 de abril del 2007 en la ciudad de Riobamba, con la participación de 70 personas provenientes de las 4 provincias, según detalle del cuadro adjunto. Este primer taller permitió que todos los participantes se conozcan e interactúen a un mismo nivel, estableciendo un compromiso de diálogo y de trabajo conjunto.

**Cuadro No. 3:
Número de participantes en el primer taller HACAP**

Participantes	Chillanes	Alausí	Saquisilí	Cañar	Total
Parteras	8	4	5	4	21
Usuarías	6	2	5	3	16
Equipo de Salud	5	5	6	5	21
Municipio	1	1	2	0	4
D. P. S.	2	3	2	1	8
Total	22	15	20	13	70

El objetivo del primer taller fue realizar un diagnóstico colectivo sobre las distintas formas de atención del parto, con el fin de identificar cuáles son las brechas culturales existentes y cuáles son las expectativas de las usuarias para la atención de su parto en las unidades de salud.

Al inicio del taller se realizó una presentación donde se abordaron los siguientes temas: causas de la muerte materna; modelo de las tres demoras y factores culturales que inciden en esas demoras; conceptos de cultura, etnocentrismo, e interculturalidad.

Posteriormente, los participantes se dividieron en tres grupos de actores:

- a) un grupo conformado por parteras y promotores,
- b) otro conformado por usuarias y miembros de la comunidad, y
- c) otro conformado por el personal de salud.

Cada grupo dialogó acerca de las diferentes prácticas de atención del parto desde su propia experiencia, tomando en cuenta algunos aspectos claves propuestos en una guía de trabajo.

A continuación cada grupo representó mediante sociodramas las distintas formas de atención del parto. De esta manera, todos observaron cómo es un parto en casa atendido solamente por familiares, cómo es un parto atendido por la partera comunitaria, y cómo es la atención del parto en un establecimiento de salud.



Fotografía No. 1
Sociodrama del Parto atendido por Familiares

Fotografía No. 2
Sociodrama del Parto atendido por Partera tradicional

Fotografía No. 3:
Sociodrama del Parto atendido por Personal de Salud

Una vez que fueron representadas las diferentes formas de atención del parto, los participantes se reunieron nuevamente en grupos, pero esta vez formando "Equipos de Adecuación Cultural" por cada provincia. Estos equipos, conformados por personal de salud, parteras, promotores, y usuarias, identificaron colectivamente las brechas culturales existentes entre las expectativas de las mujeres usuarias y la atención que reciben en las unidades de salud. (VER ANEXO 6)

b) Reuniones de Seguimiento al Primer Taller

Luego del primer taller siguió un período de acción en el que los Equipos de Adecuación Cultural de cada cantón se reunieron nuevamente para analizar las matrices de brechas y expectativas que se definieron en el primer taller.

Tomando en cuenta las expectativas de las usuarias, los Equipos priorizaron las brechas colocándolas en orden de importancia, definiéndose un orden diferente para cada hospital. Seguidamente, identificaron tres brechas culturales prioritarias sobre las que se iniciaría el trabajo de adecuación cultural, tal como se muestra a continuación.

Cuadro No. 4
Brechas priorizadas según orden de importancia

Brechas	Alausí	Chillanes	Saquisilí	Cañar
Trato interpersonal	1	1	1	1
Acompañamiento	3		3	2
Posición del parto	2	2		
Información			2	3
Abrigo/Vestimenta		3		

Todos los Equipos coincidieron en que el mejoramiento del Trato es la brecha más importante. Al hablar de trato se está haciendo referencia a la calidad de relaciones interpersonales que brinda el personal de salud a las usuarias. La expectativa de las usuarias es recibir un trato con calidez humana y completamente respetuoso ante su realidad sociocultural.

El Acompañamiento se refiere a la presencia de un familiar o persona de confianza de la parturienta durante todo el proceso de parto. Las usuarias destacan la importancia de la

presencia de familiares para contar con apoyo emocional, tal como sucede en un parto domiciliario.

La brecha de la Posición hace referencia a la postura que la mujer desea adoptar al momento de dar a luz. La expectativa de las usuarias es poder elegir la posición con la que se sientan más cómodas para dar a luz, ya sea arrodillada, en cuclillas o acostada.

La brecha de la Información hace referencia al derecho de las usuarias de conocer tanto su estado de salud y el de su bebé, como todo procedimiento médico que se le va a realizar. La mujer necesita saber y entender la razón de cada procedimiento, puesto que muchos de estos procedimientos son nuevos y desconocidos, y por lo tanto pueden resultar molestos al ser aplicados.

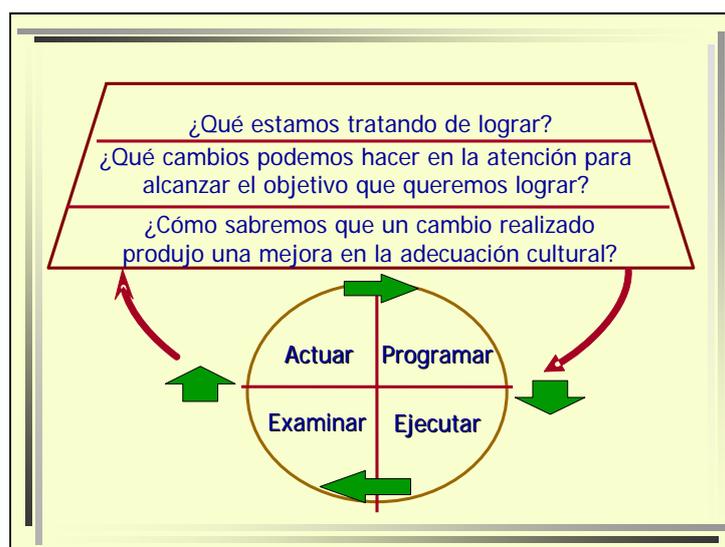
Durante este primer periodo de acción, el equipo de estudio realizó varias visitas a los cantones, tanto para facilitar las reuniones con todos los actores, como para preparar los aspectos logísticos para la organización del segundo taller.

c) Segundo Taller HACAP

El segundo taller HACAP se realizó el 28 y 29 de junio del 2007 en la ciudad de Riobamba, contando con la presencia de 69 personas. El principal objetivo de este taller fue elaborar propuestas para modificar la atención del parto en los servicios de salud, de manera que respondan a las necesidades culturales de las usuarias y sus familias.

Una vez que fueron escogidas las brechas culturales prioritarias, los equipos de cada provincia estuvieron listos para planificar los cambios para la adecuación cultural de la atención del parto. Para ello, primeramente, los facilitadores del taller capacitaron a los participantes en la utilización de la metodología de los ciclos rápidos.

Gráfico No. 2:
Adecuación Cultural con Ciclos Rápidos



Esta metodología contempla dos componentes:

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

En el primer componente se plantean tres preguntas fundamentales para iniciar el cambio:

La primera pregunta cuestiona al equipo sobre el objetivo que quiere alcanzar en la brecha escogida; la segunda pide al grupo identificar ideas concretas de cambio que serán probadas para adecuar la atención del parto, y finalmente, la tercera pregunta pide al grupo identificar indicadores que servirán para observar de manera objetiva si los cambios ejecutados están o no mejorando la atención.

Para responder estas preguntas los equipos utilizaron tres matrices donde se registraron los resultados del trabajo del grupo.

En una primera matriz registraron el objetivo que se planteó alcanzar el equipo en relación a una de las brechas seleccionadas. Como el objetivo debe ser medible, los equipos debieron plantearlo con metas numéricas.

Luego, los equipos identificaron las deficiencias existentes en el sistema actual de atención y, en base a ello, propusieron ideas de cambio para vencer dichas deficiencias.

En una segunda matriz se registraron los indicadores que cada equipo estableció para determinar el grado de progreso del objetivo planteado.

Luego de haber respondido las preguntas fundamentales, y en base a las ideas de cambio propuestas, los equipos planificaron la implementación de los ciclos rápidos de cambio en una tercera matriz. Para ello programaron actividades concretas, las cuales debían ser efectuadas a corto plazo, y registraron cada actividad con sus respectivos responsables, fechas y lugares determinados. (VER ANEXO 7)

Cada Equipo programó un ciclo rápido de cambio. En base a las expectativas prioritarias de las usuarias, los hospitales de Cañar y Alausí decidieron iniciar con la brecha de trato interpersonal, mientras que los hospitales de Chillanes y Saquisilí decidieron programar un ciclo para el acompañamiento de familiares.



Fotografía No. 4:
Equipo de Cañar programando un ciclo rápido
Segundo Taller HACAP



Fotografía No. 5:
Equipo de Alausí programando un ciclo rápido
Segundo Taller HACAP

Otra de las actividades realizadas en el taller fue un foro con las parteras de las cuatro provincias. En este foro las parteras propusieron la necesidad de mayor participación en los establecimientos de salud. Según las propias parteras, su rol en los establecimientos de salud podría establecerse bajo los siguientes parámetros:

- La partera puede ayudar a las usuarias indígenas brindándoles apoyo psicológico para que tengan más confianza en el momento de la atención del parto institucional, “para darle ánimos”, sobre todo en el caso de las primigestas, pues “en el primer parto no se sabe nada”. Inclusive en estos casos la presencia de la partera puede ayudar a agilitar el parto.
- La partera puede ayudar para que la parturienta “no sufra por el problema del idioma”, pues muchas usuarias indígenas solo hablan Kichwa o hablan poco español. En estos casos, la partera incluso puede hacer las veces de traductora entre el médico, la usuaria y sus familiares.
- La presencia institucionalizada de la partera también puede ayudar a evitar el maltrato del personal de salud hacia las usuarias, “para ver que no les estén hablando” (que el personal de salud no insulte u ofenda de alguna forma verbal a las pacientes)
- La partera puede brindar compañía a las usuarias indígenas que no tengan familiares que le acompañen. Además “a veces las auxiliares no están solo con un paciente, sino con varios al mismo tiempo, y en eso también podría ayudar la partera”.
- Algunas parteras incluso propusieron la posibilidad de adecuar un espacio en los establecimientos de salud donde ellas puedan atender a usuarias indígenas, y tener experiencias de los dos sistemas de salud. Para ello propusieron que se las acredite por medio de un carnét de identificación, y que puedan sean remuneradas por este trabajo. Además mencionaron la idea de cumplir turnos rotativos entre parteras de diferentes comunidades.



Fotografía No. 6: Foro de Parteras, Segundo Taller HACAP

Posteriormente, en una sesión plenaria con el personal de salud y demás actores de la comunidad, se llegó al consenso de que era importante encontrar mecanismos concretos para integrar a las parteras, pues ellas son un vínculo clave entre la comunidad y el hospital. Sin embargo, el personal de salud opinó que para ello primero era necesario que las parteras sean entrenadas en el reconocimiento oportuno de riesgos y complicaciones del embarazo y parto.

d) Reuniones de Seguimiento al Segundo Taller

Como todo nuevo proceso, la programación de ciclos rápidos para la Adecuación Cultural de la Atención del Parto puede tener dificultades iniciales. En respuesta a esto el equipo de estudio realizó reuniones en cada provincia para apoyar a los equipos en cualquier dificultad que pudieran tener para la correcta ejecución de los ciclos rápidos.

Algunos equipos tuvieron dificultades en identificar de forma precisa las deficiencias en el proceso de atención, es decir: acciones que no se realicen adecuadamente, elementos que sean innecesarios, o elementos que deberían estar incluidos en el proceso pero que no lo

están. Con el apoyo de los facilitadores, los equipos de adecuación cultural pudieron identificar mejor estas deficiencias y plantear de manera más adecuada sus ideas de cambio.

Una vez reprogramados los ciclos rápidos, los equipos estuvieron listos para poner en práctica las ideas de cambio, tal como lo indican los pasos de la metodología: Programar – Ejecutar – Examinar – Actuar.

Algunos equipos encontraron dificultades en la ejecución de las actividades debido a los diferentes niveles de aceptación y compromiso, y por resistencia al cambio de algunos miembros del personal de salud. Otros equipos efectuaron con éxito y en corto tiempo las actividades programadas, razón por la cual empezaron a programar nuevos ciclos, repitiendo el mismo proceso realizado en el taller.



Fotografía No. 7: Reunión de Seguimiento al segundo Taller. Casa Campesina Saquisilí

e) Tercer Taller HACAP

El Tercer Taller HACAP se realizó el 22 y 23 de mayo de 2008 en la ciudad de Riobamba, contando con la presencia de 50 personas. El principal objetivo de este taller fue hacer una revisión participativa del progreso de los ciclos rápidos de adecuación cultural de la atención del parto. Para ello se organizaron varias mesas redondas en donde los representantes de cada uno de los hospitales expusieron las dificultades y logros en el proceso. Posteriormente, con el aporte colectivo, cada equipo definió qué ajustes debían hacerse en los ciclos planteados o si debían plantearse nuevos ciclos de cambio. Además, se realizó una mesa redonda para dialogar sobre el rol de las parteras.

Finalmente se establecieron las responsabilidades y los próximos pasos a seguir para mejorar y continuar la realización de los ciclos rápidos de cambio, así como los lineamientos para la institucionalización del proceso HACAP.

7.2. Implementación de los ciclos rápidos de cambio: adecuaciones culturales específicas para el mejoramiento de la atención.

Las brechas en las cuales se implementaron ciclos rápidos de cambio son: Trato interpersonal; Acompañamiento de familiares; Abrigo y vestimenta de la usuaria; Posición del parto y; Dotación de infusiones de hierbas aromáticas y medicinales, tal como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 5
Ciclos rápidos realizados según Cantón y fechas de inicio

Ciclos rápidos realizados	Alausí	Cañar	Chillanes	Saquisilí
Trato Interpersonal	Ago-08	Ago-07	Jun-08	Mayo-08
Acompañamiento	Nov-07	Jul-07	Ago-07	Jul-07
Abrigo-Vestimenta	Sep-07	Sep-07	Sep-07	Feb-08

Dotación de aguas medicinales	Sep-07	Sep-07		Jul-07
Posición del parto		Nov-07		

7.2.1. Trato Interpersonal

Las intervenciones del ciclo rápido para mejorar el trato iniciaron a partir del mes de agosto del 2007 en dos hospitales: Cañar y Alausí.

El equipo del hospital de Alausí planificó su intervención bajo la premisa de que el maltrato existe porque el personal de salud no se ha preocupado lo suficiente en conocer la realidad sociocultural de las comunidades indígenas, pues no han tenido oportunidades de acercamiento en otro ámbito que no sea el de la atención en el hospital. Por lo tanto, se planearon actividades para entablar encuentros entre el personal de salud y las parteras, para dialogar sobre los procedimientos de atención del parto en la medicina tradicional, el uso de plantas medicinales y la acreditación de parteras.

Otras intervenciones que se realizaron para mejorar el trato fueron:

- Una charla de motivación y relaciones humanas a todo el personal del Hospital.
- Entrega de chambras a las mujeres que dan a luz con mensajes referentes a la Ley de Maternidad Gratuita. Las chambras eran elaboradas por grupos de mujeres de las comunidades, apoyadas por el Departamento de Salud del Municipio.
- Se diseñaron cartelones con los principios del buen trato, los derechos de las/los pacientes y de la LMGYAI, y se colocaron en Consulta externa y Sala de Hospitalización (ANEXO 8).
- Buzones de quejas en hospitalización y a la entrada del hospital. Pese a que aún no se han analizado los contenidos, se tiene previsto que se lo realizará en una reunión entre la dirección del hospital, el equipo HACAP y una persona representante de las usuarias.
- Difusión de 2 cuñas radiales en Kichwa y español con mensajes que promocionan el mejoramiento del trato en el hospital (ANEXO 9).
- Por iniciativa de Salud Intercultural, en este hospital un grupo de usuarias realiza periódicamente entrevistas a parturientas hospitalizadas para conocer su percepción del trato recibido.

Por su parte, el equipo del hospital de Cañar consideró que una de las causas principales que explicaban la existencia del maltrato era un alto nivel de ansiedad y estrés del personal de salud. Por lo tanto, para mejorar la calidad de la atención y el trato aseveraron que era necesario primero mejorar la salud mental de quienes brindan atención en la institución.

Para esto el equipo solicitó al psicólogo del hospital que desarrolle un proyecto de apoyo psicológico individual y grupal, dirigido a todo el personal de salud y de servicio. Este proyecto comprendió varias actividades a corto y mediano plazo:

- Diagnóstico inicial a todo el personal del hospital a través de evaluaciones individuales aplicando las escalas de Ansiedad de Max Hamilton y la Escala para la Depresión de Hamilton (HDRS)
- Posteriormente se aplicó un cuestionario adaptado de los criterios de Salud Mental según la TRE (Terapia Racional Emotiva)
- Luego de realizado el Diagnóstico, se efectuaron sesiones individuales de terapia, según el caso.
- Se propusieron también realizar sesiones grupales para promoción y prevención en el área de salud mental e integral, incluyendo temas como: habilidades sociales y auto-

aceptación, comunicación, asertividad, género y sexualidad, educación de los hijos, etc. Sin embargo, estas no se lograron realizar por imposibilidad de coordinar la presencia de los participantes a un mismo horario.

Además, el equipo de Cañar se propuso promover un acercamiento hacia el sistema de salud indígena, para lo cual se realizaron tres talleres entre el personal médico del hospital y los agentes comunitarios de salud, especialmente las parteras.

El objetivo de estos talleres era tener un proceso de capacitación mutua, donde el personal de salud pueda capacitar a las parteras en temas como: nutrición, parto limpio, y sistemas de referencia y contra referencia, y por su parte las parteras puedan capacitar al personal de salud sobre los principios filosóficos de la cosmovisión andina y de la medicina indígena, incluyendo los procedimientos de atención del parto vertical. Sin embargo, esto último no pudo lograrse, debido a que el personal de salud abandonó los talleres luego de capacitar a las parteras, aduciendo que su horario de trabajo no les permitía participar durante todo el día.



Fotografías 8 y 9: Parteras y Personal de Salud de la Provincia de Cañar participando en Talleres de capacitación mutua.

Los equipos de Cañar y Alausí tuvieron dificultades para enfocar la calidad de las relaciones interpersonales como principal factor del trato. Por ello, bajo el supuesto de mejorar el trato, trabajaron en el mejoramiento de otros aspectos de la atención, tales como horarios de visita, información, abrigo, etc.

Para superar estos obstáculos, el equipo de QAP diseñó un taller específico para implementar un proceso de sensibilización del personal de salud mediante la reflexión y análisis de causas y efectos del maltrato en cada uno de los hospitales de intervención. El taller también incluye la programación de actividades específicas para mejorar el trato.

Este taller puso a prueba una herramienta de cambio a través de la metodología de reflexión-acción⁴⁹. La primera etapa comprende una etapa de sensibilización, en la cual participantes realizan ejercicios de reflexión personal y grupal que permiten a cada persona y

⁴⁹ Esta metodología desarrollada en los años 70 por el MIL Institute en Suecia, es una de las más usadas mundialmente. La premisa central de este enfoque es: los retos reales del trabajo son la mejor arena para el aprendizaje. El abordaje para trabajar con la metodología de reflexión-acción consiste en enfrentar a los equipos con la solución de problemas estratégicos, alentar a sus miembros a pensar creativa y críticamente, tomar acciones para resolver los retos y a reflexionar constantemente sobre lo que han aprendido acerca de ellos mismos. Los equipos reflexionan tanto sobre sus errores como sus éxitos. En esta propuesta específica esta metodología supone que si las personas son capaces de reflexionar sobre las causas y manifestaciones del maltrato van a ser capaces de poner en práctica acciones que lo eliminen.

al grupo analizar las causas y manifestaciones del maltrato en los diversos espacios de la sociedad. Como apoyo a esta etapa de sensibilización, algunas usuarias y parteras participantes tuvieron la oportunidad de exponer testimonios que evidenciaban de manera clara algunos de los maltratos recibidos en los servicios obstétricos de salud.

La segunda etapa comprendió la realización de varios trabajos de grupos: en el primero, los participantes analizaron varios temas relacionados con maltrato:

- los efectos del maltrato a nivel personal.
- los valores de la sociedad que generan maltrato.
- las causas y los efectos del maltrato en los establecimientos de salud.

En el segundo trabajo de grupos los participantes analizaron cuáles son los derechos de las usuarias y reflexionaron sobre si estos se cumplen o no. Y finalmente en el tercer trabajo de grupos, los participantes elaboraron propuestas de cambio para erradicar el maltrato y promover el buen trato en sus respectivos establecimientos de salud, programando actividades concretas, según la metodología de ciclos rápidos.

Para ello se propusieron cuatro grandes líneas de acción que, según las experiencias preliminares de humanización y adecuación cultural de la atención del parto, han permitido canalizar actividades concretas para mejorar el trato en los establecimientos de salud:

1. Promoción de los derechos de las usuarias
2. Acercamiento a la medicina tradicional y cosmovisión indígena
3. Promoción del mejoramiento del buen trato a través de ayudas visuales
4. Promoción de la auditoria social o veeduría ciudadana

El taller de trato se realizó en los cuatro hospitales de intervención, con la participación del personal de las diferentes áreas del servicio y, en algunos casos, de personal de las unidades operativas. Además asistieron grupos de usuarias quienes dieron testimonio de la existencia de maltrato en los servicios de salud y atestiguaron el trabajo y el compromiso de mejoramiento que realizaron los equipos de salud en los talleres.

Algunas de las reflexiones de estos talleres de trato llevaron a concluir que:

- El maltrato tiene una raíz histórica, pues responde a valores y visiones racistas y etnocéntricas que han sido reproducidas históricamente por la sociedad blanco-mestiza hacia los indígenas y afro descendientes, desde la época colonial.
- La vivencia de maltrato es una experiencia generalizada en las historias de vida de todos los participantes, puesto que se lo encuentra en sus relaciones cotidianas y en diferentes escenarios: familia, trabajo, espacios públicos, comunidad y a nivel general en la sociedad.
- Las formas de relación del maltrato se han vuelto costumbre, son permanentes, no son nada raras ni excepcionales. Por eso también el maltrato es muchas veces inconsciente, casi automático. Es visto como normal y aceptado como tal. Está institucionalizado, no es un asunto casual.
- Las vivencias del maltrato provocan en las personas maltratadas una autoestima muy baja, sobretodo en las mujeres, lo que favorece que no protesten ni puedan exigir respeto y sean más maltratadas.

- El maltrato es una realidad aceptada por el personal de salud, quedando en evidencia que las relaciones y jerarquías establecidas en las instituciones favorecen el abuso de poder, siendo los más vulnerables de sufrir este maltrato los ancianos, niños, mujeres e indígenas.
- Al analizar cómo enfrentar esta realidad se concluyó que es una corresponsabilidad de todos los actores en diferentes niveles: gobierno, ministerio, direcciones provinciales, dirección del hospital, municipio, dirección de Salud Intercultural, personal de salud del área, líderes comunitarios, líderes de las organizaciones de mujeres, usuarias/os, etc. Todos somos responsables de construir estructuras más equitativas a través de políticas, cumplimiento de derechos y obligaciones, ejercicio y exigibilidad de los derechos de los pacientes y de la LMGYAI.
- Se analizó también que para cambiar las relaciones de maltrato, es necesario hacer un ejercicio de auto-crítica que conduzca hacia un cambio de actitud personal que permita ofrecer buen trato a los demás en todos los espacios en que se desenvuelva cada persona, ya sea en la familia, en el trabajo, con los pacientes y con sus compañeros.
- Quedó en evidencia para todos los actores del taller una gran debilidad: tanto el personal de salud como las usuarias desconocen los derechos de los/as pacientes, por lo tanto no existe exigibilidad del cumplimiento de estos derechos.
- Se concluyó también que a nivel general, no existe conocimiento, aceptación y respeto a las prácticas ancestrales de salud de la población, por tanto estas no han sido integradas al sistema formal de salud.

En el Hospital de Alausí, algunas de las actividades programadas fueron realizar charlas de difusión de los derechos de las usuarias y de la LMGYAI al personal de salud. Además, se planificó difundir estos derechos en cartelones ubicados en las áreas de consulta externa y hospitalización del Hospital, así como en las unidades operativas del cantón.

También se planificó colocar un buzón de quejas y sugerencias, cuyo contenido deberá ser analizado conjuntamente entre la Dirección del Hospital y el equipo HACAP.



Fotografía No. 10: Afiches sobre Derechos de los Pacientes y LMGYAI colocados en áreas de consulta externa y hospitalización del Hospital de Alausí



Fotografía No. 11: Buzón de Quejas y sugerencias colocado en la entrada del Hospital de Alausí

En el Hospital de Saquisilí se realizó una reunión con el personal de todo el hospital, para analizar la importancia del buen trato y se diseñó una encuesta para conocer las prácticas

tradicionales de la atención del parto de la población indígena del cantón. Según la programación, primeramente se validaría la encuesta, luego se la aplicaría, y finalmente se socializarían los resultados con todo el personal del hospital.

En Cañar se planificó continuar con el proyecto de desarrollo personal dirigido por el psicólogo del hospital, a través de talleres que serán desarrollados de manera continua con el personal de salud. Además se planificó analizar los derechos de las usuarias entre el equipo HACAP y elaborar en consenso un decálogo del buen trato, el cual será difundido en el hospital. Se planificó también diseñar una pequeña encuesta y su aplicación bimensual en todos los servicios al egreso del hospital para monitoreo de satisfacción de las usuarias.

7.2.2. Acompañamiento

Este ciclo se realizó en los cuatro hospitales de intervención, con el objetivo de permitir el ingreso de los familiares o de la partera a las áreas -anteriormente restringidas- en donde se atiende la labor de parto y el parto, a fin de brindar apoyo emocional a las parturientas. Para ello se debe consultar a la usuaria si desea acompañamiento.

Las condiciones del acompañamiento en cada uno de los hospitales han sido diferentes. Así, por ejemplo, en Saquisilí y Chillanes el acompañamiento es permitido durante todo el proceso de la atención del parto. En Cañar se permite el acompañamiento de familiares hasta la sala de labor, mientras que el ingreso a la sala de parto se permite únicamente a las parteras acreditadas (que han recibido capacitación, y han sido acreditadas por su comunidad como parteras tradicionales). Y en Alausí se permite el acompañamiento, ya sea de un familiar o de la partera hasta la sala de labor, pero no se permite el ingreso de ningún acompañante a la sala de partos.

En el caso del Hospital de Cañar, la cercanía que existe entre el quirófano y la sala de partos constituyó una limitación para permitir el acompañamiento durante el parto, puesto que, según el criterio del personal médico, existiría un alto riesgo de contaminación del quirófano al permitir el ingreso de acompañantes en condiciones no adecuadas a la sala de partos.

En los hospitales de Chillanes y Cañar, el personal de salud elaboró reglamentos para regular el ingreso de familiares y parteras, estableciendo algunas reglas de comportamiento y procedimientos de asepsia que deben seguir para el acompañamiento a las usuarias durante la atención en la sala de partos. (ANEXO 10)

Debido a la escasez de insumos, en los hospitales de Cañar, Chillanes y Saquisilí se consideró necesario adquirir o confeccionar ropa quirúrgica adicional (gorro, bata y botas) para los acompañantes, a fin de cumplir las normas del MSP de asepsia y antisepsia en la sala de partos.

En Saquisilí y Chillanes se incorporó un procedimiento para registrar el acompañamiento, añadiendo un ítem específico a la historia clínica o formulario 056. Allí se registra si se consultó y se permitió el acompañamiento a la paciente, mientras que en el cuaderno de partos se registra quién le acompañó.

En Cañar se empezó a utilizar un cuaderno para registrar específicamente el proceso de acompañamiento a los pacientes. En dicho cuaderno consta si se consultó a la paciente y si se permitió el acompañamiento, así como el parentesco del familiar.

En el caso de Alausí, se planificó la adecuación de un espacio para hospedar a los familiares o a la partera que están brindando acompañamiento durante la permanencia de la usuaria en el hospital.

Además se grabaron cuñas radiales en kichwa y español para promocionar el derecho de las mujeres a ser acompañadas durante la atención de su parto en el hospital. Estas cuñas radiales son transmitidas dos veces por día (ANEXO 11 en español).

Como complemento, se han efectuado reuniones con el personal de cada una de las áreas para socializar el cambio implementado.



Fotografía No. 12: Partera y familiares acompañando a una usuaria. Hospital Alausí



Fotografía No. 13: Usuaria acompañada por su esposo durante la atención de su parto. Hospital Saquisilí

7.2.3. Abrigo - Vestimenta

Las intervenciones del ciclo rápido para adecuar el abrigo o la vestimenta de las embarazadas se realizaron en los hospitales de Alausí, Saquisilí, Chillanes y Cañar.

En este ciclo se ha dado importancia a la necesidad expresada por las usuarias de mantenerse abrigadas durante la atención de su parto. Esto se explica por el principio humoral, un elemento crucial dentro de la medicina tradicional andina, aplicado durante el embarazo y la atención del parto y postparto, según el cual la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto⁵⁰.

Las estrategias implementadas para mejorar este aspecto fueron:

- Uso de cobijas térmicas y de lana durante toda la atención del parto para que la mujer y su bebé estén suficientemente abrigados.
- Permitir que la paciente permanezca abrigada con su propia ropa
- Desvestir a las pacientes solamente de la cintura hacia abajo
- En los cuatro hospitales de intervención, se diseñaron nuevas batas con telas abrigadas y colores vivos a ser utilizadas durante la atención del parto, en lugar de la bata tradicional del hospital. En el Hospital de Alausí, las usuarias diseñaron la nueva bata y seleccionaron el tipo de tela y los colores.
- Colocación de calefactores en áreas claves como sala de labor, quirófano, y sala de partos.

⁵⁰ Foster, George M., "On the Origin of Humoral Medicine in Latin America", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987), Pág. 355. (traducción nuestra)

- Colocación de un termómetro ambiental, en el caso de Cañar.
- Ubicación de termos de infusiones de aguas medicinales, para que las usuarias puedan ingerirlas durante toda la atención del parto, e inclusive en sala de partos y quirófano.

La utilización de las batas y el abrigo en general se aplica en cada uno de los cuatro hospitales que implementaron este cambio, sin diferencia de origen étnico. Sin embargo, las parturientas manifiestan que entre los factores adversos al abrigo siguen estando los espacios amplios y fríos del hospital, a excepción de áreas claves en las salas de labor y parto (según testimonios recogidos por usuarias en el hospital de Alausí). Otra limitación, por la que se ha retrasado el cumplimiento de algunas actividades, es la falta de recursos y presupuesto para la adquisición de materiales y otros insumos que permitan realizar las adecuaciones.



Fotografía No. 14: Mujeres embarazadas usando la bata térmica diseñada por usuarias del equipo HACAP del Hospital de Alausí



Fotografía No. 15: Calefactores adquiridos para el abrigo de las usuarias en el Hospital de Saquisilí



Foto No. 16: Calefactores, cobijas térmicas y colchas eléctricas adquiridas por el Hospital de Cañar para el abrigo de usuarias



Foto No. 17: Personal de salud proporcionado abrigo a una usuaria y su bebé en el Hospital de Cañar

7.2.4. Dotación de Aguas Medicinales

Este ciclo de cambio se realizó en los hospitales de Alausí, Saquisilí y Cañar, y está estrechamente relacionado al anterior, pues fue implementado en respuesta a la importancia dada por las usuarias a mantenerse abrigadas y facilitar el parto mediante la ingesta de infusiones de hierbas aromáticas y medicinales. Dichas infusiones responden al principio humoral, funcionando para mantener el equilibrio entre calor y frío. Sin embargo, varios médicos se opusieron ante la posibilidad del uso en el hospital de cierto tipo de hierbas

medicinales que algunas parteras utilizan en el momento del alumbramiento, tales como la ruda, azucena, pepa de chirimoya, hoja de higo y la paja blanca, las cuales, según el personal médico, tienen propiedades oxitócicas.

Por esta razón, fue necesario un proceso de negociación entre usuarias, parteras, y personal del hospital, mediante el cual se estableció el tipo de hierbas aptas para el consumo durante el parto. También se acordó que los familiares que deseen dar a las pacientes otro tipo de infusiones, que ellos consideren importante para la atención del parto, pueden hacerlo siempre y cuando se solicite autorización al médico.

En Cañar se brinda infusiones de aguas aromáticas durante todo el proceso del parto y se ha dispuesto un termo en el quirófano para que la parturienta tome agua el momento que lo desee. Además se ha establecido que, en lugar de café, se proporcione a las púerperas agua de Paraguay, la misma que, de acuerdo al conocimiento de las parteras, aumenta la producción de leche materna.

En Saquisilí se implementó un área con un dispensador de agua fría y caliente y con los insumos necesarios para que los familiares de la embarazada puedan preparar diferentes aguas aromáticas: toronjil, cedrón, anís, las cuales pueden ser endulzadas con panela en polvo, de acuerdo a las costumbres de las usuarias y según lo recomendado por las parteras tradicionales.

En los hospitales de Chillanes y Alausí, el personal de cocina y servicio de alimentación se ha resistido en cierta medida a estos cambios porque dicen que alteran las rutinas y horarios de preparación y entrega de alimentos. En el hospital de Chillanes, por ejemplo, si el parto ha sido en la noche, no se alimenta a las madres porque el servicio de cocina está cerrado y no está previsto dar alimentos ni tampoco infusiones. Por su parte, el equipo de HACAP de Alausí se comprometió a sensibilizar al personal de cocina para que se provean infusiones.

En el Hospital de Cañar el equipo HACAP diseñó un reglamento de nutrición para después del parto, en el que se establece que la primera comida después del parto de toda paciente que ha dado a luz, será el caldo de gallina tal como lo recomiendan las parteras y como es la costumbre de la población.



Fotografía No. 18: Personal de salud proporcionando agua de infusiones a una usuaria en sala de partos. Hospital Cañar



Fotografía No. 19: Usuaria recibiendo una infusión de plantas medicinales que le ha preparado su esposo en el Hospital de Saquisilí

7.2.5. Posición del parto

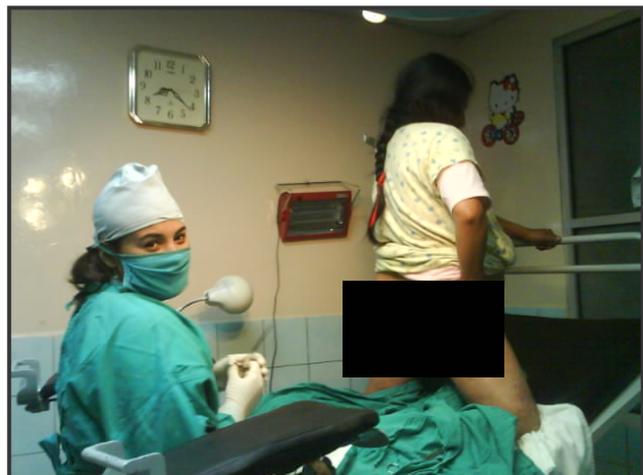
Las intervenciones del ciclo rápido para adecuar la posición del parto se desarrollaron en los hospitales de Cañar y Alausí. El objetivo de este ciclo es brindar a las usuarias la opción de escoger la posición más cómoda en la que deseen dar a luz, ya sea en posición ginecológica, sentada, en cuclillas o de rodillas, como generalmente se acostumbra en un parto domiciliario.

En el hospital de Cañar este ciclo rápido ha permitido adecuar la sala de partos con una colchoneta para atender a las usuarias que deseen dar a luz de rodillas o en cuclillas, una vez que han sido consultadas. Sin embargo, parte del personal médico del hospital reconoce que no tiene la preparación suficiente para atender el parto de esta forma, por lo que planificaron desarrollar un taller de capacitación con un profesional del área con experiencia en este tema. Además, se adquirieron 3 videos de partos atendidos de forma vertical en servicios obstétricos en el Perú, para que el personal del hospital observe y pueda aprender de estas experiencias.

En el hospital de Alausí se elaboró un reglamento interno (ANEXO 12) para la atención del parto vertical y está en proceso de ser adecuada un área especial para la atención del parto vertical. Además, el personal que atiende partos realizó una visita al Hospital Andino para observar la atención del parto vertical en dicha institución y han programado talleres de capacitación en parto vertical, con apoyo de la Dirección Nacional de Salud Intercultural, quien dispone de material bibliográfico sobre la experiencia peruana, entre otros recursos.



Fotografía No. 20: Usuaria acomodándose para dar a luz de rodillas sobre una colchoneta en sala de partos. Hospital de Cañar



Fotografía No. 21: Personal de salud del Hospital de Cañar atendiendo un parto vertical sobre una camilla ginecológica adaptada. Hospital de Cañar

7.2.6. Otros aspectos de la atención

También se realizaron mejoras en otros aspectos de la atención como el horario de visitas en Alausí, y la información brindada a las pacientes en Cañar y Saquisilí. Dichos mejoramientos no fueron programados como ciclos rápidos, sino que más bien fueron resultados indirectos de las intervenciones realizadas en los diferentes ciclos

En Alausí, por ejemplo, el hospital aprobó modificar el horario de visitas de acuerdo al tiempo libre que tiene la población del cantón: en la mañana de 11h00 a 13h00, y en la noche de 19h30 a 20h30, luego de sus jornadas de trabajo. Este mejoramiento fue una de las estrategias para promocionar el buen trato en el hospital, y fue muy bien acogido por los familiares y usuarias.

En Cañar y en Saquisilí, como parte del acompañamiento, el personal de salud ha iniciado actividades para mejorar la información proporcionada a las pacientes sobre los procedimientos que se le van a realizar y sobre el avance general de su salud (Ver ANEXO 13).

En Cañar, Saquisilí, y Alausí, el personal de salud propuso que las parteras sean capacitadas y acreditadas como requerimiento para el ingreso a las salas de parto. Para ello, las DPSI correspondientes a cada uno de estos cantones llevó a cabo distintos planes de capacitación, evaluación, acreditación comunitaria, y carnetización de las parteras.

En Cañar, la DPSI acreditó a 60 parteras de diferentes comunidades del cantón. En Saquisilí se realizaron 6 talleres de capacitación a parteras por el personal de ginecología del hospital, posteriormente, y hasta el final de nuestra intervención, se acreditaron a 20 parteras mediante asambleas comunitarias en 12 comunidades del Cantón. En Alausí se han censado 49 parteras, de las cuales 12 ya han sido acreditadas por sus comunidades, mientras que 37 todavía están en proceso de validación.



Fotografía No. 22: Parteras de la Provincia del Cañar participando en un taller de capacitación dirigido por la Dirección Provincial de Salud Intercultural



Fotografía No. 23: Fotocopia de un Carnet de Acreditación entregado a una partera tradicional de la provincia de Cañar por la Dirección Provincial de Salud Intercultural

7.3. Cómo se midió la implementación de los ciclos rápidos de cambios

Cada ciclo de cambio implementado fue medido en base a indicadores elaborados por cada equipo. Algunos equipos utilizaron los registros del propio hospital como fuentes de información, mientras que otras intervenciones fueron evaluadas a través de la encuesta de satisfacción que el personal de Salud Intercultural aplicó periódicamente.

Los indicadores demuestran en qué medida las intervenciones han dado resultados positivos de acuerdo a los objetivos planteados por el equipo. La medición de indicadores describe si el cambio propuesto ha tenido lugar o no, y en qué proporción está siendo implementado.

Cuadro No. 6
Indicadores de los Ciclos rápidos realizados según brechas seleccionadas

Ciclos rápidos realizados	Indicador del ciclo
Trato interpersonal	Porcentaje de mujeres que se calificó como felices con el trato recibió en el hospital, según datos de la encuesta de satisfacción.

Acompañamiento de familiares	Porcentaje de mujeres a las que se les preguntó y se les permitió que alguien las acompañe durante el parto, según datos de la encuesta de satisfacción.
Posición del parto	Porcentaje de mujeres atendidas a las que se les preguntó y se les permitió escoger la posición más cómoda para dar a luz, según datos de la encuesta de satisfacción.
Abrigo y vestimenta de la usuaria - temperatura del ambiente	Porcentaje de mujeres que se calificó como felices con el abrigo y clima dentro de la sala de labor y la sala de partos, según datos de la encuesta de satisfacción.
Dotación de infusiones de aguas aromáticas	Porcentaje de mujeres que se calificó como felices con la alimentación, según datos de la encuesta de satisfacción.

Es importante distinguir estos indicadores de ciclo de los indicadores de impacto. Mientras que los primeros miden la magnitud o la simple realización de cambios a los procesos de atención, los segundos miden la satisfacción de las usuarias y la utilización del servicio.

7.4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

7.4.1. SATISFACCIÓN DE USUARIAS

Para establecer la línea base de la investigación operativa, la primera aplicación de la encuesta se realizó antes del primer taller, a mujeres que habían dado a luz durante los meses de diciembre/06, enero/07 y febrero/07, tanto en los establecimientos de intervención como en los de control, dando un total de 362 encuestas realizadas.

La segunda aplicación de la encuesta se realizó a mujeres que dieron a luz durante el mes de julio/07 con el fin de medir el impacto de las intervenciones realizadas en cada uno de los hospitales y contrastar estos resultados con los datos de la línea basal. A partir de entonces, se realizaron 3 olas de encuestas más, a las mujeres que dieron a luz durante los meses de septiembre/07, enero/08 y junio/08, en todos los cantones participantes en la investigación operativa, dando un total de 882 encuestas realizadas, tal como se detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 7
Ola de encuestas de satisfacción de usuarias

Cantón	Línea de base	Jul2007	Sep2007	Ene2008	Jun2008	Total
Chillanes	31	22	12	5	20	90
San Miguel	68	19	23	21	12	143
Cañar	50	14	22	20	15	121
Alausí	50	15	13	21	8	107
Chunchi	21	11	10	7	6	55
Saquisilí	52	22	23	21	19	137
Pujilí	40	10	11	10	5	76
Pangua	50	24	29	23	27	153

Total	362	137	143	128	112	882
--------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

En base a las respuestas de las encuestas de satisfacción se ha realizado un análisis de datos longitudinales, a nivel comparativo entre hospitales de intervención y control, según el siguiente plan de análisis estadístico:

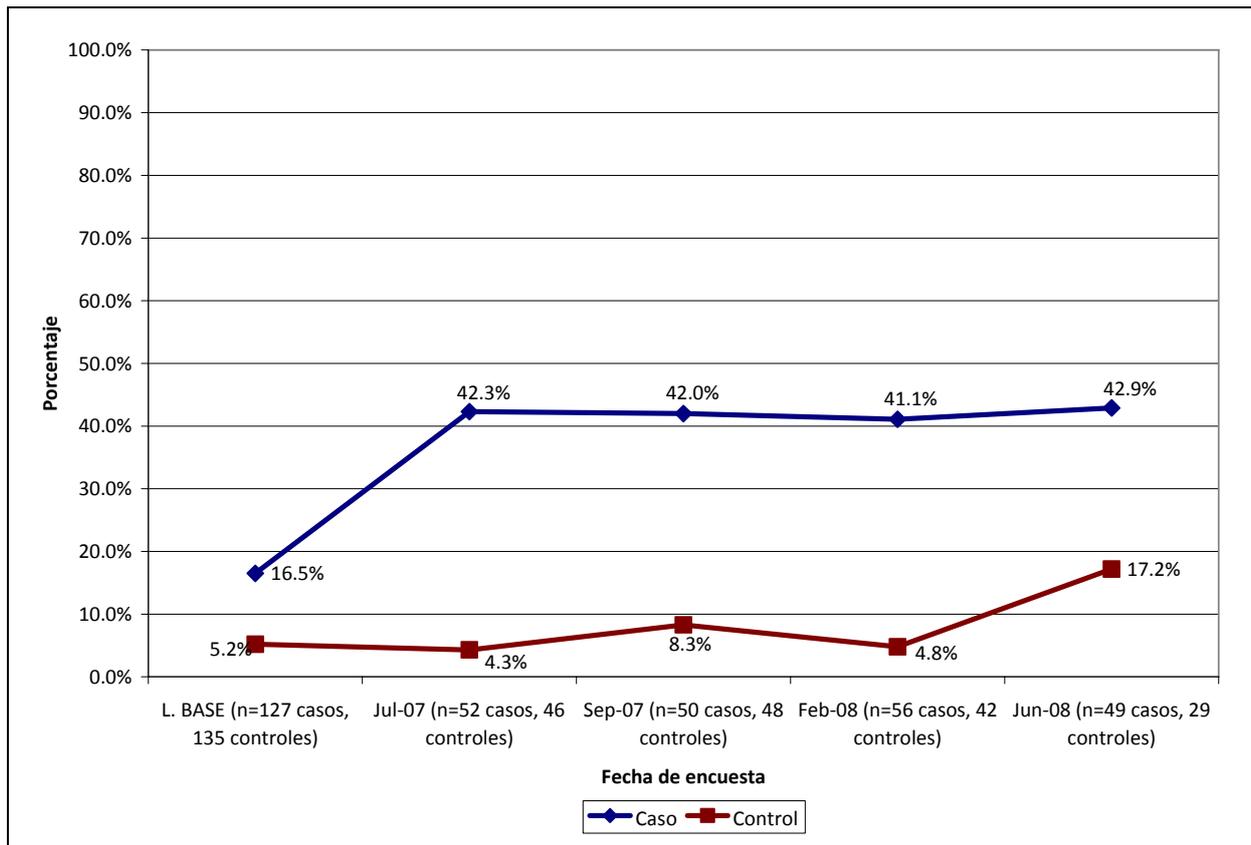
- Gráficos comparativos de porcentajes de satisfacción en unidades de intervención y control.
- Gráficos comparativos de porcentajes de satisfacción por unidades de intervención.
- Gráficos comparativos de porcentajes de satisfacción e insatisfacción en unidades de intervención.

Se construyó una base en SPSS para el ingreso de los datos y su procesamiento estadístico. Los resultados son los siguientes:

ACOMPAÑAMIENTO

Gráfico No. 3

Porcentaje de mujeres que recibieron acompañamiento de entre las que manifestaron su deseo de ser acompañadas en la sala de partos (Hospitales caso vs. Hospitales control)



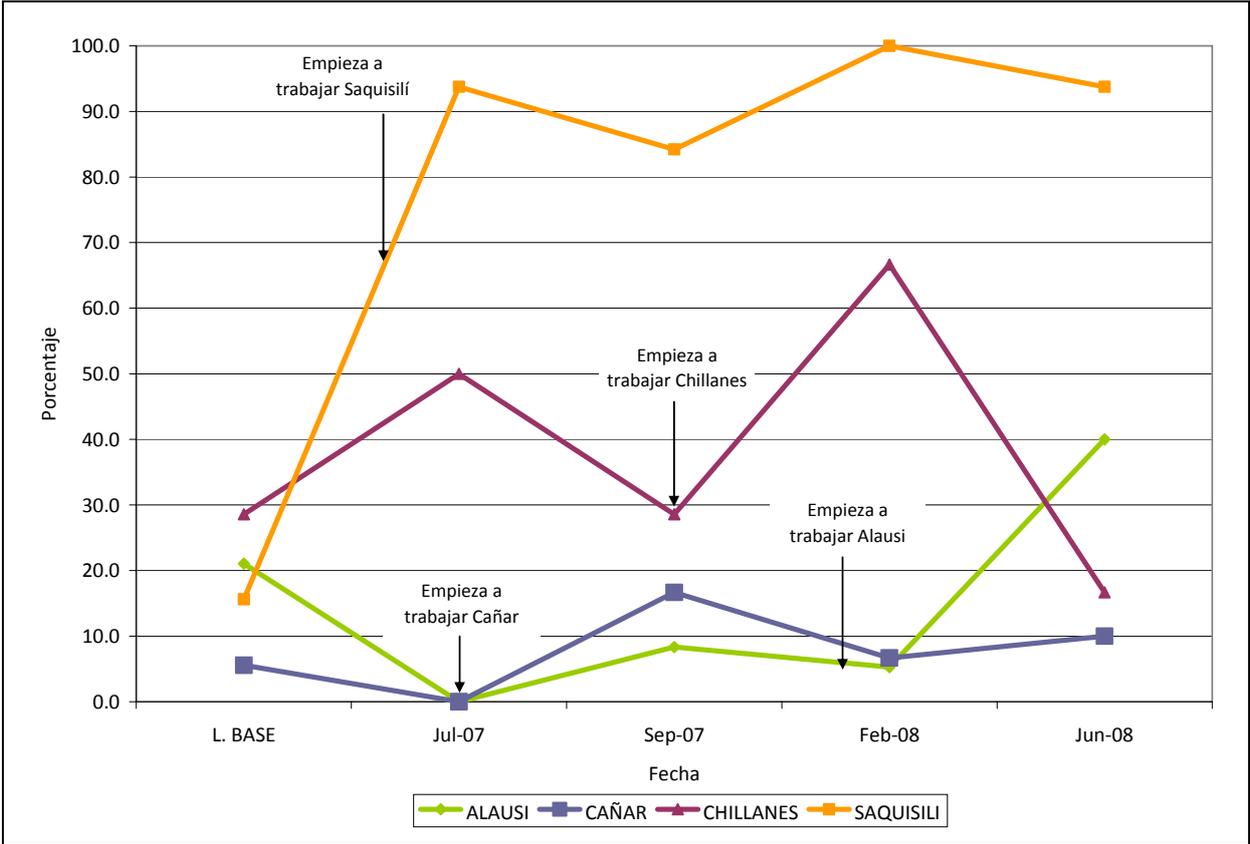
El gráfico No. 3 compara los 4 hospitales de caso con los 4 hospitales de control. En las unidades de intervención se puede apreciar que el porcentaje de mujeres que quisieron y se les permitió acompañamiento en la sala de partos aumenta de 16.5% hasta 42.9%.

Este aumento en el porcentaje del acompañamiento refleja sobretodo los logros de las intervenciones realizadas en Saquisilí y Chillanes, puesto que como se menciono anteriormente, Alausí y Cañar permitieron acompañamiento solo hasta la sala de labor.

El grafico muestra que entre los hospitales de intervención hay un incremento inmediato del acompañamiento y que esta tendencia se mantiene a través del tiempo, mientras que entre los hospitales de control no se ve ningún cambio sino hasta la última medición que registra un aumento, lo cual solo podría confirmarse como una tendencia si se realizaran más mediciones. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que al agrupar los resultados de los 4 hospitales caso en una sola línea se ocultan diferencias importantes entre cada uno de los hospitales. Por ejemplo el gráfico No. 4 muestra un acontecimiento importante: la intervención de acompañamiento empieza en los 4 hospitales de intervención en momentos distintos y, por lo tanto, agrupar todos los resultados en uno tiende a distorsionar las experiencias disímiles vividas en cada uno.

Gráfico No. 4

Porcentaje de mujeres que recibieron acompañamiento de entre las que manifestaron su deseo de ser acompañadas en la sala de partos (Hospitales intervención)



El gráfico No. 4 traza el porcentaje de mujeres que recibieron acompañamiento de entre las que manifestaron su deseo de ser acompañadas durante el parto *en cada uno de los hospitales de intervención*. La línea de base muestra que en los 4 hospitales el cumplimiento de la expectativa de acompañamiento inició en un rango inferior al 30%. Sin embargo, las mediciones posteriores muestran un comportamiento diferente en cada hospital.

El hospital de Saquisilí muestra un aumento progresivo del cumplimiento del acompañamiento, pues inicia con un 15.6% y sube hasta alcanzar el 100%. Pese a que en la última medición el cumplimiento desciende a 93.8%, el porcentaje de mujeres acompañadas es todavía muy significativo.

El hospital de Chillanes inicia con un porcentaje de cumplimiento del 28.6% y sube hasta 66.7%, sin embargo, en la última medición desciende súbitamente a 16.7%.

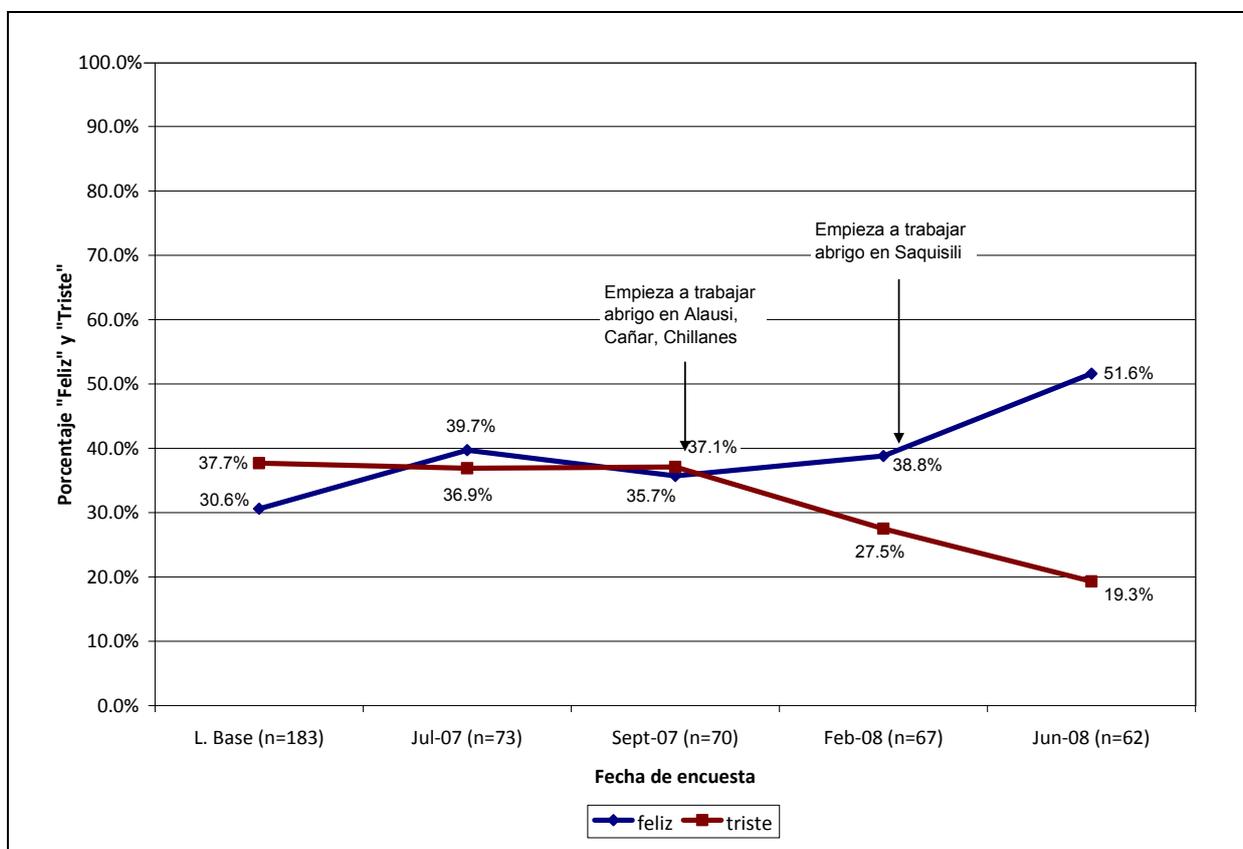
En el hospital de Alausí inicia en la línea de base con un porcentaje de 21.1% y desciende hasta 0%, las posteriores mediciones registran 8.3% (septiembre-07) y 5.3% (febrero-08), sin embargo luego de la intervención realizada en este hospital para permitir el acompañamiento a la embarazada, ya sea de un familiar o de la partera hasta la sala de labor, el porcentaje de la medición final sube hasta el 40%.

En Cañar los porcentajes de acompañamiento registran un leve cambio entre los porcentajes de la línea de base (5.6%) y del final de la intervención (10%).

ABRIGO: TEMPERATURA - VESTIMENTA

GRÁFICO No. 5

Porcentajes de mujeres que se sintieron felices y tristes con la temperatura de la sala de partos (Hospitales intervención)



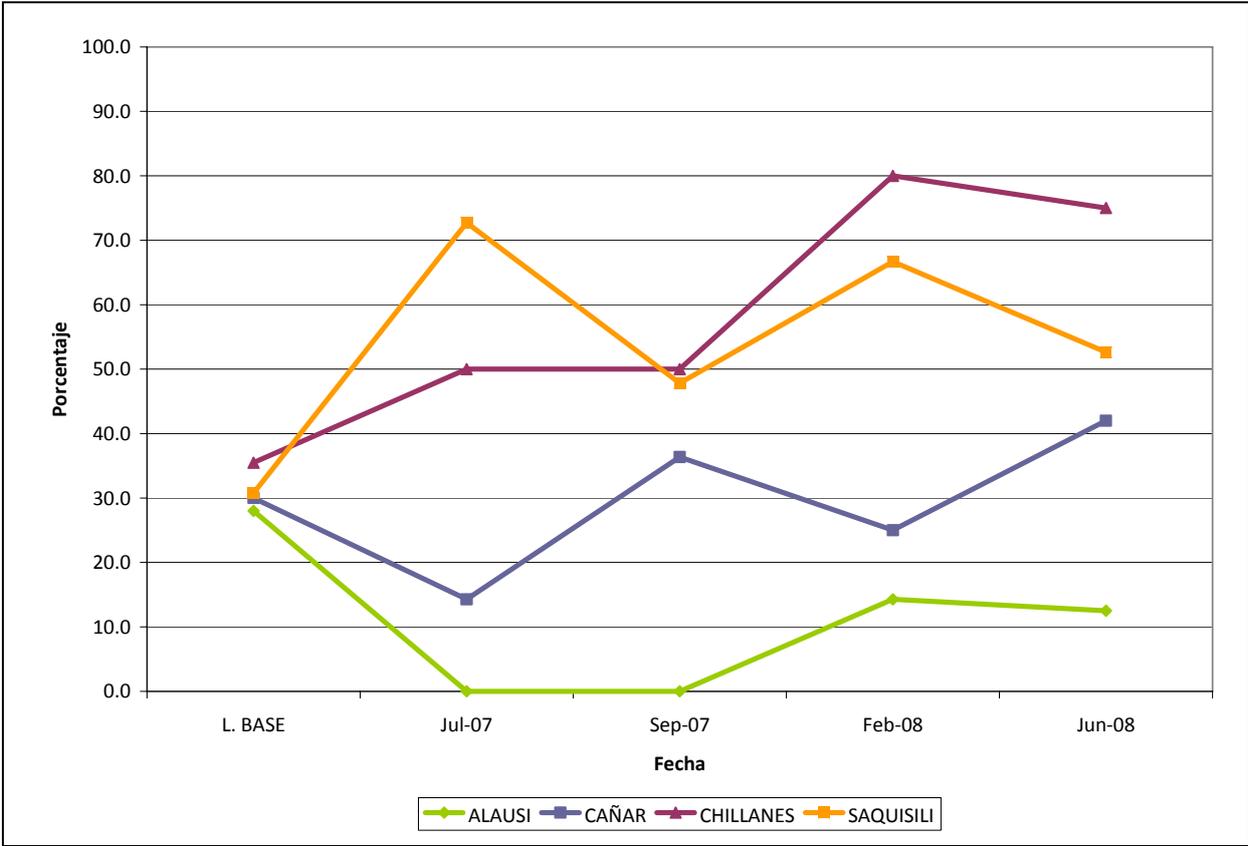
El gráfico No. 5 compara los porcentajes de usuarias que dijeron sentirse felices y tristes respecto a la temperatura de la sala de partos. En la línea de base se puede observar que es mayor el porcentaje que se sentía triste, que el porcentaje que manifestaba sentirse feliz. En la primera medición post-intervención se evidencia un aumento de cerca de 10 puntos porcentuales en la satisfacción de las usuarias.

En la medición de septiembre-07 el porcentaje es relativamente igual entre quienes dijeron sentirse felices y quienes dijeron sentirse tristes. En este mismo mes inicia la intervención para mejorar el clima en la sala de partos en los hospitales de Alausí, Cañar y Chillanes⁵¹, por lo que en la medición del mes de febrero-08 ya se puede ver una diferencia de más del 10% entre los dos factores analizados, siendo mayor el porcentaje de usuarias que dijo sentirse feliz. En febrero-08 inicia la intervención en el hospital de Saquisilí, lo que influye en el incremento general de la satisfacción de las usuarias.

Finalmente en la medición de junio -08 la diferencia es significativa entre los porcentajes de feliz y triste, manifestandose una clara tendencia al aumento en los porcentajes de felicidad y al descenso en los de tristeza.

GRÁFICO No. 6

Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con la temperatura de la sala de partos (Hospitales Intervención)



El gráfico No. 6 muestra los porcentajes de usuarias que dijeron sentirse felices con la temperatura de la sala de partos en cada uno de los hospitales de intervención.

⁵¹ Véase cuadro No. 5 en la página 27, donde se describen las intervenciones realizadas por hospital y fecha.

Los resultados para cada establecimiento son diferentes. Por ejemplo, el hospital de Chillanes inicia con un porcentaje de satisfacción de 35.5%, aumenta al 80% en febrero-08, y desciende a 75.5% en la última medición del mes de junio-08. En general el hospital de Chillanes muestra una clara tendencia a aumentar el porcentaje de mujeres satisfechas con el clima de la sala de partos.

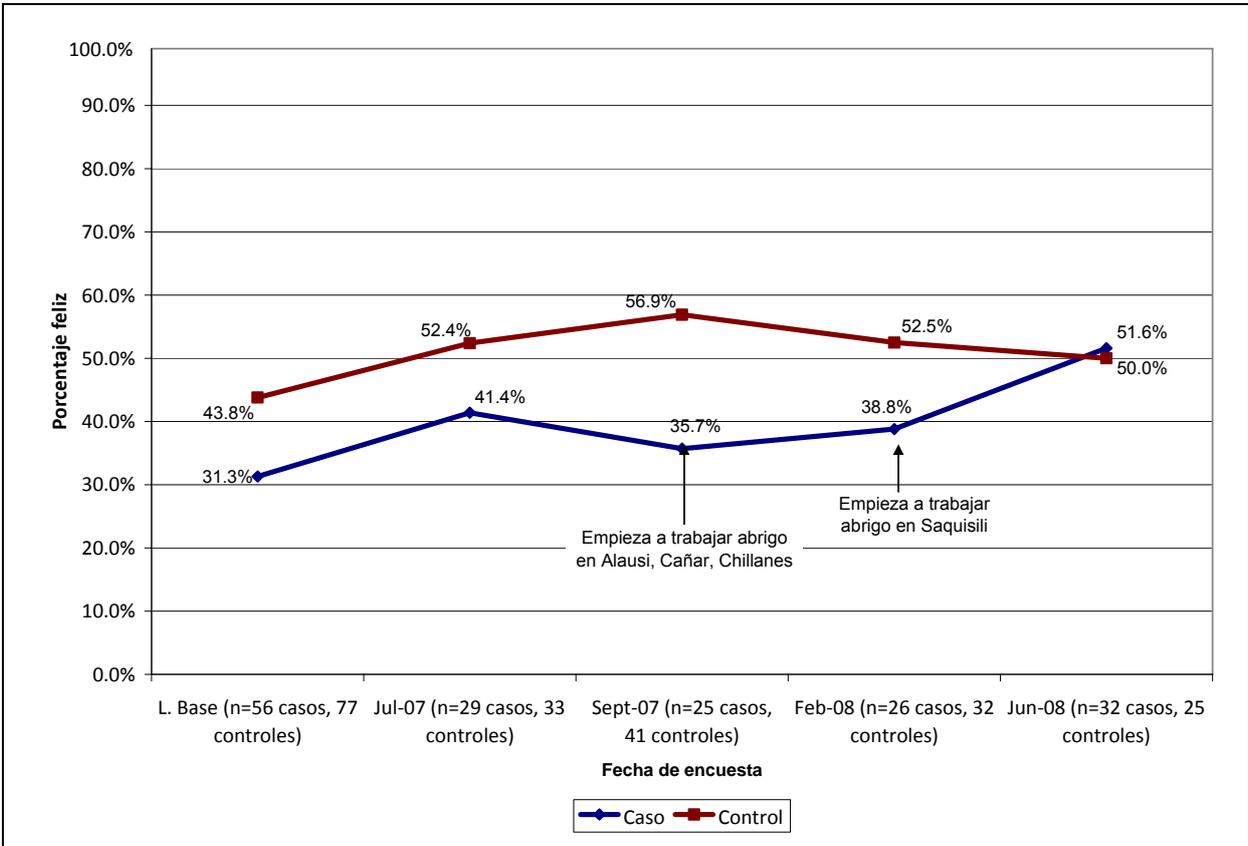
El Hospital de Saquisilí tiene un comportamiento similar, pues inicia con 30.8% de satisfacción y en la última medición registra 52.6%, siendo el punto más alto el 72.7% que alcanza en la primera medición post-intervención, pero en ninguna medición registra valores menores al inicial.

El Hospital de Cañar tiene un comportamiento muy variado. La medición de la línea base inicia con 30%, en julio-07 este porcentaje baja a 14.3%, y en las dos próximas mediciones aumenta significativamente a 36.4% y 25%, respectivamente. Finalmente sube al 42% en la medición del mes de junio-08.

Por su parte, el Hospital de Alausí es el único que en todas las mediciones post-intervención registra valores inferiores al de la línea base; inicia con un 29% de satisfacción y baja hasta 0 en dos mediciones consecutivas, luego sube al 14.3% y al final desciende al 12.5%.

GRÁFICO No. 7

Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con la temperatura de la sala de partos (Hospitales caso vs. Hospitales control)



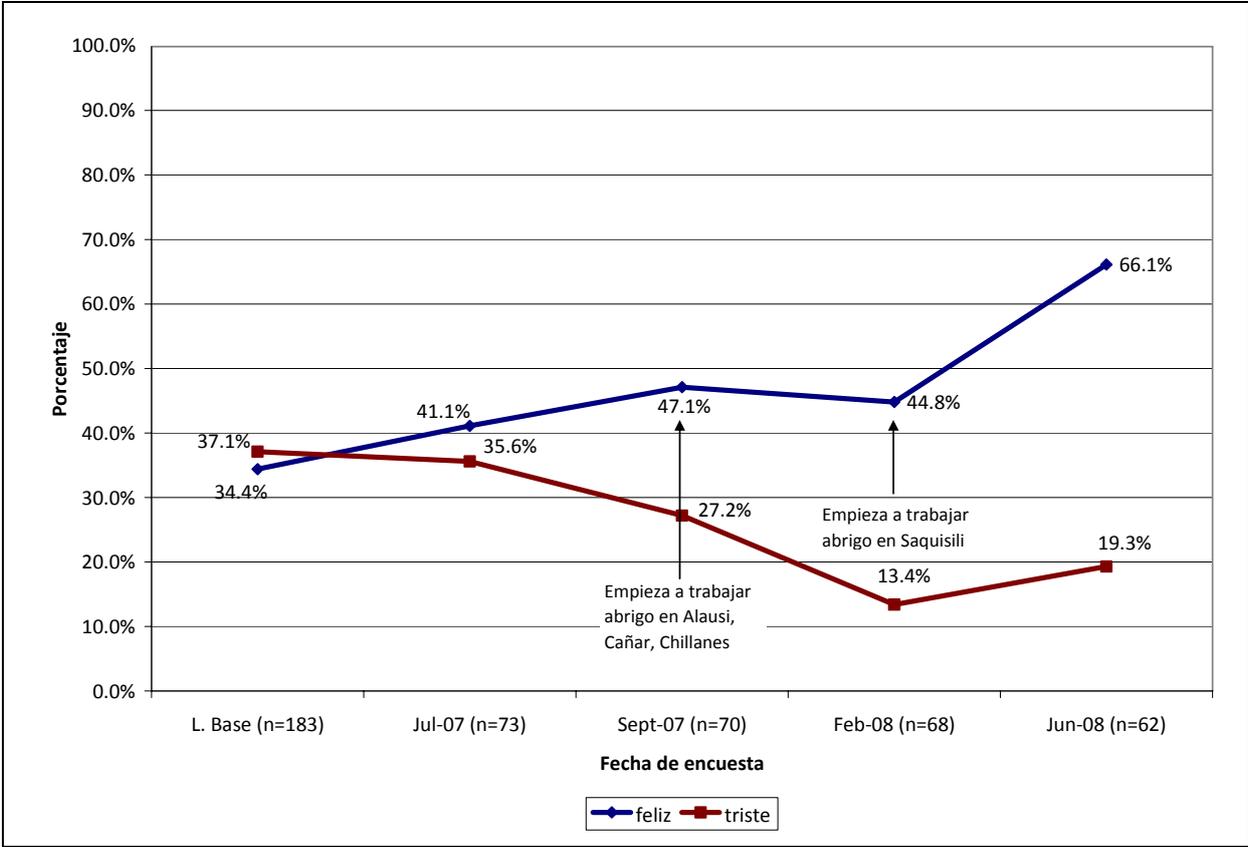
El gráfico No. 7 compara los porcentajes de satisfacción de las usuarias con la temperatura de la sala de partos entre las unidades de caso y las de control. La medición de línea de base

muestra que al comienzo la satisfacción en los hospitales de intervención era 12% menor que en las unidades de control. Esta diferencia entre los dos tipos de establecimientos se hace mas pronunciada a mitad del proceso HACAP, cuando aumenta la satisfacción en los hospitales de control y desciende en los hospitales de intervención.

Una vez que los hospitales de Alausí, Cañar, y Chillanes empiezan a trabajar el ciclo de abrigo se nota un aumento progresivo del porcentaje de satisfacción, que al final de la intervención llega a alcanzar el 51.6%, superando levemente al porcentaje de satisfacción en los hospitales de control.

GRÁFICO No. 8

Porcentajes de mujeres que se sintieron felices y tristes con el abrigo recibido durante la atención del parto (Hospitales intervención)

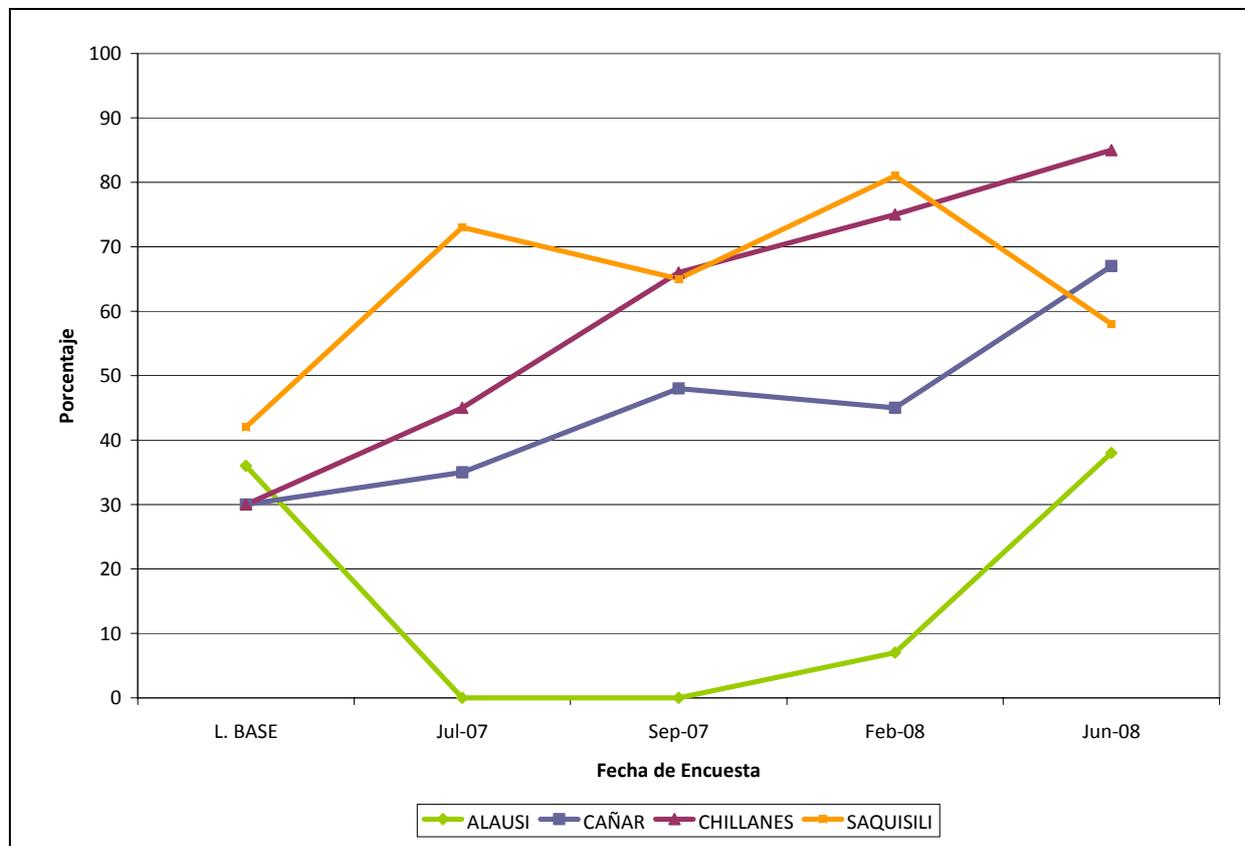


El gráfico No. 8 muestra los porcentajes de satisfacción e insatisfacción de las usuarias con el abrigo recibido durante la atención del parto. En la línea de base, el porcentaje de usuarias que afirmó sentirse feliz con el abrigo recibido (34.4%) es similar al porcentaje que manifestó sentirse triste (37.1%). A partir de la medición del mes de julio-07, se incrementa progresivamente el porcentaje de satisfacción y se mantiene relativamente estable dentro del rango del 40%.

A partir de febrero-08, el hospital de Saquisilí empieza a realizar cambios referentes al abrigo por lo que se evidencia un incremento significativo de usuarias felices con el abrigo (66.1%), mientras que el porcentaje de insatisfacción cae bruscamente (19.3%).

GRÁFICO No. 9

Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con el abrigo recibido durante la atención del parto (Hospitales intervención)



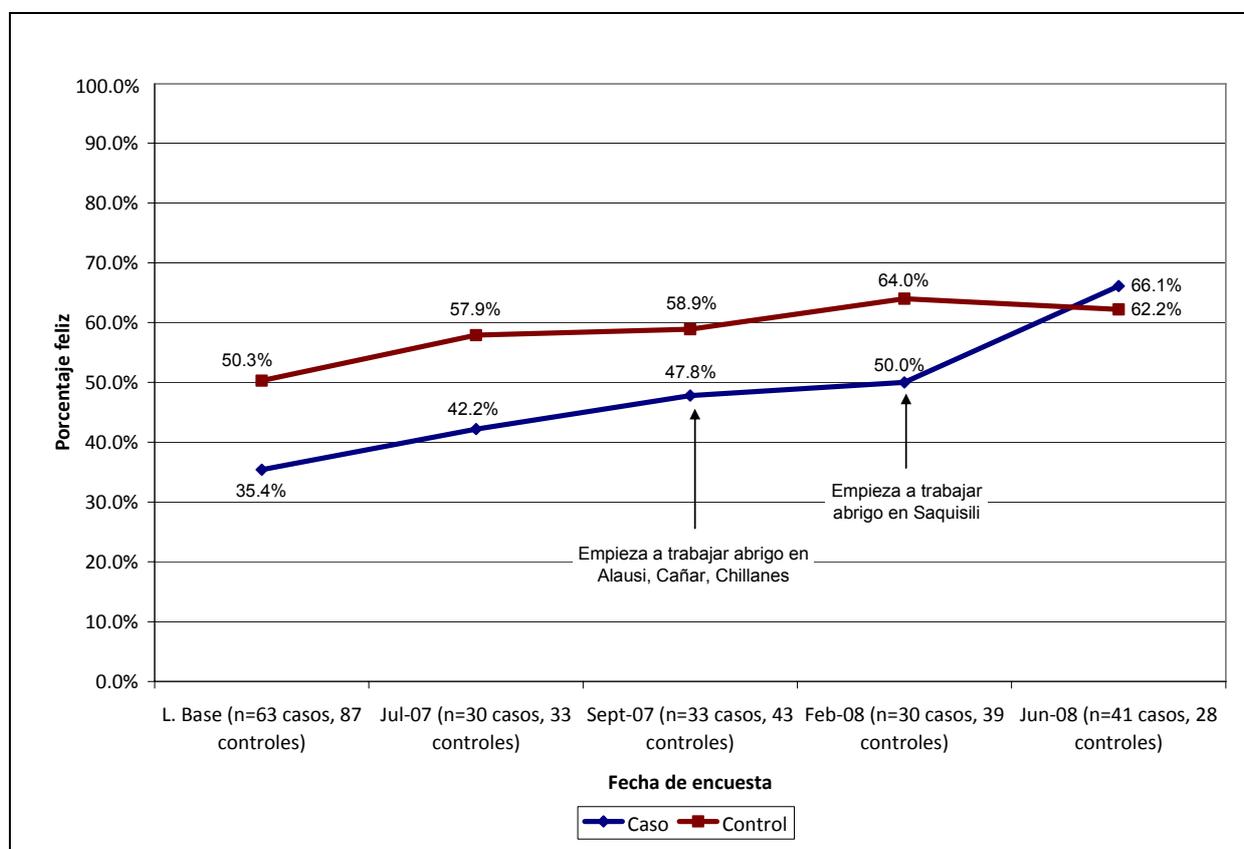
El grafico No. 9 muestra el porcentaje de usuarias satisfechas con el abrigo recibido durante la atención del parto en cada uno de los hospitales de intervención.

Se puede ver que todos los hospitales registran una tendencia a incrementar la satisfacción de las usuarias, excepto el de Alausí, que inicia con un porcentaje que bordea el 35% y desciende bruscamente a 0% en dos mediciones consecutivas; luego sube a 8% y, finalmente, en la última medición recupera el mismo nivel de satisfacción que registró en la línea base.

El hospital de Saquisilí muestra marcados incrementos y descensos en la satisfacción, que llega a alcanzar el 80% en febrero-08, y que luego desciende hasta el 58% en la última medición.

GRÁFICO No. 10

Porcentaje de mujeres que se sintieron felices con el abrigo recibido durante la atención del parto (Hospitales caso vs. Hospitales control)



El gráfico No. 10 compara los porcentajes de usuarias satisfechas con el abrigo recibido durante la atención de su parto entre hospitales de control y hospitales de intervención.

Se observa que los hospitales de caso inician con un porcentaje de satisfacción significativamente menor al de los hospitales de control, y a medida que avanza el proceso de intervención incrementan paulatinamente la satisfacción de 35.4% en la línea base hasta 66.1% en la medición de junio-08, casi duplicando el porcentaje inicial.

Por su parte, los hospitales control también registran un aumento en la satisfacción de las usuarias, que va desde 50.3% en la línea base hasta 62.2% en la medición final.

Al parecer existe algún factor independiente –el cual desconocemos– que generó un aumento en la satisfacción en los hospitales de control, y que posiblemente también influyó en la satisfacción de los hospitales de intervención. Sin embargo, la proporción en el incremento de la satisfacción en los hospitales de intervención (30.7%) es casi 3 veces mayor al incremento en los hospitales de control (11.9%).

ALIMENTACIÓN

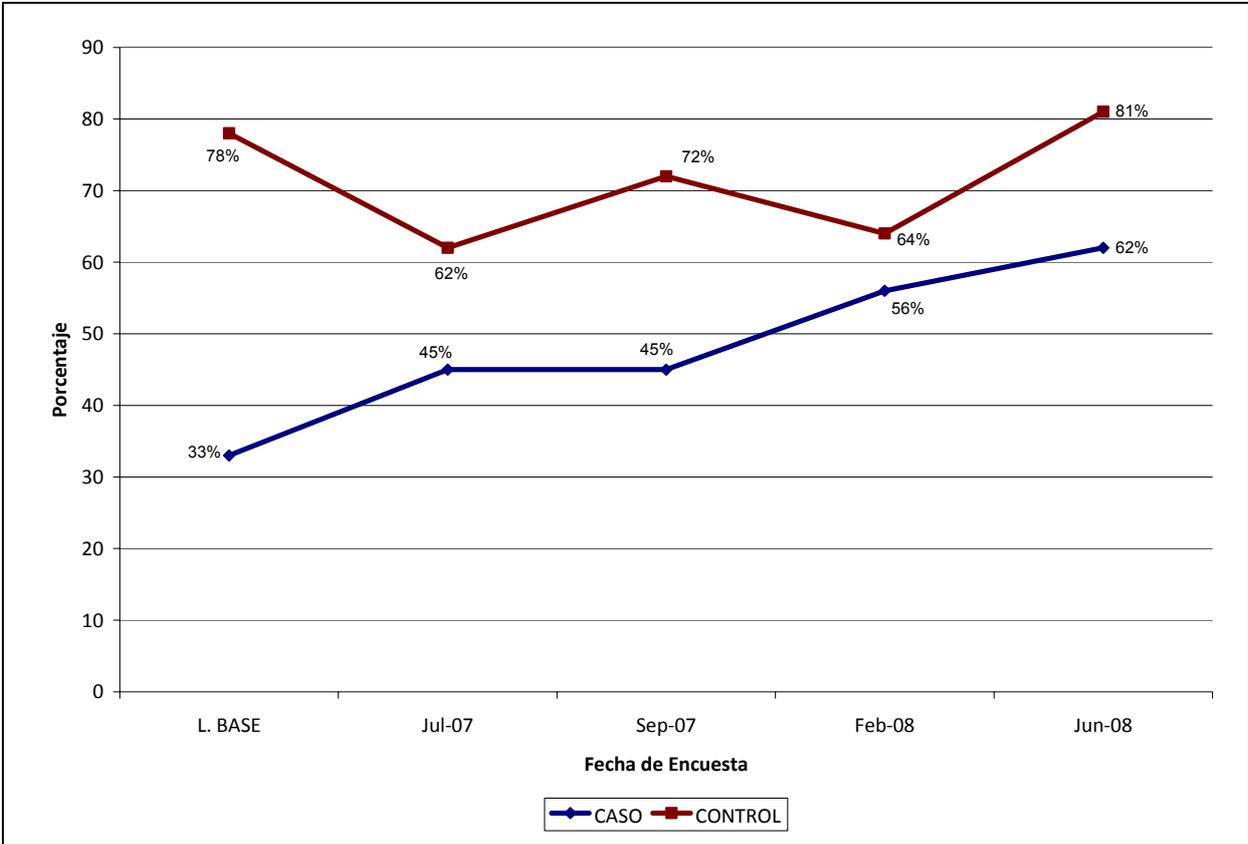
Debido a que no existe un indicador específico que mida la satisfacción en la dotación de infusiones de plantas medicinales durante la atención del parto, hemos medido los resultados de la pregunta 23 de la encuesta de satisfacción donde las mujeres encuestadas

manifiestan cómo se sintieron con la comida que recibieron en el hospital, según la escala de caritas felices y tristes. Ver ANEXO No. 5.

Aunque la medición de los resultados de esta pregunta muestra los porcentajes de mujeres satisfechas con la alimentación que recibieron en el hospital, es posible presumir que las intervenciones realizadas para la dotación de aguas medicinales influyeron en el incremento en la satisfacción de las usuarias con la alimentación en general. Además, en el caso del hospital de Saquisilí (el cual es el único hospital donde no existe servicio de alimentación para las pacientes), existe un incremento significativo de la satisfacción de las usuarias, por lo que podemos presumir que los resultados medidos se refieren específicamente a la dotación de aguas medicinales.

GRÁFICO No. 11

Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (Hospitales caso vs. Hospitales control)



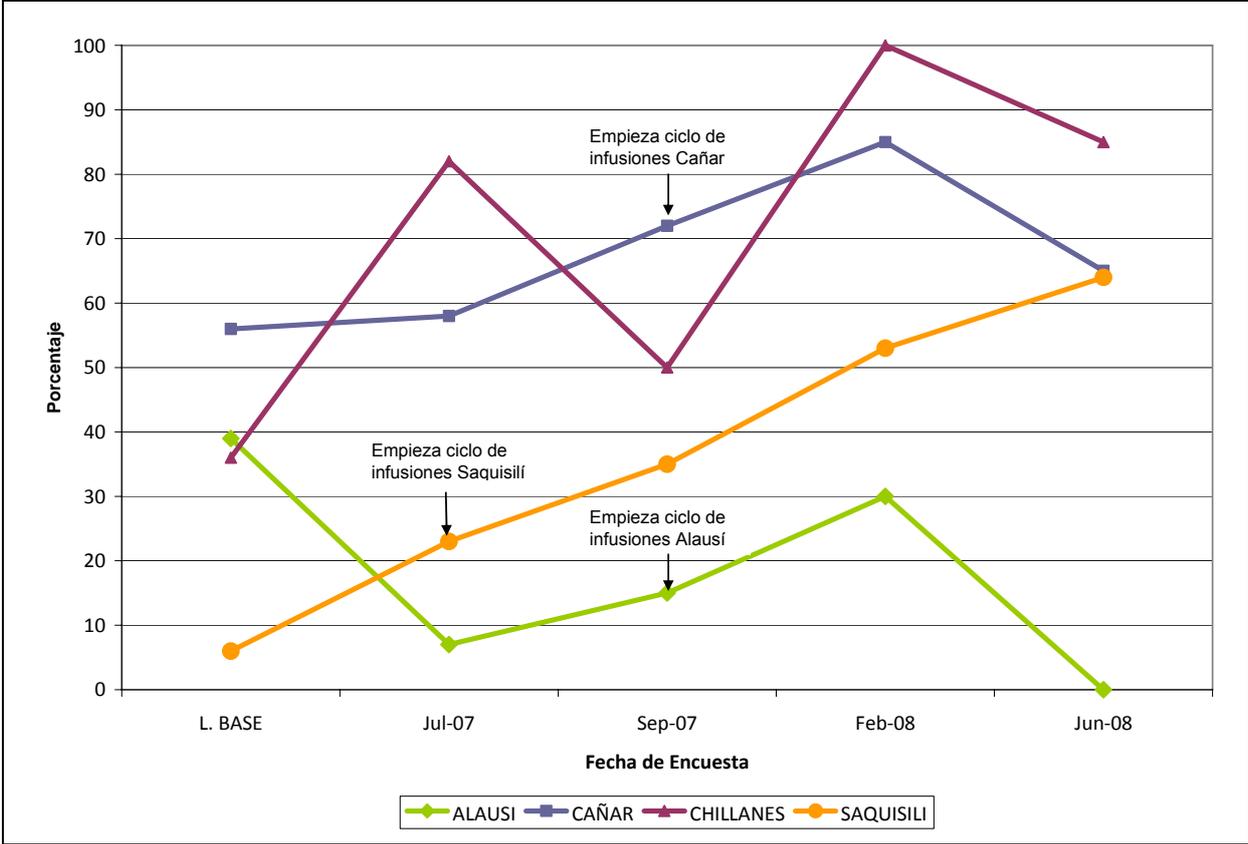
El grafico No. 11 compara los porcentajes de satisfacción de las usuarias con respecto a la alimentación que recibieron durante la atención de su parto en los hospitales de intervención y de control.

En la línea base la satisfacción de los hospitales de control es marcadamente superior a la de los hospitales caso, con porcentajes de 78% y 33% respectivamente. Pese a que el porcentaje de satisfacción es mucho menor en los hospitales de intervención, su aumento es progresivo a lo largo de toda la intervención, elevándose hasta el 62% en la última medición.

En los hospitales de control hay variación en el porcentaje de satisfacción, registrando tanto aumentos como descensos, sin embargo, las mediciones iniciales (78%) y finales son muy similares (81%) entre sí.

GRÁFICO No. 12

Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (Hospitales intervención)



El grafico No. 12 muestra el porcentaje de mujeres que dijeron sentirse felices con la alimentación proporcionada durante la atención de su parto en cada uno de los hospitales de intervención.

El Hospital de Chillanes presenta una variación significativa entre las diferentes mediciones, pues registra un 36% de satisfacción en la línea de base, para julio-07 aumenta súbitamente al 82%, luego desciende hasta el 50%, y en febrero del 2008 aumenta la satisfacción hasta el 100%, sin embargo en la última medición desciende hasta el 85%.

El hospital de Cañar inicia con una satisfacción del 56% en la línea basal y en las tres mediciones posteriores registra un aumento que llega al 85%, sin embargo, en la última medición desciende al 64%.

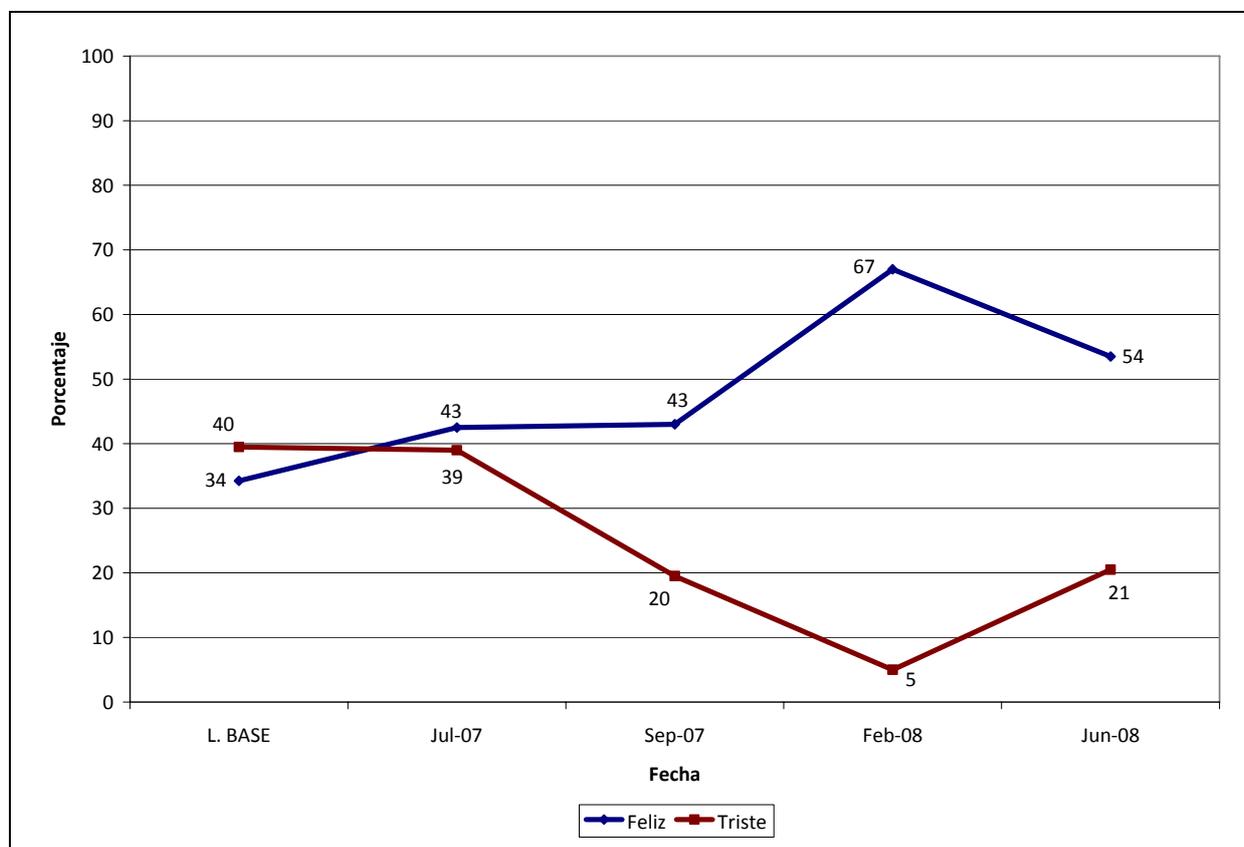
Saquisilí muestra el incremento más claro y progresivo en el porcentaje de satisfacción; parte del 6% en la línea base y en la última medición alcanza 64%.

El hospital de Alausí refleja un comportamiento similar al de otros ciclos de mejoramiento analizados. Inicia con un porcentaje de 39% de satisfacción y decae abruptamente; aunque

sube ligeramente en las siguientes mediciones, en la última ola de encuestas desciende a 0%.

GRÁFICO No. 13

Porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en el hospital (Hospitales intervención)



El gráfico No. 13 muestra el porcentaje de mujeres satisfechas con la alimentación brindada en los hospitales de intervención.

Al analizar los valores de la línea de base, claramente se puede observar que el porcentaje de usuarias que afirmaban haberse sentido triste con la alimentación recibida era mayor que el que afirmaba haberse sentido feliz. En la primera medición post intervención esta diferencia se reduce un poco y a partir de la segunda medición post intervención se observa un incremento de la satisfacción de las usuarias, el mismo que se mantiene durante la tercera y la última medición.

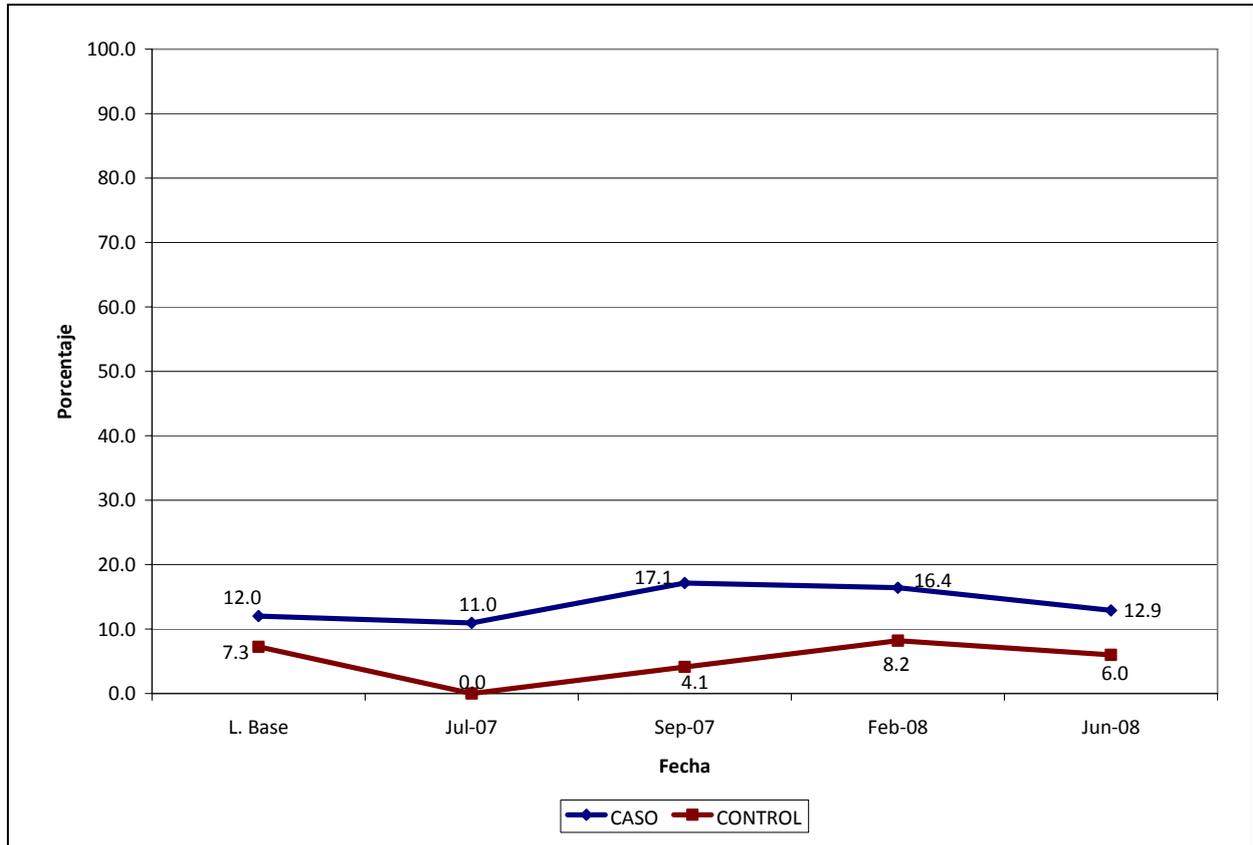
La satisfacción va en aumento del 34% al 54%, mientras que el porcentaje de usuarias que se sintieron tristes disminuye desde el 40% al 21%.

A medida que el porcentaje de usuarias que respondió sentirse feliz iba en aumento, el de las que dijeron haberse sentido triste disminuía, sobre todo en la penúltima medición en la que llega a un 5%.

POSICIÓN DEL PARTO

GRÁFICO No. 14

Porcentaje de mujeres a las que se les consultó en qué posición quería dar a luz
(Hospitales caso vs. Hospitales control)



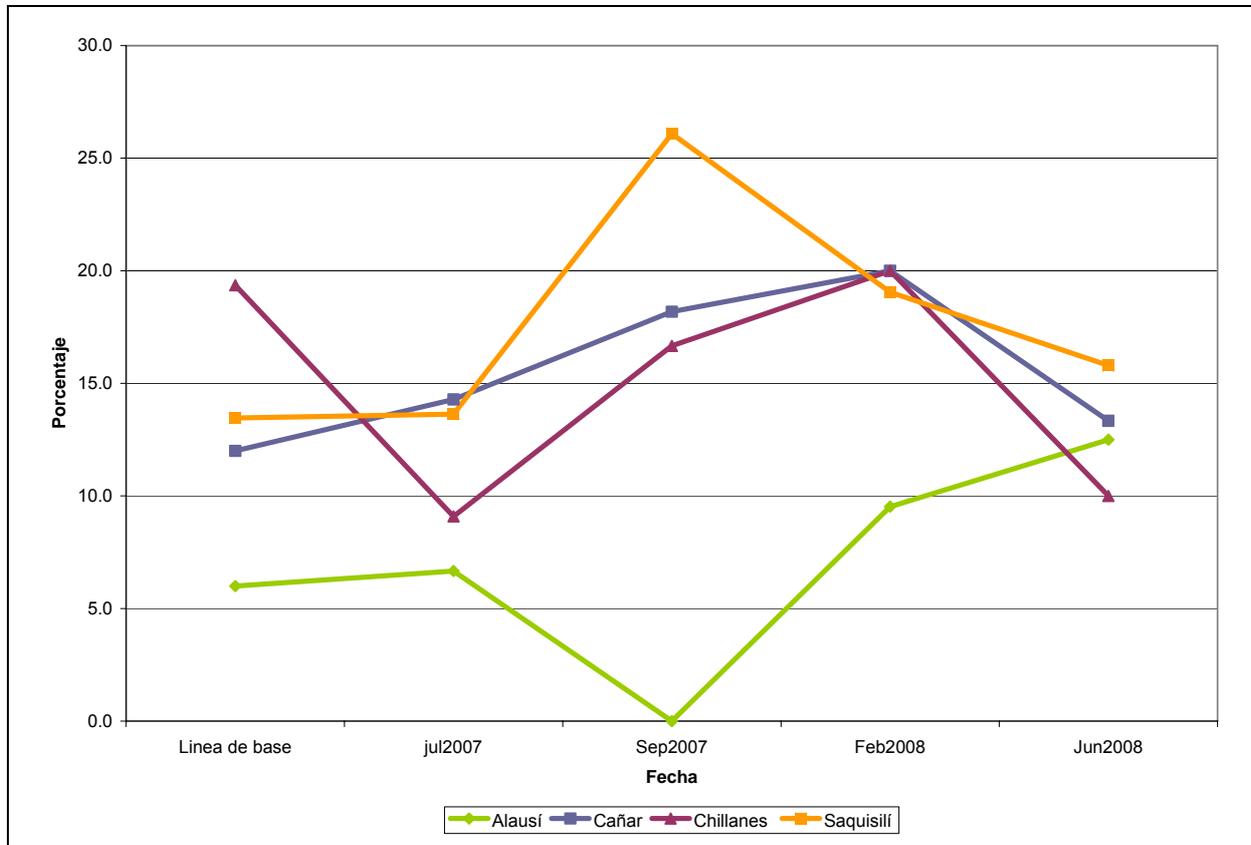
El grafico No. 14 muestra los promedios de los porcentajes de usuarias a las que se les consultó sobre la posición que deseaban dar a luz, en los hospitales de caso y control.

Tanto en los hospitales caso como los de control, los porcentajes de consulta son por debajo del 20%.

No existe una curva que presente mucha variabilidad, manteniéndose en el tiempo de la intervención HACAP con pocas variaciones de menos de 10 puntos en los hospitales caso y control, mostrando al inicio y el final porcentajes casi similares.

GRÁFICO No. 15

Porcentaje de mujeres a las que se les consultó en qué posición quería dar a luz (Hospitales caso)



El grafico No. 15 muestra los porcentajes de usuarias a las que se les preguntó sobre la posición que desean dar a luz en los 4 hospitales de intervención.

Chillanes parte con un porcentaje de 19.4 de usuarias a las que se les preguntó sobre la posición en que desean dar a luz, mostrando el porcentaje más alto en la línea de base, de los cuatro hospitales de intervención. Bajando en la segunda medición casi 10 puntos, para luego mostrar una línea ascendente en la tercera y cuarta medición, terminando con un porcentaje del 10% en la última encuesta, como el hospital de más bajo porcentaje, entre los cuatro hospitales de intervención.

El hospital de Cañar muestra poca variación partiendo de la línea de base con un porcentaje de 12% y terminando en la última medición con un porcentaje de 13.3%, mostrando una tendencia a subir en las siguientes mediciones.

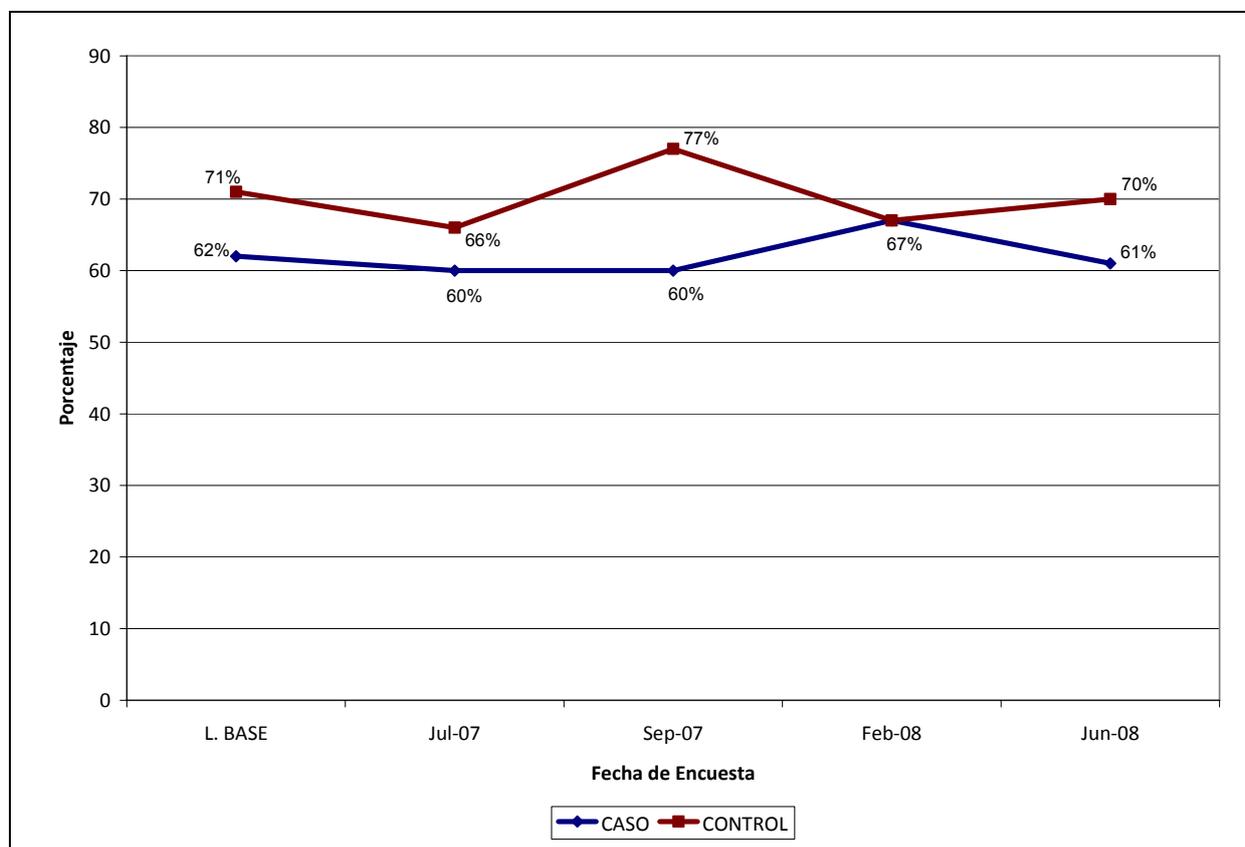
Alausí es el hospital con el porcentaje de 6%, el más bajo de partida de los 4 hospitales de intervención, la curva presenta descende hasta 0% en la tercera medición, y en las siguientes mediciones, la tendencia es a subir. Terminando con un porcentaje de 12.5, que señala una subida de 6.5 puntos porcentuales.

Saquisilí muestra poca variación, salvo un porcentaje de 26% en la tercera medición, empieza con un porcentaje de 13.5% y termina con un porcentaje de 15.8%

TRATO INTERPERSONAL

GRÁFICO No. 16

Porcentaje de mujeres que se sintió feliz con el trato recibido durante la atención del parto (Hospitales caso vs. Hospitales control)



El gráfico No. 16 compara la satisfacción de las usuarias con el trato recibido, entre hospitales de intervención y hospitales de control.

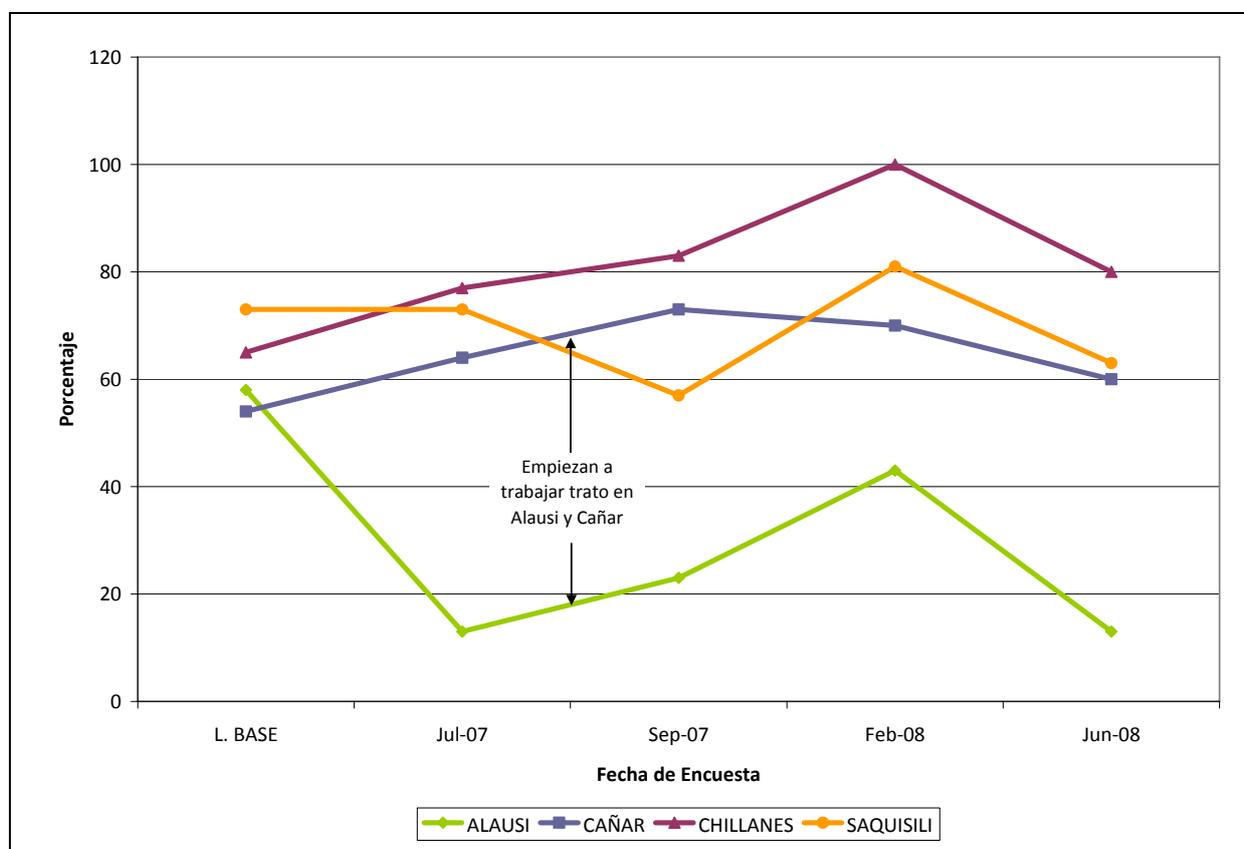
Tanto en los hospitales de intervención como en los de control, los porcentajes de satisfacción en cuanto al trato no sufrieron variaciones significativas durante el proceso HACAP.

En el mes de febrero-08 los hospitales de intervención muestran un ligero incremento en la satisfacción, pero finalmente vuelve a descender cerca del porcentaje inicial.

El porcentaje de satisfacción en los hospitales de control registra variaciones entre aumentos y descensos y, al igual que en el caso de los hospitales de intervención, en la última medición desciende hasta cerca del porcentaje inicial.

Gráfico No. 17

Porcentaje de mujeres que se sintió feliz con el trato recibido durante la atención del parto (Hospitales intervención)



El gráfico No. 17 muestra la satisfacción de las usuarias con respecto al trato brindado por el personal del hospital durante la atención de su parto.

Pese a que el hospital de Chillanes no programó un ciclo específico de mejoramiento, presenta los más altos porcentajes de satisfacción y de mejora del trato entre los cuatro hospitales de intervención, aumentando del 58% al 100% de satisfacción, con una curva de tendencia que se mantiene hacia arriba desde el comienzo de la intervención, y que baja de 100% al 80% en la última medición.

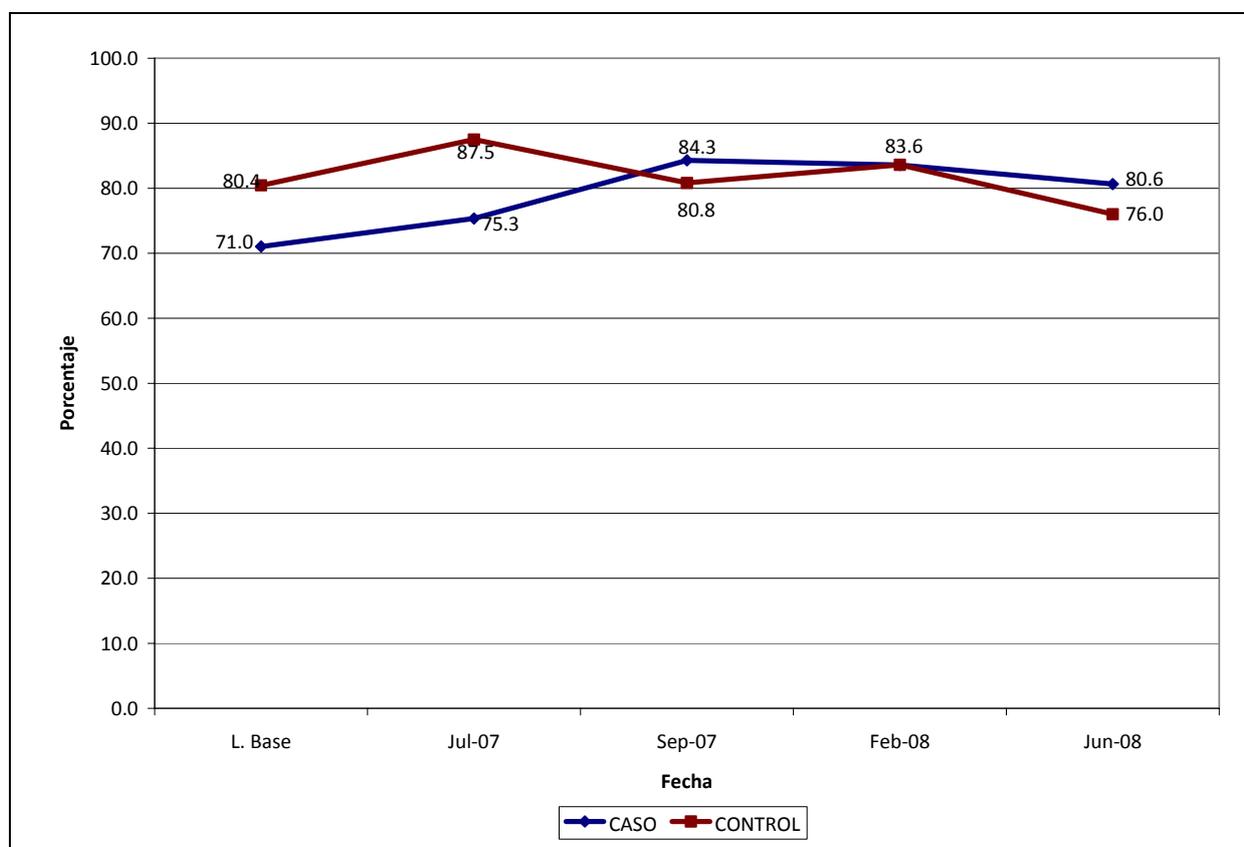
En el hospital de Cañar también se observa un aumento sostenido de la satisfacción de las usuarias. Pese a que en la última medición hay un descenso del porcentaje de satisfacción, de todas maneras éste supera el porcentaje inicial.

El hospital de Saquisilí muestra variaciones del porcentaje de satisfacción, que en la última medición se ubica muy cerca del porcentaje inicial.

El hospital de Alausí es el hospital con el porcentaje más bajo de satisfacción, y muestra un descenso drástico en la primera medición, bajando del 60% al 13%. Luego aumenta progresivamente hasta la tercera ola de encuestas, y finalmente baja nuevamente al 12% en la última medición.

Gráfico No. 18

Porcentaje de mujeres con intención de volver a dar a luz en el Hospital
(Hospitales caso vs. Hospitales control)



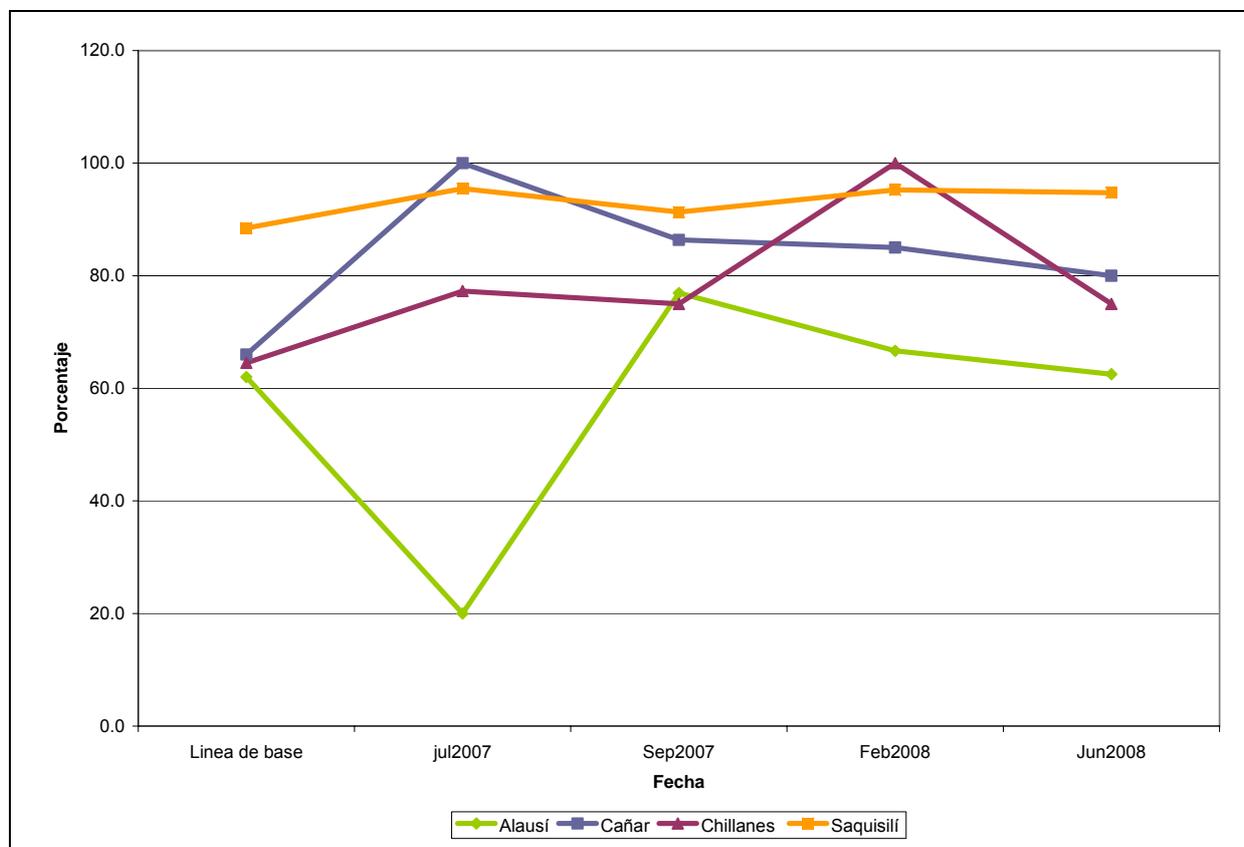
El gráfico No. 18 compara los porcentajes promediados de los hospitales de intervención y los de control, de las mujeres que respondieron afirmativamente sobre la intención de volver a dar a luz en el hospital, en caso de volver a embarazarse.

La curva de intención de volver muestra ligeras variaciones, tanto en los hospitales caso como los de control. Sin embargo, en los hospitales caso, el porcentaje de intención de volver al hospital, muestra una tendencia a subir, durante todo el tiempo de la intervención desde 71% en la línea de base hasta 80.6% en la última medición, señalando una subida de hasta 14 puntos porcentuales en la medición de septiembre-07.

Mientras que la intención de volver en los hospitales control baja desde el 80.4% en la línea de base hasta el 76% en la última medición.

Gráfico No. 19

Porcentaje de mujeres con intención de volver a dar a luz en el Hospital (Hospitales caso)



El gráfico No. 19 compara los porcentajes de los hospitales de intervención, de las mujeres que respondieron afirmativamente sobre la intención de volver a dar a luz en el hospital, en caso de volver a embarazarse.

La línea de base señala porcentajes de 62% a 66% en los hospitales de Chillanes, Cañar y Alausí, y un porcentaje de 88.5% en el hospital de Saquisilí, como el hospital con el más alto porcentaje de intención de volver de las usuarias, incrementándose el porcentaje hasta 95.5% en este hospital, manteniéndose sin variaciones significativas hasta la última medición.

Los hospitales de Chillanes, Cañar y Saquisilí muestran tendencias a subir hasta la última medición.

Chillanes muestra al inicio un porcentaje de 64.5 en la línea de base con una tendencia a subir de 13 puntos en la segunda medición de 77.3%, marcando en la cuarta medición un pico de hasta 100% de intención.

Cañar inicia en la línea de base con un porcentaje de 66%, marcando una subida brusca en la segunda medición, con un porcentaje que alcanza el 100% de intención, bajando luego a mediciones regulares hasta el final, marcando en la última medición un porcentaje de 80%.

El hospital de Alausí presenta variaciones, inicia en la línea de base con 62% una caída brusca en la segunda medición de 20%, subiendo luego bruscamente a 76.9% en la tercera medición, para mostrar un porcentaje de 62% en la última medición, igual al de la línea de base.

El hospital de Saquisilí, a partir de la segunda medición sube 7 puntos, manteniéndose hasta la última medición de 94.7% de usuarias que manifiestan su intención de volver.

7.4.2. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA ATENCIÓN DEL PARTO.

Para medir los cambios en la utilización de los servicios, y conocer con mayor exactitud los porcentajes de nacimientos domiciliarios y nacimientos en establecimientos del MSP, se obtuvo el número mensual de nacimientos inscritos y formularios de nacidos vivos en el registro civil de cada cantón, tanto de intervención como de control. Estos datos se registraron a lo largo de varios meses con el fin de controlar potenciales variaciones estacionales, desde el mes de enero 2007 hasta el mes de julio de 2008. Hasta el mes de julio/2008 se han receptado 7876 formularios de los 8 cantones participantes en la investigación, tal como se detalla en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 8
Formularios de nacido vivo Ene/2007- Jul/2008
receptados en las 4 provincias de intervención

2007														
PROV.	CANTON	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Bolívar	Chillanes	39	36	32	18	33	35	31	36	30	41	38	22	391
	San Miguel	52	39	73	47	65	53	51	61	41	65	46	39	632
Cañar	Cañar	57	52	79	42	56	47	54	31	43	63	42	46	612
Chimborazo	Alausi	82	107	124	106	112	90	82	92	94	115	70	84	1158
	Chunchi	20	21	32	28	27	16	11	21	26	33	20	19	274
Cotopaxi	Pangua	23	89	73	49	90	53	10	39	16	46	43	42	573
	Pujilí	76	94	78	60	97	64	51	49	48	112	57	44	830
	Saquisilí	91	90	81	61	85	78	64	73	58	80	76	72	909
TOTAL 2007		440	528	572	411	565	436	354	402	356	555	392	368	5379
2008														
PROV.	CANTON	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul						Total
Bolívar	Chillanes	25	20	16	21	26	29	37						174
	San Miguel	45	45	42	38	46	49	65						330
Cañar	Cañar	64	42	41	45	30	74	62						358
Chimborazo	Alausi	105	79	99	81	91								455
	Chunchi	23	23	26	21	30								123
Cotopaxi	Pangua	56	32	28	33	46	46	85						296
	Pujilí	61	54	68	66	54	45							288
	Saquisilí	50	68	64	62	67	74	88						473
TOTAL 2008		429	363	384	367	390	317	337						2497
TOTAL														7876

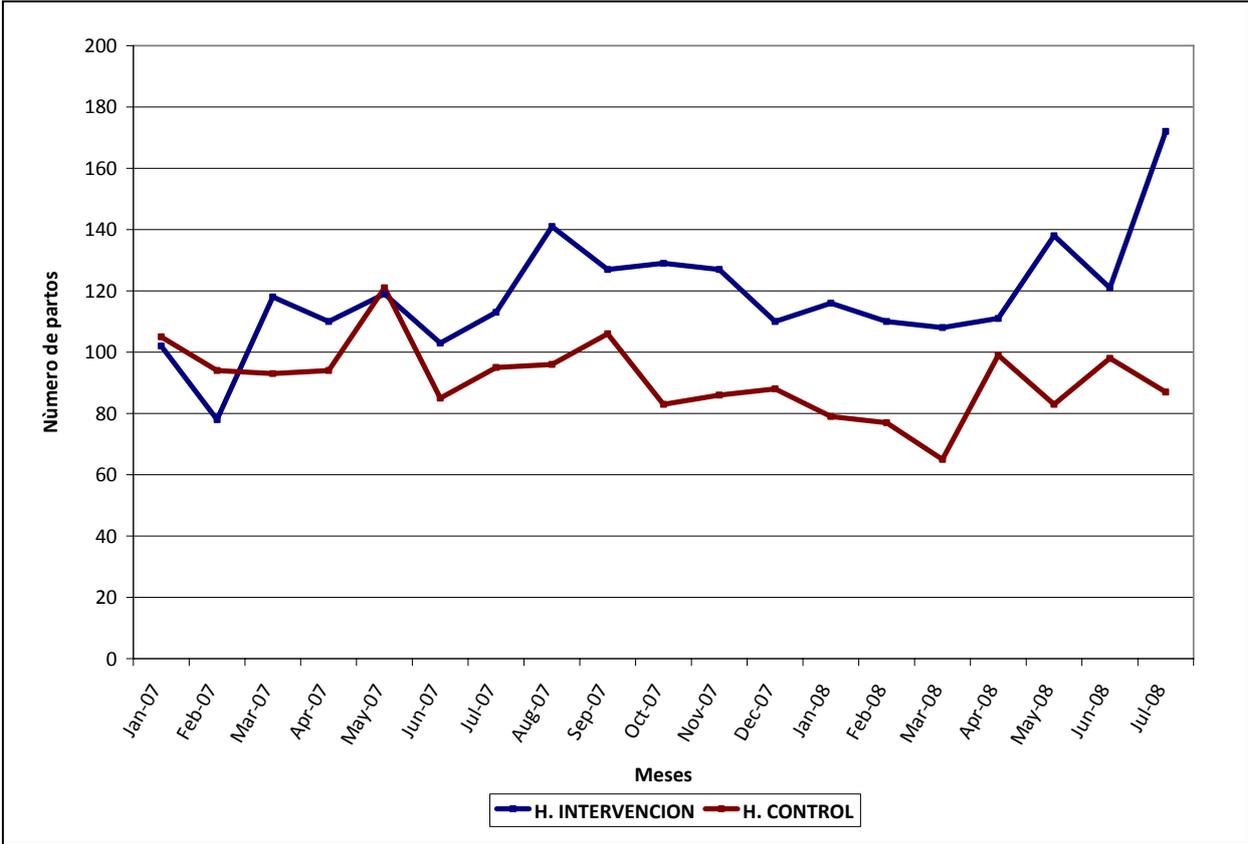
El número de nacimientos previo al inicio de la investigación se obtuvo del reporte anual del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), recientemente publicado.

Lamentablemente, como se puede apreciar en este cuadro, para el año 2008 esta fuente de datos no es completa debido a factores como las inscripciones tardías de los recién nacidos, puesto que un gran porcentaje de niños son registrados en el transcurso del siguiente año a su nacimiento y no de manera inmediata. Por esta razón, los datos que corresponden a meses del 2008 no son verdaderamente representativos del número de nacimientos ocurridos, y se tornan menos significativos al compararlos con datos del 2007. Por ello, las inscripciones de nacimientos constituyen una fuente de información factible de analizar cuando el INEC disponga de los datos correspondientes, a mediados del 2009.

Para suplir esta fuente de datos se solicitó al Sistema Común de Información del MSP y a las oficinas de estadística de las Direcciones Provinciales de Salud, el número de partos atendidos por meses de ocurrencia y hospital desde enero del 2007 a julio del 2008.

En base a esta información se han construido gráficos de series de tiempo comparando primero, el número de partos en unidades de intervención vs. unidades de control y, segundo, el número de partos en los 4 hospitales de intervención. Los resultados son los siguientes:

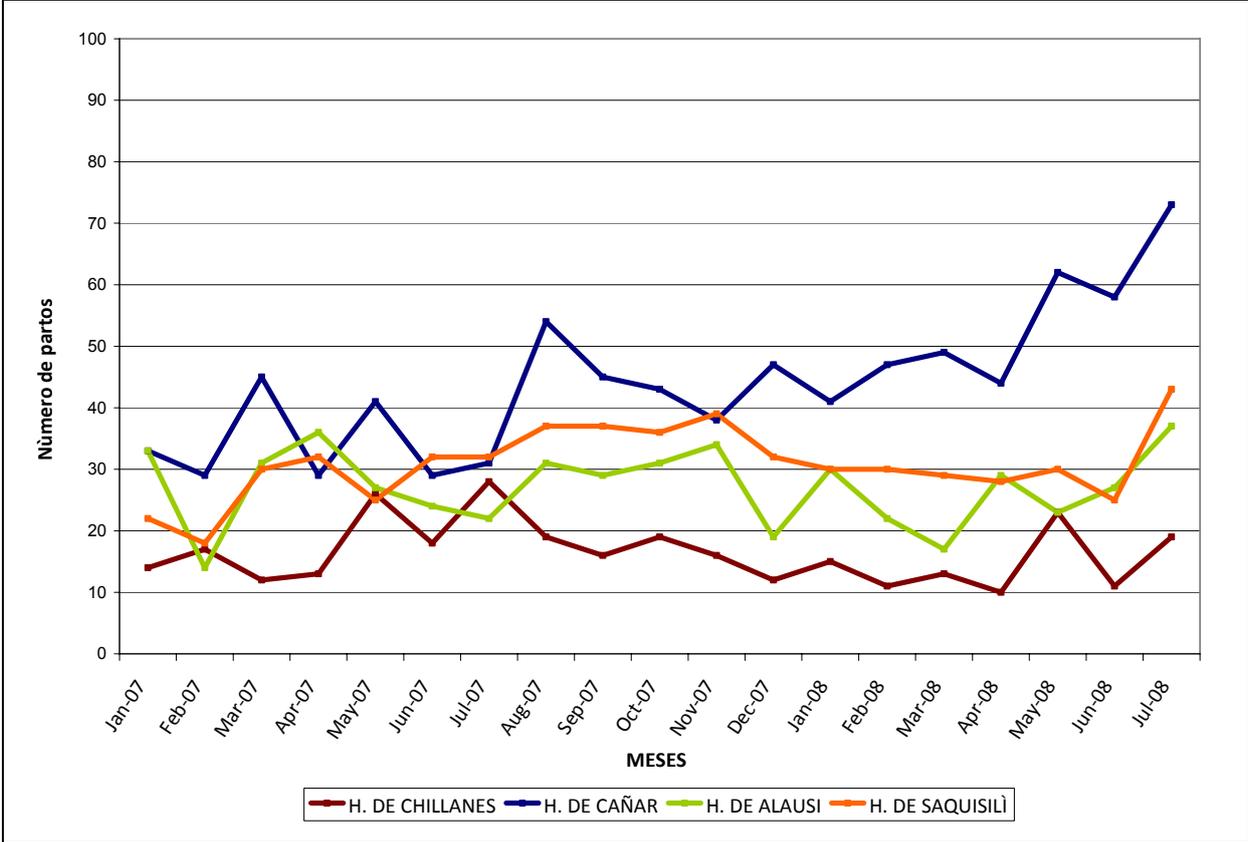
Gráfico No. 20
Número de partos atendidos en los Hospitales Caso Vs. Hospitales Control
Enero de 2007 - Julio de 2008



El gráfico No. 20 compara el número de partos atendidos en los hospitales de intervención con el número de partos atendidos en los hospitales control, desde enero de 2007 a julio de 2008. En la medición inicial, los hospitales de intervención y los de control registran una cantidad similar de partos atendidos, alrededor de 105. Seguidamente, los hospitales de intervención muestran una disminución momentánea en el número de atenciones, pero a

partir de mayo de 2007 este número crece sostenidamente hasta julio de 2008, cuando se registran 172 partos atendidos, mientras que en los hospitales control el número de atenciones disminuye a 87.

Gráfico No. 21
Número de partos atendidos en los hospitales de intervención
Enero de 2007 - Julio de 2008



El gráfico No. 21 compara el número de partos atendidos en los 4 hospitales de intervención, desde enero de 2007 a julio de 2008.

El Hospital de Chillanes el número de partos atendidos fluctúa entre 14 en la primera medición de enero de 2007, y 19 partos en julio de 2008. El registro más alto corresponde a julio de 2007 con 28 partos y el más bajo corresponde al mes de abril de 2008 con 10 partos atendidos.

En el Hospital de Cañar el número de partos asciende significativamente, registrando 33 partos en la primera medición y 73 en la última, de modo que al final de la intervención se registra un aumento de 221% en el número de partos atendidos en relación a la primera medición.

El Hospital de Alausí registra 33 partos atendidos en la primera medición de enero de 2007, y posteriormente muestra fluctuaciones marcadas. Sin embargo, en la última medición el número de partos atendidos se incrementa y llega a 37, la cifra más alta a lo largo de la medición.

El Hospital de Saquisilí muestra una tendencia ascendente en el número de partos atendidos, pues en la primera medición registra 22 partos, y aumenta paulatinamente hasta alcanzar 43 partos en julio de 2008. Al final de la intervención se registra un aumento del 195% en el número de partos atendidos en relación a la primera medición.

8. DISCUSIÓN

Al analizar en conjunto la implementación de la intervención de HACAP, podemos señalar que la metodología utilizada durante los talleres permitió que los actores involucrados se sensibilicen ante la temática, discutan sus experiencias, y diseñen cambios consensuados que luego fueron implementados por los equipos de los hospitales.

Sin embargo una seria limitación al enfoque metodológico fue la falta de participación organizada de las usuarias de los servicios de salud. Desde su formulación, la investigación operativa incluía como componente clave el trabajo de las usuarias organizadas, de quienes se esperaba se convirtieran en una fuerza impulsora de los cambios acordados en los talleres.

Aunque la convocatoria y participación de usuarias y parteras en los talleres de rediseño fueron exitosas, durante las etapas de implementación y seguimiento de los ciclos rápidos, la participación de las usuarias fue limitada, principalmente debido a la falta de comités de usuarias en funcionamiento. La única excepción fue el caso de Saquisilí, que cuenta con una fuerte organización comunitaria, producto de un largo proceso organizativo, y donde existen representantes de las comunidades indígenas del cantón entre las autoridades del gobierno local.

Según la Ley de Descentralización y Participación Ciudadana, los municipios deben impulsar la conformación de los Consejos de Salud y la participación de los Comités de Usuarias de la LMGYAI. Desafortunadamente, muchos municipios muestran una gran debilidad técnica y desconocimiento del rol que deben desempeñar para impulsar estos procesos, de modo que sus representantes manifestaron “no saber cómo conformar Comités” y solicitaron que “se les apoye”. Ante esta situación, el equipo de estudio de QAP brindó orientación entregándoles el manual “La Llave”, Guía Metodológica para la Conformación y Funcionamiento de Comités de Usuarias para el Cumplimiento de la LMGYAI, así como folletos informativos de la LMGYAI. Sin embargo, para los municipios fue difícil impulsar la conformación de comités, y la participación de las usuarias organizadas fue muy débil.

Con respecto a la metodología propuesta para la programación e implementación de cambios, podemos señalar que para la mayoría de actividades planteadas para vencer brechas tales como: acompañamiento, temperatura de la sala de partos, abrigo de la parturienta y provisión de infusiones, la propuesta metodológica de ciclos rápidos permitió a los equipos realizar cambios concretos en la atención, adecuándola a las expectativas de las usuarias y sus familiares.

Sin embargo, si bien la metodología de ciclos rápidos ha funcionado para trabajar sobre varios temas priorizados por las usuarias, no es adecuada para responder a todas sus expectativas, que pueden requerir procesos de cambio estructurales y de mayor duración. Por ejemplo, en cuanto a la brecha de trato, los equipos no pudieron focalizar sus esfuerzos de mejoramiento alrededor de las relaciones interpersonales, y en su lugar trabajaron aspectos como brindar mayor información a los usuarios o modificar los horarios de visita. Es posible que esto se relacione a una dificultad mayor del personal de salud de realizar un

ejercicio de autocrítica ante el desempeño profesional y ante los propios prejuicios étnico-raciales.

Los ciclos realizados para mejorar el trato nos permitieron aprender que el trato interpersonal no es un aspecto de la atención que pueda ser mejorado como las demás brechas, sino que demanda procesos prolongados de auto-reflexión y adopción de nuevos valores por parte de los actores involucrados. Para superar estos obstáculos, el equipo de QAP diseñó un taller específico para implementar un proceso de sensibilización del personal de salud mediante la reflexión y análisis de causas y efectos del maltrato en cada uno de los hospitales de intervención. Este taller logró impulsar un buen proceso de reflexión, análisis, y comprensión de la problemática del trato en los hospitales participantes. También incluyó la programación de actividades específicas para mejorar el trato con una propuesta que planteó líneas de acción fundamentadas en los derechos de los pacientes. Lamentablemente, las actividades planificadas por los equipos en los talleres se programaron cerca del final de la intervención por lo que no se pudo registrar su cumplimiento o los resultados obtenidos.

En cuanto a los logros y limitaciones en la implementación de de los ciclos, es necesario advertir que éstos dependen de múltiples factores en juego en cada hospital: niveles de resistencia al cambio en determinadas personas, problemas administrativos e institucionales, recursos económicos, dinámicas de trabajo de los equipos, etc. Además, hay que señalar que cada equipo planteó estrategias distintas de acuerdo a las condiciones de cada hospital y a las iniciativas propias de los miembros del equipo. Por todas estas razones, algunos hospitales lograron implementar exitosamente determinados ciclos, mientras que otros no lograron implementar en su totalidad los cambios propuestos, y otros tuvieron serias dificultades en su implementación.

Así por ejemplo, el ciclo de acompañamiento fue exitoso en el Hospital de Saquisilí pues el equipo logró institucionalizar el acompañamiento de familiares o parteras durante todo el proceso de atención del parto. Según el personal de salud, pese a que existen familiares que se muestran muy impresionados al presenciar el nacimiento, el acompañamiento se ha llevado a cabo sin ninguna dificultad y ha demostrado ser un cambio positivo que facilita la colaboración de las parturientas durante la atención del parto, pues están más tranquilas y sienten más confianza.

También el personal de salud de Chillanes, al inicio del ciclo logró permitir el acompañamiento de familiares o parteras durante todo el proceso de atención del parto. Sin embargo debido a conflictos internos en el hospital, el equipo no pudo mantener el cumplimiento de este cambio.

Por el contrario, en el caso de Alausí y Cañar el personal de salud no permite el ingreso de los familiares o de la partera hasta la sala de partos, bajo distintos argumentos tales como: "el quirófano está junto a la sala de partos y existe riesgo de contaminación porque la gente viene del campo y está sucia"; "a la gente de aquí no le gusta entrar"; "los familiares no están preparados para presenciar un parto"; "los familiares pueden intervenir presionando al médico y hacer que se tomen decisiones equivocadas", etc. Probablemente estas actitudes demuestran un temor de que la primacía de la práctica biomédica sea cuestionada o desautorizada. Esto es más evidente en Cañar, donde el rol de las parteras se limita al acompañamiento y apoyo emocional, sin opción a opinar o intervenir en la atención del parto (Ver ANEXO 10).

Por otra parte, entre algunos proveedores de salud existió resistencia ante los cambios debido al poco conocimiento, aceptación, y valoración de la medicina ancestral y sus

agentes. Determinados proveedores que mantuvieron una visión etnocéntrica del cuidado de la salud llegaron incluso a manifestar que el reconocimiento de la medicina ancestral “constituye un retroceso en la atención en lugar de ser un avance”. En consecuencia, su actitud de cambio no era hacia la adecuación cultural de los servicios, sino la adecuación de las usuarias y la capacitación de parteras hacia el servicio convencional biomédico.

En algunos casos el rechazo de la medicina tradicional se manifestó, por ejemplo, en la renuencia a permitir el uso de ciertas plantas medicinales en infusiones para la parturienta por considerar sus efectos inciertos o perjudiciales, y en la resistencia a recibir capacitación desde las parteras hacia el personal hospitalario en procedimientos de atención del parto vertical.

En ciertos casos, se hizo evidente la dificultad de mantener las mejoras cuando hay una ausencia de políticas que institucionalicen las prácticas mejoradas. En el Hospital de Saquisilí, por ejemplo, la falta de institucionalización del parto vertical no permitió su continuidad cuando se presentaron cambios de personal. En esta institución, la atención del parto vertical se venía realizando desde hace varios años por unos pocos médicos tratantes, sin embargo, debido a una reestructuración del personal, éstos fueron enviados a otras unidades operativas y el nuevo personal no contaba con la capacidad y experticia necesaria. Por esta razón se suspendió este tipo de atención, pese a que cuentan con una sala específica de atención de parto vertical y una silla especial diseñada por uno de los médicos del hospital.

Ante la inseguridad y falta de familiaridad generadas por la atención del parto vertical, el personal médico propuso la creación de una normativa institucionalizada desde el nivel central. Al momento de escribir este informe, la Dirección de Normatización del MSP, con apoyo de QAP, elaboró y publicó una Guía Técnica de Atención del Parto Culturalmente Adecuado para su aplicación en las Unidades de Salud del país.

Otros factores institucionales dificultaron la implementación de los ciclos rápidos. Por ejemplo, en el hospital de Alausí, la conformación de los equipos HACAP fue inestable debido a los cambios de personal, terminación de contratos, y deserciones por conflictos de tipo administrativo, puesto que el personal manifestaba tener una “sobrecarga de trabajo”.

La implementación de cambios también se obstaculizó por la desarticulación y escasa coordinación entre las diferentes dependencias del MSP: Direcciones de Salud Intercultural, Direcciones Provinciales de Salud, y Equipos de los hospitales. En general, las dependencias de Salud Intercultural en cada provincia tienen poco poder de decisión y poco reconocimiento ante las Direcciones Provinciales de Salud y ante los hospitales. Por ello, Salud Intercultural no logró convertirse en conductor de los cambios propuestos tal como se esperaba. En Chillanes, por ejemplo, donde existieron conflictos entre el personal del hospital y Salud Intercultural, la DPS se mantuvo al margen del proceso HACAP. En Alausí se puso de manifiesto la desconfianza de actores locales ante las políticas de Salud Intercultural dictadas desde niveles centrales, pues miembros indígenas del equipo HACAP temían que las parteras pudieran ser “utilizadas” para el propósito de mejoramiento del Hospital, sin que exista recíprocamente un reconocimiento, valoración y fortalecimiento de los saberes de la medicina ancestral.

Por último, el personal médico señaló que existieron causas administrativas y burocráticas que impidieron la consecución efectiva y a tiempo de algunos cambios planteados. Tal es el caso de Alausí, donde la propuesta de hospedería para familiares y parteras demoró en concretarse por falta de una gestión ágil para la obtención de los recursos económicos. De

forma similar, en Cañar los trámites burocráticos retrasaron la adquisición de insumos como ropa para el acompañante, colchonetas para el descanso de los familiares durante la noche, etc.

Algunos límites a la implementación de ciertos cambios programados en los talleres generan interrogantes sobre en qué grado el personal de salud percibió y asimiló las intervenciones como modificaciones de carácter socio-cultural. Es difícil establecer en qué medida se logró la aceptación y entendimiento de parte del personal de valores y prácticas culturales distintas a las propias, o si los trabajadores de la salud han adoptado los cambios sin reflexionar en profundidad. Por ejemplo, ¿hasta dónde conoce y acepta el personal de salud los principios activos de las plantas medicinales y el razonamiento que apoya su uso? Responder este tipo de interrogantes es necesario para saber si de hecho la atención y el personal se ha adaptado a contenidos y prácticas culturales diferentes y, sobretodo, si es que las usuarias perciben este reconocimiento de lo diverso en las instituciones de salud, ven satisfechas sus expectativas, y se ven motivadas por ello a demandar atención. El estudio actual no ha pretendido responder a estas preguntas, pero merecen profundizarse con investigaciones posteriores.

Al analizar los resultados de la implementación de los ciclos y los porcentajes de satisfacción de las usuarias es importante tomar en cuenta que a partir de Febrero y durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2008, el Gobierno Nacional declaró una emergencia debido a la temporada invernal que ocasionó inundaciones en varias provincias del país. Por esta razón, en un primer momento, algunos recursos humanos del MSP fueron movilizados a las provincias más afectadas. Posteriormente, el Gobierno Nacional asignó recursos económicos para la contratación de nuevo personal de salud, reconfigurando de esta manera los equipos de salud de los hospitales. Finalmente, la campaña nacional de vacunación se desarrolló durante todo el mes de Mayo, razón por la cual muchas de las actividades de los equipos HACAP fueron retrasadas e incluso el tercer taller HACAP tuvo que posponerse varias veces. Es probable, por tanto, que la disminución en los niveles de satisfacción que se observa durante los meses de febrero a junio-08 en la mayoría de intervenciones, responda a este tipo de situaciones coyunturales.

También hay que notar que no todos los hospitales implementaron los mismos ciclos ni todas las brechas fueron trabajadas al mismo tiempo en todos los hospitales. En algunos casos el comienzo de los ciclos de cambio se realizó casi al final de la intervención, por lo que de cierta manera en algunos gráficos estamos observando una línea de base prolongada en vez de una intervención implementada a lo largo de un buen tiempo.

Por otra parte, es necesario advertir que los bajos porcentajes de satisfacción registrados en el hospital de Alausí en casi todos los ciclos probablemente se deben a un sesgo de la persona encuestadora al momento de aplicar el instrumento. A diferencia del resto de hospitales, en Alausí la encuestadora formó parte del equipo de adecuación cultural por delegación del responsable de Salud Intercultural de la provincia y estuvo involucrada en todo el proceso de manera muy activa. Esta situación probablemente habría afectado su imparcialidad al momento de aplicar las encuestas, ya que su entusiasmo por ver cambios y mejoras en la atención le llevaría a promover opiniones más críticas entre las usuarias, llegando a inducir respuestas negativas sobre el desempeño del hospital.

Este hecho fue detectado por el equipo investigador y durante las dos últimas mediciones se hizo un cambio de encuestadoras con las del cantón Chunchi, hecho que coincide con un aumento en el porcentaje de satisfacción de las usuarias en Alausí.

En muchos casos el promedio general de satisfacción de los hospitales de intervención se ve disminuido por los bajos valores registrados en Alausí, lo que no permite reflejar el verdadero alcance de la intervención y los resultados alcanzados por los otros tres hospitales.

Con respecto al acompañamiento, la medición de resultados se refiere específicamente al acompañamiento en la sala de partos. Consecuentemente, Cañar y Alausí no muestran mejoras ya que en estos hospitales solamente se permite el acompañamiento hasta la sala de labor.

En Saquisilí el ciclo de acompañamiento tiene resultados muy alentadores, pese al leve descenso en la última medición. En Chillanes el descenso en el porcentaje de satisfacción se debería a los conflictos internos que tuvo el hospital y a la disminución del compromiso del personal de salud con este cambio conforme avanzaba el tiempo.

En el ciclo de mejoramiento del abrigo se midieron dos variables: la temperatura en la sala de partos y el abrigo brindado a la parturienta durante la atención del parto. Las actividades de este ciclo se iniciaron a partir de septiembre-07 en la mayoría de hospitales, momento a partir del cual se registra un claro aumento en el porcentaje de satisfacción de todos los hospitales. Los aumentos anteriores de este porcentaje podrían deberse a que los equipos de los hospitales iniciaron mejoramientos en algunas brechas incluso antes de programar los ciclos correspondientes. En general este ciclo muestra resultados exitosos en la satisfacción de las usuarias, pese a la resistencia del personal de salud que aducía que el cambio brusco de temperatura ambiental al que se encuentran expuestos al ingresar y salir de las diferentes salas podría afectar su salud.

Con respecto al ciclo de dotación de infusiones de plantas medicinales, hay que recordar que, con excepción de Saquisilí, los resultados miden el porcentaje de satisfacción con la alimentación en general, ya que no existe un indicador específico que mida la satisfacción en la dotación de infusiones de plantas medicinales durante la atención del parto.

Es interesante notar que, aunque el hospital de Chillanes no programó un ciclo sobre alimentación, registra un aumento de la satisfacción del 38% al 85%. Algo similar sucede con el porcentaje de mujeres satisfechas con el trato. Pese a que el hospital de Chillanes no programó un ciclo específico de mejoramiento, sino hasta el final de la intervención, presenta los más altos porcentajes de satisfacción y de mejora del trato entre los cuatro hospitales de intervención, aumentando del 58% al 80% de satisfacción, alcanzando el 100% en la medición de febrero-08. Posiblemente esto se debe a la implementación temprana de mejoras que aun no estando programadas, se realizaron por el entusiasmo surgido entre los equipos luego del primer taller HACAP.

En los otros hospitales, si bien los resultados de la encuesta muestran algunos aumentos en el porcentaje de satisfacción, la medición del trato no muestra aumentos tan significativos como en Chillanes pese al trabajo realizado. Tampoco es posible ver un impacto del taller de mejoramiento del trato realizado poco antes de la última medición. Al momento es difícil establecer si la ausencia de resultados luego del taller se debe efectivamente a la falta de tiempo para medir y apreciar cambios -razón por la cual no sería posible conocer el verdadero impacto de la intervención sino realizando mediciones futuras-, o si posiblemente nos encontramos ante otro ejemplo de la dificultad para trabajar el tema de las relaciones interpersonales entre usuarias y proveedores de salud.

Con respecto a la posición del parto podemos señalar que los datos reflejan la falta de implementación de un ciclo de cambio para esta variable, puesto que como se puede observar en el gráfico No. 14, la diferencia entre los hospitales caso y los de control no varían significativamente a lo largo de todo el proceso de intervención. Por lo tanto, los pocos cambios que se iniciaron a hacer en algunos hospitales no incidieron en la percepción de las usuarias.

Al analizar cada uno de los hospitales, el que obtiene un porcentaje más alto (25%) durante todo el proceso de intervención es Saquisilí, sin embargo, se puede observar claramente cómo inició con una tendencia al alza hasta sept-2007 y luego desciende, coincidiendo con los cambios de personal en el área, que ocasionaron que este tipo de atención quede relegada, pese a haberse atendido en posición vertical por mucho tiempo atrás. La falta de institucionalización hizo que se de un retroceso en la atención de parto vertical.

El resto de hospitales muestran los pocos esfuerzos que se hicieron para implementar este cambio, puesto que la resistencia del personal que atiende partos y el desconocimiento, fueron factores decisivos.

Al observar en términos generales los resultados de satisfacción de las distintas brechas trabajadas, se puede apreciar que aunque los porcentajes para cada hospital de intervención varían entre sí, en su conjunto, se nota una mejora paulatina en la satisfacción de las usuarias. Esto es mucho más evidente al comparar los resultados con los hospitales de control y al contrastar los valores entre las percepciones de feliz y triste.

Este incremento en la satisfacción también se aprecia en los porcentajes que muestran la intención de volver a dar a luz en los respectivos hospitales donde fueron atendidas. La intención de volver fue medida en base a respuestas categóricas de SI, NO, Indecisa, NS/NR. Probablemente los porcentajes de estas respuestas categóricas pueden evidenciar los cambios en la satisfacción mejor que las medidas por la escala de caritas, puesto que la valoración de las usuarias se refiere al conjunto de los elementos en la atención que recibió en el hospital.

Saquisilí es el hospital que muestra el porcentaje más alto de intención de volver de sus usuarias, y Alausí es el hospital que muestra el porcentaje más bajo de intención de volver. Chillanes y Cañar muestran porcentajes significativos de intención de volver de las usuarias, tendencia que mejora en durante todo el tiempo de intervención del HACAP de una manera sostenida.

En promedio, en los cuatro hospitales de intervención, un 80.6% de mujeres encuestadas afirmaron que si tienen intención de volver a dar a luz en el hospital. Este resultado es significativo, puesto que el 20% incluye a las repuestas negativas, indecisas y a las de no sabe o no responde. Aunque el aumento desde le línea de base es solo de 10 puntos porcentuales, se trata de valoraciones positivas de las usuarias que evidencian un mejoramiento de la atención.

Con respecto a las tasas de utilización de servicios obstétricos podemos afirmar que en los hospitales de intervención se observa un claro incremento en el número de partos atendidos en relación a los hospitales de control. Esto es más evidente en hospitales como Cañar y Saquisilí donde se registran incrementos muy significativos (221% y 195%, respectivamente) en el número de partos atendidos entre enero de 2007 y julio de 2008.

Lamentablemente la fuente de datos contemplada originalmente para medir las tasas de utilización (registro de nacimientos del INEC) no es la mejor ni la más completa, puesto que la medición se ve limitada por las inscripciones tardías de los recién nacidos: un gran porcentaje de niños serán registrados en el transcurso del siguiente año a su nacimiento. Por esta razón, solo será posible realizar análisis detenidos de esta fuente y comparar los porcentajes de partos domiciliarios e institucionales cuando podamos disponer de los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), que estarán disponibles a mediados del 2009.

9. CONCLUSIONES

En términos generales podemos concluir que el enfoque metodológico de HACAP sí logró mejoras en la atención obstétrica en los establecimientos de intervención, mediante la implementación de cambios específicos encaminados a la adecuación de los servicios de acuerdo a las necesidades culturales de las usuarias.

La propuesta metodológica fue acertada en la medida en que permitió el diálogo y acercamiento de diferentes actores que nunca antes se habían encontrado en una condición de respeto mutuo e igualdad y con libertad de expresar sus ideas y experiencias. Las usuarias, parteras, y líderes comunitarios que participaron en el proceso manifestaron libremente sus opiniones y expectativas culturales en la atención del parto.

La metodología asume un rol activo de las/los usuarias organizadas, pero no contempla la posibilidad de fortalecer o desarrollar la organización social de usuarias cuando ésta es débil o inexistente. En consecuencia, la fuerza del método HACAP en buena medida depende de la presencia de la participación social como motor que impulsa los cambios y que exige su cumplimiento. Por lo tanto, cuando la participación social es débil, la implementación de los cambios queda a voluntad de los equipos de cada hospital y se realiza de acuerdo al ritmo que ellos decidan.

Muchas veces las intervenciones HACAP implican cambios en la cosmovisión y actitudes personales de los proveedores de salud, pero la metodología no contempla actividades permanentes de sensibilización para vencer las resistencias al cambio que la adecuación cultural genera. En ocasiones el proceso HACAP puso en evidencia las visiones etnocéntricas y hegemónicas generadas desde el sistema biomédico y su supuesta "superioridad" sobre otros sistemas y concepciones de salud, lo cual probablemente explica por qué algunos ciclos planteados privilegiaron cambios que no cuestionan de manera intrínseca los preceptos y fundamentos de la práctica biomédica, ni su ejercicio.

El proceso HACAP evidenció la necesidad de que los recursos humanos del MSP reciban formación técnica y académica en materia de salud intercultural, de modo que sean capaces de responder a las diferentes demandas y expectativas de calidad y calidez en la atención del parto que tiene la población, de manera especial la población indígena.

Así por ejemplo, las resistencias ante la capacitación mutua entre parteras y personal de salud destacaron la necesidad de recopilar y distribuir entre los equipos de salud materiales de capacitación sobre aspectos de salud intercultural; derechos de los pacientes; evidencia científica sobre las ventajas del parto vertical; sobre la importancia del principio humoral desde el punto de vista de la medicina ancestral; sobre la importancia de las infusiones de hierbas medicinales; así como sobre los hábitos alimentarios de las usuarias, ya que la alimentación de la parturienta también se rige por principios y valoraciones culturales.

De igual manera, el proceso ha evidenciado la necesidad de algunos afinamientos metodológicos en el futuro. Por ejemplo, el enfoque de colaborativos adaptado al proceso HACAP requiere ser examinado. Dicho enfoque contempla que las unidades que intervienen en el proceso de cambio aprendan de sus mutuas experiencias, tanto de los logros como de los errores. Esto implica la participación en los talleres de pocos representantes de cada hospital, para que éstos a su vez, a manera de socialización, repliquen las principales actividades del taller HACAP en cada una de sus unidades. Estas reuniones de socialización son cortas y no generan el mismo impacto que los talleres, donde la participación y los trabajos en grupo son más amplios. Quizás es importante que los talleres HACAP también se realicen en cada unidad, logrando la participación de todo el personal que brinda atención, ya que el aprendizaje colaborativo en la adecuación cultural abarca temas complejos que demandan mayor reflexión que en el caso de los colaborativos clínicos.

En este mismo sentido, a través del proceso HACAP hemos aprendido que la implementación de cambios de tipo cultural no es tan fácil ni de aplicar ni de medir como un cambio de tipo clínico, puesto que abarca un cúmulo de factores socioculturales y actitudes personales que requieren de procesos de cuestionamiento de actitudes y aprendizaje más sostenido.

Es más probable lograr que se adecuen ciertos aspectos operativos de la atención como el abrigo, la alimentación, etc., que no demandan transformaciones en términos actitudinales. Sin embargo, la manera de pensar y actuar del personal de salud hacia los pacientes indígenas y no indígenas, el trato que se les brinda, y todo lo que involucre un cambio de esquemas y paradigmas de tipo individual, generará resistencias y dificultará el cambio.

Varios ciclos de cambio generaron mejoras claras y significativas en la satisfacción, aunque en la ejecución se hayan dado dificultades. Sin embargo, en el caso de intervenciones como el mejoramiento del trato interpersonal, no es fácil mostrar resultados a través de mediciones cuantitativas, pues con éstas no se pueden captar los significados subjetivos que las usuarias adjudican al buen o mal trato que reciben de parte de los proveedores.

En este sentido, las encuestas no resultaron ser el instrumento más adecuado para medir los niveles de satisfacción de las usuarias. Seguramente una técnica de tipo cualitativo como la entrevista semi-estructurada hubiera sido más adecuada, ya que las personas tienden a hablar con más confianza y con mayor soltura en una entrevista. Sin embargo, esta técnica no fue posible aplicarla por los costos que implica y el tiempo que requiere.

Aunque la encuesta es una técnica más económica y de menor tiempo de aplicación, requiere de un control de calidad del dato muy estricto y detallado. Por ello y dado que los datos dependen casi completamente de trabajadores de campo fuera de nuestro control y a los cuales pudimos brindar relativamente poco en cuanto a capacitación, supervisión, y control de calidad, no podemos confiar completamente en la calidad de los datos.

También hizo falta un proceso más detenido de análisis de la información que arrojó la encuesta, que nos permita contar con cálculos estadísticos más precisos. Se puede decir que la información que ha sido procesada y analizada es todavía preliminar, faltan aún muchos datos por conocer. Por ejemplo, es importante conocer cómo se comporta la variable étnica en relación con la satisfacción de los diferentes aspectos de la atención. Además, el tener solo unos pocos momentos para la medición no nos permitió establecer tendencias definitivas desde el punto de vista de un análisis longitudinal, sin embargo es lo que el cronograma y el presupuesto nos permitieron hacer.

Es posible que eventos fuera de nuestro control influyeran en los establecimientos control debido al comienzo de otros programas por parte del MSP. Al principio las actividades ya en marcha no nos permitieron hacer una selección verdaderamente aleatoria de establecimientos y nos vimos obligados a tomar muchas decisiones en cuanto al diseño y muestreo que no necesariamente fueron las más adecuadas.

En cuanto a los resultados estadísticos podemos señalar que existe un claro incremento en los porcentajes de mujeres que tienen intención de regresar al hospital para la atención de sus futuros partos, y los resultados de satisfacción sí muestran mejoras importantes, aunque como hemos visto, estas no tienen un proceso uniforme, pues varían de acuerdo a las condiciones al interior de los hospitales y a las actividades propuestas por cada equipo.

En cuanto al número de partos atendidos en el conjunto de hospitales de intervención podemos señalar que se incrementa considerablemente entre enero de 2007 y julio de 2008. Sin embargo, es probable que el impacto de la adecuación cultural de los servicios y las consecuentes mejoras en la atención obstétrica de los hospitales no sea percibida de manera inmediata por la población no usuaria de los servicios, por lo que hospitales como Alausí y Chillanes no evidencian incrementos significativos en el número de partos atendidos a lo largo de la intervención. También es posible que en estos hospitales algunas intervenciones realizadas no hayan sido lo suficientemente profundas e institucionalizadas como para brindar mayor confianza a la población en general y así poder captar a aquellas mujeres que no dan a luz en los establecimientos del MSP.

Una de las recomendaciones que podemos hacer a los sistemas de salud de países que quieran emprender un proceso similar, es que es imprescindible asegurar y fortalecer la participación organizada de las/os usuarias/os, en todas las etapas del trabajo. No solo en las etapas de diagnóstico y priorización de brechas y expectativas culturales, sino sobre todo en la exigibilidad y monitoreo de los cambios propuestos.

Los comités de usuarias/os deben promover el fortalecimiento de las capacidades de los/as usuarias para el reconocimiento y exigibilidad de los derechos en salud, así como de sus expectativas culturales. También es importante el fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos locales para la promoción de la participación ciudadana y funcionamiento de los comités de usuarias/os.

Es necesario hacer un énfasis en el trabajo para fortalecer una visión de Interculturalidad en todos los niveles de MSP, especialmente de la capacitación del personal de salud en temas de salud intercultural, que les permita tener conocimientos, actitudes y prácticas culturalmente adecuadas para atención del parto. La formación de recursos humanos sobre el tema debe ser considerado en los curriculums de formación y también en la actualización de recursos humanos en servicio a través de metodologías de enseñanza aprendizaje acertadas, pues el mismo personal de salud reconoce sus deficiencias y demanda formación.

Es importante evaluar y fortalecer las capacidades del personal de salud para la negociación y ejecución de las políticas y normativas necesarias para la institucionalización de los cambios que han sido propuestos de manera concertada y participativa, para lograr concretar las acciones en lo operativo, pues la adecuación cultural toca aspectos estructurales, que requieren apoyo de los directivos del MSP, DPS, unidades operativas y todo el personal de salud.

El tema de trato interpersonal requiere un trabajo específico, pues es un tema que no solamente tiene relación con la adecuación cultural de la atención, ya que las relaciones interpersonales se refieren a la satisfacción de las usuarias de una manera más amplia.

La experiencia de HACAP nos permitió aprender que las mejoras al trato requieren mayor tiempo para obtener resultados, puesto que demandan cambios de actitud del personal en base a un trabajo sostenido. La exigibilidad y cumplimiento de los derechos en salud de las usuarias es una estrategia que puede ayudar a obtener cambios más rápidos que la de cambios de actitudes que son procesos más largos, lo más probable es que el conflicto sea el clima de convivencia, que perdure, por lo que se necesita contar con herramientas institucionalizadas que permitan acuerdos.

La promoción de un sistema de salud intercultural es fundamentalmente una política de Estado, de construcción participativa de institucionalidad con mecanismos de normatividad y cumplimiento de la misma. La adecuación cultural de los servicios obstétricos es solo un primer paso en la construcción de un verdadero sistema de salud intercultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre Vidal Gladys y Letty Viteri Gualinga,
1998 "Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales". Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito.
- Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita,
1992 Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas, Informes de Investigación, N° 2, ILCA, La Paz-Bolivia.
- Benítez, Lilyan y Alicia Garcés,
1994 Culturas Ecuatorianas. Ayer y Hoy, Editorial Abya-Yala, Quito.
- Boletín Novedades CLAP No 17, Diciembre 1998.
- Brown LD, de Negri B, Hernandez O, Dominguez L, Sanchack JH, Roter D.
2000 An evaluation of the impact of training Honduran health care providers in interpersonal communication. Int J Qual Health Care; 12:495-501.
- Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito.
2007 "Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora".
- Chiriguini, María Cristina, María Elina Vitello y Nélide Luna,
2001 "Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen", ponencia del Cuarto Congreso Chileno Antropología, noviembre 2001, Universidad de Chile, en: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/s1208.html>
- Foster, George M.,
1987 "On the Origin of Humoral Medicine in Latin America", Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol.1, N° 4 Dec., 1987.
- González Guzmán, Daniel.
2007 Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP. Quito, Ecuador.
- Hermida, J., Robalino M.E., Vaca L., Ayabaca P., Romero P., y Vieira L.
2005 Expansión e Institucionalización de la Mejora Continua de la Calidad en la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador. Informe LACRSS No. 65. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Howard-Grabman L.
1993 Planning together: a methodology to facilitate the development of strategies and actions to address priority maternal and neonatal health problems in rural Bolivian communities. Working Paper 16B. Arlington, VA: MotherCare Project, John Snow, Inc.
- Junge, Patricia,
2001 "Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica", ponencia: IV Congreso Chileno de Antropología, Noviembre 2001, Universidad de Chile, en: http://www.minkowska.com/article.php?id_article=1222

- Kelley E, Boucar M.
2000 Helping district teams measure and act on client satisfaction data in Niger. Bethesda, MD: Published by the Quality Assurance Project for the United States Agency for International Development (USAID).
- Kim YM, Putjuk F, Kols A, Basuki E.
2000 Improving provider-client communication: Reinforcing IPC/C training in Indonesia with self-assessment and peer review. *Operations Research Results* 1(6). Bethesda, MD: Published by the Quality Assurance Project for the United States Agency for International Development (USAID).
- Lévi-Strauss, Claude,
1987 *Antropología Estructural*, Barcelona, Edit. Paidós.
- Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay.
2002. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Serie de monografías de garantía de calidad (1): Bethesda, MD: Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Moore M, Armbruster D, Graeff J, Copeland R.
2002 Assessing the "caring behaviors" of skilled maternity care providers during labor and delivery: experience from Kenya and Bangladesh. Washington, DC: The CHANGE Project.
- Ordoñez J, Stupp P, Monteith D, et al.
2005 ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR.
- Onyango-Ouma W, Thiongo FW, Odero TM, Ouma JH.
2001 The health workers for change impact study in Kenya. *Health Policy Plan*; 16 Suppl 1:33-9.
- Onyango-Ouma W, Laisser R, Mbilima M, et al.
2001 An evaluation of Health Workers for Change in seven settings: a useful management and health system development tool. *Health Policy Plan*; 16 Suppl 1:24-32.
- Tenesaca, Elvira,
1990 Hábitos, creencias y costumbres de la comadrona indígena de Zumbahua en la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Tesis de Grado, Facultad de Enfermería.
- Serena Nanda,
1994 *Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales*, Quito, Abya-Yala.
- Steven A. Harvey, Genny Fuentes Ayala and Paula Hermida Bermeo.
2005 El parto no es película: Reframing authoritative knowledge about childbirth in Ecuador. Draft for 104th Annual Meeting of the American Anthropological Association. November 30–December 4 2005.
- Santillán D, Figueroa ME.

2001 Implementing a client feedback system to improve the quality of NGO healthcare services in Peru. Operations Research Results 2(2). Bethesda, MD: Published by the Quality Assurance Project for the United States Agency for International Development (USAID).

ANEXO No. 1:

Diez Mandamientos para el buen trato al paciente. HACAP-Tungurahua



Dirección Provincial de
Salud de Tungurahua
Hospital Politeo

MANDAMIENTOS DEL BUEN TRATO A LA PACIENTE QUE VIENE A DAR A LUZ



Family Care International

I.

**Saludarás a las pacientes
con cortesía**

II.

**Tratarás a la usuaria como
quisieras que te traten a ti**

III.

**Respetarás las costumbres y
valores culturales de la usuaria**

IV.

**Atenderás gratuitamente
a todas las pacientes,
sin importar su condición**

V.

**Brindarás confianza y
credibilidad a las pacientes
que atiendas**

VI.

**Atenderás con rapidez
como si el dolor fuera tuyo**

VII.

**Escucharás con atención
todo lo que la paciente te diga.**

VIII.

**Durante el momento de la
atención le dirás palabras
reconfortantes**

IX.

**Cumplirás con vocación
el servicio a la comunidad**

X.

**Te despedirás amablemente
de la paciente, poniéndote a
sus ordenes.**



EL PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD

ANEXO No. 2:

Criterios de selección de provincias a participar en la I.O. de HACAP

Provincia	Región	TMM (INEC 2004)	TMM (MSP 2005)	Partos Domiciliarios (Endemain 2004)	Población Indígena (INEC 2001)	Población Negra - Afroamericana (INEC 2001)	Mujeres Indígenas entrevistadas (Endemain 2004)	Mujeres Afroecuatorianas entrevistadas (Endemain 2004)	Partos domiciliarios según % de mujeres Indígenas** (Endemain 2004)	"Costumbre" como razón de parto domiciliario (Endemain 2004)	Comités de Usuarías/ Organizaciones sociales que trabajan salud****	Pobreza por NBI (INEC 2001)	Mujeres entrevistadas por quintil más pobre (Endemain 2004)
Nivel Nacional	-	76.4	90.9	20.5	6.83	2.23	7.5	3.0	34.1	37.4		61.3	22.0
Azuay	Sierra	83.9	83.9	36.6	3.43	0.26	3.9	0.9	7.9	43.3		53.2	17.6
Bolívar	Sierra	129.1	193.67	53.9	23.59	0.35	24.9	1.2	57.9	57.1		76.5	43.9
Cañar	Sierra	167.9	254.13	27.9	16.37	0.46	17.3	0.5	***	26.1	CUs El Tambo Coord. Polit. Mujeres	69.9	27.1
Carchi	Sierra	0	167.93	19.3	2.79	3.87	3.0	3.1	***	17.2	Coord. Polit. Mujeres Tulcán	59.6	35.0
Chimborazo	Sierra	141.7	70.85	47.3	38.04	0.18	42.1	0.1	74.2	50.0	CUs Chunchi Comité Central Cantonal de Salud Pallatanga Comités de Salud Locales Riobamba Coord. Polit. Mujeres	67.3	40.6
El Oro	Costa	73.0	109.51	6.5	1.04	1.70	3.8	2.3	***	***	Coord. Polit. Mujeres	57.5	20.3
Cotopaxi	Sierra	185.8	253.38	40.5	24.12	0.22	30.3	1.4	71.2	56.5	Cus: Latacunga, Saquisilí Coord. Polit. Mujeres	75.9	55
Esmeraldas	Costa	79.3	237.81	44.3	2.74	23.93	0.3	36.7	51.0	51.3	Cus: Río Verde, Quinindé Coord. Polit. Mujeres Esmeraldas	76	30.7
Guayas	Costa	29.3	68.32	7.6	1.27	2.48	1.4	2.9	4.4	15.4	Coord. Polit. Mujeres	61.3	15.4

Imbabura	Sierra	96.5	173.71	36.4	25.31	3.21	20.6	6.2	58.1	35.3	CUs: Urcuquí, Ibarra, Cotacachi, Antonio Ante Coord. Polit. Mujeres	58.2	25.2
Loja	Sierra	130.8	98.12	33.3	3.04	0.26	5.7	3.4	23.3	49.1	Coord. Polit. Mujeres	68.2	29.6
Los Ríos	Costa	58.9	105.94	13.2	0.82	1.86	1.1	1.1	8.0	***	Coord. Polit. Mujeres	77.3	36.3
Manabí	Costa	22.2	44.46	16.6	0.54	1.10	0.2	1.9	4.0	***	Coord. Polit. Mujeres	74.8	29.0
Morona Santiago	Amazonía	0	161.94	68.9	41.37	0.18	19.8	2.0	***	36.8		75.8	28.0
Napo	Amazonía	141.1	211.71	29.7*	55.3	0.47	19.8	2.0	***	36.8	CUs Archidona Coord. Polit. Mujeres	77.1	28.0
Orellana	Amazonía	88.8	177.62	29.7*	30.83	1.56	19.8	2.0	***	36.8		82.7	28.0
Pastaza	Amazonía	0	104.17	29.7*	37.15	0.39	19.8	2.0	***	36.8	Coord. Polit. Mujeres	66.9	28.0
Pichincha	Sierra	105.7	27.81	13.0	3.97	1.28	5.5	1.6	28.0	23.1		40.6	11.5
Sucumbios	Amazonía	276.4	138.22	29.7*	10.50	2.51	19.8	2.0	***	36.8	Coord. Polit. Mujeres	81.7	28.0
Tungurahua	Sierra	28.8	100.95	16.3	14.70	0.30	10	0.1	***	***	Coord. Polit. Mujeres	61.3	18.3
Zamora Chinchipe	Amazonía	97.8	684.26	29.7*	12.25	0.24	19.8	2.0	***	36.8	Coord. Polit. Mujeres	76.7	28.0
Galápagos	R. Insular	0	0	0.0	4.15	1.47	7.4	4.0	s/d	***		40.6	1.7
				selección >40	selección >20	selección >20	selección >20	selección >30	selección >50	selección >45		selección >75	selección >30

* En estas provincias, hay muy pocos casos (<40) para determinar los porcentajes de mujeres que dan a luz en casa a nivel provincial. La región Amazónica tiene una tasa total de partos domiciliarios de 29.7%

** En el caso de Esmeraldas se incluye el porcentaje de mujeres Afroecuatorianas

*** La encuesta incluyo muy pocos casos a nivel provincial (<25) para poder determinar porcentajes.

**** En una lista detallada constan los nombres de personas y números telefónicos para representantes provinciales de la CPM

ANEXO No. 3:

Provincias preseleccionadas a participar en la I.O. de HACAP

Provincia	Región	TMM 2004 (INEC)	TMM 2005 (MSP)	Partos Domiciliarios (Endemain 2004)	Población Indígena (INEC 2001)	Población Negra - Afroamericana (INEC 2001)	Mujeres indígenas entrevistadas (Endemain 2004)	Mujeres Afroecuatorianas entrevistadas (Endemain 2004)	Partos domiciliarios según % de mujeres indígenas* (Endemain 2004)	"Costumbre" como razón de parto domiciliario (Endemain 2004)	Comités de Usuarías/ Organizaciones sociales que trabajan salud***	Pobreza por NBI (INEC 2001)	Mujeres entrevistadas por quintil más pobre (Endemain 2004)
Bolívar	Sierra	129.1	193.67	53.9	23.59	0.35	24.9	1.2	57.9	57.1		76.5	43.9
Chimborazo	Sierra	141.7	70.85	47.3	38.04	0.18	42.1	0.1	74.2	50.0	CUs Chunchi Comité Central Cantonal de Salud Pallatanga Comités de Salud Locales Riobamba Coord. Polit. Mujeres	67.3	40.6
Cotopaxi	Sierra	185.8	253.38	40.5	24.12	0.22	30.3	1.4	71.2	56.5	CUs Latacunga CUs Saquisilí Coord. Polit. Mujeres	75.9	55
Esmeraldas	Costa	79.3	237.81	44.3	2.74	23.93	0.3	36.7	51.0	51.3	CUs Río Verde CUs Quinindé Coord. Polit. Mujeres Esmeraldas	76	30.7
Imbabura	Sierra	96.5	173.71	36.4	25.31	3.21	20.6	6.2	58.1	35.3	CUs: Urcuquí, Ibarra, Cotacachi Antonio Ante Coord. Polit. Mujeres	58.2	25.2
Cañar	Sierra	167.9	254.13	27.9	16.37	0.46	17.3	0.5	***	26.1	CUs El Tambo Coord. Polit. Mujeres	69.9	27.1
				selección >40	selección >20	selección >20	selección >20	selección >30	selección >50	selección >45		selección >75	selección >30

¹ En estas provincias, hay muy pocos casos para determinar los porcentajes de mujeres que dan a luz en casa a nivel provincial. La región Amazónica tiene una tasa total de partos domiciliarios de 29.7%

* En el caso de Esmeraldas se incluye el porcentaje de mujeres Afroecuatorianas

** Muy pocos casos para determinar porcentajes

*** En una lista detallada constan los nombres de personas y números telefónicos para representantes provinciales de la CPM

ANEXO No. 4:

Criterios de selección para cantones de provincias preseleccionadas

Provincia-Cantón	Partos Institucionales MSP (Endemain 2004)	Nacidos Vivos MSP (INEC 2004)	Partos Domiciliarios (Endemain 2004)	Nacidos Vivos Atención No Profesional (INEC 2004)	Población Indígena (INEC 2004)	Población Negra (INEC 2004)	CUs en funcionamiento
Bolívar	36.1	26.25	53.9	56.8	23.59	0.35	
Guaranda	16	27.07	80.9	66.8	43.25	0.19	
Chillanes	63.3	35.41	32.9	56.7	5.38	0.39	
Chimbo	59.3	35.93	36.8	35.2	7.78	0.37	
Echeandía	17.4	19.46	33	55.1	6.50	0.79	
San Miguel	53.7	20.00	41.1	44.0	5.26	0.37	
Caluma	42.1	47.98	31.5	26.5	2.48	0.44	
Las Naves	80	28.95	20	43.7	4.12	1.56	
Chimborazo	37.6	31.62	47.3	54.9	38.04	0.18	
Riobamba	58.2	51.21	24.2	24.5	24.36	0.26	
Alausí	6.3	16.78	91.1	78.3	54.26	0.11	
Colta	4.2	10.21	91.7	86.7	85.47	0.21	CUs
Chambo	66.7	17.72	11.1	62.7	23.75	0.10	
Chunchi	28.6	36.81	56.9	55.9	6.98	0.07	CUs
Guamote	16.7	5.01	82.9	93.9	92.68	0.05	
Guano	44.4	32.69	39	58.6	13.76	0.08	
Pallatanga	0	1.99	90.7	81.4	27.36	0.06	
Penipe	100	57.73	0	38.6	1.62	0.15	
Cumanda	s/d	16.42	s/d	63.9	5.98	0.21	
Cotopaxi	43.9	34.54	40.5	46.2	24.12	0.22	
Latacunga	56	45.32	28.4	35.0	9.21	0.18	
La Mana	54.9	27.84	22.6	25.3	3.64	0.93	
Pangua	45.4	28.63	50.1	52.7	9.32	0.37	
Pujili	17.8	21.04	64.3	64.5	55.18	0.07	
Salcedo	58.1	46.51	19.4	40.6	31.86	0.15	
Saquisilí	33.4	26.22	60.4	65.8	45.96	0.14	CUs
Sigchos	15	5.87	75	83.3	40.60	0.08	
Esmeraldas	38.8	22.69	44.3	49.1	2.74	23.93	
Esmeraldas	51.3	39.28	28.9	21.6	0.98	23.86	

Eloy Alfaro		36	17.79	48	70.6	12.63	54.89	
Muisne	25.1		16.44	50.6	67.3	2.98	11.40	
Quininde		41	13.26	39.4	61.4	2.23	9.76	CUs
San Lorenzo	20.9		25.82	79.2	51.6	5.37	50.35	
Atacames	37.9		22.68	27.5	39.8	0.87	11.25	
Rio Verde	22.7		3.2	68.1	91.7	1.34	31.08	CUs
Imbabura	45.8		40.77	36.4	37.1	25.31	3.21	
Ibarra	56.7		52.78	18.5	18.0	8.93	5.55	CUs
Antonio Ante	61.1		58.03	5.6	13.7	18.32	0.50	CUs
Cotacachi	27.3		25.76	72.5	65.1	37.29	1.29	CUs
Otavalo	33.9		28.06	53.5	55.6	55.36	0.52	
Pimampiro		30	16.08	50	62.0	14.15	3.62	
Urcuquí	11.1		17.44	55.4	70.9	7.38	6.24	CUs

ANEXO No. 5:

Encuesta de satisfacción de la usuaria Investigación operativa: Humanización y adecuación cultural de la atención del parto

Provincia: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Cantón: <input style="width: 30px;" type="text"/>	Comunidad: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Nombre del Hospital: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Fecha de entrevista: <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	dd	mm
Encuestadora: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Fecha del parto: <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	dd	mm
Supervisado por: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		aa

Buenos días/tardes/Noches. Mi nombre es _____ . Pertenzo al personal de Salud Indígena y como parte de nuestro trabajo estamos realizando una encuesta con madres que últimamente han dado a luz en [Nombre del hospital] para conocer sobre la atención que recibieron y que tan contentas están con esta experiencia.

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

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

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

1. ¿Ya tiene nombre su guagua?	
--------------------------------	--

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

Si la encuestada ha tenido 2 ó más partos → 3

Si la encuestada ha tenido 1 solo parto → 4

3. De todos los partos, ¿cuántos han sido en la casa y cuantos en un hospital o centro de salud?	No. partos en la casa (1)	
	No. partos institucionales (2)	
	Otro (3)	
	No Aplica (88)	

4. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud.? (En caso que la encuestada no conozca su edad, se puede pedir la cédula para verificar)	
--	--

5. ¿Qué es Ud. mestiza, indígena, negra, blanca, u otro?	<input type="checkbox"/>	Mestiza [1]
	<input type="checkbox"/>	Indígena [2]
	<input type="checkbox"/>	Negra [3]
	<input type="checkbox"/>	Blanca [4]
	<input type="checkbox"/>	Otro/NS/NR [99]
Si es indígena ¿a que PUEBLO o NACIONALIDAD pertenece?		
6. ¿Usted es casada, soltera, divorciada, unión libre, viuda u otro?	<input type="checkbox"/>	Casada [1]
	<input type="checkbox"/>	Soltera [2]
	<input type="checkbox"/>	Divorciada/Viuda [3]
	<input type="checkbox"/>	Unión Libre [4]
	<input type="checkbox"/>	Otro [99]
7. Muy bien señora, ahora, quiero hacerle unas preguntas sobre el [nombre del hospital]. Cuando Ud. llegó al hospital a dar a luz, ¿estaban atendiendo?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
8. Cuando Ud. llegó al [nombre del hospital], ¿hubo personal capacitado para atender su parto (médico, residente, enfermera, obstetrix, etc.)?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
9. En los días que pasó en el hospital, ¿le mandaron a comprar algún medicamento o algo más o hacer algún examen por el que tuvo que pagar?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
De ser afirmativo, ¿Qué cosa?		
10. En los días que pasó en el hospital, ¿Ud. tuvo que pagar algo?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2] → Pase a la 12
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99] → Pase a la 12
De ser afirmativo, ¿De qué pagó?		
11. ¿Ud. estuvo de acuerdo con el pago?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
	<input type="checkbox"/>	No aplica [88]
12. En los días que pasó en el hospital, ¿Usted sintió algún tipo de rechazo o maltrato por ser (... Diga la respuesta de la pregunta 5)?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
De ser afirmativo ¿Qué pasó?		
13. ¿Ud quería que algún familiar o persona de su confianza le acompañe cuando estaba dando a luz (en la sala de partos)?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
De ser afirmativo, ¿Quién?		

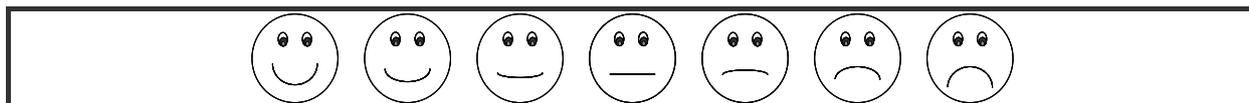
14. ¿Cuando estaba dando a luz (en la sala de partos), le acompañó algún familiar o persona de su confianza?	<input type="checkbox"/>	Si [1] → Pase a la 16
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99] → Pase a la 17
De ser afirmativo: ¿Quién?		

15. ¿Porqué no le acompañó nadie cuando estaba dando a luz?	<input type="checkbox"/>	Estaba sola [1]	} Pase a la 17
	<input type="checkbox"/>	No quise [2]	
	<input type="checkbox"/>	No le dejaron entrar [3]	
	<input type="checkbox"/>	Otra razón [4]	
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]	
	<input type="checkbox"/>	No aplica [88]	

* Encuestadora: Si la respuesta es afirmativa o no responde, favor leer en voz alta el instructivo después de la pregunta 14, antes de seguir con la 16 ó la 17

Me está ayudando mucho, ya mismo acabamos. Ahora voy a mostrarle un cartón en el cual va a encontrar dibujadas varias caritas.

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



Quiero pedirle que Ud. me indique qué carita explica o indica mejor como se sintió Ud. en el último parto que dio en [nombre del hospital] Acuérdesse que todas sus respuestas son aceptadas.

16. En caso de que alguien le acompañó cuando estaba dando a luz, ¿Qué carita indica mejor, cómo se sintió Ud. con el trato que recibió su acompañante en el hospital?						
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR	[88] NA

17. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió en cuanto a los trámites que Ud. o sus familiares tuvieron que hacer para recibir atención en el hospital?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

18. ¿Qué carita indica mejor lo que Ud. sintió en cuanto al tiempo que esperó para ser atendida?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

19. ¿Qué carita indica mejor lo que Ud. sintió con la forma en que le trató el personal del hospital?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

20. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. en cuanto a la intimidad / privacidad que tuvo durante su parto?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

21. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. en cuanto al clima dentro de la sala de partos?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

22. ¿Qué carita indica mejor lo que Ud. sintió en cuanto a cómo le abrigaron cuando estaba dando a luz?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

23. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. con la comida que recibió cuando estaba en el hospital?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

24. ¿Qué carita indica mejor cómo se sintió Ud. en cuanto a la limpieza de los servicios higiénicos del hospital?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

25. ¿Qué carita representa mejor cómo se sintió Ud. en cuanto a la limpieza de los otros lugares del hospital (sala de espera, corredores, etc)?					
Muy feliz [1]	[2]	[3]	[4]	Muy triste [5]	[99] NS/NR

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

26. ¿El personal del hospital hizo alguna cosa que no le gustó o le molestó, cuando Ud. estaba dando a luz?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2] → Pase a la 28
	<input type="checkbox"/>	Indecisa [3] → Pase a la 28
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99] → Pase a la 28
De ser afirmativo, ¿Qué cosa?		

27. ¿Cree Ud. que era necesario que en el hospital le hagan [nombrar cosas desagradables mencionadas en la pregunta anterior] durante el parto?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
	<input type="checkbox"/>	No aplica [88]

28. ¿Cree Ud. que el personal del hospital, tenía la experiencia suficiente para atender su parto?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	Unos sí, otros no [3]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

29. ¿Alguien del hospital le dijo cómo estaba su salud?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

30. ¿Alguien del hospital le dijo como estaba su guagua?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

31. ¿El personal del hospital le habló de forma clara y sencilla, para que usted entienda lo que le decían?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	Un poco [3]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

32. ¿Cree que el personal del hospital entendió lo que Ud. dijo durante el parto?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	Un poco [3]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

33. ¿El personal del hospital le preguntó a Ud. en que posición quería dar a luz?	<input type="checkbox"/>	Si [1] → Pase a la 35
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	No aplica [88]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

34. ¿Le habría gustado que le pregunten en qué posición quería dar a luz?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
	<input type="checkbox"/>	No aplica [88]

35. ¿Cuando estuvo en el hospital, a Ud. le pareció que la atención que le daban era mejor, igual o peor que las otras mujeres?	<input type="checkbox"/>	Mejor [1]
	<input type="checkbox"/>	Igual [2]
	<input type="checkbox"/>	Peor [3]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

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

--

Encuestadora: Revise las preguntas 2 y 3, y si tiene más de un parto institucional, pregunte la #36, sino, pase a la pregunta # 38

36. ¿Ud. ha dado a luz a otros hijos en [nombre del hospital]?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2] → Pase a la 38
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99] → Pase a la 38
	<input type="checkbox"/>	No aplica [88]

37. Comparando con sus otros partos, ¿Ud. cree que la atención que recibió en este parto fue mejor, igual o peor que antes?	<input type="checkbox"/>	Mejor [1]
	<input type="checkbox"/>	Igual [2]
	<input type="checkbox"/>	Peor [3]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]
	<input type="checkbox"/>	No aplica [88]

38. ¿Si usted se embaraza nuevamente, daría a luz en [nombre del hospital]?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	Indecisa [3]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

¿Por qué?

39. Si una vecina le pidiera un consejo sobre donde dar a luz, ¿Ud. le aconsejaría que vaya a dar a luz en este hospital?	<input type="checkbox"/>	Si [1]
	<input type="checkbox"/>	No [2]
	<input type="checkbox"/>	Indecisa [3]
	<input type="checkbox"/>	NS/NR [99]

¿Por qué?

40. ¿Qué cosas quisiera Ud. que cambien en el Hospital?

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

ANEXO No. 6: MATRIZ DE BRECHAS Y EXPECTATIVAS POR PROVINCIAS. I TALLER HACAP (Riobamba 2007)

	CHIMBORAZO H. ALAUSÍ	BOLIVAR H. CHILLANES	CAÑAR. H. CAÑAR	COTOPAXI. H. SAQUISILÍ
AMBIENTE	<p>BRECHA: Luz con lámparas fuertes, también se trabaja con lámparas de pie.</p>	<p>BRECHA: El ambiente es frío, a temperatura ambiente, no tiene calefactores.</p>	<p>BRECHA: La luz es de halógenos y también lámparas de cuello de ganso,</p>	<p>BRECHA: Luz fuerte, también se trabaja con lámparas de pie, sumamente importante para la visión del médico, a veces se tiene que hacer suturas.</p>
	<p>EXPECTATIVAS: La luz es excesiva, Que se haga una casa de adobe con temperatura adecuada y un fogón, que las camas sean de madera y bajas, sin sábanas solo con cobijas de lana arriba y abajo. Luz debe ser mediana, parecida a la que vivimos en el campo. En lo posible el ambiente lo más parecido a lo que vivimos. Temperatura caliente, abrigada.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Quieren que el ambiente sea "limpio, aseado es bueno". Abrigado, a una temperatura de 37 grados, cerrado, con calefactores. Debe ser iluminado.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Debería ser cerrado, caliente, piso madera, adobe, vapores calientes con luz natural o sirios. Colchones que no sean de corrosil.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Luz debe ser mediana, parecida a la que vivimos en el campo. Que se haga una casa de adobe con temperatura adecuada y un fogón, que las camas sean de madera y bajas, sin sábanas solo con cobijas de lana arriba y abajo. En lo posible el ambiente lo más parecido a lo que vivimos.</p>
ASEO DE LA MADRE:	<p>BRECHA: En el hospital se les baña, se les pone bata del hospital, si se hace enema ocasionalmente, algunos médicos prefieren para que no se tome el riesgo de contaminar el producto, o los campos. El tacto si se realiza.</p>	<p>BRECHA: Se hace tacto, si se les baña. Se les saca sangre y se realiza la tipificación.</p>	<p>BRECHA: Se hacen tactos.</p>	<p>BRECHA: Si se les indica en el control prenatal, no hará falta que les bañen pues ya irán limpias el momento del parto. El Ginecólogo indica que hay que realizar tacto vaginal de todas maneras, además es para cumplir uno de los estándares, con evaluación en el partograma, incluso dice que desde las 37 semanas se puede hacer para valoración pelvi métrica.</p>

ANEXO No. 6: MATRIZ DE BRECHAS Y EXPECTATIVAS POR PROVINCIAS. I TALLER HACAP (Riobamba 2007)

		CHIMBORAZO H. ALAUSÍ	BOLIVAR H. CHILLANES	CAÑAR. H. CAÑAR	COTOPAXI. H. SAQUISILÍ
		<p>EXPECTATIVAS: No quieren que se les bañe y si lo hacen que sea con agua caliente y de manzanilla. Que no se les realice el tacto."No queremos que se nos meta la mano". Quisieran que se espere hasta que llegue la hora.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Piden se respete la decisión de la paciente respecto al baño, que no se les bañe, a veces ya van bañadas, no quieren rasura, enema ni tactos, rechazan el tacto porque dicen "se les hace a cada rato les da miedo y es una de las causa por las que no quieren asistir al hospital, ni sacarse sangre, ni que se haga tipificación al niño, o que les pregunten antes de hacer. Manifiestan que "Es preferible que no se les bañe porque se pierde la fuerza y se pasan los dolores (contracciones). Si se les baña debe ser con agua bien caliente y enseguida arroparles", "el baño caliente en lo posible debe ser largo porque eso ayuda al trabajo de parto".</p>	<p>EXPECTATIVAS: Ya van bañadas, no quieren rasura, enema, ni tactos, ni sacarse sangre. "les meten mucho la mano, no les gusta les da vergüenza y tienen mucho miedo". Algunas parteras dicen que valoran con toda la palma de la mano para saber por donde va la cabeza del niño... si ya está coronando.</p>	<p>EXPECTATIVAS: No quieren que se les bañe y si lo hacen que sea con agua caliente y de manzanilla. Que no se les realice el tacto."No queremos que se nos meta la mano". Quisieran que se espere hasta que llegue la hora. Las Usuarias indican que se les debe avisar lo que les van a hacer.</p>
ABRIGO VESTIMENTA	<p>BRECHA: Solo se les pone blanca del hospital. Es lo que hay disponible.</p>	<p>BRECHA: Se les cambia de cintura para abajo. Usan las batas del hospital sobre su misma ropa.</p>	<p>BRECHA: Se les cambia de cintura para abajo, no se les quita toda su ropa, se les saca la pollera y se les pone la bata del hospital.</p>	<p>BRECHA: No se les quita toda su ropa, se les saca la pollera y se les pone la bata del hospital.</p>	

ANEXO No. 6: MATRIZ DE BRECHAS Y EXPECTATIVAS POR PROVINCIAS. I TALLER HACAP (Riobamba 2007)

		CHIMBORAZO H. ALAUSÍ	BOLIVAR H. CHILLANES	CAÑAR. H. CAÑAR	COTOPAXI. H. SAQUISILÍ
		<p>EXPECTATIVAS: Para dar a luz hay que estar arropada, que haga sudar; no les gusta que les pongan la ropa del hospital, porque es usada por muchas otras personas e incluso puede haber usado alguna muerta.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Que sea más abrigado, que solo les pongan encima la bata. Que la ropa que les ponen también sea más abrigada, para "evitar el pasmo que hace que se pierda los dolores". Es muy importante el mantener caliente a la parturienta para esto también se les da agüitas bien calientes. En el hospital debe haber ropa suficiente para cambiarles y que esta sea abrigada.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Mantener la ropa de la paciente, no cambiar, "no les gusta porque se enfrían y pierden fuerza" "tienen vergüenza que les desnuden.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Para dar a luz hay que estar arropada, que haga sudar; no les gusta que les pongan la ropa del hospital, porque es usada por muchas otras personas e incluso puede haber usado alguna muerta.</p>
ALIMENTACIÓN - COMIDA	<p>BRECHA: La dieta que recibe la paciente es según prescripción médica y generalmente es blanda o líquida. Si el parto es de día, a las 2 horas ya se les da de comer, si el parto es en la noche no se les da nada hasta el otro día porque no hay servicio de comida durante la noche.</p>	<p>BRECHA: Antes del parto se les da agua a libre demanda. Después del parto se les da el menú del hospital y según el horario de atención, si es a la madrugada el parto, se quedan sin nada hasta el otro día. La alimentación se da según horarios establecidos en el hospital, por la noche no hay atención de alimentación.</p>	<p>BRECHA: La alimentación es normal según dieta del hospital o por prescripción médica. Líquida en labor y la usual después del parto, en la noche no hay servicio.</p>	<p>BRECHA: Hubo mucha discusión en relación a lo de las aguas, no se contentan solamente con el agua de anís que en el mejor de los casos se les puede proporcionar, indican que los profesionales que atienden deberían capacitarse en medicina intercultural para que puedan hacer uso de las aguas que facilitan el parto y todo su proceso.</p>	
	<p>EXPECTATIVAS: Aguas calientes antes del parto, aguas frescas después del parto y agua de anís. Unas quieren comer y otras no, quieren que les dejen servirse la comida que sus familiares les traen de la casa</p>	<p>EXPECTATIVAS: Antes de dar a luz, solo agüitas que pueden ser de anís bien caliente, "agüita azucarada con galletas, esto también les da fuerzas"; durante el parto nada después de dar a luz: agüita y sopas. Enseguida de dar a luz darles caldo de gallina no de gallo (de gallo es demasiado fresco), esto les hace daño, tiene que ser de pollo. Piden se les deje entrar comida.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Bien alimentada; Durante el parto: agua de toronjil y cilantro, según la emoción mas panela y después de dar a luz: caldo de gallina mas huevos y aguas aromáticas, agua de paraguay. Les gustaría que les den aguas calientes de hierbas aromáticas después del parto en especial por la noche.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Aguas calientes antes del parto, aguas frescas después del parto y agua de anís. Unas quieren comer y otras no, quieren que les dejen servirse la comida que sus familiares les traen de la casa</p>	

ANEXO No. 6: MATRIZ DE BRECHAS Y EXPECTATIVAS POR PROVINCIAS. I TALLER HACAP (Riobamba 2007)

		CHIMBORAZO H. ALAUSÍ	BOLIVAR H. CHILLANES	CAÑAR. H. CAÑAR	COTOPAXI. H. SAQUISILÍ
POSICIÓN	BRECHA: Dan a luz en posición ginecológica,	BRECHA: El hospital atiende solo en posición ginecológica.	BRECHA: Dan a luz en posición ginecológica	BRECHA: No hay brecha. En el hospital hay la posibilidad de que las mujeres escojan la posición para dar a luz.	
	EXPECTATIVAS: Las usuarias quisieran que se les de la posibilidad de elegir la posición más cómoda para dar a luz, de preferencia quieren arrodilladas.	EXPECTATIVAS: Arrodilladas, paradas, acostadas. La posición debe ser como quieran, como les guste.	EXPECTATIVAS: Posición la que las pacientes decidan y digan. Cucillitas para que pasen las energías.	EXPECTATIVAS: De preferencia quieren arrodillada,	
ACOMPANAMIENTO	BRECHA: A veces suele quedarse el esposo pero fuera de la sala de partos, en el corredor.	BRECHA: No hay acompañamiento en sala de partos. Esporádicamente entra un familiar a la sala de partos.	BRECHA: No hay acompañamiento en sala de partos	BRECHA: Que sería conveniente dice el Concejal que asiste a la reunión, que se les entregue una identificación a las parteras que asisten a estos talleres, con el fin de que se les identifique y se facilite su ingreso en el momento en que traen una paciente de parto.	
	EXPECTATIVAS: Quisieran que les acompañen la partera, el esposo, la mamá o una hermana	EXPECTATIVAS: Más de 2 personas familiares. La mamá y el esposo, que pregunten quién les gustaría que esté, porque a veces no quieren ver al marido.	EXPECTATIVAS: Esposo, la partera, la madre.	EXPECTATIVAS: Quisieran que les acompañen la partera, el esposo, la mamá o una hermana	
INFORMACIÓN - COMUNICACIÓN	BRECHA: El hospital no da información, a menos que los parientes pidan y se interesen, Un medico del hospital manifestó: "Deberíamos cumplir con las normas de brindar información al paciente de manera oportuna porque es su derecho".	BRECHA: No es rutina dar información a los familiares.	BRECHA: No se les da información. No existe diálogo adecuado con pacientes.	BRECHA: Las pacientes entran en una sala y nadie avisa nada, los familiares angustiados sin saber lo que está pasando con ella; además deben avisarle lo que le van a hacer.	

ANEXO No. 6: MATRIZ DE BRECHAS Y EXPECTATIVAS POR PROVINCIAS. I TALLER HACAP (Riobamba 2007)

CHIMBORAZO H. ALAUSÍ		BOLIVAR H. CHILLANES		CAÑAR. H. CAÑAR		COTOPAXI. H. SAQUISILÍ	
	<p>EXPECTATIVAS: Que se les explique en forma clara y sencilla lo que se les va a hacer, que tengan cara de agrado al recibir a las paciente, eso reconforta a las que acuden a dar a luz allí</p>	<p>EXPECTATIVAS: Información continúa a la parturienta y a los familiares, además informar oportunamente sobre las complicaciones. "Necesitamos que nos avisen como está el niño y la mamá, si va a poder dar a luz, si el niño está bien o si hay alguna complicación, que avisen siempre". Que les den aliento a los familiares.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Comunicación con afectividad, consejo y diálogo sobre el progreso de la labor. Información quieren al igual que el trato debe ser con expresión de más amistad y de acercamiento entre paciente y médico Que no les asusten.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Que se les explique en forma clara y sencilla lo que se les va a hacer, que tengan cara de agrado al recibir a las paciente, eso reconforta a las que acuden a dar a luz allí</p>			
TRATO	<p>BRECHA: El hospital dice que si hay maltrato y que es algo que tienen que trabajar con todo el personal.</p>	<p>BRECHA: Falta calidez del trato del personal, especialmente del personal de auxiliares. No existe diálogo con pacientes.</p>	<p>BRECHA: Trato grosero con las auxiliares, "El trato ya se hablo, esto es algo que se puede cambiar".</p>	<p>BRECHA: Algunos aspectos de la atención conllevan maltrato: les gritan, les pellizcan, o les dicen comentarios inapropiados: "cómo cuando te estabas dando gusto con tu marido no gritabas"</p>			
	<p>EXPECTATIVAS: Quisieran que se les trate con paciencia, con tranquilidad, con respeto, que se respeten sus costumbres, que se les atienda rápido, y no se les haga esperar mucho.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Las usuarias quisieran que no haya mal carácter en el personal, que no sean bravas, que tengan paciencia. Quisieran que se las trate con mucho cariño, que se les de ánimo, valor y sobre todo que se las trate con respeto.</p>	<p>EXPECTATIVAS: Con paciencia y apoyo, "que no les hablen, a veces les dicen cuando están dando a luz cosas muy groseras". "También para las madres que están convalecientes del parto que les hagan caso si están con dolores, que no les exijan que tengan ordenado y limpio todo su espacio porque a veces no pueden moverse y hacer lo que se les pide."</p>	<p>EXPECTATIVAS: Que les traten con cariño, con amistad, también a los familiares que no les traten mal. Que se les atienda rápido, debe haber respeto a la cola y al orden de llegada, "siempre hay preferencias para las amistades". Que estas reuniones se las socialice con la mayoría del personal del Hospital, porque no todos conocen y entonces los otros continúan en el maltrato.</p>			

ANEXO No. 6: MATRIZ DE BRECHAS Y EXPECTATIVAS POR PROVINCIAS. I TALLER HACAP (Riobamba 2007)

	CHIMBORAZO H. ALAUSÍ	BOLIVAR H. CHILLANES	CAÑAR. H. CAÑAR	COTOPAXI. H. SAQUISILÍ
ENTREGA DEL RECIÉN NACIDO	El hospital entrega al niño con las ropas que traen de las casa, durante los primeros 10 minutos se les entrega a los niños, se les baña después de aproximadamente unas seis horas de nacidos, no inmediatamente.	Solo con pañal y ropa que traen de la casa. Se le entrega el niño vestido.	Se les viste con la ropa que llevan de la casa,	El hospital entrega al niño con las ropas que traen de las casa, durante los primeros 10 minutos se les entrega a los niños, se les baña después de aproximadamente unas seis horas de nacidos, no inmediatamente.
	EXPECTATIVAS: Que el baño sea después de diez minutos, con buena ropa, con bayetas y fajas, no pañales. Otras personas manifestaron que prefieren que les bañen enseguida que nacen.	EXPECTATIVAS: Vestido y aseado. Que le entreguen al niño una vez que estén las mamás estén recuperadas.	EXPECTATIVAS: Según lo que la madre quiera, envuelto, con faja y pupero. La faja tiene un significado tanto para el hombre como para la mujer, el fajarles les hace fuertes para el trabajo, en el campo tienen que tener condiciones físicas diferentes que en la ciudad, que no necesitan tener tanta fuerza, esto también se está cambiando.	EXPECTATIVAS: Que el baño sea después de diez minutos, con buena ropa, con bayetas y fajas, no pañales. Otras personas manifestaron que prefieren que les bañen enseguida que nacen.
PLACENTA	BRECHA: La placenta se le pone en una funda y se le bota.	BRECHA: En el hospital se le pone Hipoclorito de Ca. y se bota a la basura.	BRECHA: En el hospital las placentas se desechan, tomando en cuenta las normas de manejo de desechos hospitalarios.	BRECHA: La placenta se le pone en una funda y se le bota. En el caso de que las pacientes o sus familiares deseen llevarse la placenta, el personal no tiene inconveniente en entregarles.
	EXPECTATIVAS: Que se entregue al familiar “para que se entierre, para que no se mosquee, debe ser enterrada en la sombra, para que no le de el sol , porque eso es malo y le puede hacer daño a la parturienta les puede dar el mal aire o enfermarse, inflamarse.	EXPECTATIVAS: A petición de los familiares.	EXPECTATIVAS: A petición de los familiares, “Es un ritual, que se debe respetar. Es importante el enterrar la placenta, claro que se están perdiendo las valoraciones de los antiguos sobre esto, antes la placenta era enterrada en lugares sagrados en los cerros, ahora ya no, pero sigue siendo una creencia, la placenta tiene que regresar a la Pacha, a la madre tierra”	EXPECTATIVAS: Que se entregue al familiar “para que se entierre, para que no se mosquee, debe ser enterrada en la sombra, para que no le de el sol , porque eso es malo y le puede hacer daño a la parturienta les puede dar el mal aire o enfermarse, inflamarse.

ANEXO No. 6: MATRIZ DE BRECHAS Y EXPECTATIVAS POR PROVINCIAS. I TALLER HACAP (Riobamba 2007)

CHIMBORAZO H. ALAUSÍ		BOLIVAR H. CHILLANES		CAÑAR. H. CAÑAR		COTOPAXI. H. SAQUISILÍ	
OTROS	BRECHA: El horario de visitas en el hospital es de 13:00 a 18:00horas.	BRECHA: No se pregunta el tamaño que quieren sea cortado el cordón	BRECHA: No hay brecha, son atendidas por médicos, por profesionales.	BRECHA: ninguno			
	EXPECTATIVAS:	EXPECTATIVAS: Preguntar al familiar o paciente de que porte quieren que se les corte el cordón umbilical,	EXPECTATIVAS: Ser atendidas por profesionales antiguos y con experiencia, que estén las 24 horas disponibles para la atención. "Les gusta que les atiendan las parteras porque ellas si les transmiten seguridad, las parteras no están cerradas a referir a las mujeres al hospital pero dicen que las mujeres insisten en ser tratadas por ellas, pero si se refiere a las señoras, cada vez más, la Dirección de Salud Intercultural está trabajando sobre ello", al igual que está realizando un censo de cuantas parteras hay todavía en la zona". Las parteras refieren que: "Las jóvenes son más débiles que antes, están más desnutridas , tienen poca fuerza, son más delicadas, temen que si les hacen cesárea se van a quedar inválidas para trabajar, que tienen problemas familiares, en especial con el marido, les dicen que ya no sirven , que ya no valen". Atención al recién nacido: En el campo se les limpia y se le entrega a la madre.	EXPECTATIVAS:		EXPECTATIVAS:	

ANEXO No. 7:
Ciclo rápido para la Adecuación Cultural de la Atención del Parto
(Ejemplo Caso: Acompañamiento Saquisilí)

1. QUÉ ESTAMOS TRATANDO DE LOGRAR? (OBJETIVO):

Lograr el acompañamiento al 100% de las mujeres que acuden al Centro de Salud a dar a luz y deseen que le acompañe una partera, esposo, hermana, mamá, etc.

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

DEFICIENCIAS ENCONTRADAS EN LA ATENCION	IDEAS DE CAMBIO:
<ul style="list-style-type: none"> Falta comunicación e información entre el personal de salud sobre los nuevos procedimientos 	Que el personal capacitado informe al personal del CSS sobre el nuevo proceso de acompañamiento a las mujeres que van a dar a luz.
	Socialización entre el personal de salud y todas las parteras.
<ul style="list-style-type: none"> Normas de atención de partos indica que los partos deben ser atendidos con asepsia y antisepsia por la cual no se permite entrar a cualquier persona 	Incorporar a la Historia clínica o formulario 056 si la paciente ha solicitado que le acompañe en el parto y si se les ha permitido.
	Registrar en el cuaderno de partos quién le acompaña
<ul style="list-style-type: none"> No pregunta el personal de salud si quiere entrar a acompañar a la paciente 	Permitir el ingreso de la partera o familiar a la sala de partos cuando lo solicite
<ul style="list-style-type: none"> En el Centro de Salud Saquisilí, cuando la partera trae a una mujer para dar a luz no le permiten su ingreso a la sala de partos 	Carnetización a parteras previos los requisitos de Salud Intercultural

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

INDICADOR	FORMULA	FUENTE DEL NUMERADOR	FUENTE DEL DENOMINADOR	TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS	RESPONSABLE	Universo-Muestra	Periodicidad
Porcentaje de mujeres que dieron a luz en el CSS a las que se les preguntó y se les permitió que alguien las acompañe durante el parto	$\frac{\text{No. de mujeres que dieron a luz a las que se les preguntó y permitió el acompañamiento durante el parto en un mes determinado}}{\text{Total de mujeres que han dado a luz en CSS a las que se les preguntó si desean el acompañamiento durante el parto en el último mes}} \times 100$	<p>Historia Clínica</p> <p>Cuaderno de Partos</p> <p>Encuesta a las usuarias</p>	<p>Historia Clínica</p> <p>Cuaderno de Partos</p> <p>Encuesta a las usuarias</p>	<p>Revisión de Historias clínicas</p> <p>Cuaderno de Partos</p> <p>Encuesta de satisfacción</p>	<p>Lic. E Montenegro</p> <p>Lic. B Chauclumcocho</p>	Todas las mujeres que dieron a luz en el CSS y que se les preguntó si desean el acompañamiento durante el parto	Mensual

PROGRAMAR UN CICLO RAPIDO – PLAN DE TRABAJO

IDEAS DE CAMBIO	ACTIVIDADES	DÓNDE?	CUÁNDO?	RESPONSABLE
Que el personal capacitado informe al personal del CSS sobre el nuevo proceso de acompañamiento a las mujeres que	<ul style="list-style-type: none"> Convocatoria al personal de salud de emergencia para una reunión de socialización 	C.S. Saquisilí	04/07/2007	Equipo de Adecuación Cultural Lic. E. Montenegro

van a dar a luz	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión de socialización • Elaboración de una memoria 	C.S. Saquisilí	10/07/2007	Equipo de Adecuación Cultural Lic. E. Montenegro Dra. Baez
Socialización del proceso de implementación de HACAP entre el personal de salud y todas las parteras	• Diseño y Convocatoria del taller	C.S. Saquisilí	18/07/2007	Lic. Julia Venegas Dra. Sonia López
	• Ejecución del Taller	C.S. Saquisilí	23/07/2007	Dr. Suarez, Equipo de Adecuación Cultural
	• Elaboración de una memoria		27/07/2007	Lic. Julia Venegas
Incorporar a la historia Clínica. ítems donde se le pregunte a la paciente si desea acompañamiento en la atención del parto y si se hizo efectivo el acompañamiento	• Añadir los 2 ítems en el formulario 052 de la historia clínica	C.S. Saquisilí	04/07/2007	Equipo de Adecuación Cultural Lic. E. Montenegro
Permitir el ingreso de la partera o familiar a la sala de partos cuando lo solicite	• Preguntar a toda paciente que acuda a dar a luz si desea el acompañamiento	C.S. Saquisilí	05/07/2007	Equipo de Adecuación Cultural Lic. E. Montenegro
	• Efectivizar el acompañamiento	C.S. Saquisilí		
Carnetización a parteras previos los requisitos de Salud Intercultural	• Evaluación de conocimiento a las parteras y acreditación con sus comunidades	Casa Campesina de Saquisilí	13/08/2007	Lic. Julia Venegas
	• Elaboración de carnés	Casa Campesina de Saquisilí	13/08/2007	Lic. Julia Venegas
	• Entrega de carnés	Casa Campesina de Saquisilí	27/08/2007	Concejal Francisco Ayala

ANEXO No. 8
Principios del buen trato al paciente en kichwa y español.
Hospital Civil Alausí

ESPAÑOL

- 1.- Saludar a las pacientes con amabilidad.
- 2.- Tratar a la usuaria con igualdad, sin discriminación.
- 3.- Respetar las costumbres y valores culturales de la usuaria
- 4.- Atender gratuitamente a todas las embarazadas y niños menores de 5 años.
- 5.- Brindar confianza y seguridad a las pacientes que van a ser atendidas.
- 6.- Atender en forma oportuna como si el dolor estuviera en ti.
- 7.- Prestar atención al momento, para satisfacer las necesidades del paciente.
- 8.- Durante el parto dar ánimo y apoyo emocional.
- 9.- Desempeñar tu profesión con amor hacia la comunidad.
- 10.- Despedir amablemente y recomendar a la paciente que regrese cuando necesite atención.

“Este es un mensaje del Hospital Civil de Alausí, Salud Intercultural y Gobierno Municipal de San Pedro de Alausí

KICHWA

Shuk. Napanami kanki kuyaywan

Ishki. Unkushkata allimi yanapanakanki ama shuktakmanta chikanyachishpa.

Kimsa. Sumakchanami kanki kikinruraykunata.

Chusku. Ima kullkita mana mañanachu kanki chicha warmikunata shinallatak manarak pichka watata charik wawakunatapash.

Pichka. Kupitanami kanki kikinpak kuyay shinallatak shinchikashkatami rikuchinakanki.

Sukta. Kikinpi nanay tiyashkata shina yuyashpami utkashpa kunpitanachik.

Kanchis. Chay nanay Batumi kunpitanakanki unkukpak ministirishkata paktachinkapaka.

Pusak. Wachakun pachapi kunami kanki shinchikuyaykunata shinallatak shuk alli yanapayta.

Iskun. Kikinpak yachashkata kuyaywanmi kunpitanakanki tukuy ministikkunaman.

Chunka. Kuyaywanmi chikanyana kanki unkushakunamanta shinapasn mañashpa kutinpash kutimuchun imapak ministirikpi.

“Kay willayta uyachirkakunami Jampirina Wasi Alausí llaktamanta, Salud Intercultural shinallatak Gobierno Municipal de Alausí tantarishpa.

ANEXO No. 9

Cuñas radiales en kichwa y español con mensajes que promocionan el mejoramiento del trato en el Hospital Civil Alausí

ESPAÑOL I

MARIA: Buenas día comadre Rosita, de donde se asoma? A los tiempos se deja ver.

ROSITA: Ay comadre María yo estoy como cuando usted era pobre, aquí con mi embarazo ando un poco mal.

MARIA: Por que pues comadre? no sabrá que ahora en el Hospital Civil Alausí le tratan bien, con respeto vaya hacerse atender.

ROSITA: En serio comadrita? Por que antes trataban muy mal por eso no me ido a ser ver.

MARIA: No comadrita vaya y verá! Ahora usted va a comprobar como le van a tratar y atender bien, las enfermeras y los doctores son bien buenos.

ROSITA: Gracias comadre gracias entonces hoy mismo me voy, hasta otro día comadrita.

MARIA: Hasta otro día.....

“Este es un mensaje del Hospital Civil de Alausí, Salud Intercultural y el Gobierno Municipal de San Pedro de Alausí”

Por favor si usted recibió maltrato denuncie en la dirección del Hospital

KICHWA I

MARIA: Alli punlla comadre Rosita, maymanta rikuriki? Kay tukuy watakunapi rikurinkika.

ROSITA: Alli punlla comadre María ñukaka mana kikin shina allichu kani, ñuka wiksapi unkushka wawawan asha nanayllami purikuni.

MARIA: Imamantari comadre? manachu yachanki kunanka Hospital Civil Alausípika sumaktami rikunkuna, kuyaywan rilla rikuchirinaman.

ROSITRA: Kikin nishkaka sumakmi, ñaupaka mana alli rikukunachu karka chaymantami mana rishakani.

MARIA: Mana comadrita kunanka allimi chashkin rilla kikintak rikumukri, chay Jampirina Wasipi enfermeras shinallatak doctorkunaspash sumak allikunami.

ROSITA: Paki comadre paki, shinashpaka kunantakmi rikrini, shuktak punlla kama comadrita.

MARIA: Ari shuktak punlla kama.....

“Kay willayta uyachirkakunami Jampirina Wasi Alausí llaktamanta, Salud Intercultural shinallatak Gobierno Municipal de Alausí tantarishpa.

ESPAÑOL II

PACIENTE: Buenos días doctorcito

MEDICO: Buenos días señora como esta? Venga, pase en que le podemos ayudar.

PACIENTE: Aquí viniendo hacer el control de mi embarazo parece que ya me toca el parto.

MEDICO: Venga señora ya le vamos a ver como esta su niño,.....haaaa su niño esta bien y su parto mas o menos va tocar para la próxima semana.

PACIENTE: Doctorcito podré dar a luz en mi casa por que vivo lejos y los dolores a veces coge de noche?

MEDICO: Verá señora, es mejor que venga para evitar posibles complicaciones y que no se mueran ni el niño ni usted.

PACIENTE: No se doctor, voy a pensar.....

MEDICO: Ahora aquí en el Hospital Civil Alausí la atención es buena, los medicamentos son gratuitos y sobre todo le damos buen trato.

PACIENTE: Bueno entonces creo que si voy a venir, gracias hasta otro día.

MEDICO: Si en todo caso decide quedar en casa y tiene algún problema llámenos al Hospital.

“Este es un mensaje del Hospital Civil de Alausí, Salud Intercultural y el Gobierno Municipal de San Pedro de Alausí”

KICHWA II

PACIENTE: Alli punlla doctorcito

MEDICO: Alli punlla mama María imanallatak kanki? Shamuy, yaykuy imapitak yanapay tukunchik.

PACIENTE: Kaita shamukuni ñuka wiksapi tiyak wawata ricuchirinkapak, shinallatak ñalla unkuna punllakuna kuchuyamukpi.

MEDICO: Ari shamuy mama María rikunkapak imashina wiksapi wawa wiñakukta.....haaaa kikipak wawaka allimi, wachana punllapash urmakinmi chayshuk punllakunakama.

PACIENTE: Doctorcito wasipi unkuypakchu kani ñukami karupi kausani chaymantami tapukuni, nanaykunapash tuta pacha ima japinllaka?

MEDICO: Rikunki mama María, shamunami kanki ama wachakuy pacha shuktak llakikuna japichun shinallatak ama wañunkichik kikin shinallatak wawa.

PACIENTE: Ari doctor, rikukrinimi, yuyarikrinimi, parlakrinimi ñuka ayllukunawan...

MEDICO: Kunanka kay jampina wasipika alli yanapaytami kunchik, jampikunapash kunpitashkami kan chicha warmikunapak, wawata unkukuy pacha, wachashka kipapash shinallatak wawakunapakpash manarak pishka watakuna charikpi.

Ashtawanpash kikinmi akllay tukunki imashina wawata wachashanishpash, shinallatak alli allimi yanapanchik.

PACIENTE: Ari shinashpaka, shamuypakmi kani, yupaychani shuktak punlla kama.

MEDICO: Imamanta wasipi sakirishpa ima llakikunata charishpaka kayanki Alausí Jampirina Wasiman.

“Kay willayta uyachirkakunami Jampirina Wasi Alausí llaktamanta, Salud Intercultural shinallatak Gobierno Municipal de Alausí tantarishpa.

ANEXO No. 10

Reglamento para regular el ingreso de familiares y parteras. Hospital Cañar

Introducción

El Hospital Luis Fernando Martínez, considerado como Hospital Amigo, se ha integrado, para proporcionar mayor satisfacción a sus usuarios, a una de las propuestas del ministerio de salud que conjuntamente con QAP, buscan la institucionalización del parto, pero respetando los criterios ancestrales y culturales de la comunidad campesina, por lo cual abre sus puertas para trabajar conjuntamente con las parteras y los usuarios, los cuales serán nuestro VINCULO intercultural si así la paciente lo solicitare.

Para ello se ha propuesto unas modificaciones al reglamento interno con las cuales las parteras y los usuarios tendrán que colaborar para que así exista una correcta interrelación entre el personal de salud y los usuarios.

SOBRE LOS ACOMPAÑANTES

- Tendrán derecho a máximo dos acompañantes por cada paciente que podrán estar en la sala de labor.
- El personal médico estará en la obligación de informar a la paciente y los acompañantes sobre el tipo de procedimiento y el estado en el que se encuentre.
- Los acompañantes no podrán estar presentes durante la visita médica.
- Los acompañantes no podrán estar presentes durante cualquier procedimiento médico a realizarse a las pacientes.
- Los acompañantes podrán dar a la paciente líquidos o alimentos previo consentimiento médico.
- Los acompañantes podrán brindar abrigo adicional si lo consideran necesario.
- Entre los dos acompañantes permitidos podrán estar las parteras.
- Los acompañantes de las parturientas podrán entrar fuera del horario de visitas ya que los partos no tienen un horario fijo.

SOBRE LAS PARTERAS

- Se admitirá a las parteras debidamente acreditadas por los cursos de capacitación brindados.
- Podrán estar presentes en sala de labor como vinculo entre paciente su familia y-el personal medico, a mas de su valioso apoyo psicológico.
- Podrán brindarles alimentos o líquidos que ellas piensen necesario según cada caso, previo aviso al personal médico.
- Podrán estar presentes durante los procedimientos médicos.
- No podrán intervenir o realizar procedimientos sobre el vientre materno o genitales de las pacientes.
- Podrán entrar junto con la paciente a la sala del parto previa aceptación de la partera a colocarse ropa de quirófano y cumplir con las medidas de asepsia.
- Dentro de la sala de partos tendrá la función de apoyo psicológico
- No podrá realizar procedimientos dentro de la sala de partos a las madres ni a sus productos.

- Deberán abstenerse de comentarios o críticas de cualquier procedimiento médico que deba realizarse a las madres o a sus productos, cualquier comentario solo deberá hacerse al médico en privado.
- Si existiera un comentario inadecuado sea en la sala o con los familiares, se les prohibirá el ingreso a nuevos partos y se les retirara las credenciales.
- Se brindara alimentación sólo a la partera debidamente acreditadas.

NOTA:-Sobre la autorización al ingreso de los acompañantes fuera del horario de visitas, se esperara el visto bueno del Director o del Jefe de personal.

Dr. Frantz Padrón
Médico Residente

ANEXO No. 11

Cuña radial (español) sobre el derecho del acompañamiento. Hospital Civil Alausí

- Carmen: Buenas días comadre María
María: Buenos días comadre Carmen
Carmen: A los tiempos nos encontramos, ¿y como estas con tu embarazo?
María: Estoy bien por que ahora cada mes voy al HCA a hacerme controlar...
Carmen: Que bueno comadre, le voy a contar otra buena noticia sobre el HCA....
María: Que será comadre yo también se algunas cosas que están cambiando en el HCA... Ahora cuando me vaya a dar a luz tengo derecho de que un familiar o partera tradicional me acompañe durante el parto.
Carmen: Así es comadre! ahora las mujeres ya no vamos a sentirnos solas dentro del Hospital
María: Bueno comadrita me voy por debo llegar pronto al Hospital para mi control. Hasta otro día.....
Carmen: hasta otro día comadre...cuídese mucho.....

**“Este es un mensaje del Hospital Civil Alausí, Salud Indígena,
el Gobierno Municipal, y COCACH”**

ANEXO No. 12

Reglamento interno para Adecuación Intercultural del parto. Hospital Civil Alausí. Enero del 2008.

ADECUACIÓN INTERCULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL.

PRESENTACIÓN

No cabe duda que uno de los tabúes existentes acerca de **LA ATENCIÓN DEL PARTO** y que ocasionan un desequilibrio entre las mujeres del área rural y del personal de los establecimientos que atienden a estas pacientes y por las cuales muchas veces las parturientas no acuden a estas casas de salud son:

- **POSICION DEL PARTO.**
- **ACOMPAÑAMIENTO.**
- **MALTRATO**
- **AMBIENTE**
- **ABRIGO Y VESTIMENTA**
- **ALIMENTACION**

Razón por la cual el Hospital Civil se ha propuesto buscar la equidad entre lo conocimientos clínicos científicos y los conocimientos ancestrales de nuestra población indígena, pero siempre en un marco de mutuo respeto por lo que a continuación ponemos a consideración el siguiente bosquejo de normas para la **ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL Y DE LA INTERCULTURALIDAD DEL MISMO.**

POSICION:

Toda paciente que ingrese al hospital con trabajo de parto tendrá la facilidad de elegir por ella misma la posición para el parto, existiendo dos posibilidades:

La posición horizontal (tradicional)

La posición vertical (ancestral) sea esta con sus diferentes modalidades: Cuclillas, sentada, arrodillada, etc. Para elegir la posición se aplicara la siguiente encuesta

(ANEXO 1)

ACOMPAÑAMIENTO:

Una vez elegida la posición para el parto, la paciente tendrá la iniciativa de autorizar a quien ella crea conveniente que le acompañe durante este periodo tan importante en su vida. Pudiendo ser los acompañantes sus familiares (madre, esposo, hermana, etc.) o personas particulares (parteras, comadronas, etc.).

Las personas autorizadas y previamente identificadas para acompañar durante el parto por el personal del establecimiento, no deben sobrepasar a un número de dos por paciente.

Dichas personas deberán ser informadas sobre las normas internacionales de asepsia y salubridad existente en todos los hospitales del país, y cumplir con las mismas.

Los acompañantes podrán opinar, apoyar, brindar aguas medicinales ancestrales a la parturienta todo el tiempo que crean conveniente, mas no desaprobar u obstaculizar los diferentes procedimientos realizados por parte de la persona que atiende el parto.

En caso de existir alguna complicación o cambio de emergencia en las Normas previamente establecidas para la atención del parto vertical, la parturienta así como sus familiares serán informadas antes de tomar algún tipo de decisión.

Cabe señalar además que la paciente o los familiares autorizaran la valoración vaginal (TACTO) la misma que será como norma en número no mayor de tres desde su ingreso, dependiendo esto de la actividad uterina, sensibilidad, paridad, y de las características biológicas individuales de cada persona.

TRATO:

Toda persona que acude a esta casa de salud deberá ser tratada con un marco de respeto basado en los derechos internacionales de los pacientes, derechos sexuales y reproductivos, así como decir donde, como y con quien dar a luz.

Por lo tanto a partir de esta normalización los profesionales de salud tendremos la posibilidad de brindar la atención del Paro Vertical, garantizando la calidad del mismo y tratando en cierta parte compensar las necesidades de las mujeres del área.

AMBIENTE

A toda Parturienta que ingrese a esta casa de Salud se le respetara su privacidad así como la realización de hábitos inocuos utilizados por su comunidad como es el Alojamiento conjunto de la Paciente y su entorno Familiar, ya que creemos que esta practica fomenta los vinculos de afectividad y por ende un mejor desarrollo de trabajo de Parto.

Razón por la cual el Hospital Civil Alausí se ha comprometido con la Elaboración de un Proyecto para Implementar una Área de Hospedería, la misma que estará ubicada en un lugar aledaño al hospital y que será diseñada con un modelo lo mas parecido a la realidad local (Temperatura abrigada, presencia de estufas, luz tenue, ventanas y paredes de colores no claros acompañamiento, etc.). Dicha estructura además será equipada de acuerdo al presupuesto del Área así como de la afluencia y expectativas de las usuarias.

ABRIGO Y VESTIMENTA

En lo referente a la vestimenta a toda Usuaría se le permitirá permanecer con su vestimenta propia, salvo en el momento mismo del parto donde se le proporcionará una vestimenta de un material abrigado, de un color y diseño acordes a la realidad local.



ALIMENTACION

A toda mujer en trabajo de Parto y Hospitalizada en nuestra casa de Salud se le permitirá tomar algunos alimentos ligeros durante y después del PARTO, de preferencia calientes para que le proporcionen sensación de calor y energía.

Además se le permitirá la ingesta de líquidos de acuerdo a las necesidades, posibilidades y costumbres la mujer.

Se les proporcionara:

- Te o agua de Sangoraché
- Agua de Cedrón
- Agua de Manzanilla
- Sopas.

Debiéndose evitar más bien el uso de algunas hierbas que acentúen las contracciones uterinas (ruda, higo, azucena, etc.)

Inmediatamente después del parto a toda paciente se le proporcionará alimentos reconstituyentes (caldo de aves).

READECUACION Y MEJORAMIENTO DE CENTRO OBSTETRICO

El Renovado Centro Obstétrico deberá constar con las siguientes áreas de Funcionamiento.

1.- HOSPITALIZACION. Donde ingresaran todas las Pacientes que sean del Área Rural y que estén iniciando su TRABAJO DE PARTO (**PRODROMOS DE LABOR**)

2.- AREA DE DEAMBULACION: (Fase Latente)

3.- AREA DE TRABAJO DE PARTO: (Fase Activa)

4. SALA DE PARTOS (EXPULSIVO)

5.- ADEMÁS EL CENTRO OBSTETRICO CONTARA CON UNA EFICIENTE AREA DE NEONATOLOGIA Y DE REANIMACION NEONATAL.

NORMAS PARA ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO TODA PACIENTE CON LABOR DEBEN TENER EN EMERGENCIA VALORACIÓN CLÍNICA Y MONITOREO FETAL.

- Si la Paciente no es del Área Urbana (Alausí) y presenta contracciones de intensidad, duración y frecuencia inadecuadas y sin respuesta cervical; Ingresara a Hospitalización (SALA DE LABOR).
- Si la Paciente es del Área urbana (Alausí) y presenta contracciones de intensidad, duración y frecuencia inadecuadas, y sin respuesta cervical; EGRESARA previa valoración clínica y con monitoreo fetal para regresar con mejor LABOR.
- Toda Paciente con actividad uterina adecuada y con dilatación cervical DESDE 3 HASTA 5 cm., INGRESARA AL AREA DE DEAMBULACION con acompañamiento de sus Familiares y llevando su misma vestimenta.
- Toda con dilatación cervical MAYOR A 5 cm. HASTA 9 INGRESARA AL AREA DE TRABAJO DE PARTO, donde se la preparara para el mismo y permitiéndole el acompañamiento de 2 personas como máximo.

- En caso de ser AMNIOTOMIA se realizara en el ATREA DE TRABAJO DE PARTO, en nulípara con 9 cm. y en multíparas con 8 cm. de dilatación cervical, para luego ingresar a SALA DE PARTOS.

A TODA PACIENTE TRÁTALA COMO SI FUERA TU MISMA FAMILIA

HOJA DE REGISTRO:

**ADECUACION INTERCULTURAL DEL PARTO
HOSPITAL CIVIL ALAUSÍ**

NOMBRE PACIENTE:.....

LUGAR DE PROCEDENCIA:

EDAD: **SEMANAS DE GESTACION:**.....

FECHA INGRESO

FECHA DEL PARTO

AGO: **G** **P** **C** **A** **HV** **HM** **M**

ACOMPAÑAMIENTO	SI	NO
PARENTESCO		
POSICION PARTO:		
HORIZONTAL		
VERTICAL: ECHADA		
SENTADA		
CUCLILLAS		
ARODILLADA		
PARADA		
OTRA		

Firma Paciente

Firma del Acompañante

.....

.....

ANEXO No. 13:

Tríptico informativo sobre adecuaciones culturales realizadas en el Hospital de Saquisilí

Señora usuaria
Ahora usted puede escoger la posición más cómoda para su parto:

- Acostada
- Arrodillada – en cunclillas
- Parada

LA ATENCION ES GRATUITA

Kikin warmi
Kunanka kampak wawata
Wuachankapacka, kan munashkata
Maskay:

- Kuncurishpa
- Siririshpa
- Sayarishpa

TUKUI YANCAMI



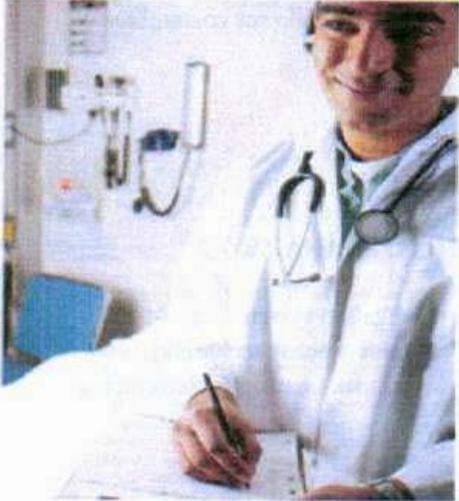
DIRECCION
Saquisilí, Calle Imbabura 256 y 24 de mayo
Teléfono: 2 721 015

**WARMIKU AMA MANCHASHPA
SHAMUY**



**AREA N° 4
CENTRO DE SALUD DE SAQUISILI**

**ATENDEMOS EL PARTO
RESPETANDO SU CULTURA**



**NUESTRA ATENCION ES CON
CALIDAD Y CALIDEZ**

ATENCIÓN DEL PARTO

- Con amabilidad y respeto
- Es seguro y confiable
- Compartiendo sus costumbres y tradiciones

WACHAPI YANAPAY

- Ashka kuyaywan
- Sumak wachayta charinki
- Kikinpak unanchata chaskinchik

PERMITIMOS EL ACOMPAÑAMIENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL PARTO.

Ayllupak yanapayta tukuy wachay pachapi sakinchik

USTED PUEDE TOMAR AGUAS AROMATICAS



Kikinka kunuk jampi yacutapash upiankimi

Usted será informada de todo lo que hacemos en la atención de su parto y recibimiento a su guagua.

Kikinka wachaki, wawata chaski pachapi tukuy ima rurashkata willashkami kanki

Si usted quiere llevar su placenta pida al médico o enfermera que le atendió su parto.

Kikinpak wawamamata apasha nishpaka Kikinta maikan wachachikta mañanki