

Hacia la construcción de un modelo de

**SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL**

en el Hospital San Luis de Otavalo  
Ecuador

Asistencia técnica:

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS



# Presentación

- ◆ Implementar una política de salud intercultural con expresión concreta en la práctica local.
- ◆ Generar modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural que superen la visión homogénea de la política y la práctica de salud.
- ◆ Aportar en la búsqueda de nuevas estrategias para acercar los servicios de salud a los pueblos indígenas y en particular a las mujeres, desde el respeto a su cosmovisión.

Fueron los motivos que originaron esta reflexión y sistematización de la experiencia del Hospital San Luis de Otavalo, desarrollada entre abril 2007 y octubre 2009.

Los procesos de cambio en salud se están operando en el Ecuador en diferentes niveles. La Constitución Política aprobada el 2008, sin duda, favorece la revisión de la práctica tradicional de la salud pública que no diferenciaba a la población y que pretendía imponer un modelo hegemónico basado en un sólo paradigma de la medicina para todos y para todas.

El sistema nacional de salud se guía por principios de inclusión social y equidad, considerando los enfoques de género, interculturalidad y generacional. El Ministerio de Salud Pública en consonancia con el mandato constitucional y con el Plan Nacional para el Buen Vivir está promoviendo una política intercultural en salud y en particular el desarrollo de modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural.

El Hospital San Luis de Otavalo inició un proceso de construcción de un modelo que muestra la posibilidad de abrir nuevas miradas a la salud, de interpelar los viejos paradigmas y de generar diálogos entre los distintos enfoques y saberes.

Agradecemos a las instituciones que participaron en este reto de construir una nueva manera de atender la salud; al personal de salud del Hospital San Luis, a la Asociación de Parteras de Otavalo “PAKARICHI HUARMIKUNA”, a Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, al Gobierno Municipal, al Jambi Huasi y al Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA.

Esperamos que este trabajo contribuya a ese diálogo necesario en salud que tenga efecto en un real acercamiento de los servicios de salud pública hacia la población, que genere nuevos y mayores compromisos para desarrollar estrategias de salud basadas en el conocimiento y respeto de la diversidad cultural y que en este esfuerzo se beneficien de manera particular las mujeres indígenas, quienes de manera más evidente viven las consecuencias de la exclusión de los servicios de salud pública, expresados en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna.

Otavalo, diciembre 2009



PARTE I | Antecedentes

## ■ Antecedentes



Partera.

Cada minuto muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, lo que significa que cada año mueren por lo menos 529 mil mujeres por las mismas razones. Casi todas las muertes se producen en países en desarrollo. De hecho, de todos los indicadores de salud, las estadísticas de mortalidad materna son las que reflejan la mayor disparidad entre el mundo en desarrollo y el desarrollado: en los países menos desarrollados, una de cada 17 mujeres muere por este tipo de complicaciones, comparado con una de cada 4.000 mujeres en los países industrializados. (Informe del Estado de la Población Mundial 2005, UNFPA).

Entre las principales causas de muerte y discapacidad de las mujeres están los problemas de salud reproductiva. Debido a que el nivel de salud reproductiva depende en alto grado del nivel de ingresos, y de cuán equitativas son las relaciones entre hombres y mujeres; abordar esta cuestión pasa a ser un problema de salud pública, justicia social, de ética y de equidad.<sup>1</sup>

La salud materna es una prioridad que está expresada en los programas de acción de las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas: la de Población y Desarrollo (Cairo 1994), IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) así como en la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados por 179 jefes de Estado en el año 2000 y que marcan una agenda consensuada de prioridades hacia el año 2015.

<sup>1</sup> Informe del Estado de la Población Mundial 2005, UNFPA.

Estas conferencias y en particular la de Población y Desarrollo, redefinieron las políticas de población, la salud sexual y reproductiva y articularon el concepto de derechos. Este concepto enfatiza el respeto a las decisiones libres e informadas de las personas, la satisfacción de sus necesidades y el disfrute del más alto nivel posible de salud, la igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a servicios de salud incluyendo salud sexual y reproductiva.

La muerte materna y las enfermedades asociadas al proceso reproductivo, expresan la situación de un país y la falta de ejercicio de derechos. El informe citado, señala que la falta de progreso en muchos países, en la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad, expresa el escaso valor asignado a la vida de las mu-

“Cada minuto muere una mujer por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, lo que significa que cada año mueren por lo menos 529 mil mujeres en el mundo por las mismas razones”.



Usuaría atendida durante el post parto.



- 2 MSP 2008: Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.

eres y refleja su limitada voz en la fijación de prioridades de políticas públicas y de asignación de recursos.

A nivel mundial, sólo el 53% de los partos son atendidos por personal calificado, y sólo 40% de los partos tienen lugar en hospitales o centros de salud. En el Ecuador, sólo el 30,1% de partos de mujeres indígenas ocurren en hospitales o centros de salud. Más del 40% de mujeres de las provincias de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de las mujeres de toda la región amazónica dieron a luz en su casa. El 65% de las mujeres que se autoidentifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.<sup>2</sup>

Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos. Entre los factores culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias sobre el proceso reproductivo y que son poco conocidas por el personal de salud. La concepción y prácticas sobre el embarazo, parto, postparto, planificación familiar varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de uso o no uso de los servicios de salud pública.

El derecho a la salud considerando la cosmovisión y los factores culturales de los/las usuarias, está amparado en la Constitución Política del Ecuador (2008). En efecto, el texto constitucional de manera expresa señala que en el Art. 363, numeral 4 “El Estado será responsable de garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”.

La Constitución ecuatoriana actual incluyó el concepto del “Sumak kawsay”: Buen vivir, como base filosófica que orienta la acción del Estado y por tanto, también del Ministerio de



Control de embarazo por la partera.

Salud Pública. Para ello, el Ministerio promueve políticas de salud intercultural, la construcción de Modelos de Gestión y de Atención en Salud con la participación activa de los pueblos y nacionalidades que aportan a la reconstrucción y mantenimiento del BUEN VIVIR.

La cosmovisión es la forma en que las personas interpretan el mundo en que viven, a través de las representaciones y creencias que se expresan en ritos y prácticas culturales. La cosmovisión se asocia al medio natural, a la variabilidad climática que influye en el desarrollo de una manera de ser, de sentir, de vivir y de ver el mundo que le rodea y que configura también un modo de concebir la vida.

Para la cosmovisión andina, el mundo es una totalidad viva, no existen partes separadas, todo está relacionado. La salud es el “estar bien” o Allikai, en equilibrio con la naturaleza, con los otros seres vivos y con los otros humanos. El centro de todo es la naturaleza, la Pachamama y lo que ella encierra: suelo, clima, agua, animales, plantas, seres humanos, deidades. El cosmos es la casa común de todos los seres vivos. El Runa u Hombre/Ser Humano para estar bien, con salud, para mantenerse en equilibrio, requiere estar bien con la familia, la comunidad, los espíritus y las fuerzas de la naturaleza. La curación o el restablecimiento de la salud, requiere de puentes (chakana) que pongan en contacto el macrocosmos y el microcosmos. Allí el rol de los terapeutas o Yachags es fundamental para diagnosticar y curar.

En la cosmovisión andina la salud y la enfermedad son opuestos y complementarios. La salud es el reflejo de la forma cómo viven los humanos, es el respeto a las leyes sociales, el equilibrio, armonía y reciprocidad. La enfermedad es la ruptura del equilibrio y la falta de respeto a las normas sociales.

El principio de la relacionalidad o principio holístico indica que todos los elementos que conforman la totalidad, están relaciona-

*Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con factores culturales, económicos, geográficos.*



dos entre sí, todo está vinculado con todo. El principio de reciprocidad se refiere al intercambio de dones o favores que son los que permiten vivir en completo equilibrio con la naturaleza y los seres humanos. “Primero hay que dar, para recibir”, marca los tiempos y espacios indígenas a la vez que da vida al aprendizaje y al intercambio de saberes. El principio de la reciprocidad se expresa en que “a cada acto corresponde como contribución complementaria, un acto recíproco”. Este principio no se aplica únicamente a las relaciones humanas sino a la naturaleza y a las relaciones entre los seres humanos y la divinidad.



Usuarios.

Esta breve descripción de los principios del pensamiento indígena y su aplicación a la salud, muestran que el bienestar y la salud son el reflejo del equilibrio con la naturaleza, donde la intermediación del mundo de creencias y la percepción de la realidad están presentes. La salud y enfermedad no son hechos aislados, ni se relacionan únicamente con los aspectos biológicos. El cosmos, la naturaleza, así como los seres humanos pueden estar sanos o enfermos. A diferencia de la medicina occidental, la cosmovisión indígena andina privilegia un enfoque integral/comunitario y no individual para atender la salud. Empezando con la familia, la familia ampliada, los vecinos, la comunidad que cumplen diferentes roles para ayudar a restaurar el equilibrio y la salud. El comportamiento inadecuado puede tener repercusiones en el cuerpo individual y social, pues todo está relacionado.

La cosmovisión andina indígena hay que entenderla como producto cultural, sujeta a continuos cambios, que ha recibido influencias culturales de distinto origen. Entender la cosmovisión de los/las usuarios/as de servicios de salud es una prioridad para las instituciones de salud, a fin de que sus servicios puedan responder a las necesidades de sus usuarios/as y estén basados en el respeto a su cultura.



PARTE 2

¿Por qué repensar  
el modelo de salud  
en Otavalo?

## ■ ¿Por qué repensar el modelo de salud en Otavalo?



Usuarías.

El cantón Otavalo se encuentra a 90 Km. de Quito, cuenta con una población de 106.373<sup>3</sup> habitantes según proyecciones de la población en base al Censo 2001. La ciudad de Otavalo tiene 52.084 habitantes aproximadamente, de los cuales el 52% es indígena y el 48% mestiza.

El cantón Otavalo está compuesto por nueve parroquias rurales: Peguche, Eugenio Espejo, González Suárez, Pataquí, Quichinche, Ilumán, San Pablo, San Rafael, Selva Alegre. Cuenta con 157 comunas entre kichwa-otavalo y kichwa kayampis.

El área de salud No. 4 Otavalo tiene un hospital básico, diez sub-centros y tres puestos de salud, y la Casa de la Salud “Jambi Huasi”.

El cantón Otavalo fue calificado en el año 2003, como área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal, considerándose causas como: “la brecha cultural existente, la concepción de salud de la población indígena, y la atención que esperan en el cuidado del embarazo, el parto, el postparto, y la atención del recién nacido, distinta de la que se practica o se concibe en los servicios estatales de salud”.<sup>4</sup> En los años comprendidos entre 2001 y 2005, en el área No. 4 del cantón Otavalo, se presentaron diez casos de muerte materna; todas la muertes comprenden el sector rural, siete casos de muerte materna fueron detectados mediante la búsqueda activa y tres fueron casos de muerte intrahospitalaria. En este último año (2009) no se registraron muertes maternas, superando la calificación como área de riesgo de muerte materno infantil.

3 Proyección de la población por provincias. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2008.

4 Diseño curricular de la formación de prestadoras ancestrales de salud-parteras del cantón Otavalo 2007.



Paisaje de Otavalo

La experiencia del Hospital San Luis de Otavalo tiene su antecedente en el trabajo realizado desde 1984 por la Federación Indígena y Campesina de Imbabura INRUJTA - FICI, que creó el área de salud “Jambi Huasi”, como una alternativa frente al déficit de los servicios públicos de salud para atender a la población indígena. Jambi Huasi combinó desde el inicio la medicina alopática junto con la medicina indígena practicada por los conocedores de la medicina ancestral.

Los años de trabajo de Jambi Huasi dejaron varias lecciones aprendidas, una de ellas; la necesidad de incidir en las políticas públicas de salud, para pasar de un servicio local, pionero, pero limitado

*“El cantón Otavalo fue calificado en el año 2003, como área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal, considerándose causas como: “la brecha cultural existente, la concepción de salud de la población indígena”.*



Mamá Conchita, partera de Jambí-Huasi.

por factores económicos y técnicos, hacia una política de salud intercultural en los servicios públicos de salud en Otavalo. El Hospital San Luis inicia una propuesta piloto para la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud reproductiva, para beneficiar con una mejor atención a las mujeres indígenas que no tenían acceso a los servicios de salud, por obstáculos culturales que no habían sido ni reconocidos ni abordados anteriormente.

Los cambios políticos ocurridos en el país a partir del 2007 y que tuvieron su expresión en el Ministerio de Salud y en la Jefatura de Área No. 4 Otavalo, al designar por primera vez a un médico indígena como Director del hospital, favorecieron cambios en el hospital para incluir el enfoque intercultural en el servicio de atención de salud sexual y reproductiva, especialmente en la atención del parto. Este hecho generó una dinámica importante dentro del hospital desde el inicio de su administración, así como el compromiso por implementar cambios que permitieran un mayor acercamiento de la población mayoritariamente indígena y en particular de las mujeres hacia el hospital.

El Gobierno Municipal de Otavalo, por su parte también liderado por un indígena kichwa-otavalo por segundo período consecutivo como Alcalde del cantón, había desarrollado un trabajo de apoyo a la capacitación de las parteras en el marco del Comité de Gestión de la Ley de Maternidad Gratuita, reconociendo que son ellas las que tienen mayor cercanía con las mujeres en las comunidades y juegan un rol importante en la atención a embarazadas, pese a lo cual, las parteras no tenían ninguna relación con el hospital. Entre los temas prioritarios desarrollados en los talleres de capacitación a parteras desde el 2005 se trataron los siguientes:

- Identificación de signos de peligro durante el embarazo, parto, postparto.
- La posición del feto antes de nacer: posición ideal cefálica, y riesgos de la posición podálica, nalgas, transversa, y de hombros.
- Prolapso del cordón umbilical.
- Riesgos por mala ubicación de la placenta.

Sociodramas para conocer la atención del parto por parteras e identificar elementos utilizados durante el parto, en el corte del cordón umbilical, y el alumbramiento.

Capacitación para reforzar la atención del parto evitando complicaciones como: tétanos, infecciones en la madre o el bebe.

En el 2005, las muertes maternas y neonatal registradas, los casos de tétanos neonatal, las bajas coberturas de vacunación, y las bajas coberturas de atención materna, motivaron que en el 2006, se iniciara el “Proyecto de Supervivencia Materna e Infantil”, apoyado por CARE, a partir del cual se fortalece el trabajo coordinado entre las diferentes instituciones.

Por su parte el Ministerio de Salud Pública, tanto por el mandato constitucional surgido en la Constitución de septiembre del 2008, como por la evidencia de las bajas coberturas de salud reproductiva, especialmente entre las mujeres indígenas, debido a factores culturales poco conocidos, tomó acciones de revitalización de salud intercultural, adoptando normas, dotando de mayor presupuesto, personal y apoyo político.

En este contexto se inicia el proceso de construcción de un modelo de atención en salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo. Este proceso desde el inicio está apoyado técnica y financieramente por el Fondo de Población



Capacitación parto culturalmente adecuado. Personal del Hospital San Luis de Otavalo.



Sensibilización sobre el modelo de atención, enfoque intercultural. Equipo de Salud del Hospital San Luis de Otavalo.

*“El Hospital San Luis de Otavalo se plantea la necesidad de identificar los factores culturales que dificultan o impiden el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud del hospital”.*

ción de las Naciones Unidas (UNFPA),<sup>5</sup> liderado por el equipo técnico del Hospital, y en coordinación con la Dirección Provincial de Salud de Imbabura - Salud Intercultural, el Gobierno Municipal de Otavalo y Jambi Huasi en el nivel local y con el Ministerio de Salud Pública en el nivel central.

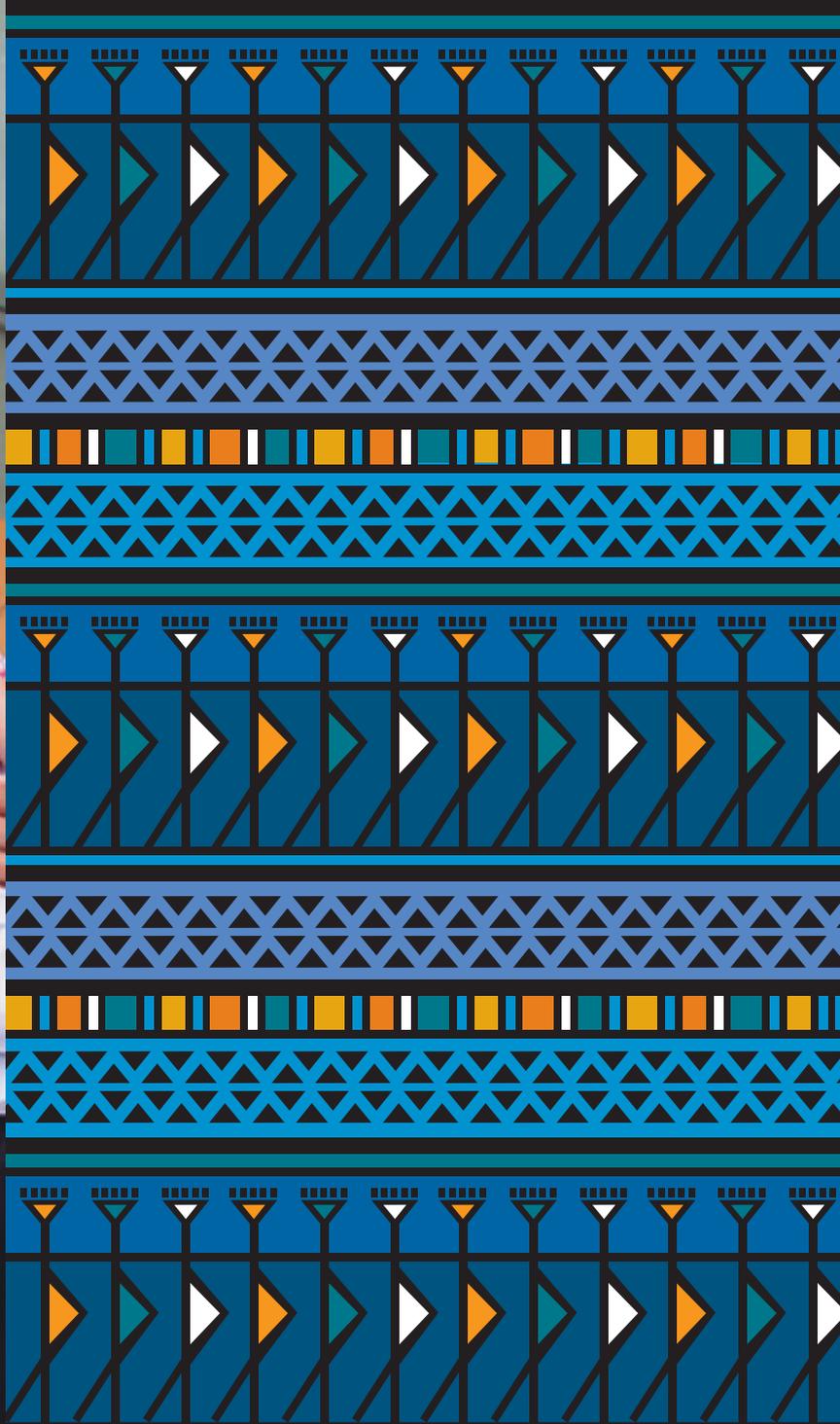
El Hospital San Luis de Otavalo se plantea la necesidad de identificar los factores culturales que dificultan o impiden el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud del hospital y que inciden en la morbilidad y mortalidad materna e infantil en el cantón; conocer igualmente las percepciones del personal de salud y su disposición o no a los cambios que se pudieran proponer en el hospital. A partir de este diagnóstico inicial, se establece un plan de revisión/modificación de la práctica hospitalaria para acercar los servicios del hospital a las mujeres indígenas.

Con la finalidad de compartir la experiencia desarrollada entre abril de 2007 y octubre de 2009, presentamos el siguiente documento que muestra la situación inicial del hospital mediante un diagnóstico basado en información recogida de las usuarias indígenas de servicios de salud y del personal de salud del hospital. A partir de este diagnóstico, se inicia un proceso de construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural que reseñamos a continuación.



Hospital San Luis de Otavalo.

5 La relación con UNFPA tiene su antecedente en el trabajo realizado por más de diez años con el Centro de Medicina Alternativa Jambi Huasi.



## PARTE 3

## Salud de las mujeres indígenas

## ■ La salud de las mujeres indígenas



Partera.

En Ecuador la encuesta demográfica y de salud materna 2004 (fuente: Edemain), por primera ocasión desagregó información diferenciada entre población indígena y no indígena, evidenciando las brechas existentes en salud reproductiva. Así lo demuestran algunos indicadores como la atención prenatal que alcanza a nivel nacional a 84,2% de mujeres, el parto institucional a 74,7%, y la atención postparto a 36,2%. Estos porcentajes ocultan sin embargo las disparidades por regiones y grupos étnicos en el país. De hecho, el control prenatal para las mujeres indígenas alcanza a 61,5%, el parto institucional a 30,1% y el control postparto a 15,4% de mujeres.

| <b>CUADRO 1 SALUD MATERNA DE MUJERES INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS EN ECUADOR</b> |                          |                     |                       |
|--|--------------------------|---------------------|-----------------------|
| <b>Salud materna</b>   | <b>Mujeres indígenas</b> | <b>No indígenas</b> | <b>Total nacional</b> |
| Control prenatal   | 61,5                     | 86,8                | 84,2                  |
| Atención del parto institucional   | 30,1                     | 80,2                | 74,7                  |
| Control postparto  | 15,4                     | 37,7                | 36,2                  |
| Papanicolau  | 13,5                     | 33,0                | 31,4                  |
| Uso de métodos anticonceptivos   | 47,2                     | 74,7                | 72,7                  |

Fuente: Edemain 2004, CEPAR, UNFPA, Quito,

Con relación a la mortalidad materna, el país no cuenta con datos para la población indígena. La tasa de muerte materna en el país alcanza a 57% según datos del Ministerio de Salud. Sin embargo, se reconoce que “los promedios esconden importantes diferencias regionales relacionadas con inequidades de género, barreras de acceso a inadecuada calidad de atención obstétrica y neonatal”.

En el Ecuador, la muerte materna se concentra en 46 cantones de doce provincias. Reconociendo la importancia de la muerte materna en el país, el Ministerio de Salud adoptó el Plan Nacional de Reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal en septiembre del 2008 a fin de contribuir a las metas del Plan Nacional de Desarrollo y a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

*Con relación a la mortalidad materna, el país no cuenta con datos para la población indígena.*



Usuaría.

## Una mirada al tema\*

- Cada día mueren por lo menos 1.600 mujeres a causa de las complicaciones del embarazo y el parto. Además de las muertes maternas, cada año 50 millones de mujeres sufren complicaciones relacionadas con el embarazo, muchas de las cuales conducen a la discapacidad o a enfermedades prolongadas.



### RIESGO DE LA MUJER DE MORIR A CAUSA DEL EMBARAZO

| Región                         | Riesgo de muerte |
|--------------------------------|------------------|
| África                         | 1 en 16          |
| Asia                           | 1 en 65          |
| América Latina y El Caribe     | 1 en 130         |
| Europa                         | 1 en 1.400       |
| América del Norte              | 1 en 3.700       |
| Todos los países en desarrollo | 1 en 48          |
| Todos los países desarrollados | 1 en 1.800       |

Usuaría.

### NÚMERO DE MUERTES MATERNAS SEGÚN LUGAR DE FALLECIMIENTO\*\* (ECUADOR)

| Lugar de fallecimiento (escenario-demora) | Causas y motivos de la demora   | Muertes maternas |            |
|---|---|------------------|------------|
|   |   | No.              | %          |
| 1. Hogar-comunidad                        | La madre/familia no reconoce señales de riesgo y no toma decisiones para ayudar | 9                | 5          |
| 2. Camino-traslado                        | Dificultad o imposibilidad para movilizarse por vías o medio de transporte      | 14               | 8          |
| 3. Unidad de salud                        | No cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e/o insumos necesarios  | 138              | 82         |
| <b>Total</b>                              |   | <b>161</b>       | <b>100</b> |

\* Tomado de: Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva.

\*\* Tomado de: Plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal - MSP.



PARTE 4

Situación inicial  
del Hospital San Luis  
de Otavalo



## Situación inicial del Hospital San Luis de Otavalo



Partera.

El hospital se creó en 1953, se ubica al norte de la ciudad de Otavalo, en una extensión de dos hectáreas. De acuerdo a la categorización del Ministerio de Salud Pública, este hospital está catalogado como “básico”, con una capacidad de 120 camas para atender cuatro especialidades: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y cirugía. Se cuenta con servicios complementarios como rehabilitación, imagenología, farmacia, trabajo social, control sanitario, y educación para la salud. La modalidad de atención es curativa.

### La misión del hospital

“El área de salud No. 4 Hospital San Luis Otavalo, propicia servicios de salud oportunos e integrales con calidad, calidez, eficacia y equidad a la comunidad, particularmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social respetando su cosmovisión y basándose en una gestión transparente, descentralizada y participativa” (año 2000).



Enfermeras profesionales del Hospital San Luis de Otavalo.  
Feria de Salud, abril 2008.

El hospital brinda atención las veinte y cuatro horas del día con los médicos residentes, los siete días de la semana; cuenta con 230 empleados y trabajadores, de los cuales 125 son empleados y profesionales, amparados bajo la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, 105 trabajadores regidos por el Código del Trabajo.

| CUADRO 2                 |                          | DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD |            |  |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------|--|
| Categoría                | Hombres                  | Mujeres                            | Total      |  |
| Médicos residentes       | 6                        | 5                                  | 11         |  |
| Gineco. obstetras        | 3                        | 1                                  | 3          |  |
| Anestesiólogo            | 2 (1 debengante de beca) | 1 (médico rural especialista)      | 3          |  |
| Cirujano                 | 2 (1 debengante de beca) |                                    | 2          |  |
| Pediatra                 | 1                        | 2                                  | 3          |  |
| Traumatólogo             | 2                        | 2                                  |            |  |
| Enfermeros               | 2                        | 37                                 | 39         |  |
| Auxiliares de enfermería | 4                        | 59                                 | 63         |  |
| <b>Total</b>             | <b>22</b>                | <b>103</b>                         | <b>125</b> |  |

Fuente: Departamento de Recursos Humanos del Hospital San Luis. Agosto 2007.



El hospital ofrece servicios de atención prenatal, atención del parto, postparto, planificación familiar. Es uno de los hospitales que aplica la Ley de Maternidad Gratuita. Pese a que el hospital es relativamente accesible, las autoridades constataron un déficit en la cobertura de atención a mujeres indígenas, particularmente de la atención durante el parto.

**CUADRO 3**

**COBERTURA DEL HOSPITAL SAN LUIS EN ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO DESDE LOS AÑOS 2003 HASTA 2008**

| Años | Población Embarazadas | Prenatal           |              | Postparto          |              | Población MEF 10-49 años | Plani. Familiar    |              |
|------|-----------------------|--------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------------|--------------------|--------------|
|      |                       | Primeras Consultas | Cobertura* % | Primeras Consultas | Cobertura* % |                          | Primeras Consultas | Cobertura* % |
|      |                       | 2003               | 2.470        | 1.312              | 53,12        |                          | 469                | 18,99        |
| 2004 | 2.599                 | 1.529              | 58,83        | 490                | 18,85        | 32.135                   | 864                | 2,69         |
| 2005 | 2.772                 | 1.612              | 58,15        | 506                | 18,25        | 31.891                   | 1.002              | 3,14         |
| 2006 | 2.782                 | 1.699              | 61,07        | 975                | 35,05        | 32.344                   | 1.157              | 3,58         |
| 2007 | 2.801                 | 1.795              | 64,08        | 735                | 26,24        | 34.201                   | 1.385              | 4,05         |
| 2008 | 2.816                 | 1.931              | 68,57        | 1.094              | 38,85        | 33.748                   | 2.036              | 6,03         |

FUENTE: ASEG. CALIDAD Hospital San Luis de Otavalo.



PARTE 5 | Fase de diagnóstico

## ■ Fase de diagnóstico



Personal de salud.

Con el fin de contar con una línea de base que oriente los cambios que se requerían en el hospital, se realizó un diagnóstico<sup>6</sup> centrado en las percepciones y prácticas de salud reproductiva de las mujeres indígenas de Otavalo, las mismas que se las analizó de cara a las percepciones y prácticas de los prestadores de los servicios del hospital, para establecer las brechas entre la oferta y demanda de los servicios.

Se pretendía de esta manera, que el hospital pudiera adecuar sus servicios a las necesidades de sus usuarias, ampliar su cobertura, particularmente la atención de la salud reproductiva y reducir la muerte materna e infantil.

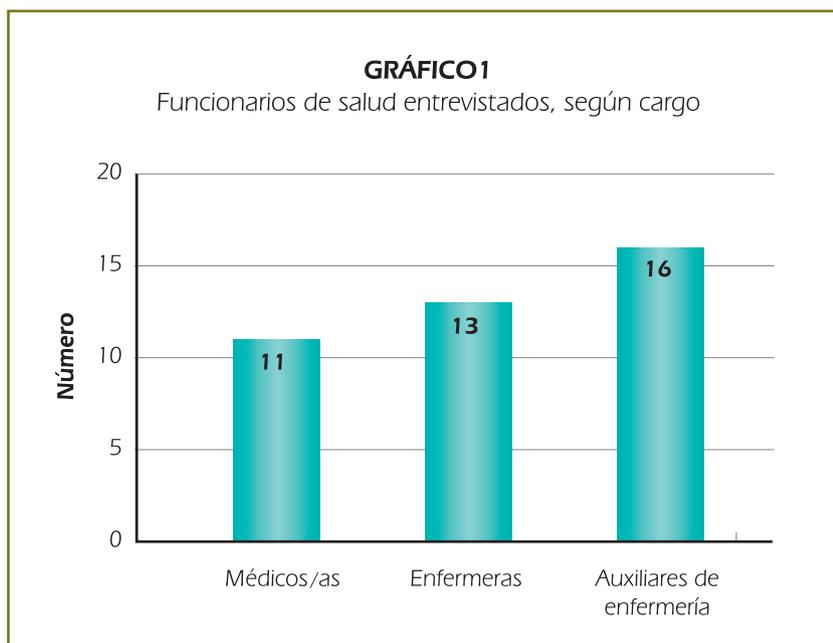
Para el efecto, se realizó un estudio que abarcó ocho parroquias del cantón y que cubrió a 320 mujeres indígenas usuarias de los servicios y a 40 funcionarios del hospital.

### El personal de salud: principales hallazgos

Se aplicó un cuestionario y entrevistas a 40 funcionarios del Hospital San Luis de Otavalo, de los cuales el 11% fueron hombres y el 72% mujeres, de entre 35 y 55 años de edad, autoidentificados mayoritariamente como mestizos. El 22% de los funcionarios

6 El diagnóstico fue realizado con asistencia técnica de UNFPA con participación de CEPAR, que estuvo a cargo del levantamiento y procesamiento de información.

entrevistados conoce el idioma kichwa, los demás son castellano hablantes. El 60% de los funcionarios tiene instrucción superior, el 28% educación secundaria y el 8% educación primaria. (Ver gráfico 1).



*“Las percepciones y prácticas de las mujeres indígenas se las contrastó con las percepciones y prácticas de los prestadores de los servicios del hospital”.*

Médicos.





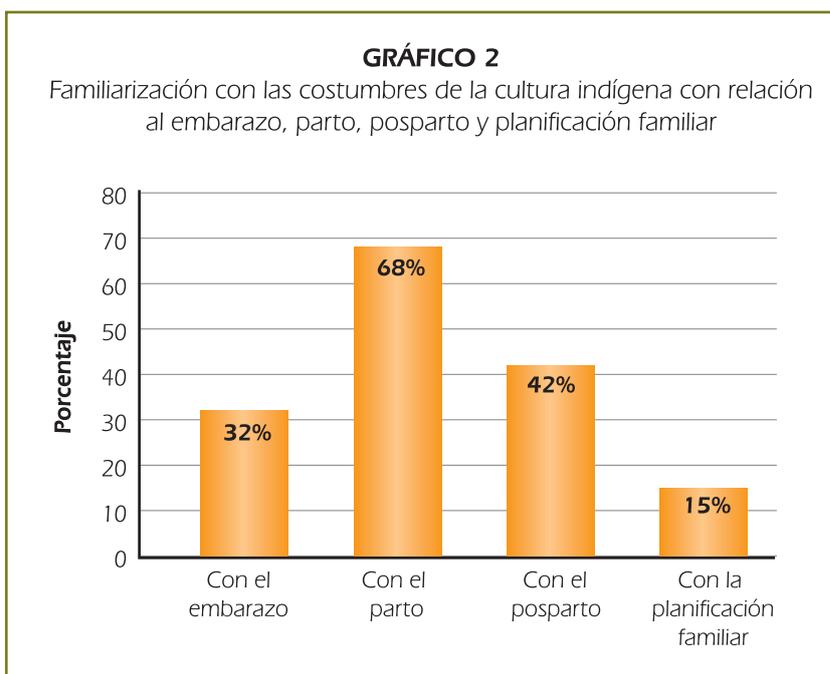
Al personal se preguntó sobre sus conocimientos de la cultura indígena, su percepción sobre las mujeres indígenas y su resistencia uso de los servicios del hospital, así como algunas necesidades, recomendaciones para mejorar los servicios del hospital.

### ■ Conocimiento de la cultura indígena por parte del personal de salud

El personal entrevistado está familiarizado con algunas prácticas de la cultural indígena con respecto al parto, especialmente y en menor medida con el embarazo, postparto y planificación familiar. Estar familiarizado no significa que el personal acepte o aplique las prácticas culturales de las usuarias del hospital. (Ver gráfico 2).



Rituales de la cultura indígena.



- Cerca de la mitad de funcionarios (48%) dice conocer alguna tradición de la cultura indígena sobre la placenta, especialmente en el caso de los médicos (64%). La tradición que se co-

noce es el entierro de la placenta en un lugar cercano a la vivienda, cuando se realizan partos domiciliarios.

- El 60% del personal dice que utiliza insumos de la comunidad en la atención obstétrica (dieta, hierbas, rituales, etc.), especialmente las auxiliares de enfermería (75%).
- Cuando el personal de salud atiende a una mujer indígena, el 65% afirma que le da instrucciones en idioma castellano. La entrega de instrucciones escritas sólo la hace la cuarta parte de funcionarios (25%), principalmente el médico (46%) y la enfermera (31%). El 42% de funcionarios buscan apoyo de traductores para hacerse entender de una mujer indígena, especialmente las auxiliares de enfermería (56%).

### ■ Atención del parto en el hospital

Cuando se realizó el diagnóstico, una de las primeras constataciones fue leer a la entrada de la sala de partos del hospital, las siguientes indicaciones:

*“Estar familiarizado no significa que el personal acepte o aplique las prácticas culturales de las usuarias del hospital”.*

#### Preparación de la paciente para el parto

- Bañada.
- Uñas cortas sin esmalte.
- Realizar tricotomía.
- Enema evacuante.
- Retirada de joyas.
- HCI completa, legalizada (historia clínica legalizada).
- Exámenes básicos de laboratorio.
- Tipificación TP-TTP (prueba de tiempo de coagulación de la sangre).
- Ropa para bebé.



Quirófano.

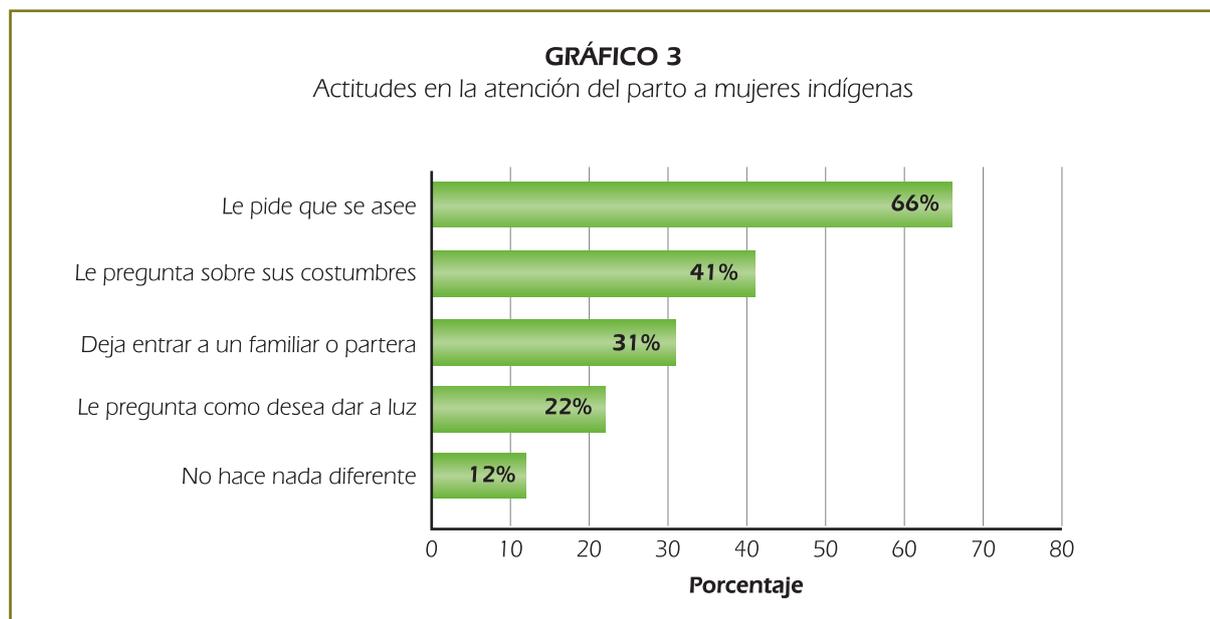


Enfermera, Hospital San Luis de Otavalo.

Como se puede ver, entre los procedimientos de rutina durante el parto instaurados en el hospital incluyen el baño, la rasurada, la realización de tactos y la aplicación de enemas. Estas prácticas ya no constaban en las normas de salud del Ministerio sin embargo, se seguían practicando. El rechazo cultural a estos procedimientos se expresa en la no utilización de los servicios de salud; por el temor de las mujeres a procedimientos ajenos a su cultura.

- El 80% de los funcionarios entrevistados atiende o ayuda a atender partos en el hospital; los médicos lo hacen en el 82%, las enfermeras en el 54% y todas las auxiliares ayudan en la atención de los partos.
- Cuando este personal de salud atiende o ayuda a atender partos a mujeres indígenas, el 22%, especialmente las auxiliares de enfermería preguntan: “cómo desea dar a luz”; el 31%, en especial los médicos, “deja entrar a algún familiar o partera”; el 41%, con mayor frecuencia las auxiliares de enfermería, le preguntan sobre “sus costumbres”; y el 66%, en el ciento por ciento los médicos, “le pide que se aseen”. Existe un 12% que responde: “no hace nada diferente” a lo que acostumbra hacer con otras pacientes.

La atención del parto en el hospital es en posición ginecológica. Las mujeres no tienen opción de escoger la posición. De hecho algunos profesionales entrevistados señalaron que en algunas ocasiones se han producido “camillazos”, es decir nacimientos en la sala de labor, debido a que las mujeres prefieren acomodarse en las camas, agarradas del espaldar de la cama y parir allí mismo antes que pasar a la sala de partos, a la que consideran incómoda y fría. (Ver gráfico 3).



La atención del parto en el hospital cuando se trata de mujeres indígenas tiene algunas particularidades; por ejemplo, el pedir que se aseen, generalmente se realiza un baño previo, bajo la consideración de que llegan desaseadas. Este es un requisito que el personal de salud ha implantado en el hospital y que las mujeres lo rechazan debido principalmente al frío, considerando que en su cosmovisión, el parto es un proceso caliente. La forma de atención del parto es para todas las mujeres igual, es decir en posición ginecológica, pese a que las normas de salud reproductivas del Ministerio de Salud ya contemplaba la posibilidad de parto vertical desde 1998.

Usuaría.



## ■ Dificultades para atender a mujeres indígenas

Las principales dificultades identificadas fueron:  
(Ver gráfico 4).



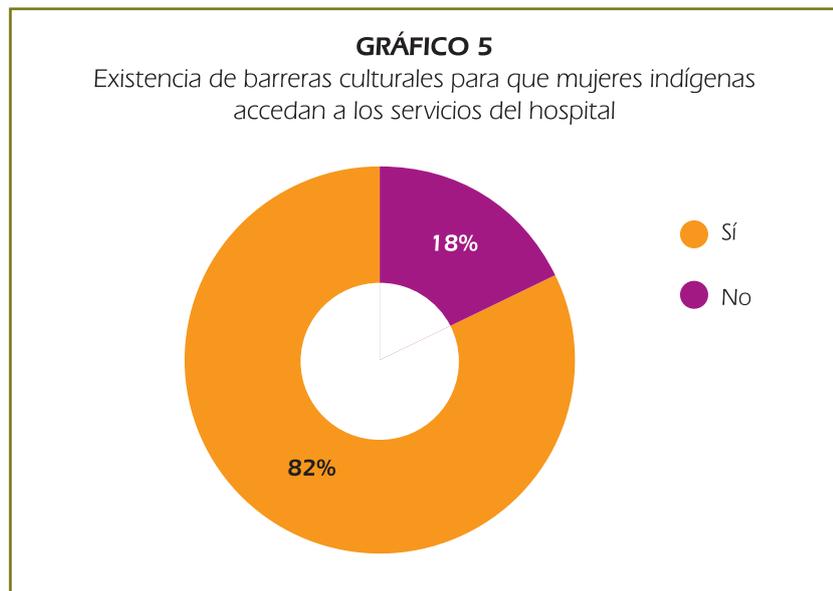
### ← Tipo de dificultades

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Comunicación oral                     | 33% |
| No tiene confianza en el servicio     | 17% |
| No siguen las indicaciones prescritas | 17% |
| No regresan luego de la consulta      | 17% |
| Comunicación escrita                  | 4%  |
| Otra                                  | 12% |



## ■ Existencia de barreras culturales

- Se preguntó: ¿existen barreras culturales para que las mujeres indígenas accedan a los servicios del hospital? La mayoría respondió afirmativamente (82%), en especial los médicos (91%). Las respuestas sobre los principales tipos de barreras, son: “costumbres y creencias” (31%), “resistencia a utilizar los servicios de salud” (23%), “miedo” (22%), e “idioma” (12%). (Ver gráfico 5).



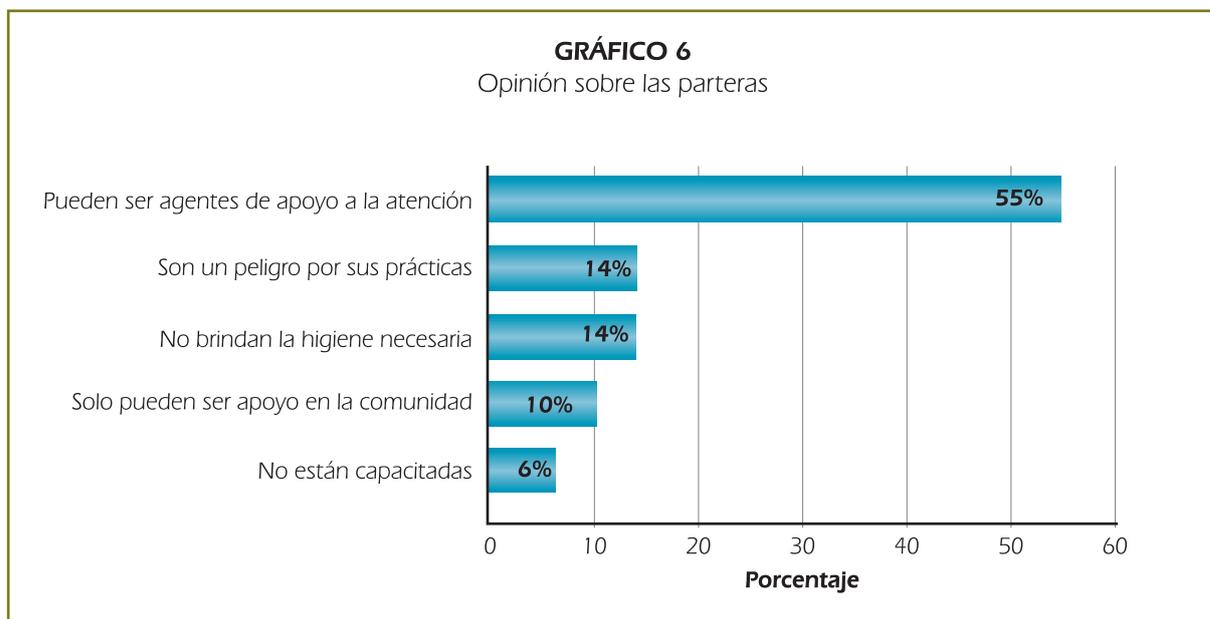
**Tipo de barreras**

- Costumbres y creencias 31%
- Resistencia a usar servicios de salud 23%
- Miedo 22%
- Idioma 12%
- Baja educación 10%
- Otra 3%

▪ **Opinión sobre las parteras**

Se preguntó al personal de salud del hospital su opinión sobre las parteras. Las opiniones son divididas: un 55% considera que pueden ser apoyo al hospital, pero también hay opiniones de que representan un peligro, ya que no siguen normas de higiene y que no están capacitadas.

Se preguntó también sobre los roles que las parteras podrían cumplir en el hospital. De acuerdo a las respuestas dadas por el personal de salud entrevistado, los principales roles que pueden cumplir las parteras son: “referir a las pacientes” (28%), “intermediar entre las pacientes indígenas” (25%), “educar en las comunidades” (22%), y “asistir los partos y ayudar al médico” (20%). (Ver gráfico 6).



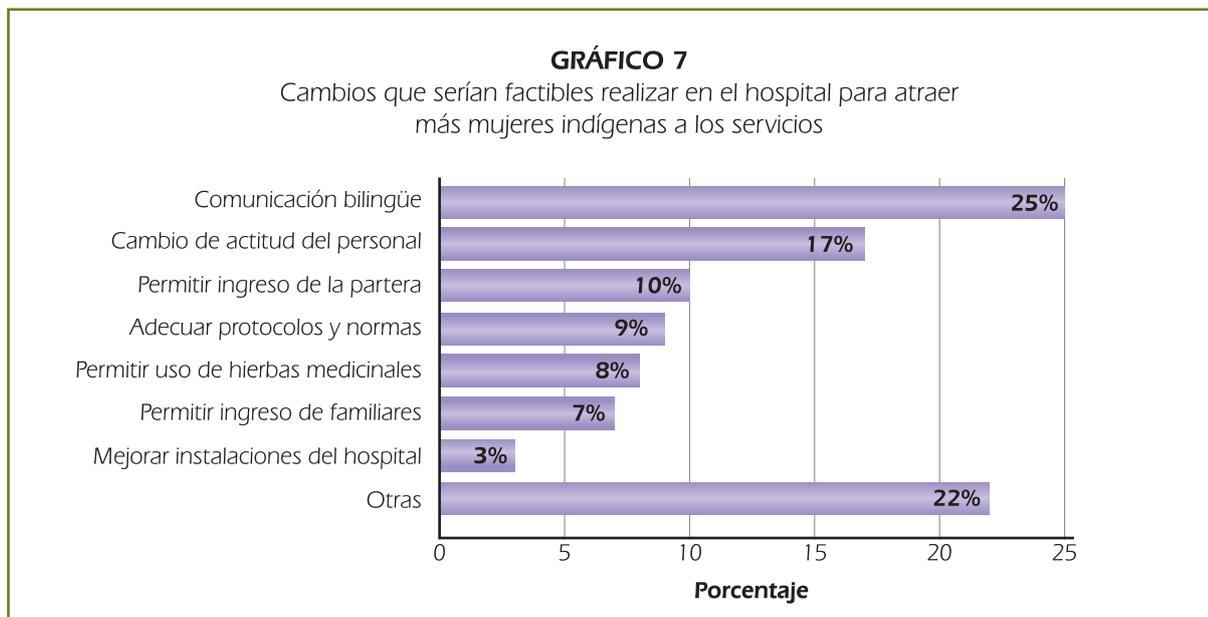
Sociodrama para atención de parto culturalmente adecuado. Director del Hospital y personal.

### ■ Cambios factibles en el hospital según el personal de salud

Con el fin de consensuar con el personal de salud posibles cambios en las rutinas hospitalarias, se preguntó sobre cuáles serían factibles y necesarios.

- La totalidad de funcionarios (98%) considera importante incorporar el enfoque intercultural en los servicios de salud reproductiva, sin distinción de tipo de personal de salud. Así mismo, todo el personal estaría a favor de que el Hospital de Otavalo introduzca cambios para atraer más a las mujeres indígenas a los servicios de salud.
- Los principales cambios que serían factibles introducir de acuerdo con las respuestas dadas son: “comunicación bilingüe castellano/kichwa” (25%); “cambio de actitud de todo el personal” (17%), “permitir el ingreso de la partera” (10%); “adequar los protocolos y normas de atención” (9%); “permitir el

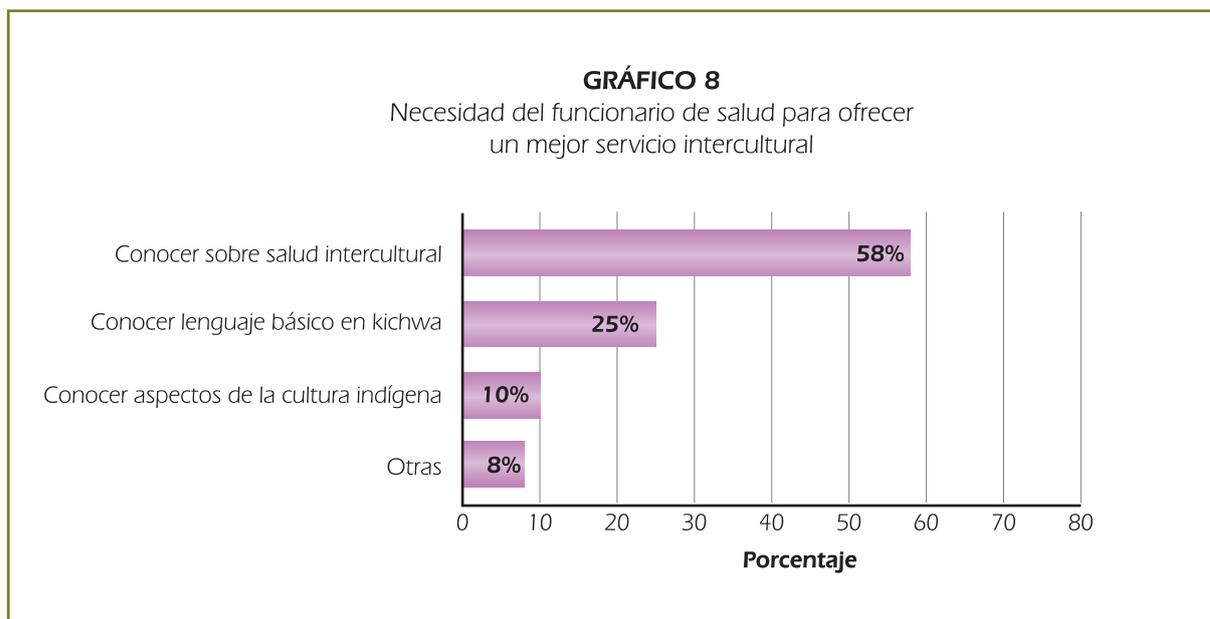
uso de hierbas medicinales” (8%); y “permitir el ingreso de familiares” (7%). (Ver gráfico 7).



■ ¿Qué necesidades tiene el personal de salud para implementar los cambios?

Se preguntó sobre los requerimientos que tendría el personal de salud para implementar cambios tendientes a incorporar un enfoque intercultural en los servicios

Las principales necesidades del personal se refieren a conocer de mejor forma sobre salud intercultural, conocer el idioma kichwa para comunicarse de mejor manera con sus usuarios/as, conocer mejor la cultura indígena. El personal entrevistado reconoció la necesidad de adentrarse en el conocimiento de la otra cultura, la de sus usuarias y de esta manera, entender mejor su cosmovisión sobre la salud. (Ver gráfico 8).

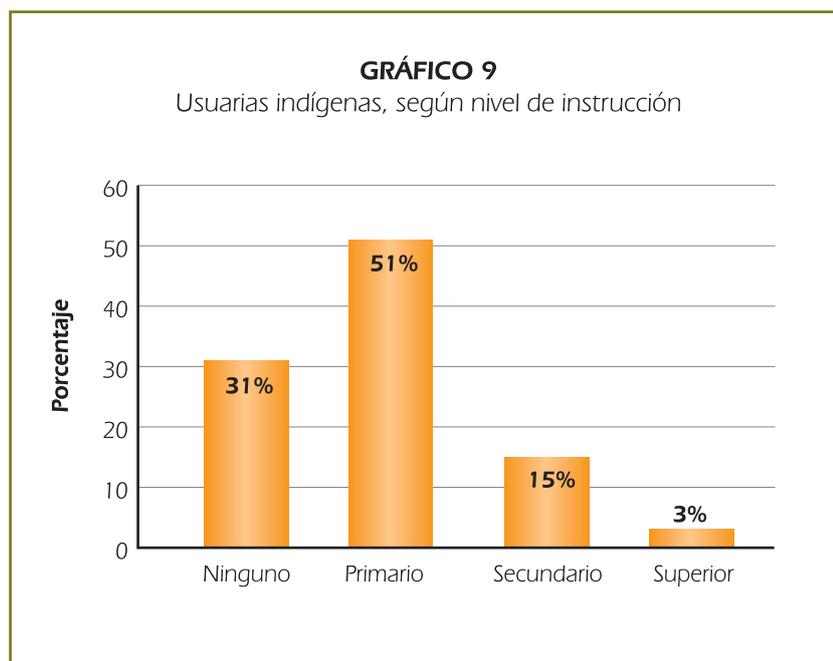


Mujeres indígenas.

## Hallazgos sobre las percepciones y prácticas de las mujeres indígenas sobre el proceso reproductivo

- Características de las mujeres entrevistadas
- El promedio de edad de las usuarias es de 31.6 años, la mayoría de ellas, el 70% son bilingües kichwa castellano, el 20% sólo hablan kichwa y el 10% sólo castellano. Casi las tres cuartas partes de usuarias son casadas (73%); el 16% solteras; el 6% desunidas (divorciadas, separadas y viudas) y un 5% unidas. En cuanto a educación, casi la tercera parte de ellas (31%) no tienen ningún nivel de instrucción, es decir, son analfabetas; poco más de la mitad (51%) tienen algún año aprobado en el nivel primario; el 15% algún año de secundaria; y el 3% han aprobado algún año en el nivel superior. En general, la gran mayo-

ría de mujeres indígenas (82%) o no tienen instrucción o solamente han aprobado algún año en la escuela primaria. Es evidente que las mujeres menores de 30 años tienen mucho mejores niveles de instrucción que las de 30-49 años de edad. (Ver gráfico 9).



*“En general, la gran mayoría de mujeres indígenas (82%) o no tienen instrucción o solamente han aprobado algún año en la escuela primaria”.*

- Aunque no haya respuestas de frecuencia alta, las mujeres jóvenes y aquellas con mejores niveles de instrucción conocen mejor sobre el momento de mayor riesgo de quedar embarazada una mujer. Así mismo, son bastante menores los porcentajes de estos grupos de mujeres que respondieron: “no sabe”. (Ver gráfico 10).



Datos

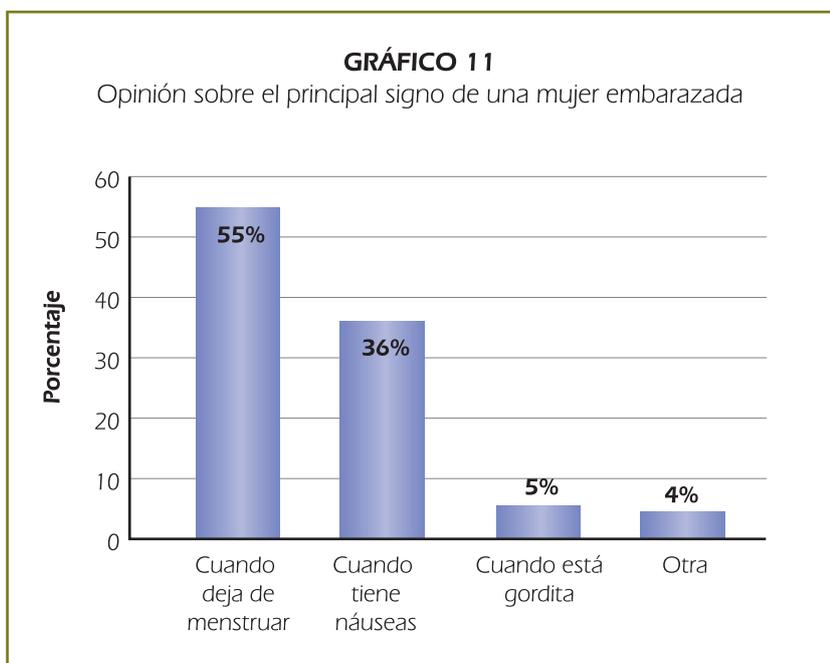
- No responde 2% ●
- Durante la menstruación 7% ●
- 5 días antes de la menstruación 12% ●
- 5 días después de la menstruación 31% ●
- A la mitad de la menstruación 7% ●
- A todo momento 12% ●
- No sabe 29% ●



- ¿Cuándo cree que una mujer puede quedar embarazada?
  - A la pregunta ¿Cuándo cree que una mujer puede quedar embarazada? Poco más de la mitad (51%) respondió: “cuando ya ha menstruado”, un 12% dijo: “a los 12 años”, y el 17% mencionó: “a los 15 años”. Tómese en consideración también que el 18% respondió que “no sabe” y el 1,6% no respondió a la pregunta.
  - También en este caso, las mujeres jóvenes y aquellas con mejor instrucción conocen mejor sobre cuando una mujer puede quedar embarazada; es decir, entre estas mujeres se observa más altos porcentajes de respuesta: “cuando deja de menstruar”.
- Embarazo en la primera relación sexual
  - La mitad de las mujeres indígenas entrevistadas contestó que una mujer puede quedar embarazada en la primera relación sexual; la otra mitad contestó negativamente. Prácticamente sobre esta respuesta no existen diferencias significativas respecto a la edad y al nivel de instrucción de las entrevistadas.

### - Principal signo de una mujer embarazada

- Más de la mitad (55%) contestó que el principal signo de una mujer embarazada es “cuando deja de menstruar” y más de la tercera parte (36%) dijo: “cuando tiene náuseas”; el 5% dijo “cuando aumenta de peso y está gordita”. Existe un mayor conocimiento en las mujeres jóvenes y en las que tienen mejor instrucción, pero el mismo no es tan significativo comparado con el de los otros grupos de mujeres. (Ver gráfico 11).



### - Principal cuidado cuando estuvo embarazada

- Los principales cuidados de las mujeres cuando estuvieron embarazadas son, de acuerdo con las respuestas dadas: “ir al médico(a) para control del embarazo” (34%), seguido de: “comer bien” (20%) e “ir donde la partera” (12%). Más de la quinta parte (21%) contestó que “no tuvo ningún cuidado”, existiendo un 7,5% que nunca ha estado embarazada.

*Los principales peligros que tiene o puede tener una mujer embarazada son: "sangrado/hemorragia", "dolor de cabeza fuerte y permanente", "la posición del bebé", "hinchazón de manos y pies" y "desmayos".*

- Peligros que tiene o puede tener una mujer embarazada
  - Según respuestas múltiples de las entrevistadas, los principales peligros que tiene o puede tener una mujer embarazada son: "sangrado/hemorragia", "dolor de cabeza fuerte y permanente", "la posición del bebé", "hinchazón de manos y pies" y "desmayos". Un 15% de respuestas son referidas a "ningún peligro".
- Costumbres y conocimientos de plantas que se utilizan durante el embarazo
- Costumbres existentes en la comunidad sobre mujeres embarazadas
  - Sobre el total de respuestas a la pregunta sobre costumbres que existen en la comunidad con respecto a las mujeres embarazadas, cerca de la mitad (47%) se refieren a: "no hacer trabajos forzados", y un 5% "no tener relaciones sexuales"; existiendo un importante 34% de mujeres que respondió que: "no existe ninguna costumbre" sobre este aspecto.



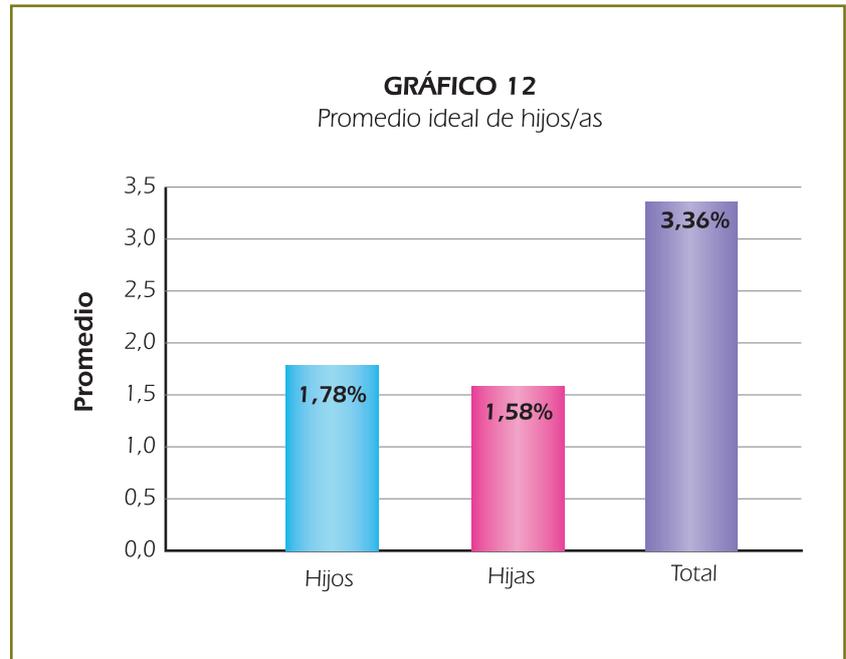
Parteras y hierbas medicinales.

## - Conocimiento de plantas medicinales que se utilizan durante el embarazo

- La tercera parte de las mujeres entrevistadas (33%) conoce de plantas medicinales que se utilizan durante el embarazo. Sobre ese total, las respuestas sobre plantas conocidas tienen que ver principalmente con: “manzanilla”, “culantro”, “cedrón”, “canela”, “hierba luisa” y “hojas de higo”.
- Sobre este aspecto, en cambio, son las mujeres de mayor edad y las que tienen menor instrucción las que conocen un poco más sobre el uso de las plantas medicinales durante el embarazo.

## Preferencias reproductivas

- Igual que en otros grupos étnicos, entre las indígenas existe una diferencia entre el ideal reproductivo y la conducta reproductiva. Esto se evidencia al preguntar sobre el número de hijos/as que desea o deseaba tener y lo que se observará más adelante sobre embarazos, partos e hijos nacidos vivos tenidos.
- Preguntando de manera independiente sobre el ideal reproductivo y en términos de sexo, del total de entrevistadas el 14% no desea o no deseaba tener ningún hijo varón y el 24% no quería ninguna hija mujer. Para más de las dos terceras partes (69%) el ideal reproductivo es 1 a 2 hijos; para el 61% 1 a 2 hijas; para el 16% el ideal reproductivo era 3 o más hijos; para el 14% 3 o más hijas. Esta información da como promedio ideal de hijos varones 1,78 y de hijas mujeres 1,58, dando un total de 3,36 hijos/as, con mayor preferencia a tener descendientes varones. (Ver gráfico 12).

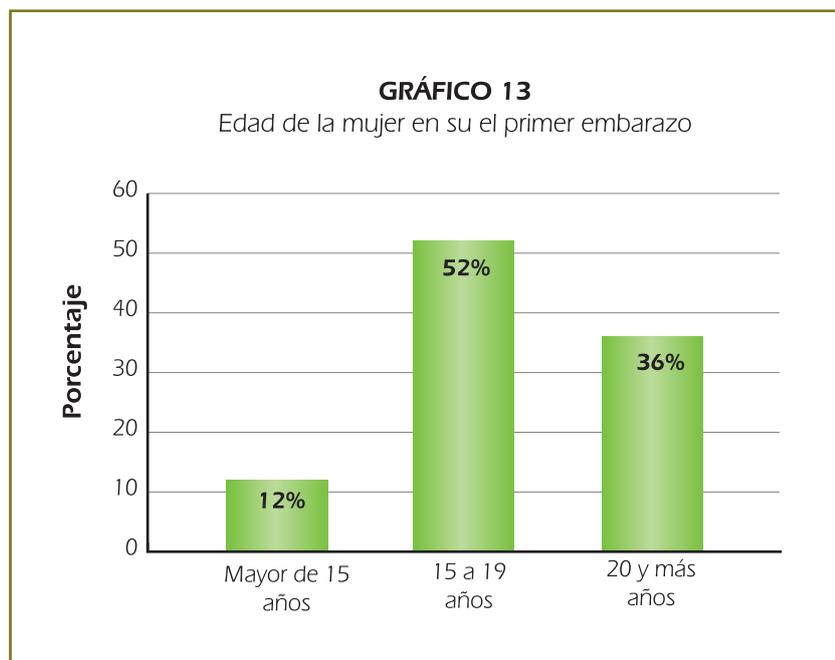


- Edad del primer embarazo

- De las mujeres que han dado a luz hijos nacidos vivos, el 12% tuvo su primer embarazo antes de haber cumplido 15 años, más de la mitad (52%) entre los 15 y 19 años de edad, y un poco más de la tercera parte (36%) cuando tenía 20 o más años de edad, lo cual está determinando una edad bastante precoz al primer embarazo. (Ver gráfico 13).



Usuaría.



*“Se evidencia un mayor control del actual o último embarazo en mujeres jóvenes y en aquellas con mejores niveles de escolaridad”.*

#### - Control del embarazo

- Del total de mujeres entrevistadas, el 15% estaba embarazada al momento de la entrevista y el 78% se había hecho algún control en el último o actual embarazo. Mayor porcentaje de embarazadas actualmente se observa en mujeres menores de 30 años y en las que tienen mejor instrucción. Se evidencia un mayor control del actual o último embarazo en mujeres jóvenes y en aquellas con mejores niveles de escolaridad. (Ver gráfico 14).



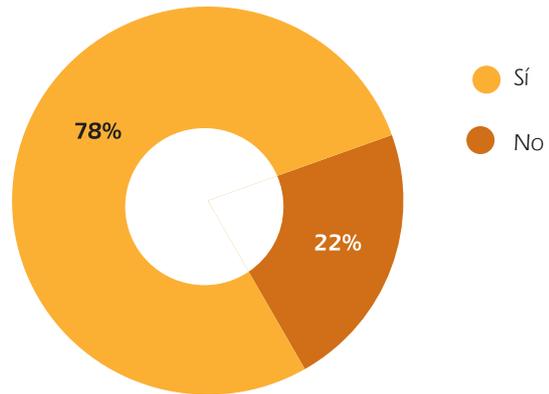
Usuaría.



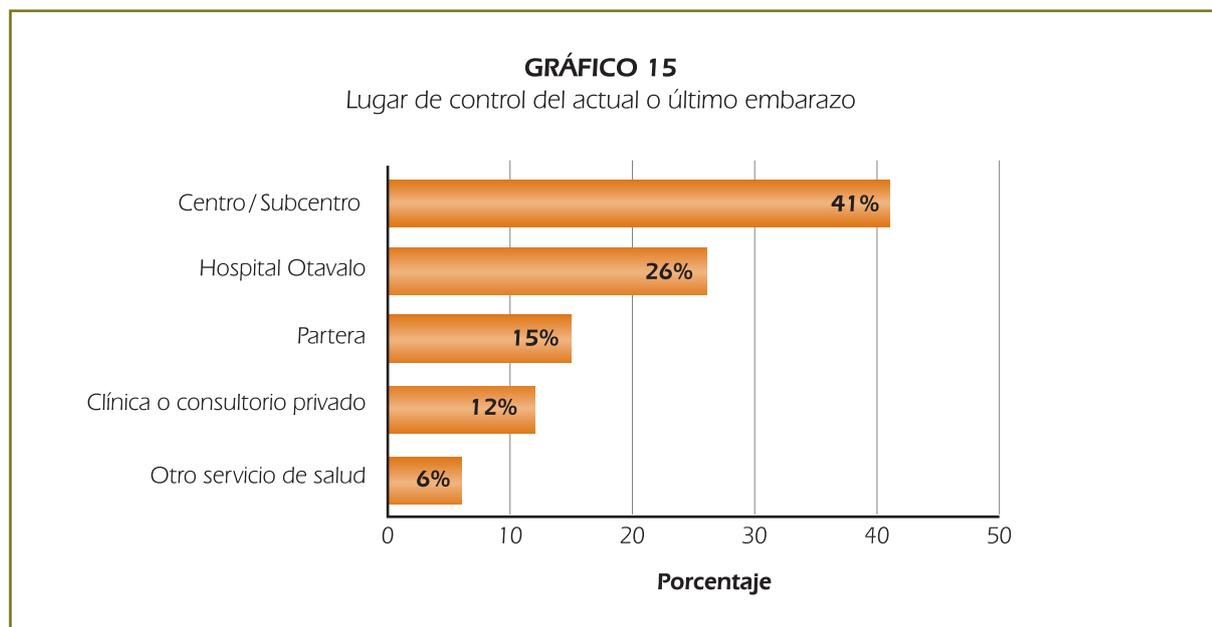
**Datos**

Si 78%  
No 22%

**GRÁFICO 14**  
Control prenatal en el actual o último embarazo



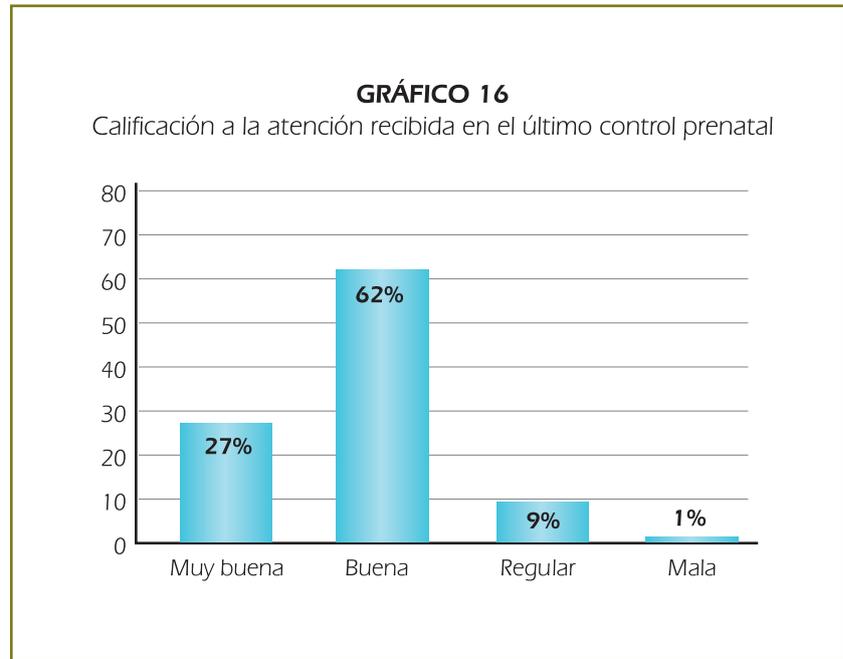
- De las mujeres que se hicieron algún control en el último o actual embarazo, el 59% se hizo entre 1 y 4 controles, el 39% entre 5 y 7, y el 15% restante 8 o más controles durante el período gestacional. El promedio de controles resulta ser 4,4, menor a la norma nacional del MSP (5 controles). El promedio de controles de mujeres menores de 30 años es de 4,8, superior al 4,0 de aquellas entre 30 y 49 años de edad; mujeres con baja instrucción 4,3, no tan diferente a 4,5 de mujeres con mejor instrucción. (Ver gráfico 15).



- Para la gran mayoría de mujeres (89%) la atención recibida la última vez que se hizo control de embarazo en un establecimiento de salud, fue: “muy buena” (27%) y “buena” (62%). El 11% restante dijo que la atención fue “regular” (9,2%) y “mala” (1,4%). Las razones para calificar como regular o mala la atención tienen que ver principalmente con: “no le explicaron lo que le harían” (35%), “no había privacidad durante la atención” (30%) y “le trataron mal” (26%).
- Las razones por las cuales el 22% de mujeres embarazadas que no se hicieron controlar en su último o actual embarazo, se refieren principalmente a “falta de dinero” (24%), “temor” (21%) y “no lo consideró/a importante” (19%). (Ver gráfico 16).

*“Las razones por las cuales el 22% de mujeres embarazadas que no se hicieron controlar en su último o actual embarazo, se refieren principalmente a “falta de dinero”.*

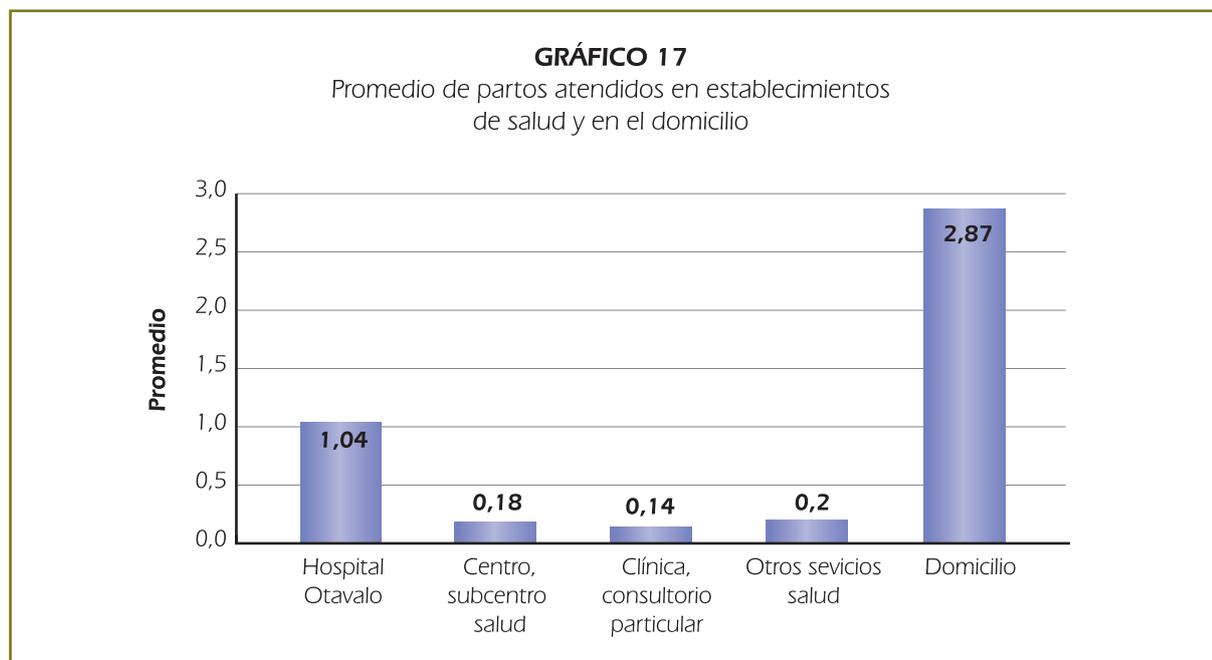
*“Poco más de la tercera parte de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud y las otras dos terceras partes en la casa”.*



Usuaría del servicio del parto culturalmente adecuado.

## ▪ Atención del parto

- Partos atendidos durante toda la vida: establecimientos de salud y domicilio
- Del total de mujeres que alguna vez han dado a luz durante toda su vida, en promedio: 1,04 partos ocurrieron en el Hospital San Luis de Otavalo, 0,18 partos en Centros o Subcentros del MSP, 0,14 partos en clínicas o consultorios particulares, 0,20 partos en otros servicios de salud, y 2,87 partos en la casa o domicilio. Estos datos indican que en este grupo de mujeres **poco más de la tercera parte de los partos fueron atendidos en establecimientos de salud (36%) y las otras dos terceras partes (64%) en la casa; en el Hospital de Otavalo se han hecho atender el 23% de todos los partos.** (Ver gráfico 17).



### - Lugar de atención del último parto

- Es evidente que en la actualidad existe mayor cobertura de la atención del parto en establecimientos de salud, tomando en consideración a la que corresponde al último parto. En Unidades de Salud se han hecho atender el 54% de mujeres en su último parto, disminuyendo por lo tanto el parto domiciliar al 46%. De los partos atendidos en establecimientos de salud, la mayoría corresponde a los atendidos en hospitales (35%), los cuales casi exclusivamente han sido en el Hospital San Luis de Otavalo. Alrededor del 7% de los partos fueron atendidos en unidades operativas del MSP, solamente el 4% en clínicas o consultorios privados y el 8% en otros servicios de salud.
- La mayor cobertura de la atención del último parto en establecimientos de salud es evidente mayor en mujeres menores de 30 años (73%) y en aquellas con mayor instrucción (70%), lo cual contrasta con el 44% y 43% de mujeres de entre 30 y 49



años, y las que tienen baja instrucción, respectivamente; en estos últimos dos grupos de mujeres, el parto domiciliario llega al 56% y 57%, en ese mismo orden. En el Hospital de Otavalo, la atención del último parto llega al 48% en mujeres menores de 30 años y al 44% en mujeres con mayor escolaridad.

- En su mayoría (67%) fue la parturienta la que decidió el lugar donde daría a luz, la última vez; en el 19% de los casos fue el esposo o conviviente y en el 14% fue por decisión de otros familiares, suegra y otras personas. (Ver gráfico 18).

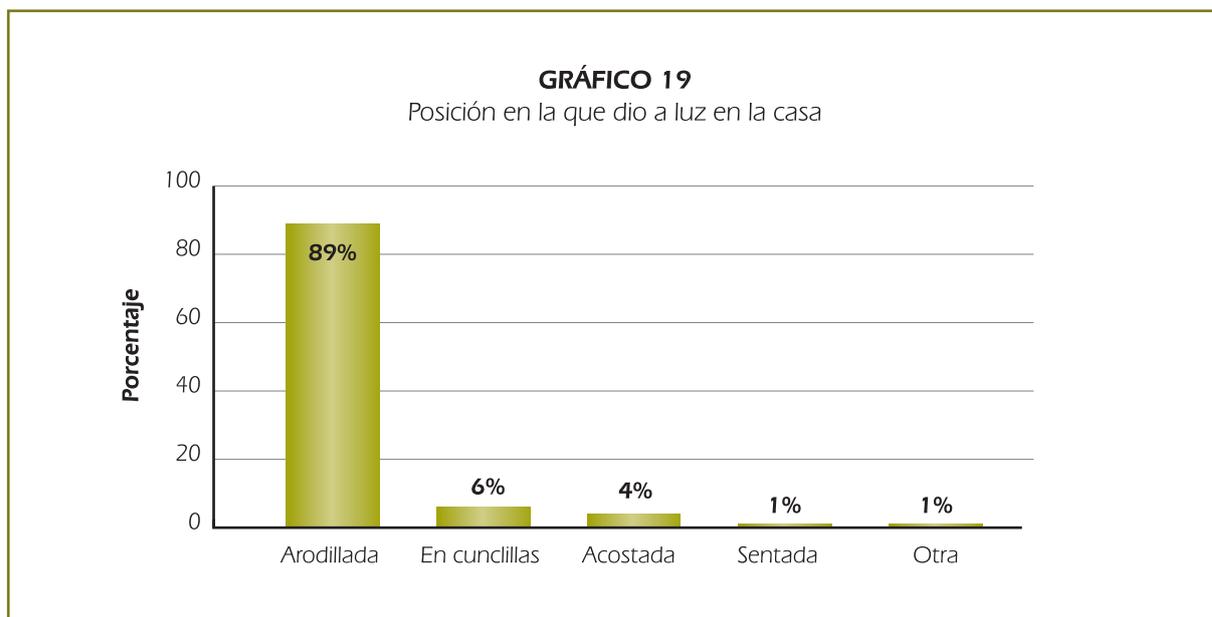


#### - Parto domiciliario

- De todos los partos ocurridos en la casa en la última vez (46%), la mayoría fueron atendidos por la partera (62%), seguido con alguna diferencia por la atención de familiares (30%) y parto sola (8%), sin existir mayores diferencias con relación a la edad e instrucción de las mujeres.

- Las informantes en casi el 90% consideran la atención recibida en la casa como: “muy buena” (43%) y “buena” (46%), quedando un 10% con calificativos de “regular” o “mala”.
- Las principales razones por las cuales las mujeres no fueron al Hospital de Otavalo, a dar a luz la última vez tienen que ver principalmente con: “temor al hospital” (29%), “distancia” (13%), “falta de recursos económicos (12%), “no lo considero importante” (11%) y “no confía en el personal de salud” (7%). Es importante observar que sólo el 9% de parturientas respondió que dio a luz en la casa y no fue al hospital “por costumbre o tradición”. Casi la mitad de las mujeres indígenas que dieron a luz en su casa la última vez (46%) hubieran querido ser atendidas en el Hospital de Otavalo u en otro servicio de salud.
- El temor al hospital tiene que ver con las prácticas de baño, tactos innecesarios, aislamiento de los familiares, frío, poco cuidado y respeto al pudor. El temor también se relaciona con el trato que reciben del personal, en ocasiones despectivo y discriminatorio. Hay un sentido de desvalorización por ser indígenas, que se transmite en el lenguaje y la forma de relación entre el personal mestizo y las usuarias indígenas.
- La posición en que dieron a luz las mujeres en su casa la última vez fue principalmente “arrodilladas” (89%). Sólo el 6% dio a luz en “cuclillas” y el 4% “acostada”. Sobre este aspecto, casi no existen diferencias en cuanto a la edad e instrucción de las mujeres. (Ver gráfico 19).

*“El temor al hospital tiene que ver con las prácticas de baño, tactos innecesarios, aislamiento de los familiares, frío, poco cuidado y respeto al pudor”.*



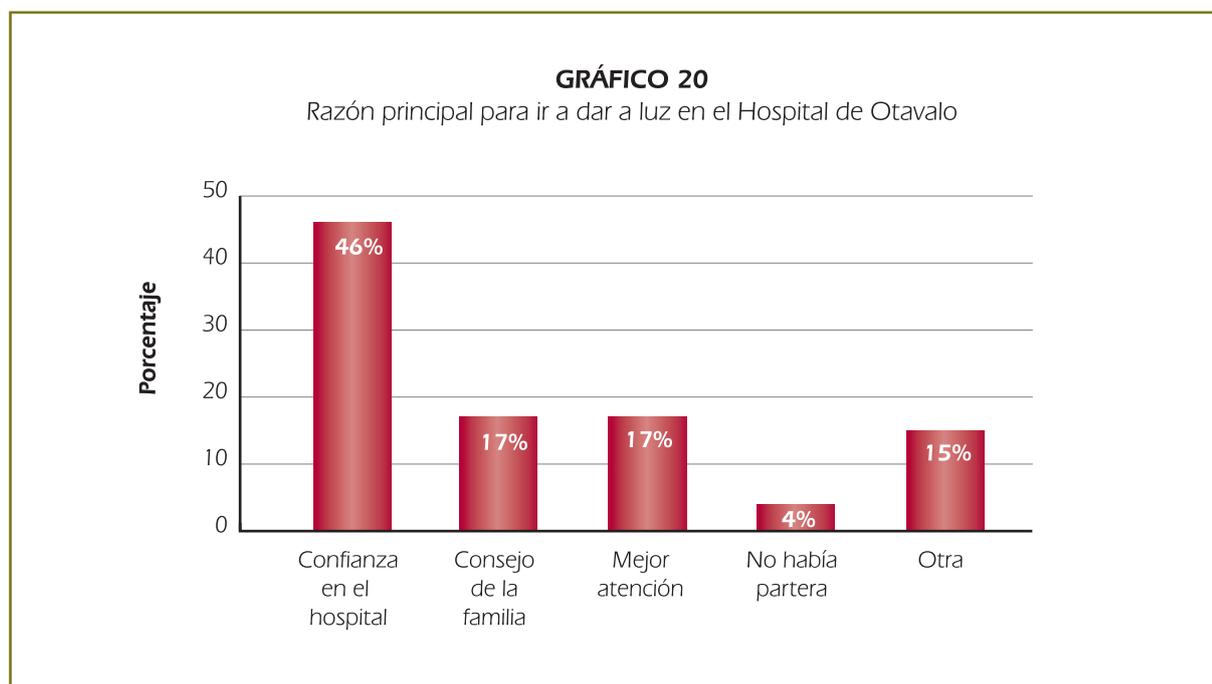
Atención del parto culturalmente adecuado, con partera y profesional de salud.

La posición arrodillada es una práctica cultural entre las mujeres kichwas de Otavalo, y es la razón por la que prefieren dar a luz en domicilio. Junto con la posición hay otras prácticas culturales relacionadas con rituales durante el embarazo, parto y postparto, masajes, manto, uso de hierbas medicinales, tipo de dieta, que son propias de la cultura y completamente distintas a las prácticas del hospital.

#### - Acompañante

- Casi a todas las mujeres que iban a dar a luz en el Hospital alguna persona la acompañó, siendo principalmente el esposo / compañero (64%), el padre o la madre u otro familiar (14%). El sentirse acompañadas por un familiar, o por la partera es uno de los aspectos que se demanda al hospital, para que las mujeres se sientan más seguras.

- Razón principal para dar a luz en el hospital
  - La “confianza en el hospital” es para el 46% de usuarias la principal razón para haber ido a dar a luz en ese servicio la última vez, lo cual unido a las que declararon “mejor atención” y “consejo de la familia” (17% en cada caso), indica de principio una buena aceptación del servicio. Mayor confianza en el hospital la tienen las mujeres jóvenes, y por consejo de familiares y mejor atención, las mujeres de 30 a 49 años de edad. No existen mayores diferencias con relación a la instrucción. (Ver gráfico 20).





*“El 80% de las mujeres que fueron atendidas en el Hospital en su último parto declaró que “se sintió a gusto” del trato recibido en el establecimiento”.*

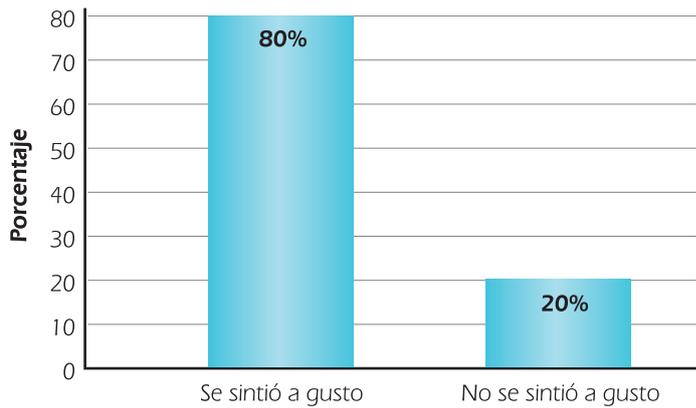
- Opiniones sobre la calidad de atención en el Hospital San Luis de Otavalo
- Trato recibido
  - El 80% de las mujeres que fueron atendidas en el Hospital en su último parto declaró que “se sintió a gusto” del trato recibido en el establecimiento. El 20% restante que no se sintió a gusto, dio como razones principales para ello: “prefieren atender a otras personas”, “no daban importancia a sus pedidos”, “le hicieron esperar mucho” y “no entendía lo que le decían”. Pese a que existe un alto porcentaje de aceptación del servicio, también hay un porcentaje que señala las razones de su rechazo. Cuando dicen que las hicieron esperar mucho, se refieren tanto a la organización del hospital y la toma de turnos que empieza muy temprano en la mañana, por lo tanto ellos deben desplazarse en transporte público o caminando. El no entender las explicaciones se relaciona con las dificultades de comprender el castellano y con el lenguaje técnico, muchas ocasiones incom- prensible para no especialistas. (Ver gráfico 21).



Lily Rodríguez UNFPA y enfermera - auxiliar en servicios del Hospital San Luis de Otavalo.

**GRÁFICO 21**

Opinión sobre el trato recibido en el Hospital de Otavalo en el último parto

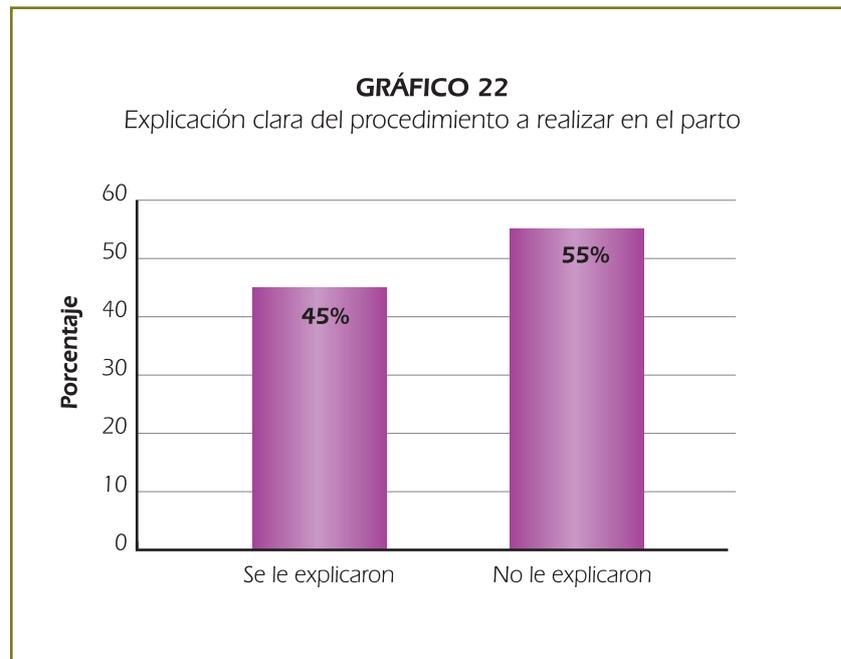


- Explicaciones sobre los procedimientos que hacen a los pacientes
  - A la pregunta: ¿le explicaron claramente lo que le iban a realizar en su parto?. Menos de la mitad (45%) contestó afirmativamente, la misma que fue en idioma castellano y de las cuales el 88% dijo haber entendido las explicaciones que le dieron. Se entiende por lo tanto, que al 55% de parturientas no le explicaron claramente lo que le harían. (Ver gráfico 22).



Partera.

*“El pudor se relaciona con la ropa que se usa en el hospital con abertura posterior, la exposición del cuerpo a extraños”.*



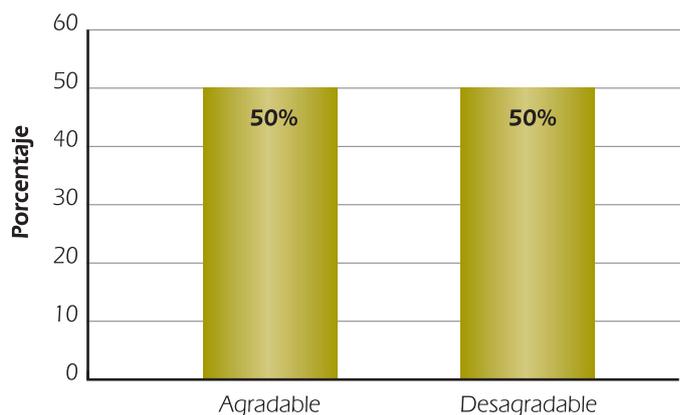
#### - Servicio de comida en el hospital

- A más de las tres cuartas partes de usuarias (76%) le gustó la comida que les dieron en el Hospital; la otra cuarta parte dijo que no le gustó principalmente por el “sabor de la comida”, que “no era la dieta para una parturienta” y sobre la “cantidad de comida”.

#### - Opinión sobre el cuarto o sala de partos

- Sólo para la mitad de parturientas el cuarto o sala de cirugía donde dio a luz estaba “agradable”. La otra mitad dijo que estaba “desagradable”, la principal y casi única razón para su descontento fue que el mismo estaba “muy frío”. Consecuente con lo anterior, para estas personas el cuarto para dar a luz debería ser principalmente “cálido”. (Ver gráfico 23).

**GRÁFICO 23**  
Opinión sobre el cuarto o sala de partos



### - Posición para dar a luz

- A la pregunta: ¿se sintió bien en la posición que dio a luz?. Un poco más de la mitad (59%) contestó afirmativamente, quedando un importante 41% de parturientas que no le gustó, especialmente, porque “es incómoda” (50%) y por cuanto: “se muestra el cuerpo” (45%). La incomodidad se relaciona con la posición acostada, donde se dificulta el pujo y la respiración. La posición ginecológica ha sido criticada por ser cómoda para el médico, pero no para la mujer.
- El pudor se relaciona con la ropa con abertura posterior que se usa en el hospital, la exposición del cuerpo a extraños, que contrasta con la práctica de cubrir el cuerpo y no dejarlo ver ni durante el parto cuando este se produce en el domicilio.
- Casi las dos terceras partes de las mujeres que dieron a luz en el hospital la última vez (64%), dijeron que conocen otras posiciones para dar a luz, de las cuales, sobresale principalmente la posición de “arrodillada” (75%). (Ver gráfico 24).



Atención del parto culturalmente adecuado.

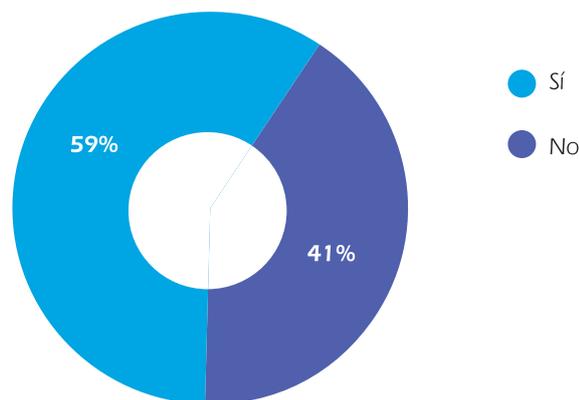


¿Por qué no le gustó la posición en que dio a luz?

- Es incómoda 50%
- Se muestra el cuerpo 45%
- Otra 5%

GRÁFICO 24

¿Se sintió bien en la posición que dio a luz?



- ¿Sintió vergüenza en el último parto?
  - Tómese en consideración que la gran mayoría de mujeres indígenas (81%) que dio a luz en el hospital sintió vergüenza. Las razones por las que sintió vergüenza tienen que ver especialmente con que “la desvistieron” (45%), la “presencia de otras personas, no familiares” (32%) y porque “la tocaron o realizaron tactos” (13%).
- Recomendación sobre la placenta
  - Cerca de la tercera parte de las usuarias que dieron a luz en el hospital (31%) hicieron recomendaciones sobre la placenta. Para las entrevistadas lo mejor es que “la entierren” (62%) o que “la devuelvan a la familia” (31%). La placenta tiene un significado cultural con la vida y un tratamiento particular en las comunidades y familias. En los partos domiciliarios la placenta se entierra cerca de la casa, se la entierra profundo para evitar que los animales se la coman, para que no le pase el frío a la mamá y no se enferme el niño, y cuando se la entierra se realizan rezos y rituales. Estas prácticas culturales no son consideradas en los servicios del hospital, donde se siguen los procedimientos biomédicos indicados por la autoridad de salud.

**RESUMEN DE LAS BRECHAS ENTRE LA OFERTA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL SAN LUIS EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO A LAS MUJERES INDÍGENAS Y CAMBIOS NECESARIOS EN EL HOSPITAL**

| Brechas                            | Percepciones y prácticas de las mujeres indígenas   | Percepciones y prácticas del personal de salud  |
|------------------------------------|---|---|
| Lengua.                            | Quieren que les hablen en su propia lengua, el kichwa.  | El personal en su mayoría no conoce el kichwa.  |
| Información sobre procedimientos.  | Las mujeres no comprenden lenguaje técnico sobre procedimientos durante el embarazo, parto, postparto y tampoco se les informa.   | El personal de salud toma decisiones que se las transmite de manera poco comprensible para mujeres con poca escolaridad.  |
| Uso de hierbas y aguas aromáticas. | Las mujeres quisieran que en el hospital se permita el uso de aguas aromáticas de acuerdo a su costumbre, las que sirven para aliviar el dolor o apurar el trabajo de parto.                      | El personal de salud no conoce mucho, pero permiten que algunas que solicitan tomen aguas que traen los familiares.   |
| Posición del parto.                | Quisieran que se les pregunte y se les dé oportunidad de decidir sobre posición del parto. De preferencia quisiera dar a luz en posición vertical: arrodilladas, en cuclillas o como se acomoden. | No preguntan, porque consideran que la posición "natural" es la ginecológica. El parto vertical no se practica porque el personal médico no sabe cómo hacerlo. Las universidades no enseñan estas alternativas ni se prioriza la opinión y necesidades de las usuarias. |



Equipo profesional de enfermeras del Hospital San Luis de Otavalo.



| Brechas                  | Percepciones y prácticas de las mujeres indígenas  | Percepciones y prácticas del personal de salud   |
|--------------------------|--|--|
| Pudor.                   | Las mujeres tienen vergüenza de que se les descubra el cuerpo y que no haya privacidad en el servicio.   | El personal médico considera natural pedir que se desvistan y hacerlo en presencia de otras personas como pacientes, enfermeras, u otro personal del hospital.   |
| Tactos.                  | Las mujeres no quieren que les realicen tactos, más aún cuando son médicos hombres y los realizan de manera repetida.  | La realización de tactos es práctica común.  |
| Ingreso de familiares.   | Las mujeres insisten en que los familiares deben ingresar al hospital para ofrecer apoyo moral a la parturienta.   | Por razones de espacio y de que no es una clínica privada, el personal no está de acuerdo con el ingreso de familiares.  |
| Masajes.                 | Las mujeres quisieran que se les alivie el dolor con masajes durante la etapa previa al período expulsivo.   | Esta práctica no está incluida en el servicio.   |
| Presencia de la partera. | Las mujeres indígenas se sentirían acompañadas con una persona de confianza que generalmente habla su propia lengua y que las ha acompañado durante el embarazo. El ingreso de la partera sería un factor positivo hacia el hospital para ganar la confianza de las mujeres indígenas y para que el personal pudiera reconocer y aprender del trabajo de las parteras. | Las parteras no pueden entrar al hospital. Hay desconfianza sobre su trabajo y se las culpa de malas prácticas.<br>¿Quién asumiría el pago del trabajo de la partera? No es política del hospital ningún tipo relación con las parteras. |
| Manejo de la placenta.   | Una práctica tradicional es el entierro de la placenta generalmente cerca de la casa con un ritual relacionado con el bienestar del bebé y de la madre.  | Se deshecha la placenta sin preguntar a la mujer ni a la familia. Es parte de la rutina hospitalaria. El hospital podría devolver la placenta a quien la solicite.   |

| Brechas                                  | Percepciones y prácticas de las mujeres indígenas  | Percepciones y prácticas del personal de salud  |
|--|--|---|
| Trato al paciente.                       | El trato de la partera es afectuoso, de respeto.   | Trato impersonal, discriminatorio.  |
| Otros como: acceso geográfico, horarios. | Los servicios de salud funcionan con horarios que no se ajustan a la realidad de la población rural/ indígena. Las comunidades lejanas cuentan con frecuencias específicas de transporte y cuando llegan a las UO estas, están cerradas. | Las mujeres indígenas prefieren atenderse por la partera o el yachac, no les gusta venir al hospital. |

Fuente: "Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones y prácticas de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el Hospital San Luis de Otavalo". Lily Rodríguez, Tesis de Maestría en Antropología y Cultura. Universidad Politécnica Salesiana 2009.

Estas brechas no son sino la expresión del desencuentro entre dos visiones diferentes sobre la salud reproductiva, que corresponden a diferentes culturas. Cada pueblo construye un concepto de salud y bienestar, por lo que en un país multicultural como Ecuador, se requiere reconocer las prácticas culturales de los diferentes pueblos en relación a la salud para responder a esas necesidades de salud de esta población diversa.

Las políticas públicas tienen el reto de integrar dichas prácticas en un concepto integral e inclusivo de salud.





PARTE 6

Proceso de cambios  
en el Hospital San Luis  
de Otavalo

## ■ Proceso de cambios en el Hospital San Luis de Otavalo y construcción del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural - parto culturalmente adecuado



Usuarios.

---

A partir del diagnóstico realizado, la Dirección Provincial de Salud de Imbabura/Salud Intercultural, el Área No. 4 - Otavalo, el Gobierno Municipal de Otavalo, Jambi Huasi con el apoyo técnico y financiero de UNFPA nos propusimos iniciar la construcción de un Modelo de Salud Reproductiva con enfoque intercultural que supere el desencuentro entre los sistemas médicos, para lo cual era necesario partir del reconocimiento de la diversidad cultural con sus distintos conocimientos y prácticas sanitarias, que no son antagónicas sino que por el contrario, pueden complementarse a favor de lograr una mayor eficacia en los sistemas de salud pública.

Una premisa para implementar los cambios fue responder a las necesidades de las usuarias de los servicios de salud, conocer mejor su cosmovisión, su cultura, sus prácticas sanitarias y proponer un diálogo e intercambio cultural entre la medicina occidental y la medicina indígena y transformar el sistema de salud, acercándolo a la realidad cultural de los/las usuarios/as.

Para conocer de cerca otras experiencias en salud intercultural, implementadas en la región, UNFPA facilitó una pasantía de tres personas a Perú, en la que participaron el Director del hospital, el

Jefe del Servicio de Ginecobstetricia y la Coordinadora de Salud Intercultural de la provincia de Imbabura, quienes visitaron los servicios de salud interculturales del MINSA en Cuzco. Como resultado de la visita, se realizaron varias reuniones de análisis para valorar dicha experiencia y para decidir los cambios posibles y factibles considerando las particularidades del Hospital San Luis de Otavalo. Así se estableció un plan de trabajo para avanzar en la construcción del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural.



Hospital San Luis de Otavalo.

*“Una premisa para implementar los cambios fue responder a las necesidades de las usuarias de los servicios de salud, conocer mejor su cosmovisión, su cultura, sus prácticas sanitarias y proponer un diálogo e intercambio cultural entre la medicina occidental y la medicina indígena”.*

## Enfoques del modelo

**Enfoque de derechos:** se reconoce que los/usuarios/as de los servicios de salud, son sujetos de derechos y que la salud es un derecho que debe ser garantizado para toda la población, sin discriminación de ningún tipo. El Estado por su parte es garante de derechos y como tal, tiene la obligación de adecuar sus políticas, programas, normas, reglamentos, servicios acordes a las necesidades de sus usuarios/as y de manera explícita considerando la diversidad cultural.

*“El modelo debe partir del conocimiento de las usuarias y los usuarios de los servicios, de sus percepciones, cosmovisión, expectativas. Debe ser un modelo centrado en las personas”.*

**Enfoque centrado en las necesidades de las usuarias de los servicios:** se reconoce que los servicios de salud no han considerado las necesidades, percepciones, expectativas de los usuarios/as y ello ha incidido en la baja cobertura de los servicios públicos de salud. El modelo debe partir del conocimiento de los/las usuarios/as de los servicios, de sus percepciones, cosmovisión, expectativas. Debe ser un modelo centrado en las personas.

**Enfoque de complementariedad entre las medicinas:** se reconoce que en la restitución de la salud pueden confluir distintas medicinas, como la medicina alopática, la medicina ancestral, las medicinas complementarias y alternativas como la homeopatía y acupuntura.

**Enfoque basado en evidencias:** las exigencias actuales en salud, requiere ofrecer evidencias que demuestren la relevancia, beneficios/dificultades de aplicar una u otra medicina. La generación de evidencia exige rigurosidad en los servicios.

**Enfoque intercultural:** basado en un modelo que privilegie el diálogo intercultural en beneficio de la salud de los pacientes. Un enfoque que considera la cultura, cosmovisión y necesidades de los/as pacientes, donde se puede establecer un diálogo entre los distintos saberes y prácticas.

**Enfoque de género:** basado en el reconocimiento de que la construcción del género obedece a pautas culturales que determinan la forma de comportamiento y relación entre hombres y mujeres. En el caso de las mujeres indígenas de Otavalo, los condicionantes de género se refuerzan con los de etnia y religión.

Luego de realizar el diagnóstico y el intercambio de experiencia, se mantuvo reuniones de trabajo con la Unidad Conductora del Área (UCA)<sup>7</sup> para acordar el plan operativo del proceso de implementación y las estrategias a emplearse en la ejecución y la implementación del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural - parto culturalmente adecuado, se contó con la participación activa del personal del hospital, y los socios del proyecto.

La aplicación de este plan generó como todo proceso de cambio, cierto nivel de resistencia y de incertidumbre. Una forma de enfrentar esta situación, fue emprender en el proceso de sensibilización/capacitación al personal de salud. Describimos a continuación las actividades y los cambios operados.

### a. Desagregación de información en el registro de nacimientos

El libro de recién nacidos recoge información como edad, procedencia, posición del parto escogida, entre otros datos, a esto se añadió la variable étnica como un primer paso para la desagregación de estadísticas en el hospital.

La inclusión de esta variable nos permitirá conocer la preferencia de las mujeres indígenas y mestizas para dar a luz, y el aumento o no de la cobertura de atención del parto intrahospitalario en mujeres indígenas, a la vez de medir la calidad de servicio proporcionada.



Usuaría.



Usuarios.

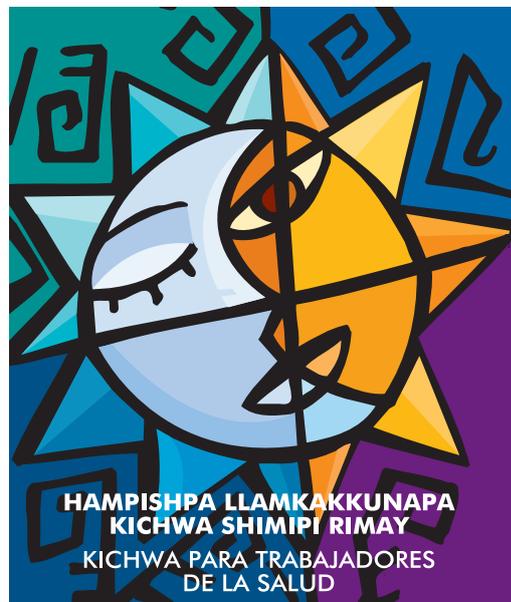
7 La Unidad Conductora del Área (UCA) y está conformada por el Director del Área, Subdirectora Técnica, Administrador, Responsable de Farmacia, Recursos Humanos, Financiera, Enfermera Epidemióloga, Coordinador del Área, Jefa de Laboratorio.

Desde el inicio del servicio (abril 2008), hasta la presente se han registrado 375 partos culturalmente adecuados.

|                             |     |
|-----------------------------|-----|
| Abril a diciembre del 2008  | 128 |
| Enero a septiembre del 2009 | 247 |

## b. Aprendizaje de kichwa básico para personal de salud

Uno de los factores que facilitaron la implementación del modelo fue proponer al personal de salud del hospital un curso de kichwa básico, aspecto que había sido detectado en el diagnóstico. El diagnóstico mostró que las mujeres indígenas se sienten mejor expresándose en su propia lengua, por lo que el personal de salud aceptó iniciar en el aprendizaje del kichwa.



El aprendizaje de otra lengua es un factor importante que permite tender puentes de interculturalidad, por ello se hizo necesario organizar los cursos de kichwa. Los cursos tuvieron 75 y 45 horas de duración, y participaron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Se contó con la facilitación de dos docentes: uno aus-

piciado por el Gobierno Municipal de Otavalo, y otro por la Dirección Provincial de Educación Bilingüe de Imbabura (DIPEIBI). Para facilitar la participación de los/las estudiantes, se consensuó dos horarios: uno en la mañana de 7h30 a 8h30 y otro en la tarde de 16h00 a 17h00.

Al finalizar el curso se hizo entrega de un certificado avalizado por la Dirección Provincial de Educación Intercultural Bilingüe y las instituciones involucradas en el proceso.

Como contribución a este esfuerzo de aprendizaje del kichwa por parte del personal de salud del hospital, Jambi Huasi como socio del proyecto, elaboró un manual del idioma kichwa básico para personal de salud. El objetivo fue complementar el aprendizaje y que sea utilizado por el personal de salud con bases en kichwa, como un instrumento de apoyo, al momento de atender a un/a paciente indígena. Este manual de kichwa para personal de salud cuenta con cinco capítulos, cada uno con su respectivo vocabulario:

1. Presentación médico y paciente.
2. Toma de signos vitales.
3. Partes del cuerpo humano.
4. Diagnóstico.
5. Indicaciones para que tome el tratamiento.

Además cuenta con los siguientes anexos:

- Señalética en kichwa y español de los servicios.
- Listado de las denominaciones en kichwa y español de las especialidades médicas.
- Cuadros con preguntas básicas de la sintomatología más frecuente en los pacientes.

*“El aprendizaje de otra lengua es un factor importante que permite tender puentes de interculturalidad”.*



Hospital San Luis de Otavalo.

Este manual fue adoptado por el Ministerio de Salud, y con su aval se lo presentó formalmente en el evento de lanzamiento del Plan Nacional de Reducción acelerada de la Mortalidad Materna y neonatal. Se realizó también una presentación al personal que participó en el curso junto con la entrega de diplomas a los participantes, en octubre de 2008.

### c. Señalización del hospital

Un importante paso en el proceso de la sensibilización de la interculturalidad es la revalorización y el fortalecimiento de la identidad a través de las imágenes e imaginarios, de los significados que se proyectan en la distribución de los espacios para la población indígena y mestiza. Desde la percepción de los pueblos indígenas, el hospital, los subcentros de salud, son espacios para blanco/mestizos, razón que explica la resistencia a usar los servicios del hospital.

Se pensó que para cambiar estos imaginarios, se debió partir desde pequeños cambios, como es el uso de una señalética<sup>8</sup> en los idiomas kichwa<sup>9</sup> y castellano, para a través de esta simbología proyectar la pertenencia de estos espacios tanto para mestizos como indígenas. Aquí compartimos unos ejemplos de la denominación de algunos servicios con su respectiva traducción:

- Dirección            HATUN JAMPIK PUSHAK UKU
- Vacunación        UNKUYMANTA TUKSINA UKU
- Curaciones        HAMPINAKUNA
- Cirugía            PITINAPAK SIRASHPA HAMPI UKU
- Traumatología    TULLUKUNATA HAMPINA UKU

8 Anexo No. 1, denominaciones de la señalética de los servicios del Hospital San Luis de Otavalo.

9 Idioma kichwa es más oral.

#### d. Capacitación y entrenamiento en parto culturalmente adecuado al personal de salud<sup>10</sup>

Considerando que una de las demandas de las mujeres al hospital, estaba relacionada con la atención del parto, se decidió realizar la adecuación de la sala de partos para que ofrezca la opción de parto vertical. Esta adecuación estuvo acompañada de un proceso de sensibilización/capacitación del personal de salud del hospital.

Los temas fueron definidos, tanto por el personal del hospital que conocen cuáles son sus requerimientos, como por los responsables del proyecto que recomendaron algunos temas y actividades necesarias para garantizar la calidad de la capacitación.

En estas actividades participaron médicos residentes, obstetras y miembros del equipo de salud. La capacitación fue en servicio, a través del acompañamiento y asesoría personalizada del médico consultor para el adecuado manejo de los procesos de atención del parto culturalmente adecuado, mediante ocho talleres.

*“Desde la percepción de los pueblos indígenas, el hospital, los subcentros de salud, son espacios para blanco/mestizos, razón que explica la resistencia a usar los servicios del hospital”.*



Capacitación a parteras y personal del hospital.

10 Informe de consultoría: Parto culturalmente adecuado/parto vertical, Dr. Pedro Luna.

### Temas tratados con profesionales del hospital

- Cosmovisión del pueblo indígena e interculturalidad de la salud en los pueblos ancestrales andinos. Explicación del calendario andino, funcionamiento de los solsticios y equinoccios (niños engendrados en los solsticios nacen en equinoccios).
- Valores humanos del ser hombre y mujer en la cultura indígena.
- Desnutrición, anemia en mujeres indígenas, vs. atención prenatal vs. mejoría de estado nutricional en base a productos ancestrales andinos.
- Diferencias fisiológicas entre el parto horizontal y el parto culturalmente adecuado.
- Explicación científica del parto culturalmente adecuado y su aplicabilidad en el Hospital San Luis de Otavalo.
- Socialización del trabajo de las parteras y su práctica en la comunidad.
- Intercambio de experiencias.
- Planificación para la permanencia de las parteras en el servicio de parto culturalmente adecuado.

### Capacitación a usuarias y parteras

- **Yachac/partera:** preparación espiritual, explicación de masajes digitales para que el marido los realice en los centros energéticos.
- **Médico:** indica manejo de los ritmos respiratorios, respiración gatural diafragmática, la posición adecuada de acostar al huahua luego de la lactancia y haber expulsado gases.
- **Shunkunikikuy o acto de arullar** (hablar desde el corazón hacia el corazón), que es la ciencia de la afectividad, la

Médico.



magia del arrullo maternal/paternal que afirma la experiencia humana sobre la cognición, y subraya la importancia de la relacionalidad inclusiva, la vincularidad, la dualidad, la paridad, la reciprocidad y la complementariedad en el parir de la chacana (escalera) efectiva, de la espiritualidad andina.

### e. Implementación de la sala de parto culturalmente adecuado

Se buscó adaptar el espacio físico identificado como importante para la mujer otavaleña, en forma particular de las mujeres indígenas. Está organizada en una sala independiente dividida en dos ambientes, un cubículo interno para la atención del parto y un ambiente en forma de “L” donde se encuentra el escritorio con los libros de registro, un cuaderno de registro de atención prenatal de la partera, recetas y otros.

En la parte lateral se halla una estantería empotrada donde se encuentran un tiesto, pañales y plantas medicinales, una cocina de leña con función más bien decorativa; una cama con estera donde hasta el momento se da atención prenatal.

Este servicio se asemeja a un hogar, por ello, se utilizó acabados mixtos (madera y baldosa), se adaptó una chimenea artificial con un calefactor, y un espacio para la preparación de infusiones medicinales.

La sala está ubicada justamente frente a la sala de partos a la manera occidental y en caso de cualquier emergencia tiene acceso a todos los recursos y servicios del hospital. Cuenta con los siguientes enseres e insumos:



| <b>CUADRO 4 IMPLEMENTACIÓN DE LA SALA DE PARTO</b> |                                |
|--|--------------------------------|
| <b>Equipo y materiales</b>                         | <b>Insumos</b>                 |
| Cama de una plaza y media                          | Batas desechables              |
| Una colchoneta                                     | Mascarillas                    |
| Tres soportes de madera en la pared                | Guantes quirúrgicos            |
| Una soga de soporte                                | Gorras desechables             |
| 1 balde de aluminio                                | Jeringuillas de 3ml, 5ml, 20ml |
| 1 lavacara   | Esparadrapo                    |
| 1 olla   | Sueros                         |
| 1 cafetera   | Savlon                         |
| 2 basureros para clasificar basura                 | Clamp umbilical                |
| Cuna térmica con tanques de oxígeno                | Pitocin                        |
| Perilla para succionar                             | Torundas                       |
| Cama con estera                                    | Diclofenac sódico              |
| 1 balanza pediátrica                               | Cytotec                        |
| Calefactor   | Sulfato de magnesio            |
| 1 cafetera eléctrica                               | Venoclisis                     |
| Tapices  |                                |
| Cobijas  |                                |
| Porta sueros                                       |                                |

La sala se inauguró el 4 de abril de 2008, con la presencia de autoridades nacionales, provinciales, cantonales, invitados internacionales, y la población del cantón Otavalo. La inauguración de este servicio fue celebrado con una fiesta local, con participación de las comunidades del cantón.

El primer parto en esta modalidad fue atendido por una partera acreditada y el apoyo del equipo de salud. Inicialmente este servicio funcionó durante el día, con un equipo conformado por obstetrices y parteras, a la par, que se continuó con la capacitación

personalizada de los médicos residentes, obstetrices y auxiliares por un consultor médico ginecólogo. Inicialmente había temor del personal de salud para atender los partos en posición vertical. El argumento era de que la Universidad no les había entrenado en este tipo de atención. Poco a poco se fue ganando confianza y se constituyó un equipo básico del personal del hospital que empezó a ofrecer el servicio, primero durante algunas horas y posteriormente, se extendió la atención de este servicio a veinte y cuatro horas.

La institucionalización del parto culturalmente adecuado en el hospital permitió poner este servicio al alcance de las mujeres, especialmente de las mujeres indígenas del área rural. Sin embargo, este servicio no sólo es demandado por mujeres indígenas, sino también por las mujeres blanco-mestizas que han empezado a solicitar, este servicio como se demuestra en los datos siguientes:

*“El primer parto en esta modalidad fue atendido por una partera acreditada y el apoyo del equipo de salud”.*

| CUADRO 5 |                             | ATENCIÓN DEL PARTO CULTURALMENTE ADECUADO |                        |              |                                 |
|----------|-----------------------------|---|------------------------|--------------|---------------------------------|
| Años     | Partos normales en hospital | Partos Cesárea                            | Parto en Unid. Operat. | Total partos | Partos culturalmente adecuados* |
| 2003     | 1.124                       | 174                                       | 9                      | 1.307        |                                 |
| 2004     | 1.019                       | 121                                       | 9                      | 1.149        |                                 |
| 2005     | 1.187                       | 152                                       | 8                      | 1.347        |                                 |
| 2006     | 1.126                       | 184                                       | 4                      | 1.314        |                                 |
| 2007     | 1.264                       | 171                                       | 12                     | 1.447        |                                 |
| 2008     | 1.354                       | 201                                       | 4                      | 1.559        | 128                             |

Fuente: Estadística HSLO, 09.

*“El parto culturalmente adecuado no sólo es demandado por las mujeres indígenas, sino también por las mujeres blanco/mestizas”.*

De los 128 partos atendidos en estos nueve meses, 42 usuarias que significan el 32,81% fueron mestizas, y 86 usuarias que significan el 67,18% fueron indígenas, en ese mismo porcentaje, el 32,81% corresponde a usuarias del sector urbano y el 67,18% del sector rural.

El 80% del total de mujeres atendidas en la sala de parto vertical no tuvieron complicaciones, el 19% presentaron desgarros grado 1, y el 1% hipotonía uterina.

Con la inclusión del parto culturalmente adecuado se ha incrementado en un 9% la atención del parto institucional en relación al año 2008.

Este nuevo modelo de atención permitió la participación activa y dinámica del esposo, con masajes y palabras afectuosas, se evitó el alejamiento del neonato y favoreció el apego inmediato y amamantamiento precoz, que previene la pérdida de temperatura corporal y mayor consumo de glucosa.

Disminuyó la frecuencia de episiotomías y desgarros; los desgarros presentados fueron superficiales y de fácil cicatrización.

Se ha articulado el trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto culturalmente adecuado y llevó a adecuar la sala de parto horizontal (occidental), bajando el techo e incluyendo material alternativo para que la sala sea menos fría.

## f. Opción para escoger la posición durante el parto

El hospital permite que la mujer escoja la posición en que prefiere dar a luz, si desea estar acompañada y la persona por quien desea estar acompañada; cumpliendo de esta forma las normas del Ministerio de Salud Pública incluidas en la guía del parto culturalmente adecuado.



Servicios de atención del parto culturalmente adecuado.

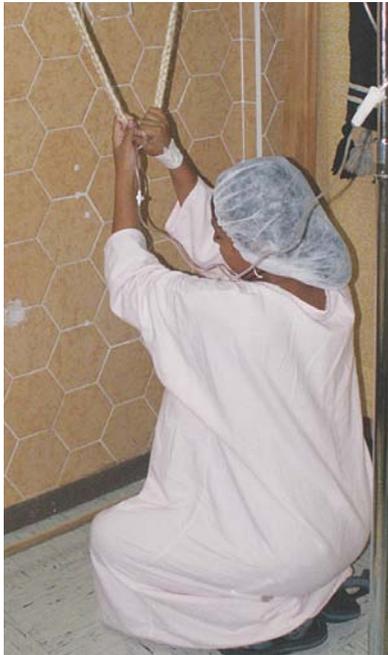
“El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, en los niveles I y II, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento” (Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado, MSP 2008, pp.37)

Sin embargo y pese al reconocimiento oficial del derecho de las mujeres a elegir la forma de parir, todavía persisten resistencias por parte de algunos profesionales que se sienten inseguros de atender en esta posición, debido principalmente a que fueron formados por la Universidad para atender partos en la posición horizontal.

Algunos se resisten indicando que este es un retroceso puesto que la medicina moderna no lo contempla, ni tampoco las Universidades lo enseñan.



Servicios de atención del parto culturalmente adecuado.



Labor de parto.

## g. Participación de la partera - Redefinición de la relación con parteras

La asociación de parteras de Otavalo “Pakarichi Huarmikuna”, está integrada por 35 parteras provenientes de comunidades. La edad promedio de las parteras es de 60 años, el nivel de educación es primaria, la mayoría son analfabetas (Anexo 2: Listado de la asociación de parteras).

A través de la asociación, las parteras han desarrollado cursos de capacitación permanente durante ocho años, en un primer momento a través de Jambi Huasi, posteriormente por el hospital San Luis de Otavalo, y desde hace cuatro años con el apoyo del Gobierno Municipal de Otavalo y la responsabilidad de la Dirección de Salud Intercultural.

Salud Intercultural de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, continuó con la capacitación de las parteras que Jambi Huasi había identificado y capacitado desde 1995 a 1999, para en coordinación con el Área No. 4 monitorear los partos atendidos en sus comunidades y capacitar de acuerdo a las necesidades identificadas por ellas en el proceso de atención a sus pacientes.



Desde el 2005, se une a este esfuerzo el Gobierno Municipal de Otavalo (Comité de Gestión de la Ley de maternidad Gratuita) con el apoyo financiero de los talleres y el apoyo técnico en la capacitación de parteras a través de una licenciada. El trabajo desplegado y la certificación de las parteras, aportaron en la preparación del ambiente favorable hacia el reconocimiento de las parteras en el hospital.

En el último año, el proceso de capacitación a cargo del hospital, abordó los siguientes temas:

1. Cuidados durante el parto.
2. Enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.
3. Riesgos obstétricos durante el embarazo, y atención al recién nacido.
4. Hemorragias en la segunda mitad del embarazo.
5. Complicaciones en el embarazo.
6. Riesgo de un aborto.
7. Menopausia.
8. Manejo de desechos hospitalarios.
- 9) Participación en talleres para la construcción del código de ética.
10. Elaboración de pomadas y otros preparados medicinales.
11. Intercambio de experiencia de hombres y mujeres de sabiduría.
12. La capacitación, acreditación y definición sobre el rol de las parteras (articulación del trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto y su rol en la comunidad).

Durante el proceso de construcción del modelo, se realizaron varias actividades de acercamiento con las parteras, tanto en su capacitación, como en su participación en diálogos e intercambios con el personal de salud del hospital. Este fue un punto detectado también durante el diagnóstico, en que se identificó la relevancia

*“A través de la asociación, las parteras han desarrollado cursos de capacitación permanente durante ocho años”.*



*“Actualmente las parteras, cumplen una importante labor dentro del hospital: hacen turnos y veladas en base a un cronograma, aprobado por la dirección del hospital”.*

de las parteras para las usuarias del hospital. La cercanía entre el personal de salud y las parteras fue redefiniendo la relación y la participación de la partera en el servicio de sala de parto culturalmente adecuado en el hospital. Entre los roles que cumplen las parteras están los siguientes:

- Acompañamiento durante el embarazo. Visitas domiciliarias y orientación sobre cuidados e identificación temprana de posibles riesgos.
- Acompañamiento al hospital, para chequeos durante el embarazo en caso necesario.
- Acompañamiento al hospital para el parto. En ese caso, están autorizadas por el hospital para entrar a la sala de labor, siguiendo las normas de asepsia.
- Apoyo con masajes a las parturientas durante el periodo de labor.
- Apoyo emocional a las parturientas, acompañándolas y apoyándolas, brindando confianza. Una vez que ellas mismas han ganado confianza en el hospital y han establecido relaciones con algunos profesionales del hospital.
- Uso de infusiones de plantas medicinales de acuerdo a las necesidades y etapas del parto, y en dependencia del profesional.
- Participación en la atención del parto culturalmente adecuado y el parto horizontal cuando las mujeres así lo requieren y siempre que el personal de salud este presente.

Actualmente las parteras, cumplen una importante labor dentro del hospital haciendo turnos y veladas en base a un cronograma, aprobado por la dirección del hospital. Participan catorce parteras certificadas por el hospital, de tal manera que el servicio cuente permanentemente con su presencia en las salas de parto.

Una dificultad en el trabajo con las parteras es la falta de remuneración por parte del hospital, que no está autorizado a hacer ningún pago por estos servicios. En el marco de la coordinación interinstitucional con el Municipio de Otavalo, y en acuerdo con el hospital y con la asociación de parteras, el Municipio está reconociendo un pago mínimo por los turnos cumplidos, como una colaboración a la mejora de la calidad de los servicios con la inclusión de las parteras.

La participación de las parteras no únicamente es a nivel hospitalario en el servicio del parto culturalmente adecuado, sino también a nivel comunitario, a través de la Red Comunitaria de Intervención para la Reducción de Muerte Materna. En la red, la partera conjuntamente con el personal de las unidades operativas de su área respectiva, deberá mantener actualizado el mapa parlante donde tendrán identificadas a las mujeres embarazadas de acuerdo a su situación de riesgo.



Usuarios.



Usuarios.

## h. Ingreso del esposo, familiar o parteras

El ingreso del esposo tranquiliza a la familia y en particular, al padre que puede presenciar el nacimiento de su hijo en lugar de quedar esperando fuera de la sala de partos o del hospital. Cuando participa en el parto, pueden cortar el cordón umbilical del recién nacido/a, tomar la decisión con su mujer sobre la entrega de la placenta si así lo deciden como pareja, esto no es obligatorio (se respeta creencias y tradiciones de la familia).

## i. Ropa apropiada para la atención del parto

Otro aspecto importante en la calidad de atención del parto culturalmente adecuado, y que se identificó en el diagnóstico fue el cuidado del pudor de la mujer. En lugar de la ropa hospitalaria tradicional que se venía utilizando, como es el camisón largo, fino, estrecho, con una gran abertura posterior, desechable, que no abrigaba y despertaba quejas entre los/as usuarias; se optó por cambiar por un camisón de material abrigado (franela) con colores

suaves, que cubre de forma apropiada a la paciente, y da facilidades para la evaluación clínica por la abertura que tiene a la altura del vientre, y por la amplitud de la bata para la atención del parto. De esta manera, el profesional puede examinar las veces que requiera sin necesidad de descubrir la totalidad el cuerpo, y respetando el sentir de la paciente.



Partera con usuaria.

## j. Alimentación

Otro aspecto importante es la alimentación, antes del parto y en el postparto inmediato, por ello, de acuerdo a la valoración clínica se permite que la paciente consuma alimentos que culturalmente estén indicados durante el pre-parto y postparto, de tal manera que no exista preocupación de la paciente y su familia.

| CUADRO 6        |   | ALIMENTACIÓN |
|-----------------|---|--------------|
| Etapa del parto | Alimentos proporcionados a las mujeres parturientas   |              |
| Preparto        | Caldo de pollo, o cualquier sopita.   |              |
| Postparto       | Caldo de pollo de campo no muy maduro con yuca, caldo de oveja, la parte de la nuca.<br>Colada de maíz (para que asiente leche).<br>Avena con naranjilla con dulce. |              |

## k. Uso de plantas medicinales

En la sala de parto culturalmente adecuado se cuenta también con una cocina pequeña, cafetera, tazas, para preparar infusiones de hierbas medicinales. Se hace uso de plantas medicinales (frescas y cálidas) que han sido validadas por parteras acreditadas, y son ellas las encargadas de suministrar estas agüitas durante la labor de parto.

Partera con usuaria.



| CUADRO 7                    |  | PLANTAS MEDICINALES PARA LA SALA DE PARTO |  |
|-----------------------------|--|---|--|
| Calidas                     |  | Frescas                                   |  |
| Hoja de Guaba               |  | Linaza                                    |  |
| Menta                       |  | Hojas de escancel                         |  |
| Hoja de eneldo              |  | Llantén                                   |  |
| Toronjil                    |  | Melloco                                   |  |
| Manzanilla                  |  | Ataco                                     |  |
| Tipo blanco                 |  | Hierba de perro (Alku mikuna)             |  |
| Hoja de eucalipto aromático |  | Hoja de higo                              |  |
| Orégano                     |  | Malva                                     |  |
| Santa María                 |  | Diente de león                            |  |
| Perejil                     |  | Melloco                                   |  |
| Ortiga                      |  | Culantro de pozo                          |  |
| Hierba luisa                |  | Granadilla                                |  |
| Tipo negro                  |  | Tocte huma (Toto huma)                    |  |
| Allpa anís                  |  | Aeluya Blanca                             |  |
| Guabo                       |  |   |  |

“Desde la cosmovisión indígena, lo cálido representa a todo lo que es masculino y lo fresco representa a todo lo que es femenino, desde esta cosmovisión lo frío y lo caliente es de gran importancia ya que no son sólo meras reacciones térmico metabólicas, se trata de una respuesta integral del individuo donde lo psíquico, lo socio cultural y la influencia del ambiente tiene que ver en el estado de salud de una persona, especialmente en aquellas calificadas como “Males de Dios”.

Un desbalance en el equilibrio frío/caliente hacia cualquiera de los dos extremos, lleva a la persona a enfermarse y en el peor de los casos hasta la muerte”.<sup>11</sup>

11 Tomado de: Salud Intercultural de Imbabura.

En base al requerimiento expresado por las usuarias para que se dejase entrar a los familiares y o a la partera, el hospital flexibilizó su posición inicial, y abrió la posibilidad de acompañamiento. Esta decisión tiene importancia porque los familiares y/o la partera son soportes y apoyo psicológico para las mujeres, acompañan cuando no está presente el personal de salud, y los llaman cuando es necesario.

## I. Casa materna

Una de las estrategias prioritarias para facilitar el acceso de las mujeres indígenas a los servicios del hospital fue ofertar el servicio de parto culturalmente adecuado, acorde a las necesidades de las mujeres kichwas de Otavalo y de la provincia.

Sin embargo, pronto se constató que el servicio del parto culturalmente adecuado, no era suficiente si no se facilitaba su acceso, principalmente para las mujeres que viven en comunidades de difícil acceso (distancia geográfica). Así el equipo interinstitucional analizó las ventajas, posibilidades y alcance que tendría la construcción de una “Casa de Espera Materna”.



Casa materna.



*“Una de las estrategias prioritarias para facilitar el acceso de las mujeres indígenas a los servicios del hospital, fue ofertar el servicio de parto culturalmente adecuado, acorde a las necesidades de las mujeres kichwas de Otavalo y de la provincia”.*

Para sustentar esta necesidad se realizó un estudio de “Factibilidad y Sostenibilidad de la Casa Materna para el Hospital San Luis de Otavalo”<sup>12</sup>. El informe final reportó la viabilidad de la implementación de esta casa de espera materna por suponer una alta incidencia de partos domiciliarios y de riesgo, así como casos frecuentes y estables de partos sépticos por no ingreso hospitalario de gestantes.

Además se decidió crear este espacio por contar con factores favorables como son el interés y compromiso de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, Dirección Provincial de Salud, Área No. 4 - Hospital San Luis de Otavalo, Municipio de Otavalo, Comité de Gestión de la Ley de Maternidad Gratuita y Organizaciones civiles.

La casa fue construida dentro del área disponible del hospital, con el financiamiento del Ministerio de Salud Pública y está atendida por las parteras obstétricas y enfermeras del la sala de partos en forma coordinada. La implementación se logró con el aporte de la ciudadanía a través de diversas instituciones y personas ,y en particular del Municipio de Otavalo.

Las actividades a implementar en la Casa Materna son: capacitación a parteras y gestantes en señales de alerta y reconocimiento de signos de riesgo; autocuidado y derechos sexuales y reproductivos, incorporación de la gestante y su entorno familiar inmediato hacia los servicios hospitalarios; y psicoprofilaxis del parto.

## Red comunitaria de intervención para la reducción de muerte materna

Dentro del proyecto de implementación del modelo de atención en salud reproductiva con enfoque intercultural - parto cultural-

---

<sup>12</sup> Este estudio fue realizado por Narcisca Calahorrano, con el apoyo financiero de UNFPA.



Taller de capacitación.

mente adecuado se identificó la necesidad de implementar en la segunda fase, una red comunitaria de intervención, porque como se ha mencionado, con sólo la implementación de este servicio en el hospital no se puede lograr el impacto deseado.

Al momento se encuentra en la fase de sensibilización y coordinación con autoridades locales, ciudadanía, parteras y otros representantes de la medicina tradicional indígena. Las actividades ejecutadas son:

Trabajo conjunto entre el personal de salud de las unidades operativas y las parteras en los siguientes aspectos:

- Identificar problemas prioritarios, logísticos, geográficos que pueden incidir en que las mujeres accedan a los servicios del hospital.
- Elaboración de mapas parlantes, de tal manera que se pueda monitorear a la paciente mediante visitas con la partera y personal de salud.
- Línea de base para medir con datos el funcionamiento de la red comunitaria, el mecanismo de referencia y contrareferencia, e impacto del objetivo, que es la de evitar muerte materno infantil.



- Unificar el uso de instrumentos, informes, de la atención realizada por las parteras para que puedan ser registrados por las unidades operativas y consten en la estadísticas del área.
- Capacitación a la comunidad y elaboración conjuntamente de planes de emergencia obstétrica, planes de parto, planes de transporte para emergencias obstétricas.
- Asignar responsabilidades en la transferencia y contratransferencia de pacientes con riesgo obstétrico.

Se han realizado también talleres con autoridades comunitarias, juntas parroquiales, y tenientes políticos y talleres con autoridades locales, personal de salud e instituciones como municipio, policía, bomberos para sensibilizar a las autoridades respecto a la necesidad de elaborar un plan de emergencia en caso de riesgo obstétrico en las embarazadas de su jurisdicción, así como establecer compromisos y actividades de coordinación entre las unidades operativas, parteras, autoridades locales e instituciones locales.

Se identificó la necesidad de trabajar en la educación a las mujeres y la familia sobre los signos de riesgo y elaboración conjunta de planes de parto y planes de emergencia obstétrica.

Inauguración de la sala de servicios de parto culturalmente adecuado.

Este proceso está en su fase inicial, y deberá ser perfeccionado permanentemente.



Permitió identificar la necesidad de implementar una red comunitaria de intervención, porque no es sólo un problema del hospital, sino también de las unidades operativas, la coordinación de la unidad operativa con las parteras, autoridades, y la comunidad.

También se identificó la necesidad de implementar salas situacionales, con mapas parlantes que nos permitan tener identificadas a las mujeres embarazadas, con riesgo obstétrico de tal manera que nos permita monitoriar a la paciente, educarle sobre estos riesgos, comprometerle a salir, o que el personal la visite frecuentemente.

Se ha formulado una política de salud para la atención materna con enfoque intercultural.

## Desafíos pendientes

El modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural, es un proceso en construcción que pese a los logros alcanzados enfrenta algunos desafíos:

- a. Involucramiento de todo el personal en una visión intercultural de los servicios hospitalarios.
- b. Consolidar procesos de capacitación del personal de gineco-obstetricia en el manejo y atención en la sala de parto culturalmente adecuado.
- c. Elaboración de protocolos, normas internas y flujograma de proceso de atención del parto culturalmente adecuado.
- d. Difusión masiva sobre el nuevo modelo de atención con enfoque intercultural.
- e. Consolidar las redes locales y comunitarias como una base que ofrezca sustento a los servicios del hospital.
- f. Lograr el reconocimiento del trabajo de las parteras en apoyo al hospital.
- g. El Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional.

*“Se identificó la necesidad de trabajar en la educación a las mujeres y la familia sobre los signos de riesgo y elaboración conjunta de planes de parto y planes de emergencia obstétrica”.*

## Lecciones aprendidas

### 1. Se requiere voluntad y apoyo político para generar cambios en salud

El contexto político del Ecuador, y el contexto político local (Jefatura de Área No. 4, Dirección Provincial de Salud de Imbabura, el Gobierno Municipal de Otavalo, y Jambí Huasi) fue el escenario en el que se desarrolló la experiencia de Otavalo, y favoreció la propuesta y la implementación de cambios. La Constitución Política, así como el Plan Nacional de Desarrollo y la Política del Ministerio de Salud son los referentes que orientaron su implementación.

### 2. La salud no es responsabilidad sólo del Ministerio de Salud, la coordinación interinstitucional es necesaria

La acción desarrollada por el hospital para promover un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural, contó con el apoyo de otras instancias locales como el Municipio de Otavalo. La coordinación permanente entre el hospital y el municipio permitió sostener el trabajo con las parteras, adecuar la infraestructura del servicio de parto culturalmente adecuado, y organizar el servicio de transporte desde las comunidades al hospital.

### 3. El intercambio de experiencias puede acelerar los cambios

La posibilidad de que personas claves del hospital y la Dirección Provincial de Salud pudieran visitar la experiencia de Perú fue importante para que conocieran en la práctica un servicio culturalmente adecuado. A su vez, el hospital de Otavalo se ha convertido, al momento, en un referente nacional al que profesionales



---

de otras provincias han visitado con el fin de tener una idea concreta de los cambios. El hospital se va configurando como un hospital docente para salud intercultural.

#### 4. La salud intercultural puede generar resistencias, pues confronta el racismo en el sistema de salud

Más allá de la voluntad política e incluso de la existencia de guías y protocolos del Ministerio de Salud para adecuar los servicios, en la práctica la actitud del personal de salud, su visión sobre las relaciones interculturales, el conocimiento de la cultura de sus usuarios/as, sus criterios sobre el racismo y la discriminación son centrales a la hora de proponer cambios en un servicio. Los cambios no se dan de manera automática porque exista una ley, una norma, o porque el director lo proponga. Los cambios necesitan consenso, discusión y entendimiento de su necesidad en base a evidencias. Se requiere también la motivación constante al personal para lograr el cambio de actitud en la atención.

#### 5. La generación de evidencias es una base importante para proponer cambios

Para proponer cambios en un servicio de salud debe justificarse en base a evidencias, datos concretos que muestren la necesidad de cambiar. Un diagnóstico participativo, seguido de la socialización de sus resultados y de un plan de trabajo consensuado marcan la ruta a seguirse.

Los cambios deben registrarse y mostrar evidencias de la bondad de adecuar los servicios culturalmente. Los datos deben recogerse y procesarse y tenerlos como indicadores de avance de los cambios propuestos.



*“Una propuesta de adecuación cultural de los servicios de salud reproductiva, debe partir de la consulta a las usuarias, de sus percepciones, necesidades, expectativas con respecto a los servicios”.*

## 6. Consultar a los usuarios y usuarias de los servicios y al personal de salud, es una práctica que debe instaurarse en los servicios

Una propuesta de adecuación cultural de los servicios de salud reproductiva, debe partir de la consulta a las usuarias, de sus percepciones, necesidades, expectativas con respecto a los servicios. Conocer cuáles son sus temores, celos, dudas, cuál es su cosmovisión del proceso reproductivo, es esencial a la hora de proponer cambios. El diagnóstico incluyó la pregunta a las mujeres sobre cómo les gustaría que fuera la sala de partos.

Igualmente preguntar al personal de salud sobre sus percepciones y conocimientos sobre la salud intercultural, sus dudas y temores con respecto a la adecuación cultural de los servicios, ayuda a establecer cuáles son las brechas entre oferta y demanda y desarrollar estrategias para cerrar las brechas. El diagnóstico incluyó preguntas sobre los cambios que se podrían realizar en el hospital, sus necesidades para ofrecer un servicio culturalmente adecuado y quién debería implementar los cambios.

## 7. La sensibilización y capacitación del personal de salud es fundamental en todo el proceso

Dado que en la formación formal (colegios y universidades) adolece de enfoque intercultural, y por el contrario, el contenido educativo ha promovido una visión homogénea del país y en ocasiones una visión desvalorizante de las culturas diferentes a la mestiza, se requiere desarrollar estrategias de sensibilización y capacitación permanentes con el personal de los servicios.

La capacitación debe incluir no sólo el conocimiento técnico, o de las normas y guías existentes, sino que debe incluir el conocimiento de la diversidad étnica y cultural del país y las implicaciones que tiene para el sistema de salud. La capacitación debe ser sistemática, fundamentalmente práctica, en servicio, acompañada de profesionales y tutores con experiencia.

## 8. La adecuación cultural de los servicios de salud reproductiva, no se limitan a la sala de partos, abarca procesos más amplios que incluyen el embarazo, parto, postparto, planificación familiar, violencia de género

La adecuación física de una sala de partos puede ser una actividad relativamente sencilla, una vez que se ha consultado a las mujeres cómo quisieran que ésta sea. Sin embargo, la existencia de la sala de parto culturalmente adecuado no es suficiente para atraer más mujeres a los servicios. Se necesita conocer las percepciones y prácticas culturales durante todo el proceso reproductivo. Todos los servicios del hospital deberían adecuarse culturalmente.

## 9. En un servicio de salud pública, es posible el trabajo coordinado y complementario del personal de salud y el de las parteras

Uno de los cambios implementados en el hospital fue la participación de las parteras en apoyo a los servicios, en particular en la sala de parto culturalmente adecuado. Esto no implica que la sala de parto culturalmente adecuado sea atendida sólo por parteras. Se cuidó para que se mantenga la res-



Personal de salud y partera.

ponsabilidad del personal médico en el servicio y que las parteras acompañen y apoyen a las mujeres que requieran el servicio. Se trabajó en la redefinición del rol de las parteras tanto en el hospital como a nivel comunitario.

Hubo alguna propuesta por parte del personal de que el servicio de parto culturalmente adecuado fuese atendido por parteras únicamente y en un espacio aledaño al hospital. Esta propuesta no fue aceptada, pues se trata de que el hospital en su conjunto incorpore un enfoque intercultural, y se prevenga cualquier dificultad que pueda dejar en las parteras la responsabilidad institucional que tiene el hospital.



Recien nacido por parto culturalmente adecuado.

## 10. Las parteras pueden fortalecer a los servicios y al sistema de referencia y contrareferencia

La adecuación de la sala de parto culturalmente adecuado incentivó a la asociación de parteras para trabajar de manera coordinada con el hospital, para lo cual se organizaron en turnos rotativos dos mujeres por turno. Su presencia ha sido valorada en el hospital, pues ayudan de manera concreta: ofrecen acompañamiento, dan masajes, aguas aromáticas, les hablan en su propia lengua, tranquilizan a los familiares y mantienen la sala nítida. Sin embargo, este trabajo no se lo paga. El hospital no puede hacerlo dado que el Ministerio de Salud no ha definido una política al respecto.

Por otra parte, las parteras han fortalecido la red de referencia a nivel comunitario, son quienes identifican tempranamente a las embarazadas, las que tienen riesgos y las refieren al hospital.



Partera dando atención a usuaria del parto culturalmente adecuado.

Para apoyar su trabajo, el Gobierno Municipio de Otavalo, les paga por turno realizado de acuerdo a la tarifa que maneja el Hospital San Luis de Otavalo, considerando el trabajo comunitario que realizan.

## 11. Las redes sociales dan sostenibilidad al modelo de salud intercultural

La sala de parto culturalmente adecuado en el hospital no podría ser conocida por las mujeres, si a nivel comunitario las parteras no la difundieran y no existieran las redes sociales. Estas redes están integradas por líderes comunitarios, embarazadas, parteras, son quienes pueden sostener los cambios y vigilar el funcionamiento del modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural.



## 12. Las universidades deben modificar su orientación centrada en una visión hegemónica de la salud

Una de las razones ofrecidas por el personal de salud para resistirse a implementar el parto vertical, fue que este tipo de atención no se aprende en la Universidad, y que al no conocer, se sienten inseguros de cómo realizarlo. Esto muestra que las Universidades y sus facultades, y en particular, las facultades de medicina, enfermería, obstetricia, deben modificar sus curriculums de estudio para incluir salud intercultural.

## 13. La cooperación internacional oportuna y respetuosa de los organismos nacionales, puede contribuir a potenciar y fortalecer las capacidades locales y fortalecer políticas

La apertura de los organismos de cooperación para apoyar cambios es importante. En este caso, el Fondo de Población de Naciones Unidas acompañó técnica y financieramente desde el inicio de este proceso en el nivel local y lo articuló al nivel central. Facilitó el intercambio de experiencias entre países y al interior del país. Los organismos de cooperación pueden abogar por políticas públicas interculturales, fortalecer las capacidades en el nivel central y local, apoyar la sistematización y difusión de las experiencias.

## ANEXO 1

### Nombre en Kichwa de los servicios de un hospital

- Dirección - HATUN PUSHAK UKU
- Secretaria - KILLKAK UKU
- Coordinación del área - JAMBI WASIKUNAWAN LLANKAK
- Dirección financiera - KULLKI KAMACHIK UKU
- Epidemiología - UNKUYKUNAMANTA
- Información - WILLAY UKU
- Archivo y estadística - KAWSAYMANTA KILLKANA PANKAKUNA
- Toma de datos - KAWSAYTA HAMPIK UKU
- Preparación - ALLICHIRINA UKU
- Vacunación - UNKUYMANTA TUKSINA UKU
- Curaciones - HAMPINAKUNA
- Cirugía - PITINAPAK SIRASHPA HAMPI UKU
- Traumatología - TULLUKUNATA HAMPINA UKU
- Medicina Interna - JATUN UNKUY RUNAKUNATA JAMPINA UKU
- Odontología - KIRUKUNATA HAMPINA UKU
- Ginecología - WARMICUNAPAK UNKUY HAMPINA UKU
- Pediatría - WAWAKUNAPAK UNKUY HAMPINA UKU
- Entrega de Resultados - UNKUYMANTA WILLACHIK UKU
- Laboratorio - UNKUYKUNATA RIKUK UKU
- Farmacia - HAMPIKUNATA HATUNA UKU
- Caja - Recaudación - KULKITA TANATACHIY UKU
- Baño - ISHPANA UKU
- Rayos X - RAYOS X RURY UKU

## ANEXO 2

### Asociación de parteras - “Pakarichi Huarmikuna”

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS          | EDAD | COMUNIDAD          | NACIONALIDAD O PUEBLO |
|-----|------------------------------|------|--------------------|-----------------------|
| 1   | Carmela María Castañeda C.   | 52   | Moraspungo         | Otavalo               |
| 2   | Dolores Castañeda Castañeda  | 39   | Moraspungo         | Otavalo               |
| 3   | Rosario Perugachi Anrango    | 72   | Yambiro            | Otavalo               |
| 4   | Emma Perugachi               | 43   | Yambiro            | Otavalo               |
| 5   | Rosa Tocagón                 | 30   | Tocagón            | Otavalo               |
| 6   | Elena Caiza Espinoza         | 28   | Tocagón            | Otavalo               |
| 7   | Margarita Peña               | 60   | Tocagón            | Otavalo               |
| 8   | Carmen Peña Chagna           | 47   | Tocagón            | Otavalo               |
| 9   | Valvina Males Carlosama      |      | Cashaloma          | Kayambi               |
| 10  | María Virginia Quimbia       |      | Angla              | Kayambi               |
| 11  | María Dolores Garcito        |      | Angla              | Kayambi               |
|     | María Nicolaza Ortiz Quimbia |      | Angla              | Kayambi               |
| 12  | Hortencia Colta Casco        |      | Ucscha             | Kayambi               |
| 13  | Rosa Tuza                    |      | Ucscha             | Kayambi               |
| 14  | María Juana Anrango C.       | 49   | Angla              | Kayambi               |
| 15  | María Gertrudez Casco        |      | Casco Valenzuela   | Kayambi               |
| 16  | Rosa Elena Santillan R.      | 45   | Carabuela          | Otavalo               |
| 17  | María Rosa Santillan R.      | 38   | Carabuela          | Otavalo               |
| 18  | Rosa María Santacruz R.      | 73   | Carabuela          | Otavalo               |
| 19  | Manuel Quinchiguango P.      | 72   | Carabuela          | Otavalo               |
| 20  | Celestina Maigua             | 41   | Carabuela          | Otavalo               |
| 21  | María Avelina Cachiguango    | 70   | La Bolsa           | Otavalo               |
| 22  | Hortencia Cabascango M.      | 53   | Peguche            | Otavalo               |
| 23  | María Dolores Quinchuqui     | 58   | Peguche            | Otavalo               |
| 24  | María Virginia Gualapuro     | 52   | Gualapuro          | Otavalo               |
| 25  | María Mercedes Muenala T.    | 42   | Gualapuro          | Otavalo               |
| 26  | Rosa Elena Quilumb           | 59   | 4esquinas SFR      | Otavalo               |
| 27  | Rosa María Perugachi Torres  | 53   | 4 esquinas SFR     | Otavalo               |
| 28  | Rosa María Anrango Conejo    | 45   | S. Fco. Rinconada  | Otavalo               |
| 29  | Susana Oyagata Perugachi     | 44   | Punyaró            | Otavalo               |
| 30  | María Micaila Perugachi M.   | 64   | Punyaró            | Otavalo               |
| 31  | Josefina Lema Aguilar        | 42   | Mojandita de A. D. | Otavalo               |
| 33  | Josefina Guerrero Males      | 43   | Camuendo           | Otavalo               |
| 34  | Luzmila Males Sinchico       |      | Camuendo           | Otavalo               |
| 35  | Margarita Morales            | 46   | Carabuela          | Otavalo               |

# Bibliografía

1. Informe de resultados de la encuesta a usuarias indígenas de servicios de salud y al personal de salud del Hospital de Otavalo, CEPAR - UNFPA - HSLO, 2007.
2. Interculturalidad en salud: percepciones de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el Hospital San Luis de Otavalo. Tesis de maestría. Lilia Rodríguez, Universidad Politécnica Salesiana, Quito, septiembre 2009.
3. Estadística del Área de Salud No. 4.
4. Registros médicos de sala de partos y historias clínicas, del Hospital San Luis de Otavalo. 2009.
5. Ayudas memorias de reuniones de la unidad conductora del Área de Salud No. 4. y talleres.
6. Informe de consultoría. Parto culturalmente adecuado (parto vertical), Dr. Pedro Luna.
7. Manual de kichwa, Hampishpa Llamkakkunapak Kichwa Shimipi Rimay, kichwa para trabajadores de salud, Otavalo, Julio 2008.
8. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. MSP, agosto 2008.
9. Plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal. MSP, septiembre 2008.

Dra. Caroline Chang Campos

**Ministra de Salud Pública**

Dr. Eduardo Yépez

**Director Nacional de Normalización**

Dr. Fernando Calderón

**Director Nacional Salud Intercultural**

Dr. Gonzalo Jaramillo

**Director Provincial de Salud de Imbabura**

Dr. José Terán

**Jefe de Área No. 4, Otavalo**

Soc. Mario Conejo

**Alcalde de Otavalo**

Jorge Parra

**Representante Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA**

#### **EJECUCIÓN DEL PROYECTO**

Hospital San Luis de Otavalo, Área No. 4, Imbabura MSP

#### **INSTITUCIONES CO-PARTICIPANTES DEL PROYECTO**

- Dirección Provincial de Salud de Imbabura / Salud Intercultural
- Gobierno Municipal de Otavalo
- Asociación de Parteras Otavalo "Pakarichi Huarmikuna"
- Jambi Huasi - FICI

#### **ELABORACIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN**

José Terán

**Jefe de Área No. 4, Otavalo**

Magdalia Hermosa

**Subdirectora Técnica Hospital San Luis de Otavalo**

Myriam Conejo

**Salud Intercultural MSP**

Lily Rodríguez

**Cordinación - Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA**

#### **LEVANTAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN**

José Ordoñez, CEPAR

#### **FOTOGRAFÍA**

- ARUTAM FILMS - Ecuador
- UNFPA

#### **Diseño:**

graphus® 290 2760

**Impresión:** graphus® 322 7507

**Tiraje:** 1.000 ejemplares

**Primera edición:** diciembre 2009

Impreso en Quito - Ecuador

- Implementar una política de salud intercultural con expresión concreta en la práctica local.
- Generar modelos de salud reproductiva con enfoque intercultural que superen la visión homogénea de la política y la práctica de salud.
- Aportar en la búsqueda de nuevas estrategias para acercar los servicios de salud a los pueblos indígenas y en particular a las mujeres, desde el respeto a su cosmovisión.

Fueron los motivos que originaron esta reflexión y sistematización de la experiencia del Hospital San Luis de Otavalo, desarrollada entre abril 2007 y octubre 2009.

Los procesos de cambio en salud se están operando en el Ecuador en diferentes niveles. La Constitución Política aprobada el 2008, sin duda, favorece la revisión de la práctica tradicional de la salud pública que no diferenciaba a la población y que pretendía imponer un modelo hegemónico basado en un sólo paradigma de la medicina para todos y para todas.

Esperamos que este trabajo contribuya a ese diálogo necesario en salud que tenga efecto en un real acercamiento de los servicios de salud pública hacia la población, que genere nuevos y mayores compromisos para desarrollar estrategias de salud basadas en el conocimiento y respeto de la diversidad cultural y que en este esfuerzo se beneficien de manera particular las mujeres indígenas, quienes de manera más evidente viven las consecuencias de la exclusión de los servicios de salud pública, expresados en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna.



Ministerio de Salud Pública

DIRECCIÓN PROVINCIAL  
DE SALUD DE IMBABURA

HOSPITAL SAN LUIS  
DE OTAVALO

