



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

TESINA

Previo a la obtención del Título de Especialista en Atención Primaria de la Salud

TEMA:

**LA INTERCULTURALIDAD Y EL PARTO ASISTIDO
EN MUJERES INDÍGENAS DE 20 - 35 AÑOS, EN LA COMUNIDAD DE NATAWUA,
CIUDAD GUARANDA, PROVINCIA DE BOLÍVAR,
PERÍODO JUNIO - DICIEMBRE 2013**

**AUTORA
LIC. MARICRUZ PAGUAY QUISHPE**

Guaranda - Marzo, 2014



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN
ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
RESOLUCIÓN: CONESUP, RCA, S01-No.3508

TEMA:

LA INTERCULTURALIDAD Y EL PARTO ASISTIDO
EN MUJERES INDÍGENAS DE 20 - 35 AÑOS,
EN LA COMUNIDAD DE NATAWUA,
CIUDAD GUARANDA, PROVINCIA DE BOLÍVAR,
PERÍODO JUNIO - DICIEMBRE 2013

AUTORA
LIC. MARICRUZ PAGUAY QUISHPE

Guaranda, Marzo del 2014



CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESIS

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE APS**

TEMA:

“LA INTERCULTURALIDAD Y EL PARTO ASISTIDO EN MUJERES INDÍGENAS DE 20 – 35 AÑOS EN LA COMUNIDAD DE NATAWUA, CIUDAD GUARANDA, PROVINCIA DE BOLÍVAR, PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2013”

LA COMISIÓN CERTIFICA QUE:

Luego que el trabajo de investigación ha sido revisado, analizado y corregido, éste cumple con la normativa exigida.

LA COMISIÓN

AUTORÍA NOTARIADA

Los contenidos, opiniones y comentarios, del presente trabajo de investigación, titulada: LA INTERCULTURALIDAD Y EL PARTO ASISTIDO EN MUJERES INDÍGENAS DE 24 – 35 AÑOS, EN LA COMUNIDAD DE NATAWUA, CIUDAD GUARANDA, PROVINCIA DE BOLÍVAR, PERÍODO JUNIO-DICIEMBRE DEL 2013, son de absoluta responsabilidad de la autora.

Riobamba, 08 de Diciembre de 2014.

Lic. Maricruz Paguay Quishpe
C.C. 060336146-0

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, en especial a mi madre, Luz América Quishpe porque ha sido paradigma de lucha constante y por estar a mi lado en los momentos más difíciles.

A mis hermanos, quienes me han acompañado en silencio con una comprensión a prueba de todo.

MARICRUZ

AGRADECIMIENTO

A Dios creador del universo y dueño de nuestras vidas.

A mis padres, por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de la carrera.

A todas las directivas de la UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR, por su apoyo para la realización de esta investigación

Al Departamento de Postgrado, por el soporte institucional dado para la realización de este trabajo.

Al Dr. Roberto Espinoza M.Sc. por el alto espíritu de colaboración y los sabios conocimientos impartidos en el aula de clase para ser forjadores de una nueva sociedad de conocimiento.

MARICRUZ.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESIS.....	1
AUTORÍA NOTARIADA.....	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE GENERAL	5
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	9
INDICE DE ANEXOS	11
RESUMEN	12
SUMMARY	13
ANTECEDENTES	14
INTRODUCCIÓN.....	15
PROBLEMATIZACIÓN.....	17
ÁRBOL DEL PROBLEMA	17
DESCRIPCIÓN	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	20
SUBPROBLEMAS.....	20
PROGNOSIS	20
TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	21
1. MARCO TEÓRICO	23
1.1. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	23
1.2. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA	25
1.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	28
1.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	31
1.4.1. FUNDAMENTACIÓN REFERENCIAL	31
1.4.1.1. HISTORIA DE LA COMUNIDAD.....	31
1.4.1.2. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	32
1.4.1.3. ASPECTO CULTURAL	33
1.4.1.4. ASPECTOS ECONÓMICOS.....	34
1.4.1.5. SUPERFICIE.....	35
1.4.1.6. LÍMITES GEOGRÁFICOS	35

1.4.2.	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	36
1.4.2.1.	INTERCULTURALIDAD	36
1.4.2.2.	PARTO ASISTIDO VERTICALMENTE.....	37
1.4.2.3.	PARTO	39
1.4.2.4.	PARTO VERTICAL.....	43
1.4.3.	FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL	53
2.	METODOLOGÍA.....	56
2.1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	56
2.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	56
2.3.	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.....	57
2.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA OBTENCIÓN DE DATOS..	58
2.5.	POBLACIÓN Y MUESTRA	59
2.6.	PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	61
2.7.	HIPÓTESIS U IDEA A DEFENDER.....	61
3.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	63
3.1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DIRIGIDAS A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE NATAWUA	63
3.2.	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS.....	73
3.3.	CONCLUSIONES	74
3.4.	RECOMENDACIONES	75
4.	PROPUESTA	76
5.	BIBLIOGRAFÍA.....	90
6.	ANEXOS.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. POBLACIÓN.....	59
TABLA N° 2. CÁLCULO DE LA MUESTRA	61
TABLA N° 3. ¿A DÓNDE ASISTE USTED EN CASOS DE ATENCIÓN DE SALUD?.....	63
TABLA N° 4. ¿POR QUÉ ACUDE USTED A ESTE TIPO DE CENTROS DE SALUD?.....	64
TABLA N° 5. ¿HA UTILIZADO USTED MÉTODOS ANCESTRALES O TRADICIONALES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD?	65
TABLA N° 6.¿EN SU EXPERIENCIA FAMILIAR CUALES SON LOS MAYORES SERVICIOS DE MEDICINA TRADICIONAL UTILIZADOS?.....	66
TABLA N° 7.¿CONSIDERA USTED NECESARIO IMPLEMENTAR LOS SERVICIOS DE MEDICINA ANCESTRAL TRADICIONAL DURANTE EL PARTO EN EL SUB CENTRO DE SALUD DE NATAWUA?.....	67
TABLA N° 8. ¿HA RECIBIDO UD. INFORMACIÓN DEL PARTO VERTICAL (PARTO ASISTIDO) QUE SE HA IMPLEMENTADO EN VARIOS SUB CENTROS DE SALUD?.....	68
TABLA N° 9. ¿EN QUÉ POSICIÓN PREFERE DAR A LUZ?	69
TABLA N° 10. ¿CONSIDERA USTED QUE ES NECESARIO QUE EL PARTO VERTICAL (PARTO ASISTIDO) SEA COMPARTIDO EN EL SUB CENTRO DE SALUD DE NATAWUA ?.....	70
TABLA N° 11. ¿EN CASO DE QUE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE MEDICINA TRADICIONAL NO LE AYUDEN A DAR A LUZ ACEPTARÍA SER TRANSFERIDO A UNA UNIDAD MÉDICA?.....	71

TABLA N° 12. ¿CONSIDERA QUE EL USO DE LA CULTURALIZACIÓN DEL PARTO MEJORA LA AUTENTICIDAD CULTURAL?.....	72
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS	17
FIGURA N° 2. PROCESO INTERCULTURAL	37
FIGURA N° 3. PERÍODOS EN EL EMBARAZO	38
FIGURA N° 4. PARTO VERTICAL	38
FIGURA N° 5. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE GESTACIÓN	40
FIGURA N° 6. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA FINALIZACIÓN	41
FIGURA N° 7. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL COMIENZO	41
FIGURA N° 8. ¿A DÓNDE ASISTE USTED EN CASOS DE ATENCIÓN DE SALUD?	63
FIGURA N° 9. ¿POR QUÉ ACUDE USTED A ESTE TIPO DE CENTROS DE SALUD?	64
FIGURA N° 10. ¿HA UTILIZADO USTED MÉTODOS ANCESTRALES O TRADICIONALES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD?.....	65
FIGURA N° 11. ¿EN SU EXPERIENCIA FAMILIAR CUALES SON LOS MAYORES SERVICIOS DE MEDICINA TRADICIONAL UTILIZADOS?	66
FIGURA N° 12. ¿CONSIDERA USTED NECESARIO IMPLEMENTAR LOS SERVICIOS DE MEDICINA ANCESTRAL TRADICIONAL DURANTE EL PARTO EN EL SUB CENTRO DE SALUD DE NATAWUA?	67
FIGURA N° 13. ¿HA RECIBIDO UD. INFORMACIÓN DEL PARTO VERTICAL (PARTO ASISTIDO) QUE SE HA IMPLEMENTADO EN VARIOS SUB CENTROS DE SALUD?.....	68
FIGURA N° 14. ¿EN QUÉ POSICIÓN PREFERE DAR A LUZ?.....	69
FIGURA N° 15. ¿CONSIDERA USTED QUE ES NECESARIO QUE EL PARTO VERTICAL (PARTO ASISTIDO) SEA COMPARTIDO EN EL SUB CENTRO DE SALUD DE NATAWUA ?	70

FIGURA N° 16. ¿EN CASO DE QUE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE MEDICINA TRADICIONAL NO LE AYUDEN A DAR A LUZ ACEPTARÍA SER TRANSFERIDO A UNA UNIDAD MÉDICA?.....	71
FIGURA N° 17. ¿CONSIDERA QUE EL USO DE LA CULTURALIZACIÓN DEL PARTO MEJORA LA AUTENTICIDAD CULTURAL?.....	72

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1. ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE NATAWUA.....	93
ANEXO N° 2. CROQUIS DE LA COMUNIDAD DE NATAWUA.....	96
ANEXO N° 3. FOTOGRAFÍAS COMUNIDAD DE NATAWUA	97

RESUMEN

La interculturalidad y el parto asistido en mujeres indígenas de 20 - 35 años, en la comunidad de Natawua, Ciudad Guaranda, Provincia de Bolívar, periodo junio – diciembre del 2013; tuvo como finalidad determinar como la interculturalidad incide en la reivindicación del parto asistido en mujeres indígenas de 20 - 35 años, en la comunidad de Natawua, Ciudad Guaranda, Provincia de Bolívar, en el periodo junio – diciembre del 2013. Para esto se utilizó un diseño descriptivo y correlacional, debido a que indica el nivel de relación comparativa entre dos o más variables presentes en los mismos sujetos, en el lugar donde se producen los hechos, se empleó el método científico que es el que guía todas las acciones hasta llegar a comprobar los hechos que se investigan; es decir permite llegar a verificar la hipótesis planteada a inicio de la investigación. El presente estudio fue de tipo descriptivo ya que pretende establecer como se presenta la realidad en el aquí y ahora realizando un corte de la situación en un tiempo determinado. Teniendo como base las encuestas dirigida a las mujeres indígenas de 20 – 35 años de la comunidad de Natawua que son atendidas en su control prenatal, Luego de haber analizado los principales indicadores y que se realizó a 81 actores del contexto a investigar, mismos que son parte fundamental para determinar como la culturalización del parto incide significativamente en el mejoramiento de la autenticidad cultural en las mujeres indígenas. Finalmente con los resultados anteriormente mencionados, se lo llegó a comprobar a través de la estadística descriptiva, apoyándonos en el método porcentual que hemos analizado; es decir los cuadros y los porcentajes determinan que: El 99% que representan a 70 pacientes afirman que culturalización del parto mejora la autenticidad cultural; el 82% que representan a 58 pacientes consideran necesario que el parto vertical sea difundido en el subcentro; el 66% que representan a 47 pacientes consideran que es necesario implementar la medicina ancestral específicamente durante el parto en el Subcentro de Natawua; Es decir la mayoría de las pacientes consideran necesario la reivindicación cultural del parto. Este estudio nos determina que el sistema reivindicación de la culturalización del parto no está implementado conforme indican los manuales operativos del Ministerio de Salud, ya que se realizan esporádicamente y sin coordinación técnica como se requiere. Por lo tanto el sub centro de salud debe implementar de forma urgente el modelo de salud comunitaria con enfoque intercultural conforme lo determina la ley para que el servicio público de salud mejore sustancialmente.

SUMMARY

Multiculturalism and assisted delivery in indigenous women of 20-35 years in the community Natawua City Guaranda, Bolivar Province, period from June to December 2013 , was aimed to determine how multiculturalism affects the claim of assisted delivery in indigenous women of 20-35 years in the community Natawua City Guaranda, Bolivar Province , in the period from June to December 2013. For this descriptive and correlational design was used , because it indicates the level of comparative relationship between two or more variables in the same subjects , in the place where the events occur, the scientific method is used to guide all shares up to check the facts under investigation , ie lets get to verify the hypothesis to initiate the investigation . This study was descriptive as it aims to establish the reality as presented in the here and now by making a cut in the situation at a given time. On the basis of the conducted surveys of indigenous women of 20-35 years of community Natawua that are met in prenatal care, After reviewing the main indicators and held to 81 players in the context of research, they are fundamental part in determining how culturalizing delivery significantly affects the improvement of cultural authenticity in Indian women. Finally with the above findings , I came to check through descriptive statistics , relying on the percentage method we have used , ie tables and percentages determined that : 99% representing 70 patients claim that culturalisation the delivery improves cultural authenticity , with 82 % representing 58 patients considered necessary that the vertical birth is widespread in the sub-center , 66% representing 47 patients believe it is necessary to implement traditional medicine specifically during labor in Sub-Centre Natawua , I mean most patients claim cultural childbirth see fit. This study determined that the claim we culturalizing system delivery is not implemented as operating manuals indicate the Ministry of Health , as performed sporadically without technical coordination as required. Thus the sub health center should urgently implement the model of community health intercultural approach as provided by law for the public service health improves substantially.

ANTECEDENTES

Los Antecedentes de investigaciones anteriores con respecto al problema que se investiga. Se encontró dos hallazgos.

Antecedente Teórico

Declaración de Quito en el marco del seminario taller de: Interculturalidad y Ejercicio de los derechos en la subregión andina con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva en el fortalecimiento del Sumak Kawsay. Convocada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con el apoyo de la UNFPA, Fondo de Población de Naciones Unidas, Quito 10 al 13 de Noviembre 2009.

Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral, Departamento de Obstetricia y Ginecología red asistencial rebagliati, Hospital Nacional Edgar Rebagliati Martinis.30 de Marzo del 2008

El presente estudio tuvo como precedente que el tiempo de expulsión fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal, respecto a la percepción de la madre sobre al parto vertical, este fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso, la mayoría de madres tuvieron la oportunidad de ver la salida del recién nacido. Obteniendo mejores ventajas el parto vertical ofreciendo a la parturienta un expulsivo más cortó.

Antecedente de Campo

Recomendaciones resultantes de estudio realizado por el Proyecto Diversidad Cultural e Interculturalidad en Educación Superior en América Latina del Instituto Internacional de la UNESCO para la Educación Superior en América Latina. Realizado por Enrique Ayala Mora en la Universidad de Granada, tesis doctoral, Granada, Mayo 2010.

INTRODUCCIÓN

Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de las mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada. El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal. Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales.

En dicho documento se plantea como Objetivo General determinar la incidencia de parto culturalmente asistido y la autenticidad cultural en las mujeres indígenas de 20 – 35 años en la comunidad de Natawua, Provincia de Bolívar en el periodo junio – diciembre del 2013.

Para lo cual los objetivos específicos se encaminan en desarrollar los enfoques teóricos pertinentes mediante el trabajo de investigación, para entender el parto como un hecho social total en el que puedan dialogar los diferentes sistemas de salud, para identificar las prácticas culturales en la asistencia del parto, salud y cuerpo que se asemejan en este grupo de mujeres indígenas mediante la entrevista para entender la lógica de su perspectiva, y analizar las relaciones que existen entre el parto vertical y la autenticidad de las mujeres indígenas de la Comunidad de Natawua mediante la identificación de las ventajas del parto, para ser reconocido como un sistema cultural.

Existe tres pares del trabajo: La primera se refiere a un análisis histórico de la Comunidad de Natawua. En un segundo momento reflexionamos las construcciones conceptuales de la interculturalidad que están presentes y el parto asistido y en un tercer momento, la propuesta que tiene para continuar y mejorar el camino realizado hasta el momento a través de una guía “Promoviendo tu Cultura para la reivindicación cultural” de este grupo de mujeres indígenas, que ayuden a fomentar valores culturalmente perdidos en la actualidad.

En el Capítulo I, Marco Teórico donde se enfoca el fundamento teórico, en lo conceptual se enuncia las definiciones más sobresalientes de la interculturalidad, y el parto asistido, además las teorías en las que sostiene la investigación en lo referencial los trabajos similares al tema investigado, el legal, estipulando artículos, leyes y reglamentos correspondientes, lo situacional de la comunidad de Natawua, Provincia de Bolívar.

En el Capítulo II, se localiza las estrategias metodológicas, haciendo hincapié a los tipos de investigación como la aplicada, explicativa, de campo, transversal, exponiendo como técnica la encuesta y la entrevista, como instrumentos el cuestionario, utilizando los métodos cualitativo, cuantitativo, hipotético-deductivo, inductivo.

En el Capítulo III, el análisis y discusión de resultados, de la encuesta aplicada a las mujeres en edad fértil que acuden a la atención en el subcentro de salud de la comunidad de Natawua, presentada en tablas y gráficos de pasteles, para la comprobación de la hipótesis se realiza la prueba estadística porcentual, además se encuentran las respectivas conclusiones y recomendaciones.

Finalmente proponer una guía para la reivindicación cultural “Promoviendo tu Cultura” del grupo de mujeres indígenas, mediante la difusión de material escrito para ayudar a fomentar el parto culturalmente asistido.

PROBLEMATIZACIÓN

ÁRBOL DEL PROBLEMA

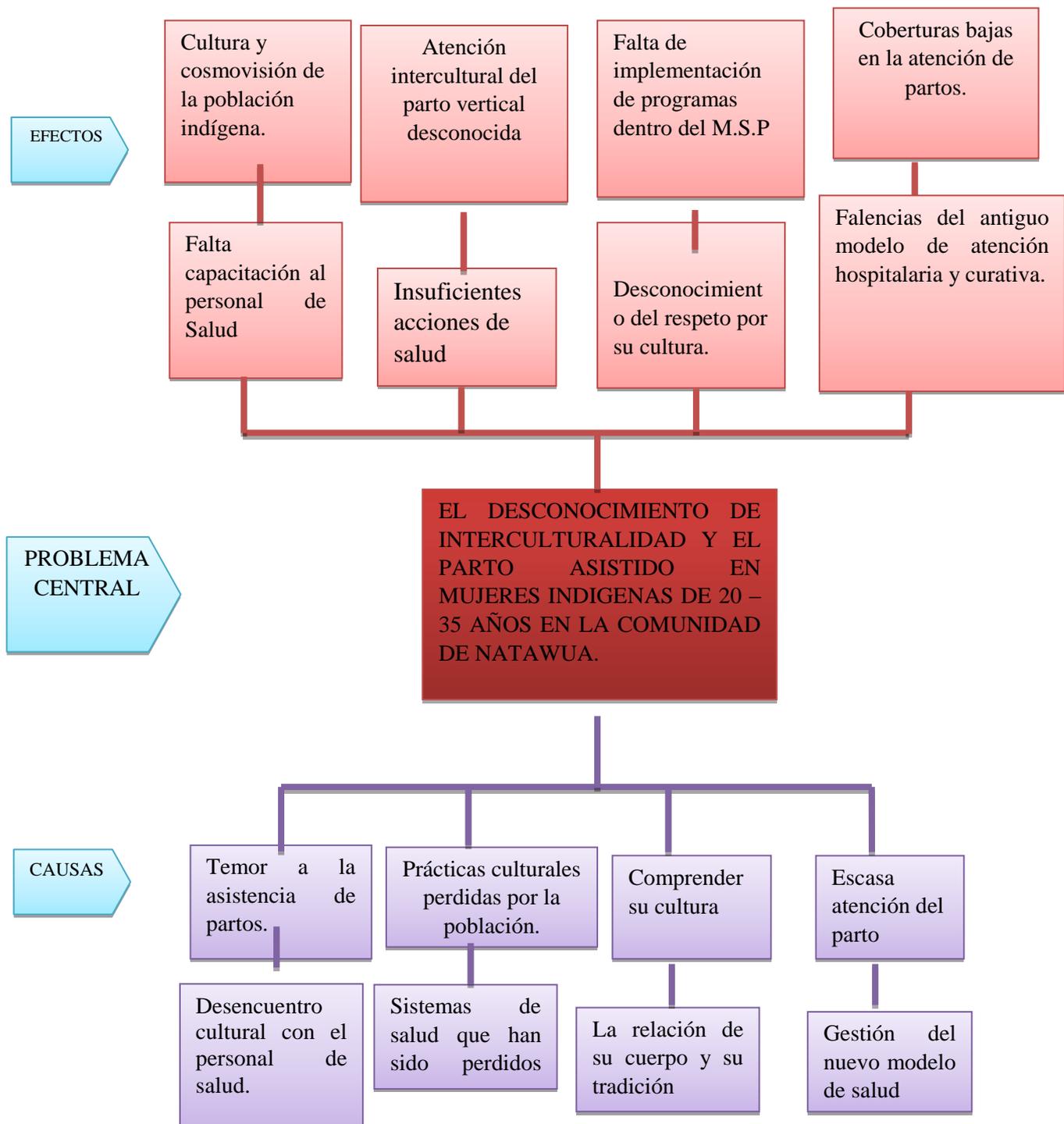


Figura N° 1. Árbol de problemas

Fuente: Diagnóstico situacional de la Comunidad de Natawua 2013

Elaborado Por: Maricruz Paguay Q.

DESCRIPCIÓN

La sociedad ecuatoriana es un conglomerado pluricultural y multiétnico que agrupa a diversos pueblos, nacionalidades y grupos humanos que poseen sistemas de salud y sistemas médicos propios, de los cuales se tiene suficiente evidencia derivada de la investigación etnomédica y antropológica realizadas durante los últimos siglos. Una de ellas es la libertad para escoger la posición para dar a luz.

La asistencia del parto culturalmente asistido todavía es desconocido por el personal de salud, su etnicidad y la cultura juegan un papel fundamental tanto en la manera en la que una mujer percibe, expresa y experimenta el dolor en el parto, como en la forma de relacionarse con su cuerpo y sexualidad. Para actuar con respeto es importante conocer y comprender la cultura y cosmovisión de la población que acude a los servicios médicos; pues la atención intercultural implica el reconocimiento y respeto de las diferencias, mediante el nuevo modelo de gestión de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Diversas investigaciones, encuestas de satisfacción y documentos de sistematización de las experiencias en sectores indígenas de la Sierra ecuatoriana revelan “brechas culturales”, al menos, en algunos ámbitos investigados, a saber: en las condiciones ambientales y el entorno en el que se atiende el parto (luz, temperatura, privacidad, mobiliario); en las costumbres higiénicas y valores acerca de la limpieza del cuerpo; en el tipo de vestimenta utilizada y exigida a la parturienta; en las restricciones alimenticias y de consumo de bebidas; en el tipo de alimentos y bebidas recomendadas durante la labor de parto; en la posición durante el período de dilatación y expulsivo; en las limitaciones al acompañamiento por parte de familiares o partera que refiere a la gestante; a la falta de un trato amable y respetuoso; al manejo de la placenta.

El momento histórico que vive el Ecuador permite identificar con claridad las falencias del antiguo modelo de atención hospitalaria y curativa, en el que prevaleció el intervencionismo y la medicalización del parto normal a tal extremo de convertirlo en procedimiento quirúrgico. La proporción de partos por cesárea en establecimientos de salud es del 34,5 por ciento, es casi 10 puntos porcentuales mayor al promedio total de esa intervención (25,8 %). Las tasas más altas se encuentran en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (50,0 %), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49,8 %), en el Patronato San José (40,2 %) y en la Junta de Beneficencia (35,5 %), como también prácticas innecesarias, molestas e incluso perjudiciales para resolver el nacimiento. (ENDEMAIN, 2004)

A este respecto existe evidencia de que “las parteras (obstetrices y matronas) recurren muchísimo menos a intervenciones innecesarias”, a diferencia de los cirujanos obstetras. (Wagner, 2007). También habría que considerar que la atención obstétrica a cargo de obstetrix, enfermera obstétrica, comadrona y partero/a es mucho más barata, tanto porque su paga es menor como porque se presentan menos intervenciones obstétricas, además y fundamentalmente porque responde a las necesidades culturales de los pueblos indígenas, de algunos grupos mestizos (urbanos y rurales).

Por ello hay que tomar en cuenta a la interculturalidad y el parto asistido como una necesidad de las mujeres indígenas de la comunidad de Natawua, Cantón Guaranda, Provincia de Bolívar debido a que las prestaciones y servicios existentes deben corresponderse con los perfiles profesionales existentes en el Ecuador, a nivel nacional, regional y local, con el adecuado uso de las libertades para escoger un parto culturalmente asistido con un buen trato en la atención, una buena información y comunicación antes, durante y después del mismo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Por qué el parto culturalmente asistido incide en la autenticidad cultural de las mujeres indígenas de 20 – 35 años en la comunidad de Natawua, Provincia de Bolívar en el periodo junio – diciembre del 2013?

SUBPROBLEMAS

1. ¿Cuáles son los beneficios del parto culturalmente asistido?
2. ¿Cómo funciona en la actualidad el parto culturalmente asistido en el Sistema de Salud Público?
3. ¿Por qué la Interculturalidad influye en la asistencia del parto vertical en las mujeres indígenas?
4. ¿Qué cambios se producen en la Atención de Salud aplicando la autenticidad cultural con la medicina occidental?
5. ¿Cuáles son las estrategias que van a permitir fortalecer el modelo de atención en salud intercultural referente al parto asistido?
6. ¿Cómo interfiere el idioma para brindar una atención de salud de calidad?
7. ¿La situación geográfica influye en la atención de salud?

PROGNOSIS

El Ministerio de salud, emitió la norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado. Con ello, se busca lograr mayor credibilidad de los servicios de salud y por ende la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

TEMA DE INVESTIGACIÓN

LA INTERCULTURALIDAD Y EL PARTO ASISTIDO EN MUJERES INDÍGENAS DE 20 - 35 AÑOS, EN LA COMUNIDAD DE NATAWUA, CIUDAD GUARANDA, PROVINCIA DE BOLÍVAR, PERÍODO JUNIO - DICIEMBRE 2013.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación está centrada en la posición filosófica del método científico, donde se pretende a la descripción de la realidad que es objeto de estudio, la explicación de las causas que determinan las particularidades de su desarrollo, la aproximación predictiva del desenvolvimiento de los fenómenos estudiados, la valoración de las implicaciones ontológicas de los mismos, así como la justificación o no de su análisis.

Donde las leyes de la naturaleza que ha programado el parto en los mamíferos desde hace millones de años y la posición supina para el parto, en que se coloca la mujer es una decisión terapéutica que se toma por tradición secular y no está avalada por evidencia científica alguna.

Los pasos que se han dado para cambiar arraigadas prácticas obstétricas por el parto asistido ha resurgido en este siglo en consonancia con los avances del Psicoanálisis, la Neurología y la Etología que pusieron de manifiesto la importancia del “modo de nacer” en el desarrollo del vínculo “madre-hijo” de tanta trascendencia en la construcción de la resistencia de cada ser humano.

Las cosmovisiones, conocimientos y prácticas, los recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación de las medicinas tradicionales indígenas, forman verdaderos sistemas de salud. Estas medicinas no formales, recreadas y reproducidas cotidianamente, han generado prácticas holísticas en las cuales sus especialistas han impreso su propia visión del mundo, su propia identidad (Ministerio de Salud Pública, 2005).

Las diferentes culturas especializaron hombres y mujeres de sabiduría cuya responsabilidad no es sólo de carácter curativo, sino de liderazgo social, político y espiritual. Ellos promovieron la lucha y resistencia a los colonizadores, y

mantuvieron intacto (bajo condiciones sincréticas) el respeto y veneración hacia sus Dioses encarnados en la naturaleza viva. Este hecho, sumado al recelo que la medicina formal de occidente manifestaba sobre los sabios indígenas, y a las campañas de extirpación de idolatrías emprendidas por la Iglesia, sustentaron la reiterada persecución de estos sanadores, fenómeno presente hasta el día de hoy.

En el Ecuador, el sistema de las medicinas tradicionales indígenas guarda correspondencia con las peculiaridades culturales de sus nacionalidades y pueblos. Visto desde la óptica formal, de ese sistema ha resultado posible obtener componentes gnoseográficos, etiológicos y terapéuticos relativamente comunes. La causa de las enfermedades, en su origen, destino, sentido y condicionantes, se sustenta sobre factores sobrenaturales, naturales y personales. Se mantiene el uso de medios de diagnóstico y recursos terapéuticos propios.

Existe toda una gama de sanadores acreditados por sus propias comunidades: los Hombres y mujeres de Sabiduría de la Tradición. Estos terapeutas son llamados Yáchac Taitas (conocedores, sabios) en la nacionalidad Kichwa; Ponelas, en la nacionalidad Tsáchila. En la Amazonía se los conoce como Yagé Unkuki e Inti Paiki (nacionalidad secoya); Uwishines (nacionalidad shuar y achuar); Iroi (nacionalidad huaorani); y Shímano (nacionalidad zápara). En las estribaciones occidentales andinas: Mirukos (nacionalidad chachi). Terapeutas de la región interandina son los Jambic runas (curanderos), Jacuc runas (sobadores), Wachachic (parteras). Es posible destacar otros proveedores de salud: sus denominaciones son propias a las especificidades culturales de los diferentes pueblos indios.

Estos sanadores se hallan empeñados en curar las enfermedades, ofrecer protección, mantener el equilibrio social, y del individuo con la naturaleza, alientan el uso de variadas formas de auto cuidado, promueven estilos de vida más saludables, regulan prácticas riesgosas, aplican formas inocuas de curación. No de otra manera se entiende los altos niveles de aceptación y confianza a sus tratamientos, descritos ya por los cronistas y primeros médicos de la colonia, sino también porque hoy, quinientos años después, habitantes de las ciudades y el campo recurren en primera

instancia, una vez instaladas dolencias agudas, a las distintas variedades de técnicas y procedimientos de la medicina tradicional ecuatoriana¹.

No obstante, los pueblos y nacionalidades reconocen cuantos logros científicos y tecnológicos sean posibles de utilizar, pero al mismo tiempo, alertan sobre los desequilibrios estratégicos en la producción agrícola, la coexistencia de múltiples formas de la discriminación racial en los servicios, los riesgos de la contaminación ambiental, de la producción industrializada de alimentos (que incluye la adición de sustancias químicas reportadas como peligrosas), las reacciones indeseables o efectos iatrogénicos de los actuales fármacos de síntesis, la creciente disociación de los componentes espirituales, psicológicos y aún orgánicos de la práctica médica actual.

1.2. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. Sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos pueden resolverse mediante el respeto, la generación de contextos de horizontalidad para la comunicación, el diálogo y la escucha mutua, el acceso equitativo y oportuno a la información pertinente, la búsqueda de la concertación y la sinergia. Es importante aclarar que la interculturalidad no se refiere tan solo a la interacción que ocurre a nivel geográfico sino más bien, en cada una de las situaciones en las que se presentan diferencias².

Y lo más importante que es el respeto es la consideración de que alguien o incluso algo tiene un valor por sí mismo y se establece como reciprocidad: respeto mutuo, reconocimiento mutuo.

El término se refiere a cuestiones morales y éticas, es utilizado en filosofía política y

¹ El Jambi Huasi, Área de salud de la FICI, Dra. Myriam Conejo, Directora Ejecutiva, jambihua@im.pro.ec

² <http://es.wikipedia.org/wiki/Interculturalidad>

otras ciencias sociales como la antropología, la sociología y la psicología (NARANJO, 2013).

Las Nacionalidades y Pueblos Indígenas en el Ecuador poseen una diversa y rica herencia cultural: de manifestaciones estéticas, así como logros tecnológicos y organizativos se hallan fundamentados en la sabiduría ancestral. Sin embargo, la ausencia de políticas favorables, la transculturación y la implantación de modelos exógenos de desarrollo, contribuyeron no sólo a la desarticulación de nuestra cultura, y por consiguiente a la desvalorización de nuestra identidad, sino que sus resultados se objetivan en un estado de pobreza alarmante y, por lo tanto, en condiciones abiertamente deficitarias de vida y de salud.

Las diferentes culturas en el Ecuador, especializaron hombres y mujeres de sabiduría cuya responsabilidad no es sólo de carácter curativo, sino de liderazgo social, político y espiritual. Ellos promovieron la lucha y resistencia a los colonizadores, y mantuvieron intacto (bajo condiciones sincréticas) el respeto y veneración hacia sus Dioses encarnados en la naturaleza viva. Este hecho, sumado al recelo que la medicina formal de occidente manifestaba sobre los sabios indígenas, y a las campañas de extirpación de idolatrías emprendidas por la Iglesia, sustentaron la reiterada persecución de estos sanadores, fenómeno presente hasta el día de hoy.

En el Ecuador, el sistema de las medicinas tradicionales indígenas guarda correspondencia con las peculiaridades culturales de sus nacionalidades y pueblos. Visto desde la óptica formal, de ese sistema ha resultado posible obtener componentes etiológicos y terapéuticos relativamente comunes.

La causa de las enfermedades, en su origen, destino, sentido y condicionantes, se sustenta sobre factores sobrenaturales, naturales y personales. Se mantiene el uso de medios de diagnóstico y recursos terapéuticos propios.

No obstante, los pueblos y nacionalidades reconocen cuantos logros científicos y tecnológicos sean posibles de utilizar, pero al mismo tiempo, alertan sobre los

desequilibrios estratégicos en la producción agrícola, la coexistencia de múltiples formas de la discriminación racial en los servicios, los riesgos de la contaminación ambiental, de la producción industrializada de alimentos (que incluye la adición de sustancias químicas reportadas como peligrosas), las reacciones indeseables o efectos iatrogénicos de los actuales fármacos de síntesis, la creciente disociación de los componentes espirituales, psicológicos y aún orgánicos de la práctica médica actual.

Con todo, se llegó a un acuerdo relativo al considerar la interculturalidad como una realidad omnipresente que posee sus propios modos de funcionamiento en la vida en común de los pueblos y de las sociedades. También se subrayó unánimemente la necesidad de desarrollarla y profundizarla mediante la comprensión, el reconocimiento y el intercambio igualitario entre las diferentes sensibilidades culturales y referentes simbólicos, pues para algunos la interculturalidad es una identidad original.

En Ecuador son varias las iniciativas realizadas, especialmente las vinculadas con la salud sexual reproductiva y la adecuación del parto intercultural. Cabe destacar, como resultado de las nuevas Constituciones Políticas del Estado en Ecuador y la presencia de estructuras de decisión política sensibles a las perspectivas interculturales en salud, en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, que constituye una prioridad de política pública para asegurar la salud reproductiva de las mujeres indígenas, donde el parto tradicional o asistido se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud.

1.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

1.3.1. ÁMBITO DE SALUD EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ECUADOR.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, a promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Ecuador, 2008)

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Esta investigación además de se fundamentó según el Plan Nacional del Buen Vivir, vigente actualmente, se toma en cuenta los Objetivos 3 y 6 con sus respectivos literales en el que la investigación está hecha para lograr cambios y no someterse servilmente a la dependencia.

1.3.2. PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2009-2013.

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población.

3.7. Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos.

- a. Controlar y vigilar el cumplimiento de normas y estándares de los diferentes espacios para evitar posibles efectos de contaminantes físicos, químicos y biológicos, de estrés, fatiga, monotonía, hacinamiento y violencia.
- b. b.- Diseñar y aplicar sistemas de alerta, registro y monitoreo permanente y atender oportunamente accidentes, enfermedades y problemas asociados con contaminación ambiental y actividades laborales.

Objetivo 6: Garantizar el trabajo estable, justo y digno, en su diversidad de formas.

6.6. Promover condiciones y entornos de trabajo seguros, saludables incluyentes, no discriminativos y ambientalmente amigables.

- b.- Promover entornos laborales accesibles y que ofrezcan condiciones saludables, seguras y que prevengan y minimicen los riesgos de trabajo.

Lucio Quintana, Araceli B.2013 formato del proceso de graduación tesina. Departamento de Postgrado de la Universidad Estatal de Bolívar.

1.4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.4.1. FUNDAMENTACIÓN REFERENCIAL

1.4.1.1. HISTORIA DE LA COMUNIDAD

La comunidad de Natawua se encuentra al norte de parroquia de salinas del cantón Guaranda Provincia Bolívar, a una altura de 4000, m.s.n.m. Su destino se ha forjado a través de diversos acontecimientos sociales, políticos y económicos. Es escenario de trascendental experiencia autogestionaria protagonizada por una organización Campesina.

La historia arranca como un pueblo olvidado y marginado, por la separada de la comunidad de Pachancho los motivos fueron que las familias se fueron ampliando y por lo tanto la actual comunidad fue creciendo. La mortalidad infantil era de 45% y el analfabetismo cerca de 60% en ese entonces .esta comunidad no disponía de agua entubada, ni luz eléctrica, ni teléfono, las viviendas eran en su mayoría humildes chozas y, con pisos de tierra. La comunidad se llamaba en ese entonces “Atawa” que significo cubierta de nube en forma de ataúd, esta dicha comunidad. Nace en el año de 1982.

Con las familias. José Poaquiza Masabanda, Manuel Poaquiza, Juan Aucatoma, Gabriel Toapanta, Euclides Poaquiza, Isidro Chulco, y Segundo Toabanda. Que en su totalidad llegaban a 13 personas, las mismas que se dedicaban al pastoreo de ovejas, llamas, alpacas, de las cuales que se obtenían la carne y lana. En el año 1983 la fundación FODERUMA: ayuda con la construcción de la casa comunal con fin de realizar las asambleas, estas familias decidieron en el año 1991 formar una pre-cooperativa de la comunidad, en el momento de la legalización de sus documentos no aceptaron con el nombre “Atawa” por lo que se cambió el nombre a Natawa. Que significa tela de agua. En español. Los dirigentes de esta pre-cooperativa fueron como Gerente el señor Segundo Manuel Aucatoma, presidente: Segundo Euclides Poaquiza, y como secretario Segundo Miguel Poaquiza. Además la (organización

que tiene como fin la compra de terrenos que servirán para fines de ganadería, agricultura, etc. A toda la comunidad y en el año 1993 la fundación FEPP. Ayuda a la implementación de agua entubada y en el año de 1995 la institución EMELBI Y PREFECTO: ayudan a la implementación e instalación de luz eléctrica a la comunidad Natawua y a las vecinas comunidades.

1.4.1.2. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Existe una importante organización local encabezada por los siguientes organismos:

- 1. Dirigentes de la Comunidad:-** Estas se efectúa a través de votaciones democráticas que se efectúa cada año, aquí se elige presidente, secretario, tesoro. Los dirigentes actuales son como presidente Orlando Toabanda, Secretario Oswaldo Poaquiza, tesorero Ángel Poaquiza.
- 2. Profesor de la escuela.-** Este es un importante ente activo, ya que a través de él se efectúan muchísimas programaciones, entre estas está la de salud. Con el programa de salud escolar, y en diversa programaciones más con varias instituciones. El nombre de Profesora es María Guaquipana. El mismo que recibe apoyo continuo de diversas educadoras de la Ciudad de Guaranda.
- 3. Como personal TAPS.-** Esta representado por el Sr. Segundo Aucatoma el mismo que a través del S.C.S de Salud de Salinas efectúa muchísimos procesos de promoción prevención a nivel de esta comunidad, y ayudando a diversas emergencias que se presentan en esta comunidad, trasladando a centro de salud, hospitales y también por medio de comunicación celular.
- 4. Guardería.-** Está dirigida por el Sr. Segundo Aucatoma. y tres promotoras cuidadoras el mismo que tienen a su cargo 25 niños.

En lo referente a comunicación la comunidad cuenta con:

- **Radio.-** Los habitantes de esta comunidad disponen de algunos medios de comunicación, la radio es uno de ellos, la emisora de mayor sintonía es radio Matiaví y Radio Salinerito, las mismas que son sintonizadas en todas las zonas, en la zona Alta le sigue radio Simiatug, Canela, Zaracay y Runakunapak entre las de mayor sintonía.
- **Telefonía celular claro.** Solamente existe en ciertos micro espacios la señal de este medio de comunicación, la que es un poco difícil podernos comunicar con la zona alta.
- **Televisión.-** Realmente existe una pequeña parte de señal a nivel de esta comunidad, Entre los principales canales de televisión sintonizados por zona, tenemos, Ecuavisa, Teleamazonas, Gamavisión, TC, y Canal Uno, entre los más citados.

1.4.1.3. ASPECTO CULTURAL

- **Educación.:** Esta comunidad cuenta con su escuelita llamada "Valle de San Francisco", que es pluriclase, unidocente y bilingüe. La actual directora se llama María Guaquiapan la misma que cubre las funciones de directora y profesora. La escuela fue creada en el año 1992 bajo el pedido del presidente comunitario el señor Euclides Poaquiza, la misma que funciona y funciona en la casa comunal de Natawua. Además la comunidad de Natawua cuenta con su centro del buen vivir llamado Rayitos De Sol bajo la dirección del señor Segundo Aucatoma. La comunidad de Natawua cuenta con apenas un 3% de analfabetismo y un 97% de nivel escolar.
- **Festividad la comunidad de Natawua:** 2 de Noviembre: festejo de finados y 25 de Diciembre fundación de la comunidad. **24 de Mayo:** Fiesta patronal de la PARROQUIA DE SALINAS, de los cuales ellos participan activamente.

- **Religión:** Los habitantes de la comunidad de Natawa son en su totalidad de religión Evangélicos.

1.4.1.4. ASPECTOS ECONÓMICOS

Las principales fuentes de trabajo son:

- Proyecto Quesera: Con la pequeña migración que se dio en la comunidad de Natawa se trajo consigo la idea de formar la quesera con el fin del mejoramiento económico de la comunidad, empezaron por parcelar sus terrenos para el pasto de las vacas productoras de leche este suceso se dio en el año 2005, en el año 2009 con el dinero que junto la comunidad adecuaron una de las casa comunales para el trabajo de quesera.
- Apenas en Enero del 2011 se da la inauguración de la quesera conformado por un trabajador profesional de la comunidad de Verde pamba y 3 personas de la comunidad como aprendices, con la dirección de Daniel Poaquiza empezando con 35 litros de leche diaria.

Actualmente la quesera funciona bajo la gerencia del señor Daniel Poaquiza y cuenta con una producción de 200 litros diarios, convirtiéndole en su principal fuente económica de la comunidad. Los diversos impactos que ha producido la quesera son:

1. Precio de la leche: bueno y seguro.
 2. Creación de fuentes de trabajo.
 3. Contaminación por mala eliminación de desechos.
- **Grupo de Mujeres:** En el año 1998 se forma el grupo de mujeres con 15 participantes, Bajo la dirigencia de Juana Masabanda, las mismas que se dedicaban a elaborar- artesanías como canastas de paja, fundas suéteres, gorras y otros productos textiles.

Actualmente la presidenta del grupo de mujeres es Melida Poaquiiza, Secretaria Luz Masabanda y Tesorera La Juana Masabanda. Y cuenta con 28 mujeres las mismas que capitalizan alrededor de 2000 dólares.

1.4.1.5. SUPERFICIE

La comunidad de San José de Natawa. Tiene una extensión de 800 hectáreas aproximadamente, de las que son declaradas como área de reserva 319 hectáreas. Esta medición se ha realizado gracias a la institución IEDECA que está dedicado a la conservación de los páramos Andinos.

1.4.1.6. LÍMITES GEOGRÁFICOS

La comunidad de Natawa está ubicada al norte de parroquia salinas Provincia de Bolívar Cantón Guaranda en la parte más alta de las cordilleras en la prolongación de las faldas del Chimborazo pero dentro de la Provincia de Bolívar. Su altura es 4000.m.s.n.m.sus límites son: Al Norte la provincia de Tungurahua. Sur Salinas, Este Serró Capadea y Oeste Comunidad Yurakuksha.

1.4.2. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.4.2.1. INTERCULTURALIDAD

Plantear la interculturalidad desde la diferencia exige reconocer al otro “ser cultural” como persona, digno en sus ser, útil para sí mismo y para los demás. Entonces la valoración del otro como persona implica que quien valora al otro se valore primero así mismo. El énfasis de esta corriente de interculturalidad se centra en la estructuración de una escala de valores en donde se dejen a un lado estereotipos como complejos de inferioridad, de superioridad y actitudes racistas. (DINEIB), 2002)

La interculturalidad es una práctica política que va más allá de la aceptación y tolerancia de otras identidades y culturas. Enfatiza la importancia del diálogo entre culturas y saberes, pero frente a las desigualdades y relaciones asimétricas existentes entre culturas, debe necesariamente luchar contra la desigualdad y la discriminación, para crear una sociedad diversa más armónica y justa. Para ello, es indispensable la construcción de políticas públicas que integren el enfoque de interculturalidad. (M.S.P 2009).

En el Ecuador, el PNUD, y las demás agencias del sistema de Naciones Unidas a través del Grupo Técnico Interagencial sobre Interculturalidad (GTI) -liderado por UNFPA-, promueven la transversalización del enfoque de interculturalidad, concebido como un enfoque específico de derechos humanos. Con ello, en la práctica, se busca esencialmente fomentar la realización de los derechos de los pueblos indígenas y afroecuatorianos y la implementación de políticas públicas multiculturales e interculturales. (PNUD, 2010)

1.4.2.1.1. Etapas del Procesos Intercultural

El proceso intercultural en general se divide en cuatro etapas:

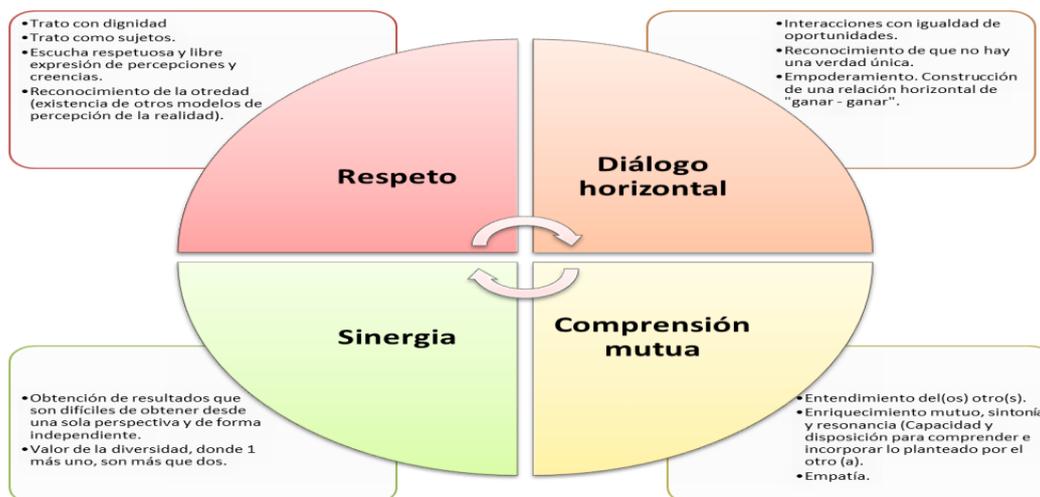


Figura N° 2. Proceso Intercultural

Fuente: Botero J, Jubiz A, Henao G. ,2000

Elaborado Por: Maricruz Paguay Q.

Por último, cabe mencionar que para que la interculturalidad sea efectiva es necesario que se cumplan tres actitudes básicas, como la visión dinámica de las culturas, el convencimiento de que los vínculos cercanos sólo son posibles por medio de la comunicación y la conformación de una amplia ciudadanía donde exista la igualdad de derechos.

1.4.2.2. PARTO ASISTIDO VERTICALMENTE

Este inicia con la fecundación; se entiende por esta la fusión del espermatozoide con el óvulo, después de la eyaculación de semen en el fondo de la vagina, unos quinientos millones de espermatozoides inician una carrera de quince centímetros que, tras esfuerzos que duran unas cinco horas, sólo terminarán no más de un par de docenas de ellos. (Gispert, 1999)

Es precisamente en la porción externa de la trompa de Falopio donde los espermatozoides se encuentran con el óvulo y donde uno de ellos y sólo uno, atraído por una sustancia química liberada por el óvulo hunde su cabeza en la capa protectora o zona pelúcida del óvulo, atraviesa la membrana, gracias a una serie de sustancias especiales, se libra de la cola y penetra en el interior del óvulo. (Botero J, Jubiz A, Henao G. , 2000).

Desde este momento, el óvulo deja de interesarse por otros espermatozoides e incluso se protege de ellos para evitar otras fecundaciones. Una vez fusionados ambos núcleos, el óvulo fecundado recibe el nombre de huevo o cigoto y sus aventuras a lo largo de nueve meses sólo acaban de empezar. El desarrollo prenatal del ser humano se lleva a efecto durante 40 a 41 semanas, las cuales para una mejor comprensión pueden distribuirse en los siguientes períodos (Botero J, Jubiz A, Henao G., 2000):

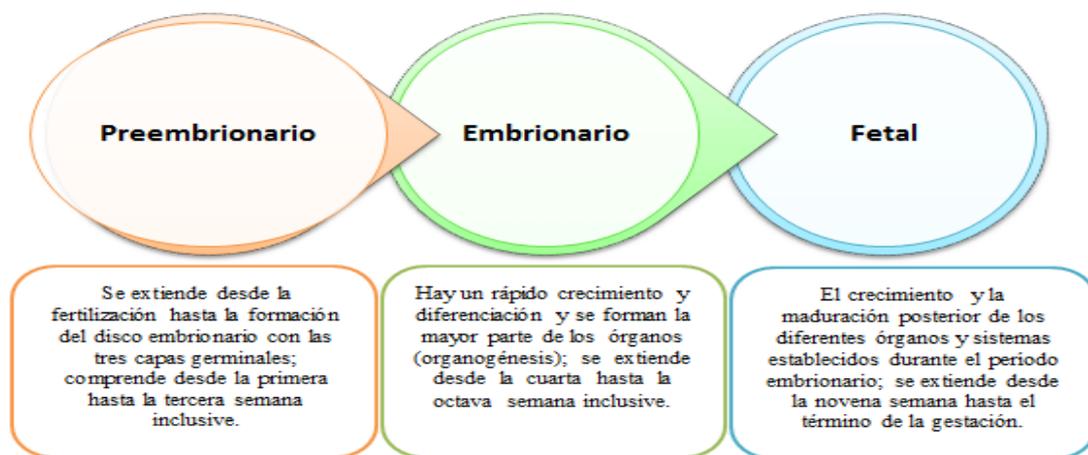


Figura N° 3. Períodos en el Embarazo
Fuente: Botero, Jubiz; Henao (2000).
Elaborado Por: Maricruz Paguay Q.

En este tiempo, el futuro bebé se desarrolla y crece: durante los dos primeros meses del embarazo, lo llamamos embrión; es muy pequeño y sus órganos se están formando poco a poco. A partir del tercer mes, recibe el nombre de feto, y su cuerpo empezará a madurar y crecer hasta el momento del nacimiento. (SCHWAREZ, Ricardo y otros, 2000)

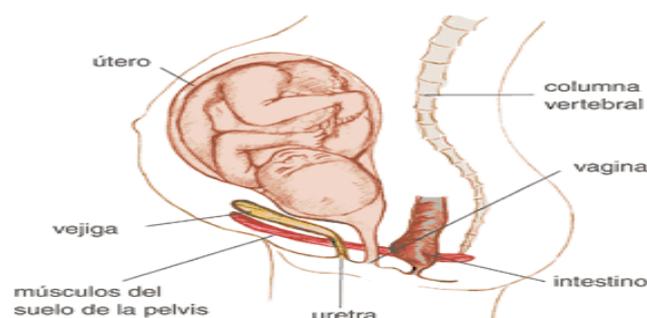


Figura N° 4. Parto Vertical
Fuente: Botero, Jubiz; Henao (2000).

El embarazo es un estado en el cual la mujer, por la posibilidad que le brinda su sistema reproductivo puede albergar dentro de su útero, rodeado de líquido amniótico, que está contenido en el saco amniótico, a un nuevo ser, producto de la fecundación del óvulo por parte de un espermatozoide masculino.

El estado de embarazo o gravidez termina con el parto, donde el nuevo miembro de la especie sale al exterior teniendo una vida independiente de su madre. Esto ocurre normalmente en un período de nueve meses, o cuarenta semanas, aunque puede suceder, según lo establece la legislación con el objeto de atribuir la paternidad del niño al marido de la madre, basado en constataciones biológicas, entre los 180 y los 300 días.

1.4.2.3. PARTO

El parto es el proceso por el cual el producto de la concepción es expulsado desde el útero, a través de la vagina, hacia el exterior (Green-Hill).

El parto fue definido como “el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno”, definición que sólo tiene en cuenta el aspecto físico, pero no debemos olvidarnos que desde lo emocional la experiencia del parto es para la mujer una vivencia intensa, durante la cual se entremezcla el dolor con el placer y que seguramente quedará grabada en su memoria por el resto de su vida. (LAFONT, 1971)

La primera definición excluye los partos operatorios por vía abdominal y se vincula a la madurez o viabilidad fetal. La segunda definición comprende a todos los partos: los que se realizan por vías naturales y los que se obtienen por vía abdominal (operación cesárea, embarazo ectópico).

En la práctica, se reserva el nombre de parto propiamente dicho, o simplemente de parto, a la salida del feto (expulsión o extracción). La salida de la placenta y de las membranas ovulares se denomina alumbramiento. El parto es el proceso fisiológico

único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales.

Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

1.4.2.3.1. CLASIFICACIÓN DE PARTOS.

Pero independientemente de la opción que elijas para **dar a luz**, el parto puede clasificarse según el tiempo de gestación:



Figura N° 5. Clasificación según el tiempo de gestación

Fuente: <http://www.facemama.com/parto/tipos-de-parto-y-sus-clasificaciones.html>

Elaborado: Maricru Paguay Q.

También recibe una clasificación según la finalización:

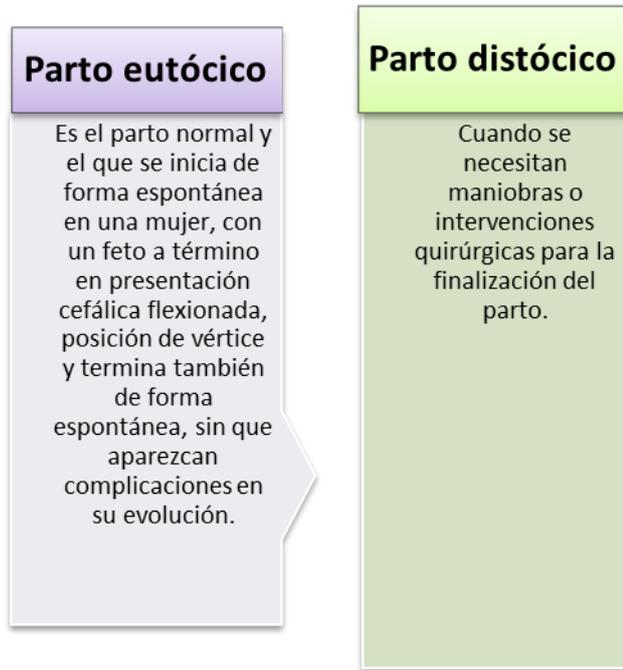


Figura N° 6. Clasificación según la finalización

Fuente: <http://www.facemama.com/parto/tipos-de-parto-y-sus-clasificaciones.html>

Elaborado: Maricruz Paguay O.

Otra clasificación que recibe el parto es según el comienzo:

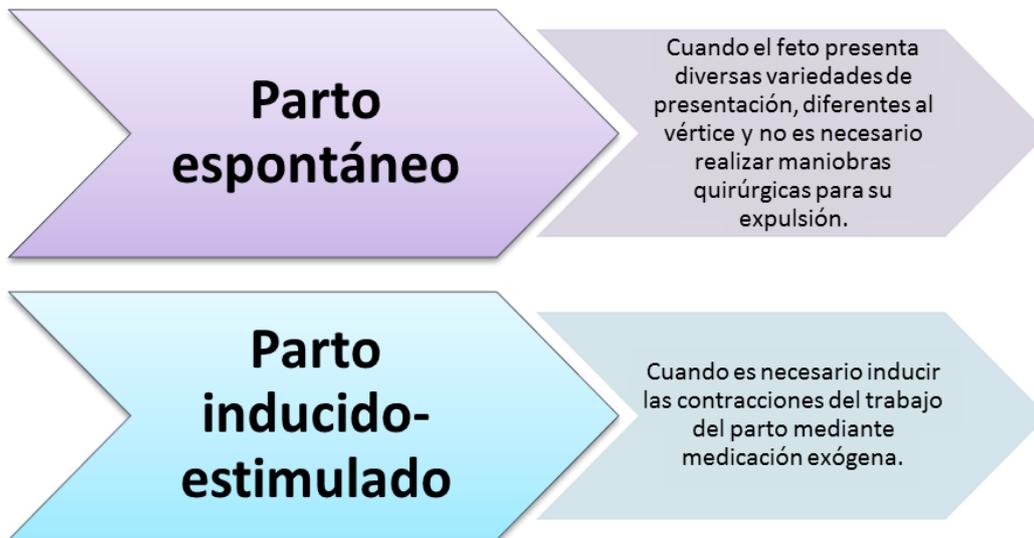


Figura N° 7. Clasificación según el comienzo

Fuente: <http://www.facemama.com/parto/tipos-de-parto-y-sus-clasificaciones.html>

Elaborado: Maricruz Paguay Q.

1.4.2.3.2. CLASIFICACIONES DE LAS ALTERNATIVAS DE PARTO

El parto es un momento muy especial en la vida de cualquier mujer. A continuación, se detalla los distintos tipos de parto.

1) PARTO NORMAL CON ANESTESIA.

Nos referimos al tipo de parto en el cual el bebé sale a través de la vagina, pero, a diferencia del parto natural, en éste se utiliza anestesia y medicamentos para el dolor. Usar o no algún tipo de analgesia durante el parto depende de la mujer y de sus circunstancias personales.

2) PARTO NATURAL

Este tipo de parto significa riesgos mínimos porque no existe alteración alguna de la madre ni el feto por medio de medicamentos. El doctor basa su diagnóstico en los latidos del bebé y en la frecuencia e intensidad de las contracciones. Entre sus beneficios destaca el contacto inmediato del pequeño con su madre, desarrollando su autoestima, capacidad de entregar amor y relacionarse con el resto. Si optas por este tipo de parto, deberás prepararte para enfrentar los malestares propios de la fase final del embarazo por medio de cursos, yoga o hipnosis.

3) PARTO EN EL AGUA

Se trata de una modalidad del parto natural, cuyo proceso es espontáneo. Una vez que la madre haya superado las dos etapas previas al nacimiento, dilatación y encajamiento; y se inicien las molestias, comienza la fase de hidroterapia, donde el agua circula por medio de filtros a 37 grados de temperatura.

La higiene de este tipo de parto es lo que más preocupa a las mamás, sin embargo, está libre de infecciones. El agua caliente permite calmar los dolores y el bebé nace totalmente relajado.

4) PARTO EN CUCLILLAS

En este tipo de parto la posición en cuclillas facilita la bajada del bebé, permitiendo un nacimiento más rápido, precisamente porque la madre recibe la ayuda adicional de la fuerza de gravedad. Entre sus ventajas cuentan el requerimiento de menos puje y una apertura mayor de la pelvis. Aunque debes consultar con tu médico, si el lugar dónde nacerá tu pequeño cuenta con los implementos necesarios para esta técnica. ((DINEIB)., 2002)

5) PARTO POR CESÁREA

Este tipo de parto se realiza cuando el bebé viene con los pies o nalgas hacia abajo o en posición transversal. También al surgir emergencias como una tensión fetal, cavidad pélvica menor al tamaño del bebé, sangrado vaginal o infecciones virales activas que afecten al cuello uterino; entre otras. La cirugía consiste básicamente en una incisión en la pared abdominal y en el útero para extraer al bebé. Existen dos tipos de cisura: una que se realiza de forma longitudinal del ombligo al pubis; y otra en forma transversal y a nivel supra púbico. (Gispert, 1999)

1.4.2.4. PARTO VERTICAL.

El parto vertical no es una práctica nueva, es la posición natural ya utilizada desde los albores de la humanidad, hecho que se ha demostrado en los grabados y esculturas encontrados en las diferentes culturas.

Esta práctica todavía se conserva en nuestras comunidades indígenas, donde la mujer aun acude a la partera y opta por el parto domiciliario.

Una de las posturas más utilizadas, para el momento del parto es la de cuclillas, así como la de sentada o semisentada con los muslos flexionados sobre el abdomen, además la parturienta al mantenerse caminando durante la labor se brinda mayor oxigenación a la madre y también al bebé, mejora la calidad de las contracciones

uterinas, acorta el tiempo de labor de parto, y la paciente tolera mejor el dolor, menos sangrados y desgarros de la región perineal al evitar la episiotomía; todo ello contribuye a una rápida recuperación de la madre luego de dar a luz y facilita la integración familiar, dado que al nacer sin complicaciones puede realizarse el apego precoz del recién nacido a su madre. Estas ventajas han sido comprobadas con los estudios realizados sobre la fisiología de la contracción uterina ya desde mediados del siglo XX.

Es en el siglo XVII cuando el obstetra Mauriceau quien inició la práctica del parto horizontal, para facilitar el uso del fórceps, instrumento que se encontraba de moda en aquella época. Con el advenimiento del parto institucionalizado y la práctica cada vez menor del parto domiciliario, por otra parte con la aparición de la anestesia epidural para el parto sin dolor, se ha obligado a la mujer a tomar la posición horizontal como norma, en especial para el periodo expulsivo, es decir de nacimiento del niño, creándose cada vez mejores y modernas camas ginecológicas para comodidad de la paciente y de quien atiende el parto.

Comodidad de la paciente entre comillas, porque bien conocido está que la mujer y su hijo están mejor cuando adoptan la posición fisiológica para el parto.

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, comienza a difundirse en EE.UU. (Howard, 1958); Uruguay (Caldeiro Barcia, 1974); Brasil (Paciornik, 1979) y más recientemente por la OMS (WHO, 1996)

1.4.2.4.1. VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL

Las principales ventajas, a saber podrían ser: (Pronsato Santandreu, 2000)

- Acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. (MENDEZ-BAUER, 1976);

- Ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (BIENIARZ, 1969). Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de esta manera la cantidad de oxígeno disponible al feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga (Giraldo, 1992)
- Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido ántero posterior y 1 en transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxo femoral (Russell, 1969);
- Mejor ángulo de encaje. La posición vertical determina que este ángulo ("dive angle" para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto;
- Mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante como en el expulsivo; facilitando la transición feto- neonatal;
- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (Mendez Bauer, 1975);
- Menores presiones intravaginales, lo que disminuye la resistencia al pasaje del feto por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. La mayor presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal;
- Proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente;
- Permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.

Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente (Sabatino, 1992); (Paciornik, 1992); (Dunn, 1976). El grupo de la Universidad de Campinas (Brasil) encabezado por el Profesor Hugo Sabatini ha demostrado, a través

del análisis y mediciones, que la fuerza que ejerce la mujer en la fase expulsiva del parto es mucho más fuerte en posición vertical.

Además, la vagina se encuentra más relajada y, por tanto, se abre con mayor facilidad, lo que supone menor sufrimiento para ella y más beneficios para el recién nacido. Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el nacimiento restringida a civilizaciones menos avanzadas, sin embargo la evidencia científica es concluyente a este respecto.

1.4.2.4.2. FINALIDAD

El parto humanizado tiene como finalidad mejorar la calidad de la atención del parto a nivel nacional, regional y local, respetando la diversidad cultural y atendiendo a las necesidades locales, familiares y personales, de manera de incidir en la disminución de la morbilidad materna y perinatal.

1.4.2.4.3. ENFOQUE ESTRATÉGICO

Esta norma está orientada a favorecer la comprensión del parto como proceso fisiológico natural, singular y único, es decir cómo momento vital que requiere cuidados individualizados y una atención de calidad y con calidez basada en el mejoramiento continuo orientado a la satisfacción de las necesidades de cada parturienta y recién nacido, respetando sus decisiones y su cultura (sistema de creencias, costumbres, rituales y saberes ancestrales), siempre que no comprometan su seguridad y su bienestar. (MSP, 2006)

1.4.2.4.4. ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL

El parto depende de complejos sistemas y mecanismos psiconeuro-endocrino-emocionales y no solo de estructuras biomecánicas, tampoco puede ser condicionado al cumplimiento de un determinado itinerario a priori, lo fundamental

es establecer las condiciones que favorezcan la libre posición y actuación de la parturienta, en intimidad, con respeto y poca interferencia.

Esta protocolización de la atención del parto en libre posición se toma en cuenta los aspectos fundamentales que son garantía de calidad intercultural, en modo alguno se trata de un itinerario de acciones y procedimientos en una secuencia preestablecida.

La eficacia de los procedimientos de la atención del parto en libre posición, en la perspectiva pluri e intercultural, reside en el conocimiento, la destreza técnica, la experiencia y la sensibilidad del prestador para atender de manera personalizada y eficiente un parto eutócico en las condiciones particulares que se produce.

En este acápite se establecen los principios, criterios y directrices que guían una atención del parto de calidad en libre posición

1.4.2.4.5. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

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

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

1.4.2.4.6. PROVISIÓN DE SERVICIOS

Comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el personal de salud o la familia o la comunidad proporcionan a la parturienta, durante la labor de parto y el parto mismo, y al recién nacido en el lugar de su nacimiento.

1) RECEPCIÓN DE LA GESTANTE, EL FETO INTRAÚTERO Y SU ACOMPAÑANTE

- Una cálida bienvenida que revele una predisposición a acoger y respetar las circunstancias personales y familiares, como también las particularidades culturales de la parturienta.
- Se llevará a cabo una evaluación integral de la parturienta y el feto, que comprenda los aspectos emocionales, físicos y culturales.
- Se solicitará el carné materno o prenatal y se adjuntará a la historia clínica perinatal.
- Diagnosticar el trabajo de parto y establecer la condición de normalidad del embarazo y su bajo riesgo, basados en los signos clínicos: frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y cambios del cuello uterino (dilatación y borramiento).
- Ante cualquier evidencia de complicación se procederá con la transferencia inmediata al nivel superior.
- La gestante podrá conservar sus propias ropas, solo con la recomendación de que estén limpias, por tanto no será obligada a desvestirse o permanecer desnuda.

2) ACOMPAÑAMIENTO

Es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias, de diferentes estratos sociales y económicos, sobre todo de los sectores indígenas, afroecuatorianos y campesinos, la presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante la labor de parto, el parto y el posparto inmediato. (LMGYAI, 2007).

Deberá ser permitido el ingreso de una persona junto con la parturienta hasta la sala de partos, en el caso de maternidades, clínicas y hospitales, para que la acompañe durante la labor, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario.

3) ALIMENTACIÓN

- Permitir la ingestión de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorece el progreso del parto.
- El personal de salud debe evitar la administración de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la autorización expresa de la persona responsable de la atención.

4) FASE DE DILATACIÓN

- Evaluación regular y sistemática de la madre y del feto, detectando oportunamente las desviaciones de la condición de normalidad en el progreso de la labor, identificando la condición de riesgo en caso de presentarse para aplicar medidas correctivas o referir al nivel superior.
- Disponibilidad de un espacio abrigado, con cierta privacidad y comodidad, en el cual la parturienta y su hijo/hija por nacer se sientan respetados y asistidos

en sus necesidades, de manera que las acciones tomadas no interfieran ni representen riesgo alguno y sean congruentes a sus circunstancias.

- El tacto vaginal, siempre con guantes estériles, es solo uno de los parámetros de valoración del progreso de la labor y debe limitarse a lo estrictamente necesario.
- Libre posición y movilidad, dar facilidades a la gestante para deambular y para adoptar cualquier posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias. (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ECUADOR, 2007)
- Relajación y masaje, los masajes y caricias de relajación con manos tibias pueden ser dados por el acompañante o personal de salud, siempre y cuando no resulten perturbadores para la parturienta y ella las consienta.
- El manejo del dolor y el soporte emocional son aspectos importantes que tienen que ser considerados.

5) PERÍODO EXPULSIVO

- Detectar y evaluar las desviaciones de los límites fisiológicos del período expulsivo, prevenir el trauma obstétrico y la hipoxia fetal.
- Realizar aseo genital, usar campos o telas limpias.
- Disponibilidad de un espacio abrigado, relativamente silencioso, limpio y con poca iluminación que cuente con equipos y materiales para la atención del parto, entre ellos instrumental y campos, o paños, estériles.
- El aumento de la intensidad y de la frecuencia de las contracciones uterinas, así como la sensación de pujo son alertas de un expulsivo inminente.

- La posición de la parturienta debe ser escogida por ella, de la manera como se acomode, el personal de salud se limitará a proteger el periné y a la recepción del bebé realizando maniobras si existiera circular de cordón.

6) ASISTENCIA AL RECIÉN NACIDO

- El ambiente cálido, el apego inmediato a su madre y la lactancia materna serán siempre aspectos a cumplir, para evitar enfriamiento, problemas respiratorios y trastornos metabólicos.
- No se justifica que el recién nacido sea separado de sus padres para revisarlo y valorar su estado general, esto se hará con el mínimo de perturbación posible, ya que el apego del recién nacido a su madre es vital.
- Para el corte del cordón umbilical se espera que deje de latir, esto previene la anemia perinatal de los recién nacidos.

7) ALUMBRAMIENTO Y PLACENTA

- Se prestará mucha atención a los signos vitales de la puérpera (frecuencia cardiaca, pulso y tensión arterial) y al volumen del sangrado, de manera de actuar con oportunidad y agilidad ante cualquier eventualidad.
- Se respetarán las costumbres locales, familiares y sociales, en el uso de plantas medicinales y otros recursos usados para facilitar la expulsión de la placenta, tomando en cuenta que las mismas no afecten el curso normal del alumbramiento y no constituyan un riesgo o agresión a la puérpera.
- El personal de salud debe entregar la placenta a los familiares de la parturienta, si es solicitada, para que dispongan del destino final de acuerdo a su cosmovisión; el manejo se hará siguiendo las normas de bioseguridad, salvo en casos

excepcionales debidamente documentados y justificados en los que se considere un foco contaminante.

8) PUERPERIO INMEDIATO Y ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

- Respetar las costumbres de la parturienta y de su entorno familiar, para favorecer el alojamiento conjunto de la madre con el recién nacido.
- Evaluación de las funciones vitales (tensión arterial, pulso, temperatura, etc.) y control de sangrado.

9) LACTANCIA

- La lactancia materna exclusiva es la recomendación universal, sin importar el tamaño de los senos, la forma de los pezones y cualquier limitante menor.
- La succión y amamantamiento constituye uno de los mejores estímulos de la secreción de oxitocina endógena.

1.4.3. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

- **ACOMPañAMIENTO:** es el conjunto de atenciones y cuidados que el personal de salud o la familia o la comunidad proporcionan a la parturienta, durante la labor de parto y el parto mismo, y al recién nacido en el lugar de su nacimiento.
- **ALUMBRAMIENTO:** El periodo de alumbramiento se inicia al finalizar el periodo expulsivo y concluye con la expulsión de la placenta y las membranas.
- **CESÁREA:** Es el parto de un bebé a través de una abertura quirúrgica en el área ventral baja de la madre.
- **DILATACIÓN:** El primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 s o más cada una y de una intensidad creciente.
- **DISTÓCICO:** es un parto complicado, que tiene dificultades, esto sucede cuando el feto tiene anomalías tanto anatómicas como funcionales, esto puede ser tanto por la madre, pelvis, útero o cérvix, o una mezcla de algunos de ellos que llevan a tener complicaciones con el parto normal de una mujer.
- **EMBARAZO:** Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).
- **FETO:** Nombre dado al producto de la concepción después del tercer mes de la vida intrauterina, es decir, hacia la época en la cual empiezan a presentarse los caracteres distintivos de la especie humana.

- **HUMANIZADO:** Es aquel parto en el que se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.
- **INTERCULTURALIDAD:** Es un proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos donde no se permite que un grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo.
- **PARTO:** Es el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno. También se define como es el conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno de un feto y sus anexos.
- **PARTO VERTICAL:** Es la posición natural ya utilizada desde los albores de la humanidad, hecho que se ha demostrado en los grabados y esculturas encontrados en las diferentes culturas.
- **PUERPERIO:** Es el período que se extiende desde el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta y sus membranas, hasta la regresión total de las modificaciones inducidas por el embarazo.
- **PLACENTA:** Es aquel órgano que hace las veces de intermediario entre la madre y el feto mientras dura el proceso de gestación. Se encuentra presente en casi todos los mamíferos y en los seres humanos (las mujeres embarazadas) ocupándose especialmente de atender las principales necesidades del feto mientras se encuentra en la panza, respiración, nutrición y excreción.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La Investigación tuvo un diseño descriptivo y correlacional, debido a que indica el nivel de relación comparativa entre dos o más variables presentes en los mismos sujetos, en el lugar donde se producen los hechos. Para que surta efecto esta investigación se empleó el método científico que es el que guía todas las acciones hasta llegar a comprobar los hechos que se investigan; es decir permite llegar a verificar la hipótesis planteada a inicio de la investigación.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La Investigación fue:

2.2.1. POR EL PROPÓSITO

Esta investigación fue aplicada y se buscó la aplicación o utilización de los conocimientos o marco teórico acerca de las variables de nuestra investigación para formular y encontrar resultados.

2.2.2. POR EL LUGAR

Por el lugar se utilizó la investigación de campo, porque la información se obtuvo mediante encuestas, entrevistas y observaciones en el lugar donde se producen los hechos, es decir en la Comunidad de Natawua, Provincia de Bolívar.

2.2.3. POR EL NIVEL DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo ya que pretende establecer como se presenta la realidad en el aquí y ahora realizando un corte de la situación en un tiempo determinado.

2.2.4. ES DE TIPO CORRELACIÓN.

Ya que se pretende establecer parámetros comparativos entre las variables de estudio (la implementación de una guía para la reivindicación de la culturalización del parto); sobre todo a través de métodos matemáticos y lógicos mediante la comparación entre los datos obtenidos de los informantes sobre la autenticidad cultural en las mujeres indígenas de 20 – 35 años de la comunidad de Natawua, de esta comparación se tomaron indicadores significativos que permitirán la descripción de la realidad.

2.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

2.3.1. MÉTODO CIENTÍFICO

Se aplicó en la base del método científico porque parte de la observación ,plantea un problema , desarrollo un marco teórico, del cual se dedujo una hipótesis que a través de un trabajo de campo se procederá del análisis de datos, lo que nos permitirá sacar las conclusiones.

2.3.2. MÉTODO CUALITATIVO

El método que se utilizará es el método cualitativo, porque en su desarrollo se determinará indicadores de las características cualitativas dejando de lado los indicadores cuantitativos, por lo mismo nuestro trabajo se basará en métodos inductivos-deductivos, mismos que nos permitan en el análisis de los datos para extraer las conclusiones.

Para el desarrollo de la presente investigación se ha considerado factible la utilización de los siguientes métodos.

2.3.3. MÉTODO HIPOTÉTICO – DEDUCTIVO

Planteamiento del problema, revisión bibliográfica, formulación de hipótesis, recolección de datos, análisis de datos, interpretaciones, conclusiones, prueba de hipótesis, generalizaciones de resultados para aumentar el conocimiento teórico.

2.3.4. MÉTODO DEDUCTIVO

Sirvió para obtener conclusiones y consecuencias, examinando afirmaciones generales sobre la culturalización del parto, para llegar a casos particulares, por demostración, por razonamiento, repetición comprensiva y finalizar aplicando casos particulares como en la población de la comunidad de Natawua.

2.3.5. MÉTODO INDUCTIVO

Sirvió para, partir de casos particulares observados en nuestro proceso de investigación de campo, llegar a la generalización. Se tomó en cuenta que este método obliga a comparar, establecer semejanzas y diferencias, y, sobre todo a comprender por sí mismo una situación, y a descubrir conceptos verdaderos.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA OBTENCIÓN DE DATOS

2.4.1. TÉCNICAS

Teniendo como base que las técnicas son el conjunto de procedimientos de que se sirve una ciencia o arte para recopilar información, como investigadora se utilizó:

La encuesta: dirigida a las mujeres indígenas de 20 – 35 años de la comunidad de Natawua que son atendidas en su control prenatal.

La entrevista encaminada a recopilar información del Personal del Subcentro de Salud de la comunidad de Natawua.

2.4.2. INSTRUMENTOS

El cuestionario sirvió para recibir información vía escrita. Las interrogantes fueron cerradas, dicotómicas y alternativas, son 10 ítems divididos en tres fases: de diagnóstico, de factibilidad y de diseño.

Las guías de entrevistas para lo cual se utilizó preguntas estructuradas, alrededor de 10 ítems.

2.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

2.5.1. POBLACIÓN

Para la presente investigación se consideró que el universo de estudio sea las personas en edad adulta entre 20 – 35 años de la comunidad de Natawua. Además se tomará en cuenta al Personal del Subcentro de Salud.

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médicos	2	1.98%
Enfermeras	2	1.98%
Auxiliar de enfermería	1	0.99%
TAPS	6	5.94%
Población entre 20 – 35 años	90	89,11%
TOTAL	101	100%

TABLA N° 1. POBLACIÓN

FUENTE: Diagnostico Situacional de la comunidad de Natawua

ELABORACIÓN: Investigadora

2.5.2. MUESTRA

De acuerdo a la siguiente fórmula se obtendrá la muestra a la cual nos permitirá determinar cuántas encuestas se deben realizar:

$$n = \frac{N}{e^2(N - 1) + 1}$$

Dónde:

N= tamaño de la población

n = tamaño de la muestra

m =Universo

e = Error al 5%= 0.05

$$n = \frac{101}{0.0025 \cdot (101 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{101}{1.25}$$

$$n = 80.8 \approx 81$$

$$cf = \frac{n}{m} = cf = \frac{80.8}{101}$$

$$cf = 0,8$$

$$cf = 0.8(2) = 1.6 = 2 \text{ (Médicos)}$$

$$cf = 0.8(2) = 1.6 = 2 \text{ (Enfermeras)}$$

$$cf = 0.8(1) = 0.8 = 1 \text{ (Auxiliar de Enfermería)}$$

$$cf = 0.8(6) = 4.8 = 5 \text{ (TAPS)}$$

$$cf = 0.8(90) = 71 = 71 \text{ (Población de la Comunidad)}$$

ESTRATO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médicos	2	2.47%
Enfermeras	2	2.47%
Auxiliar de enfermería	1	1.23%
TAPS	5	6.17%
Población entre 20 – 35 años	71	87.66%
TOTAL	81	100%

TABLA N° 2. CÁLCULO DE LA MUESTRA

FUENTE: Diagnostico Situacional de la comunidad de Natawua

ELABORACIÓN: Investigadora

Donde **N = 81**

Es decir se realizó 81 encuestas a los actores del contexto a investigar, los mismos que son parte fundamental para determinar como la culturalización del parto incide significativamente en el mejoramiento de la autenticidad cultural en las mujeres indígenas de 20 – 35 años de la comunidad de Natawua.

2.6. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez definidas las estrategias de investigación, se siguieron los siguientes pasos:

- Codificación de datos representativos generales de los resultados obtenidos luego del estudio de campo.
- Análisis cuantitativo, porcentual, gráfico y cualitativo.
- Tabulación de datos, fundamentada exclusivamente en datos numéricos y porcentuales, es decir frecuencias
- Pruebas de comprobación de hipótesis, partiendo de la necesidad de que es importante comprobar las hipótesis, aunque sean de carácter social.

2.7. HIPÓTESIS U IDEA A DEFENDER

La interculturalidad incide en la reivindicación del parto asistido en mujeres indígenas de 20 - 35 años, en la comunidad de Natawua, Ciudad Guaranda, Provincia de Bolívar, en el periodo junio – diciembre del 2013.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DIRIGIDAS A LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE NATAWUA

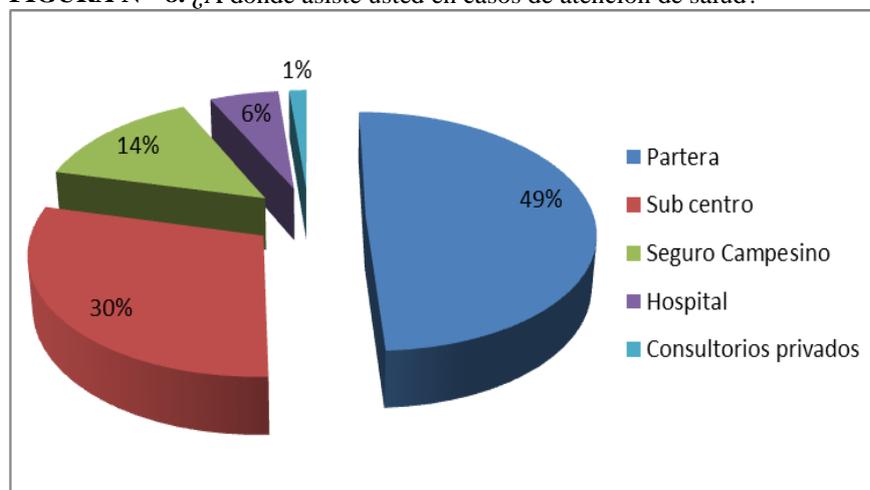
TABLA N° 3. ¿A dónde asiste usted en casos de atención de salud?

ITEMS	f	%
Partera	35	49%
Sub centro	21	30%
Seguro Campesino	10	14%
Hospital	4	6%
Consultorios privados	1	1%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 8. ¿A dónde asiste usted en casos de atención de salud?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 49% que representan a 35 mujeres asisten mayoritariamente a ser atendidas por Parteras; el 30% acuden al Subcentro de Natawua, el 14% al Seguro Campesino el 6% a Hospitales y el 1% restante a consultorios privados.

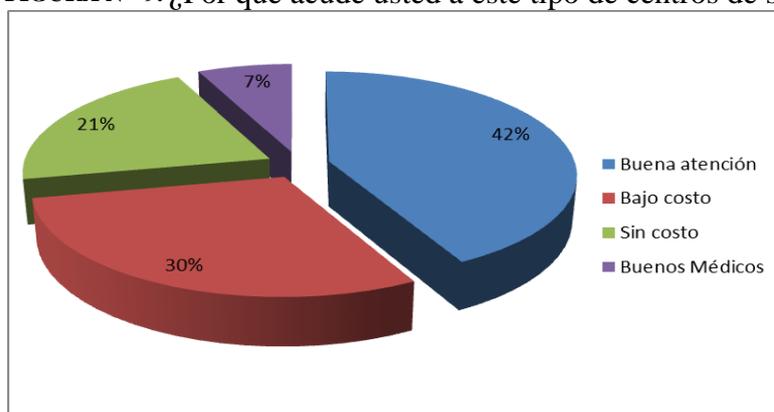
TABLA N° 4. ¿Por qué acude usted a este tipo de centros de salud?

ITEMS	f	%
Buena atención	30	42%
Bajo costo	21	30%
Sin costo	15	21%
Buenos Médicos	5	7%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 9. ¿Por qué acude usted a este tipo de centros de salud?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 42% que representan a 30 mujeres prefieren asistir a ser atendidas por la buena atención; el 30% acuden a por el bajo costo a ser atendidas; el 21% acuden por la tención sin costo; y el 7% acuden por los Buenos Médicos que existen.

La asistencia a este centro de servicios médicos se da en primer lugar porque se considera que existe una buena atención, no tiene costo o su costo son bajos en ello se traduce que se está concretando las aspiraciones de entregar en servicio de calidad a la población que está en desventaja social y carente de recursos económicos cumpliendo así los preceptos de la medicina gratuita y de cobertura general a la población desde los preceptos constitucionales del buen vivir.

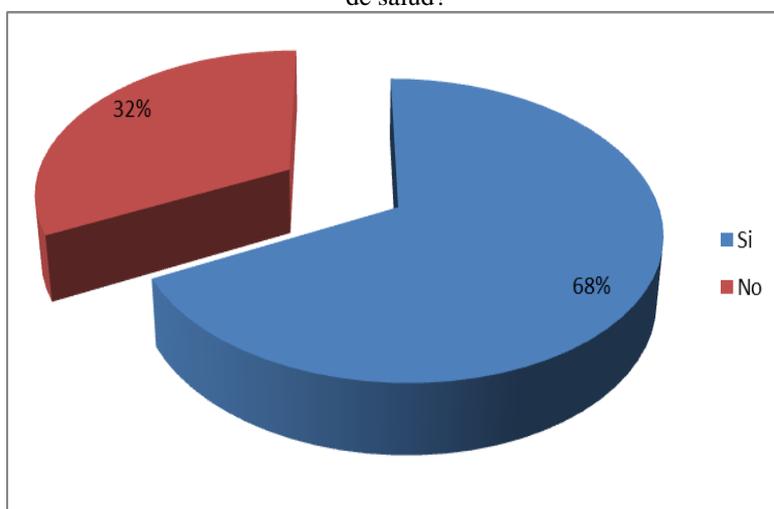
TABLA N° 5. ¿Ha utilizado usted métodos ancestrales o tradicionales para la atención de salud?

ITEMS	f	%
Si	48	68%
No	23	32%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 10. ¿Ha utilizado usted métodos ancestrales o tradicionales para la atención de salud?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 68% que representan a 48 pacientes han utilizado métodos tradicionales para cuidar su salud; y el 32% restante que representa a 23 pacientes afirman nunca haberlos utilizado.

Se dieron explicaciones donde se puede determinar que en la actualidad los dos sistemas actúan simultáneamente en poblaciones con mayoría indígena como el de la Parroquia de Natawua, de allí la importancia de que en estas poblaciones se implemente con mucho énfasis los sistemas de salud intercultural bajo sus condiciones y principios como se los analizo en la parte pertinente de salud indígena.

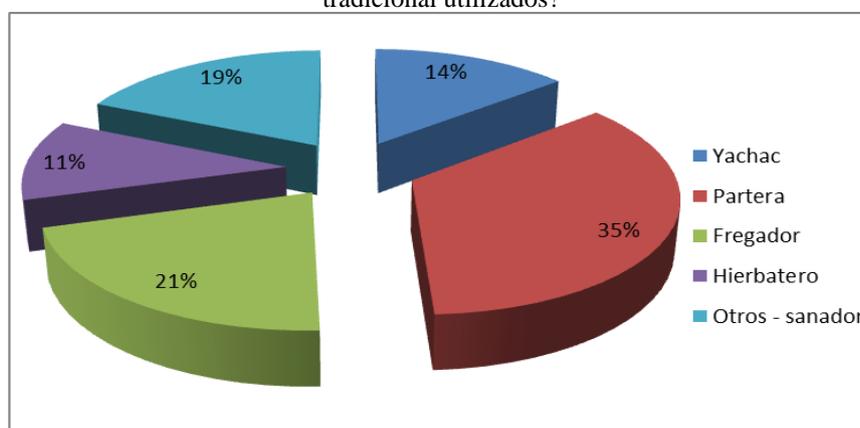
TABLA N° 6. ¿En su experiencia familiar cuales son los mayores servicios de medicina tradicional utilizados?

ITEMS	f	%
Yachac	10	14%
Partera	25	35%
Fregador	15	21%
Hierbatero	8	11%
Otros - sanador	13	19%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 11. ¿En su experiencia familiar cuales son los mayores servicios de medicina tradicional utilizados?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 14% han utilizado al Yachac; el 35% han acudido a la partera; el 21% han acudido al fregador; el 11% al Hierbatero y el 19% restante al Sanador y otros servicios de medicina tradicional.

Esta Parroquia en particular tiene en acervo cultural de la presencia de las parteras es otro de los servicios que existe históricamente muy concentrado en comunidades indígenas incluso se puede decir que gran parte de estas usuarias que han vivido en el extranjero no dejan esta práctica por considerarla de alto beneficio así como el de los hierbateros, Yachac y fregadores estos ultimo solicitados en dislocaciones o caídas.

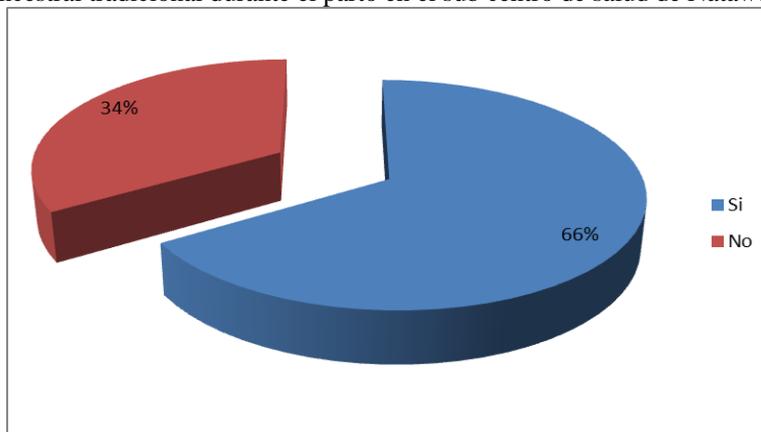
TABLA N° 7. ¿Considera usted necesario implementar los servicios de medicina ancestral tradicional durante el parto en el sub centro de salud de Natawua?

ITEMS	f	%
Si	47	66%
No	24	34%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 12. ¿Considera usted necesario implementar los servicios de medicina ancestral tradicional durante el parto en el sub centro de salud de Natawua?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 66% que representan a 47 pacientes consideran que es necesario implementar la medicina ancestral específicamente durante el parto en el Subcentro de Natawua; el 34% de las encuestadas, es decir 24 consideran que no es necesario.

La gran mayoría de encuestados generan la necesidad de implementar estos servicios y es usuaria y practicante permanente de estos sistemas tradicionales de prestación de servicios de salud, además la propia ley establece que para estos territorios con mayorías étnicas es obligatorio la instauración de los sistemas interculturales de salud pública.

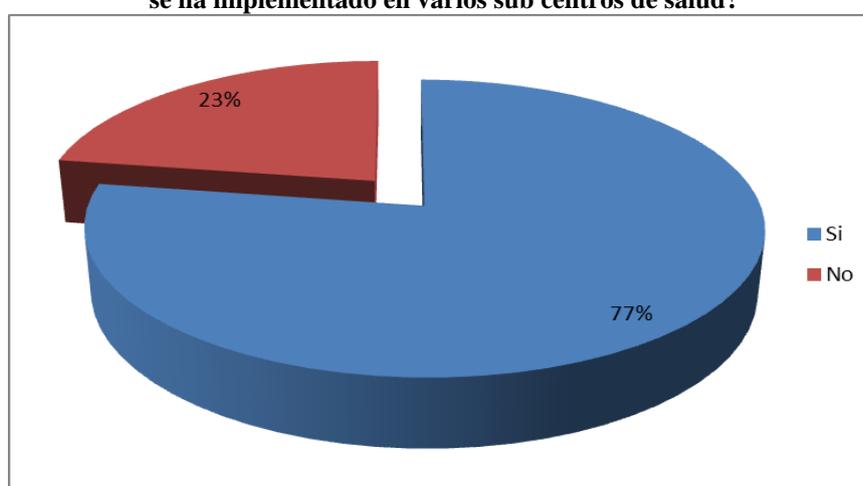
TABLA N° 8. ¿Ha recibido Ud. información del parto vertical (parto asistido) que se ha implementado en varios sub centros de salud?

ITEMS	f	%
Si	55	77%
No	16	23%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 13. ¿Ha recibido Ud. información del parto vertical (parto asistido) que se ha implementado en varios sub centros de salud?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 77% que representan a 55 pacientes han recibido información del parto asistido que ha sido implementado en los subcentros; el 23% que representa a 16 encuestadas manifestaron el no haber recibido información.

La mayoría de las encuestadas conocen del sistema ya que este es muy generalizado en la población especialmente indígena además porque su aplicación es muy difundida por los centros de prestación de medicina tradicional.

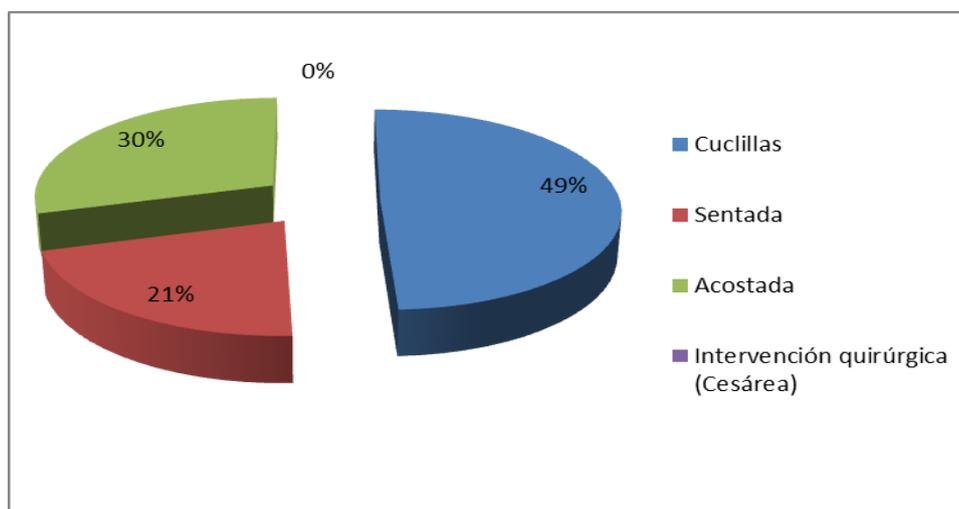
TABLA N° 9. ¿En qué posición prefiere dar a luz?

ITEMS	f	%
Cuclillas	35	49%
Sentada	15	21%
Acostada	21	30%
Intervención quirúrgica	0	0%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 14. ¿En qué posición prefiere dar a luz?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 49% que representan a 35 pacientes han optado por la posición en cuclillas para dar a luz; el 21% que representa a 15 encuestadas manifestaron que la posición de sentada es la que ellas utilizarían para dar a luz; el 30% optaron por la posición de acostada para dar a luz.

La mayoría de los encuestadas en la muestra conocen del sistema ya que este es muy generalizado en la población especialmente indígena además porque su aplicación es muy difundida por los centros de prestación de medicina tradicional.

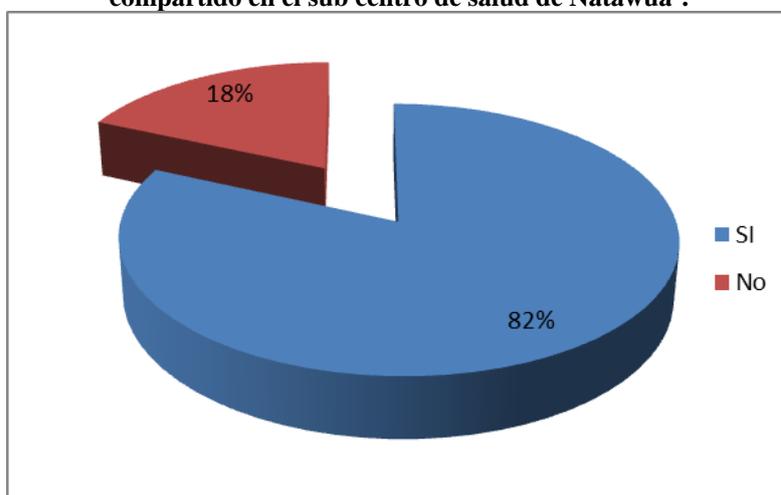
TABLA N° 10. ¿Considera usted que es necesario que el parto vertical (parto asistido) sea compartido en el sub centro de salud de Natawua ?

ITEMS	f	%
SI	58	82%
No	13	18%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 15. ¿Considera usted que es necesario que el parto vertical (parto asistido) sea compartido en el sub centro de salud de Natawua ?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 82% que representan a 58 pacientes consideran necesario que el parto vertical sea difundido en el subcentro; el 18% que representan a 13 consideran lo contrario.

Esta respuestas obtenidas están muy relacionadas al conocimiento que la población indígena tiene sobre la implementación de los servicios de salud intercultural, en ello radica que esto se vuelve una exigencia de implementar los servicios conjuntos como un derecho adquirido por esta población.

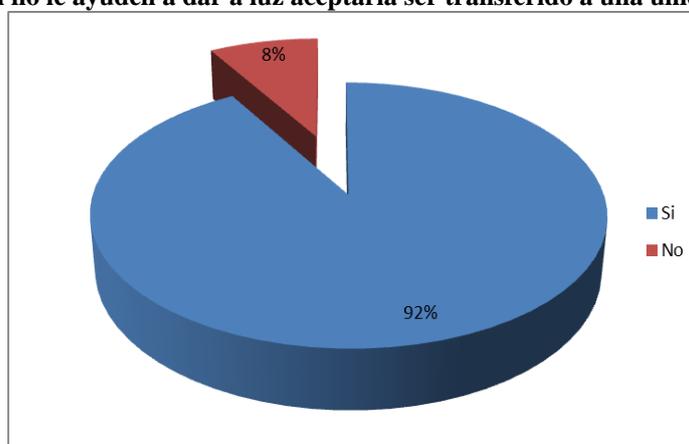
TABLA N° 11. ¿En caso de que los prestadores de servicios de medicina tradicional no le ayuden a dar a luz aceptaría ser transferido a una unidad médica?

ITEMS	f	%
Si	65	92%
No	6	8%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 16. ¿En caso de que los prestadores de servicios de medicina tradicional no le ayuden a dar a luz aceptaría ser transferido a una unidad médica?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 92% que representan a 65 pacientes afirman en caso de emergencia ser transferido a una unidad médica. Y tan solo el 8% que representa a 6 pacientes no lo consideran necesario.

En la práctica profesional determinan de que la existencia de estos servicios es altamente positivo para los usuarios externos de los sistemas de salud más aun cuando estos sistemas están dentro de una red de salud comunitaria con enfoque intercultural, en la cual la población es mayoritariamente indígena, como es el caso de la parroquia rural Natawua.

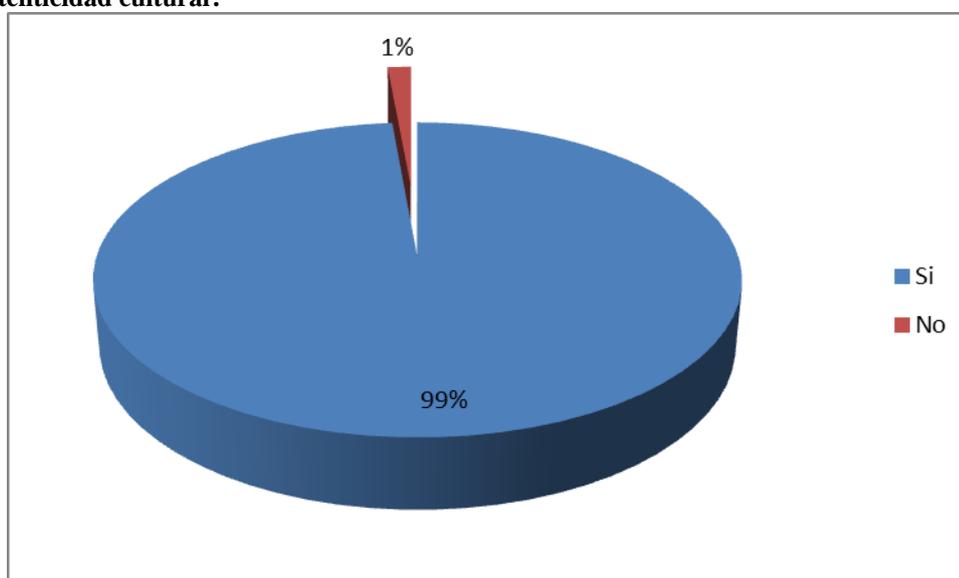
TABLA N° 12. ¿Considera que el uso de la culturalización del parto mejora la autenticidad cultural?

ITEMS	f	%
Si	70	99%
No	1	1%
TOTAL	71	100 %

FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

FIGURA N° 17. ¿Considera que el uso de la culturalización del parto mejora la autenticidad cultural?



FUENTE: Encuesta Pacientes Subcentro de Natawua

ELABORACIÓN: Maricruz Paguay

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las personas encuestas el 99% que representan a 70 pacientes afirman que culturalización del parto mejora la autenticidad cultural. Tan solo el 1% que representa a 1 no lo considera. La respuesta mayoritariamente es que actualmente la población confía en estos procesos interculturales de salud y en ello radica la importancia de la investigación, reivindicación de la culturalización del parto.

3.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Finalmente con los resultados anteriormente mencionados se comprueba que la hipótesis planteada: ¿La implementación de una guía para la reivindicación de la culturalización del parto incide significativamente en el mejoramiento de la autenticidad cultural en las mujeres indígenas de 20 – 35 años de la comunidad de Natawua, Provincia de Bolívar en el periodo junio – diciembre del 2013? es **VÁLIDA.**

Ya que por ser una hipótesis bivariada se lo llegó a comprobar a través de la estadística descriptiva, apoyándonos en el método porcentual que se ha analizado; es decir las tablas y los porcentajes determinan que:

El **99%** que representan a 70 pacientes afirman que culturalización del parto mejora la autenticidad cultural; el **82%** que representan a 58 pacientes consideran necesario que el parto vertical sea difundido en el subcentro; el **66%** que representan a 47 pacientes consideran que es necesario implementar la medicina ancestral específicamente durante el parto en el Subcentro de Natawua; **Es decir la mayoría de las pacientes consideran necesario la reivindicación cultural del parto;** y así se acepta la hipótesis planteada.

3.3. CONCLUSIONES

- Es necesario una red de salud comunitaria con enfoque intercultural ya que la población en un 86 % es indígena y la ley determina que ante estas realidades es necesario aplicar estos modelos.
- El estudio determina que el sistema reivindicación de la culturalización del parto no está implementado conforme indican los manuales operativos del Ministerio de Salud, ya que se realizan esporádicamente y sin coordinación técnica como se requiere.
- En el sub centro de Natawua no se ha implementado unidades conjuntas de atención de medicina occidental con medicina tradicional que según se argumenta por falta de espacios físicos y no contar con recursos para este proceso integral de atención.
- Se ha determinado de que todo usuario del servicio de salud tradicional está dispuesto a ser transferido a centros de atención medica cuando no obtienen resultados esperados en estos tratamientos, y al no existir un sistema adecuado que brinde soporte a los tipos de medicina, el sub centro no está brindando el servicio que la población demanda.

3.4. RECOMENDACIONES

- El sub centro de salud debe implementar de forma urgente el modelo de salud comunitaria con enfoque intercultural conforme lo determina la ley para que el servicio público de salud mejore substancialmente.
- Las deficiencias del sistema de referencia y contra referencia deben ser implementados conforme los manuales operativos lo determinan ya que de esto depende el éxito de la asistencia médica en los sub centros, además de que los informes de este sistema deberán ser escritos en lenguaje que pueda ser comprensible para los prestadores de salud tradicional.
- El sub centro debe implementar los dos sistemas en forma conjunta acogiéndose a lo que la ley y la normativa de salud determina, considerándose como de vital importancia realizar un trabajo conjunto con las organizaciones de prestadores de salud tradicional especialmente con Yachacs y parteras, que son muy reconocidos en esta área y de gran influencia en la población indígena ya que esto puede mejorar la atención del sub centro ya que genera confianza en los usuarios de los sistemas.
- Es necesario y de vital importancia para mejorar los servicios públicos de salud para una mayor confiabilidad de los servicios prestados, además de que por la situación económica que prevalece en esta área y por sus niveles de pobreza es necesario que los sistemas de prestación sean eficientes y confiables para la población usuaria.

CAPÍTULO IV



PROMOVIENDO LA INTERCULTURALIDAD EN EL PARTO

**Comunidad de Natawua
Provincia de Bolívar**

**AUTORA:
Lic. Maricruz Paguay Q.**

2013

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	78
ANTECEDENTES	79
INTRODUCCIÓN	80
OBJETIVO GENERAL:.....	81
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	81
CULTURA E INTERCULTURALIDAD	82
ADECUACION CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO.....	83
SALAS DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADAS EN EL SUBCENTRO DE NATAWUA	85
ADECUACIÓN DE AMBIENTES CÁLIDOS	88
CONCLUSIONES	89
RECOMENDACIONES.....	89

ANTECEDENTES

Las muertes maternas en la provincia de Bolívar se han mantenido siempre sobre el promedio nacional. La mayoría de ellas por causas prevenibles registrándose el 70% de muertes en mujeres indígenas.

Las brechas culturales entre el sistema biomédico y las prácticas tradicionales han sido grandes. Por lo que a través de la correcta información entre las usuarias y el personal de salud se identificaron las siguientes:

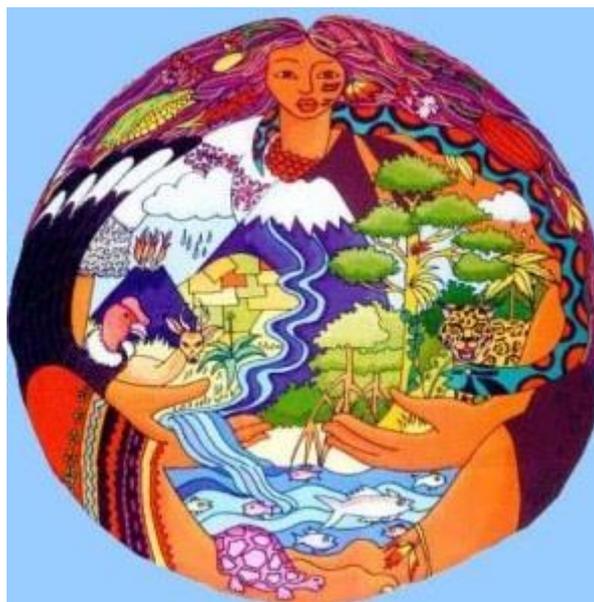
- Se habla sólo en español
- Falta de un acompañamiento familiar y de la partera
- Parto en posición horizontal obligatorio
- Negación a las prácticas tradicionales (manteo y plantas medicinales)
- Ambientes fríos

La Parroquia de Natawua , Provincia de Bolívar fue elegida como proyectos pilotos en la provincia para la implementación dela siguiente Guía “Promoviendo la Interculturalidad en el Parto”.



INTRODUCCIÓN

“La interculturalidad es una práctica política que va más allá de la aceptación y tolerancia de otras identidades y culturas. Enfatiza la importancia del diálogo entre culturas y saberes, pero frente a las desigualdades y relaciones asimétricas existentes entre culturas, debe necesariamente luchar contra la desigualdad y la discriminación, para crear una sociedad diversa más armónica y justa. Para ello, es indispensable la construcción de políticas públicas que integren el enfoque de interculturalidad”. (Desarrollo, 2009)



El diálogo de culturas; es una relación sostenida entre ellas. Es una búsqueda expresa de superación de prejuicios, del racismo, de las desigualdades y las asimetrías que caracterizan al país, bajo condiciones de respeto, igualdad y desarrollo de espacios comunes.

Una sociedad intercultural es aquella en donde se da un proceso dinámico, sostenido y permanente de relación, comunicación y aprendizaje mutuo. Allí se da un esfuerzo colectivo y consciente por desarrollar las potencialidades de personas y grupos que tienen diferencias culturales, sobre una base de respeto y creatividad, más allá de actitudes individuales y colectivas que mantienen el desprecio, el etnocentrismo, la explotación económica y la desigualdad social. (INTERCULTURALIDAD, 2008)

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de atención de la Salud mediante la adecuación de los servicios a la diversidad cultural de la población para disminuir índices de mortalidad materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Actuar con absoluto respeto para mejorar el impacto clínico, la medicina convencional y tradicional que convivan en un mismo espacio.
- Conocer la cultura mediante sus tradiciones para el respeto de la cosmovisión de la población que se atienden en los servicios médicos.

CULTURA E INTERCULTURALIDAD

Es la relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad en un proceso de convivencia entre grupos humanos diferentes en un entorno compartido que pretende tener un espacio y tiempo común para todas las culturas, favoreciendo no solo el contacto, sino también el encuentro.



La interculturalidad reconoce el valor de la diversidad y la oportunidad de realizar sinergias a partir de las percepciones y experiencias diferentes mediante una herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud.



ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

La constitución del Ecuador garantiza: Mantener y desarrollar su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social.

El 40% de mujeres de la provincia de Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas dieron a luz en sus casas, el 30% de las mujeres de la región Amazónica. (ENDEMAIN, 2004)

El trato interpersonal hacia la usuaria y sus familiares



En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres.



El acompañamiento durante la atención del parto, e el parto tradicional toda la familia colabora e las tareas de la preparación del parto

Vestimenta muchas de las mujeres prefieren tener con su propia ropa, no cambiarse por que pierden fuerzas para la labor del parto.

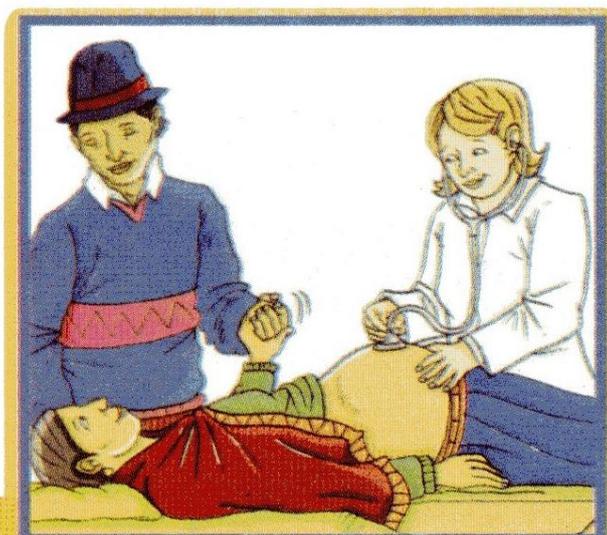


La alimentación es muy importante después del parto porque conoce el principio humoral así como las propiedades de las plantas curativas.

VISITAS DOMICILIARIAS CON PARTERAS



**SALAS DE PARTO CULTURALMENTE ADECUADAS EN EL
SUBCENTRO DE NATAWUA**



Son formas de dar a luz, que han sido utilizadas desde siempre por los diferentes Pueblos y Nacionalidades



Se han implementado plataformas para libre posición en las salas de parto.

Esto permite que la mujer elija la posición en la que se sienta más cómoda para dar a luz.

Vestimenta Abrigada



Acompañamiento Familiar



Para recibir en familia al nuevo ser respetando la tradición andina.

**Apoyo de
la Partera**



*En los hospitales públicos
el parto es como en casa.*



ADECUACIÓN DE AMBIENTES CÁLIDOS

El parto según la costumbre indígena es un acto caliente, por lo que necesita de un ambiente cálido.



USO DE PLANTAS MEDICINALES PARA EL PARTO



Aguas de plantas frescas o cálidas de acuerdo a la necesidad de la parturienta

Alimentos preparados con productos propios de la zona que contengan nutrientes para la recuperación



CONCLUSIONES

- La atención al usuario ha mejorado considerablemente, el personal de salud respeta la cultura de los indígenas en conjunto toman decisiones que benefician al usuario.
- El respeto a la cultura y las tradiciones del pueblo indígena van de la mano con el personal de salud, mejorando sus niveles de atención
- Personal de salud se capacita y participa en las distintas actividades organizadas por el grupo de indígenas para interactuar y entender de una mejor manera el grupo cultural

RECOMENDACIONES

- Continuar respetando cada una de las culturas para de esa manera mejorar la atención y disminuir las muertes maternas,
- Es esencial que exista una buena comunicación entre el personal que se está atendiendo el parto y la parturienta para que esté informada de todo lo que está sucediendo, para disminuir la ansiedad y nerviosismo.
- La familia y la comunidad deberían conocer las etapas del parto para saber si todo está saliendo bien o si hay algún problema.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. BIENIARZ, J. J. (1969). Utero placentar circulation: an angiographic study. Pan American Health Organization Scientific Publication N° 185, 81.
2. BOTERO J, JUBIZ A, HENAO G. . (2000). Obstetricia y Ginecología. Sexta edición. . México.
3. (DINEIB),. D. N. (2002). Definición tomada del documento de “Interculturalidad”.
4. ENDEMAIN. (2004). http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/inicio.htm.
5. GIRALDO. (1992). Manual para la humanización - adecuación cultural de la atención del parto.
6. GISPERT, C. (1999). *Maternidad y puericultura*. España: Grupo Editorial Océano.
7. LAFONT, A. (1971). “*Encyclopedie Medico-Chirurgicale, Obstétrique*”. 1ere. Edition. Paris, France: Editions Techniques.
8. LMGYAI, C. d. (2007). *Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora*.
9. M.S.P. (2007). Matriz de brechas, expectativas por provincias1, taller Riobamba 2007”, Subproceso Intercultural M.S.P., y de la Encuesta de satisfacción de la usuaria en la atención del embarazo, parto y posparto: Informe de resultados. Riobamba.
10. MENDEZ-BAUER, C. A. (1976). Effects of different materbak positions during labour. *5th European Congress of Perinatal Medicine, Uppsala, Sweden*, (págs. 223-237). Stockholm.
11. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ECUADOR. (2007). Taller de Subproceso Intercultural, Proceso de Normatización. *Matriz de brechas, expectativas por provincias1*. Riobamba.
12. MSP. (2006). Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil. En E. d. pluriculturales.
13. PNUD. (2010). *PNUD(Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)*. Recuperado el 20 de 05 de 2013, de Interculturalidad: <http://www.pnud.org.ec/interculturalidad.htm>
14. PRONSATO SANTANDREU. (2000).

15. SCHWAREZ, Ricardo y otros. (2000). *Obstetricia. 5ª. Ed.* Buenos Aires: El Ateneo.
16. WAGNER,(2007). *Cosmovision del Parto Vertical.*U.Santa Maria: Perú.

ANEXOS

Anexo N° 1. Encuesta dirigida a las mujeres en edad fértil que acuden a la atención en el Subcentro de Salud de la comunidad de Natawua

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
GUÍA DE ENCUESTA PARA LAS PACIENTES**

OBJETIVO:

Recopilar información que permita identificar como la reivindicación de la culturalización del parto influye en el mejoramiento de la autenticidad cultural en las mujeres indígenas de 20 a 35 años de la comunidad de Natawua, Provincia de Bolívar

DIRIGIDO A: Mujeres en edad fértil que acuden a la atención en el Subcentro de Salud de la comunidad de Natawua, Provincia de Bolívar.

INDICACIONES:

Por favor contestar con absoluta sinceridad pues la información es de carácter confidencial.

Marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

1. A donde acude usted en casos de atención de salud?

Partera	
Sub centro	
Seguro Campesino	
Hospital	
Consultorios privados	

2. Por qué acude usted a este tipo de centros de salud

Buena atención	
Bajo costo	
Sin costo	

Buenos Médicos	
----------------	--

3. Ha utilizado usted métodos ancestrales o tradicionales para la atención de salud?

Si	
No	

4. En su experiencia familiar cuales son los mayores servicios de medicina tradicional utilizados?

Yachac	
Partera	
Fregador	
Hierbatero	
Otros - sanador	

5. Considera usted necesario implementar los servicios de medicina ancestral tradicional durante el parto en el sub centro de salud de Natawua?

Si	
No	

6. ¿Ha recibido Ud. información del parto vertical (parto asistido) que se ha implementado en varios sub centros de salud ?

Si	
No	

7. En qué posición prefiere dar a luz

Cuclillas	
Sentada	
Acostada	
Intervención quirúrgica	

8. Considera usted que es necesario que el parto vertical (parto

asistido) sea compartido en el sub centro de salud de Natawua ?

SI	
No	

9. En caso de que los prestadores de servicios de medicina tradicional no le ayuden a dar a luz aceptaría ser transferido a una unidad médica?

Si	
No	

10. Considera que el uso de la culturalización del parto mejora la autenticidad cultural

Si	
No	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo N° 2. Croquis de la Comunidad de Natawua

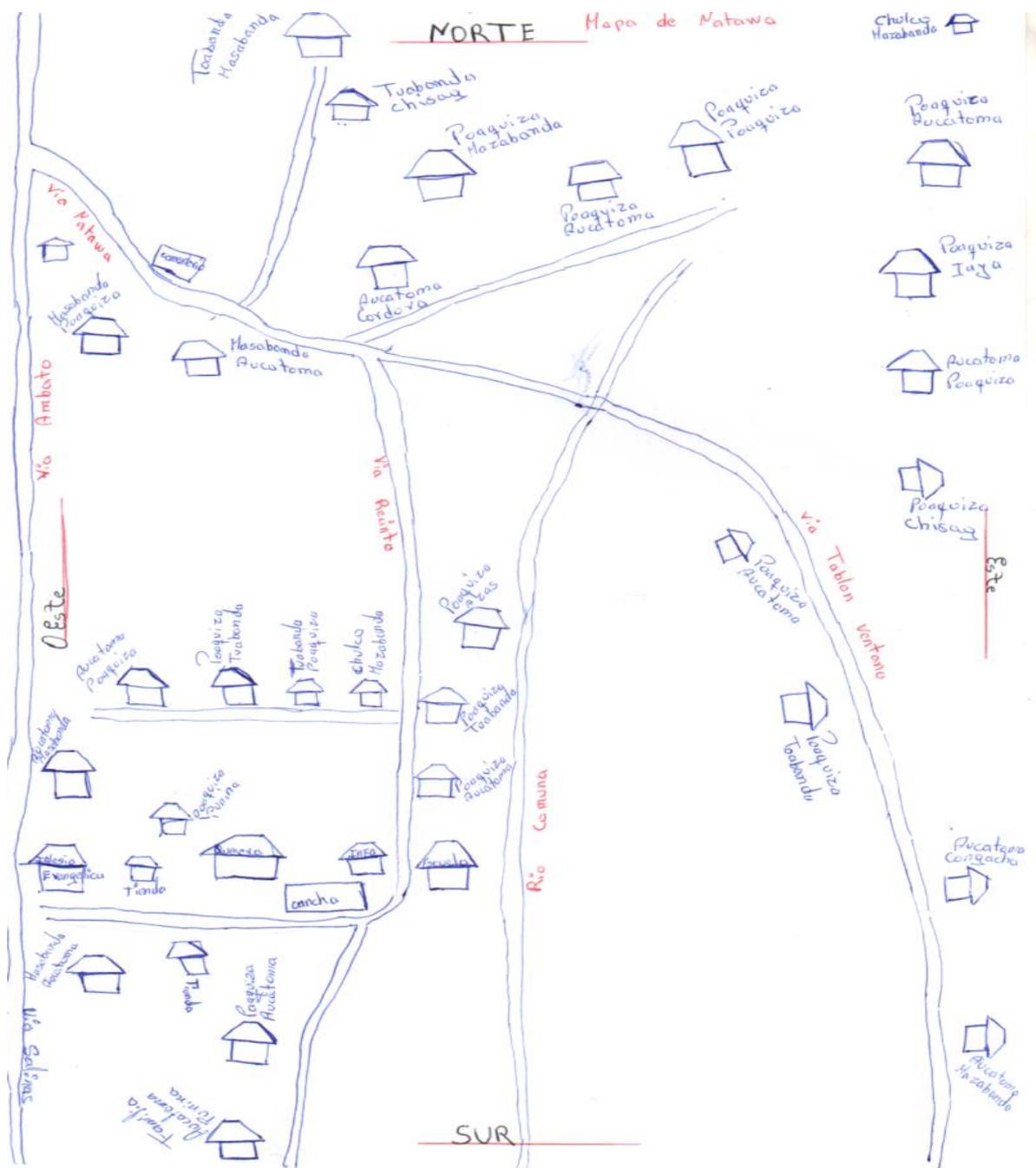


Figura N° 01: Mapa Parlante de la Comunidad

Fuente: Paguay, Maricruz (2013). Diagnóstico situacional de la Comunidad de Natawua

Elaborado Por: Maricruz Paguay Q.

Anexo N° 3. Fotografías Comunidad de Natawua

COMUNIDAD DE NATAWUA



PREPARACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO



PREPACIÓN DE LA COMIDA DESPUES DEL PARTO



LA COMADRONA

