

salud, hospital, lo que permitió socializar, sistematizar, consensuar y definir la propuesta de modelo intercultural.

- c) Se establecen las líneas de participación en lo siguiente:
- d) El Municipio de Otavalo, destina recursos económicos para la adecuación física de la sala de parto vertical.
- e) La Dirección Provincial de Salud de Imbabura, contribuye con la institucionalización de las normas de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural, capacitación a parteras a través de salud Intercultural, así como la promoción e intercambio de la experiencia de Otavalo, con otros hospitales básicos que atienden altos porcentajes de población indígena.
- f) UNFPA, financia el proyecto y brinda apoyo y asesoría técnica.
- g) Jambi Huasi, coopera como vínculo de coordinación de UNFPA.
- h) Hospital San Luis de Otavalo, elaboración y ejecución del proyecto. A fin de dar viabilidad al proyecto se ejecuta y plantea las siguientes líneas de acción:

1. Sensibilización al personal de salud con temas de interculturalidad, medicina tradicional y accidental, a través de talleres de capacitación.
2. Capacitación, Acreditación y definición sobre el rol de las parteras (articulación del trabajo de las parteras en el proceso de atención del parto y rol en la comunidad), capacitación del personal de salud y asistencia personalizada en atención del parto en posición vertical, (contratación de médico consultor experto en atención de parto vertical).
3. Implementación de la sala de parto vertical en el hospital.
4. Estudio para implementación de casa de espera materna junto al hospital.
5. Difusión masiva sobre nuevo modelo de atención con enfoque intercultural.
6. Edición y publicación del manual de Kichua para el personal de salud.
7. Elaboración y adaptación de protocolos y normas para la atención de parto vertical.
8. Elaboración de protocolos, normas internas y flujograma de proceso de atención del parto vertical.



9. El trabajo en equipo, empoderamiento del personal de salud.
10. Participación comunitaria con la inclusión al equipo de atención en el parto a la partera capacitada y acreditada.

FASE III.- El tercer período demanda la implementación del proyecto. En este instante es preciso recordar que lo que se pretende es romper este desencuentro intercultural, e implantar una nueva forma de hacer salud con la atención humanizada del parto tradicional en posición vertical.

La sala implementada cuenta con las siguientes características, las cuales buscan adaptar cada aspecto identificado como importante para la mujer otavaleña, en forma particular de las mujeres indígenas.

Algunos aspectos que las mujeres consideran importantes y que se ha adaptado son: la temperatura de la habitación, el derecho a la privacidad, entrega de la placenta, el acompañamiento, la posición, infusiones con plantas medicinales, vestimenta y la alimentación postparto.

FASE IV.- El cuarto instante corresponde al monitoreo y evaluación del proyecto; esto es, un seguimiento y acompañamiento a los ajustes definidos como parte de los cambios necesarios para lograr el fortalecimiento del modelo de atención propuesto.

## RESULTADOS

La implementación del proyecto durante los meses de abril a diciembre del año 2009, ha dado como resultado los siguientes logros.

Hay que citar que se inicia la atención del parto tradicional en posición vertical a partir del 04 de abril del año 2008, fecha en la que se inaugura oficialmente con autoridades nacionales, provinciales, cantonales, invitados internacionales, y población del cantón Otavalo.

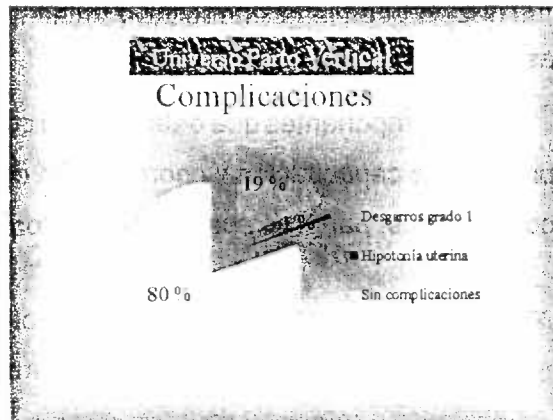
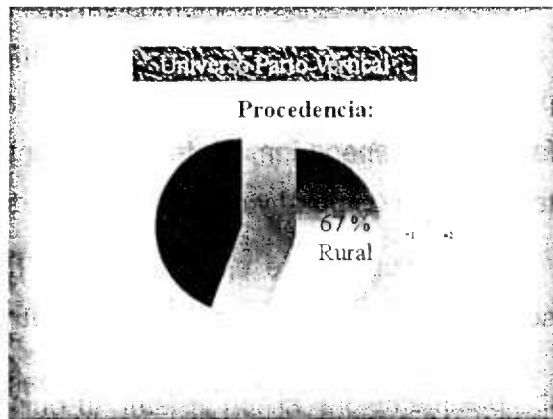
El primer parto en esta modalidad es atendido por una partera acreditada y el apoyo del equipo de salud.

La atención del parto se implementa en tiempo parcial en horas diurnas con la presencia de obstetrices y parteras, a la par que se continúa con la capacitación personalizada con consultor médico ginecólogo a médicos residentes, obstetrices, a fin de extender la atención a las veinte y cuatro horas.



Dentro de uno de los objetivos fue la de institucionalizar el parto, poner al alcance esta atención de salud especialmente a las mujeres indígenas del área rural, lo cual se puede evidenciar que este objetivo se va alcanzando puesto que de los ciento veintisiete partos atendidos el 51%, corresponde a mujeres indígenas, de estas el 67%, corresponde a la zona rural.

De los ciento veintisiete partos atendidos en estos nueve meses el mayor



porcentaje 41%, corresponde a madres primigestas, el 24%, son mujeres multigestas.

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

## CONCLUSIONES

Esta primera etapa del modelo ha permitido logros muy importantes, así como el avance en el cumplimiento de objetivos propuestos.

La cobertura del parto institucional se ha mantenido del año 2000 al 2004, del 40% al 44%.

En el año 2007, de enero a diciembre se atienden mil cuatrocientos treinta y cinco partos en total, y en el año 2008, desde la implementación del proyecto se atienden mil quinientos cincuenta y cinco partos es decir se ha incrementado en un 9%, la atención del parto institucional en relación al año 2007.

Las diferentes prácticas ancestrales del parto vertical y su preferencia no se realizaron únicamente en las culturas indígenas sino en todas las culturas.

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

La frecuencia de episiotomías es más baja y los desgarros presentados son superficiales los cuales son de fácil cicatrización.

Se ha articulado el trabajo de las parteras en el proceso de atención de salud.

Se ha formulado una política de salud para la atención materna con inclusión del aspecto intercultural.

Los componentes que detallamos a continuación están en fase de implementación, proceso de capacitación y coordinación con unidades de salud del área rural, agentes comunitarios, parteras acreditadas, autoridades parroquiales.

## 2.- COMPONENTE

### ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL CONTROL PRENATAL, PARTO Y POSTPARTO

El modelo propone que las parteras capacitadas y acreditadas del cantón Otavalo, se articulen y formen parte activa del equipo básico de salud de las unidades operativas rurales y del sistema cantonal de salud. Con las cuales se planificará atención conjunta con el profesional respetando sus creencias culturales.

La inclusión de parteras como parte del equipo de salud permitirá:

- La interrelación de las parteras al sistema de salud, incorporando criterios como complementariedad y necesidad mutua, dando como producto el fortalecimiento del sistema de salud ancestral y el sistema occidental.
- Disminución de indicadores de morbi mortalidad materno infantil.
- Un acercamiento con la comunidad.
- Confianza de la paciente con el equipo de salud.
- Aplicar herramientas gerenciales como el uso de mapas parlantes y programación por grupo de riesgo, atención oportuna, seguimiento de la paciente.
- Aporte con elementos valiosos e importantes para la elaboración de plan de partos de los centros de salud más cercanos de las comunidades.
- Que la comunidad cuente con un agente comunitario de salud capacitado las veinticuatro horas.
- Que la red de servicios públicos del área se fortalezca con la referencia y contra referencia.
- Promoción de los servicios e institucionalización del parto.
- Acompañamiento a la mujer embarazada en todo del proceso desde la procreación hasta el nacimiento del producto y sus controles.

Se ha despertado en el sistema de salud un interés por la implementación de procesos de atención en torno a la interculturalidad y experiencia del hospital San Luis de Otavalo.

## 3.- COMPONENTE

### ATENCIÓN DE SALUD DEL POSTPARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Se propone que se tomen como base los conocimientos ancestrales de parteras acreditadas y se elaboren estándares y normativas de atención en el postparto.



La participación en esta etapa por parte de la partera contribuirá:

A recuperar saberes, conocimientos de las lideresas comunitarias y parteras ancestrales de salud.

A que se incremente coberturas de control posparto en el área de influencia del domicilio de la parturienta fortaleciendo la confianza y relación con el equipo de salud y parteras.

Reconocimiento del aporte de las parteras a la salud de su comunidad, e incorporación al sistema de salud.

Fortalecer a la implementación de la referencia y contra referencia.

#### 4. COMPONENTE

RED COMUNITARIA DE SALUD.- Pretende incorporar a agentes comunitarios de salud, parteras, comités de salud, comités de usuarias autoridades parroquiales como teniente político, juntas parroquiales, equipo de salud de UO rurales y equipo técnico de jefatura de área; esto permitirá una respuesta oportuna en caso de emergencias que requieran de transferencia a una unidad de salud de mayor complejidad.

Con este equipo de trabajo se coordinarán mecanismos de transporte, identificación de grupos de riesgo que nos permita estar en alerta acción permanente.

