



Maestría en

SALUD PÚBLICA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública

AUTOR: Silvia Tixicuro Tixicuro

TUTOR: Dr. Carlos Terán Puente

**Percepciones del parto domiciliario de mujeres atendidas por parteras
certificadas en Otavalo 2021 – 2022**

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **CARLOS TERÁN PUENTE**, declaro que he tutorizado el trabajo de titulación denominado **PERCEPCIONES DEL PARTO DOMICILIARIO DE MUJERES ATENDIDAS POR PARTERAS CERTIFICADAS EN OTAVALO 2021 – 2022** del maestrante, quien es autor exclusivo de la presente investigación, que es original y auténtica.

170439248-7

Autorización de derechos de propiedad intelectual

Yo **SILVIA MARISOL TIXICURO TIXICURO**, en calidad de autor del trabajo de titulación denominado **PERCEPCIONES DEL PARTO DOMICILIARIO DE MUJERES ATENDIDAS POR PARTERAS CERTIFICADAS EN OTAVALO 2021 – 2022**, de acuerdo a lo establecido en los artículos 5, 6, 8, 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento en Ecuador, autorizo a la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para que utilice el contenido que comprende el presente trabajo de titulación, con fines estrictamente académicos o de investigación.

100418939-3

Certificación de autoría del trabajo de titulación

Yo, **SILVIA MARISOL TIXICURO TIXICURO**, declaro bajo juramento que el trabajo de titulación denominado **PERCEPCIONES DEL PARTO DOMICILIARIO DE MUJERES ATENDIDAS POR PARTERAS CERTIFICADAS EN OTAVALO 2021 – 2022** es de mi autoría y de mi exclusiva responsabilidad académica y legal; y que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional. En su elaboración, se han citado las fuentes y se han respetado las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.

100418939-3

Dedicatoria

A las mamas parteras, que a través de su gran labor y aporte en la vida comunitaria realizada con dedicación, compromiso y amor han garantizado a lo largo de generaciones un parto digno y en el marco del respeto hacia los derechos de la vida de la mujer, el recién nacido y la familia. A ellas, mi admiración y reconocimiento como verdaderas guardianas de la vida, que con su sabiduría y prácticas desde una visión holística de la salud han permitido mantener vivo el “arte de hacer nacer”.

Pakarichik hatun mamakunapak, paykunapak sumak llankaywan ayllu llaktakunaman kawsayta karashpa shamushkamanta; ninan hatun kuyaywan watan watan wachachishpak shamunkuna. Sumak kawsay wachana Kamachik hawa warmikunata, wawakunata, ayllukunatapash yanapashpa shamushkamanta. Pay warmikunapak ñuka natikalata, shinallata yuyarita churapani kay killkaypi; sumak hatun kawsayta pakarichik mamakuna kaymanta. Paykunapak hatun yachaywan, ruraywan ñukanchik kawsayta sinchi charin kay PUNCHAKUNAKAMAN.

Agradecimiento

A mi Familia, por el apoyo brindado durante todo este proceso de formación.

A mí compañero de vida Ati Maldonado por su apoyo diario, confianza y cariño dedicado en todo este tiempo.

A las mujeres entrevistadas por abrirme sus puertas para contar sus experiencias que contribuyeron en gran medida al desarrollo del presente trabajo.

A mama María Chalán (presidenta de la asociación de parteras “Pakarichik Warmikuna”) y su hija María Cachimuel, un especial agradecimiento por su apoyo, tiempo y espacios brindados desde el primer momento para que este trabajo se realice.

A mi tutor Doctor Carlos Terán, por su apoyo y orientación, quien con su experiencia y conocimiento fue mi guía para el correcto desarrollo de este trabajo y lograr llegar al final con el éxito esperado.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
1. Introducción	3
2. Justificación	5
3. Planteamiento del Problema	7
4. Objetivos	11
4.1. General	11
4.2. Específicos	11
5. Marco teórico referencial	12
5.1. Aspectos Históricos	12
5.1.1. Cosmovisión Andina	13
5.1.2. Sistema médico ancestral	14
5.1.3. Medicina andina	16
5.2. Marco teórico	17
5.2.1. Partería tradicional	17
5.2.2. Parteras certificadas cantón Otavalo	18
5.2.3. Ventajas y desventajas del parto en casa	20
5.2.4. Humanización del parto	22
5.3. Marco conceptual	25

5.3.1. Parto Domiciliario	25
5.3.2. Tipos de partos	26
5.3.3. Etapas del Parto.....	27
5.3.4. Salud Intercultural	28
5.3.5. Frecuencia del parto domiciliario.....	32
5.4. Marco Referencial	33
5.4.1. Resultados maternos y perinatales del parto domiciliario	33
5.4.2. Resultados perinatales.....	35
5.4.3. Atención durante la gestación.....	36
5.4.4. Atención al parto	37
5.4.5. Alivio de dolor del parto en casa.....	38
5.5. Marco Legal	39
5.5.1. Código de Ética.....	39
5.5.2. Manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Salud Nacional	40
5.5.3. Guía Técnica para la Atención de Parto Culturalmente Adecuado ...	41
5.6. Mecanismos de articulación de parteras	42
5.6.1. Diálogo de saberes	42
5.6.2. Actividades extramurales	43
5.6.3. Derivación y contrarreferencia comunitaria	43
5.6.4. Atención del parto en centros de salud por parteras.....	44
6. Marco Metodológico	45

6.1. Tipo de estudio	45
6.2. Área de estudio	45
6.3. Participantes	46
6.3.1. Criterios de inclusión	47
6.4. Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos	47
6.4.1. Métodos y técnicas	47
6.4.2. Materiales	49
6.5. Interpretación de los datos	49
7. Resultados	50
7.1. Percepciones durante el parto	51
7.2. Relación con la partera durante el embarazo y parto	54
7.3. Comparación del parto domiciliario y en hospital	57
7.4. Motivaciones para elegir el parto domiciliario	60
7.5. Sugerencias a las parteras para mejorar su atención	63
8. Discusión	67
9. Conclusiones	71
10. Recomendaciones	73
11. Referencias Bibliográficas	75
12. Anexos	78

Índice de anexos

Anexo 1. Acuerdo de Confidencialidad	78
Anexo 2. Preguntas de la Entrevista	79
Anexo 3. Determinación de la competencia de los expertos	80

Índice de gráficos

Gráfico 1. Nacidos vivos por sector de establecimiento	33
Gráfico 2. Número de nacimientos dependiendo del lugar donde acontece	33

Resumen

Las parteras certificadas en el cantón Otavalo cumplen un valioso aporte a la comunidad, articulan los saberes ancestrales con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública. Como agentes tradicionales de salud, ofrecen una atención de calidad y personalizado a las mujeres embarazadas que a ellas acuden, en el marco de su cultura, de sus saberes y prácticas ancestrales. El objetivo de este estudio es conocer las percepciones del parto domiciliario de mujeres atendidas por parteras certificadas en Otavalo entre 2021-2022. Es un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas con mujeres que fueron atendidas por parteras certificadas. Se indagó las motivaciones para elegir un parto en casa, con atención de partera, en lugar de un hospital con cuidado médico. En los resultados obtenidos se evidencia que, para las participantes en el estudio, el parto en casa es más cómodo y la atención de las parteras es de calidad, porque ellas están pendientes de su proceso de parto en todo momento. Se reconoce que el parto domiciliario atendido por parteras certificadas se caracteriza una relación personalizada y humanizada, por buen trato y un cuidado constante y continuo desde el inicio, durante y la culminación de la labor. Las mujeres participantes se ven motivadas a tener un parto domiciliario por influencia de su familia, de sus tradiciones y su cultura. Es importante que el Sistema Nacional de Salud desarrolle mejor comprensión y nuevas formas de articulación pues, el cuidado del parto por parteras tradicionales se mantiene presente y es de suma importancia para una sociedad intercultural.

Abstract

Certified midwives in the Otavalo canton make a valuable contribution to the community through their ability to join ancestral knowledge with the guidelines of the Ministry of Public Health. As agents of traditional health, they offer a quality and personalized service to pregnant women while working within the context of their culture, knowledge, and ancestral practices. The objective of this study is to know the perceptions of home births among women under the care of certified midwives in Otavalo during the 2021-2022 period. Through this qualitative study, interviews were conducted with women who were cared for by certified midwives. This study researched the women's motives for choosing a home delivery under midwife care. The study results show that participants believe home delivery to more comfortable, and that the midwives provide quality attention due to their presence and attentiveness at all times of the birth process. A home birth attended by certified midwives is characterized by a personalized, humane relationship, good treatment, and consistent and continuous care from the beginning, middle and end of labor. Participating women are motivated to have a home birth due to the influence of their family, their traditions, and their culture. It is important that the National Health System develops a better understanding and new forms of uniting these practices, since childbirth care by traditional midwives remains present and is of the utmost importance for an intercultural society.

1. Introducción

El trabajo a continuación identifica las percepciones de mujeres atendidas por parteras certificadas en el cantón Otavalo durante el período 2021-2022.

El estudio está comprometido a recoger y sistematizar las percepciones de las mujeres atendidas por parteras, en el capítulo uno se indica el asunto objetivo del trabajo; mediante la identificación de las percepciones de las mujeres atendidas, se realiza una descripción de los eventos acontecidos, además las razones y motivaciones por las que una mujer opta por un parto domiciliario atendido por una partera.

En el capítulo dos se realiza un repaso de las fuentes de investigación consultadas, articuladas como marco teórico. Se da un contexto de cada uno de los temas tratados: parto y sus etapas, postparto, parto domiciliario, entre otros temas médicos de importancia. También se trata el contexto legal y las políticas de salud. Al final, se da un repaso histórico y referencial de la cosmovisión andina y su definición de lo que es una partera y en qué consiste su trabajo.

El tercer capítulo indica el método seguido para el desarrollo de la investigación. El estudio se sustenta en un análisis de carácter cualitativo, en donde mediante entrevistas realizadas a mujeres atendidas por parteras durante el período 2021-2022 en Otavalo, se identifica las percepciones que se tiene de la atención durante el parto. El capítulo cuatro muestra los resultados producto del desarrollo de las entrevistas que el estudio cualitativo recomienda.

La conclusión que explica las razones de las mujeres que optan por un parto domiciliario atendido por una partera y cuáles son las recomendaciones para conseguir una mejor calidad de atención brindada por las parteras hacia las madres, con el apoyo y seguimiento del Sistema de Salud Nacional.

En general, este trabajo aportará una perspectiva distinta, considerando cuestiones que requieren de cierta sensibilidad para ser comprendidas. Se manifiesta de antemano el respeto y admiración por los sistemas y servicios de diferente matriz cultural, para las nuevas madres y las mujeres que ayudan a hacer esto realidad.

2. Justificación

El parto domiciliario fuera de un hospital o de un centro de salud es tema de controversia en los últimos años, debido a que da lugar a muchas dudas sobre su seguridad a los médicos. Aunque no es frecuente, el parto fuera del hospital o domiciliario es una práctica con una demanda creciente, principalmente por los beneficios que este otorga sobre el parto en un hospital, tales como la confortabilidad y la compañía de los seres queridos, que acompañan a la futura madre durante todo el proceso de parto. Para situaciones de esta naturaleza, la atención brindada es a manos de una partera. Las parteras son guardianas de la sabiduría, aplican el conocimiento ancestral durante el parto y en muchas ocasiones todo sale bien. Son mujeres fuertes, que enlazan también los conocimientos de la medicina actual y son capaces de resolver situaciones exigentes.

El presente trabajo da una perspectiva, no de las parteras, sino de quienes han sido atendidas por ellas: mujeres de nacionalidad kichwa del pueblo Otavalo que han tenido un parto domiciliario. Las mujeres que pertenecen a estas comunidades se dedican principalmente a las actividades relacionadas al campo y labores propias del hogar. Muchas veces se considera el criterio de los médicos porque son los profesionales, son quienes saben del tema, y está bien que sea así; no obstante, el trabajo busca conocer la percepción de las mujeres de los pueblos kichwas que han tenido a sus hijos con la ayuda de parteras certificadas.

Esta investigación se desarrolla con un grupo de mujeres kichwas que han tenido parto domiciliario durante el período 2021-2022. Considerando que dichas mujeres son de las áreas rurales del cantón Otavalo, es posible que su disponibilidad de

tiempo no sea la más adecuada, sin embargo, y en nombre del interés que se tiene por averiguar acerca del tema, se hallará la manera de contactar con ellas, bien sea por medio de las parteras que las atendieron o directamente realizando visitas a sus domicilios.

El beneficio será apreciado en varios sectores. En primer lugar, serán beneficiadas las actuales y futuras madres que recurran a un parto domiciliario gracias al conocimiento aportado por las experiencias previas documentadas aquí, también se verán beneficiadas las parteras, pues en muchas ocasiones y por la presura que existe durante la labor de parto, no se da el tiempo como para intercambiar opiniones o dar consejos, así que las parteras pueden enterarse a través del trabajo lo que las mujeres atendidas perciben de la atención de las mismas. Aquellos profesionales de la salud tendrán una perspectiva de aquellas mujeres atendidas y serán capaces de considerar mejorar la atención a los pacientes.

La percepción de las mujeres atendidas por parteras certificadas en un parto domiciliario toca el lado humano respecto a lo que implica el proceso de parto desde su cosmovisión, resalta y pone en primer plano la relación entre la partera y la mujer en labor de parto, a su vez entre la partera y su familiar, y finalmente entre el proceso de parto y la comunidad. Es decir, no se trata de una atención del proceso de parto como fenómeno orgánico, sino de un cuidado integral e integrado del parto. Es importante el trato profesional y el uso de los equipos y herramientas necesarias, considerar el trato humano hacia las mujeres en un estado tan vulnerable, ayudar a concientizar el valor y la confianza requerida en ese momento, así como favorecer el empoderamiento, tanto de las nuevas madres como de las parteras.

3. Planteamiento del Problema

El parto es un proceso natural, que desde siempre y hasta la actualidad ha requerido de la intervención del alguien más, alguien quien tiene el trabajo de traer una nueva vida al mundo. La partera durante generaciones ha sido la responsable de este trabajo en todas las culturas y en las diferentes sociedades humanas. Hoy en día, la organización de la sociedad humana, ha implementado un sistema de atención de salud con enfoque médico occidental alopático, que se impuesto como el sistema formal y oficial, Así, hasta dos décadas aproximadamente, las prácticas médicas alternativas y en el trabajo de las parteras kichwas poco valorado y hasta perseguido.

En la actualidad, se ha dado pasos para reconocer y valorar la partería tradicional, pero es un proceso unidireccional, desde el estado hacia las parteras: “en los países de América Latina como México, Guatemala y Ecuador, en la mayoría de los casos el vínculo entre parteras tradicionales y Estado, es de literal adiestramiento, se pretende que las parteras asimilen información dada y la repliquen en la práctica en sus comunidades” (1). Las mujeres que ha sido atendidas en clínicas, hospitales y centros de salud a menudo indican sus experiencias. De manera general, los criterios son variados. Así como se tiene mujeres agradecidas por la atención, también hay experiencias donde las mujeres pasaron situaciones complicadas, incluso peligrosas.

El trato hospitalario, caracterizado por el uso de técnicas y herramientas modernas, con una perspectiva predominante y comercial. La propuesta en Ecuador, partir del año 2008 del parto culturalmente adecuado, es un reconocimiento de la interculturalidad, pero aún está en ciernes. “Ecuador por su parte, pese a contar con un acto normativo – Guía Técnica para la atención del Parto culturalmente Adecuado

– desde 2008, sigue sin brindar un respaldo normativo que legitime el rol de las parteras y deja inconclusa una tarea por el Gobierno, acerca de las funciones y el rol dentro del sistema de salud. Deja a las parteras a la merced del ánimo de cada institución o acción regional que las legitime o las rechace” (1). El porcentaje de cesáreas de las instituciones públicas y privadas donde se oferta atención obstétrica, muy por encima de los estándares técnicos aceptables, es una evidencia del enfoque biomédico comercial predominante. Sin embargo, y debido principalmente a la alta demanda del servicio, varios de los procedimientos realizados en centros de salud, se realizan en ocasiones con tal premura que resultan ser inadecuados para la paciente. La excesiva medicación a la que se recurre con el objetivo de enmascarar síntomas y evitar dolencias, terminan siendo contraproducentes y pueden llegar a generar problemas graves hacia la madre y hacia su hijo. La violencia obstétrica experimentada por varias madres, hace que muchas mujeres prefieran optar por un parto domiciliario en compañía de sus seres queridos y atendido por una partera certificada, la cual conoce los procedimientos necesarios y aporta una visión que respeta y valora las preferencias culturales de cada una de las personas. La certificación otorgada a las parteras tradicionales les permite articular sus saberes ancestrales con la medicina convencional, y nutrirse de ambas ramas, es por ello que las mujeres prefieren optar por un parto en casa, bien sea por evitar experiencias desatinadas o un trato despectivo referente al ámbito cultural, así como la confianza y comodidad de realizar la labor en su propia casa.

Los pueblos y culturas originarias, con su cosmovisión, sus saberes y prácticas de cuidado del parto – nacimiento, han pervivido a pesar de siglos de subvaloración por la cultura colonial y republicana, y una de sus expresiones de vigencia es la atención

de las parteras tradicionales. La relación que existe entre la partería tradicional y los sistemas de salud pública debe ser fortalecida, no solamente por el bien de aquellas mujeres que recurren a su atención, sino por el valioso hecho de conservar estos conocimientos y prácticas milenarias de las cuales, las parteras son guardianas.

No es posible desconocer que la valoración de la partería tradicional no se ha dado. “En la estrategia intercultural de salud del MSP prevalece un imaginario modernizante, en el cual los partos seguros solo se pueden dar en *unidades operativas de salud* (maternidades, clínicas y hospitales), sin importar las reales condiciones en las que se encuentran muchas de esas unidades, su nivel de saturación, la sobrecarga de trabajo y el personal poco predispuesto a brindar una atención respetuosa y eficaz de parto vaginal porque simplemente no dan para más” (2).

El informe del 2005 de la OMS indica que "Hay un valor en los rituales que rodean el nacimiento, y hay que mantener esto como una característica central de la vida familiar" (3). Por ello, el parto en casa de gestantes con bajo riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales, constituye una alternativa válida y segura. El parto en casa o domiciliario es parte importante del sistema de salud de países desarrollados, como “Canadá, Inglaterra, Islandia, Holanda y Nueva Zelanda”. En Latinoamérica para el año 2020 atravesado por la pandemia del covid-19, se evidenció un aumento de partos domiciliarios, sobre todo en áreas rurales.

En Ecuador, la ENDEMAIN 2004 demuestra que “la vigencia de la partería tradicional, junto con las percepciones de calidad en las relaciones interpersonales en las unidades operativas del MSP, juegan un rol importante en las decisiones de las

mujeres sobre dónde dar a luz. Entre las mujeres cuyo último parto fue en casa, el 47% fue atendida por parteras tradicionales y el 24% mencionó la confianza y el trato más humano de la partera como una de las razones más importantes para tener un parto domiciliario” (4). Es así como “el 65% de mujeres que se auto identifican como indígenas afirma haber tenido partos domiciliarios. En provincias con alta población indígena y afroecuatoriana, el parto domiciliario alcanza un 40%; en la región Amazónica, esta situación llega al 38%” (5).

Es a partir de este contexto que se hace necesario responder la siguiente interrogante:

- ¿Cuáles son las percepciones del parto domiciliario de mujeres atendidas por parteras certificadas en Otavalo durante el período 2021-2022?

Se considerarán las siguientes preguntas secundarias como directrices adicionales de la investigación:

- ¿Cuáles son las características del parto domiciliario atendido por parteras certificadas en Otavalo durante el período 2021-2022?
- ¿Cuáles son las motivaciones por las que las mujeres deciden tener un parto domiciliario atendido por parteras certificadas?
- ¿Cuáles serían las estrategias para el fortalecimiento y articulación del parto domiciliario atendido por parteras certificadas al Sistema Nacional de Salud?

4. Objetivos

4.1. General

- Conocer las percepciones del parto domiciliario de mujeres atendidas por parteras certificadas en Otavalo durante el periodo 2021-2022.

4.2. Específicos

- Describir las características del parto domiciliario atendido por parteras certificadas en Otavalo 2021-2022.
- Comprender las motivaciones por las cuales las mujeres han decidido tener un parto en casa atendidos por parteras certificadas en Otavalo 2021 – 2022.
- Sugerir estrategias para el fortalecimiento y articulación del parto domiciliario atendido por parteras certificadas al Sistema Nacional de Salud.

5. Marco teórico referencial

5.1. Aspectos Históricos

Desde hace tiempos inmemoriales las parteras han sido personajes fundamentales en lo concerniente a la salud materna, por su acompañamiento a las mujeres durante todo el embarazo, parto y posparto. La figura de la partera ha evolucionado también, hacia un papel de cuidadoras y consejeras de las futuras madres (6).

Desde la antigüedad, las parteras fueron consideradas incluso como figuras sagradas, y su proceder ha sido fundamental en el avance de la sociedad. En Egipto, se les atribuía el don de la curación y la sabiduría, cuestiones similares se consideraban también en las culturas precolombinas; por esto es que incluso se les rendía culto como diosas de la fertilidad. El oficio de partera ha sido algo de gran importancia en la historia de las grandes culturas de la humanidad, dando a estas mujeres un papel protagónico y reverencial, esto debido a que eran las encargadas de traer una nueva vida al mundo (6).

Desde el origen de la civilización, inclusive en la prehistoria, el trabajo de estas mujeres ha sido de suma importancia y hasta devocional, colocando a las parteras como seres con potenciales más allá de lo humano. Esto último, generó polémicas en épocas pasadas.

El historiador Serrano dice lo siguiente: “durante la Edad Media, en Europa y en América, hasta el siglo XVIII, muchas de estas mujeres fueron víctimas de persecución por parte de los tribunales de la Inquisición, acusadas de herejes, hechiceras o brujas, debido, especialmente, a sus conocimientos sobre la regulación

de la fecundidad (métodos anticonceptivos), por los cuales, según la Iglesia, se atribuían poderes sobre la vida y la fecundidad” (7).

A lo largo de historia, las mujeres han sido las encargadas de la medicina, se sabe que fueron las primeras sanadoras dentro de la historia, tanto oriental como occidental. Para el presente estudio se enfoca en el oficio de partera dentro de nuestra cultura, específicamente en lo referente a la cosmovisión andina, es decir, a la perspectiva de las culturas andinas respecto a la labor de parto y el nacimiento.

5.1.1. Cosmovisión Andina

La palabra “cosmovisión” debe entenderse como “la forma de concebir el mundo de una manera concreta, el universo es interpretado por la comunidad indígena como el *pachakuna* (mundos) y sus ideologías filosóficas y particulares de este mundo”, mediante el *kay pacha*, *ukuy pacha* y *hanan pacha* (8).

Esta cosmovisión inicia en los antiguos poblados que habitaban los Andes, territorio con variada geografía y que comprende tanto costas como zonas amazónicas, como las características montañas nevadas; al ser un lugar tan mixto se ha dado lugar a una gran variedad de poblaciones, con tradiciones propias, pero en todo caso, relacionadas con la madre naturaleza, a través del concepto de *sumak kawsay* (9).

El *sumak kawsay* original considera a las personas elementos de madre tierra o *Pachamama*. Es así que, a diferencia de los demás paradigmas, el buen vivir moderno busca el equilibrio entre la naturaleza, la personas y sus necesidades.

Álvarez (10) agrega que: “la cosmovisión es una representación simbólica de la apariencia del orden cósmico de la vida y la forma de mirar la estructura del universo por parte de una cultura, poblado o un país”. Esto indica que, mirarse hacia uno mismo es la manera de mirar el universo entero.

“En la *pacha* (mundo), *kichwa* el pensamiento y el trabajo constituyen una realidad semejante, no existe una diferenciación entre lugar y período de tiempo, no hay fracción en estos universos de las divisiones: mente-cuerpo, pensamiento-sentido, argumento-impresión. Por lo que la interacción es el modelo y equivalencia, la manera natural de entender el mundo se asimila en la convivencia con la naturaleza y con los otros” (11).

Se puede notar que la perspectiva de la cosmovisión andina es sumamente amplia y abarca siglos de tradiciones y saberes que han sido puesto en práctica con una importante efectividad; si se han mantenido vigentes probablemente sean por sus resultados, que en muchos casos son conmensurables.

5.1.2. Sistema médico ancestral

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través del “Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral – tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador” (12), define al sistema médico ancestral como: “un sistema de medicina integral que se orienta a través de sus propios principios que fundamentan lo que se entiende por salud y enfermedad, traza el camino de comportamiento, establece una racionalidad para actuar curando – sanando y hace funcionales los diagnósticos, terapias y tratamientos”.

En muchos casos se mal entiende que esta medicina ancestral consiste únicamente el uso de “aguas preparadas”, “limpias con plantas” o “soplidos de líquidos”, sin embargo, el mismo código de ética indica que no se limita a eso, en el caso específico de las mujeres parteras, ellas demuestran una gran capacidad de adaptación a las situaciones que son demandadas dentro de su comunidad, procediendo con el debido cuidado y experiencia. (12).

Aunque en la sociedad moderna el uso de las técnicas ancestrales es muy limitado, la medicina ancestral otorga una amplia gama de opciones; sin embargo, hay la posibilidad de que, ante un evento adverso, resulte indispensable recurrir a la medicina convencional y al personal capacitado en el conocimiento médico.

En muchos casos, el proceso sanador se realiza sujeto a una práctica de naturaleza ritual realizado por parteras ancestrales. Las personas más espirituales aseveran que los rituales “purifican a la persona y el entorno con sahumerio, se invoca a Dios y a la naturaleza, sol, agua y los espíritus mayores”, mientras que la percepción de las comunas considera que “la medicina tradicional es una buena alternativa para la salud del cuerpo y el espíritu a través de las plantas” (13).

En el paradigma actual occidental, es difícil concebir una perspectiva de la vida como la visión ancestral andina, al menos para una gran parte de la población. Y es por eso que, la asistencia médica en un hospital o un centro, es lo más confiable para atenderse ante un problema en la salud y lo más recomendable. No obstante, la

efectividad del sistema médico ancestral es grande, y muy apreciada por quienes la viven de cerca.

5.1.3. Medicina andina

La medicina andina se considera como un “principio de generalidad esencial, como una entidad capaz de sostener, sin necesidad de explicarlos, todas las formas individuales y particularizadas de lo que se denomina varias veces como *terapias no formales*” (14).

Desde hace mucho tiempo se considera que, para el estudio de la medicina tradicional andina, las características manifiestas, como medios, agentes y prácticas, son las más vitales, hoy esta sustancialidad se explica en conjunto con la presencia del chamanismo, ambos han configurado una cosmología, una perspectiva universal de la salud y de la medicina (14).

Sin lugar a dudas la tradición andina en lo que refiere al tratamiento de la salud, involucra muchos años de conocimientos y experiencias, la medicina andina es parte arraigada de nuestra cultura y país, y seguirá siendo considerada como una opción, viable en muchos casos, para tratar a personas de todo tipo de social y cultural.

La medicina andina en el país, al igual que en otros lugares de la región, tiene una gran importancia cultural debido a su arraigada tradición. Sabiendo que sus orígenes se remontan desde hace más de diez mil años, se ha mantenido vigente durante más de los cinco siglos de colonialismo, monarquías y todo tipo de cambios políticos. Dicha permanencia “ha sido sostenida por los pueblos de más bajos recursos: indios,

mestizos, montubios y campesinos, quienes han encontrado en la medicina tradicional una alternativa menos costosa y más coherente con su cosmovisión” (15).

Es importante recordar que el parto es un proceso natural, y más allá de ser visto como un padecimiento o incluso como una enfermedad, las parteras tradicionales, basadas en gran medida en la cosmovisión andina, consideran el nacimiento como un acto sagrado y de elevada espiritualidad, por ello es que la atención brindada por estas mujeres es de gran importancia en nuestro país, y considerablemente en la ciudad de Otavalo.

5.2. Marco teórico

5.2.1. Partería tradicional

La Organización Mundial de la Salud, en acuerdo con UNFPA y UNICEF (16), indican que la partera tradicional: “es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales”.

Las mismas organizaciones distinguen también la figura de la partera de familia que “ha sido elegida por una familia extensa para asistir los partos de sus miembros”, y la partera adiestrada, que, para el caso, se refiere a la partera certificada que ha seguido cursos y también ha recibido la capacitación necesaria dentro de los hospitales e impartidos por el personal adecuado y así mejorar su nivel de conocimiento. (16).

La partería tradicional consiste en conjunto de conocimientos heredados tras generaciones y que son aplicados desde un punto de vista diferente al occidental, las parteras certificadas aceptan la instrucción que también les pueda ser brindada por el campo de la medicina, mejorando considerablemente su labor y trabajo durante el parto.

La OMS también dice: “la partería tradicional es un elemento fundamental de los pueblos y comunidades, formando parte de la cultura de atención en salud. Esta labor que prestan las matronas o parteras se convierte muchas ocasiones en el único servicio de salud disponible, ya que los que presta el estado, son de difícil acceso y de baja calidad, para la población que vive en zonas rurales” (16).

En base al conocimiento y sabiduría en medicina ancestral tradicional que las mujeres han heredado durante varias generaciones y que ponen en práctica durante cada una de sus intervenciones, es que muchas de las mujeres en estado de gestación que viven en la comunidad prefieren la atención de las parteras, puesto que, mientras el embarazo sea de bajo riesgo, tienen todas las herramientas para poder atenderlo.

5.2.2. Parteras certificadas cantón Otavalo

Otavalo es un cantón perteneciente a Imbabura, provincia de Ecuador, ubicado en la zona norte del país, a 90 km de Quito, tiene una población de aproximadamente 125 785 habitantes, y más de la mitad viven en zonas rurales (65 925 habitantes) y un 57% del total son población indígena (17). Se caracteriza por ser un centro turístico por sus parajes y por su destacado trabajo artesanal, que es reconocido a nivel

mundial. También destaca su alto porcentaje de población indígena que convive junto a la mestiza en gran armonía y colaboración mutua. Es por ello que la cantidad de parteras y mujeres atendidas por estas es importante de considerar (18).

Las parteras ancestrales tradicionales consiguen la certificación a través de un proceso de capacitación continuo, en varios temas de salud sexual y reproductiva que dura varios meses, también se capacitan en temas relacionados con el parto, la atención durante el parto y los cuidados posteriores. Estas actividades son dirigidas por el distrito de salud de Otavalo, el mismo incluye las normativas establecidas dentro de la salud de carácter intercultural, sobre todo reconociendo la importancia y practicidad de los saberes de tipo tradicional y ancestral. Para que la partera consiga la certificación es necesaria la legitimación comunitaria previa y una vez culminada la capacitación, dará una prueba oral que al ser aprobada le permitirá acceder tanto al certificado de reconocimiento como al carnet de partera articulada (18).

Acerca de las parteras certificadas por el MSP, Quimbo manifiesta que: “es muy importante saber estos conocimientos, porque todavía enfrentamos en la comunidad prácticas de partería que no son reconocidas por los líderes comunitarios, con lo que se torna una amenaza para la vida de las mujeres” (19).

La certificación garantiza que las prácticas que se realicen durante los procesos con las personas de la comunidad sean seguras, esto debido a que, aparte del conocimiento ancestral que poseen estas mujeres, refuerzan su saber con el aporte de las entidades de salud, más el respaldo brindado por el personal que trabaja en hospitales, sistemas de emergencia y la colaboración de las unidades operativas.

La misma Quimbo ubica: “puede ser que un parto en todos sus nueve meses haya tenido un proceso sumamente bueno, pero podría ser que en cuestiones de minutos esté en peligro la vida de la madre y el hijo” (19).

Es también importante recordar que existe resistencia por parte de algunas mujeres parteras, por conocer los nuevos métodos de atención, sin embargo, cada vez existe mayor disposición de ellas para trabajar en conjunto con los médicos y hospitales. Mercedes Panamatamba, partera de Otavalo, ha ejercido esta labor hace más de 40 años, la misma que aprendió de su abuela.

“El trabajo no es sencillo: en muchos casos debe recorrer larga distancia a pie para atender a las embarazadas en zonas rurales de complicado acceso”. Para ella “los saberes ancestrales como el uso de plantas medicinales son tan importantes como los conocimientos de la medicina occidental, que ayudan a detectar a tiempo los riesgos en el embarazo” (19). La capacitación continua de las parteras, en articulación con los servicios de salud, permiten fortalecer su capacidad de enfrentar situaciones y/o complicaciones que puedan llegar a aparecer y poner en riesgo las vidas de la madre y su hijo (20).

5.2.3. Ventajas y desventajas del parto en casa

En una investigación realizada con más de 300 mujeres que habían tenido un parto en casa y en hospitales previamente (21), se demostró que “un 80% de las mujeres preferían un parto domiciliario”. Las ventajas del parto domiciliario fueron las siguientes:

- Ambiente conocido y de comodidad.
- Encontrarse rodeada de la familia.
- Facilidad en la generación de lazo entre madre e hijo.
- Los médicos y parteras conocidas que brindan atención personalizada.
- Ausencia de agentes propios del medio hospitalario.
- Minimización del coste.

El autor también indica que: “las ventajas se ven contrarrestadas por el miedo ante las posibilidades limitadas de asistencia en la aparición brusca de estados graves para la madre y/o el feto; también hay que tener en cuenta que las posibilidades del hospital ante riesgos emergentes no son ilimitadas” (21).

La decisión del parto en casa requiere de un criterio pragmático por parte de la madre, pues una de las limitaciones más importantes es contar con los recursos necesarios para dar respuesta a algún efecto adverso que pueda llegar a presentarse durante el acontecimiento.

Complicaciones tales como la diabetes, presentación de nalgas, placenta previa, entre otras, se detectan previamente al parto. Una vez que han sido detectadas, se hace necesario programar el parto en el hospital. No obstante, “otras complicaciones como la hemorragia posparto por atonía pueden ser lo suficientemente importantes como para amenazar la vida de la madre”. Cuando se realice el diagnóstico es indispensable remitir a la madre a un centro de salud. Sin embargo, cuando el parto ocurre en casa, el personal que lo atiende deberá estar listo para toda clase de contingencia. Antes del nacimiento existen riesgos que no se detectan a simple vista,

tales como el prolapso del cordón umbilical o incluso el síndrome de sufrimiento fetal agudo, en estos casos la conducta a seguir es referencias inmediatamente a un establecimiento de salud de segundo nivel, no se manejará en el domicilio. Hay quienes creen, y es una idea cada vez más generalizada, que todo parto es un procedimiento riesgoso, y esto no es así. El parto puede ser realizado en casa, siempre y cuando las condiciones lo permitan y en caso de ser un parto de riesgo, es necesario recurrir a la atención médica brindada por profesionales.

5.2.4. Humanización del parto

Se define “el parto humanizado o parto respetado a una forma de atender el proceso de parto, el mismo que privilegia la voluntad de la mujer puérpera y se respetan sus tiempos fisiológicos personal. El objetivo de la humanización es que el parto sea en un lugar familiar, donde la mujer y su bebé sean los protagonistas, donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible” (22).

La OMS presenta en sus “prácticas recomendadas para la humanización del parto” los siguientes planteamientos:

“Permitir que las mujeres tomen decisiones acerca de su cuidado, acompañamiento continuo y libertad de movimiento y posición durante el trabajo de parto y el parto, la no realización de: monitoreo fetal electrónico, episiotomía, rasurado y enema de forma rutinaria, permitir ingesta de líquidos y alimentos en el trabajo de parto, restringir el uso de oxitocina, analgesia y anestesia y limitar la tasa de cesáreas al 10 – 15%” (23).

El concepto de parto humanizado requiere para ser entendido un cambio de perspectiva y paradigma de quien asiste a las mujeres que va a dar a luz. Varios profesionales consideran que el humanismo es un proceder necesario para lograr que la atención de mujer en el parto sea ante todo integral.

Por otro lado, el parto es uno de los momentos de la vida de la mujer más difíciles y contrariados que puede llegar a vivir. Por una parte “crea vida y constituye para algunas, lo mejor que pudo pasar tras el embarazo, pero a la vez puede ser uno de los eventos más dolorosos que experimenta, al implicar una experiencia social profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales, limita sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propio funcionamiento” (23).

López (24), con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud expone, referente a los criterios de parto brindado por el personal de salud que los atiende, el siguiente grupo de estrategias:

- Cuidado de personal profesional y que acompaña: De manera obligatoria el trato hacia la mujer parturienta debe ser llevado con muchísimo respeto, la mujer debe conocer en todo momento los procesos que en ella se estén realizando y tener capacidad de decidir también. El consentimiento informado debe ser empleado correctamente hacia la mujer y sus familiares más cercanos.
- Acompañamiento: La mujer en labor de parto está en su pleno derecho de elegir quien será la o las personas que van a acompañarla.

- Atención personalizada: El personal de enfermeras se encargará de atender a la mujer de manera individual y continuamente.
- Movilidad y posicionamiento durante la labor de parto: Es indispensable no solo llevar a cabo los procesos de índole profesional, sino que también el personal debe dar ánimos de manera continuada a la mujer, y permitir que ella elija la posición que le parezca más cómoda.
- Postura para el parto: No se limitará únicamente a la de litotómica.
- Dolores, uso de analgésicos y estado de satisfacción durante el parto: Agotar las posibilidades en la medida de lo adecuado para aliviar el dolor que va a presentarse en la mujer, y esto no solo se refiere al uso de analgesia epidural de manera continuada.
- Métodos no farmacológicos contra el dolor: “La inmersión en agua caliente como un método eficaz de alivio de dolor durante la fase tardía de la primera etapa del parto. Masaje y contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto. Uso de pelotas kinésicas, entre otros aditamentos para buscar posturas más confortables. Deberán ser apoyadas para utilizar las técnicas de respiración o relajación de su elección” (25).

La humanización del parto, por lo tanto, ubica como factor principal todas aquellas situaciones que afronta la mujer embarazada, y considerando también al profesional de la salud, respetando en todo momento y sin cuestionar sus motivos de elegir donde dar a luz y la forma de hacerlo. El UNFPA establece en las “Competencias esenciales para la práctica para la partería”, las pautas a seguir para el cuidado de la salud reproductiva materna neonatal:

- Dar orientación de forma anticipada, en relación al embarazo, parto, lactancia materna, la paternidad y los cambios en la familia.
- Promoción y apoyo de comportamientos que contribuyan a mejorar el bienestar y la salud.
- Determinar el estado en la salud de las mujeres.
- Determinar el estado en la salud del feto.
- Brindar los cuidados hacia mujeres que tienen un embarazo involuntario.
- Control del progreso del embarazo.

El mismo organismo especializado indica cuales son los cuidados durante el parto y el nacimiento:

- Incentivar el parto normal o fisiológico.
- Manejar con seguridad y solvencia el parto vaginal espontáneo, además de la prevención, detección y estabilización de complicaciones.
- Proveer el cuidado de los recién nacidos una vez realizado el parto.

5.3. Marco conceptual

5.3.1. Parto Domiciliario

También llamado parto en casa o intercultural dependiendo del contexto cultural, es una tendencia cada vez más solicitada por las mujeres embarazadas. Aunque presenta ventajas tales como estar en lugar de mayor comodidad y en compañía de los seres queridos, la principal desventaja que presenta es la inseguridad de no contar con la atención hospitalaria inmediata ante posibles problemas que pueden llegar a originar un riesgo tanto para la mujer como para su hijo.

El parto domiciliario se define como: “el resultado de un proceso mediante el cual, una familia y/o mujer embarazada, planifica su alumbramiento, para que el mismo sea desarrollado en el seno de su hogar. Esto tiene como propósito, entre otras cosas, respetar los procesos naturales, tanto de la mujer como del niño, intentando evitar una experiencia que se encuentre centrada exclusivamente en el uso de la tecnología” (26).

De la misma manera “el parto promueve la intimidad y privacidad de la puérpera; respetando el tiempo biológico y psicológico, además de las pautas culturales de la protagonista, evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados” (26).

5.3.2. Tipos de partos

El parto, siendo un proceso fisiológico y natural, requiere como cuestión básica el acompañamiento de una mujer (para el presente caso la partera) que aporte sus conocimientos y técnicas, y así vigilar que toda la labor siga su curso normal. El parto normal o vaginal acontece “con la interacción de tres elementos: el músculo uterino, un verdadero motor que, con sus contracciones expulsa al exterior al feto y sus membranas a través de un canal construido por una pared ósea, la pelvis y unas paredes blandas que la recubren, el segmento del cuello y la vagina” (27).

5.3.2.1. Parto Humanizado

Destaca el término humanizado, pues es de esta manera que el parto deja de ser considerado únicamente un proceso biológico “sino que contempla la esfera humana, teniendo en cuenta todo aquello que le pueda satisfacer a la mujer para que su

experiencia sea gratificante y positiva” (28). En esta consideración, se evita la figura de ver a la embarazada como paciente, sino como aquella persona a la que se le va a brindar atención en su totalidad y conseguir que su experiencia sea memorable y agradable.

5.3.2.2. Parto vertical

Se denomina parto vertical aquel en que la parturienta “podrá optar por laguna de las siguientes posiciones: en cuclillas, de rodillas, sentada o semisentada, tomada de una soga o apoyada en manos y pies” (29) y que involucre aspectos con pertinencia intercultural durante su atención.

5.3.3. Etapas del Parto

5.3.3.1. Etapa de dilatación

Fase latente: “Es el comienzo de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa, puede durar entre 4,8 horas en la nulípara y 6,4 horas en la multípara” (31).

Fase activa: Se inicia con el completo borramiento del cuello uterino y termina con una dilatación de diez cm. Friedman (4) “describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración” (32).

5.3.3.2. Etapa Expulsiva

Carvajal (31) dice: “la segunda etapa a partir de la dilatación completa (10 cm) hasta la salida del bebé. Dura máximo 2 horas en primerizas sin el uso de anestesia, y una hora en multíparas en la misma condición. Durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal”.

5.3.3.3. Etapa de Alumbramiento

Culmina con la expulsión de la placenta y las membranas en totalidad. Puede durar entre 5 y 15 minutos, aunque los límites absolutos de ésta, permanecen aún indefinidos. Esta fase del parto ocurre mayoritariamente con normalidad.

5.3.4. Salud Intercultural

“La interculturalidad es el proceso de interrelación entre culturas a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos” (33). Aquí están incluidas aquellas cualidades referentes a la confianza, efectividad en la comunicación, calidad de diálogo y debate, aprendizaje por ambas partes, y espacios para compartir conocimientos y experiencias.

Llevada al área de la salud, interculturalidad consiste en: “el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, e implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo proceso de salud y enfermedad.” (33)

Es de esta manera que se puede definir a la salud desde un enfoque intercultural como el conjunto de acciones que dirigen a la toma de conciencia de la cultura del paciente, para ser capaz de entenderla y posterior transversalizarla a los procesos de atención en la salud.

Ecuador cuenta con la “Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad”, que busca garantizar la conformación, conocimiento y valoración de la diversidad de los pueblos y tradiciones indígenas; de igual manera, además del fortalecimiento de la medicina ancestral tradicional y alternativa-complementaria.

Entre las responsabilidades atribuidas a esta dirección se tiene:

- Fomentar instrumentos de tipo normativo para lograr institucionalizar y transversalizar la interculturalidad en el Sistema de Salud.
- Integrar la perspectiva étnica en los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud.
- Elaborar iniciativas, tácticas y estrategias para lograr implementar políticas de salud pública, además de planificaciones para la interculturalidad en salud y examinar su aplicación.
- Desarrollo y articulación de las políticas de salud pública, proyectos para la propuesta de leyes, para conseguir articular, regular, integrar y aplicar la medicina convencional y tradicional_(34).

Parra, (33) asevera que: “los sistemas médicos modernos están imposibilitados para solucionar problemas de salud pública e incapacitados para resolver algunos problemas de salud particulares, que podrían resolverse con elementos de los sistemas médicos tradicionales” y “las condiciones de riesgo, vulnerabilidad y exclusión de los grupos étnicos entre otros”. Se refiere con esto a que, en algunos casos puntuales, el actual sistema médico se constituye como un instrumento discriminatorio, en lo referente a razas, tradiciones, culturas y clases sociales.

Dependerá entonces de la cultura predominante de la persona atendida o paciente en un sistema de salud, la perspectiva y aproximación al proceso de salud. Resulta necesario, como personal de la salud, se tenga el debido respeto hacia las particularidades que cada cultura tenga, así mismo se puede conseguir una

retroalimentación de los conocimientos que dichas culturas pueden aportar a la medicina actual.

5.3.4.1. Características del parto intercultural

El parto intercultural considera la elección de la libre posición al momento de dar a luz, por lo general se refiere a la posición vertical de la embarazada. Se entiende por posición vertical a “toda aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal” (35). Un factor que influye al realizar el parto en esta posición es el efecto de la gravedad, por eso es que las diferentes posiciones consideradas como “verticales” son: sentada, semidecúbito (torso con una inclinación de 45° hacia atrás), de rodillas, en cuclillas y de pie.

5.3.4.2. Fundamentación del parto intercultural

La cosmovisión andina tiene un entendimiento diferente, acerca de la relación salud-enfermedad, respecto a la comprensión occidental. Los estados de salud y enfermedad son vistos desde una perspectiva de equilibrio o falta de este, manifestados en estados *fríos* y *calientes*. “Todo lo que sucede en el planeta Tierra y el cosmos se puede clasificar también como frío y caliente, y su interacción con el ser humano puede favorecer su salud o condicionar desequilibrio y enfermedad, alterar las reglas de armonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades, también puede ocasionar desequilibrios que lo pueden afectar a él, a su familiar o a la comunidad” (35).

Es aquí donde surge una aparente contradicción en el sistema de salud convencional, pues desde la cosmovisión indígena las salas de parto de los hospitales pueden ser lugares de riesgo para la salud de la embarazada y su bebé, respecto a esto se dice “que la sala de expulsión es *fría* y puede producir *fríaldad* a la madre e inhibir con ello las contracciones que son *calientes*, además que se le da de alta antes de cumplir tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado caliente, con lo que se puede desequilibrar y enfermar” (35). A esto también se agrega que, a la mujer que dio a luz se le prohíbe el uso de aquellos elementos que sirven de protección para evitar el robo o pérdida de calor para ella y su hijo, generando el riesgo de enfermedad.

Dentro de la medicina convencional es común escuchar acerca del maltrato y humillaciones del que son objeto las mujeres de nacionalidades indígenas, lo cual, desde el punto de vista de la cosmovisión indígena, desemboca en un *derrame de bilis* en el cuerpo de la mujer, que puede enfermar al bebé a través de la leche. Y por supuesto, en lo que respecta a lo principal dentro de este apartado “específicamente con la posición del parto con la mujer acostada, señalan que esto dificulta la bajada del niño, las contracciones, pujar y aumenta los dolores” (35).

5.3.4.3. Posiciones del parto vertical

Como aquí se ha indicado, el parto en posición vertical abarca diferentes posiciones y técnicas, acordes a la necesidad cultural y posibilidad de cada embarazada. A continuación, se detalla algunas técnicas que se pueden realizar en articulación del trabajo de las parteras con el personal de salud dentro de los hospitales:

En cuclillas: Se realiza con la ayuda de una persona quien sostiene a la embarazada por la espalda, esto puede ser de gran apoyo cuando el cansancio llegue a presentarse durante la labor.

De pie: La embarazada se aferra a una soga, a la rama firme de un árbol, una cuerda o alguna barra metálica de acero inoxidable. Existen áreas en los hospitales donde esta adecuación está implementada.

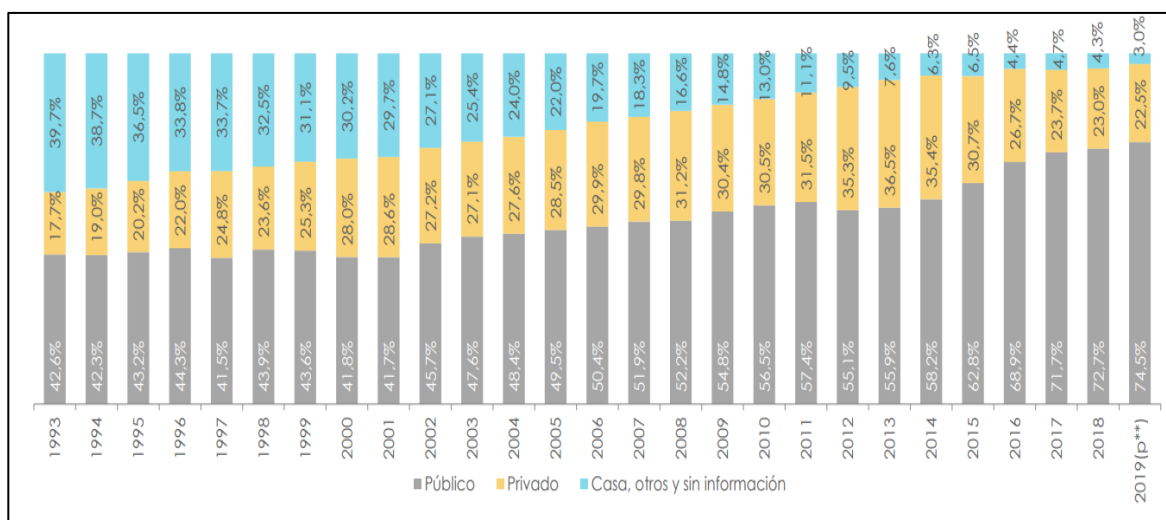
Posición hincada: Es acompañada en varias situaciones con el sostenimiento por la espalda de una persona, además de un lugar de apoyo donde aferrarse y así promover que se facilite el pujo.

Posición sentada: “Se utilizan una serie de elementos para facilitar que la mujer se siente. En varias ocasiones, se utiliza un banquito bajo triangular para que la fuerza se vaya para adelante y no para atrás, con lo cual las parteras refieren que la mujer no se defeca y el pujo es más efectivo. Es común incorporar elementos para facilitar un punto de apoyo para se pueda agarrar y pujar” (35).

5.3.5. Frecuencia del parto domiciliario

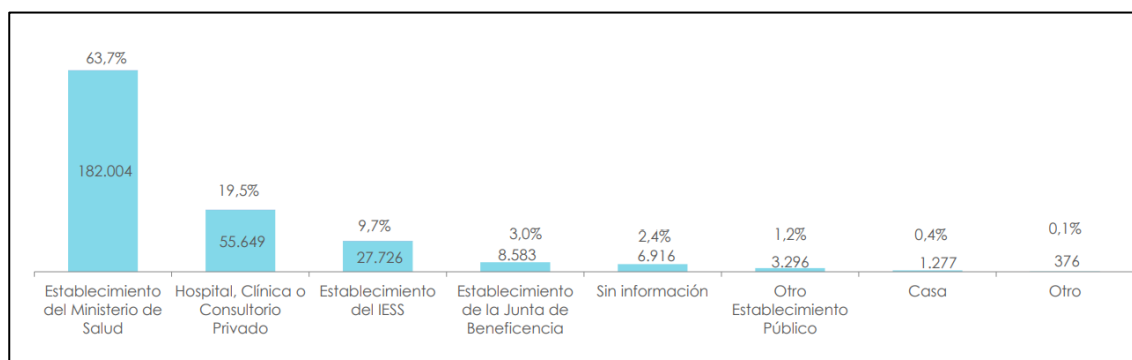
Según un informe del INEC (36) hasta el 2019 se observó que la atención del parto en hospitales y centros de salud público han aumentado considerablemente, mientras que los partos domiciliarios han presentado una disminución drástica. De total de parto ocurridos, los establecimientos de salud públicos atendieron el 74.5% de total de partos.

Gráfico 1. Nacidos vivos por sector de establecimiento



Fuente: Registro de personas nacidas vivas (1993-2019). INEC

Gráfico 2. Número de nacimientos dependiendo del lugar donde acontece



Fuente: Registro de personas nacidas vivas (1993-2019). INEC

5.4. Marco Referencial

5.4.1. Resultados maternos y perinatales del parto domiciliario

La seguridad del parto domiciliario ha sido tema de debate durante largo tiempo, esto se ha visto aumentando por la polarización y por las emociones, preferencias culturales, políticas e incluso económicas que se ven involucradas al momento de tomar la decisión del cómo dar a luz.

En un estudio publicado por Reitsma et al. en 2020 (37), se analizaron los resultados maternos e intervenciones de aproximadamente medio millón de partos atendidos a domicilio entre 1996 y 2017, dicho metaanálisis demostró que “en contextos donde el parto domiciliario está integrado con el sistema de salud, las mujeres con intención de dar a luz en su domicilio, en comparación con las que lo hacen el hospital, tenían 40% menos de probabilidades de dar a luz por cesárea, 50% menos de probabilidades de tener un parto vaginal quirúrgico, 70% menos de probabilidades de usar analgésicos epidurales” (37).

Los resultados adversos maternos tienen poca frecuencia en las mujeres que quisieron tener un parto en casa, con 78% menor de mujeres que indicaron haber tenido una infección. No se hallaron distinciones referentes al riesgo de hemorragia posparto.

En otra revisión sistemática realizada en el 2018 (38), “se analizó los hallazgos de 28 artículos que comparaban la morbilidad perinatal y morbilidad materna en partos de bajo riesgo, según el lugar del parto: parto programado en el domicilio contra parto hospitalario”. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Aquellas mujeres que planificaron sus partos domiciliarios tuvieron una mayor posibilidad de que estos sean normales, aproximadamente tres veces más que las mujeres que planeaban un parto hospitalario.
- Las madres que planeaban el parto en casa tenían menores probabilidades de dar a luz vía cesárea o de parto instrumental.
- Se reportó una probabilidad significativamente mayor de periné íntegro.

- La probabilidad de traumatismo severo es menor en los nacimientos planificados en el domicilio.

5.4.2. Resultados perinatales

En un estudio realizado por Hutton et al. (39) en el 2019, el mismo que estableció el riesgo de muerte perinatal y neonatal de un aproximado de medio millón de partos a domicilio, se demostró que en las parturientas de riesgo menor que tuvieron el deseo de tener su parto domiciliario al iniciar la labor, “no existía un aumento de la mortalidad o morbilidad perinatal y neonatal en comparación con las mujeres de bajo riesgo”, atendidas en un centro de salud, esto no se altera ni siquiera en aquellos casos en los que la parteras no se encontraban certificadas.

En un estudio anterior realizado por Janssen et al. con mujeres canadienses se observó que: “en comparación con las mujeres que planearon un parto asistido por partera en el hospital, con aquellas que planearon un parto en casa era menos probable tener un bebé con traumas al nacimiento, que requiriese reanimación al nacer u oxigenoterapia más de 24 horas” (40).

Estos estudios corroboran una perspectiva positiva y beneficiosa de llevar a cabo un parto domiciliario en comparación al parto convencional, no obstante, en el estudio realizado por Snowden et al. se demostró que “el parto planificado fuera del hospital se asoció con un aumento de probabilidad de muerte perinatal y muerte neonatal, pero no hubo un aumento significativo en las probabilidades de la muerte infantil” (41).

5.4.3. Atención durante la gestación

Está claro que la decisión del parto en casa es de la madre, sin embargo, es necesario aclarar que dichas mujeres deben cumplir con requisitos, los cuales serán comprobados mediante el adecuado control gestacional.

Una revisión de 15 ensayos realizada por Sandall (42), con una muestra de 18000 mujeres aproximadamente, demostró que las embarazadas con procesos de atención continua, propiciados por parteras tuvieron menor probabilidad de uso de analgésicos locales, parto vaginal con instrumentación, parto prematuro y menor pérdida fetal antes y después de las 24 semanas. La misma revisión no halló diferencias considerables en los nacidos por cesárea o periné intacto.

En el año 2015, Butler et al. (43) realizaron una valoración de “los resultados y satisfacción obtenidos en 300 mujeres atendidas durante la gestación, bien por parteras o por personal obstétrico profesional”. El estudio “no encontró diferencias significativas entre los dos grupos en relación con la salud general del embarazo, el bienestar emocional, la edad gestacional en el parto y el peso al nacer”.

En un estudio cualitativo realizado en Inglaterra se analizó las expectativas de mujeres primerizas y las razones de como haber elegido dar a luz, “14 mujeres fueron entrevistadas, de ellas, las mujeres que planearon el parto fuera del hospital entendían el embarazo” como “un proceso natural no como una enfermedad que requiriera atención hospitalaria, hacían referencia a la libertad de elección durante todo el embarazo y parto, el menor nivel de ansiedad y una relación más personal con la matrona”. Estas mujeres también indicaron su percepción de la partera,

definiéndola como “amistosa, accesible, buena profesional, y con las que han tenido experiencias positivas durante el embarazo” (44).

Para las mujeres embarazadas, la partera representa una figura de apoyo moral y de confianza por su experiencia, su trato se caracteriza por hacer solo lo necesario, valorando el nacimiento como un proceso natural y respetando la importancia del nexo mujer-partera consolidado durante el embarazo.

5.4.4. Atención al parto

La guía de la “National Institute for Health and Clinical Excellence”, en base a la consideración de ocho estudios que relacionan diversas intervenciones en la fase latente del parto con relación a los resultados obstétricos y neonatales, llegó a las siguientes conclusiones:

- La asistencia en la fase de latencia mejora la calidad de los partos vía vaginal y reduce el uso de analgésicos.
- Cuando la asistencia en esta fase ocurría en la propia casa, se reducían las visitas hospitalarias y mejoraba el bienestar de las mujeres.
- La valoración temprana mejoró la calidad del proceso para las mujeres cuando la misma se realizó por la partera, con criterios adecuados y con tranquilidad (38).

En la revisión realizada por Breman et al. (38) se encontró que: “la evidencia asociaba la presencia continua de apoyo, uso de auscultación intermitente, la promoción de la movilidad y los espacios para calmarse, retrasar la admisión hospitalaria hasta el

trabajo de parto activo y brindar educación a las mujeres sobre el trabajo de parto temprano, minimizaba las intervenciones y mejoraba los resultados”.

Con base en lo recién citado, se nota que la asistencia personal brindada por la partera de forma temprana, sea en el hospital o ya en la casa, es un indicativo de mejora en la satisfacción y adecuación de la mujer embarazada, además de que evita el uso excesivo de productos analgésicos.

5.4.5. Alivio de dolor del parto en casa

Aliviar el dolor en la labor de parto se refiere a todo aquello que permita reducir el dolor ocasionado durante el trabajo de parto, en un contexto donde se busca el mayor bienestar tanto para la embarazada como para el bebé. Dolor se define como “una experiencia sensorial y desagradable asociada con una lesión presente o potencial, descrita en términos de la misma” (45).

Morse y Park (46) han reportado que “la percepción de dolor durante el parto es menor cuando este acontece en casa” en comparación al parto hospitalario.

Challiet et al. (47) en el año 2014 a partir de un metaanálisis, agruparon las técnicas para la disminución de dolor en dos grupos: “control de la puerta de entrada y el control inhibitorio”. Las técnicas tales como la sumersión en agua y el masaje formaban parte del grupo uno, además de la consideración del movimiento y la posición.

Muchas de estas técnicas son conocidas y aplicadas por las parteras desde hace muchas generaciones atrás, su principal grado de eficacia está relacionado con el bienestar que procuran a la mujer parturienta.

5.5. Marco Legal

5.5.1. Código de Ética

El “Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral-tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador” considera lo conocimientos tradicionales y su aplicación en función del principio de *Ayni*, de hacer siempre el bien:

“La medicina ancestral-tradicional no atentará contra la vida de las personas ni de la Madre Naturaleza porque es una medicina de la vida y para la vida. Si tenemos una necesidad de tomar una vida de nuestros hermanos minerales, vegetales y animales con propósitos de dar vida y bienestar, se efectuará previamente ceremonias de gratitud y bendición a estas vidas antes de proceder a su aplicación en nuestras ceremonias de diagnóstico, curación y sanación” (48).

El código también considera la práctica del ritual como parte de las técnicas indispensable. Los rituales se efectúan de acuerdo a lo requerido por la persona, con el objetivo de propiciar la paz, la salud y el bienestar. Estos rituales responden a la cosmovisión de cada nacionalidad o pueblo. Se busca “reivindicar, recuperar, revitalizar y vivenciar la espiritualidad y las ceremonias de cada nacionalidad y pueblo en cada una de nuestras atenciones, diagnósticos, terapias, sanaciones y tratamientos.”

En definitiva, el código promueve abiertamente la coexistencia con la *Pachamama*, tal y como es conocida la madre tierra en muchas de las nacionalidades y pueblos, como técnicas que unifiquen la salud del cuerpo y del espíritu.

5.5.2. Manual de articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Salud Nacional

Las parteras certificadas, articulan a sus conocimientos y cosmovisión también las prácticas establecidas por el Sistema de Salud Nacional (49):

- “Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el período postnatal,
- Prestará apoyo emocional,
- Las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre su vestimenta (la suya y la del bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes,
- Se recomienda controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación durante la primera fase del parto, y con mayor frecuencia durante el expulsivo, para lo que la partera ancestral podrá realizarlo con campana de pinard”.

Además, dentro del mismo documento se consideran las siguientes instrucciones a llevar a cabo durante la atención del parto:

- “No está indicado rasurar el vello pubiano o administrar un enema antes del parto,
- No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo,

- Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo,
- Debe protegerse el perineo siempre que sea posible y
- Durante el expulsivo debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos”.

En ningún caso “está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina, también se requieren más estudios para valorar cuál es el mínimo de ropa especial que deben llevar quienes atienden al parto o al recién nacido” (49).

5.5.3. Guía Técnica para la Atención de Parto Culturalmente Adecuado

Esta guía presentada en el 2005 tiene la intención de “mejorar la atención de la salud reproductiva a nivel nacional, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que pueda incidir en la disminución de los índices de mortalidad materna y neonatal” (22). Entre los puntos que establece para conseguirlo, se tiene:

1. “Recibir a la paciente de forma respetuosa y cordial, evitar emplear palabras que le resulten difíciles de comprender,
2. Establezca una adecuada interacción con la partera y familiares de la paciente,
3. Evalúe a la paciente, realice el interrogatorio inicial determinando los factores de riesgo para establecer el nivel de atención que requiere la misma,
4. Explique en forma sencilla los procedimientos que se realizarán y haga conocer, a la paciente y sus acompañantes, el área física en donde se atenderá el parto,

5. Escuche atentamente y responda las inquietudes de la paciente y sus acompañantes en forma sencilla, evite emplear términos técnicos,
6. Permita que la partera, partero y/o su acompañante intervengan en la preparación de la paciente, que la ropa que se acostumbra a usar en la comunidad para este evento, sea usada por la paciente y,
7. Asegúrese de que la medicación, instrumental e insumos médicos que requerirá para la atención del parto estén listos para ser utilizados en su momento” (22).

La guía contiene las normativas que promueven la articulación entre la medicina convencional y ancestral.

5.6. Mecanismos de articulación de parteras

Estos mecanismos consideran las pautas que se muestran a continuación:

- “Diálogo de saberes,
- Actividades extramurales de forma coordinada y colaborativa,
- Derivación y contrarreferencia comunitaria y,
- Atención del parto institucional por parteras ancestrales” (25).

5.6.1. Diálogo de saberes

El intercambio de conocimientos entre parteras y personal de la salud, es el elemento primordial para garantizar su coexistencia, porque da lugar a la “articulación respetuosa de los saberes y prácticas de la partería ancestral y los conocimientos específicos de la medicina convencional” (25).

Dentro de los contenidos a tratar se tiene el “derecho al parto de libre posición con pertinencia cultural y acompañamiento, atención al recién nacido, lactancia materna y ganancia de peso adecuada, parto seguro con el manejo expectante del alumbramiento en partería ancestral, y acercamiento al manejo activo realizado por profesionales de la salud con prácticas integrales del parto” (25).

5.6.2. Actividades extramurales

Las parteras podrán articularse de forma voluntaria y colaborativa a las siguientes actividades:

- “Participar en sesiones de educación prenatal como co-educadora prenatal, así como en sesiones de posparto,
- Elaborar el plan de parto de la mujer embarazada en conjunto con la partera cuando se realicen las visitas domiciliarias y,
- Participación en la elaboración del censo obstétrico y matriz de riesgo, mapas parlantes y ficheros” (25).

5.6.3. Derivación y contrarreferencia comunitaria

“La partera ancestral derivará a las embarazadas, mujeres en proceso de parto y posparto al establecimiento de salud para los controles prenatales, atención del parto y control del posparto” (25). Todas las mujeres derivadas hacia los centros de salud y hospitales, deben ser contrarreferidas hacia la partera, esto con el objetivo de que ella conozca cuales son los procedimientos y tratamientos que han realizado, conocer el estado de salud de la mujer embarazada y así complementar la atención de la mejor manera, desde la cosmovisión que la partera sigue.

5.6.4. Atención del parto en centros de salud por parteras

Las parteras certificadas pueden brindar acompañamiento o atención directa del parto y posparto en los centros de salud que están adecuados para ello, toda vez que las gestantes hayan mantenido los controles prenatales en los establecimientos de salud pública y sean embarazos sin riesgo (25).

De la misma manera, los partos atendidos por dentro de un establecimiento de salud están sujetos a prácticas propias de la cosmovisión ancestral: empleo de plantas medicinales, técnicas tradicionales para medir el pulso, parto vaginal, seguro y limpio, libre elección de posición de parto, pinzamiento del cordón umbilical de forma oportuna, entre otras.

6. Marco Metodológico

6.1. Tipo de estudio

El enfoque de la investigación es el cualitativo, el mismo que permite explorar “los fenómenos a profundidad, se conduce básicamente en ambientes naturales, además los significados se extraen de los datos y no se fundamenta en la estadística” (50).

Para el proceso de aplicación del análisis cualitativo se dirige desde la inducción, lo que permite analizar las diferentes perspectivas de índole subjetiva y no existe una secuencialidad en línea como tal. Entre los beneficios que aporta es obtener un significado del contenido mental de las personas consultadas, mayor expansión, facilita la riqueza de interpretación y ayuda a contextualizar el fenómeno estudiado (50).

La decisión de tomar dicho enfoque cualitativo exploratorio es debido a que se investigó, mediante entrevistas con preguntas semiestructuradas, las percepciones de las mujeres atendidas durante el parto en casa por parteras certificadas.

6.2. Área de estudio

El lugar donde se realizó la investigación es el cantón Otavalo, perteneciente a la provincia de Imbabura, región norte de Ecuador. El cantón limita al norte con Cotacachi y Antonio Ante, al sur con Pedro Moncayo y Cayambe, Al este con Cayambe e Ibarra, y a la oeste Cotacachi y Quito, Su superficie total es de 528 km². Destaca en su geografía la presencia de diferencia de altitud, desde los 1100 hasta los 4700 msnm en el cerro Imbabura, tiene una temperatura promedio de 14°C. Está ubicado en las siguientes coordenadas: “78° 15´ 49’’ longitud oeste – 0° 13´ 43’’

latitud norte” (51). De acuerdo al censo del 2020, cuenta con una población total de 125 785 habitantes, de los cuales 65 925 son población rural. Se habla castellano y en gran medida kichwa, el 57,24% de la población es indígena (17).

El lugar donde desarrolló el estudio fueron las viviendas de las mujeres atendidas por parteras certificadas durante el período 2021 – 2022, para dicha labor se buscó que las madres tengan el ambiente más conforme a su tranquilidad, el mismo que en algunos casos fue en la sala de su hogar o bien en el patio o acera de la misma. La mayoría de las mujeres participantes de nuestras entrevistas viven en comunidades de la zona rural, y se dedican principalmente a las labores del hogar y el comercio.

6.3. Participantes

Las participantes del estudio fueron siete madres residentes en el cantón Otavalo, autoidentificadas como indígenas de la nacionalidad kichwa del pueblo Otavalo y una cañari, todas con un nivel lingüístico kichwa-español, a excepción de una que habla solamente en kichwa, para lo cual se tuvo la ayuda de una intérprete, de tal manera que se puede llevar a cabo un diálogo en donde ambas partes pueden entenderse, sino se abusa de los tecnicismos, atendidas por parteras certificadas durante el período 2021-2022, las mismas que aceptaron de forma voluntaria la participación en el estudio planteado. Las mujeres participantes de la entrevista han sido contactadas por medio de tres parteras certificadas que las conocían por haberlas atendido anteriormente en sus partos. La edad de las mujeres participantes va desde los 19 hasta los 45 años respectivamente; en lo que refiere al grado educativo de instrucción, la mayoría de ellas dijo tener instrucción primaria y dos dijeron tener la

instrucción secundaria, la labor de todas ellas se limita a los quehaceres domésticos, comercio y trabajo en el campo.

6.3.1. Criterios de inclusión

- Mujeres que aceptaron participar de la entrevista voluntariamente.
- Mujeres con su lugar de residencia en el cantón Otavalo durante el período 2021 - 2022.
- Mujeres cuyos partos han sido atendidos por parteras certificadas durante el período 2021 – 2022.

6.4. Métodos, técnicas e instrumentos para recolección de datos

6.4.1. Métodos y técnicas

La técnica utilizada en la recolección de datos ha sido la entrevista, además de la observación a la que se recurre para el procesamiento metódico de la información obtenida.

Específicamente se recurrió a la entrevista semiestructurada, la cual “es una prueba de selección que permite conocer al entrevistado de forma natural” (50). Este tipo de entrevista requiere de una preparación previa, aunque en el acto se desarrolla como una conversación que fluye de manera natural.

Este tipo de entrevista se caracteriza por que permite cierto grado de flexibilidad al momento de realizar un análisis cualitativo, al mismo tiempo que incluye factores objetivos. También es importante porque permite desarrollar una comunicación bidireccional, es decir, la intervención de ambas partes es necesaria.

La entrevista se hizo de forma presencial, con seis de las participantes y en sus domicilios, la observación se realizó durante el proceso, esto permitió medir el grado de disposición y colaboración por parte de las mujeres que han sido entrevistadas. Las otras dos mujeres fueron entrevistadas vía telefónica debido que no se encontraban en la provincia.

El proceso de recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se presentó el documento pidiendo la autorización de parte de las autoridades de la Universidad Internacional del Ecuador (UIDE) para el desarrollo de la investigación, el mismo que fue aceptado y aprobado con prontitud.
- Se confirmó la respuesta afirmativa de cada una de las mujeres para la entrevista.
- Se explicó de manera detallada a las mujeres los motivos de la entrevista y los objetivos que se van a cumplir.
- Se dio a conocer acerca del consentimiento informado, para de esta manera asegurar que la información otorgada por las mujeres se mantendrá en una estricta confidencialidad y anonimato.
- Se llevó a cabo la adecuación del lugar para la entrevista, la misma que fue en algunos casos en el patio de los domicilios y por vía telefónica con quienes no estaban de manera presencial.
- Se solicitó de manera comedida y reiterando el asunto de la confidencialidad, el permiso para grabar las entrevistas.

Una vez conseguido el consentimiento, se dio inicio con la entrevista, observando en todo momento las eventualidades que pudieron llegar a presentarse durante el desarrollo estas.

6.4.2. Materiales

El instrumento del que se hizo aplicación fue un cuestionario con preguntas semiestructuradas y abiertas, elaboradas por el investigador y basadas tanto en el marco teórico desarrollado, como en los objetivos general y específicos planteados. Es así que las preguntas contemplan la posibilidad de respuestas claras y enfocadas en cumplir con los requisitos de una investigación cualitativa. La entrevista consta de un cuestionario de once preguntas de respuesta abierta, las que permitieron obtener la información adecuada para cumplir los objetivos de la investigación.

Entre los materiales utilizados se tiene la bitácora en donde anotar cualquier tipo de novedad, y un grabador de audio que fue un equipo indispensable para nuestra investigación; mientras que los recursos humanos necesarios fueron tanto la colaboración de las mujeres atendidas por parteras y la disponibilidad completa del entrevistador. La financiación del trabajo fue en su totalidad solventada por el investigador.

6.5. Interpretación de los datos

Se utilizó Express Scribe para la transcripción, considerando a detalle aquellos conceptos enfocados a dar respuesta a los objetivos establecidos.

7. Resultados

Una vez realizado el análisis e interpretación de lo ubicado durante las entrevistas a las mujeres atendidas por parteras, se consiguió organizar la información en dos categorías principales, en las cuales se hace la descripción de las experiencias y opiniones de las participantes durante su atención del parto en casa. Se ha trabajado con ocho mujeres cuyas edades van desde los 19 hasta los 45 años, todas ellas con el factor en común de haber dado a luz en casa atendidas por una partera certificada durante el período 2021-2022 en el cantón Otavalo.

En la primera categoría se abordó las experiencias positivas que se dijeron durante la entrevista, en función de los siguientes parámetros:

Percepciones durante la atención del parto.

Relación con la partera durante el embarazo y parto.

Comparativa del parto en casa y hospital.

Motivaciones por las que elegir un parto domiciliario.

Sugerencias a las parteras para mejorar su atención.

A partir de once preguntas de respuesta abierta, con las que se procedió a entrevistar a las mujeres se ha recolectado una importante base de datos y experiencias, que en muchos casos coinciden en la intención de lo que se quiere expresar. Esto último es importante de aclarar, ya que la mayor parte de las participantes cuentan con un nivel educativo primario y por ello, la interpretación que se hace de lo dicho se complementa con lo que se pudo observar durante el trabajo de campo en cada uno de las entrevistas.

De manera general, las opiniones y experiencias compartidas por mujeres atendidas por las parteras son positivas, además de mostrar un agradecimiento y respeto hacia las parteras que les ayudaron en la labor.

7.1. Percepciones durante el parto

Para conocer las percepciones se realizó dos preguntas que buscaron específicamente, conocer el criterio de las participantes acerca de cómo fue el parto atendido por la partera, como se indicó en el párrafo anterior, la opinión fue unívoca en afirmar la calidad de atención durante su experiencia, esto queda corroborado por los testimonios que se muestran a continuación:

“Fue mi primera vez dando a luz en casa y la partera me ayudó mucho, yo no quería ir al hospital por las cosas que había escuchado acerca del trato que el personal allí da, estoy muy agradecida con la señora partera” (P1).

Esto es algo que se notó en la mitad de las entrevistas: existe la creencia, en cierto grupo de personas pertenecientes a comunidades rurales, de que el trato en los hospitales es malo o hasta peligroso para la mamá y el bebé, se verá más adelante que estas creencias se originan en experiencias relatadas por familiares o personas cercanas a la mujer, y en muy pocas ocasiones se deben a una experiencia directa.

La percepción es de valorización hacia las parteras, las mujeres atendidas parecen reconocer el esfuerzo realizado y hay un continuo agradecimiento hacia ellas, además de un cariño que se va fortaleciendo con los años.

Otras respuestas obtenidas durante la entrevista siguen la línea inicial, así como se lee a continuación con algunos detalles más:

“La partera me brindó buena atención, continuamente me preguntaba cómo me sentía, como estaba, si sentía algún tipo de malestar o algo, siempre estuvo al pendiente de mí, también tuvo mucho cuidado en lo que tiene que ver con la limpieza” (P4).

Las parteras brindan exclusivamente su total atención y cuidados a la mujer embarazada, no llegan de un momento a otro, sino que vienen desde hace meses preparando el lugar donde será el parto, las parteras deben conocer el lugar, para de esta manera, también tener los cuidados adecuados respecto a la limpieza de la cama y también de los utensilios de la casa que puedan utilizarse durante el parto.

Entre las participantes se tiene una mujer de 40 años que ha tenido todos sus partos en su domicilio. De cómo fue el nacimiento de su sexta hija, se da algunos detalles a continuación:

“La partera bien, me hizo colocar en el colchón y me abrigó con dos cobijas, cuando ya sentí que iba a dar a luz mi esposo fue a llamarla, ella llegó rápido me atendió de buena forma, estuvo pendiente a todo momento y no me dejó sola ni un solo instante hasta que mi hija nació” (P5).

Se vuelve a poner como punto central el apoyo incondicional que las parteras brindan durante el parto. La dedicación y cariño que tienen por su actividad posiblemente se deba al apego que tienen hacia sus saberes ancestrales, que incluyen lo sagrado de la vida. Probablemente sean muy conscientes de que su labor es de una importancia

y respeto tales, que muestran esplendorosamente el amor que tienen hacia los seres humanos.

También las percepciones entre las participantes más jóvenes, coinciden en ubicar la calidad de atención, el esfuerzo y dedicación, sin embargo, con el testimonio a continuación también es posible constatar que la partera certificada es alguien que, a más de brindar calidez y cariño a las mujeres, es alguien con los conocimientos y hasta didáctica necesarios para guiar a la parturienta, aun cuando es primeriza y no cuenta con nociones previas del parto:

“Una de las cosas que más agradezco a la partera es que me ayudó explicándome la posición, como pujar y como debo aguantar pujando. Me sentía débil por todo el esfuerzo que hice, sin embargo, ella siempre me dio ánimos hasta que finalmente pude tener a mi bebé” (P8).

En términos generales, la percepción de la atención ha sido definida como buena y de gran ayuda para las mujeres atendidas en casa, no hubo alguna de las participantes que hayan indicado tener una experiencia negativa durante la atención de las parteras certificadas, también dijeron que la recuperación posparto fue rápida y no tuvieron ningún tipo de secuela a corto o largo plazo. Muchas de ellas también indicaron que repetirían en parto en casa atendido por la misma partera certificada que la atendió.

7.2. Relación con la partera durante el embarazo y parto

Una de las cuestiones que es de utilidad para mejorar nuestra comprensión acerca de cómo fue el parto atendido por la partera certificada, es profundizar en la relación que existió entre ella y la mujer atendida, durante el embarazo y también en el parto.

La relación se refiere al vínculo e interacción que desarrolló desde el momento en que la partera conoció a la futura madre. Mediante los testimonios se ve que las mujeres dan una especial importancia a la relación con la partera, que cuando ha sido de confianza a mejorado sustancialmente el bienestar y la atención en general.

Una de las participantes indica lo siguiente:

“La relación que tuve con la partera me ayudó bastante en mi embarazo. Mis hijos se preocupaban cuando tenía dolor, la llamaron y eso me dio tranquilidad. Una vez haciendo los quehaceres sentí dolor mientras cargaba las cobijas. Ella vino y le dije por favor me ayudara. Resulta que el bebé se había virado un poco, no estaba con la cabecita hacia abajo. Me dio unos masajes y con eso lo enderezó. Cuando di a luz lo hice forma normal”. (P6)

La relación de confianza también se puede apreciar cuando la embarazada permite a la partera realizar alguna maniobra o movimiento su cuerpo. Existe mucho recato entre las personas de nacionalidad kichwa del pueblo Otavalo, y el simple pero importante hecho de permitir a la partera realizar una técnica en su cuerpo, que como en el testimonio anterior, ayudó directamente en la adecuación y facilitación del parto, requiere de un grado de confianza y de haber generado un lazo y una buena relación entre ambas mujeres.

En algunas ocasiones, la relación de confianza ya viene instalada desde hace tiempo, no es extraño que las mujeres atendidas por parteras recurran a la misma partera para sus siguientes alumbramientos:

“Yo ya tenía la experiencia de dar a luz en casa con esta partera. Fue con mi primera hija y por eso quise que me volviera a atender. En todo momento me sentí segura y en confianza con ella”. (P2)

Es correcto pensar que el vínculo entre madre y partera se vea fortalecido, si la atención brindada ha sido en repetidas ocasiones, además a confianza aumenta si las experiencias previas, como la citada anteriormente, fueron exitosas. La mujer preferirá repetir la experiencia si considera que esta fue acertada.

También influyen en la calidad de la relación las referencias previas que la embarazada pueda llegar a tener. El entorno familiar, vecinas y amigas cercanas hacen sugerencias recurrentemente, cuando se trata de algo tan importante como un nacimiento: no hay lugar a dudas de que las recomendaciones que dé algún ser querido o alguien a quien se considera importante, puede impulsar a tomar decisiones, tal y como se muestra en el siguiente testimonio:

“Conocía a la mamá partera porque había atendido a mis cuñadas y lo hizo como es debido, no dudé ni un minuto en pedirle que me atienda en el parto”. (P1)

Encontrar a la partera adecuada puede ser un trabajo en sí mismo, a diferencia de lo que pasa en los hospitales, debido principalmente a su alta demanda, es que la mujer tiene la posibilidad no solamente de dar a luz en casa, sino de elegir quien será la

persona que le va a ayudar, personas cercanas que han sido atendidas por ella, son quienes pueden aconsejarle de mejor manera de sí es correcto o no ser atendida por la partera en cuestión.

Las parteras certificadas debido a su amplia experiencia atendiendo partos, conocen la forma más certera de infundir tranquilidad a sus atendidas, como se había visto con anterioridad, cuando se trata de madres primerizas estas saben muy poco respecto a lo que concierne con la dieta, los cuidados diarios, incluso comprender si es o no una buena señal el movimiento fetal o algún antojo en particular. Las parteras hacen lucir su trabajo como algo simple, aunque en realidad son muchas las cosas que consideran, tanto desde el ámbito ancestral, como los aspectos modernos de la sociedad actual:

“Además de ser muy buena conmigo, me explicó todo lo que tenía que comer, como me debía cuidar, fue una guía. Mi bebé se movía a cada rato y ella trataba de moverlo para que pueda nacer y eso me gusto por la confianza. Durante el parto estuve muy debilitada, casi desmayada de tanto pujar, ella me dijo que haga un esfuerzo más, me explicó que el cordón umbilical era muy corto. Al fin el bebé salió y lloro, la placenta también salió de forma normal”.
(P8)

Con este testimonio se puede entender a la perfección que el vínculo formado no se limita únicamente al momento del parto, el valor que la partera demuestra y la habilidad con la que procede durante la situación, aun cuando se presentan imprevistos y hasta situaciones de peligro se puede considerar tan a la altura como

la de un profesional de la salud, que deja una huella imborrable en la memoria de las madres, y un sentimiento de gratitud muy especial.

7.3. Comparación del parto domiciliario y en hospital

Se tiene claro que el parto domiciliario y el hospitalario tienen muchas diferencias, y hay quienes prefieren uno antes que el otro, y en ambos casos presentan argumentos fuertes que pueden ser tomados por válidos. Algo que se ha notado a partir de la entrevista es que las opiniones de las mujeres atendidas en casa respecto al hospital no son buenas, en algunos casos ha sido el miedo lo que, a motivado a decidir dar a luz en casa, es más, en casi todas las participantes, el rechazo por la atención hospitalaria es por las opiniones ajenas que han escuchado de sus familiares y amistades:

“Me dio miedo ir al hospital porque otras personas me habían comentado que allí tratan mal y que son excesivamente estrictos, por eso es mejor en casa”.

(P5)

El criterio de las madres atendidas en casa se ve claramente limitado en lo que concierne a la atención hospitalaria, de las ocho participantes solo una ha tenido la experiencia de un parto en el hospital, y su opinión es positiva como se puede apreciar en el siguiente apartado. Sin embargo, los siguientes testimonios que comparan el parto en casa y en hospital inclinan claramente la balanza a favor del parto domiciliario, los argumentos son convincentes, aun cuando la mayoría de las mujeres entrevistadas no han tenido experiencia directa en el hospital, demuestran confiar mucho en el criterio de las personas que dieron sus opiniones acerca de la atención hospitalaria:

“Algunas personas me dijeron que en el hospital no atienden rápido, que cuando una llega le dicen que hay que esperar, aunque este sintiendo mucho dolor, además la atención no es buena, las doctoras están muy poco al pendiente, y es por eso que vi preferible tener mi parto en casa” (P4)

Las mujeres empiezan a formar una opinión acerca de que en el hospital no hay un buen trato ni gran calidad humana, las participantes de la entrevistas son en la mayor parte de casos personas que se han mantenido en sus comunidades rurales y no tienen un dominio dentro de la sociedad más urbanizada, esto no quiere decir que no sepan lidiar con las situaciones, lo que se muestra como resultado es que la timidez, totalmente razonable, en ocasiones hace que las mujeres eviten vivir una experiencia a la que ya, con suma predisposición, creen va a ser desagradable, en donde sus parientes no van a estar presentes y el miedo a quedarse solas en un momento tanta decisivo, incluso de poner en riesgo su propia vida y la de su hijo.

En un hospital es posible que la atención no sea tan personalizada, debido a la alta cantidad de pacientes que el personal de salud tiene que atender, sin embargo, se nota que la comparativa más definitiva es la comodidad, en casa las mujeres se van a sentir más cómodas y seguras por obvias razones, esto es algo que las parteras lo saben y lo aprovechan, por eso es que el parto en casa se desarrolla principalmente en las casas de las embarazadas y en pocas ocasiones en la de las parteras.

El personal de salud con la inmensa cantidad de pacientes atendidos a diario, es razonable que por momentos el trato o el diálogo que mantienen con las atendidas no sea el más acertado, quizá por el estrés o la excesiva demanda, no obstante, una

mujer embarazada es una persona especialmente vulnerable y sensible en exceso, por eso la delicadeza y paciencia con la que la partera lidia, hace que prefieran su atención. A continuación, se puede apreciar la experiencia de una de las participantes que ayuda a confirmar lo recién situado:

“Cuando estás en la casa te pueden arropar, mientras que en el hospital puede haber maltrato, ya no te tratan con delicadeza, sino que los grito y a veces hay insultos. Tuve un parto en el hospital y allá es muy frío y nos hablan cuando tomamos algo, las mamás parteras nos preparan remedios, para que nos alivie el dolor más rápido” (P3)

Nuevamente la confianza vuelve a ser el factor determinante, en muchos casos se confía en la enfermera o doctora porque se sabe que son personas capacitadas que han estudiado años para atender o recetar algo, por eso, el simple hecho de tomar una infusión preparada por la partera, sin siquiera saber que contiene muestra el efectivo lazo que se forma. El personal en el hospital presenta una clara desventaja aquí, por razones obvias, debido a que en la actualidad no es posible un nivel de personalización en el trato debido a la gran cantidad de personas que a diario asisten a los hospitales para ser atendidas.

Un testimonio como el que se cita a continuación hace que elegir entre el parto en casa o en hospital sea sencillo, debido a un caso particular donde la atención dentro del hospital fue precaria y simplista:

“Una vez cuando estaba en mi primer embarazo sentí un dolor muy fuerte y pensé que ya tenía que dar a luz, así que fui al hospital. Cuando llegué me dijeron que el bebé se había pasado de tiempo y que se puede morir, por esto

me insistieron en hacerme una cesárea sino quiero perder a mi hijo, yo no quise hacerlo porque tenía mucho miedo. Así que regresé a mi casa y llamé a la partera que me dio tranquilidad, me tocó el vientre y solo tenía la cabecita hacia arriba, con los masajes lo acomodó y luego di a luz con normalidad” (P6)

Hoy en día, las cesáreas son muy comunes, sin embargo, para la medicina ancestral es un proceso lesivo, y para nada recomendable de aplicar en una mujer, para la medicina convencional es una alternativa que en muchos casos sirve para salvaguardar las dos vidas. No obstante, una cesárea debe ser la opción a elegir cuando se han agotado todas las demás posibilidades, por lo traumática que puede llegar a ser para el cuerpo de la madre, tal y como se ha indicado, las parteras encuentran soluciones a problemas que dentro de una clínica o un hospital tendrían un desenlace diferente.

7.4. Motivaciones para elegir el parto domiciliario

Las motivaciones de las madres vienen determinadas, por la relación que existe hacia con la partera, por las opiniones de los familiares más cercanos y también por las experiencias de sus allegados, en muchos casos al escuchar que el parto en casa fue bien, hace que la motivación crezca para repetir el parto en su domicilio.

Y es así que la madre embarazada es puesta en una elección que de cualquier forma resulta fácil, debido a que los criterios propiciados por partes de los familiares respecto al hospital hacen lucir al parto domiciliario como una vía mucho más segura, confiable y de una confortabilidad que no se va a conseguir en otro sitio como se verá a continuación:

“En la casa creo que hay más tranquilidad, porque como en el hospital hay muchos pacientes, no pueden atenderte rápido. Algunas personas cercanas me decían que tenía que ir al hospital porque aquí puede ser un peligro, yo preferí estar aquí, me sentía más cómoda” (P4)

Aunque puede dar la impresión de acuerdo a los testimonios, que las mujeres embarazadas les importa demasiado la comodidad, no se debe olvidar el contexto del embarazo, y todas las molestias que involucra, así que el hecho de elegir el parto en casa debido a la comodidad es un razonamiento válido en su totalidad. Otra de las motivaciones principales que se ha encontrado es la atención que la partera brinda en todo momento del parto a la madre, aun cuando algunas madres no eran primerizas, reconocen que el cada parto no es igual, pero la atención de la partera facilita mucho todo el proceso, a diferencia del criterio que tienen acerca de la atención hospitalaria, como se va a leer en la respuesta aportada por una de las entrevistadas:

“Me convencí más por los comentarios de mis cuñadas y mis hermanas, también había visto como la partera les había ayudado. Una amiga me contó que cuando salió del hospital se fue con dolor y que todavía lo tuvo unos meses después. El parto en el hospital es muy duro” (P1)

No se sabe si esa amiga hubiera tenido el dolor con la partera, así que continuar con el análisis no llevará a buen puerto, debido a que es muy especulativo. Una de las participantes que había tenido a su hija en el hospital dice que la calidad del trato fue muy buena, pero la atención que brindan las parteras es incomparable, esto no quiere decir que el trato del personal haya sido malo en absoluto, al contrario, es capaz de

reconocer la calidad del servicio, sin embargo, el trato de las mamás parteras como son conocidas, es preferible si tienen que elegir entre las dos opciones como se detalla aquí:

“En el hospital si se atiende bien, lo digo por mi primera hija, pero no es como aquí en la casa, la partera me atiende mejor que las enfermeras, en el hospital hace mucho frío y además estoy sola allí. Mis suegros me la recomendaron y me gustó mucho por la confianza que tuve con la partera”. (P2)

Una motivación es la tradición familiar. Muchas de estas mujeres vienen de familias que durante varias generaciones han tenido el parto en casa, atendidos en muchas ocasiones por tías o hasta sus propias madres. Aun cuando la constitución considera el respecto que se debe hacia las tradiciones, en algunas ocasiones puede resultar peligroso, no obstante, como se verá en la siguiente cita extraída de la entrevista, la mujer se ve motivada a elegir el parto domiciliario principalmente por las recomendaciones que sus familiares le hicieron. No se sabe si lo que le dijeron es cierto o no, lo que sí se sabe es que influyó en la toma de la decisión final:

“Todos en mi familia me recomendaron con ella, nadie me recomendó ir al hospital. Mis familiares me han comentado que la atención allá es mala y eso me dio miedo. Me explicaron que en el hospital te dejan ahí, solo cogen el bebé y ya no te ponen atención. En cambio, en la casa se tiene todo, la ayuda, los ejercicios para que salga el bebé, podemos usar ropa abrigada y cambiarnos si se necesita, en cambio en el hospital solo se usa una bata” (P7)

Una de las ventajas del mundo actual es que el acceso a la información se ha facilitado, y algunas tradiciones que se han tomado como verdades durante mucho

tiempo, hoy en día pueden ser cuestionadas. Así como hay familias donde confían totalmente en sus tradiciones, hay otras con algo más de apertura hacia los datos, y son capaces de dar otro enfoque a la mujer embarazada, ahora bien, el hecho de que decida tomar esta información por certera ya pasa por ser un asunto personal, tal y como se lee a continuación:

“Mi familia me dijo que tenía que ir al hospital, que podía ser peligroso porque ya tenía 40 años. Me dijeron que hay doctores muy buenos, pero por miedo no fui. Todos mis partos fueron en casa y la partera me atendió bien con cada uno de mis hijos, no tengo conocimiento si en el hospital atenderán de la misma manera” (P5)

Las parteras tienen experiencia tanto en partos con primerizas como en multíparas, se sabe que un parto a cierta edad puede ser riesgoso, pero al menos en la experiencia recién citada, parece ser que las parteras tienen la experticia necesaria para trabajar en situaciones así.

7.5. Sugerencias a las parteras para mejorar su atención

Aunque a simple vista parece ser el apartado más simple de realizar, resultó ser algo más complejo de lo esperado, la razón principal es que las mujeres atendidas por parteras, casi en el total de la entrevistas, aseveran que las parteras no tienen algo que mejorar, son excelentes en su labor y confían plenamente en su proceder, algunas dijeron que recomendarían el parto en casa y que si ellas mismas volvieran a quedar embarazadas, estarían muy contentas de que sea la partera la que vuelva a ayudarles. Se verá algunas sugerencias que las mujeres hacen a las parteras, aunque vale aclarar que algunas son más bien agradecimientos sinceros:

“No tengo recomendaciones para las parteras, todo el trabajo lo hacen perfectamente” (P7)

El respeto hacia las parteras no va a ser cuestionado por las mujeres que tuvieron su parto en caso, en algunas ocasiones el trato con la partera se sigue manteniendo por vivir en la misma comunidad:

“Les diría que sigan adelante, que el trabajo que realizan es muy importante para las mujeres embarazadas, que sigan aumentando sus conocimientos” (P2)

Ahora bien, cuando se insiste en sugerencias para mejorar la labor de las parteras, aparecen observaciones que se dirigen hacia los servicios que brindan los establecimientos de salud públicos.

“Que no pierdan ese amor y ese cariño con el que hacen su trabajo y que sigan adelante, a las personas que dirigen el hospital les diría que coloquen un sitio donde estén las parteras y puedan atender cada vez que se las necesite, ellas deberían recibir al menos una bonificación para hacerlas sentir apoyadas, que cuenten con todos los aparatos en caso de una emergencia y que puedan estar ahí las 24 horas turnando como los doctores, ellos pueden trabajar en conjunto con ellas. No debemos perder el conocimiento ancestral” (P6)

Varios de estos criterios serán tomados en cuenta dentro de la formación de las conclusiones, estas mujeres no tienen conocimientos muy precisos de cómo funciona el sistema de salud nacional y tampoco tienen obligación de saberlo, lo que si se nota es que las participantes se dan cuenta la falta de apoyo que hay por parte de las

autoridades hacia las parteras, funcionan muy bien las capacitaciones y los nuevos conocimientos que van adquiriendo de estas, el asunto pasa por brindar un apoyo económico, las parteras cobran rubros insignificantes por su trabajo, y esto es algo muy notorio, básicamente por la calidad de servicio que brindan y por lo importante de lo que hacen.

Hoy en día los centros de salud tienen habitaciones adecuados para el denominado parto intercultural, donde la partera puede proceder de la mejor manera, incluso de recurrir a los doctores en caso de alguna emergencia. El problema es que para muchas mujeres de la zona rural esto sigue siendo un motivo de temor, pues la figura del hospital como ente donde el trato es malo, está muy arraigado. Además, es preocupante para algunas mujeres embarazadas que sus familiares no estén presentes durante el parto:

“No tuve complicaciones con la partera. Sí estaba debilitada, al borde del desmayo de tanto pujar al bebé, también tuve una pérdida de sangre. La partera me dio ánimo en todo momento y pude tener a mi hijo. Deberían dejar en los hospitales que los familiares estén allí presentes o que las parteras atiendan directamente, creo que con las doctoras hay mucha diferencia, aunque seguramente son excelentes en su trabajo. Deben darles a las parteras todas las cosas necesarias, por ejemplo, sueros o algún equipo que pueden llegar a ser útiles durante el parto. También debería ser capacitadas en realizar procedimientos como una sutura. (P8)

Es una observación importante la que aquí la participante hace, la misma que se consideró para la elaboración de las conclusiones, pues se sugiere la posibilidad de que las parteras no solamente obtengan nuevos conocimientos de la medicina

convencional, sino que también incursionen en el aprendizaje de prácticas que pueden llegar a ser vitales en momento de emergencia.

8. Discusión

Durante el desarrollo del trabajo se ha encontrado una serie de criterios que parecen confirman que, la percepción de las mujeres atendidas por parteras es casi completamente positiva, son muy pocas los aspectos que deberían mejorar y los mismos están en función de una relación directa con las entidades de salud; sin embargo, con la intención de fortalecer algunos de estos criterios, o bien cuestionarlos, se dispone aquí a realizar algunas citas con las cuales comparar lo aquí encontrado.

En un estudio realizado el año 2019 en Colombia acerca de la atención brindada por parteras se demostró que “la preferencia de las mujeres por la atención de las parteras se debe al buen trato que percibían de ellas, enfocándose en un cuidado humanista y haciéndolas sentir importantes, al contrario de las casas asistenciales que se evidenció algún maltrato o desinterés” (52).

Se puede corroborar que la calidad humana que las parteras brindan es algo definitorio en la toma de la decisión de ser atendidas por una de ellas. En la investigación, las participantes no aceptaron ir al hospital básicamente por rumores que escucharon de personas cercanas, no obstante, en quienes, si han tenido la experiencia directa, corroboran el hecho de la atención hospitalaria como algo incómodo, donde la presión a la que el personal de salud se ve sometido hace que sea imposible la atención personalizada y totalmente dedicada que la partera sí puede brindar.

También se nota que la predisposición de una mujer en tener un parto en caso depende fuertemente de sus creencias y tradiciones ancestrales, cuestión con la que los médicos no cuentan por qué no forma parte de su capacitación profesional.

En un estudio realizado por Ami Sosa en la ciudad de México, sitúa que “los factores tales como la falta de interrelación del personal de salud con tratamientos ancestrales, la falta de atención inmediata, la deshumanización en base a las experiencias previas y sin dejar de mencionar las limitaciones cognitivas como el temor a una operación, la falta de confianza en el personal de salud y el aumento de pacientes en las casas de salud influyen representativamente en las mujeres a acudir donde un partera, para ser atendida por ella” (53).

Las motivaciones de las mujeres embarazadas para ser atendidas por las parteras se enfocan principalmente en buscar el mayor nivel de comodidad, y no hay lugar a dudas de que el miedo, debido a una falta de conocimientos de en qué consiste realmente la atención hospitalaria. Sin embargo, también queda confirmada la percepción de que la atención de las parteras es buena y no es una última opción para estas mujeres, sin duda alguna la confianza que depositan en las mamás parteras ya desde un inicio va a dar como resultado una mejora en la atención del parto, esto debido a la predisposición y al simple hecho de poder expresarse y contarles hasta la mínima situación sin sentirse avergonzadas.

En el caso de las participantes entrevistadas, no se presentó alguno donde haya habido un riesgo, tanto para la mujer como para su hijo, esto puede llevar a pensar que existe una posibilidad de que la partera no sepa enfrentar una situación de

emergencia, por eso se ha visto la necesidad de revisar otros estudios donde esta situación pueda ser conmensurada.

En un estudio realizado en el año 2021 se concluyó que “existe confianza en las parteras porque se afirma que tienen conocimientos y destrezas para atender un parto, además que los servicios que brindan son de calidad, por lo tanto, no se necesita del personal de salud para la atención de un embarazo eligiendo, así como la primera opción a la partera” (54). Las parteras que forman parte de la comunidad demuestran tener los conocimientos acerca de las patologías, capacidad de diagnóstico y tratamientos particulares para cada una de ellas, otra razón para comprender la confianza de las mujeres embarazadas en ellas.

Es así que se vuelve posible establecer un listado de las razones principales por las que una mujer embarazada opta por tener un parto en casa:

- Búsqueda de un estado de comodidad ante el parto.
- Confianza en la partera para ser atendida en el parto.
- Opinión negativa respecto a la atención brindada en los hospitales.
- Tradiciones y costumbres.
- Miedo a los hospitales y al personal de salud
- Opiniones compartidas por familiares y personas allegadas.

Al hacer foco en lo referente al aspecto económico, es decir, a la manera en que el oficio de la partería sirve como un medio de subsistencia, en la investigación de 2018 titulada “La situación actual de la partería en el Ecuador” se corrobora que “las parteras se encuentran en los lugares más pobres y alejados de la ciudad y su función es ayudar a las mujeres indígenas que se encuentran en comunidades apartadas

donde no existen los servicios de salud, además, de que son reproductoras de su cultura, ya que mediante su sabiduría ancestral que pasan de generación en generación ayudan a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto” (30).

El grupo de mujeres que fueron entrevistadas viven en el campo y se dedica a actividades relacionadas con el mismo, ellas se dan cuenta de que el trabajo de la partera es importantísimo, y también notan que el trabajo que realizan no es recompensado adecuadamente desde el punto de vista económico. Prácticamente todas las parteras realizan su labor por vocación, por un inmenso valor hacia la vida y por el respeto hacia sus tradiciones, está claro entonces que las condiciones para su trabajo se verían mejoradas si por parte de las entidades públicas existiera un apoyo directo, sin embargo, esto será tratado a detalle más adelante.

El mismo trabajo citado en el párrafo anterior indica que “en cada zona existen diferentes costumbres y tradiciones culturales de las parteras y de la sociedad, por esta razón cada mujer indígena prefiere tener un parto con sus parteras por su aproximación cultural y relación afectiva que las une” (30), las mujeres entrevistadas en Otavalo han sido atendidas por parteras a las cuales conocían, eran familiares directos o políticos, o habían sido recomendadas por gente allegada, lo que facilitó sustancialmente el proceso de parto, además la elección del parto en casa se dio en función de que “muchas veces las embarazadas ha sido discriminadas y maltratadas física y verbalmente en lo centros médicos debido a su cultura o falta de entendimiento de la misma por parte del personal de salud”, las parteras de manera general ha sido atentas, cuentan con inteligencia suficiente de proceder y guiar a la embarazada durante toda la labor de parto, con amabilidad y ternura.

9. Conclusiones

El parto domiciliario atendido por parteras certificadas tiene características singulares. La mujer puede elegir la postura que les resulta más adecuada y confortable durante el parto; el tiempo de la labor puede variar, no obstante, para las mujeres atendidas en casa, no suele ser extendido, ya que las parteras se aseguran de guiar a la embarazada de la manera correcta en todo momento, considerando las contingencias que pueden presentarse. Además, tomando en cuenta la perspectiva ancestral de los pueblos kichwas, este evento tiene una connotación cultural donde el parto no solo es un proceso médico, sino que se desarrolla en un contexto comunitario, un ambiente cálido donde se tiene la ventaja de tener a sus familiares cerca, así como también remedios naturales cotidianos, a base de plantas preparadas como infusiones para beberlas y en las que se confía plenamente.

El parto en casa permite a la embarazada tener una sensación de seguridad y confort en todo momento; el lazo de confianza con la partera se ve fortalecido a lo largo de toda la gestación que se consolida en el momento del parto; la mujer tiene la facilidad de expresar como se siente y así mejorar la atención en aspectos puntuales. Existe una fuerte convicción en las creencias, costumbres y tradiciones de la comunidad pues el peso cultural es una de las principales motivaciones al igual que su historia y experiencia familiar con las parteras. Hay que entender que existe un alto nivel de desconfianza en la salud occidental por experiencias propias y ajenas en hospitales, donde la atención ha sido insuficiente o de mala calidad, esto ha motivado a las mujeres a optar por un parto en casa.

Es importante proponer estrategias para fortalecer la partería ancestral en articulación con los servicios del Sistema Nacional de Salud, tomando en cuenta el trabajo coordinado y en un entorno de respeto, donde la retroalimentación se dé en ambas partes: la partera aportando una mirada holística y de integración cultural para la embarazada, y el personal de salud aportando sus conocimientos técnicos en caso de ser requeridos. También se sugiere la dotación a las parteras de insumos necesarios para la atención antes, durante y después del parto. La experiencia histórica de las parteras dentro del desarrollo comunitario a través de sus prácticas y saberes debería ser considerado como un aporte y aplicado a un nivel profesional dentro de la salud.

10. Recomendaciones

Involucrar y fortalecer en el servicio médico el respeto de los derechos y reconocimiento de las distintas culturas, familiarizándose con el contexto intercultural y brindar soporte a la partera durante la atención domiciliaria siempre y cuando sea necesaria. En el caso de que el parto se produzca en el medio hospitalario se debe garantizar un espacio culturalmente adecuado, que brinde un ambiente seguro y confiable para la mujer y su familia en acompañamiento de la partera, pues tiene un rol importante en este proceso y así debe ser considerada en un hospital con su paciente.

El personal de salud deber dar cumplimiento al Acuerdo Ministerial 0082 o “Reglamento para la aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, en la atención, referencia, derivación, referencia inversa y contrarreferencia a usuarios/pacientes provenientes de comunidades de difícil acceso”, principalmente a lo referente al conocimiento y respeto a los sistemas de medicina ancestral, a permitir el uso de la vestimenta tradicional, a conocer palabras, frases y expresiones básica en el idioma utilizado en una población determinada, a dar explicaciones sencillas acerca de los procedimientos a las embarazadas, conceder el alta voluntaria en base a las consideraciones culturales, y así “garantizar el ejercicios de su derecho a la Salud Integral”.

La partera no solo está presente a lo largo de todas las etapas del embarazo, sino que también cumple un rol importante en la educación sexual y reproductiva de la mujer, por lo cual es importante plantear mecanismos que reconozcan el trabajo

realizado por ellas a través de una remuneración económica que permita un sustento real de sus necesidades. Además, el Ministerio de Salud Pública debe impulsar el fortalecimiento de las competencias técnicas e interculturales de los profesionales en los establecimientos de salud que tengan contacto con la embarazada y su familia, mediante capacitaciones con pertinencia intercultural para mejorar el conocimiento de los aspectos socioculturales y no limitarse únicamente al área científica, permitiendo transversalizar la atención en los servicios de salud desde un enfoque intercultural. Finalmente, es importante el monitoreo y seguimiento al cumplimiento de los mecanismos establecidos en el “Manual de articulación de prácticas y saberes ancestrales en el Sistema Nacional de Salud” que direcciona hacia el trabajo articulado y bilateral entre el personal de salud y las parteras, a fin de contribuir en la salud materna y neonatal.

11. Referencias Bibliográficas

1. Carvajal R, Gómez M, Restrepo N, Varela M, Navarro M, Eliana A. Panorama académico y político que enfrentan las parteras tradicionales en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018; 44(3).
2. Mideros R. La atención del parto en Ecuador 2014. Paper Universitario. Quito: Universidad Andina Smón Bolívar, Área de Salud.
3. Alcaraz L, Casadevall L, Díaz S, Domínguez C, Franch M, García R. Guía de asistencia del parto en casa. [Online].; 2018. Acceso 1 de Junio de 2023.
4. Centros de Estudios de Población y Desarrollo Social. Encuesta demográfica y salud materna e infantil. Ecuador: ENDEMAIN.
5. Consejo Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir. Quito: SENPLADES.
6. AsisMedl. La historia de las parteras una profesión ancestral. [Online]. Buenos Aires: El Ateneo; 2020. Acceso 19 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.asistenciamedicolegal.com/single-post/la-historia-de-las-parteras-una-profesi%C3%B3n-ancestral#:~:text=En%20la%20antig%C3%BCedad%2C%20las%20parteras,como%20diosas%20de%20la%20fertilidad.>
7. Serrano I. La formación de matrona a lo largo de la historia. [Online]. London: Bristol; 2002. Acceso 17 de Junio de 2023. Disponible en: <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/formacion.pdf.%202002.>
8. Cruz M. COSMOVISIÓN ANDINA E INTERCULTURALIDAD: UNA MIRADA AL DESARROLLO SOSTENIBLE DESDE EL SUMAK KAWSAY. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades*. 1978;(5).
9. Grimaldo R. Cosmovisión Andina. *Volveré*. 2015; XIV(48).
10. Álvarez C. Cosmovisión de las nacionalidades schuar y kchwa. En: Módulo dictado a los maestrantes en Estudios Superiores, con mención en la Interculturalidad y Gestión en la Universidad de Cuenca; 2006
11. Rojas R. Integración intercultural de las medicinas occidental y ancestral andina en el manejo del dolor crónico y uso de plantas medicinales. En: Cuenca; 2015
12. MSP. Código de ética de los hombres y mujeres de sabiduría de la medicina ancestral – tradicional de las nacionalidades y pueblos del Ecuador; 2020.
13. Portilla S, Madrodeño O, Getial P. Sistema médico tradicional- ancestral en el territorio de los Pastos Resguardo Indígena de Túquerres-Narino, Colombia. *Ciencia e interculturalidad*. 2017; 19(2).
14. Cifuentes M, Sola HPJ, Bedoya J. *Medicina andina: situaciones y respuestas* Quito; 1992.
15. Naranjo P, Escaleras R. *La medicina tradicional en el Ecuador: memorias de las Primeras Jornadas Ecuatorianas de Etnomedicina Andina* Quito: Corporación Editora Nacional; 1995.
16. Salud OMDl. *Parteras Tradicionales*. En: Ginebra; 1993 p. 26.
17. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Otavalo. [Online]; 2023. Acceso 20 de Juniode 2023. Disponible en: [http://www.otavalo.gob.ec/web/datos-generales/.](http://www.otavalo.gob.ec/web/datos-generales/)
18. Ordoñez J. *Hacia la construcción de un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo*. Quito: Hospital San Luis de Otavalo, Área No. 4, Imbabura MSP.
19. *Diario La Hora*. 40 parteras serán certificadas. *Diario La Hora*. : p. 1.
20. Organización Panamericana de la salud. *Parteras tradicionales: salvar vidas conjugando los saberes de las medicinas ancestral y occidental*. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/parteras-tradicionales-salvar-vidas-conjugando-saberes-medicinas-ancestral-occidental.>
21. Cortejoso Hernández F. *Asistencia al parto extrahospitalario*. *Rev Medicina Integral*. 1986; 7(5).

22. Ministerio de Salud Pública GplAdPCA. [Guía].; 2008. Acceso 17 de Junio de 2023. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/Guia_Tecnica_Para_Atencion_Partos_Culturalmente-Adecuado-2008.pdf.
23. Borges L, Sánchez M, Domínguez R, Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 44(3).
24. Lopez A. umanización del cuidado de enfermería en la atención del parto en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala. [Online].; 2015. Acceso 20 de Junio de 2023. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/02/De-Leon-Antonieta.pdf>.
25. Ministerio de Salud Pública (MSP). Articulación de prácticas y saberes de las parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, Manual. Primera ed.; 2016.
26. Ferra M. PARTO DOMICILIARIO: La experiencia de las mujeres que requirieron. [Online].; 2016. Acceso 20 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8477/1/Ferra%2C%20Mariangel.pdf>.
27. Botella J. Tratado de Ginecología. Primera ed. Madrid: Días de Santos ; 1993.
28. Sánchez R. Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. ; 7(22).
29. Nureña C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2009; 26(4).
30. Zarchi D. La Situación Actual de la Partería en el Ecuador. [Online].; 2018. Acceso 2 de Agosto de 2023. Disponible en: <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/10022>.
31. Jorge C, Rlaph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Octava ed. Santiago de Chile; 2017.
32. Friedman E. *Laboral Clinical Evaluation and Management*. Cuarta ed. California: Appleton Century Crofts and Fleschner Pub Co.; 1998.
33. Goicochea E. Interculturalidad en Salud. *UCV - Scientia*. 2012; 4(1).
34. Equidad DNdSly. Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad. Quito: Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.
35. Almaguer J, García H, Vargas V. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. [Online].; 2019. Acceso 19 de Agosto de 2023. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/995199/la-atencion-intercultural-del-trabajo-de-parto-en-posicion-vert_UtuDest.pdf.
36. Censos INdEy. Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos y Defunciones Fetales 2019. Quito.
37. Reitsma A, Simioni J, Ginny B, Hutton E. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *eClinical Medicine Part of The Lancet Discovery Science*. 2020; 21.
38. Carreguí S, Casadevall L, Barricarte L, Urra R. Recomendaciones sobre la atención al parto en casa. Primera ed. Madrid: Editorial Selene; 2022.
39. Hutton E, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *eClinical Medicine part of The Lancet Discovery Science*. 2019; 14.
40. Janssen P, Saxell L, Page L, Klein M, Liston R. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*. 2009; 181.
41. Snowden J, Tilden E, Snyder J, Quigley A. Planned out of Hospital Birth. *The New England Journal of Medicine*. 2015; 10.
42. Sandall J, Soltani H, Gates S, Andrew S, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Library*. Abril .
43. Butler M, Sheehy L, Kington M, Wlsh M, Brosnan M, Murphy M. Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Science Direct*. 2015; 31(4).
44. Gil Bello R. Las experiencias de las mujeres durante el embarazo a partir del análisis del discurso. *Revista de Investigación Musas*. 2016; 1(1).
45. Loeser J, Treede R. The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. [Online].; 2008. Acceso 20 de Junio de 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.04.025>.

46. Morse J, Park C. Home birth and hospital deliveries: a comparison of the perceived painfulness of parturition. *Research in Nursing and Health*. 1988; 11(3).
47. Chaillet N, Belaid L, Crochetiere C, Roy L, Gagné G, Moutquin J, et al. Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis. *Birth*. 2014; 41(2).
48. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Salud Intercultural. [Online].; 2021. Acceso 12 de Junio de 2023. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/CODIGO-DE-ETICA-Aprobado-20-abril-2021.pdf>.
49. Ministerio de salud pública. Atención de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud, Manual. Primera ed. Quito; 2016.
50. Hernandez R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Editores I, editor. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2014.
51. SIISE. Fortalecimiento Institucional Otavalo. [Online].; 2018. Acceso 29 de Junio de 2023. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/Cant%C3%B3n%20Otavalo.pdf.
52. Forero Martínez T, Garzón Garzón L, Franky Calvo C. Salud Reproductiva Femenina en el Sur de la Amazonía Colombiana. *Anthropologia*. 2019; 37(43).
53. Sosa A. Parteras en México: Aliadas Invisibles Protectoras de la Salud Sexual y Reproductiva de la Mujeres. [Online].; 2021. Acceso 27 de Julio de 2023. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/3541a29372d30fe7cf2cb4b93069ddc3/1?cbl=18750&diss=y&loginDisplay=true&loginDisplay=true&pq-origsite=gscholar#>.
54. Téllez C, Chalé H, Oudhof H. Violencia y emergencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales en comunidades rurales. *Temas Sociológicos*. 2021; 28(1).
55. Ehrenreich B, English D. Brujas, Comadronas y enfermeras: Una historia de sanadoras femeninas. Primera ed. Barcelona: La Sal; 2006.
56. Beckmann C, Frank L. Obstetricia y Ginecología. Octava ed. Mendoza C, editor. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019.

12. Anexos

Anexo 1. Acuerdo de Confidencialidad



“Percepciones del parto domiciliario de mujeres atendidas por parteras certificadas en Otavalo 2021-2022”

Entrevista N° ____

Consentimiento Informado

Yo, _____ con cédula de identidad:

_____ autorizo de manera voluntaria utilizar los datos proporcionados en la presente entrevista, sin presión alguna al dar respuesta a las preguntas aquí planteadas, con el objetivo de identificar la percepción de las mujeres atendidas por parteras certificadas, con la plena conciencia y confianza de que todas las respuestas proporcionadas serán utilizadas con propósitos académicos y de manera confidencial.

Otavalo, ____ del mes de julio del año 2023

FIRMA DE LA ENTREVISTADA

Anexo 2. Preguntas de la Entrevista

1. ¿Cómo contaría su experiencia durante el parto en casa?
2. ¿Se sintió usted tranquila y bien cuidada durante la atención que le dio la partera en su parto en domicilio? ¿Por qué?
3. ¿Durante el parto en casa, se presentó alguna complicación como sangrado abundante, desgarros, la placenta no salía, el bebé no lloró, otros? ¿Qué hizo la partera ante esa situación?
4. ¿Cómo fue su relación con la partera certificada que le atendió durante el parto domiciliario?
5. ¿Por qué decidió tener el parto en su casa atendido por una partera certificada, en vez de un parto en el hospital?
6. ¿Cuál fue la opinión de su familia, vecinos y amigos sobre su decisión de tener su parto en casa atendido por una partera?
7. ¿Cuáles fueron los comentarios de su familia, vecinos y amigos que influyeron para decidir tener su parto en casa?
8. ¿Cuáles son las diferencias entre el parto en casa y el parto en hospital, tanto en la atención y la comodidad?
9. ¿Qué aconsejaría para mejorar el trabajo entre el Ministerio de Salud y el seguro social campesino con las parteras ancestrales?
10. ¿Recomendaría usted el parto en casa atendido por parteras certificadas a otras mujeres y por qué?
11. ¿Qué recomendaciones haría usted, para que las parteras puedan mejorar en la atención del parto en casa?

Anexo 3. Determinación de la competencia de los expertos.

Método de coeficiente de competencia K

Estimado/a Investigador/a:

Teniendo en cuenta su prestigio profesional e investigativo en el desempeño alrededor de la Salud Intercultural en el Ecuador, los miembros del trabajo de titulación “Percepciones del parto domiciliario de mujeres atendidas por parteras certificadas en Otavalo 2021 – 2022”, le han considerado como candidato/a al comité de expertos para la validación del instrumento de recolección de datos correspondiente al **guion semiestructurado para entrevistas con mujeres atendidas por parteras certificadas.**

Así, respetuosamente solicitamos su colaboración respondiendo el siguiente cuestionario, el que permitirá valorar su nivel de experticia.

Nombre/s y apellidos: Rosa María Tiupul Carrillo

Cargo o responsabilidad que desempeña: Directora Nacional de Salud Intercultural y Equidad del Ministerio de Salud Pública el Ecuador.

Ejerce docencia en el nivel superior o investigación sobre el tema:

sí no . (De ser sí): declare años de experiencia:

Titulación de posgrado (cuarto nivel) relacionado con la salud: No

Doctorado (PhD) Maestría Especialidad Otra

Cuál es su experticia relacionada con salud/interculturalidad y de cuantos años?

Mujer indígena kichwa del pueblo Puruwa, kichwa hablante, durante mis estudios de medicina en la Universidad Nacional de Chimborazo desarrollamos actividades de vinculación con la comunidad específicamente con comunidades indígenas de la provincia de Chimborazo. En la parte social, lideré grupos juveniles de la iglesia católica a nivel provincial y nacional lo cual me permitió conocer la cosmovisión de los pueblos y nacionalidades, así como la interrelación con la madre naturaleza desde los conocimientos ancestral tradicional.

Trabaje como médico rural en la provincia de Chimborazo parroquia Cacha, con una población 100 % indígena, promoviendo la articulación de la Medicina Convencional con la Medicina Ancestral Tradicional, así como con la vinculación con organizaciones sociales indígenas.

A partir del 2018, formo parte de la Dirección Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, instancia en la cual desempeñé el cargo de especialista de Promoción de la Salud Intercultural, incidiendo principalmente en la inclusión del enfoque y/o pertinencia intercultural en las políticas públicas de la Autoridad Sanitaria Nacional, fui parte del COE Nacional desde donde se emitieron normativas para la respuesta en prevención y atención de la COVID-19 en pueblos y nacionalidades del Ecuador, y como responsable de la respuesta en salud para la protección de los Pueblos Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial.

Actualmente, me desempeño como Directora Nacional de Salud Intercultural y Equidad, en la cual, como una de mis atribuciones está el fortalecimiento, articulación e incorporación de la Medicina Ancestral Tradicional, lo cual incluye la implementación del Manual de articulación de parteras y parteros ancestral tradicionales.

Participación en proyectos de investigación y/o publicaciones en interculturalidad:

sí no

Participación en eventos científicos:

sí no

Por favor complete la siguiente encuesta:

1. ¿Cuál considera que es su nivel de conocimiento relacionado con la salud y /o Interculturalidad? Por favor escoja un valor en la siguiente escala siendo el valor 0, absoluto desconocimiento y el valor 10, pleno conocimiento. Marque con una X en solo uno de los espacios debajo de los valores.

Nivel de Conocimiento										
Absoluto desconocimiento				←—————→			Pleno conocimiento			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
								X		

2. ¿Cuál es el origen de su conocimiento en temas relacionados con la salud y /o Interculturalidad? Marque con una X en los espacios que correspondan con Alto, Medio o Bajo según su autovaloración

Fuentes de Argumentación	Grado de influencia de la fuente de argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Investigaciones teóricas y/o experimentales relacionadas con el tema		X	
Experiencia obtenida en la actividad profesional (pregrado/postgrado)		X	
Análisis de la literatura especializada y publicaciones nacionales y extranjeras		X	
Conocimiento de elementos de la salud y/o Interculturalidad		X	
Actualización en temas de partería ancestral en el Ecuador		X	
Visión sobre la evolución de la problemática		X	
Reconocimiento comunitario en el área de su experticia		X	

Los investigadores agradecen su colaboración.

Dra. Silvia Tixicuro - Maestrante de Salud Pública

Dr. Carlos Terán - Tutor del Trabajo de Titulación



Firmado electrónicamente por:
ROSA MARIA TIUPUL
CARRILLO

Dra. Rosa María Tiupul

Experta validadora del instrumento

Método de coeficiente de competencia K

Estimado/a Investigador/a:

Teniendo en cuenta su prestigio profesional e investigativo en el desempeño alrededor de la Salud Intercultural en el Ecuador, los miembros del trabajo de titulación “Percepciones del parto domiciliario de mujeres atendidas por parteras certificadas en Otavalo 2021 – 2022”, le han considerado como candidato/a al comité de expertos para la validación del instrumento de recolección de datos correspondiente al **guion semiestructurado para entrevistas con mujeres atendidas por parteras certificadas**.

Así, respetuosamente solicitamos su colaboración respondiendo el siguiente cuestionario, el que permitirá valorar su nivel de experticia.

Nombre/s y apellidos: Luis Enrique Cachiguango Cachiguango

Cargo o responsabilidad que desempeña: Docencia

Ejerce docencia en el nivel superior o investigación sobre el tema:

sí no . (De ser sí): declare años de experiencia:

Titulación de posgrado (cuarto nivel) relacionado con la salud:

Doctorado (PhD) Maestría Especialidad Otra

Cuál es su experticia relacionada con salud/interculturalidad y de cuantos años?

Nací el 14 de diciembre de 1963 en la comunidad de Cotama, Otavalo, Imbabura.

Miembro del pueblo Kichwa-Otavalo.

FORMACIÓN FAMILIAR COMUNITARIA:

Agricultor y practicante de terapias y tratamientos de la medicina ancestral-tradicional andina.

EDUCACIÓN ACADÉMICA:

Diplomado universitario en Medicina ancestral-tradicional.

Magister en Cosmovisiones del Buen Vivir/Vivir Bien con énfasis en cambio climático, complementariedad y equidad.

Profesor de idioma kichwa.

Tecnólogo en medicina andina.

TRAYECTORIA:

Docente de la Cátedra Indígena Intercultural (Cátedra UNESCO)

Docente del Instituto Superior Jatun Yachay Wasi de Chimborazo.

Inspector por Ecuador del Instituto para el Estudio de la Cultura y Tecnología Andina – IECTA de Chile.

Voluntario de las Naciones Unidas como especialista en medicina ancestral-tradicional en el Ministerio de Salud Pública.

Activista permanente de la cultura y espiritualidad del Pueblo Kichwa andino.

Participación en proyectos de investigación y/o publicaciones en interculturalidad:

sí no

Participación en eventos científicos:

sí X no

Por favor complete la siguiente encuesta:

1. ¿Cuál considera que es su nivel de conocimiento relacionado con la salud y /o Interculturalidad? Por favor escoja un valor en la siguiente escala siendo el valor 0, absoluto desconocimiento y el valor 10, pleno conocimiento. Marque con una X en solo uno de los espacios debajo de los valores.

Nivel de Conocimiento										
Absoluto desconocimiento ←————→ Pleno conocimiento										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										X

2. ¿Cuál es el origen de su conocimiento en temas relacionados con la salud y /o Interculturalidad? Marque con una X en los espacios que correspondan con Alto, Medio o Bajo según su autovaloración

Fuentes de Argumentación	Grado de influencia de la fuente de argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Investigaciones teóricas y/o experimentales relacionadas con el tema	X		
Experiencia obtenida en la actividad profesional (pregrado/postgrado)			X
Análisis de la literatura especializada y publicaciones nacionales y extranjeras	X		
Conocimiento de elementos de la salud y/o Interculturalidad	X		

Actualización en temas de partería ancestral en el Ecuador	X		
Visión sobre la evolución de la problemática	X		
Reconocimiento comunitario en el área de su experticia			X

Los investigadores agradecen su colaboración,

Dra. Silvia Tixicuro - Maestrante de Salud Pública

Dr. Carlos Terán - Tutor del Trabajo de Titulación



Mgtr. Luis Enrique Cachiguango

Experto validador del instrumento