

Ecuador Essential Obstetric and Neonatal Project

Reaching Indigenous & Underserved Populations

A Model for the Household to Hospital Continuum of Care

Center for Human Services

Cotopaxi, Ecuador



MID-TERM EVALUATION

Reporting Period: September 30, 2009 to September 29, 2011

Report Submitted to USAID: November 28, 2011

USAID/Child Survival and Health Grants Program
Cooperative Agreement No. GHS-A-00-09-00008-00
September 30, 2009 to September 29, 2013

This mid-term evaluation was produced for review by the United States Agency for International Development. It was authored by:

Pamela J. Putney, MPH, CNM, Consultant to University Research Company, LLC – Center for Human Services (URC-CHS), 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, Maryland 20814, USA

DISCLAIMER

This document is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of the Center for Human Services and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

Acknowledgements

The consultant would like to thank Paulyna Martínez, USAID/Ecuador, Dr. Jorge Hermida, Regional Director for Latin America, CHS-URC, Dr. Mario Chávez, the Cotopaxi Field Program Manager, and the URC staff in Quito, Latacunga, and Bethesda for their excellent support throughout the evaluation. The consultant would also like to thank: all the Ministry of Health officials at the national, provincial and local levels; the doctors, nurses and health care workers at the project health care facilities; and the Traditional Birth Attendants (TBAs) and community leaders working in Cotopaxi who so graciously took the time to discuss the impact the project has had on improving care and health outcomes in Cotopaxi province.

Contents

List of Annexes	4
Acronyms	5
Executive Summary.....	6
I. Introduction	12
Background and Context.....	12
Scope of Work and Methodology	12
II. Project Overview.....	14
Project Goal and Objectives.....	14
Project Location and Estimated Project Area Population	14
1. Project Baseline Survey.....	15
Project Design, Technical Approach and Fit within the Health System.....	16
1. Project Design and Fit within the Health System	16
2. Health Providers in Cotopaxi	16
3. Traditional Birth Attendants	17
4. Community Health Workers	17
5. Coordination	18
6. Technical Approach.....	18
Cross-Cutting Interventions	20
Mission Collaboration	20
Data Quality	21
III. Assessment of progress toward the achievement of project results	22
M&E Table.....	22
Discussion of the Progress towards Achieving Project Results	23
1. Progress towards Achieving Project Results.....	23
2. Results Highlights from Annual Reports	25
Primary Constraints, Problems and Areas in Need of Further Attention	26
Potential for Contribution to Scale, Global Learning, Sustained Outcomes, and Community Health Worker Models.....	27
IV. Recommendations, Next Steps and CHS Action Plan	27

List of Annexes

- Annex 1. List of Publications and Presentations Related to the Project
- Annex 2. Project Management Evaluation
- Annex 3. Work Plan Table
- Annex 4. CHW Training Matrix
- Annex 5. Evaluation Team Members and their Titles
- Annex 6. Evaluation Assessment Methodology
- Annex 7. List of Persons Interviewed and Contacted during the MTE
- Annex 8. Project Data Form
- Annex 9. Operations Research Progress Report
- Annex 10. Targeted Parishes Chart
- Annex 11. List of Documents Reviewed
- Annex 12. Guide for Referrals and Counter Referrals
- Annex 13. Handout for Obstetric and Neonatal Emergencies
- Annex 14. Legal Framework Guide
- Annex 15. Guide for Formation of Networks
- Annex 16. Draft of Neonatal Death Epidemiological Surveillance System Plan and Manual.
- Annex 17. Consultancy Report on Role of TBAs in the Health System
- Annex 18. M&E Table
- Annex 19: Year One Annual Report
- Annex 20: Presentation of Initial Mid-term Evaluation Findings to USAID/Ecuador
- Annex 21: Results highlight from Year One Report
- Annex 22: Results Highlight: Evidence Building

Acronyms

AMTSL	Active Management of Third Stage of Labor
BCC	Behavior Change and Communication
CHS	Center for Human Service
CHW	Community Health Worker
CONPAS	Parish Health Councils (in Spanish)
CSHGP	Child Survival Health Grants Program
DIP	Detailed Implementation Plan
EBAS	Basic Health Team (in Spanish)
EONC	Essential Obstetric and Neonatal Care
HHCC	Household to Hospital Continuum of Care
IESS	Social Security Health Services System
KMC	Kangaroo Mother Care
LAC	Latin America and Caribbean
LBW	Low Birth Weight
MNC	Maternal Newborn Care
M&E	Monitoring and Evaluation
MOH	Ministry of Health
MTE	Mid-Term Evaluation
NGO	Non-Governmental Organization
OR	Operations Research
SBCC	Social Behavior Change and Communication
TBA	Traditional Birth Attendant
URC	University Research Corporation

Executive Summary

Background and Context

The CSHGP project in Ecuador's Cotopaxi province, initiated in September of 2009, and implemented by University Research Corporation (URC), Center for Human Services (CHS), is focused on reducing maternal and newborn mortality rates through the integration and improvement of EONC (Essential Obstetric Newborn Care) services along the continuum of care (community, sub health posts, health posts, health centers and referral hospital) at all levels of the system. The project supports the Ministry of Health's (MOH) strategy to address the country's underlying causes of maternal and neonatal mortality by developing an integrated network of care and the establishment of referral systems from the community to both public and private health facilities. The project is targeting areas with the highest percentages of extreme poverty and indigenous population.¹ The total number of project beneficiaries is 72,437 persons, who include 44,345 women of reproductive age (15-49) and 23,590 children under age 5 (4,502 between 0-11 months and 19,088 between 12-59 months). This midterm evaluation (MTE) was conducted at the two year mark in September 2011 to assess if the project is reaching the appropriate level of activities and efficacy towards the achievement of its objectives.

Maternal and neonatal mortality rates in Cotopaxi province, with a largely rural (67%) and poor (90%) population of 384,499 inhabitants, are among the highest in Ecuador at 102 maternal deaths per 100,000 births and 8 neonatal fatalities per 1000 births in 2008. One newborn dies every week in Cotopaxi and many newborn deaths are not reported. Approximately 1/3 of the population is indigenous, however, in the 21 target project parishes it is 40% or greater. The health care system is fragmented and facilities are generally unable to effectively manage pregnancy-related or newborn complications and the majority of indigenous women deliver at home with a TBA (traditional birth attendant) due to cultural and geographic barriers. Newborn care is limited to non-existent and there is little or no awareness of danger signs for pregnant mothers or newborns.

¹ See Annex 11 for Chart of Targeted Parishes

Project Goal, Objective and Key Activities

The project goal is: to reduce maternal and newborn mortality and morbidity in Cotopaxi province.

The strategic objective is: improved household health promotion practices and utilization of a continuum of high impact community and facility based maternal newborn services provided as part of a coordinated network of CHWs, health facilities and social organizations.

Key Project Activities

An important element of the project is to ensure the provision of quality culturally acceptable care at health facilities along the continuum. Key project activities are designed to:

- Develop a network linking community-based providers and health facilities to provide quality EONC services
- Increase community access to, demand for, and use of EONC network services
- Monitor the impact of evidence based maternal and newborn services
- Work with TBAs to enable them to identify danger signs and risk factors in mothers and newborns and refer them to a facility with skilled care
- Coordinate activities among TBAs, mobile community health teams, facilities that provide services, community leaders, and NGOs working at the community level
- Strengthen the cultural acceptability of services at health facilities
- Strengthen the capacity of health facilities to offer technical assistance to institutionalize quality improvement methods that will increase the quality and availability of EONC

Main Accomplishments of the Project (summary table of inputs-outcomes p. 17)

The key achievements of the project to date include:

- The project design is: aligned with MOH and USAID priorities; uses global evidence-based best practices, models and approaches; and is focused on sustainability and scale up
- The project is well-managed, gender sensitive, and the resources are used wisely
- Data are used for decision making, M&E is a priority and the project is producing good documentation for the evidence base and potential scale up
- The team has strong positive working relationships with the implementing partners (MOH, NGOs, community leaders, providers) at all levels
- The quality of care is improving. Facilities are now using norms and protocols, conducting medical audits and case reviews, providing more culturally acceptable care, and improving the detection, management and referral of obstetric and neonatal complications

- The health care system is being strengthened through building the capacity of the provincial and district health teams, raising awareness and building leadership in the community to demand quality services, improved referral and counter referral systems, and public-private sector partnerships
- The knowledge and awareness of danger signs for mothers and newborns is increasing among families, community members, and TBAs as evidenced by the increase in referrals and utilization of facilities for essential care
- The project is building and strengthening leadership capacity within the MOH, the providers (e.g. rural doctors and nurses), the community, and TBAs
- An innovative agreement with the IESS (Social Security Health System) and the MOH was recently signed in Cotopaxi to cover emergencies and share resources and the Minister of Health has formally asked the project for technical assistance to improve the referral system for complications
-

Primary Constraints, Problems and Areas in Need of Further Attention

Some of the constraints and areas in need of further attention include:

- There is an acute shortage of human resources (doctors and nurses) and staff are rotated frequently
- The demand for health care in the public sector significantly exceeds the supply due to the “Free Health Care for All” law passed several years ago and there is an critical shortage of hospital beds for mothers and newborns with complications
- Infection prevention, bio-security and the organization of Pujili Hospital needs to be improved
- The referral and counter referral system needs continued strengthening at all levels
- The quality of care, supportive supervision, EONC, and cultural sensitivity of care needs continued improvement

Summary of Main Recommendations

The primary recommendations for the second half of the project are to:

- Establish KMC (Kangaroo Mother Care) Units in Latacunga and IESS hospitals for premature, LBW and at-risk newborns with a system for follow-up Ambulatory KMC in project health facilities and communities
- Develop an orientation package for rural doctors and new staff (e.g. video, mentoring program, materials)
- Prioritize further improvement in the quality of care (including culturally sensitive care, EONC, and supportive supervision (increase project inputs in second phase)
- Continue to strengthen the referral system for obstetric-neonatal emergencies at all levels
- The project should document and project accomplishments and findings through “success stories,” a video and selected policy papers

Table 1: Summary of Project Accomplishments

EXPECTED OUTCOME #1: Increased availability/access to and utilization of a coordinated continuum of high-impact maternal newborn care provided as part of a network of community and facility services.

Strategy #1: Coordinate TBAs, health centers, and EBAS, for high-impact maternal and neonatal care

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Formation of Parish Councils in the selected parishes in 3 counties (Pujili, Sigchos and Saquisilí)	Councils formed and functioning in Pujili county (6) and in process in Sigchos and Saquisilí (3 in each)
Formation of Micro-networks in all parishes in 3 counties (Pujili, Saquisilí and Sigchos)	Micro-networks formed and functioning in Pujili county and in process in Saquisilí and Sigchos
Meetings with CONPAS in Pujilí, Saquisilí y Sigchos to form the Parish Maternal Neonatal Plan	Completed in Pujili and on-going. Initiated in Saquisilí and Sigchos
Quarterly meetings to monitor the execution of the health plan with the CONPAS and micro-network from each parish	Completed in Pujili and on-going. Planned in Sigchos and Saquisilí.

Strategy #2: Develop/strengthen communication and referral mechanisms among health care levels (community, 1st and 2nd levels)

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Writing, approval, and publication of a Reference/Counter-Reference System Guide for the provincial level health system.	Draft of Reference/Counter-Reference Provincial System Guide completed and in process of being approved. (See Annex 12 for Guide)
Implementation of a unified Reference/Counter Reference system at the provincial level	In process and referrals and counter referrals are increasing in project areas at all levels.
Writing of a Guide for the implementation of Emergency Obstetric and Neonatal emergencies with selected community committees	Completed and distributed (See Annex 13 for copy of handout).
Support for the establishment and operation of community committees for obstetric emergencies in selected communities	Completed and on-going. In addition, Emergency Plans have been developed and implemented in each of the targeted communities.

Strategy #3: Improve interpersonal relations between health personnel and community health workers/TBAs

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Workshops for health professionals on Intercultural awareness and fair treatment of patients	Completed. Two planning workshops and 2 training workshops conducted at Pujili Hospital for hospital, health center and sub health center staff.
Exchange meetings between TBAs, health promoters, and personnel in each Micro-network	Completed and on-going.
Implementation of surveys to measure the interpersonal relationships between health workers, TBAs, and health promoters.	Baseline TBA and Household surveys completed.

Strategy #4: Actively involve community organizations and local governments

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Parish meetings with community leaders, parish councils, TBA representatives, health promoters,	Completed and on-going.

and women's groups to form and strengthen the Parish Councils of Health.	

EXPECTED OUTCOME #2: Improved knowledge/demand for evidence-based community and facility-level maternal newborn services, including improved household health promotion practices.

Strategy #1: Behavior Change Communication Activities

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Design, implementation, and monitoring of a Behavior Change Communication strategy for Maternal and Neonatal Health	Completed and Maternal Kit and a series of high quality and tested BCC materials produced and disseminated widely by project (See Annex 1 for list).

Strategy #2: Strengthen counseling activities carried out by health personnel, TBAs and community health workers, at facilities as well as in homes

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Design, implementation, and monitoring of a proposal for strengthening the activities of counseling by institutional and community health care providers	Completed and on-going.

Strategy #3: Improve cultural competence of institutional health care services

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Process implementation of humanization and cultural appropriateness of childbirth care in two counties (Pujilí and Sigchos)	Completed and on-going. A training module was developed and Pujili and Zumbahua staff trained (including cleaning personnel and guards). An additional outcome is Zumbahua Hospital posted all signs in Kichua as well as Spanish as a result.

Strategy #4: Disseminate citizens right to quality health care

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Design, implementation, and monitoring of the diffusion of a proposal regarding citizens' rights to quality health care	Advocacy has been a key part of the Micro-network and parish activities and an expanded plan is In process. The new BCC staff member has extensive experience in human rights.

EXPECTED OUTCOME #3: Improved quality of maternal-neonatal services provided as part of a coordinated network of facilities and community agents

Strategy #1: Train TBAs for Basic EONC skills

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
TBA training workshops on knowledge, skills, and expertise in community EONC	Completed and on-going.

Strategy #2: Design/implement mechanisms for TBA supervision and CQI

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Design a monitoring system and implement CQI for TBAs in selected parishes in three counties (Pujilí, Saquisilí and Sigchos)	Completed and on-going in Pujili. Planned in Saquisilí and Sigchos.

Strategy #3: Strengthen EONC knowledge/skills of health care workers

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes

EONC skills training for institutional providers of the Provincial Network	Completed and on-going. However, recommend increased inputs in this area.

Strategy #4: Strengthen supervision and QI mechanisms for health facilities

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Support to the provincial MOH in Quality Management	Rapid Quality Circles ("Ciclos Rápidos") have been implemented and are on-going.
CQI technical support visits as necessary	Consistent and on-going. Team conducts regular visits to provide support to health facility staff.

Strategy #5: Design/implement community/users participation in CQI control

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Development and implementation of a proposal to strengthen the role of community representatives and users in CONPAS, County Councils, and CUSs based on the Ecuadorian Law on Maternity and Child Care	Completed. (See Annex 14 for copy of Legal Framework Guide for Community Participation in Improving Quality and Access to Health Care).

EXPECTED OUTCOME #4: Improved policy environment for coordination among community agents (TBAs), health care institutions and community/social organizations.

Strategy #1: Promote a County-level EONC network that includes community and institutional services

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Develop and implement a technical proposal for the creation of County EONC network, with a register of health stake holders and the design of a monitoring system	Completed. (See Annex 15 for Guide to Formation of Networks)
Quarterly meetings for coordination and monitoring of the county Networks and Micro-networks	Completed and on-going.

Strategy #2: Develop a subsystem for oversight and analysis of maternal and neonatal deaths

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Design, implementation, and monitoring of a neonatal death epidemiological surveillance system at the provincial level	Drafted and in the process of being approved. (See Annex 16 for Manual)

Strategy #3: Strengthen County and Parish-level Health Councils and Free Maternity User Committees

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Organizational strengthening and training of county and parish level CUSs on the Ecuadorian Law of Free Maternity and Child Care	Completed and on-going.

Strategy #4: Disseminate legal framework supportive of EONC Network

Inputs - Activities	Outputs - Outcomes
Design and implementation of a communication proposal for a favorable legal EONC framework with a set of graphics and printed materials to diffuse regularly through mass media	Completed. An investigation was carried out on the legal framework for the role of TBAs and a Guide was developed. (See Annex 17 for Legal Framework Guide for Role of TBA in Health System).

I. Introduction

Background and Context

The CSHGP project in Ecuador's Cotopaxi province, initiated in September of 2009, and implemented by University Research Corporation (URC), Center for Human Services (CHS), is focused on reducing maternal and newborn mortality rates through the integration of EONC services.

Cotopaxi Province

- 7 mothers died due to complications of pregnancy in 2009 and 2010 (117 per 100,000 live births)
- One newborn dies every week in Cotopaxi
- Many newborn deaths in the community are not reported
- Majority of women give birth at home attended by family members or TBAs
- Fragmented health care system (no continuum of care)
- Poor quality of care in facilities
- Inequitable access to basic and lifesaving services
- Little or no awareness of danger signs for pregnant mothers or newborns
- Vulnerable populations (high poverty rate)

Maternal and neonatal mortality rates in Cotopaxi province, with a largely rural (67%) and poor (90%) population of 384,499 inhabitants, are among the highest in Ecuador at 102 maternal deaths per 100,000 births and 8 neonatal fatalities per 1,000 births in 2008. Most maternal and neonatal deaths could be prevented with access to essential obstetric and neonatal care (EONC) when complications and emergencies arise. Health facilities in Cotopaxi are often unable to effectively manage complications at all levels of care (sub health post, health post,

health centers, district and provincial hospital). Many indigenous women give birth at home attended by a TBA (traditional birth attendant) or family members without timely access to emergency care if complications occur. In 2004, 71% of indigenous women and half of all women in Cotopaxi gave birth at home, compared to the national institutional delivery rate of 75%.

Scope of Work and Methodology

This midterm evaluation (MTE) was conducted at the two year mark in September 2011 to assess if the project is reaching the appropriate level of activities and efficacy towards the achievement of its objectives. See Annex 6 for the complete scope of work and evaluation schedule.

The scope of work was to:

- Assess progress in implementing early phases of DIP
- Assess progress towards achievement of objectives/benchmarks
- Assess if interventions are sufficient to reach desired outcomes
- Assess progress in implementing OR study
- Identify barrier/challenges to achieving objectives

- Identify key factors towards what is working well or what is not working well
- Provide recommended actions to guide project staff through last half of project

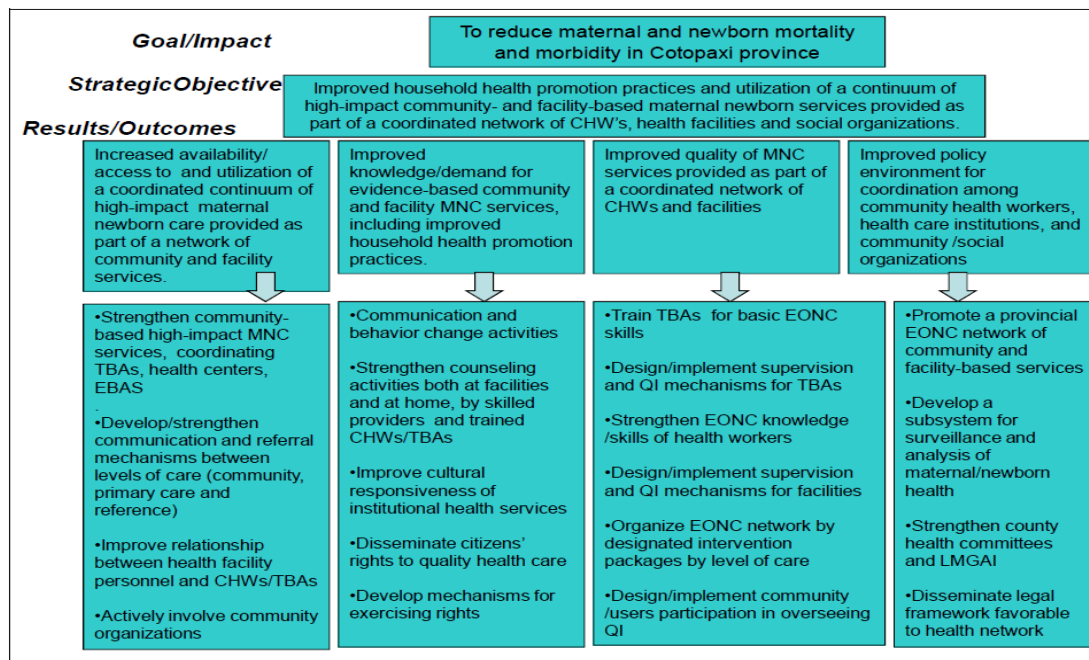
The methodology included:

- A systematic review of relevant documents and project materials (See Annex 11 for list of documents reviewed)
- A briefing with the Ministry of Health central office and with the MOH Cotopaxi provincial office
- Interviews with project staff, implementing partners and stakeholders (See Annex 7 for List of Contacts)
- Field visits to project sites
- Data analysis
- A debriefing with the USAID Mission in Quito

II. Project Overview

Project Goal and Objectives

The overall goal of the Ecuador EONC Project is to reduce maternal and newborn mortality in the province of Cotopaxi. The overall project objective is to improve household practices and build a provincial-level network of coordinated maternal newborn health services, strengthening both the linkages between the levels of care (community, sub health post, health post, health center and hospital) and improving the quality of care during the prenatal, intra-partum and postpartum periods. The project seeks to increase skilled care coverage and to strengthen the utilization, coordination and quality of community and facility-based high impact, evidence-based services for mothers and newborns, with community services delivered by TBAs supported by health center staff and community organizations.



Project Location and Estimated Project Area Population

The project is located in Cotopaxi province, a mountainous region in the Ecuadorean Andes, approximately 130 kilometers from Quito. The province has 7 counties, which have a total of 38 rural parishes. The project is working in 21 of these parishes which were selected using the criteria: high burden of maternal newborn mortality, greater than 40% indigenous Indian population, and greater than 50% extreme poverty.²

² See Annex 11 for Chart of Targeted Parishes Poverty & Indigenous Rates



Cotopaxi Province Figures

Population	384,499
Project Target Population Women, Children & Infants	72,437
Poverty Level	90.47%
Rural Population	67%
Indigenous Population	28%
Maternal Mortality	102/100,000
Neonatal Mortality	7.2/1000

1. Project Baseline Survey

The baseline household survey conducted by the project found significantly lower levels of skilled delivery and post-partum care coverage among indigenous Indian women than non-indigenous women. Only 36% of indigenous mothers reported a facility birth with their last pregnancy versus 89% of Mestizo mothers; and 49% of Indian mothers reported receiving four or more antenatal visits with their last pregnancy versus 77% of Mestizo mothers; and only 10% of women reported a home-based post-partum visit within 48 hours of birth. Barriers to accessing skilled care within the indigenous and rural communities are cultural, economic, geographic and systemic. Indigenous beliefs frequently conflict with the way modern medical care is delivered and traditional healers are often the most accessible or only option for rural families. A 2004 survey concluded many maternal and newborn deaths occur in communities with close geographic access to a health center or hospital due to cultural barriers to the use of modern health services that might have been life saving.³

³ ENDEMAIN Survey 2004

Project Design, Technical Approach and Fit within the Health System

1. Project Design and Fit within the Health System

The project design is aligned with USAID priorities and policies, and incorporates a number of evidence-based, globally recognized models and best practices that can be sustained and scaled up. These are: the “Household to Hospital Continuum of Care” approach; “Respectful Care at Birth”; proven packages of maternal-neonatal services; SBCC; competency-based training; health sector reform and health systems strengthening; gender; the targeting of marginalized, vulnerable and underserved populations; and public-private sector partnerships.

The design is totally in line with, and supports, Ecuador’s *National Development Plan 2009-2013* and the *National MOH Accelerated Plan to Reduce Maternal and Neonatal Deaths* which mandates: the development of local health networks comprised of MOH health facilities and staff, TBAs, NGOs, and community organizations working together to ensure culturally appropriate care in collaboration with the national Department of Intercultural Health of the MOH; and increasing the coverage of and access to basic health services to rural, poor and marginalized populations.

The project design is also aligned with regional Latin American and Caribbean (LAC) initiatives to reduce MNC mortality and morbidity sponsored by PAHO, UNFPA, and UNICEF, who are bilateral and multilateral USAID and MOH partners. These include the Latin American Maternal Mortality Initiative (LAMM) and the LAC Newborn Alliance which are focusing on the development and implementation of policies and operational models for the delivery of high impact innovations and effective packages of services based on proven best practices that will effectively expand access to the most vulnerable groups to improve outcomes for mothers and newborns.

2. Health Providers in Cotopaxi

The three main providers of health care in Cotopaxi, including obstetric, newborn and child health services, are: the MOH (Ministry of Health) with 45 health centers and 6 hospitals; the IESS (Social Security Institute) with 6 clinics and one hospital; and the SSC (Seguro Social Campesino) with 38 health centers. In the urban area there are 12 private clinics. In 2008, a new health care extension program was initiated by the MOH to expand primary health care services called “Basis Health Teams” (EBAS in Spanish). Funded by the national government the EBAS model consists of a general physician, nurse and auxiliary nurse based out of a parish health center. The EBAS team is responsible for extending coverage of the health center services through a structured program of home visits.

3. Traditional Birth Attendants

Most rural communities have TBAs who attend deliveries. The MOH provincial health office has identified 268 active TBAs, however, an accurate number is not available and only half of these 268 TBAs have been participating in MOH activities. The majority of TBAs are women but there are a small number of male TBAs. The national Department of Intercultural Health within the MOH is in the process of developing an official policy to establish the role of the TBA in the public health system. One of the main reasons cited by women why they preferred to give birth at home during a qualitative survey of TBAs in Cotopaxi (part of the project baseline) was the poor treatment they received at the health centers. Women say they prefer to give birth at home with a TBA for many reasons including: presence of family members; ability to drink teas and eat food; delivery position; room temperature and clothing; choice of lighting; and emotional support by TBAs and family.

TBAs interviewed stated they did not feel recognized or valued for the work they do by the health facility staff and that their referrals were often ignored. The baseline survey also found a lack of trust and communication between the TBAs and health staff.

Impact of TBAs⁴

A recent global systematic review of the impacts of interventions on maternal health and factors for change in resource limited countries analyzed interventions which focused on linking TBAs with the health care system in various countries including Honduras. “The training focused on increasing TBA awareness of the importance of clean delivery and early referral to the formal health care system with essential obstetric services to avoid delays in case of complications. Training of TBAs in countries where the community commonly utilized their services had strong impacts on maternal health outcomes only when it was supported by functioning referral systems and good working relationships with the formal health care systems.”

4. Community Health Workers

Most CHWs (Community Health Workers) in Cotopaxi are men and few provide direct maternal newborn services. Their role consists mainly of health promotion (they are called “promotores”) and counseling on such topics as immunization, nutrition, hygiene and preventive care.

⁴ Angelo S. Nyamtema, David P Urassa, and Jos van Roosmalen, Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change, BioMed Central (BMC) Pregnancy and Childbirth, April 17, 2011

5. Coordination

Prior to the CSHGP project there was little or no coordination among the facilities and institutions across the system. The baseline survey found: the system was fragmented; quality of care was poor; there was no continuum of care; and access to basic health services was inequitable. There were no functioning systems for referrals between the community, the health centers or hospitals.

6. Technical Approach

The technical approach of the project focuses on four main areas to improve the gaps in care for the vulnerable target population through:

1. **Better availability/access to a continuum of high-impact maternal and neonatal care, at both household and facility level.**
 - 1.1. Strengthen high-impact community maternal and neonatal care integrating traditional birth attendants, health centers, and EBAS
 - 1.2. Strengthen/develop communication and referral mechanisms among the different levels of care (community, primary, secondary)
 - 1.3. Improve relations between health personnel and CHWs/TBAs
 - 1.4. Actively involve community organizations

TBA ENOC Skills for Home-based Maternal Newborn Service

Antenatal Care	Labor and Delivery Care	Early Postpartum Care (first 3 days after delivery)
- Referral facility-level antenatal services - Nutrition counseling - Pregnancy danger sign recognition and referral - Birth preparedness & complication readiness *Note: The focus is for the TBA to promote the utilization of skilled facility-based antenatal services, not provide antenatal care	- Recognition of prolonged labor - Clean delivery (hand washing, clean blade) - Immediate drying & wrapping of newborn - Fundal massage of uterus after delivery of placenta - Exclusive & immediate breastfeeding (within 1 hour after birth) - Cord care - Danger sign recognition & referral for mother & newborn - Avoidance of harmful practices	- Exclusive breastfeeding - Thermal and cord care counseling - Nutritional counseling for mother & newborn - Recognition & referral for maternal & neonatal danger signs - Basic assessment of mother & newborn - Avoidance of harmful practices - Birth spacing & FP counseling and referral for modern methods

2. **Better understanding/demand for evidence-based community and facility MNC services, including improved household health promotion practices**
 - 2.1. Develop communication activities for behavior change
 - 2.2. Strengthen counseling activities both at facilities and at home, by skilled providers and trained CHWs/TBAs

- 2.3. Improve the cultural competency of the institutional health services
- 2.4. Publicize the citizen's right to quality healthcare
- 2.5. Develop mechanisms to exercise these rights
- 3. Improved quality of MNC services provided as part of a coordinated network of CHWs and facilities**
 - 3.1. Train traditional birth attendants in basic EONC
 - 3.2. Formulate/implement mechanisms for oversight and continuous quality improvement for traditional birth attendants
 - 3.3. Strengthen EONC knowledge/skills of health workers
 - 3.4. Formulate/implement mechanisms for oversight and quality improvement (QI) for facilities
 - 3.5. Organize an EONC network for the different levels of care
 - 3.6. Develop/implement community/participant involvement in QI follow-up
- 4. Improved policy environment for coordination among community health workers, health care institutions, and community/social organizations**
 - 4.1. Promote a provincial EONC network of community and facility-based services
 - 4.2. Develop a sub-system for surveillance and analysis of maternal/neonatal health
 - 4.3. Strengthen county health committees and the LMGYAI (Law on Free Maternity and Infant Care)
 - 4.4. Establish a legal framework favorable to the health network

Cross-Cutting Interventions

There are a number of integrated cross cutting project interventions focused on: developing a network linking community-based providers and health facilities to provide quality EONC services; coordinating activities among TBAs, mobile community health teams, facilities that provide services, community leaders, and NGOs working at the community level; increasing community access to, demand for, and use of EONC network services; and strengthening the cultural acceptability of services at health facilities.

To improve the provision of quality culturally acceptable care at health facilities along the household to hospital continuum of care (HHCC), including the “Humanization and Cultural Adaptation of Delivery Care” the CSHGP team works closely with the provincial staff of the Department of Intercultural Health of the MOH. The project’s Community Level Activities Coordinator, based in Latacunga, is an anthropologist with extensive experience in the implementation of culturally appropriate services. To strengthen the representation of indigenous users concurrently with the sensitization of health facility staff and managers, at the parish level the project is working to ensure active indigenous participation and membership on the parish health teams supporting these members to advocate for improved quality of and access to care. The parish teams also encourage the active involvement of TBAs and other community leaders.

Improving the level of trust, working relationships and communication between members of the community (both leaders and users), the TBAs, the health facility providers and managers, and the MOH district and provincial staff is an important cross cutting intervention achieved through: regular meetings and exchanges of information and ideas; and mentoring by the CSHGP staff who are promoting leadership, active engagement, empowerment, and technical excellence at all levels of the system.

Mission Collaboration

Paulyna Martinez, the USAID/Ecuador Mission person coordinating the CSHGP project, has been kept well-informed and has been strongly supportive of the project since the beginning of the start up phase (October of 2009). The project has a positive and on-going relationship with USAID Mission representatives and the activities are aligned with Mission objectives. CSHGP is seen as a model program with the potential for expansion and replication.

Data Quality

Despite the many challenges of collecting data at multiple levels within the MOH system, the project is doing an excellent job of producing good quality data. Both M&E (monitoring and evaluation) and documentation of the process for the evidence base and potential scale up of the project model is a high priority for the team. Data are collected routinely and on time, reviewed, discussed and analyzed regularly, and used for decision making. Because the sustainability of project activities and results is a strong focus, from the beginning of the implementation phase the CSHGP team has invested the extra time and patience required to work with the MOH staff at all levels to collect and analyze the data. Established MOH health information and records are being used to track as many indicators as possible. At the community level it was necessary to design and implement a simple additional system for collection of key data due to the fact there was no current MOH method to capture interventions the TBAs were carrying out.

M&E forms and guides developed by the project to measure and monitor TBA activities and impact include:

- Activity Register
- Quality Control Activity Measurement Tool
- Referral Form (see copy of TBA referral form below)
- Baseline Survey

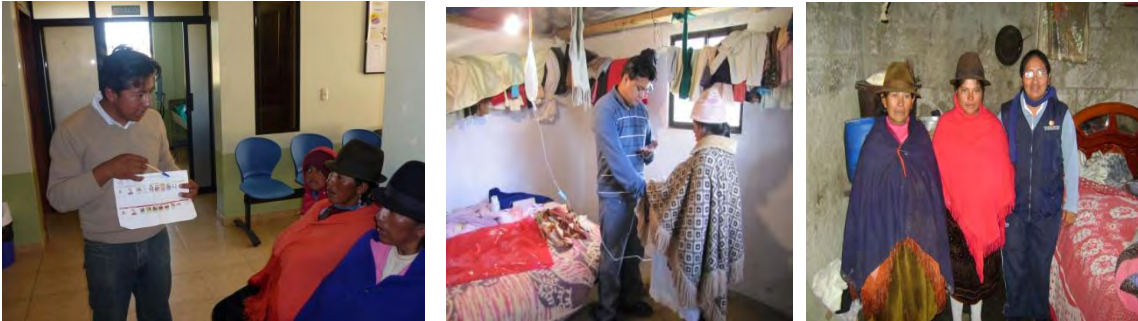
CUPON DE REFERENCIA

CUPON DE REFERENCIA DE LA PARTERA TRADICIONAL CAPACITADA					
 Ministerio de Salud Pública DIRECCION PROVINCIAL DE SALUD DE COTOPAXI SUBPROCESO DE SALUD INTERCULTURAL	NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA		
	NOMBRE DE LA PARTERA		MICRORED		
 CONTROL DEL EMBARAZO	 ATENCION DEL PARTO	 CONTROL DEL POSPARTO	 CONTROL DEL RECIEN NACIDO	 COMPLICACION DE LA MADRE	 COMPLICACION DEL RECIEN NACIDO
☐	☐	☐	☐	☐	☐
Observaciones:					

It was also necessary to develop a data collection tool and method for referrals and counter referrals from the community to health facilities across the Cotopaxi provincial health system. The project conducted a thorough qualitative and quantitative baseline

survey that will be repeated at the end of the project to measure impact. The project has also developed an epidemiological surveillance system for neonatal mortality, including a methodological guide and implementation plan that is currently in the process of being approved.

Challenges to data collection include the limited available time of MOH staff results in some delays, as well as the remoteness of target project areas results in considerable project staff time required to facilitate the routine, regular and timely collection of data.



III. Assessment of progress toward the achievement of project results

M&E Table

Please refer to Annex 18 which shows the project has 71 indicators divided into:

- Impact (9)
- Access (24), divided between referrals (13), micro-networks (4), use of services (4), and TBAs (3)
- Knowledge, Practices and Behaviors (14), divided between community/users (6), TBAs (7), and media/communication (1)
- Quality (16), divided between TBAs (2), hospital (10), and health centers (4)
- Social Participation (4)
- Epidemiological Surveillance (4)

For many of the indicators the project is just now entering the phase which should show improvements. However, some of the notable achievements are discussed in the next section.

Discussion of the Progress towards Achieving Project Results

1. Progress towards Achieving Project Results

General

- The project has been successfully implemented in 7 health parishes in the District of Pujili and is entering the expansion phase to the remaining districts.
- In 2010 there were 7 maternal deaths and 52 reported neonatal deaths, however, as of the end of September in 2011, only 2 maternal deaths have been reported with only 3 months remaining in the year indicating that the project is probably having an impact on the MMR through the improved detection, management and referral of obstetric complications and emergencies.
- The project had developed strong, positive working relationships with its implementing partners at all levels of the MOH, with NGOs, community leaders, and providers.
- The team looks consistently for “missed opportunities” and is very responsive to requests from the stakeholders and implementing partners.
- The project is empowering TBAs, nurses and female health workers through mentoring, knowledge transfer, and leadership development skills.

Increased Availability and Access to Services

- The building and strengthening of district health teams is improving the capacity of the system to extend and expand access to care.
- Prior to the development and implementation of the “Cupon de Referencia” (TBA Referral Form) in July 2011, there was no formal or easy way for the majority of TBAs who do not know how to read or write, to refer women or newborns with complications to facilities. Referrals have increased since it was rolled out.
- Prenatal care, births, and post partum visits for mothers and newborns by qualified providers in facilities and the community have increased.

Improved Knowledge and Demand

- Improved knowledge and demand is being created by raising the knowledge and awareness of community members and providers through SBCC activities, the

parish health teams, training activities and educating users and community leaders regarding their rights to basic quality health care.

- SBCC materials are high quality and widely disseminated and available.

Improved Quality of Services

- The project team is developing future health care leaders among the rural doctors, nurses and MOH staff through on-going mentoring, supportive supervision, training, involvement in health parish teams, and active and regular engagement in problem solving along the continuum of care.
- The project uses and promotes global best practices in maternal, neonatal health along the continuum of care.
- Technical training materials, guides and protocols are excellent and innovative state of the art training techniques are used consistently by the team.
- A baseline assessment of the quality of care in 7 Cotopaxi hospitals including compliance with standards for obstetric and newborn care found zero to low percentages of compliance for interventions such as use of the partograph and AMTSL. Compliance is now increasing steadily and the hospital staff state they are very proud of their use of protocols and standards and notice an impact on outcomes.
- Health centers in the project areas are now using MOH protocols and standards.
- Maternal audits are now being conducted for deaths by the provincial and hospital authorities and case reviews are being conducted for near misses.
- Rapid quality circles have been formed for continuous quality improvement in the project target communities and health facilities.
- Referral systems are in place at all levels for maternal-neonatal complications and emergencies.

Improved Policy Environment

- The Cotopaxi ENOC project has developed a national and international model for scale up and replication that can be used to advocate for the HHCC approach and increased funding and attention for maternal-neonatal health.
- The project is strengthening the MOH leadership capacity at all levels and is focused on sustainability for replication and scale-up.

- Through skillfully raising the awareness regarding key issues, linking and building the capacity of stakeholders at all levels to work together to improve health care and outcomes the project is improving the policy environment.
- The Minister of Health formally asked the project to assist the MOH with improving their referral systems for emergencies.
- The project is forming strong public-private partnerships.
- An innovative agreement with the IESS (the Social Security System) and MOH in Cotopaxi to cover emergencies and share resources was reached this October (2011).

2. Results Highlights from Annual Reports

Year One Annual Report (Annex 19)

Innovative Ideas

In year one the project to create the Cotopaxi EONC Network started building Maternal and Neonatal Care Micro-networks at the parish level, enabling traditional midwives and formal health workers to coordinate actions that increase recruitment and coverage of Prenatal, Delivery, Newborn, and Immediate Post-Partum Care, as well as the timely detection of obstetric complications, through evidence-based practices carried out by qualified institutional or community health providers. The goal was to build twenty-one parish micro-networks, six canton networks, and one provincial network, during the project's four years.

Promising Practice

The Project promotes local health governance at the parish level through the creation and training of Parish Health Councils (CONPAS) as a strategic and effective mechanism to promote involvement and shared responsibility in maternal and neonatal program management. Parishes have local governments elected by popular vote (Parish Boards) in charge of general issues, but weakly focusing on health, which is why main parish health problems are always addressed by the Health Center management. The concrete contribution from the EONC Network project involves the development and implementation of a methodological proposal to create in every parish a specific stance for coordination, support, oversight, social control and accountability of maternal and neonatal activities that take place in parishes. In year one the project created two fully functioning CONPAS in Pilaló and Angamarca parishes.

The Project intends to reduce cultural gaps in health services provided by public and private institutions through an intercultural approach based on improvement of user-provider interpersonal relations (“buen trato”) and respect for users’ ancestral customs.

Best Practice

The Project’s goal is to implement interventions to promote visits to women and newborns by qualified providers or trained traditional midwives within the first 3 days after delivery, independently of where the delivery took place. It is expected this intervention will not be limited to the life of the project, but that it will be sufficiently documented and proven effective to be adopted as a provincial norm and a maternal and neonatal mortality reduction strategy, eventually becoming a national norm.

Primary Constraints, Problems and Areas in Need of Further Attention

Some of the primary constraints, problems and areas in need of further attention include:

- There is an acute shortage of human resources (doctors and nurses) and staff are rotated frequently.
- The demand for health care in the public sector significantly exceeds the supply due to the “Free Health Care for All” law passed several years ago and there is a critical shortage of hospital beds for mothers and newborns with complications.
- Infection prevention, bio-security and the organization of Pujili Hospital needs to be improved.
- Although the referral system which was non-existent prior to the project has improved significantly, the referral and counter referral system needs further strengthening at all levels due to the many and complex challenges of geographic barriers, lack of communication and a shortage of adequate funds for transportation.
- The quality of care, supportive supervision, EONC, and cultural sensitivity of care have all improved during the first half of the project, however, gaps remain and these complex areas warrant continued improvements. There is a shortage of experienced clinical trainers available due to their busy practices and there are few places with high volumes of complications for “hand on” training in EONC emergencies. Implementing effective supportive supervision systems and improving the cultural sensitivity of care also take time to implement and sustain.
- Although the project documentation has been excellent to date, the project needs further emphasis on the systematic collection and writing up of project “success stories” during field visits.
- Care for newborns with complications or at risk is a significant gap due largely to a combination of an acute shortage of newborn beds and qualified nursing staff.

Currently newborns at risk are usually discharged early with no follow-up plan or care.

Potential for Contribution to Scale, Global Learning, Sustained Outcomes, and Community Health Worker Models

The Cotopaxi EONC Project is a global model for HHCC because it is effectively addressing all the key elements of HHCC: community empowerment and mobilization; demand creation and bringing care closer to households; improving the quality of care at facilities; and engaging civil society and policy makers to support implementation. The central MOH has expressed interest in replicating the model on a national scale in underserved areas. Outcomes are likely to be sustained due to the project design and alignment with and implementation within the MOH system. The project is addressing equity issues by: prioritizing poor and indigenous women; increasing the coverage and quality of high impact home-based MNH services provided by TBAs and parish micro-network teams; improving the cultural responsiveness of services, including the “Humanization and Cultural Adaptation of Delivery Care;” and by empowering and giving a stronger voice to female health workers at all levels of the system. The incorporation of TBAs into the MOH system in collaboration with other community health workers, leaders and organizations is an effective model that could be replicated.

IV. Recommendations, Next Steps and CHS Action Plan

The recommendations and next steps include:

A. Establish Newborn KMC Units

Newborn Care Units that promote KMC (Kangaroo Mother Care) should be established in the Latacunga and IESS hospitals for premature, LBW and at risk newborns along with a system for follow-up Ambulatory KMC in the project health facilities and communities. A care plan which includes a referral on discharge to the nearest health facility to the family’s home should be developed accompanied by adequate teaching of the mothers (and other family members when possible) on how to provide special care for her newborn, danger signs, and where and when to seek medical attention. A fulltime person based in Latacunga should be hired to oversee KMC in the hospitals and to provide follow-up, teaching and mentoring to staff in the health centers and to community members.

B. Continue the process already in place of implementing an effective surveillance system for tracking newborn deaths

C. Orientation Package for Rural Doctors and New Staff

An orientation package for rural doctors and new staff should be developed to sustain the improved and strengthened relationships between the community (users and

leaders) and the health centers and to ensure the quality of care through the consistent and correct use of protocols and standards. The package should include a video, a mentoring program (e.g. young doctors who recently completed their rotation could provide regular coaching by phone), step by step instructions on how to use protocols and how and when to refer, job aides and other relevant teaching and training materials

D. Increased Emphasis on EONC, Quality of Care and Supportive Supervision

In the second phase of the project inputs and emphasis should be increased further on improving the quality of care (including culturally sensitive care and humane birth), EONC, and supportive supervision. This may require some creative approaches due to the shortage of experienced clinical trainers and adequate clinical caseload.

E. Certify hospitals as “Inter-Culturally Friendly” as a part of the increased emphasis on quality of care and culturally sensitive care

F. Continue to strengthen the referral system for obstetric-neonatal emergencies at all levels

The referral and counter referral systems are being strengthened, however, due to the complex challenges of working in isolated communities that lack transportation, adequate communication and resources continued efforts in this important area should remain a high priority.

G. Document and share project success.

- The project should make increased efforts to systematically identify, collect and write up project “success stories” during the field visits
- Produce a video of the Cotopaxi project model for Ecuador and for international audiences for promotional and training purposes
- Identify and promote “positive deviants” within the model. “Positive deviants” is “an approach to behavioral and social change based on the observation that in any community, there are people whose uncommon but successful behaviors or strategies enable them to find better solutions to a problem than their peers, despite facing similar challenges and having no extra resources or knowledge than their peers.”
- Develop “policy papers” to share successful outcomes with decision-makers

CHS Action Plan for Responding to Evaluator Recommendations

A. Establish Newborn KMC Units

CHS has already started to work on this recommendation: CHS staff held meetings with the Directors of the two main hospitals in Latacunga (IESS hospital and MOH hospital) and reached an agreement that both hospitals will implement collaboratively the KMC method for management of premature-low weight babies. Moreover, CHS is sending the lead neonatologists from the MOH hospital and IESS hospital, Drs. Gonazalo Arcos and Dr. N. Arguello respectively, to the USAID December 2011 LAC Regional Conference on KMC in the Dominican Republic. In addition, a team from each hospital will be sent for KMC training at the KMC Foundation in Bogota in early 2012. As part of the CSHGP project, CHS will continue to support introduction and ongoing support of comprehensive KMC care in project hospitals, including a system of follow up care and family education support at county hospitals, parish health centers, and by TBAs as possible to ensure continuity of care for the vulnerable low birth weight and premature infants who receive KMC care during the early neonatal period.

B. Continue the process already in place of implementing an effective surveillance system for tracking newborn deaths

CHS project staff and the provincial MOH office are working collaboratively to establish and provide ongoing support for maternal and newborn mortality surveillance committees in every county and provincial hospital, linked to community committees within each of the micro networks active in the Project. The project will place strong emphasis on integrating mortality surveillance committee findings and recommendations into ongoing quality improvement activities at community and facility levels.

C. Orientation Package for Rural Doctors and New Staff

Arrangements have been made in coordination with the provincial MOH office to provide as of December 2011 a structured orientation and training for new rural doctors, nurses, dentists and other staff at the start of their mandatory one-year of rural work. CHS' Communications Specialist is working to develop a motivational and educational video to support this orientation and training package. In addition, CHS is in the process of hiring one of the champion rural doctors who participated in the first phase of the project (and who will complete his national rural work requirement in December 2011) to help CHS and the MOH to train, orient and mentor new rural staff to expand successful project interventions during project years three and four.

D. Increased Emphasis on EONC, Quality of Care and Supportive Supervision

During the third year of project implementation, CHS will increase project focus on Continuous Quality Improvement and our proven approach to Humanization and Cultural Adaptation of childbirth care (HACAP, for its Spanish acronym), both areas in which CHS has substantial expertise and experience. To help overcome the shortage of

experienced clinicians willing to work continuously in the Cotopaxi province, CHS will recruit hospital-based specialists from the capital and other large cities to try to link expert clinicians to ongoing project training and supportive supervision activities in the Cotopaxi province. CHS will also explore increased use of internet-based training.

E. Certify hospitals as “Inter-Culturally Friendly” as a part of the increased emphasis on quality of care and culturally sensitive care

CHS will explore this possibility via meetings with the MOH National Program for Intercultural Health Care. A potential model from which we can draw lessons is the UNICEF-supported program for “Baby-friendly hospitals”, which certifies hospitals that comply with a set of standards.

F. Continue to strengthen the referral system for obstetric-neonatal emergencies at all levels

CHS will place special emphasis in the project third year on supporting Emergency transportation mechanisms developed locally by parish communities and health centers participating in the project parish networks. CHS will leverage the initial experience of early transportation committees that have made use of established transportation resources within communities and municipalities, such as police cars, firemen, churches and NGOs. In addition to emergency transport mechanisms, CHS is supporting development of detailed guidelines and user-friendly protocols on when and how to refer EONC complications and emergencies at each level of the EONC network, including stabilization and explicit referral protocols. These guidelines will complement a more general reference document on obstetric and neonatal referrals developed jointly by CHS and the MOH that is now in use in parish network facilities. Moreover, CHS is actively building an alliance between the two main hospitals in Latacunga (Cotopaxi’s main city) with the aim of ensuring availability of Comprehensive EONC care 24 hours a day seven days a week in Latacunga, including obstetric emergency anesthesia and surgery services such as cesarean section, hysterectomy, and repair of severe uterine and vaginal tears. Currently, there is no reliable emergency obstetric care available in Latacunga nights and weekends, forcing women and families to travel to the national capital, Quito, when emergencies occur at nights or on weekends.

G. Document and share project success.

CHS has hired a full-time specialist to intensively support and coordinate all project Communication and Behavior Change activities. The project FY12 work plan specifies multiple activities, led by the Communication Specialist, to address this MTE recommendation including: the production of radio jingles in both Spanish and Quechua; the production of a promotional video as recommended by the MTE; a weekly radio program; the systematic development and dissemination of success stories; and other communication mechanisms aimed at documenting and sharing project activities and successes.

Annex 1

List of Publications and Presentations Related to the Project

Traditional Birth Attendants (TBAs)

- Training Guides and Modules
- Activity Register
- Quality Control Activity Measurement Tool
- Referral Form
- Baseline Survey
- Legal Framework Guide for Role of TBAs in Health System

Community Health Networks and Strengthening Links to Health System

- Guide for Formation of Networks
- Guide for Improving Access to Care through Rapid Quality Circles (Ciclos Rápidos)
- Risk Screening Tool for Pregnant Women and Newborns

Community Mobilization

- Guide for Forming Parish Health Committees
- Guide for Elaboration of Parish Maternal-Neonatal Health Plans
- Guide for Emergency Referrals for Maternal-Neonatal Complications
- Legal Framework Guide for Community Participation in Improving Quality and Access to Health Care

Inter-Cultural Care (Culturally Sensitive)

- Training Module for Culturally Sensitive Care

Referrals

- Guide for Referrals and Counter Referrals

Clinical Skills Training

- Clinical Training Modules for Emergency Obstetric and Neonatal Care
- Training Guide for Helping Babies Breathe (Newborn Asphyxia)

Improving Quality of Care

- Rapid Quality Circle Plans for Pujilí and Zumbahua Hospitals

Epidemiological Surveillance of Neonatal Mortality

- Methodological Guide
- Implementation Plan for Surveillance System

Social Behavior Change and Communication

- Implementation Plan for SBCC

- Informational Radio Spots and Jingles

Annex 2

Project Management Evaluation

The project is well managed. URC/Bethesda staff provides high quality technical and logistical support and working relationships between US headquarters, the office in Quito and the field office in Latacunga are very good. The Regional Director has exceptional technical, political and management skills as evidenced by: the project design and skillful implementation; a multifaceted understanding of the problems and issues the project is seeking to address; the close working relationships with the MOH and implementing partners at the central, provincial, district and community levels; extensive knowledge of global best practices and how they can be effectively adapted to the local context; an understanding of and commitment to sustaining project interventions and impact; the use of data for decision making and thorough documentation; the proficient use of project resources; and the composition of the team in Quito and Latacunga which is diverse in gender, experience, and expertise. The Field Program Manager has extensive knowledgeable and experience in maternal-neonatal health and is dedicated to promoting quality culturally sensitive care at the hospital, health center and community level. Women on the team are given a strong voice. The team meetings are dynamic and lively with serious, in-depth analysis and open debates around technical and implementation issues. Different opinions are respected and encouraged. The team is highly motivated and technically competent. The consultant was particularly impressed by the respect and warmth expressed towards the team members by MOH, NGO staff, health facility staff, community leaders and other implementing partners at every level. The relationships with the TBAs and community leaders are equally positive and strong and the team is clearly providing on-going mentorship and leadership to MOH, facility staff, community members and traditional practitioners.

Annex 3: Work plan Table annotated for MTE per USAID guidelines

CHS USAID CSHGP Cotopaxi Essential Obstetric and Neonatal Care Project

Note: extracted from DIP and annotated by CHS for MTE report per verbal agreement with USAID (consultant did not include annotated work plan table in her final MTE report)

Project Goal: Reduce maternal and neonatal morbidity and mortality in Cotopaxi province.

Project general objective: Improve household health promotion practices and utilization of a continuum of high-impact community and facility maternal newborn services provided as part of a coordinated network of CHWs, health facilities and social organizations.

EXPECTED OUTCOME #1: Increased availability / access to and utilization of a coordinated continuum of high-impact maternal newborn care provided as part of a network of community and facility services.				
STRATEGIES	Goal	Activities **denotes project-wide activity	Objective Met	Activity Status
Project-wide Cross-cutting Activities relevant to all results		0.1. Coordination meetings with Cotopaxi MOH **	YES	Completed at start up; ongoing throughout life of project
		0.2 Coordination meetings with national MOH **	YES	Completed at start up; ongoing throughout life of project
		0.3. Plan and implement KPC household survey (baseline and end line) **	YES	
		0.4. Prepare & submit DIP **	YES	
		0.5. Initial focus group with TBAs **	YES	
		0.6. Workshop to develop detailed operational project work plan with MOH Cotopaxi **	YES	Completed at project start up-regularly reviewed and updated with Cotopaxi MOH
		0.7 Mid-term evaluation by external consultant **	YES	
		0.8 Final Evaluation by external consultant **	NO	Pending end of project in 2013
		0.9 OR (concept paper ; ongoing data collection/analysis; final report) **	IN PROGRESS	
1. Coordinate TBAs, health centers, and EBAS, for high-impact maternal and neonatal care.	1.1 100% of targeted project parishes have created a parish inter-institutional health care micro-network by end of project, led by parish health council.	1.1.1 Develop technical proposal for creation of Parish-level Micro- Networks **	YES	Completed and manual developed to guide ongoing parish micro-network work and to orient new parishes
		1.1.3 Develop technical proposal for creation of Parish-level Health Plans **	YES	
		1.1.4 Visit to Cusubamba to learn about the Parish Council experience **	YES	

EXPECTED OUTCOME #1: Increased availability / access to and utilization of a coordinated continuum of high-impact maternal newborn care provided as part of a network of community and facility services.

STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES **denotes project-wide activity	Objective Met	Activity Status
		1.1.5 Meeting with NGOs from targeted county by year (FEPP, Plan Internacional) **	YES	
		1.1.6 Meetings with Cotopaxi MOH office and technical team from targeted county Health Area (by year) to introduce & review plan for parish Micro-Networks **	YES	
		1.1.7 Meetings in targeted parishes (by year) to begin creation of micro-networks among parish health providers (TBAs, MOH- SSC, among others)	YES	
	1.2 100% health micro-networks have a maternal and neonatal health plan	1.2.1 Meetings with activated parish health councils (CONPAS) to create Parish maternal newborn health plans	YES	
	1.3 100% health micro-networks monitor health plan through monthly meetings	1.3.1 Quarterly meetings to monitor implementation of parish health plan with CONPAS from each parish	YES	
2. Develop /strengthen communication and referral mechanisms among healthcare levels (community-level, 1st. and 2nd. level)	2.1 Updated Provincial referral/counter-referral guidelines	2.1.1 Provincial meeting with technical staff from health areas, Cotopaxi MOH Office, Provincial Hospital, and TBAs, to review and update the current Cotopaxi referral guide. (1 day) **	YES	
		2.1.2 Revise Provincial Referral and Counter- referral Guidelines in collaboration with Cotopaxi MOH **	YES	
	2.2 100% of county hospitals and parish micro-networks (targeted by year) use a common set of referral and counter-referral set of guidelines	2.2.1 Meeting with county technical team (targeted by year) and County Hospital to train staff on revised referral guidelines. **	YES	
		2.2.2 Meetings with parish micro-networks (targeted by year) to train members on revised referral guidelines and processes.	YES	

EXPECTED OUTCOME #1: Increased availability / access to and utilization of a coordinated continuum of high-impact maternal newborn care provided as part of a network of community and facility services.

STRATEGIES	GOAL %	ACTIVITIES **denotes project-wide activity	Objective Met	Activity Status
		2.3.1 Develop Guide aimed at parish micro-networks to implement obstetric and neonatal emergency plans and committees in selected communities. **	YES	
	2.3 100% targeted parish micro-networks have an established Obstetric and Neonatal Emergency Committee and Transportation Plan.	2.3.2 Support Parish health council (CONPAS) emergency sub-committee to develop, implement and monitor maternal newborn emergency and transportation plans.	YES	
3. Improve interpersonal relations between health personnel and community health workers/TBAs	3.1 70% of TBAs (and Community Health Workers) interviewed rate interpersonal relations with health staff as "Good" or "Very Good"	3.3.1 Sensitize parish providers (skilled & TBAs) on cross-cultural perspectives and improved interpersonal relations between facility and community providers during quarterly parish health council meetings and supervision visits (buen trato)	YES	
		3.3.2 Meetings to promote cultural exchange among TBAs, community health workers and health personnel within each parish Micro- Network (by year)	YES	
	3.2 70% of health personnel interviewed rate interpersonal relations with TBAs (and community health workers) as "Good" or "Very Good"	3.2.1 Interviews to measure perceived quality and frequency of interpersonal communications between providers, TBAs and community health workers	YES	
		3.2.2 Disseminate interview results at quarterly Parish Health Council meetings	YES	

EXPECTED OUTCOME #1: Increased availability / access to and utilization of a coordinated continuum of high-impact maternal newborn care provided as part of a network of community and facility services.

STRATEGIES	GOAL %	ACTIVITIES **denotes project-wide activity	Objective Met	Activity Status
4. Actively involve community organizations and local governments	4.1 100% of project parishes from targeted counties (by year) have formed a Parish Health Council (CONPAS), incorporating the Micro-Network, the Parish Board and Social Organizations.	1.1.2 Develop technical proposal for creation of Parish Health Councils (CONPAS)	YES	
		4.1.1 Meeting with the provincial indigenous organization (MICC) to introduce the Project and reach agreement on methods and collaboration.**	NO	The political situation in country has not been appropriate to initiate local contact with provincial indigenous organization.
		4.1.2 Meeting with targeted county leadership (by year) of indigenous grassroots organizations to introduce project and establish agreements for collaboration and project strategy. **	YES	
		4.1.3 Parish-level meetings with community leaders, parish boards, representatives of TBAs, community health workers and women's groups to create/strengthen the Parish Health Council.	YES	

EXPECTED OUTCOME # 2: Improved knowledge / demand for evidence-based community and facility-level maternal newborn services, including improved household health promotion practices.

STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES	Objective Met	Activity Status
1. Behavior Change Communication Activities	1.1 A top-ranked radio station transmits radio spots regularly	1.1.1 Develop and produce Spanish and Kichwa radio spots for priority maternal newborn messages (birth preparedness/ emergency readiness; importance of pregnancy, birth and <i>early post-partum</i> checkups by trained TBA or skilled provider; danger signs for mother and newborn; family planning; breastfeeding and nutrition; rights- based intercultural care. **	YES	
		1.1.2 Identify top-ranked radio stations in the province **	YES	
		1.1.3 Contract services and sign agreements with selected radio stations **	YES	
		1.1.4 Dissemination of radio spots **	YES	
		1.1.5 Monitoring dissemination of radio spots**	YES	
	2.1 TV COLOR transmits television spots regularly; TV MIC [indigenous network] (depending on coverage)	2.1.1 Develop and produce Spanish and Kichwa television spots on neonatal danger signs **	YES	
		2.1.2 Contract services and sign agreements with selected television stations.**	YES	
		2.1.3 Dissemination of television spots	NO	In progress; to be completed in 2012.
		2.1.4 Monitoring the dissemination of television spots **	NO	In progress; to be completed in 2012.
		2.1.5 Distribution of DVDs with educational messages in target parishes	NO	In progress; to be completed in 2012. At this moment DVDs are in production.
	3.1 Two parishes from each targeted county (by year) hold a "maternal newborn community fair each year	3.1.1 Select Maternal – Neonatal Health topics and people responsible for different stands	YES	
		3.1.2 Design promotional material (posters, large-scale ads, for each area using a rights-based and intercultural approach, exhibition tents, 4 chairs for each tent) and preparation of satisfaction surveys **	YES	

EXPECTED OUTCOME # 2: Improved knowledge / demand for evidence-based community and facility-level maternal newborn services, including improved household health promotion practices.				
STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES	Objective Met	Activity Status
		3.1.3 Coordination with other health care institutions.**	YES	
		3.1.4 Invite citizens to participate in the open- house fair using loudspeakers, fliers, letters, etc.	NO	The Provincial Health Direction of Cotopaxi completed this activity
		3.1.5 Hold open-house/community fair	YES	
		3.1.6 Asses community perception via a participant satisfaction survey	NO	The technical team that completed this proposal decided that it was not necessary.
2. Strengthen counseling activities carried out by health personnel, TBAs and community health workers, at facilities as well as in homes.	2.1 Set of pictorial counseling materials produced for key counseling themes	2.1.1 Design, validate and print pictorial counseling job aids for use by TBAs and community health workers. **	NO	This was initiated in 2011.
		2.1.2 Create TBA kit (backpack, rain coat, counseling & other tools) to incentive TBAs **	NO	
		2.1.4 Distribute kits to TBAs/CHWs through parish health councils in targeted counties (by year).	NO	
	2.2 Counseling training workshop for skilled providers in targeted counties conducted each year	2.2. Training on counseling for skilled providers.**	NO	The material is being designed in 2011.
	2.3 Counseling training workshop for TBAs and CHWs in targeted counties conducted each year.	2.3 Training on counseling skills and use of job aid with TBAs. **	YES	
3. Improve cultural competence of institutional health care services	3.1 Three parish health councils from each county targeted by year implement Cultural Adaptation of Care activities	3.1.1 Initial introductory HACAP workshops in targeted county parishes.	YES	

EXPECTED OUTCOME # 2: Improved knowledge / demand for evidence-based community and facility-level maternal newborn services, including improved household health promotion practices.

STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES	Objective Met	Activity Status
	3.2 25% improvement in user satisfaction regarding cultural aspects of care	3.2.1 Base line measurement through user satisfaction surveys in targeted county hospital and parish ambulatory health centers implementing cultural adaptation of care activities.	NO	This will be completed in 2012.
		3.2.2 User satisfaction measurements every six months, with students conducting exit interviews at hospitals **	NO	This will be completed in 2012.
		3.2.3 Data processing by the CQI team of the Canton Hospital, and the Intercultural Office staff at other units, 1 day every 6 months.**	NO	This will be completed in 2012.
4. Disseminate citizens right to quality health care	4.1 Radio spots on citizens right to quality health care regularly disseminated	4.1.1 Production, validation and dissemination of radio spots on citizens rights to quality health care **	YES	
	4.2 90% of parish health councils implement information dissemination activities on citizen rights to quality health care	4.2.1 Creation of bulletin boards about citizens rights **	NO	This will be completed in 2012.
		4.2.2 Talks on citizen rights aimed at users in health units **	YES	
		4.2.3 Socialization of citizen rights amid grassroots and community organizations **	YES	
	4.3 Targeted County councils (by year) conduct 1 round table with authorities and social organizations to publicly disseminate citizens rights to quality health care	4.3.1 Coordinate with the Canton Council round table planning.**	YES	The themes of health as a citizen's right has been recognized in the monthly meetings that have been held with the County Council.
		4.3.2 Prepare invitations for participating social actors (mayor, health area director, representative of children and adolescents)**	YES	The themes of health as a citizen's right have been recognized in the monthly meetings have been held with the County Council.
		4.3.3 Conduct round table with 60 members of the Canton Council.	YES	The themes of health as a citizen's right has been recognized in the monthly meetings have been held with the County Council.
		4.3.4 Support remaining cantons for reactivation of Canton Councils	YES	

EXPECTED OUTCOME # 3: Improved quality of maternal-neonatal services provided as part of a coordinated network of facilities and community agents

STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES	Objective Met	Activity Status
1. Train TBAs for Basic EONC skills	1.1 100% of TBAs participating in project accredited by the MOH on community EONC skills and competences	1.1.1 Baseline assessment of TBA knowledge, attitudes and practices **	YES	
		1.1.2 TBA training manual updated, using a rights-based and intercultural approach **	IN PROCESS	Initiated in 2011
		1.1.3 Technical meeting to validate updated training manual **	YES	
		1.1.4 Community EONC training workshop (2 days) in targeted parishes (by year)**	YES	
		1.1.5 Follow-up and evaluation of Community EONC in every Micro-Network	YES	
2. Design/implement mechanisms for TBA supervision and CQI	2.1 TBA Supervision and CQI system designed and implemented in all parishes	2.1.1 Design supervision methodologies and tools **	YES	
		2.1.2 2 Introductory workshop to train supervisors/providers and validate the TBA supervision system with staff from Micro- Networks **	YES	
		2.1.4 Assessment of Supervision System at each Micro-Network	YES	
3. Strengthen EONC knowledge / skills of health care workers	3.1 100% of EONC providers from targeted counties (by year) trained on core EONC skills and competences	3.1.1 Identification of county health care providers to be trained (annual exercise in each new county)	YES	
		3.1.3 EONC training workshops for targeted county providers: MOH, IESS, SSC, private provider TBA's): topics to be covered include: Preeclampsia / Eclampsia management, Hemorrhage, Red Code, Neonatal Sepsis, Premature Birth, Neonatal CPR **	YES	
	3.2 100% of EONC providers from the Provincial Hospital possess EONC skills and competences	3.2.1 Consultancy to develop proposal for creation of Intensive Neonatal Care Unit **	YES	
		3.2.2 Request presented by the Cotopaxi MOH Office before the MOH central level soliciting Human Resources for the provincial hospital ICU	YES	
		3.2.3 Training on EONC skills and competences for health professionals from the Provincial Hospital. **	YES	

EXPECTED OUTCOME # 3: Improved quality of maternal-neonatal services provided as part of a coordinated network of facilities and community agents

STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES	Objective Met	Activity Status
		3.2.4 Technical meetings to design graphic material with maternal neonatal technical content aimed at units that attend deliveries **	NO	This product should be a result of the work of the hospital quality improvement teams.
		3.2.5 Production and distribution of graphic material	NO	This product should be a result of the work of the hospital quality improvement teams.
4. Strengthen supervision and QI mechanisms for health facilities	4.1 100% of operative units report rapid improvement cycles	4.1.1 Facility-based assessment **	YES	
		4.1.2 QI training (inc. formation of facility CQI teams) integrated into clinical technical training **	YES	
	4.2 > 70% Average Compliance with management of Maternal and Neonatal Complications	4.1.3 Provide support to the Cotopaxi MOH Office on Quality Management **	YES	
		4.2.1 Technical support visits for CQI teams that require them **	YES	
5. Design / implement community/users participation in CQI control	5.1 Established role of users/community representatives regarding quality improvement inside the CONPAS and Canton Health Council 5.2 75% of users/community representatives inside CONPAS and Canton Health Council trained to perform their role 5.3 Users/community representatives participate in 75% of CONPAS	5.1.1 Develop proposal for the role of users/community representatives inside CONPAS, Canton Health Council and Free Maternity Law User Committees**	IN PROCESS	The citizen's participation component started in 2011.
		5.1.2 Meeting to socialize and validate the proposal **	YES	The citizen's participation component started in 2011.
		5.2.1 Workshop to train user representatives on Quality Improvement oversight role **	IN PROCESS	The citizen's participation component started in 2011.
		5.3.1 Follow-up and support meetings	NO	The citizen's participation component started in 2011.

EXPECTED OUTCOME # 4: Improved policy environment for coordination among community agents (TBAs), health care institutions and community/social organizations.

STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES	Objective Met	Activity Status
1. Promote a County-level EONC network that includes community and institutional services	1.1 Functional County EONC Network consisting of three levels: community, institutional and inter-institutional. 1.2 Network Monitoring System designed and functioning	1.1.1 Develop technical proposal for creation of a Canton-level EONC Network (including list of actors and monitoring system design) **	YES	
		1.1.2 Workshop with county maternal newborn providers to validate the proposal and create the Canton EONC Network **	YES	
		1.1.3 Quarterly coordination and monitoring meetings of County Network and parish health councils. **	YES	
2. Develop a subsystem for oversight and analysis of maternal and neonatal deaths	2.1 Subsystem for Epidemiological Oversight of Maternal and Neonatal Health (VESMNN) and analysis of MM and NM, created and functioning in targeted counties by year and aligned with provincial monitoring.	2.1.1 Expert meeting to design subsystem for epidemiological oversight of maternal and neonatal health **	YES	
		2.1.2 Subsystem for Epidemiological Oversight of Maternal and Neonatal Health backed by the Ministry of Public Health **	YES	
		2.1.3 Meeting to socialize the VESMNN subsystem with representatives from the Micro-Networks and actors from the Canton Network; creation of the Canton VESMNN Committee. **	YES	
	2.2 80% of MD and ND analyzed by the oversight subsystem, with corresponding technical-legal resolutions	2.1.4 Monthly meetings of the Canton VESMNN Committee to evaluate and monitor the subsystem and analyze MD and ND. **	IN PROCESS	It will be completed in 2012.
3. Strengthen County and Parish-level Health Councils and Free Maternity User Committees	3.1 Strengthened County Health Council (by targeted county each year)	3.1.1 Participation in County Health Council meetings **	YES	
	3.2 Parish Health Councils (CONPAS) from 100% of project parishes in targeted counties reinforce Quality Management of Maternal and Neonatal Health	3.2.1 Meetings to strengthen CONPAS Quality Management of Maternal and Neonatal Health **	YES	
		3.2.2 Creation of Parish Annual Operation Plan in 7 parishes from the canton	NO	It was only completed in 2 parishes since there wasn't good participation from community leaders.

EXPECTED OUTCOME # 4: Improved policy environment for coordination among community agents (TBAs), health care institutions and community/social organizations.

STRATEGIES	GOALS %	ACTIVITIES	Objective Met	Activity Status
	3.4 Organizational strengthening and training of County and parish User Committees	3.2.3 Quarterly Parish Health council meetings will include review of parish health council support for CQI of parish maternal newborn services (TBA and facility) **	YES	Exclusively in 2 parishes.
		3.4.2 Creation of Parish User Committees in targeted counties by year.	YES	The parishes have User Committees.
		3.4.1 Training workshop for canton and parish CUS on citizen oversight; dissemination of legal framework for EONC network; and Free Maternity Law (participation of Provincial CUS) **	NO	It will be completed in 2012.
4. Disseminate legal framework supportive of EONC Network	4.1 Communication proposal to disseminate Legal Framework supportive of EONC Network	4.1.1 2 Meetings with County Health Council to develop communication strategy for dissemination of legal framework for universal access to quality maternal newborn care. **	NO	It will be completed in 2012.
	4.2 Regular dissemination of graphic and printed material about the Legal Framework for EONC Network in line with defined strategy (including media dissemination)	4.2.1 Implementation of defined strategy including printing and /or reproduction of legal framework materials aimed at different audiences within EONC network at provincial, county and parish levels. **	NO	It was initiated in 2011.

CENTER FOR HUMAN SERVICES - COTOPAXI EONC NETWORK PROJECT															
MONITORING OF INDIVIDUALS TRAINED PER EVENT															
Latacunga - Ecuador															
EVENT (As detailed as possible)	DATE	LOCATION	OBJECTIVE	DURATION	# of TBAS		Other community agents		MPH HEALTH PERSONNEL		OTHER INSTITUTIONS		TOTAL	CHS (Names or initials)	OBSERVATIONS
					WOMEN	MEN	WOMEN	MEN	WOMEN	MEN	WOMEN	MEN			
1st Clinical Training Workshop with Pujilí Health Area	1/13/2011	Pujilí Municipality	Complete training of 18 institutional providers from the Cotopaxi Health Area 2 (Pujilí Hospital, Area Sub-centers), on management of maternal and neonatal emergencies according to current MPH norms and protocols	5 hours					12	6			18	Dr. PA, SV	
First Collaborative Workshop of the Pujilí EONC Network	2/7/2011	HOSTERIA CAPULI	Train health staff and TBAs on CQC methodologies and micro-network management. Create teams to improve access and care of neonates in Pujilí micro-networks and hospitals	8	7	1			26	16	3	3	56	Dr. JH, Dr. MCH, Dr. PA, Dr. GF, Lic. JMF, Lic. MP, Lic. MER Ant. DG, SB, SV	
TBA Training Workshop	02/8-9/2011	Centro Diocesano Tantanacui	Training of TBAs on: Counseling of mothers in preparation for post-partum, ¿What is a micro-network?, Referrals, Counseling of pregnant women, Identification of at-risk cases, Identification of danger signs during pregnancy	8	39	16			4	3			62	Lic. JMF, Ant. DG, SV	Participants were asked to sign a register for both days, except for DPSC staff, who signed a Cost Share for each day
Training Workshop on Technical Guidelines for Culturally Pertinent Delivery Care	03/10-11/2011	Cabañas BASCUN in Baños	Strengthen skills and knowledge of personnel from the Pujilí Rafael Ruiz Hospital and other Health Care Units in Pujilí Area 1, regarding Norms and Protocols for Culturally Pertinent Delivery Care	8					27	7			34	Ant. DG	Funded by Plan Internacional
Zumbahua Micro-network Meeting	3/14/2011	Claudio Benatti Hospital	TBAs Role in Delivery and Post-Partum Care	8	20	6					3	2	31	MIDWIFE Maria Dolores Collahuazo	The meeting was conducted by Midwife Maria Dolores Collahuazo
Training Workshop on Technical Guidelines for Culturally Pertinent Delivery Care	03/17-18/2011	Riobamba	Strengthen skills and knowledge of health personnel from the Pujilí Rafael Ruiz Hospital and other Health Care Units in Pujilí Area 1, regarding Norms and Protocols for Culturally Pertinent Delivery Care	8					19	13	1		33	Ant. DG	Financed by Plan Internacional
TBA Training Workshop	05/30-31/2011	Centro Diocesano Tantanacui	TBA Training on: Counseling, Delivery Care, Newborn examination, Counseling of Mothers during Post-partum, Home Visits	8	78	25			5	2			110	Lic. JMF, Dr. GF, Dr. PA, Lic. MP, Lic. MER, Dr. MCH, Ant. DG, SB, SV	
1st HACAP Workshop	6/25/2011		Participatory evaluation of different delivery care methods, in order to identify cultural gaps and user expectations		5	5			5	5			20	Ant. DG	
First ABR Workshop	06/28-29/2011	Hostería El Capulí	Training on Obstetric and Neonatal Care with the first group of staff from the MPH, SSC, IESS, and the Pujilí Rafael Ruiz Hospital	8h					9	6	3	2	20	Dr. MCH, Dr. MH, Dr. PA, SV, Lic. JMF	
Second ABR Workshop	07/27-28/2011	Hostería El Capulí	Training on Obstetric and Neonatal Care with the second group of staff from the MPH, SSC, IESS, and the Pujilí Rafael Ruiz Hospital	8					9	6	3	1	19	Dr. MCH, Dr. MH, Lic. MP, SB, SV	
Training Workshop with Staff from the SSC and the Rafael Ruiz Hospital	7/28/2011	Sinchahuasi Convention Center	Quality Improvement of Prenatal Care in EONC Micro-Networks Workshop	8					19		8	4	31	Lic. JMF, Dr. GF, Lic. MER	
2nd HACAP Workshop	7/30/2011		Developing proposals for specific changes in delivery care through rapid cycles		12	10			11	10			43	Ant. DG	

Annex 5

Evaluation Team Members and their Titles

URC/Ecuador Essential Obstetric and Neonatal Care Project

Dr. Jorge Hermida
Latin America Regional Director, CHS-URC

Dr. Mario Chávez
Cotopaxi Field Program Manager

Dr. Patricio Ayabaca
Facility Level Activities Coordinator

Dr. Miguel Hinojosa
Consultant of Epidemiological System Surveillance, Helping Babies Breather, Kangaroo Mother Care

Lic. Juana María Freire
Consultant of Micro-Networks and Midwife Trainings

Lic. Ximena Gudiño
Consultant of Communication Strategy

Ant. Daniel González
Community Level Activities Coordinator

Lic. Myriam Pillajo
Technical person in Micro-Networks and Midwife Trainings

Lic. María Elena Robalino
Nurse

Annex 6

Evaluation Assessment Methodology

Scope of Work

Name of Consultant: Pamela Putney

Nature of Consultancy: Mid-Term Evaluation of the USAID-funded CHS Child Survival Health Grants Program (CSHGP) in Ecuador's Cotopaxi province.

Main Project Component this Consultancy Supports: Mid-Term Evaluation.

Dates of Consultancy: September 20th-October 19th 2011; up to a total of 22 days including 4 preparation days for country visit, 2 travel days, 10 working days in Ecuador, and 6 days to finalize report.

Country Counterparts: Ecuador-based Project team; Ministry of Health Cotopaxi Office; USAID/Ecuador Mission.

Consultation Technical Counterparts: Jorge Hermida, URC-CHS Ecuador Country Director; Kathleen Hill, Technical Backstop, CHS headquarters.

Introduction:

The CSHGP project in Ecuador is focused on reducing maternal and newborn mortality rates through the integration of Essential Obstetric and Neonatal Care services in the Cotopaxi province of Ecuador. As a measure of ensuring the project is reaching the appropriate level of activity and efficacy a Mid-Term Evaluation (MTE) is required of the project at the two year mark. Details of the desired objectives of the consultancy are below.

Objectives of Consultancy:

1. Assess progress in implementing the early phases of the DIP;
2. Assess progress towards achievement of objectives or benchmarks;
3. Assess if interventions are sufficient to reach desired outcomes;
4. Assess progress in implementing the OR study;
5. Identify barriers/challenges to achievement of objectives;
6. Identify key factors that are contributing to what is working well or to what is not working well regarding some or all aspects of the program to inform project actions;

7. Provide recommended actions to guide the project staff through the last half of the project.

Specific Tasks:

- a) Review project documents prior to travel to the country
- b) Plan evaluation approach and first draft of country visit itinerary with Ecuador CSHGP team in advance of travel to ensure MTE objectives are met
- c) Travel time to the country and to the project site
- d) Team planning meetings with key CHS and partner staff to explain the purpose of the evaluation and to plan specific activities to ensure a successful MTE
- e) Field work and data collection: site visits and interviews (key informants and/or focus groups)
- f) Data analysis and additional interviews
- g) In-country debriefing preparation and presentation (Cotopaxi MOH Office, USAID Mission, Project team)
- h) Travel out of the country
- i) Drafting and finalizing report

Illustrative agenda in Ecuador:

- Day One:
 - Meeting with Dr. Jorge Hermida, CHS Director, LAC Region
 - Meeting with National MOH counterparts.
- Day Two:
 - Meeting with CHS project team in Cotopaxi
 - Meeting with provincial MOH office team.
 - Meeting with Evaluation team
- Days Three to Five:
 - Visits to micro networks in rural areas, interviews with Traditional Birth attendants, rural health centers' doctors, nurses.
 - Visits to county hospitals
 - Meeting with CHS project team
- Days Six to Eight:
 - Meetings with Parish Health Councils
 - Visits to sites with cultural adaptation experiences
 - Visit to provincial hospital
 - Meeting with CHS project team
 - Meeting with Evaluation team
- Day Nine:
 - Debriefing with USAID Mission in Quito
 - Debriefing with Jorge Hermida in Quito
- Day Ten. Travel.

Briefing/Debriefing Requirements:

- A briefing with the Ministry of Health central office and another with the MOH Cotopaxi Provincial offices are expected.
- A debriefing meeting with USAID/Ecuador will be scheduled
- A debriefing phone meeting with Kathleen Hill and Jorge Hermida, after first draft of MTE report is produced, to assist CHS CSHGP preparation of Action Plan.

Deliverables:

- Mid-Term evaluation report, prepared in accordance with USAID CSHGP 2011 guidelines, including findings and recommendations, and inclusion of all required report sections and annexes
- Trip report detailing the objectives of your trip and the results. This report should follow the provided template.
- *Please note that no project results, materials nor data may be used or shared externally without CHS permission.

Reference Documents:

- Detailed Implementation Plan (DIP), of the Ecuador Child Survival Project, approved by USAID.
- Mid-Term Evaluation guidelines, USAID (updated July 2011)
- Year Two Annual Report
- Copies of all relevant project materials will be shared with the consultant at least 2 weeks in advance of country visit, including: baseline assessment of TBAs; training materials and trainings conducted; BCC materials (e.g. jingles); parish micro-network guidelines and supportive tools; monitoring tools and results.

AGENDA FOR PAMELA PUTNEY VISIT TO ECUADOR

Day	Activity	Objective	Participants	Location
Monday, Sept 26	1. Visit to central Ministry of Health (MOH) Norms office, official counterpart for REDES CONE Project 2. Meeting with USAID	- Interview MOH national Project counterparts - Brief USAID/Ecuador	1. MOH Director Norms Dpt; Maternal Health Director; Child Health Director Paulyna Martínez, USAID/Ecuador	Quito
Tuesday, Sept 27	1. Meeting with Cotopaxi MOH Provincial Office Director and technical team 2. Meeting with Evaluation team 3. Meeting with REDES Project team	- Interview provincial MOH counterparts - Exchange with multi-institutional evaluation team - Discuss project strategies and activities with REDES project team	1. MOH Provincial Director 2. MTE Evaluation team REDES Project team	Latacunga
Wed. Sept 28	1. Visit to Pilalo Micronetwork 2. Meeting with Pilalo Parish Health Council	- Discuss micronetwork activities with rural doctors, nurses, midwives and TBAs - Discuss Parish Health Council activities	1. Micronetwork members: MOH health center personnel, SSC personnel, TBAs. Parish health council members	Pilalo parish
Thursday Sept 29	1. Visit to Angamarca Micronetwork	- Discuss micronetwork activities with rural doctors, nurses, midwives and TBAs - Discuss Parish Health Council activities	1. Micronetwork members: MOH health center personnel, SSC personnel, TBAs. Parish health council members	Angamarca parish
Friday Sept 30	1. Visit to Pujilí hospital 2. Meeting with REDES project team	- Observe and discuss EONC services, cultural adaptation processes, CQI processes - Discuss project strategies and activities	1. Pujilí hospital CQI team and staff REDES Project team	1. Pujilí county REDES project office in Latacunga

		with REDES project team		
Monday Oct 3	1. Visit to Zumbahua hospital	- Observe and discuss EONC services, CQI processes	1. Zumbahua hospital CQI team and staff	Zumbahua parish
Tuesday Oct 4	1. Visit to Guangaje Micronetwork	- Discuss micronetwork activities with rural doctors, nurses, midwives and TBAs	1. Micronetwork members: MOH health center personnel, SSC personnel, TBAs.	Guangaje parish
Wed Oct 5	1. Visit to provincial MOH hospital and provincial IESS hospital. 2. Meeting with REDES project team	- Observe and discuss EONC services, CQI processes - Discuss project strategies and activities with REDES project team	1. Hospital staff and CQI team REDES project staff team	Latacunga
Thursday Oct 6	1. Meeting with Pujilí county health council 2. Meeting with REDES project team	- Discuss links of county health council with REDES project - Discuss project strategies and activities with REDES project team	1. Pujilí health council representatives REDES project team	1. Pujilí Latacunga
Friday Oct 7	1. Debriefing with USAID 2. Pending issues and debriefing s			Quito

Annex 7

List of Persons Interviewed and Contacted during the MTE

USAID

Paulyna Martínez

URC/Ecuador Essential Obstetric and Neonatal Care Project

Dr. Jorge Hermida, Latin America Regional Director, CHS-URC

Dr. Mario Chávez, Cotopaxi Field Program Manager

Dr. Patricio Ayabaca, Facility Level Activities Coordinator

Dr. Miguel Hinojosa, Consultant of Epidemiological System Surveillance, Helping Babies Breathe, Kangaroo Mother Care

Lic. Juana María Freire, Consultant of Micro-Networks and Midwife Trainings

Lic. Ximena Gudiño, Consultant of Communication Strategy

Ant. Daniel González, Community Level Activities Coordinator

Lic. Myriam Pillajo, Technical person in Micro-Networks and Midwife Trainings

Lic. María Elena Robalino, Nurse

Ministry of Health

Central Level/Quito

Dr. Washington Estrella, Director, Standards of Care

Dr. Walter Torres, National Leader Integrated Child Health

Líder Nacional de Salud Integral de Salud de la Niñez

Dra. María Belen Nieto, Director, Women's Health

Provincial Level/Cotopaxi

Dr. José Izurieta, Director of Health

Dr. Hugo Guananga, Deputy Technical Director

Dr. Susana Moscoso, Director of Standards

Lic. Julia Venegas, Director, Division of Intercultural Health

Dra. Carmita Perez, Provincial Nutritionist

Director Seguro Social Campesino

Dra. Amarilis Aráuz, Head of the Provincial Department of SSC Tungurahua

Dr. Lázaro Freire, Coordinator of Peasant Social Security Cotopaxi

Latacunga MOH Provincial Hospital

Dr. Bolívar Serrano, Director at the General Provincial Hospital of Latacunga

Dr. Gonzalo Arcos, Gynecology Process Leader in the General Provincial Hospital of Latacunga

Dr. Fernando Salas, Gynecology Process Leader in the General Provincial Hospital of Latacunga

Latacunga Social Security Hospital

Dr. Hugo Arguello Navarro, Director, Latacunga Social Security Hospital

Pujilí Country Health Committee

Dra. Tania Velázquez Doctor at Rafael Ruiz Hospital

Sr. Edwin Sarabia Teniente Político

Sr. Melchor Pilliza Health Promoter

Pilalo Health Center and Parish Health Committee

Dr. Washington Masapanta, Rural Doctor

Lic. Sonia Chicaiza

Olmedo Pallo, Presidente

Pujilí Hospital

Dr. Iván Toapanta, Director

Dra. María Jácome, Area Coordinator

Lic. Mariana Neto

Lic. Rocío Alvarez

Dr. Marcelo Ramírez

Obstetrician. Marina Molina

Lic. Verónica Herrera

Zumbahua Hospital and TBA Meeting

Dra. Anita Villafuerte, Director of the Claudio Benati Hospital

Dr. Rodmy Acosta, Claudio Benati Hospital Administrator

Obstetrician. Marcela Jungal

Guangaje Health Center and TBA Meeting

Dr. Pablo Abarca, Medico Rural

Obstetrician Elena Zambrano

Lic. Luz Mullo

Midwife Sra. María Nicolasa Tipán

Child Survival and Health Grants Program Project Summary

Nov-29-2011

Center for Human Services (Ecuador)

General Project Information

Cooperative Agreement Number: GHS-A-00-09-00008
CHS Headquarters Technical Backstop: Kathleen Hill
CHS Headquarters Technical Backstop Backup: Linsey Longstreth
Field Program Manager: Mario , Chavez
Midterm Evaluator: Pamela Putney
Final Evaluator:
Headquarter Financial Contact: Zhiwei Zhang
Project Dates: 9/30/2009 - 9/29/2013 (FY2009)
Project Type: Innovation
USAID Mission Contact: Paulyna de Martinez
Project Web Site: <http://www.urc-chs.com/project?ProjectID=8&CountryIDs=21>

Field Program Manager

Name: Mario , Chavez (Field Program Manager)
Address: CHS-Ecuador, Proyect Red CONE
Calle Quito s/n y Rafael Silva, a 2 cuadras sur del Hospital de IESS
Latacunga , Cotopaxi Ecuador
Phone: (+011-593) 32806910
Fax: (+011-593) 32806910
E-mail: mchavez@urc-chs.com
Skype Name:

Alternate Field Contact

Name: Jorge Hermida (Field Program Manager)
Address: Avenida de los Shyris N37-313 y El Telegrafo Edificio Rubio
7mo piso, oficina oeste
Quito , Pichincha Ecuador
Phone: (+011-593) 2226627
Fax: (+011-593) 2226627
E-mail: jhermida@urc-chs.com
Skype Name:

Grant Funding Information

USAID Funding: \$1,749,934 **PVO Match:** \$437,483

General Project Description

The Center for Human Services (CHS), a 2009 Innovation category grantee, is implementing the *Cotopaxi, Ecuador Essential Obstetric and Neonatal Care (EONC) Project* in the remote and mountainous province of Cotopaxi, Ecuador. The project goal is to reduce maternal and newborn mortality by improving household practices and building a provincial-level network of coordinated maternal newborn health services strengthening linkages between levels of care (community, primary, hospital) and along the continuum of antenatal, intrapartum and post-partum care.

The project seeks specifically to strengthen coverage, utilization, coordination and quality of community and facility-based high impact, evidence-based services for mothers and newborns, with community services delivered by traditional birth attendants (TBAs) closely supported by health center staff and community organizations.

Project Location

Latitude: -0.93	Longitude: -78.61
Project Location Types:	Rural
Levels of Intervention:	District Hospital Health Center Health Post Level Home Community Other: Provincial Hospital
Province(s):	Cotopaxi Province
District(s):	Latacunga, Sigchos, Saquisilí, La Mana, Pangua, Pujili, and Salcedo Districts
Sub-District(s):	Matriz, Eloy Alfaro, Ignacio Flores, Juan Montalvo, San Buenaventura, Alagues, Belisario Quevedo, Guaitacama, Joséguango, Bajo Mulaló, 11 De Noviembre, Poalo, San Juan de Pastocalle, Tanicuchi, Toacaso' La Mana, Guasaganda, Pucayacu, Pangua, El Corazón, Moraspungo, Pinllopata, Ramón Campaña, Pujili, Angamarca, Guangaje, La Victoria, Pilaló, Tingo, Zumbahua, Salcedo, San Miguel, Antonio José Holguín (Santa Lucía), Cusubamba, Mulalillo, Mulliquindil, Pansaleo, Saquisilí, Canchagua, Chantilín, Cochapamba, Sigchos, Chugchilán, Isinliví, Las Pampas, Palo Quemado

Operations Research Information

OR Project Title:	Role of Traditional Birth Attendants in Post Partum Care
Cost of OR Activities:	\$199,180
Research Partner(s):	Ecuador Ministry of Public Health
OR Project Description:	In Ecuador, essential maternal and neonatal care has been fragmented, poorly integrated, and often of low quality. In 2008, the Ministry of Health (MOH) launched a health care extension program model named “Basic Health Teams” (EBAS in Spanish) to expand coverage of high-impact services from primary health centers to the community. The MOH is also working towards a national official policy that establishes the role of the traditional birth attendants (TBAs) in the public health system. The Center for Human Services (CHS), in partnership with Center for Population and Social Development Studies (CEPAR) and collaboration with the MOH, is piloting this new model to provide early postpartum home-based care interventions through TBAs and skilled providers. The model uses an Essential Obstetric and Neonatal Care network that coordinates community- and facility-based services (public and private), and promotes service delivery along the continuum of care from the households to facilities. This network supports increased coverage and improved quality of care in remote, indigenous communities. The evidence and lessons generated from the evaluation of this model will inform the Ecuadoran MOH’s policies and strategies as well as regional strategic initiatives in Latin America and Caribbean (LAC) (e.g. Latin American Maternal Mortality Initiative, LAC Newborn Alliance) aimed at improving the delivery of high impact interventions to reduce maternal and neonatal mortality among vulnerable populations.

Partners

Ecuador Ministry of Public Health (Collaborating Partner)

\$0

Strategies

Social and Behavioral Change Strategies:	Community Mobilization Group interventions Mass media and small media
Health Services Access Strategies:	Addressing social barriers (i.e. gender, socio-cultural, etc) Implementation with a sub-population that the government has identified as poor and underserved Implementation in a geographic area that the government has identified as poor and underserved
Health Systems Strengthening:	Quality Assurance Supportive Supervision Developing/Helping to develop clinical protocols, procedures, case management guidelines Developing/Helping to develop job aids Monitoring health facility worker adherence with evidence-based guidelines Monitoring CHW adherence with evidence-based guidelines Referral-counterreferral system development for CHWs Community role in supervision of CHWs Community role in recruitment of CHWs Development of clinical record forms Review of clinical records (for quality assessment/feedback) Pharmaceutical management and logistics Community input on quality improvement
Strategies for Enabling Environment:	Stakeholder engagement and policy dialogue (local/state or national) Building capacity of communities/CBOs to advocate to leaders for health
Tools/Methodologies:	LQAS

Capacity Building

Local Partners:	Local Non-Government Organization (NGO) National Ministry of Health (MOH) Dist. Health System Health Facility Staff Other National Ministry Health CBOs Other CBOs Government sanctioned CHWs Non-government sanctioned CHWs TBAs Private Providers (Other Non-TBA)

Interventions & Components

Maternal & Newborn Care (100%) - Emergency Obstetric Care - Neonatal Tetanus - Recognition of Danger signs - Newborn Care - Post partum Care - Child Spacing - Normal Delivery Care - Birth Plans - Control of post-partum bleeding - Emergency Transport - Neonatal Vitamin A - AMTSL - Pre-eclampsia	CHW Training HF Training

Operational Plan Indicators

Number of People Trained in Maternal/Newborn Health			
Gender	Year	Target	Actual
Female	2010	390	
Female	2010		380
Male	2010		222
Male	2010	100	
Female	2011	250	
Female	2011		328
Male	2011		149
Male	2011	130	
Female	2012	185	
Male	2012	185	
Female	2013	150	
Male	2013	150	
Number of People Trained in Child Health & Nutrition			
Gender	Year	Target	Actual
Female	2010	0	
Female	2010		0
Male	2010		0
Male	2010	0	
Female	2011	0	
Female	2011		0
Male	2011		0
Male	2011	0	
Female	2012	0	
Male	2012	0	
Female	2013	0	
Male	2013	0	
Number of People Trained in Malaria Treatment or Prevention			
Gender	Year	Target	Actual
Female	2010		0
Female	2010	0	
Male	2010		0
Male	2010	0	
Female	2011		0
Female	2011	0	
Male	2011		0
Male	2011	0	
Female	2012	0	
Male	2012	0	
Female	2013	0	
Male	2013	0	

Locations & Sub-Areas

Total Population:

384,499

Target Beneficiaries

Ecuador - CHS - FY2009

Children 0-59 months	23,590
Women 15-49 years	44,345
Beneficiaries Total	72,437

Rapid Catch Indicators: DIP Submission

Sample Type: 30 Cluster				
Indicator	Numerator	Denominator	Percentage	Confidence Interval
Percentage of mothers with children age 0-23 months who received at least two Tetanus toxoid vaccinations before the birth of their youngest child	194	462	42.0%	7.4
Percentage of children age 0-23 months whose births were attended by skilled personnel	333	462	72.1%	8.8
Percentage of children age 0-5 months who were exclusively breastfed during the last 24 hours	124	133	93.2%	17.0
Percentage of children age 6-23 months who received a dose of Vitamin A in the last 6 months: card verified or mother's recall	137	329	41.6%	8.8
Percentage of children age 12-23 months who received a measles vaccination	143	203	70.4%	13.1
Percentage of children age 12-23 months who received DTP1 according to the vaccination card or mother's recall by the time of the survey	185	203	91.1%	13.7
Percentage of children age 12-23 months who received DTP3 according to the vaccination card or mother's recall by the time of the survey	146	203	71.9%	13.2
Percentage of children age 0-23 months with a febrile episode during the last two weeks who were treated with an effective anti-malarial drug within 24 hours after the fever began	0	0	0.0%	0.0
Percentage of children age 0-23 months with diarrhea in the last two weeks who received oral rehydration solution (ORS) and/or recommended home fluids	71	131	54.2%	15.2
Percentage of children age 0-23 months with chest-related cough and fast and/or difficult breathing in the last two weeks who were taken to an appropriate health provider	61	88	69.3%	19.9
Percentage of households of children age 0-23 months that treat water effectively	300	462	64.9%	8.5
Percentage of mothers of children age 0-23 months who live in households with soap at the place for hand washing	383	462	82.9%	9.0
Percentage of children age 0-23 months who slept under an insecticide-treated bednet (in malaria risk areas, where bednet use is effective) the previous night	0	0	0.0%	0.0
Percentage of children 0-23 months who are underweight (-2 SD for the median weight for age, according to the WHO/NCHS reference population)	0	0	0.0%	0.0
Percentage of infants and young children age 6-23 months fed according to a minimum of appropriate feeding practices	85	329	25.8%	7.2
Percentage of mothers of children age 0-23 months who had four or more antenatal visits when they were pregnant with the youngest child	316	462	68.4%	8.7
Percentage of mothers of children age 0-23 months who are using a modern contraceptive method	213	462	46.1%	7.7
Percentage of children age 0-23 months who received a post-natal visit from an appropriately trained health worker within two days after birth	7	462	1.5%	1.6

Rapid Catch Indicators: Final Evaluation

Rapid Catch Indicator Comments

ANNEX 9

SUMMARY UPDATE OF THE OR STUDY

Brief description of the Innovative solution being tested

- a. Introduce early post-partum home based care (within first 1-3 days) by trained TBAs or skilled parish health center workers that includes high-quality counseling for best routine practices, assessment for and recognition of danger signs and referral of complications identified in mothers and newborns
- b. Improve household knowledge and adherence with best practices, including danger sign recognition for mothers and newborns and prompt care-seeking or follow-through with referral for recognized post-partum maternal newborn complications.
- c. Strengthen linkages between parish health centers and TBAs in parish health center catchment areas to increase coverage, quality and coordination of home and facility-based post partum services with an emphasis on improving effective referrals.
- d. Improve quality of parish health center early post-partum services for women and newborns as measured by compliance with evidence-based standards of assessment and treatment care, and referral to county or provincial hospital when indicated for identified complications

Intervention location

The study is being conducted in twenty-one selected parishes out of 38 rural parishes in the province of Cotopaxi, Ecuador, a mountainous region in the Ecuadorean Andes, approximately 130 kilometers south from Quito. The province has 384,499 inhabitants and is comprised of seven counties, which in turn have 38 rural parishes. These parishes were selected according to criteria of high burden of maternal newborn mortality, greater than 40% indigenous Indian population, and greater than 50% extreme poverty¹. The project interventions are being introduced at the parish level sequentially over the life of the project in an increasing number of counties and parishes in the Cotopaxi province. During the first half of the project interventions have been implemented in seven parishes belonging to the Pujili County.

Key research questions asked

Objective 1: Assess the coverage and quality achieved from the introduction of an evidence-based package of early post-partum home care for mothers and newborns

- e. Is the project able to introduce and achieve improved coverage of home-based early post-partum services for recently delivered women and their newborns in targeted villages in the Cotopaxi province?
- f. Is the project able to improve the quality of home-based post-partum services as measured by demonstrated TBA competence for standards-based routine counseling, danger sign/complication recognition, adherence with referral standards?
- g. Is the project able to achieve TBA competence for basic clinical assessment skills for recognition of complications in recently-delivered women and their newborns?

Objective 2: Assess the level of adoption of behaviors resulting from implementation of an intervention to improve household maternal newborn best practices

¹ See Annex 10 for Chart of Targeted Parishes Poverty & Indigenous Rates

- h. Is the project able to demonstrate improved self-reported household post-partum maternal newborn best practices, including self-reported routine practices (e.g. exclusive breastfeeding), knowledge of danger signs, appropriate care seeking, and adherence with referral recommendations among parents of children < age 2 ?

Objective 3: Assess the pattern of referrals and degree of compliance with referral resulting from the intervention

- i. Is the project able to demonstrate increased incidence of appropriate TBA referrals and family adherence with referral recommendations by TBA's or skilled providers providing home care?
- j. Is the project able to demonstrate improved linkages between TBA's and parish health centers as measured by increased communication/contact between TBA's and parish health center staff, increased referrals to parish health center by TBA's, and increased frequency of supportive supervision of TBA's by parish health center staff?

Objective 4: Assess the coverage and quality achieved from an intervention to improve quality of facility-level parish health center early post-partum care for mothers and newborns

- k. Is the project able to demonstrate improved quality of parish health center early postpartum services (routine and complications care) as measured by compliance with evidence-based standards and measured patient outcomes in participating facilities?

Study design

The project is employing a pre-post intervention design in which results are compared at baseline (pre-intervention) and endline (post-intervention) with respect to key variables. There is a strong emphasis on regular assessment of process indicators for process learning.

Preliminary findings

a. Baseline household survey to assess household knowledge and practices on the early postpartum period:

Only 60% of mothers were able to name at least two danger signs for a mother or for a newborn in the post-partum period. Only 25% of all mothers stated that postpartum care for mother and newborn should occur in the first 48 hours after birth, with 44% of respondents stating that post-partum care should occur three weeks or more after birth. Only 59% of newborns were breastfed in the first hour after birth, and 45% of respondents reported that solid or liquid foods other than breast milk had been introduced before the baby reached 6 months of age. In 70% of the births an antiseptic was applied to the umbilical cord. The lack of recognition of danger signs, weak reported breastfeeding practices, and lack of knowledge of optimal timing of post-partum care point to the importance of strengthening antenatal, birth and post-partum counseling to improve knowledge of and behavior change for these high impact post-partum practices. In particular, the implications for the current project are to prioritize interventions for BCC, including strengthening TBA capacity to provide effective evidence-based counseling. Special importance and attention will be given to building capacity for counseling by TBAs who can, if adequately trained, supervised and provided with incentives, serve as a potent counseling agent able to reach families and mothers who deliver at home.

b. Baseline household survey to assess availability/access to and utilization of early postpartum care:

Only 10% of all mothers and newborns received a home visit in the first 24 hours after birth: 6.3 % provided by TBA, 1.5% by CHW and 2.2% by “skilled provider” (EBAS). Because women are traditionally sequestered at home for 40 days after birth in the Cotopaxi province rural areas (survey sample), it can be inferred that the majority of women who deliver at home (24% of total population and 64 % of Indian women) do not benefit from any post-partum care.

Thus, during the 2-day early post-partum period, when it is known that most newborn life-threatening conditions occur, the majority of mothers and newborns surveyed reported no access to post-partum health care. The programmatic implications will be for a strong project focus on the promotion of home-based post-partum care for mother and newborn in the first 48 hours provided by either a TBA or skilled provider (EBAS team) or by TBA. Additional facility-level interventions will promote improved post-partum counseling and routine discharge care for facility births. Facility-level interventions will be important both for improving quality of facility post-partum care and for building the capacity of health center staff to supervise TBAs to provide high-impact early post-partum care that includes counseling, assessment of mother and newborn, recognition of danger signs and prompt referral for follow up skilled care at home or in nearest facility. Strengthening quality of early post-partum care will be an additional essential project post-partum intervention as described under intervention/results 2 and 3 below. The coverage gap for early post-partum care is one of the major findings of the baseline survey and is the central topic of the project Operations Research as described in the OR concept paper.

c. Baseline focus groups with TBAs and survey of individual TBA’s to assess attitudes, practices and knowledge with regard to targeted interventions:

As part of the baseline for the Cotopaxi Child Survival Project, CHS conducted a preliminary assessment of the knowledge, attitudes, and practices of traditional birth attendants in the province. To this end, individual surveys were conducted and a focus group was held composed of 12 TBAs representing the various cantons of Cotopaxi. This qualitative assessment investigated TBA perceptions of their community work, their relationship with health personnel in facilities, as well as their openness to and interest in participating in the new model of local care proposed by the project. Some of the most significant findings and common themes to emerge from the individual and focus group discussions include:

- Most TBAs in the province have received prior initial training in the identification of antenatal, intrapartum, and postpartum danger signs, as well as in clean deliveries and newborn care; however, most TBAs reported that they had not received any follow on training or training in expanded technical areas.
- In most MOH facilities, there is no coordination or recognition of the work that TBAs do. MOH facility health personnel do not respect or use the referral sheet used by TBAs in accordance with the national Cross-Cultural Health guidelines (“Salud Intercultural”).
- In the opinion of the TBAs, one of the principal reasons why pregnant women prefer to give birth at home is the mistreatment received by parturients in health centers; in addition, many women are distrustful or ashamed of being touched by OB/GYNs during labor.
- Interviewed TBAs reported that due to women’s and families’ reluctance to use health centers, pregnant women in their communities often seek out unqualified midwives to avoid referral to health centers.
- Most TBAs visit mothers on the day after their delivery; many TBAs reported that they are not comfortable performing more than one post-natal visit due to their concern that this could

be mis-interpreted by mothers as an interest in receiving some type of remuneration. TBAs reported that normal post-partum visits are focused almost entirely on the newborn, with less attention given to the newborn.

- Most TBA's reported that they do not ask for monetary compensation for the care that they provide for mothers; however, the family of the pregnant women usually provides the TBA with compensation in the form of an agricultural product.
- All the TBAs were in agreement that the MOH should recognize them economically for the work that they do and provide them with basic supplies, such as a delivery kit, cleaning supplies, a flashlight, rain poncho, etc.
- Among community organizations, there is a lack of recognition of the services provided by TBAs. For example, if TBAs cannot make it to community *mingas*² because they have to assist with a MOH training workshop, or even if they are attending deliveries or accompanying a pregnant woman to the hospital, these organizations usually do not recognize such work as being community work, and so the midwives end up having to pay a fine. TBAs proposed that the MOH hold meetings with community organization leaders, health center personnel, and partners with the goal of informing all stakeholders about the work performed by TBAs for the benefit of the community's women and newborns.
- Some TBAs have proposed that videos be recorded on the traditional way in which they attend home births in order to document their work and so that health personnel and community organizations will better understand and value the services that they provide to the community

d. Quarterly measurement of TBA knowledge:

The table below shows TBA knowledge indicator results that have been measured periodically as part of tracking general project and OR progress. As can be seen TBA knowledge results have demonstrated marked improvement across several technical areas, including in the area of newborn best practices, consistent with the strong OR technical focus on improving coverage and quality of early home-based post-partum care for both mother and newborn.

² A *minga* (from the Kichwa word *minka*) is an ancient pre-Hispanic tradition of community work for the collective benefit of the community. This system of reciprocity can have different goals, such as construction of housing, cleaning of an irrigation canal, or agricultural labor on community land. The individuals who participate in a *minga* do not receive payment. However, their work is recorded by the community ("minga lines") and may eventually be rewarded with collective labor.

% of TBAs able to name at least 2 prenatal danger signs	Quarterly	TBAs BL 84,4% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 85,7% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 90/98*100=91,8% (Aug-11)
% of TBAs able to name at least 2 activities carried out in preparation for delivery	Quarterly	TBA BL 70% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 73,8% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 79/96*100=82,2% (Aug-11)
% of TBAs able to name at least 2 post-partum danger signs for the mother	Quarterly	TBA BL 58,7% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 73,8% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 89/97*100=91,7% (Aug-11)
% of TBAs able to name at least 2 post-partum danger signs for the newborn	Quarterly	TBA BL 60,5% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 85,7% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 83/96*100=86,4% (Aug-11)
% of TBAs able to name at least 2 best practices in newborn care	Quarterly	TBA BL 62,2% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 92,2% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 92/97*100=94,8% (Aug-11)

e. Baseline survey of skilled providers to assess attitudes, practices and knowledge with regard to targeted interventions

A baseline facility assessment of MNH services in project facilities was conducted by CHS in late November 2010, that included 10 facilities (hospitals and health centers) in Pujilí county, Cotopaxi. Data sources included structured interviews with facility managers and providers as well as a review of clinical records. Key findings relevant for the project OR focus on early post-partum home-based care and improved continuity of care from household to hospital, including emergency transport and referral systems, are summarized below:

Inter-institutional Relations

Inter-institutional relations between the MPH, the Peasant Social Security (SSC), and NGOs are scarce. An agreement between the Pujilí Area 2 and the SSC determines the MPH must supply certain medications to SSC Units, who in return should provide free care and medications to non-member patients. A few activities are carried out jointly between several institutions at the parish level, such as vaccination campaigns, support for health promotion schools and day-care centers, etc., however these do not include maternal and neonatal health-related activities.

The Guangaje Health Sub-Center reports receiving support from two NGOs, PDA and SUIZA IT, who provide medications or transportation in emergency cases. The Latacunga and IESS hospitals lack a mechanism for technical cooperation.

Relations with TBAs

Health staff from 5 out of 10 surveyed units (Guangaje, Pilaló, Zumbahua, Angamarca, La Victoria) state that TBAs have visited the healthcare unit or have attended meetings during the last quarter, mainly as part of training activities or while accompanying patients. Out of this group, La Victoria, Guangaje and Angamarca units claim having sporadic meetings with TBAs.

The Latacunga Hospital does not have any kind of regular communication with TBAs; no TBA group has been identified, no meetings are held with TBAs, and TBAs are not acknowledged when they accompany patients to the hospital. If patients are referred by TBAs, they are treated as any other patient and do not benefit from special attention.

Pujilí Hospital staff claims patients referred by TBAs are given special consideration, while the Zumbahua Hospital allows TBAs to enter the facility along with family members. Social Security units, both hospital and outpatient facilities, lack any kind of formal relationship with TBAs, as well as any type of TBA referral records or protocols.

Referrals and emergency transportation

Healthcare units lack a protocol for referrals and counter-referrals. Only the Zumbahua Hospital has developed its own referral and counter-referral protocols. Previously, a referral form designed in the province had been used, but nowadays units employ “epicrisis” forms. In all units, the decision to refer a patient is taken by staff on duty at the time, particularly physicians or midwives. Counter-referrals are not made by any unit, neither Social Security units nor MPH units.

At the community level, the Cross-cultural Health Unit of the Cotopaxi Health Directorate has provided TBAs with referral coupons that show drawings of pregnancy, delivery, post-partum, and newborn complications. TBAs can give a family the coupon so they can take the pregnant woman to a Health Unit, but the system does not work in practice. Health Units do not give importance to coupons nor do they

keep a record of submitted coupons. Health personnel from 3 out of 10 surveyed units (Zumbahua, Guangaje and the IESS Hospital) acknowledge receiving maternal referrals during the last quarter, but no statistical data exists for these referrals. According to staff, the majority of TBA referrals are for obstetric complications and only a few for prenatal control, while referrals are never made for newborns as TBAs would not consider newborn care part of their scope of work. This would explain why there are no units that report TBA referrals for newborn care.

Communities lack emergency plans to transport patients to health facilities; only 3 parishes report to use an ambulance (Guangaje, Zumbahua, Pujilí), while the rest lack an appropriate transportation method and turn to the community police (Pilaló), the ecclesiastic parish (Angamarca) or firefighters for support; in many cases patients have to be transported in any kind of rented vehicles using family funds. Health staff mentioned there are several difficulties that they encounter in successfully completing referrals, including:

- Lack of permanent means of transportation
- Health units are too distant from reference hospitals
- Bad roads or bad weather conditions
- Problems to gain entry at reference hospitals in Latacunga, Ambato, Quito and Riobamba.
- Patient resistance to being transported to a hospital, due to lack of financial resources or fear.

Communications

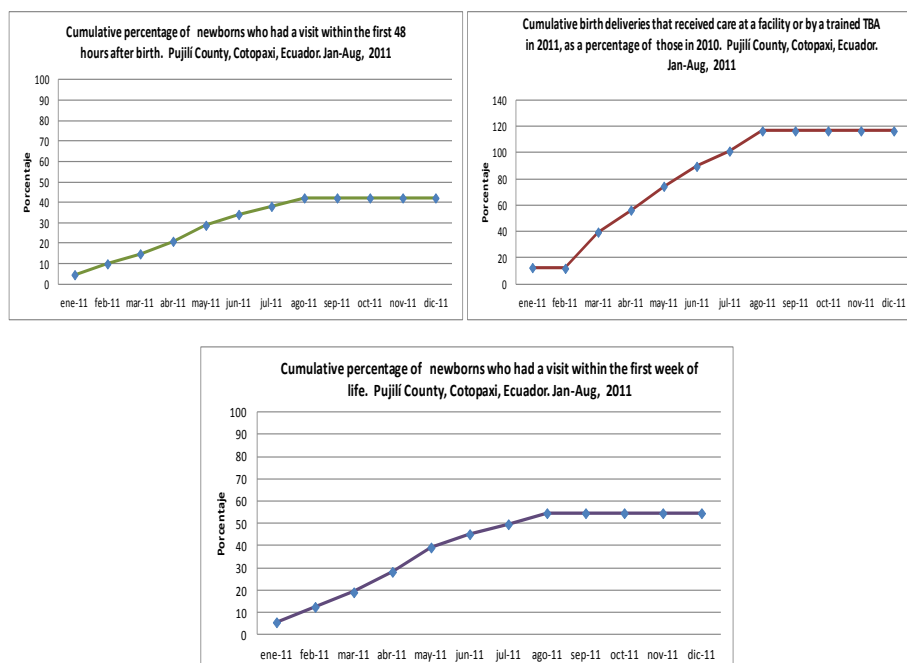
Only the Guangaje Sub-center claims being organized to provide emergency care using telephone calls made by TBAs or patient family members to health personnel; depending on the type of complication, the patient can be taken to the facility or the staff can go to the patient's home. This parish reports the highest number of home-based births, most of them attended by family members or without attendance, while TBAs attend only a small number of births.

Community Organization and Engagement with Health Centers

The staff from the majority of surveyed units reported not knowing of a community organization that works with health units at the parish or canton level. Only the Zumbahua staff mentioned meetings with the Canton Health Council.

f. Monthly measurement of access to and utilization of EONC care:

Service delivery coverage indicators are measured monthly for number of deliveries and early post-partum visits, stratified by home- and facility-based services provided by trained TBAs, skilled providers and at facilities. The illustrative run-charts below demonstrate progress for skilled birth attendance and home-based early post-partum care indicators, demonstrating a significant increased in coverage for both types of indicators in line with the OR focus on improving delivery of early post-partum services:



g. Baseline and quarterly measurement of quality of care at hospitals and ambulatory care facilities:

A sample of clinical records was audited to assess compliance with MOH standards of care in all ten facilities. The table below shows baseline results for percent compliance with standards for prenatal care including counseling, essential newborn care, early postpartum care, newborn care in the outpatient services, use of partograph, AMTSL, use of corticoids in premature birth and management of premature rupture of membranes. As can be seen, there is significant need for improvement for all indicators in all assessed facilities, one of the key OR objectives.

MEASUREMENT OF QUALITY INDICATORS DURING SEPTEMBER 2010 IN PUJILÍ CANTON UNITS																		
	INDICATORS																	
HEALTH UNIT	PRENATAL L CONTROL		PRENATAL COUNSELING		NEWBORN		POST- PARTUM CONTROL		NEWBORNS S ATTENDING CHECK-UPS		PARTOGRAPH		AMTSL		CORTICOIDS		PRM	
LA VICTORIA HSC	17%	(1/6)	0%	(0/6)	No cases		0%	(0/1)	0%	(0/2)	No cases		No cases		No cases		No cases	
PUJILI CANTON HOSPITAL	4%	(1/27)	0%	(0/27)	39%	(5/13)	0%	(0/12)	0%	(0/1)	62%	(8/13)	100%	(13/13)	No cases		No cases	
ANGAMARCA HSC	0%	(0/9)	0%	(0/9)	No cases		0%	(0/7)	0%	(0/10)	No cases		No cases		No cases		No cases	
ANGAMARCA SSC	No cases		No cases		No cases		No cases		No cases		No cases		No cases		No cases		No cases	
PILALO HSC	0%	(0/9)	0%	(0/9)	No cases		No cases		0%	(0/6)	No cases		No cases		No cases		No cases	
GUANGAJE HSC	0%	(0/26)	0%	(0/26)	No cases		0%	(0/8)	0%	(0/3)	No cases		No cases		No cases		No cases	
GUANGAJE SSC	0%	(0/2)	0%	(0/2)	No cases		No cases		No cases		No cases		No cases		No cases		No cases	
ZUMBAHUA H.	0%	(0/26)	0%	(0/26)	0%	(0/18)	0%	(0/1)	0%	(0/4)	19%	(3/16)	0%	(0/18)	67%	(2/3)	0%	(0/1)
IESS H.	0%	(0/18)	0%	(0/29)	0%	(0/29)	No cases		0%	(0/15)	0%	(0/18)	5,6%	(1/18)	0%	(0/6)	0%	(0/2)
LATACUNGA PROV. HOSP	0%	(0/30)	3%	(1/30)	0%	(0/7)	0%	(0/1)	0%	(0/27)	67%	(18/27)	100%	(26/26)	No cases		No cases	
TOTAL	1,3%	(2/153)	0,6%	(1/164)	8,5%	(5/67)	0%	(0/30)	0%	(0/68)	39%	(29/74)	53%	(40/75)	22%	(2/9)	0%	(0/3)

Challenges going forward

During the second half of the project, the project will expand to new counties, incorporating additional micro-networks and an increasing number of TBAs, health centers and hospitals into the project. CHS will need to plan carefully for and provide close support for quality data collection, monitoring and analysis of indicators that have been developed by the project and accepted by the MOH as the project coverage increases. An additional challenge relates to finding a better mechanism to measure EONC competence and counseling skills among TBAs: the current simulation methodology for assessing TBA clinical and counseling competence has encountered many difficulties related to language barriers between TBAs –most of whom speak Quechua- and health center (micronetwork) personnel who oversee ongoing supportive supervision, including assessment of TBA competence. A final OR progress challenge relates to achieving OR objective # 3 to improve referral/counter-referral processes between community, health center, and hospital service delivery levels. There have been many formidable barriers encountered in trying to improve coordination and referral procedures between health system levels (including strong resistance from hospitals). CHS plans to convene discussions with key stakeholders in early 2012 to agree on more focused and achievable sub-objectives related to OR objective # 3 to guide progress and measurement of progress toward objective # 3 during the second half of the project.

OR Study Progress and Achievements at Mid-term OR Study

Key Milestones (i.e. Formative Phase)	Related Key Activities (as outlined in OR Concept Paper)	Progress Status of OR Activities (Completed, On target, Not on target)	Comments (challenges, contributing factors, changes, etc)
Home survey baseline completed	Analysis and sharing with MOH and partners	Completed	
TBAs' baseline completed	Inclusion of key elements into TBAs training package	On target	
EONC care baseline completed	Adjustment of EONC training	On target	
TBAs trained at Pujili county	Development of TBAs training package	Completed	Ongoing assessment of TBA competence as part of community service delivery quality improvement remains a challenging area as documented above.
Health centers and county hospital personnel trained	Development of EONC training curriculum	Completed	
Micronetworks for EONC care formed	Inclusion of TBAs within care delivery structure at Pujili	Completed	Impressive gains achieved.

	county		
Referral-counterreferral protocols developed	Start of standardized referrals by TBAs and health centers	Completed	Referral/counter-referral remains a challenging area. See discussion above.
Information system developed and implemented	Monitoring of indicators for access and quality of EONC	Completed	
Community emergency transport mechanisms created	Increase of emergency referrals to local hospitals	Completed	Continues to represent a challenging area for the project; see discussion above.
Newborn home visits started	Increase of newborn home visits at 48 hours and one week after birth	On target	Impressive improvements documented.

Targeted Parishes Selected following Indigenous Presence (40% and more) and/or extreme poverty (50% and more)

Fuentes: Censo de Población y Vivienda - INEC Año: 2001 - SIISE; SIDENPE-CODENPE 2004								
	Cantón / Parroquia	Presencia indígena	Porcentaje pobres extremos (n/N)*100	Población Total INEC 2010	Infants: 0-11 months	Children: 12-59 months	Children: 0-59 months	Women: 15-49 years
No.	Latacunga							
3	Belisario Quevedo (Guanailin)	20 - 39%	55.3	6,759	144	541	685	1,603
8	Poalo	20 - 39%	63.1	6,398	105	606	711	1,556
11	Toacaso	20 - 39%	70.2	8,342	233	874	1,107	1,851
	Pangua							
15	El Corazón	20 - 39%	61.9	7,501	175	692	867	1,579
17	Pinllopata	0 - 4%	69.5	1,100	26	123	149	199
18	Ramón Campaña	20 - 39%	60	2,213	43	225	268	412
	Pujilí							
19	Pujilí	40 - 59%	48.8	34,562	764	3,133	3,897	7,559
20	Angamarca	40 - 59%	87.2	5,931	186	699	885	1,153
21	Guangaje	> 80%	90.3	8,846	219	1,046	1,265	2,157
22	La Victoria	5 - 19%	51.4	3,398	68	268	336	693
23	Pilaló	60 - 79%	75.9	2,259	72	237	309	481
25	Zumbahua	> 80%	88.6	14,406	430	1,862	2,292	3,817
	Salcedo							
26	San Miguel	40 - 59%	40.6	32,321	560	2,528	3,088	7,931
28	Cusubamba	60 - 79%	71.8	8,601	193	859	1,052	1,629
29	Mulalillo	40 - 59%	58.2	7,009	154	600	754	1,504
	Saquisilí							
32	Saquisilí	40 - 59%	42.3	13,308	273	1,163	1,436	3,276
33	Canchagua	60 - 79%	76.2	5,738	154	580	734	1,325
35	Cochapamba	> 80%	87.2	5,167	128	543	671	1,344
	Sigchos							
36	Sigchos	5 - 19%	69.5	9,519	205	918	1,123	1,733
37	Chugchilán	> 80%	91.1	7,698	261	1,029	1,290	1,623
38	Isinliví	60 - 79%	75.7	4,009	94	488	582	700
Total Population of the Targeted Parishes				195,085	4,487	19,014	23,501	44,125

gfd

Annex 11

List of Documents Reviewed

Detailed Implementation Plan August 2010
Household Baseline Coverage and KAP Survey 2010
Traditional Birth Attendant KAP Survey 2010
Project Operations Research Concept Paper 2010
Project Quarterly Reports
Project Annual Report 2010
Project Progress Report January-July 2011
Project M&E Plan
Project Training Plan
Project Work Plans 2010 and 2011
Project Results Highlight 2010
Project Summary August 2010
Helping Babies Breathe Training Guide
Intercultural Care Workshop Reports, October 2010, February 2011
MOH Report on Adolescent Health Situation, HIV/AIDS, Pregnancy in Ecuador 2010
MOH Protocols and Norms for Maternal Care
MOH Protocols and Norms for Neonatal Care
National Accelerated Plan to Reduce Maternal-Neonatal Mortality MOH 2008
MOH Technical Guide for Culturally Sensitive Birth
Lessons Learned from Continuous Improvement in Quality of Maternal-Neonatal Care MOH 2008
MOH Standards Manual of Indicators and Instruments to Measure Quality of Maternal-Neonatal Care 2008
Report on Norms for Improving Quality of Care and Strengthening the Network for Maternal-Neonatal Care in Cotopaxi Province
Report on Epidemiological Surveillance System for Neonatal Mortality in Cotopaxi
Plan for Epidemiological Surveillance System for Neonatal Mortality in Cotopaxi

Project Presentations

- Essential Obstetric and Neonatal Care Project September 2011
- Health Equity in Practice: Cotopaxi, Ecuador EONC Project
- Humanization and Culturally Appropriate Attention for Births and Social Participation Pujili Hospital
- Maternal-Neonatal Mortality in Cotopaxi and Pujili, Provincial MOH, EONC Project
- Zumbabua Hospital and Parish Network Achievements July 2011
- Zumbabua Hospital and Parish Network Achievements September 2011
- Improving Quality of Care Circles Impact Zumbabua Hospital 2011
- Guangaje Health Center and Parish Network Achievements 2011
- Pilalo Health Center and Parish Network Achievements September 2011

- Helping Babies Breathe Training in Cotopaxi
- Surveillance System for Neonatal Mortality Cotopaxi

Project Training Materials, Guides, Documents, and SBCC Materials Traditional Birth Attendants (TBAs)

- Training Guides and Modules
- Activity Register
- Quality Control Activity Measurement Tool
- Referral Form
- Baseline Survey
- Legal Framework Guide for Role of TBAs in Health System

Community Health Networks and Strengthening Links to Health System

- Guide for Formation of Networks
- Guide for Improving Access to Care through Rapid Quality Circles (Ciclos Rápidos)
- Risk Screening Tool for Pregnant Women and Newborns

Community Mobilization

- Guide for Forming Parish Health Committees
- Guide for Elaboration of Parish Maternal-Neonatal Health Plans
- Guide for Emergency Referrals for Maternal-Neonatal Complications
- Legal Framework Guide for Community Participation in Improving Quality and Access to Health Care

Inter-Cultural Care (Culturally Sensitive)

- Training Module for Culturally Sensitive Care and Humanized Birth
- Leaflet Outlining Client Rights to Inter-Cultural Care

Referrals

- Guide for Referrals and Counter Referrals

Clinical Skills Training

- Clinical Training Modules for Emergency Obstetric and Neonatal Care
- Training Guide for Helping Babies Breathe (Newborn Asphyxia)

Improving Quality of Care

- Rapid Quality Circle Plans for Pujilí and Zumbahua Hospitals

Epidemiological Surveillance of Neonatal Mortality

- Methodological Guide
- Implementation Plan for Surveillance System

Social Behavior Change and Communication

- Implementation Plan for SBCC
- Informational Radio Spots and Jingles

- Pujili Hospital Postpartum Pamphlet for Parents
- Project Orientation/Information Pamphlet & Leaflet for Stakeholders and Community Members
- Behavior Change Communication Strategy October 2010



Ministerio de Salud Pública

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CONCEPTO:

ES EL PROCESO ESTRUCTURADO DE ENVIO DE UN PACIENTE (CON INFORMACIÓN ESCRITA) DE UN NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD A OTRO SUPERIOR EN TECNICIDAD Y COMPETENCIA QUE NOS PERMITE BRINDAR ***CONTINUIDAD*** EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON EL OBJETIVO DE MANTENER LA CALIDAD DE ATENCION



PRINCIPIOS GENERALES

- ***ESPECIFICIDAD Y COMPLEMENTARIDAD***
- ***HOSPITAL: APOYO TECNICO Y CAPACITACION***
- ***OPORTUNIDAD DE CONTACTO ENTRE GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS (PRESENTACION DE CASOS)***
- ***MEJORAMIENTO DEL PRIMER NIVEL: CONFIANZA DEL USUARIO (EVITAR AUTOREFERENCIA)***



OBJETIVOS:

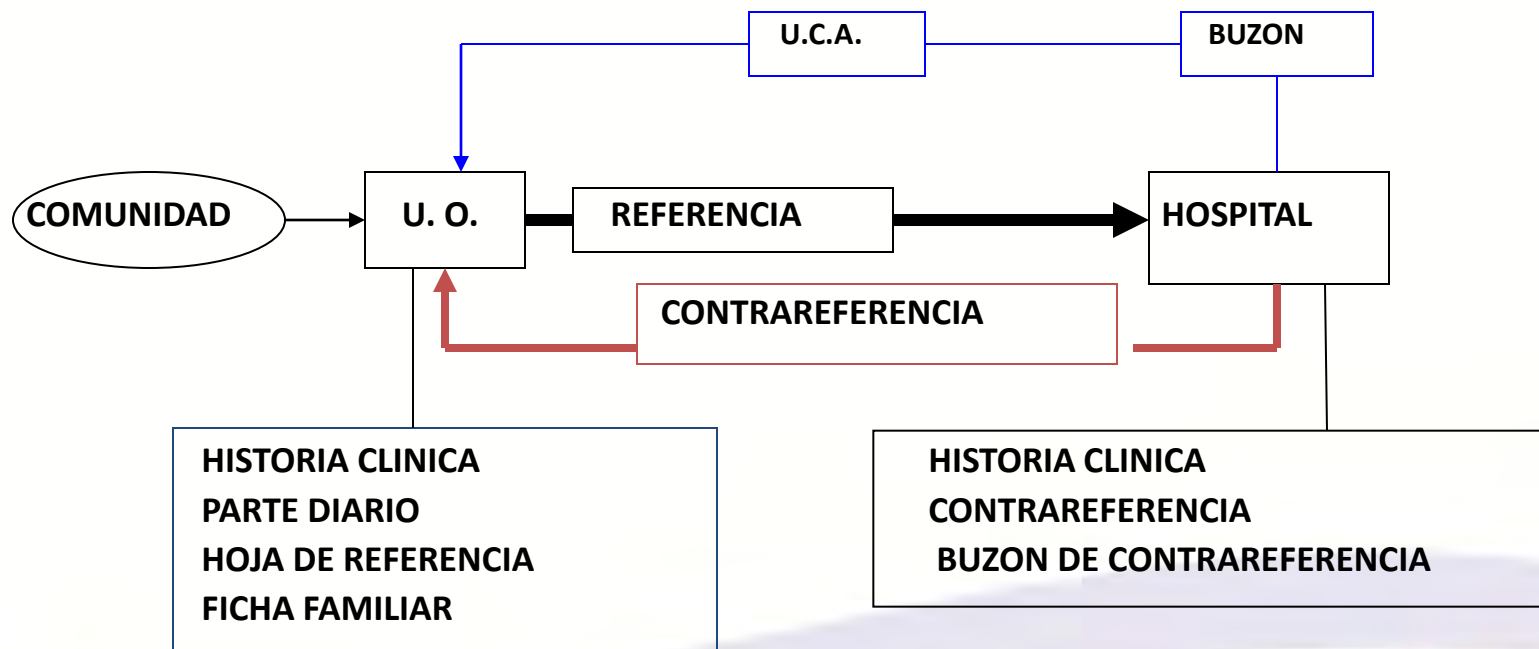
- Implementar el sistema de referencia y contra-referencia
- Discusión de casos clínicos de las referencias, reuniendo a los profesionales de ambos niveles.

METAS:

- Alcanzar un 5% de referencias desde las UOs.
- Alcanzar un 90% de referencias justificadas.
- Alcanzar un 70% de referencias cumplidas.
- Alcanzar un 90 % de contra-referencias.



MODELO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



LEYENDA:



PACIENTE



MONITOREO



Ministerio de Salud Pública

MARCO TEORICO



ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

EL AREA DE SALUD ESTA CONFORMADA POR:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

- CONFORMADO POR LOS PUESTOS DE SALUD, CENTROS DE SALUD RURALES Y URBANOS, CENTROS DE SALUD DE 12 Y 24 HORAS

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

- CONFORMADO POR LOS HOSPITALES DE REFERENCIA: HOSPITALES BASICOS, GENERALES, DE ESPECIALIDADES

“ES DESEABLE QUE LA GENTE DEBA SER TRATADA TAN CERCA COMO SEA POSIBLE DE SU DOMICILIO, Y ASÍ MISMO LOS DIFERENTES NIVELES DEBEN SER ENLAZADOS PARA QUE SEA CONSIDERADO UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD”



ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

ESTOS NIVELES DE ATENCIÓN DEBERÍAN SER COMPLEMENTARIOS Y ESPECÍFICOS:

COMPLEMENTARIO

- ES DECIR, LO QUE NO PUEDE REALIZAR EL PRIMER NIVEL DEBE SER COMPLEMENTADO POR EL SEGUNDO NIVEL DE TAL FORMA QUE NUESTRO PACIENTE ENCUENTRE LA CURACION PARA SU ENFERMEDAD O NECESIDAD EN CUALQUIERA DE LOS DOS NIVELES DE ATENCION

ESPECIFICO

- LO QUE HACE UN NIVEL NO DEBERÍA SER REALIZADO POR EL OTRO NIVEL, SIENDO ESTE UN PRINCIPIO DE EFICIENCIA DEL SERVICIO.



ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

POR LO TANTO EL PRIMER NIVEL DEBERÍA SER CONSIDERADO COMO LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA DE SALUD, YA QUE:

- **IDÉNTICOS CUIDADOS SON MUCHO MÁS CAROS CUANDO ESTOS SON ENTREGADOS EN LOS NIVELES DE ATENCIÓN MÁS COMPLEJOS.**
- **UN HOSPITAL ES UNA ESTRUCTURA DEMASIADO GRANDE Y COMPLEJA PARA QUE SU PERSONAL PUEDA CONOCER A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y BRINDAR UNA BUENA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE**
- **ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADO ES IMPRACTICABLE, DEBIDO A QUE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL HOSPITAL LLEGA A SER MUY EXTENSA PARA REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS CON EL FIN DE CONOCER LA EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.**



ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

- **LA DIVISIÓN DE TRABAJO DEL PERSONAL DEBIDO A LAS ESPECIALIDADES, IMPIDE A ESTE REALIZAR ACTIVIDADES DE CUIDADO INTEGRADO DURANTE LA CONSULTA.**
- **UN ALTO NÚMERO DE ATENCIONES DE ENFERMEDADES DE PRIMER NIVEL POR PARTE DEL PERSONAL DEL HOSPITAL, HACE QUE EL ESPECIALISTA DISMINUYA SU CAPACIDAD ESPECIALIZADA.**
- **LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PRIMER NIVEL POR PARTE DEL HOSPITAL, HACE QUE LA COMUNIDAD PERCIBA EL CENTRO O SUBCENTRO DE SALUD COMO UNA SEGUNDA MEJOR OPCIÓN, HACIENDO QUE LA COMUNIDAD PIERDA LA CONFIANZA EN LA UNIDAD OPERATIVA DEL ÁREA DE INFLUENCIA.**



ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

EL ROL DEL PRIMER NIVEL

- UNA UNIDAD OPERATIVA, DEBE TENER UNA ÁREA GEOGRÁFICA Y POBLACIÓN BIEN DEFINIDA.
- BRINDAR CALIDAD DE ATENCIÓN:

CONTINUO
INTEGRADO
HOLISTICO



ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

CONTINUO

- **ES DECIR, QUE EL CUIDADO NO ES SOLAMENTE LIMITADO AL MOMENTO DE LA CONSULTA, ESTE DEBE OFRECER CUIDADOS DESDE EL INICIO HASTA EL FIN DE SU PERIODO DE ENFERMEDAD**
- **LA FALTA DE CONTINUIDAD INCREMENTA EL COSTO, PORQUE:**

UN TRATAMIENTO INTERRUPTIDO O INCOMPLETO REDUCE LA OPORTUNIDAD DE CURACIÓN.

LOS PACIENTES NO PUEDEN TENER SU PROPIO HISTORIAL CLÍNICO QUE SERVIRÁ PARA VERIFICAR CUAL ES LA EVOLUCIÓN DE SU ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO SEGUIDO.

LA CONTINUIDAD SIRVE TAMBIÉN PARA VALORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS LLEVADAS A CABO EN CADA UNA DE LAS UNIDADES OPERATIVAS.

ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

INTEGRADO

- SIGNIFICA QUE ES NECESARIO SER CAPAZ DE DAR EN CIERTO MOMENTO EL ENFOQUE NECESARIO PARA OFRECER UNA OPTIMA COMBINACIÓN DE CUIDADO:

PROMOCIÓN
PREVENCIÓN
RECUPERACIÓN
REHABILITACIÓN

- UNA DE LAS RAZONES ESPECÍFICAS PARA LA INTEGRACIÓN ES ASEGURAR LA PREVENCIÓN, PORQUE ESTA NO ES CONSIDERADA COMO UNA NECESIDAD SENTIDA DE LA COMUNIDAD.



ORGANIZACIÓN DE AREA DE SALUD

HOLISTICA

- ESTO QUIERE DECIR QUE EL INDIVIDUO ES CONSIDERADO EN SU TOTALIDAD, TANTO EN SU CONTEXTO FÍSICO, PSÍQUICO ASÍ COMO TAMBIÉN DENTRO DE SU ASPECTO SOCIAL
- BUSCAR LA EMPATÍA CON EL PACIENTE, POR LO TANTO ES NECESARIO CONOCER LA COMUNIDAD, SU GENTE, SUS PROBLEMAS, COSTUMBRE, ETC.



CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- ***DECENTRALIZADO***

- ***PERMANENTE***

- ***POLIVALENTE***



CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

DECENTRALIZADO

ESTO SIGNIFICA QUE GEOGRÁFICAMENTE EL SERVICIO DEBE ESTAR TAN CERCA COMO SEA POSIBLE DE LA POBLACIÓN, IMPLICA FOMENTAR SU ACCESIBILIDAD



CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PERMANENTE

**SIGNIFICA QUE LOS SERVICIOS
DEBERÍAN SER ACCESIBLES TODOS
LOS DÍAS Y ASISTIDO POR EL
MISMO PERSONAL.**



CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

POLIVALENTE

EL PERSONAL DEL SERVICIO DEBE SER CAPAZ DE MANEJAR TODOS LOS PROBLEMAS PRESENTADOS POR LA POBLACIÓN EN FORMA DIRECTA O REFERIR AL PACIENTE AL OTRO NIVEL ESPECIALIZADO

EL SERVICIO DE SALUD DEBERA SER CAPAZ DE PROVEER CUIDADO DE SALUD CON CALIDAD



CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ENTONCES:

EL PRIMER NIVEL ES EL DEFINIDO POR OMS, COMO EL PRIMER ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CONSTITUYE EL PUNTO DE REUNIÓN ENTRE LA POBLACIÓN Y EL SISTEMA DE SALUD.

EN CONSECUENCIA:

EL ROL DEL PRIMER NIVEL ES SINTETIZAR LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y BUSCAR LAS SOLUCIONES QUE PUEDAN SER APLICADAS ACORDE A LA REALIDAD PRESENTE.



CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

ROL DEL SEGUNDO NIVEL

EL ROL ESPECÍFICO DEL SEGUNDO NIVEL LLEGARÍA A SER CONSIDERADO FUNCIONALMENTE COMO EL COMPLEMENTARIO DENTRO DEL AREA DE SALUD, EN DONDE LOS PACIENTES SON REFERIDOS CUANDO SUS PROBLEMAS NO PUDIERON SER SOLUCIONADOS EN EL PRIMER NIVEL.

EL SEGUNDO NIVEL ASEGURA LA CONTINUIDAD DE CUIDADO PARA EL PACIENTE QUIEN NO PUEDE SER TRATADO AMBULATORIAMENTE O QUIEN REQUIERE DE TÉCNICAS QUE NO ESTAN DISPONIBLES EN EL PRIMER NIVEL

ENTONCES, EL HOSPITAL NO ES UNA ENTIDAD FUERA DEL SISTEMA, PUES CONSTITUYE PARTE DE UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DONDE TODOS LOS COMPONENTES ESTÁN DISPUESTOS, ORGANIZADOS Y COORDINADOS CON UN COMÚN OBJETIVO QUE ES EL MANEJO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN.



REFERNCIA Y CONTRAREFERENCIA

POR LO TANTO:

EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA ES EL NEXO ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, PARA DARLE CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD Y ASEGURAR LA CALIDAD DE ATENCION A TRAVES DE UN SISTEMA DE INFORMACION CONTINUO



PROBLEMAS MÁS FRECUENTES ENCONTRADOS EN CUANTO AL DESARROLLO DE MEJORES SISTEMAS DE REFERENCIA

- **SOBRECARGA DE LOS HOSPITALES CON PACIENTES**
- **REFERIDOS INJUSTIFICADAMENTE.**
- **FALTA DE CONFIANZA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL, POR UNA PERCEPCIÓN DE BAJA CALIDAD.**
- **FLUJO INADECUADO DE INFORMACIÓN ENTRE EL HOSPITAL Y LOS SCS.**
- **FALTA DE ORGANIZACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN.**

ESTÁ CLARO QUE ESTOS PROBLEMAS ESTÁN INTERRELACIONADOS.

POR EJEMPLO: LA SOBREUTILIZACIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA TIENE QUE VER CON LA PERCEPCIÓN DE BAJA CALIDAD DEL PRIMER NIVEL, EL DEFICIENTE FLUJO DE INFORMACIÓN Y LOS PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN ENTRE NIVELES.



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DEFINICION

REFERENCIA

ES EL PROCESO ESTRUCTURADO DE ENVIO DE UN PACIENTE (CON INFORMACIÓN ESCRITA) DE UN NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD A OTRO SUPERIOR EN TECNICIDAD Y COMPETENCIA .

CONTRAREFERENCIA

ES EL PROCESO INVERSO, ES DECIR LA DEVOLUCIÓN DEL PACIENTE DEL NIVEL SUPERIOR AL INFERIOR QUE LO ENVIÓ, CON LA DEBIDA INFORMACIÓN

SOLUCITUD DE EXAMENES

A.-CUANDO SE ENVIA UNA SOLA MUESTRA (ORINA ESPUTO U OTROS) NO SE CONSIDERA COMO REFERENCIA

B.- CUANDO SE ENVÍA AL PACIENTE PARA RADIOGRAFIAS, LABORATORIO, ECOGRAFIAS, U OTROS. PARA LOS FINES PRÁCTICOS SE CONSIDERA COMO REFERENCIA Y TIENE QUE UTILIZARSE EL FORMULARIO DE REFERENCIA.

INTERCONSULTA

ES LA SOLICITUD DE LA OPINIÓN DE OTROS PROFESIONALES DENTRO DEL MISMO ESTABLECIMIENTO, POR EJEMPLO CUANDO EL CIRUJANO ANTES DE UNA OPERACIÓN PIDE INTERCONSULTA CON EL CARDIOLOGO, NO ES UNA REFERENCIA.



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

AUTOREFERENCIA

CUANDO UN PACIENTE SE DIRIGE INMEDIATAMENTE A UN NIVEL SUPERIOR, SIN REFERENCIA DESDE EL NIVEL INFERIOR, SE HABLA (INCORRECTAMENTE) DE UNA AUTO REFERENCIA.

REFERENCIA INVERSA

CUANDO EL NIVEL SUPERIOR ENVÍA A UN PACIENTE A UN NIVEL INFERIOR, CON LA DEBIDA INFORMACIÓN, SIN QUE ESTE PACIENTE HAYA PASADO PRIMERO POR EL NIVEL INFERIOR. GENERALMENTE SE DA DESPUÉS DE UNA AUTO REFERENCIA Y SIRVE PARA CORREGIR EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD.

CANALIZACIÓN

CUANDO UN PACIENTE ES TRANSFERIDO DE UNA UNIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD HACIA OTRA INSTITUCIÓN, POR EJEMPLO A LA JUNTA DE BENEFICENCIA.

TRANSFERENCIA

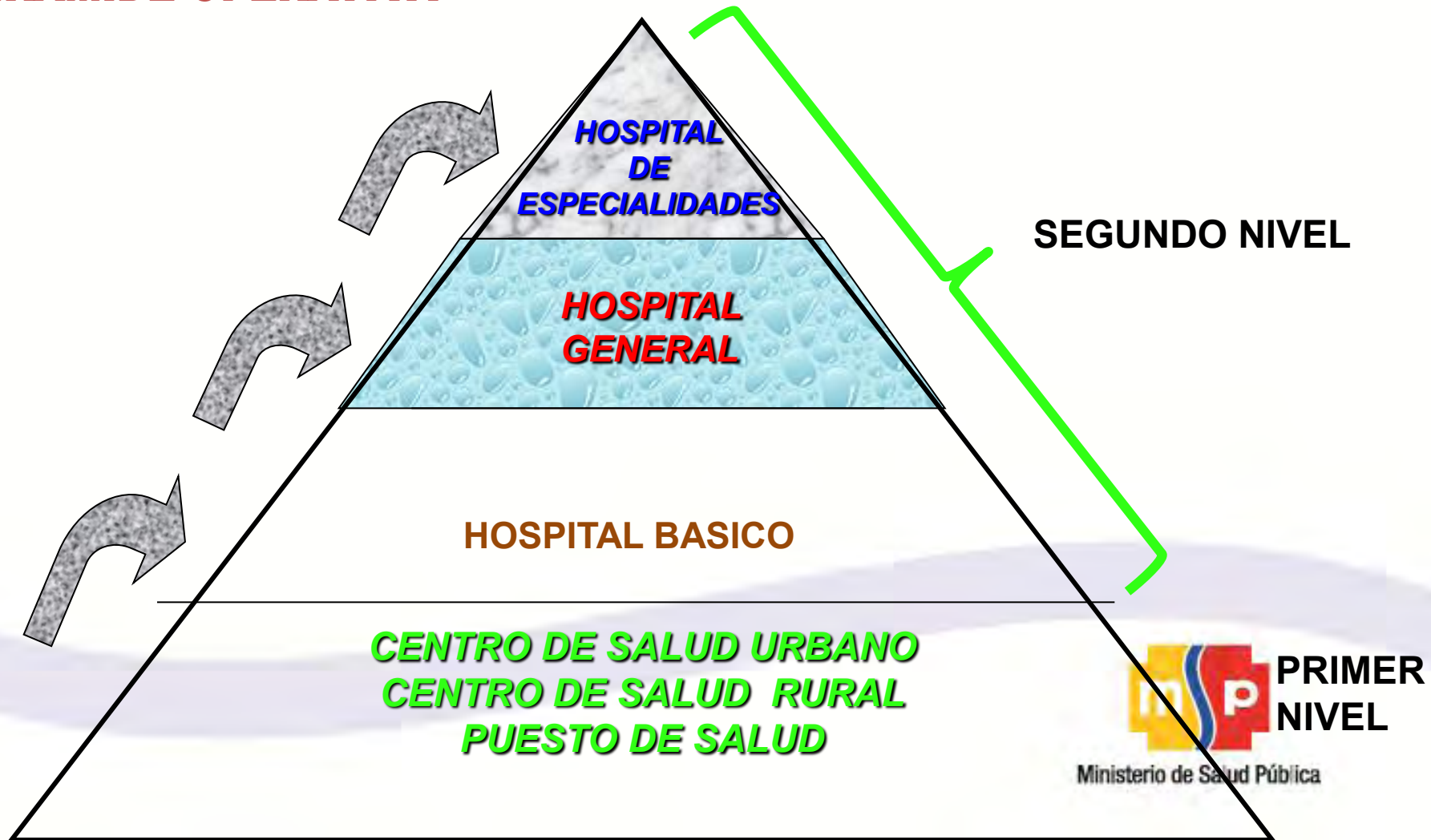
SE CONSIDERA EL TRANSPORTE FISICO DE UN PACIENTE DE UN ESTABLECIMIENTO A OTRO, NO ES UNA REFERENCIA.



Ministerio de Salud Pública

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

PIRAMIDE OPERATIVA



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

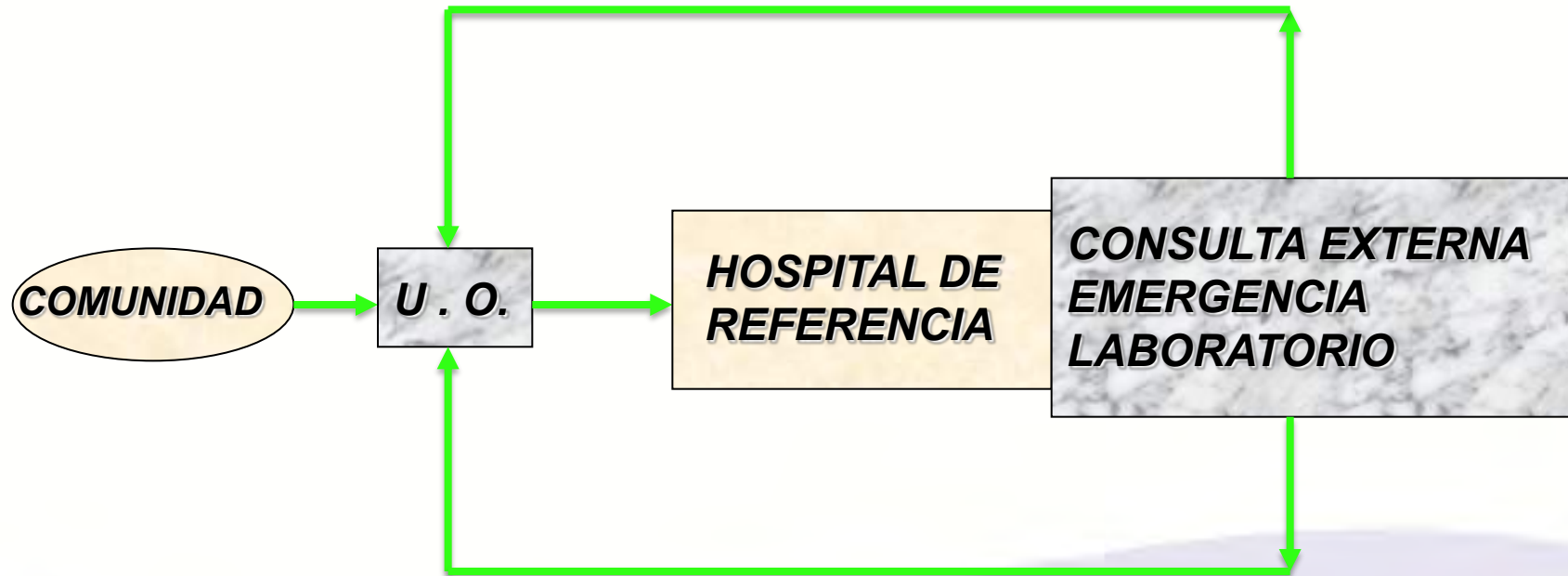
PRINCIPIOS GENERALES

- LO QUE SE HACE EN EL PRIMER NIVEL NO TENE QUE SER HECHO EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA Y VICEVERSA
- RESPETAR CAPACIDAD RESOLUTIVA
 - INDIVIDUAL
 - INSTITUCIONAL
- EL HOSPITAL CUMPLE UNA FUNCIÓN DE APOYO TECNICO A LA RESPONSABILIDAD TOTAL E INDELEGABLE DE ATENCIÓN QUE EL PRIMER NIVEL TIENE SOBRE LAS PERSONAS DE SU ZONA
- APROVECHAR EL SISTEMA COMO CONTACTO ENTRE MEDICOS GENERALISTAS Y ESPECIALISTAS.
- PARA ESTIMULAR EL CORRECTO USO DEL SISTEMA POR NIVELES DE ATENCIÓN, DEBEMOS MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL PRIMER NIVEL



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

FLUJOGRAMA DE PACIENTES



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

DIFUSION DE LA INFORMACION BASICA

- NOMBRE Y DIRECCION DEL HOSPITAL
- NOMBRE DEL DIRECTOR, JEFE DE CONSULTA, ENFERMERA JEFE
- CONSULTA EXTERNA, HORARIOS Y ESPECIALIDADES
- LABORATORIO: TIPO DE EXAMENES, HORARIOS Y COSTOS
- OTROS SERVICIOS: ECOGRAFIAS, RX, DESCRIBIR HORARIOS, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS.



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA REFERENCIA

- LAS REFERENCIAS SERÁN SOLICITAS POR MEDICOS O EN SU AUSENCIA Y EN CONDICIONES DE EMERGENCIA POR ENFERMERAS O PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA.**
- LAS UNIDADES QUE REFIERAN PACIENTES YA SEA PARA REALIZACIÓN DE EXAMENES, TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS U HOSPITALIZACIÓN DEBERÁN LLENAR EL FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.**
- EL PERSONAL DEBERÁ INSTRUIR ADECUADAMENTE Y PROLIJAMENTE AL PACIENTE REFERIDO.**
- LOS PROMOTORES DE SALUD Y/O VOLUNTARIAS DE SALUD ENVIARÁN A LOS PACIENTES A LA UNIDAD OPERATIVA MÁS CERCANA.**



NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA CONTRAREFERENCIA

- LA UNIDAD RECEPTORA, HOSPITAL DE REFERENCIA, NO DIFERIRÁ NI RECHAZARÁ LAS REFERENCIAS Y ATENDERÁ PRIORITARIAMENTE AL PACIENTE REFERIDO.**
- DEBERÁ HABRISE UNA HISTORIA CLINICA EN LA UNIDAD RECEPTORA, EN EL CASO DE QUE NO LO HUBIERA.**
- UNA VEZ PROPORCIONADO EL SERVICIO, LA UNIDAD RECEPTORA EFECTUARÁ LA CONTRAREFERENCIA, LLENADO LA SECCIÓN II DE CONTRAREFERENCIA DEL FORMULARIO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA.**



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

INDICADORES

PORCENTAJE DE REFERENCIA	5%
PORCENTAJE DE REFERENCIA CUMPLIDAS	70%
PORCENTAJE DE CONTRAREFERENCIAS	90%
PORCENTAJE DE REFERENCIA INJUSTIFICADAS	<10%



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

CATEGORIAS DE REFERENCIAS

VERDADEROS POSITIVOS: PACIENTES QUE FUERON REFERIDOS Y SU REFERENCIA SE JUSTIFICA (APENDICITIS DX REFERENCIA Y CIRUGÍA)

FALSOS POSITIVOS: PACIENTES REFERIDOS PERO QUE NO HABIA NECESIDAD DE HACERLO (SOSPECHA DE APENDICITIS, REFERENCIA, NO FUE APENDICITIS)

VERDADEROS NEGATIVOS: PACIENTES QUE NO FUERON REFERIDOS Y QUE NO SE LO ENVIÓ (FUE APENDICITIS Y NO FUE REFERIDO)

FALSOS NEGATIVOS: PACIENTES QUE NO FUERON REFERIDOS PERO SE DEBIO HACERLO (NO FUE DX DE APENDICITIS NI FUE ENVIADO, PERO TENÍA APENDICITIS)



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

POSIBLES DISFUNCIONES EN EL SISTEMA

REVISANDO EXPERIENCIAS Y BIBLIOGRAFIAS, SE HA OBSERVADO UNA SERIE DE **DISFUNCIONES** EN EL SISTEMA DE REFERENCIA

AUTOREFERENCIA ES DECIR EL PACIENTE QUE CONSULTA INMEDIATAMENTE EN EL HOSPITAL DE REFERENCIA, FENÓMENO MUY NOTABLE EN EL ECUADOR, A DIFERENCIA DE MUCHOS PAÍSES “DESARROLLADOS” DONDE NINGUN PACIENTE PUEDE AUTORREFERIRSE, YA QUE TIENE QUE PASAR EN FORMA OBLIGATORIA POR EL GENERALISTA DEL PRIMER NIVEL; AUNQUE A VECES ÉSTE PROFESIONAL REFIERE AL PACIENTE SIN QUE SEA NECESARIO, PERO BAJO PRESIONES DEL SISTEMA.

LA **SUBUTILIZACION** PUEDE PRODUCIRSE CUANDO EL GENERALISTA DESCONOCE LOS SERVICIOS QUE PRESTA EL HOSPITAL, O CUANDO LOS PACIENTES NO CUMPLEN CON LAS REFERENCIAS, SEA POR PROBLEMAS DE DISTANCIA, COSTOS, O FALTA DE CONFIANZA EN EL SEGUNDO NIVEL.

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

POSIBLES DISFUNCIONES EN EL SISTEMA

LA FALTA DE TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN:

ES COMÚN ESCUCHAR A LOS ESPECIALISTAS QUEJANDOSE DE LA POCA INFORMACIÓN QUE LES DAN LOS GENERALISTAS Y VICEVERSA.



Ministerio de Salud Pública

REFERENCIA

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE		HISTORIA		
						PARROQ.	CANTON	PROVIN.	CLINICA				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		CEDULA DE CIUDADANIA					
FECHA DE REFERENCIA	HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCION ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA		SEGURO DE SALUD
			M	F	SOL	CAS	D/V	VIU	U-L				
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIA LA REFERENCIA						SERVICIO AL QUE SE REFIERE							
1.- MOTIVO DE REFERENCIA													
2.- RESUMEN DEL CUADRO CLINICO													
3.- HALLAZGO RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
4.- DIAGNOSTICO													
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO													
CIE PRE DEF CIE PRE DEF													
1								4					
2								5					
3								6					
5.- PLAN DE TRATAMIENTO REALIZADO													
SALA			CAMA			MEDICO			FIRMA				

CONTRAREFERENCIA

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UD		COD. LOCALIZACION			NUMEROS DE		HISTORIA						
						PARROQ.	CANTON	PROVIN.	CLINICA								
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE			CEDULA DE CIUDADANIA					
FECHA DE REFERENCIA		HORA	EDAD	GENERO		ESTADO CIVIL				INSTRUCCION ULTIMO AÑO APROBADO		EMPRESA DONDE TRABAJA		SEGURO DE SALUD			
				M	F	SOL	CAS	DIV	VIU	U-L							
ESTABLECIMIENTO AL QUE SE ENVIA LA CONTRAREFERENCIA								SERVICIO QUE CONTRAREFIERE									
1.- RESUMEN DEL CUADRO CLINICO																	
2.- HALLAZGO RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS																	
3.- TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS																	
4.- DIAGNOSTICO		PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE		PRE		DEF		CIE		PRE		DEF			
1										4							
2										5							
3										6							
5.- PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO																	
SALA		CAMA		MEDICO						FIRMA							
REFERENCIA JUSTIFICADA						SI		☐		NO		☐					

GRACIAS



Ministerio de Salud Pública

PROYECTO RED CONE COTOPAXI





ESTA GUIA PERTENECE A:

MI FUNCION ES:

COMUNIDAD:

TELEFONO:

EN CASO DE QUE ESTA GUIA SE PIERDA, POR FAVOR ENTREGAR
EN:



GUIA PARA ORGANIZAR UN PLAN DE EMERGENCIA COMUNITARIO, MATERNO-NEONATAL

Elaborado por:

Ant. Daniel González

Lic. Myriam Pillajo

Dr. Mario Chávez

Proyecto Red de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
(CONE) COTOPAXI Center for Human Services (CHS-Ecuador)

Equipo Técnico

Dr. Mario Chávez

Dr. Patricio Ayabaca

Lic. Juana María Freire

Lic. Myriam Pillajo

Lic. María Elena Robalino

Ant. Daniel González

Supervisión técnica:

Dr. Jorge Hermida

Director para América Latina y El Caribe URC-CHS

Con el apoyo técnico y financiero de la Agencia para el Desarrollo de
los Estados Unidos de Norte América USAID

INTRODUCCION

La mortalidad materna y neonatal en la provincia de Cotopaxi continúa siendo preocupante. En el 2010, 7 mujeres fallecieron intentando dar vida a su hijo/a, y 52 niños murieron antes de cumplir un mes de vida.

Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2009 – 2013) tienen entre sus metas *“Reducir en un 35% la muerte materna y neonatal.”*

El Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal del MSP es, precisamente, el camino y la manera para alcanzar

estas metas. La construcción de redes CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales) es una de sus estrategias principales y por eso es prioritario llevarla a cabo en su mejor expresión

posible y con la participación de varios actores: Proveedores institucionales, parteras tradicionales, Organizaciones

No Gubernamentales y Organizaciones Sociales.

Las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes empiezan en el hogar, en donde existen muy pocas posibilidades de recibir atención adecuada y





oportuna debido a un sinnúmero de factores: a) Barreras de acceso geográfico (comunidades muy distantes de las unidades de salud, con vías de segundo y tercer orden, ausencia de medios de transporte, dificultades de comunicación, [teléfono, celular, radio, etc.]; b) dificultades económicas; c) brechas culturales entre los servicios de salud y las comunidades; d) falta de coordinación entre los proveedores comunitarios e instituciones, etc., limitando de esta manera el acceso de los/as usuarias/os a una atención de emergencia.

La mayoría de los partos en la provincia de Cotopaxi continúan siendo atendidos en la comunidad y es ahí

donde también ocurren la mayoría de las muertes maternas y de los recién nacidos. Por lo tanto, se debe impulsar la activa participación de las embarazadas, la familia y la comunidad organizada en el reconocimiento de las señales de peligro, la toma de decisiones y el traslado oportuno de las embarazadas y los recién nacidos con señales de peligro a los servicios de salud.

En este contexto es necesario implementar la conformación de Planes Comunitarios de Emergencia para el traslado de mujeres y recién nacidos con el fin de salvar sus vidas.

PROPOSITO DE ESTA GUIA

El propósito de esta guía es orientar a los líderes comunitarios, a las parteras/os, agentes de salud y familias para la elaboración y aplicación de un plan de emergencia comunitario, fomentando así la cultura de la prevención, y evitando las muertes maternas neonatales.

❖ ¿Que es un plan de emergencia comunitario?

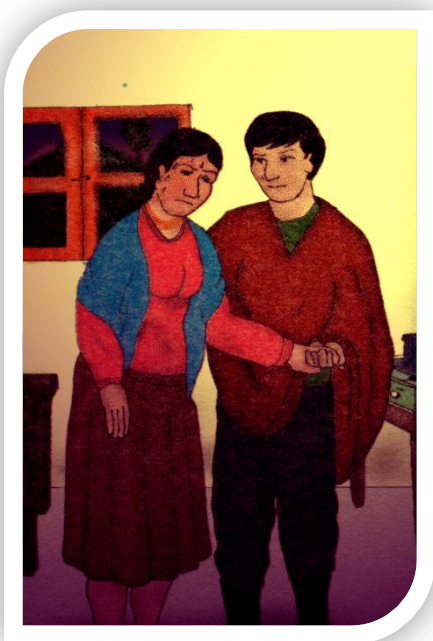
Es una estrategia que ayuda a la familia y a la comunidad a planificar acciones para salvar la vida de las embarazadas cuando se presenta una señal de peligro o complicación durante el embarazo, el parto o el postparto, o cuando se presentan peligros para el recién nacido durante sus primeros días de vida.

❖ ¿Por qué necesitamos tener organizado un plan de emergencia comunitario?

- 1) Porque muchas mujeres embarazadas no reciben atención de un profesional de salud o una partera capacitada durante su embarazo, y no se pueden detectar a tiempo señales de peligro que pueden poner en riesgo su vida y la de su bebé.

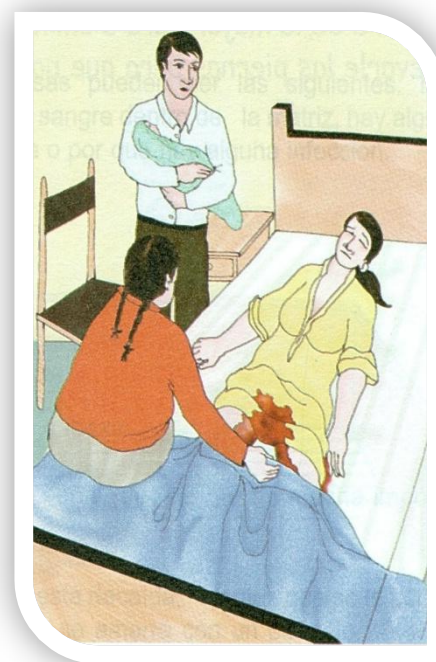


- 2) Porque muchas mujeres dan a luz solas o con la ayuda de un familiar que no está capacitado para atender adecuadamente el parto o al recién nacido.



- 3) Porque muchos partos ocurren en la noche y en la madrugada cuando es más difícil recibir ayuda en caso de una emergencia.

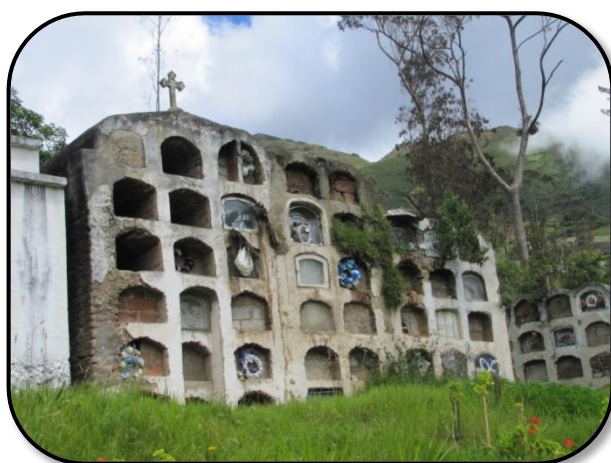
- 4) Porque a pesar de que una mujer embarazada esté saludable y haya tenido controles en un centro de salud, puede que se presenten complicaciones que pongan en peligro su vida y la de su bebé si no reciben atención inmediata en un establecimiento de salud.



- 5) Porque los recién nacidos, durante sus primeros días de vida, son más sensibles a enfermarse o morir si no reciben un control y una atención adecuada.



Si la mujer, la familia y la comunidad no están preparados para actuar inmediatamente en caso de una complicación, si no existe un plan para el transporte de emergencia, tanto la madre como el recién nacido **pueden morir** por no recibir la ayuda adecuada.



❖ Entonces.... ¿para qué organizar un plan de emergencia?

- 👉 Para saber cómo actuar en caso de emergencia.
- 👉 Para estar organizados/as en la comunidad.
- 👉 Para saber cuáles son las personas responsables.
- 👉 Para recibir ayuda inmediata.

**PARA EVITAR
QUE MUERAN
LAS MUJERES Y
LOS RECIEN
NACIDOS DE
NUESTRAS
COMUNIDADES**



❖ PASOS PARA ORGANIZAR UN PLAN DE EMERGENCIA COMUNITARIO

PASO 1

Leer bien el documento de plan de emergencia comunitario



PASO 2

Organizar una asamblea comunitaria para informarles sobre el problema y la necesidad de organizar un plan de emergencia materno neonatal.



PASO 3

Identificar qué recursos tenemos en la comunidad para organizar el Plan de Emergencia Comunitario



¿Que tenemos en la comunidad para organizar el Plan de Emergencia?

- ✓ Hospital
- ✓ Personal de salud
- ✓ Parteras/os
- ✓ Teléfono convencional o celular, radio.
- ✓ Vehículo, caballo, etc.
- ✓ Ambulancia del hospital
- ✓ Comité de Salud

PASO 4

Identificar a las personas de la comunidad que tengan un vehículo y comprometerles a que ayuden a trasladar a una mujer o a un recién nacido que tenga una emergencia



PASO 5

Organizar actividades para tener un fondo comunitario para las emergencias maternas y neonatales:

- Colecta,
- Minga,
- Gestión en la junta parroquial, etc.



PASO 6

Tener una lista de números de teléfonos de la cruz roja, bomberos, ambulancia del hospital, policía comunitaria.



PASO 7

Organizar las actividades de ALERTA: -
A quien se avisa primero?,
- Cómo se avisa?
(Hacer sonar el cacho, llamadas a celulares, etc.)
- En donde se reúnen?



PASO 8

Identificar el Hospital, el Centro o Subcentro de Salud más cercano y que esté abierto.



PASO 9

Elaborar un acta con el listado de los nombres de las personas responsables del Comité de Emergencia Comunitario



¿Qué es un Comité de Emergencia Comunitario?

Es un grupo de personas de la comunidad que están organizadas, y organizan a la comunidad de acuerdo al plan de emergencia, para apoyar al traslado de las mujeres y los recién nacidos a un establecimiento de salud en caso de que se encuentren en riesgo y peligro su vida.

ACTA DE CONFORMACION DEL COMITÉ DE EMERGENCIA COMUNITARIO	
Fecha.....	
En la comunidad de se conforma el comité comunitario de traslado de emergencias maternas y neonatales para salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos, a continuación se deja como constancia los nombres y la firma de las personas responsables:	
NOMBRES	FIRMA
▶	
▶	
▶	
▶	
▶	
▶	
"TODAS/OS UNIDOS/AS POR EL DERECHO A LA VIDA"	

PASO 10

Hacer conocer
todos estos pasos
a toda la
comunidad y
autoridades en
reuniones o
asambleas



**Todo para que no se mueran las
mujeres y los recién nacidos**



SISTEMA COMUNITARIO DE TRANSPORTE DE EMERGENCIAS MATERNO NEONATALES

INVENTARIO DE UNIDADES DE TRANSPORTE (Ejemplo)

[illegible]

ACTA DE CONFORMACION DEL COMITÉ DE EMERGENCIA COMUNITARIO

Fecha: _____

En la comunidad de _____ se conforma el comité comunitario de traslado de emergencias maternas y neonatales para salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos, a continuación se deja como constancia los nombres y la firma de las personas responsables:

Nombre	Teléfono	Firma

“TODAS/OS UNIDOS/AS POR EL DERECHO A LA VIDA”

❖ LISTA DE CHEQUEO DE PASOS DEL PLAN DE EMERGENCIA COMUNITARIO

PASO 1 ☐ Leer bien el documento de plan de emergencia comunitario 	PASO 6 ☐ Tener una lista de números de teléfonos de la cruz roja, bomberos, ambulancia del hospital, policía comunitaria. 
PASO 2 ☐ Organizar una asamblea comunitaria para informarles sobre el problema y la necesidad de organizar un plan de emergencia materno neonatal. 	PASO 7 ☐ Organizar las actividades de ALERTA: - A quien se avisa primero?, - Cómo se avisa? (Hacer sonar el cacho, llamadas a celulares, etc.) - En donde se reúnen? 
PASO 3 ☐ Identificar qué recursos tenemos en la comunidad para organizar el Plan de Emergencia Comunitario 	PASO 8 ☐ Identificar el Hospital, el Centro o Subcentro de Salud más cercano y que esté abierto. 
PASO 4 ☐ Identificar a las personas de la comunidad que tengan un vehículo y comprometerles a que ayuden a trasladar a una mujer o a un recién nacido que tenga una emergencia 	PASO 9 ☐ Elaborar un acta con el listado de los nombres de las personas responsables del Comité de Emergencia Comunitario 
PASO 5 ☐ Organizar actividades para tener un fondo comunitario para las emergencias maternas y neonatales: - Colecta, Minga, Gestión en la junta parroquial. 	PASO 10 ☐ Hacer conocer todos estos pasos a toda la comunidad y autoridades en reuniones o asambleas 

[illegible]

Proyecto Red CONE Cotopaxi CHS-Latacunga.
Calle Quito s/n y Rafael Silva a 20 metros del Centro Diocesano Nazareth
Telf: 032 806-910
www.maternoinfantil.org

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCION EN SALUD, HCI

PARTICIPACION Y CALIDAD DE ATENCION EN SALUD, ECUADOR

CONTEXTO LEGAL E INSTITUCIONAL EN EL ECUADOR, PARA LA PARTICIPACIÓN ORGANIZADA DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD, EN LA VIGILANCIA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

INFORME DE CONSULTORIA

Bernarda Salas
Tatiana Neira
Zaida Betancourt
Hugo Noboa

Quito - Junio 2011

CONTENIDOS	Pág.
1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA Y CONTEXTO	3
2. LA CONSTITUCIÓN DEL 2008, LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL EJERCICIO DE DERECHOS	9
3. LA LEY ORGÁNICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	17
4. OTRAS LEYES RELACIONADAS CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	24
4.1. Ley Orgánica de Salud	24
4.2. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley de Derechos y Amparo del Paciente, Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social	28
5. LA INSTITUCIONALIDAD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	33
5.1. El Consejo de Participación Ciudadana y Control Social	33
5.2. El Ministerio de Salud Pública y la Participación Social	35
5.3. La Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana	38
CONCLUSIONES: EL MARCO LEGAL, LA PARTICIPACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	39

CONTEXTO LEGAL E INSTITUCIONAL EN EL ECUADOR, PARA LA PARTICIPACIÓN ORGANIZADA DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD, EN LA VIGILANCIA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

1. BREVE RESEÑA HISTÓRICA Y CONTEXTO

La historia de los procesos constitucionales en el Ecuador, marca diferentes tendencias en cuanto al amparo o restricción de derechos ciudadanos. Con 20 Constituciones a lo largo de la vida republicana, esa diversidad se inicia con la primera Constitución fundacional de la República (Riobamba 1830) y va desde el enfoque totalmente conculcador de derechos de la llamada “Carta Negra” de García Moreno (1869), hasta la Constitución liberal de 1906, el rico y participativo proceso constituyente de 1945, o las dos más recientes constituciones de 1998 y 2008.

Alfredo Pareja Diezcanseco se refiere a García Moreno, como el ilustrado tirano, la figura más representativa del pensamiento conservador y clerical, en su gobierno se promulgó la octava Carta Política que comienza así “En el nombre de Dios, uno y trino, autor, conservador y legislador del universo, la convención nacional del Ecuador decreta la siguiente constitución...”, plasmó la esencia del pensamiento de esa corriente: el autoritarismo y centralismo en el gobierno, la restricción de las libertades individuales y la intolerancia a las formas diferentes de pensar, llegando incluso a establecerse que para ser ciudadanos, debían ser hombres, casados, alfabetos y católicos¹. Es decir nadie más que esos ciudadanos podían demandar derechos.

En contraste el “Decálogo Liberal”, elaborado después de la revolución alfarista de 1895², era esencialmente laico y anticlerical y apuntaba –haciendo una ruptura- hacia un enfoque de derechos universales, consecuente con el desarrollo de la campaña alfarista, incluía explícitamente medidas de protección a los derechos de la población indígena, tan excluida y vilipendiada. El decálogo versa sobre varios temas relacionados con el poder de la iglesia, e incluye también la “libertad de los indios” y la “enseñanza laica y obligatoria”, bases para una serie de acontecimientos históricos posteriores, incluyendo las grandes movilizaciones populares y los procesos participativos del siglo XX y comienzos del siglo XXI.

Con este decálogo, que se reafirma en la Constitución liberal de 1906 (“Carta Liberal del Pueblo”), los liberales, especialmente los radicales, sientan las bases para la institucionalización de una república más tolerante y participativa. Sin embargo de ello, los contenidos del decálogo, de otros instrumentos legales liberales, pero sobre todo algunas de las acciones después del acceso de los liberales al poder, no eran lo suficientemente democráticas como para garantizar la igualdad de todos los seres humanos, a tal punto que liberalismo y democracia comenzaron a divergir.³

Algunos de los líderes de la iglesia católica contemporánea más conservadora, cuando

¹ Alfredo Pareja Diezcanseco. Historia del Ecuador, Editorial Colón, Quito 1962

² Jorge Núñez Sánchez, “La actual historiografía ecuatoriana y ecuatorianista” <http://www.flacso.org.ec/docs/anthistoria.pdf> (acceso abril 2011)

³ María Cárdenas Reyes. “José Peralta y la transformación del liberalismo ecuatoriano” Ediciones del Banco Central del Ecuador, Quito 2002. Pág. 315

lamentan “las atrocidades del liberalismo”, no tanto hacen referencia a las consecuencias económicas del paso de los bienes de la iglesia a la beneficencia pública, ni a las consecuencias humanitarias de la guerra, sino que se refieren al matrimonio civil y a la educación laica, que según su criterio, destruyen los cimientos de la familia y la sociedad.

Pero, es la Constitución de 1945 la que por primera vez, en forma explícita, dictamina en su Art. 141, numeral 15, entre los derechos individuales el derecho a la participación en la vida política del Estado, aunque sea en forma limitada:

“15. La libertad de reunión y de asociación para fines no prohibidos por la ley. Es lícita la formación y existencia de organizaciones políticas y el Estado tiene la obligación de garantizarlas. Se declara punible todo acto por el cual se prohíba o limite al ciudadano la participación en la vida política del Estado, salvo las excepciones señaladas en esta Constitución...”⁴

La Constitución de 1998, se refiere por primera vez en específico a la participación en temas de salud, de hecho es la primera vez que se incluye expresamente una sección dedicada a la salud, en el Art. 43 se dispuso:

*“Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, **mediante la participación de la sociedad** y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.”⁵* (el resaltado es de este informe)

Lo reitera en otras secciones en relación a varios derechos (Art. 49 derechos de niños y adolescentes; Art. 63 sobre la cultura; Art. 88 protección del ambiente). Sin embargo es muy restrictiva en su alcance, en el TÍTULO IV: DE LA PARTICIPACIÓN DEMOCRÁTICA que aborda específicamente el tema de la participación, se limita la misma a aspectos como: las elecciones, la consulta popular, la revocatoria del mandato, los partidos y movimientos políticos y el estatuto de la oposición.

En el título relacionado con la ORGANIZACIÓN TERRITORIAL Y DESCENTRALIZACIÓN de la misma constitución, en el Art. 225, se menciona también el fortalecimiento de la participación ciudadana en el marco de una descentralización con transferencia de competencias:

*“El Estado impulsará mediante la descentralización y la desconcentración, el desarrollo armónico del país, el **fortalecimiento de la participación ciudadana***

⁴ <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/biblioteca/constituciones-del-ecuador/Constitucion-1945/1945-Documento-transcrito.pdf> (acceso 2 abril 2011)

⁵ <http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/biblioteca/constituciones-del-ecuador/Constitucion-1998/1998-Documento-transcrito.pdf> (acceso 2 abril 2011)

y de las entidades seccionales, la distribución de los ingresos públicos y de la riqueza.

El gobierno central transferirá progresivamente funciones, atribuciones, competencias, responsabilidades y recursos a las entidades seccionales autónomas o a otras de carácter regional... ”. (el resaltado es de este informe)

Esa referencia constitucional a la participación en el marco de la descentralización, hay que entenderla sin embargo y para el momento político, como una respuesta a un creciente movimiento social de defensa de lo público, que obligaba al poder establecido –siguiendo los dictámenes de organismos internacionales- a desarticular el Estado central, por la vía de las privatizaciones o de la entrega de competencias a organismos seccionales más fáciles de manipular o influir sin repuestas sociales amplias ni debates mediáticos. Y no es que esa descentralización con transferencia o intento de transferencias del gobierno nacional a los gobiernos locales responde necesariamente a un modelo neoliberal, sino que también responde a una dificultad real del Estado de resolver los problemas de las personas en sus ámbitos cotidianos. Por lo que la disyuntiva es ubicar la tensión nacional y local para abordarla, de tal manera que la salida no sea ni el centrismo ni la descentralización que exime de responsabilidad al gobierno nacional, más aún en áreas sociales como las de la salud o la educación⁶. Adicionalmente, las experiencias locales son las más ricas e innovadoras, e influyen en las leyes y normativas nacionales que sólo alcanzan legitimidad cuando encarnan en lo local.

Todo ese histórico desarrollo constitucional, que tiene su correlato en leyes orgánicas, especiales y otros instrumentos legales, se da entonces en el marco de un proceso de confrontación o quizás más frecuentemente de acceso a espacios de poder, esfuerzo en el que la ciudadanía ha ensayado diferentes formas de organización y de lucha por derechos, para confrontar al poder político y económico dominante, para acceder a algunos de esos espacios –generalmente locales- como un proceso de aprendizaje, o en algunos casos para asimilarse a las reglas del Estado y de quienes detentan ese poder.

En general, la organización social y popular en el Ecuador tiene una gran amplitud y diversidad, y tiene sus antecedentes más sólidos en los procesos de resistencia de la época colonial, las guerras de independencia, la revolución liberal de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, así como diferentes procesos cívicos a lo largo del siglo XX, uno de cuyos últimos y emblemáticos ejemplos fue el levantamiento indígena iniciado en 1990 y conducido por la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE).

Durante casi todo el siglo XX, el protagonista central de las movilizaciones sociales fue el movimiento sindical⁷, apoyado por organizaciones políticas revolucionarias que se

⁶ Según SENPLADES (definiciones para la transformación democrática del Estado, 2009): basándose en los mandatos constitucionales, los procesos en la salud y en la educación deben ser bastante desconcentrados y poco descentralizados, a diferencia de otras áreas en las que es necesaria una amplia descentralización.

⁷ Las primeras organizaciones sindicales con influencias diversas, liberales, anarquistas, socialistas y católicas, fueron: Sociedad Artística e Industrial de Pichincha (1892), Confederación Obrera del Guayas y Sociedad de Hijos del Trabajo (1905), Confederación Obrera Nacional (1920), Círculo y Centro de Obreros Católicos (década 1920). Primer Congreso Obrero Nacional (1909), Segundo Congreso Obrero Nacional (1920), en: “Pensamiento Popular Ecuatoriano” Biblioteca Básica del Pensamiento Ecuatoriano,

fueron constituyendo en diferentes épocas: Partido Socialista del Ecuador en 1926, Partido Comunista del Ecuador en 1933 y a partir de la década de 1960 una diversidad de organizaciones entre las cuales se puede mencionar cronológicamente al Partido Comunista Marxista Leninista del Ecuador, Partido Socialista Revolucionario Ecuatoriano, Movimiento de Izquierda Revolucionaria, Movimiento Revolucionario de Izquierda Cristiana, Movimiento Revolucionario de los Trabajadores, Alfaro Vive Carajo, Movimiento Bolivariano Alfarista y diversas organizaciones anarquistas contemporáneas, por citar sólo algunos de los más importantes.

Es imposible comprender los procesos participativos en salud en el país, sin relacionarlo con ese contexto político al que está muy ligado y que no se agota en esas organizaciones sindicales y partidos o movimientos políticos. Al contrario, como recordaba Edmundo Granda refiriéndose a las efervescentes décadas de 1960 y 1970, que vieron procesos como la revolución cubana, la revolución cultural china, el movimiento hippie, mayo del 68 en Francia, la formación del bloque de los países no alineados o la guerra de Vietnam, nuevos actores políticos comienzan a surgir en un mundo globalizado, entre otras razones por el desarrollo tecnológico de la comunicación y la informática, así como la crisis simultánea del capitalismo mundial y del bloque de países socialistas (estatalismo) de Europa.

“¿Cómo emergió esta sociedad políticamente multidimensional, policéntrica y contingente? Como hemos mencionado anteriormente, no existe un acuerdo, pero en este punto Castells podría ayudarnos a organizar nuestras respuestas: él dice que este nuevo mundo „se originó en la coincidencia histórica, en los últimos años de la década de los 60 y los mediados del 70, de tres procesos independientes: la revolución de la tecnología informática, la crisis económica tanto del capitalismo como del estatalismo, y su subsecuente reestructuración; y la aparición de movimientos sociales culturales tales como el libertarismo, los derechos humanos, el feminismo y el ambientalismo. La interacción entre estos procesos, y las reacciones que estos gatillaron, dieron a luz una nueva estructura social dominante, la sociedad red; una nueva economía, la economía informacional/global; y una nueva cultura, la cultura de la realidad virtual’ (Castells, 1998: 336).”⁸

Estos nuevos movimientos sociales en el Ecuador, dentro de los que se destaca el emergente movimiento indígena, han sido relativamente exitosos en evitar sistemáticamente procesos de privatización de empresas y bienes públicos, logrando dentro de ello, que no se instaure un sistema de aseguramiento privado en salud, tal como lo pretendieron algunos gobiernos nacionales y locales. Pero tampoco estos movimientos han sido capaces de estructurar una alternativa de poder ni una alternativa de modelo de desarrollo de la salud pública que no sea el basado en las leyes del

Banco Central del Ecuador 1981. Posteriormente, a lo largo del siglo XX se conforman la Central Ecuatoriana de Organizaciones Católicas, rebautizada como Central Ecuatoriana de Organizaciones Clasistas (CEDOC) de la que se desprende la CEDOC-CUT, la Confederación de Trabajadores Ecuatorianos (CTE), la Confederación Ecuatoriana de Organizaciones Sindicales Libres (CEOSL), el Frente Unitario de Trabajadores (FUT) y la Unión General de Trabajadores del Ecuador (UGTE).

⁸ Edmundo Granda. “Salud: Globalización de la Vida y de la Solidaridad”. XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Globalización, Reforma y Equidad en Salud, Construyendo una agenda política en defensa de la salud. La Habana, Julio 2000.

mercado, tampoco un accionar global en la salud pública que tenga como uno de sus ejes fundamentales a la participación social.

Incluso en el actual gobierno, algunos de esos movimientos han sido y son claves en denunciar y combatir políticas e instrumentos legales (incluyendo decretos ejecutivos) que afectan derechos fundamentales, poniendo en la mesa de negociación a delegados del gobierno y de la ciudadanía para tratar temas como: el manejo de recursos hídricos; la minería a cielo abierto y sus repercusiones sociales y ambientales; la entrega de responsabilidades propias del Estado a congregaciones católicas o las inconsistencias en el acceso a medicamentos, incluyendo una pretendida liberación de precios que afecta al posicionamiento del medicamento como un bien social.

Los grupos de poder económico y político en el Ecuador, han sufrido reiteradas derrotas en consultas populares que pretendían legalizar y legitimar procesos de privatización y más de un gobierno en las décadas de 1990 y 2000 fue derrocado en levantamientos populares que advirtieron traiciones a la nación y al pueblo ecuatoriano. El Ecuador fue uno de los países andinos que no culminó la negociación del tratado de libre comercio con los Estados Unidos de Norteamérica (2005-2006), por presión de los movimientos populares y sociales, entre ellos un colectivo de defensa de la salud frente al TLC.

Pero a pesar de algunos de esos destellos aislados, la participación en salud sigue siendo escasa, desarticulada, discontinua y como se señaló en las mesas de participación del Cuarto Congreso por la Salud y la Vida (desde agosto 2008 en todo el país hasta marzo 2009 en Loja), esta participación es muy ligada a intereses oficiales y corporativos o a liderazgos sectarios.

Algunas de las acciones participativas a las que se ha hecho referencia, responden a reivindicaciones directas de sectores sociales, como por ejemplo el agua de riego o la minería para los campesinos, o los sindicatos de trabajadores y organizaciones espontáneas de profesionales de la salud -motivadas por organizaciones de Derechos Humanos- frente al TLC. Pero la salud, aunque inserta en la dinámica de los movimientos sociales, pocas veces está explícita en las “plataformas de lucha” de los movimientos sociales en general, o está a veces al final de las mismas, como accesorio. En ese punto cabe preguntarse y tratar de desentrañar cuáles son las organizaciones o los sectores sociales que pudiesen estar más interesados en la salud, entendida además en su concepción integral y holística no sólo desde la perspectiva de los servicios, de grupos de pacientes o de grupos de interés como mujeres por los temas de maternidad o salud sexual y reproductiva. Ello, sin desmerecer el hecho de que los comités de usuarias por ejemplo, finalmente fueron una oportunidad perdida para movilizar mujeres que se posicionan desde la salud sexual y reproductiva por la calidad de atención, esto, porque probablemente el género genera muchas más molestias en las autoridades y funcionarios, que la defensa de lo público, que la reivindicación de los servicios. En ese sentido la defensa de la Ley de Maternidad Gratuita ha sido para las organizaciones de mujeres un camino a cuestas, porque ellas posicionaban el cuerpo en la discusión de la salud, es decir intentaron politizar la maternidad y visibilizar la inequidad pública-privada.

Un requisito indispensable para el ejercicio y respeto de los derechos de las personas y las colectividades radica en la posibilidad real de participación, en que se generen espacios y mecanismos que la hagan posible. Hay criterios diversos en relación a cómo

hacerlo, se plantea con frecuencia la discusión de si debe o no institucionalizarse la participación social y ciudadana y si así ocurriera, surgen preguntas en torno a la cooptación y su legitimidad.

Es importante entonces realizar esfuerzos para contribuir a identificar los mejores caminos que permitan no sólo la participación individual y colectiva, sino que ella contribuya a mejorar la calidad de los servicios y de la atención, en términos de consistencia y sostenibilidad.

El marco legal y normativo es fundamental, porque determina que pueden y que no pueden hacer los ciudadanos, los funcionarios y los prestadores de los servicios públicos, qué opciones y oportunidades tienen para participar en salud, como individuos y como organizaciones, es decir cuáles son sus derechos y obligaciones en torno a la salud y, finalmente, a qué está obligado el Estado.

Aquí es fundamental un paréntesis para recordar o identificar la premisa de que en derecho público únicamente se puede hacer lo expresamente permitido y en derecho privado todo lo que no esté prohibido por la ley. En un enfoque con énfasis en lo público, se debe tener muy presente esta limitante, que implica necesariamente la existencia de normas expresas para el accionar frente a la prestación de los servicios públicos.

Insistentemente se ha planteado en distintos espacios la discusión de, si es o no necesaria una normativa legal que permita o faculte la participación social, la respuesta obvia parece ser que sí, pues la ley es la que confiere legalidad a los actos y contratos que se realicen, además proporciona la fuerza para que sea respetada e incluso admitida en muchos casos por las autoridades y los prestadores de servicios. Lo contrario, deja a los procesos de participación y control ciudadano sujetos a la voluntad de los poderes, las autoridades y los vaivenes de la política.

En este contexto se propone un recorrido por la normativa nacional ecuatoriana vigente, partiendo de la Constitución y sus distintas disposiciones, avanzando luego a las normas secundarias relativas a salud o directamente relacionadas con ella, que permiten tener una visión de contexto y ojala lo más amplia posible, que a futuro oriente la formulación de propuestas concretas y factibles.

2. LA CONSTITUCIÓN DEL 2008⁹, LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EL EJERCICIO DE DERECHOS

El último proceso constituyente (2006-2009), en si mismo un proceso bastante participativo como lo señaló y lo defendió el primer Presidente de la Asamblea Constituyente de Montecristi, Alberto Acosta, marcó una diferente tónica en la construcción de una Constitución¹⁰, con antecedente –salvando las distancias históricas– solamente en el proceso constituyente de 1945.

A diferencia de la participación más restringida de organizaciones sociales durante la Asamblea Constituyente de 1998, en la cual estuvieron con sus propuestas pocas organizaciones de gran fortaleza, como la CONAIE (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador), pero sin mayor receptividad por parte de quienes dirigieron ese proceso¹¹; en la Asamblea Constituyente del 2007-2008 en cambio, hubo una gran participación de movimientos y organizaciones sociales en Montecristi, pero que por otro lado, fue bastante dispersa y hasta de confrontación intestina en algunos temas.

De todas maneras, esa amplia participación, se reflejó más tarde en muchos de los contenidos de la Constitución, que recoge en algunos casos de manera textual las propuestas de las organizaciones sociales.

En el caso de salud, sin bien se consagran textos constitucionales de avanzada, que favorecen procesos participativos, sin embargo se legitimó una bicefalía del sector público y se frustró la posibilidad de construir un único sistema nacional de salud, con una red pública única y bajo la rectoría del Estado. Lo cual refleja las posiciones confrontativas entre quienes defendieron un sistema público financiado, dirigido y administrado directamente por el Estado y quienes abogaron por un sistema público mediado por la seguridad social, posiciones entre las que se alinearon no sólo organizaciones sociales, sino funcionarios públicos y asambleístas, incluso del propio bloque de gobierno.

La Constitución ecuatoriana así construida, bastante innovadora sobre todo en materia

⁹ Rige a partir de su publicación en el Registro Oficial del 20 de octubre de 2008

¹⁰ “A las reformas que se han gestado por la vía constitucional en Venezuela, Bolivia y Ecuador, se las comienza a denominar ‘el nuevo constitucionalismo de América Latina’. Las coincidencias entre estos países se dan no solo por las reformas constitucionales, sino por sus gobiernos declarados de izquierda, así como por la creciente polarización social, por los discursos oficiales post neoliberales y la aparente construcción de un nuevo modelo de sociedad (socialismo del siglo XXI)... a la Asamblea Constituyente de Montecristi, llegaron más de mil delegaciones de organizaciones sociales, de todo tipo de institución. Asimismo, por diversos mecanismos (foros, talleres, mesas itinerantes, recepción de propuestas, Internet) se abrieron canales de interlocución entre la Asamblea Constituyente y más de cien mil personas. Es decir, fue un proceso con amplia participación social.” Juan Pablo Muñoz, Movimientos sociales y procesos constituyentes: El caso de Ecuador 2008, Sep. 2008. Institute for Research and Debate on Governance <http://www.institut-gouvernance.org/en/analyse/fiche-analyse-451.html> (acceso 2 abril 2011).

¹¹ Luis Mejía Montesdeoca, PRESIDENTE (Partido Izquierda Democrática, socialdemocracia), Diego Ordóñez Guerrero, SECRETARIO GENERAL (Partido Democracia Popular, demócrata cristiano), con gran influencia de Osvaldo Hurtado Larrea de la misma democracia cristiana.

de derechos, se caracteriza entre otras cosas por ser una constitución garantista y que establece la justiciabilidad de los derechos en ella reconocidos.

En el preámbulo de la Constitución se plantea un aspecto fundamental que debe tenerse presente en todo análisis: la decisión de **construir una nueva forma de convivencia ciudadana que permita alcanzar el buen vivir (Sumak Kawsay)**.

Según lo señala el Plan para el Buen Vivir *“Los pueblos indígenas andinos aportan a este debate desde otras epistemologías y cosmovisiones y nos plantean el sumak kawsay, la vida plena”*¹², como una categoría innovadora y generalmente inentendible en todo su contexto para occidente, la misma que está presente no sólo en los saberes ancestrales de los pueblos andinos sino probablemente de los pueblos y nacionalidades de varios rincones del mundo.

En materia de salud el buen vivir implica, entre otros desafíos, contar con servicios públicos y privados de calidad que den respuesta a las necesidades de salud y enfermedad de la población, en condiciones de equidad y justicia social, siendo fundamental para que esto se dé, la participación activa de los ciudadanos y ciudadanas, participación que podrá y deberá darse desde distintos ámbitos.

Al consagrarse que el Ecuador es un Estado constitucional de derechos, justicia social y democrático, se establece el marco propicio para implementar y buscar canales adecuados de participación, más allá de la reduccionista participación electoral o plebiscitaria.

El Art. 3 de la Constitución establece entre los deberes primordiales del Estado:

“1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.”

Esa garantía, que se establece como responsabilidad del Estado, en la práctica sería muy difícil de cumplir si no se cuenta con la participación individual y colectiva de los sujetos del derecho, siendo necesario que exista la posibilidad de exigencia y reclamo, así como de apoyo del Estado y sus diversos organismos para que los derechos se hagan efectivos en la práctica, elementos consustanciales a la participación.

El Art. 10 establece en expreso la titularidad de los derechos para las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y colectivos, estableciendo con esa titularidad la posibilidad real de demandar el cumplimiento de los mismos, a su vez el Art. 11 se refiere a los principios de aplicación de los derechos, denominados así en el texto jurídico, aunque más bien es la conceptualización del derecho en sí la que contribuye a reforzar la necesidad e importancia de la participación.

Por otro lado, según lo determina el numeral 1 del Art. 11, como uno de los principios para el ejercicio de derechos:

¹² REPÚBLICA DEL ECUADOR, CONSEJO NACIONAL DE PLANIFICACIÓN, Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 “Aproximaciones al concepto de Buen Vivir”, Quito 2009. Pág. 32

“Los derechos se podrán ejercer, promover y exigir de forma individual o colectiva ante las autoridades competentes; estas autoridades garantizarán su cumplimiento.”

Ejercicio, promoción y exigencia, que implica necesariamente participación e involucramiento individual o colectivo.

Sin embargo, en el mismo Art. 11, numeral 8, se dispone que:

“El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio.

Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.”
(el resaltado es de este informe)

La progresividad en el desarrollo de los derechos, a través de los mecanismos señalados, es crucial para abordar el tema desde las posibilidades y potencialidades reales, atendiendo a las necesidades y condiciones particulares de lo local y de grupos específicos.

En otros términos, al existir limitaciones de distinto orden (de procedimiento, técnicas, financieras, etc.) no siempre los derechos pueden ejercerse y desarrollarse in extenso al mismo tiempo. La salud, por ejemplo, como derecho humano fundamental tiene distintas implicaciones y debe ser abordada desde sus múltiples perspectivas, por lo que su ejercicio efectivo, respeto y garantía, necesariamente debe incluir la progresividad.

En este punto, se puede justificar con consistencia el rol importante de los consejos de salud (u otros espacios similares de participación local), pues como país diverso en muchos aspectos (culturales, epidemiológicos), si resulta mandatoria la progresividad, es necesario definir las prioridades en cada caso, dentro de un marco general, ahí el ejercicio fundamental de la participación a través de los consejos, de manera que se tomen las mejores decisiones para la colectividad.

Otro de los aspectos fundamentales en el ejercicio de los derechos, contemplado en la Constitución, es el derecho a la información, pilar fundamental de los procesos participativos. Al respecto, el Art. 18 numeral 2 consagra claramente:

“Art. 18.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a:
2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información.”

En efecto, el derecho a acceder de forma libre a la información generada en las entidades públicas, es también un mecanismo eficaz para participar, pues permite conocer el rol de las instituciones, demandar rendición de cuentas, saber si cumplen con su misión y cuáles son los derechos y atribuciones de los ciudadanos, así como las

obligaciones que corresponde cumplir para hacerlos efectivos.

En este marco de garantía de derechos, el Art. 32 de la Constitución, comienza dictaminando: *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos...”* (el resaltado es de este informe)

Para el cumplimiento efectivo de esta garantía por parte del Estado, es indispensable que las personas y colectivos tengan posibilidad de participación directa al amparo de los principios señalados, para ello deberán implementarse mecanismos, instancias y canales adecuados de información y demanda, que permitan un accionar proactivo, enmarcado en el carácter progresivo del ejercicio del derecho.

Es importante destacar, que **la salud, la educación y el trabajo son los únicos derechos consagrados como tales en la Carta Magna**, es decir como derechos en sí mismos, en los otros casos se establece que la población tiene “derecho a”, por ejemplo: al agua, a la seguridad social, pero no se señala que el agua o la seguridad social son derechos. Aunque parezca una diferencia sutil, en realidad es conceptual y así entendida, marca la diferencia no tanto en jerarquía sino en relación al abordaje que se les debe dar, relacionado con el ejercicio, exigencia y respeto.

Mención especial respecto de la participación y los servicios, merecen los artículos 52 y 55 de la Constitución:

“Art. 52.- Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características.

La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor.”

“Art. 55.- Las personas usuarias y consumidoras podrán constituir asociaciones que promuevan la información y educación sobre sus derechos, y las representen y defiendan ante las autoridades judiciales o administrativas.

Para el ejercicio de este u otros derechos, nadie será obligado a asociarse.”

Los usuarios de los servicios de salud, están amparados entonces por la Constitución para constituir asociaciones u otras formas de organización, que les permitan acceder a información y promover sus derechos, no pudiendo sin embargo ser obligadas a asociarse para ejercerlos. Con esto se refuerza la necesidad de identificar canales adecuados de participación que pueden ser individuales o colectivos y que pasan necesariamente por disponer de instancias de información y demanda, así como aquellas en las que se pueda expresar la satisfacción por la atención o el servicio recibido cuando responde a las expectativas y necesidades de los usuarios. El Estado, las instituciones y funcionarios públicos están obligados a facilitar esos procesos de participación social, de apoyo en la consecución de los objetivos planteados, así como de demanda y exigibilidad de derechos.

Respecto del control de las políticas y servicios públicos, el Art. 85 de la Constitución

señala:

“Art. 85.- La formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos que garanticen los derechos reconocidos por la Constitución, se regularán de acuerdo con las siguientes disposiciones:

3. El Estado garantizará la distribución equitativa y solidaria del presupuesto para la ejecución de las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos.

En la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos se garantizará la participación de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades.” (el resaltado es de este informe)

Las políticas públicas marcan los derroteros del Estado, establecen las metas y objetivos a alcanzar, por su importancia se convoca la participación en todo su proceso, garantizando la de las comunidades, pueblos y nacionalidades, desde la elaboración hasta su ejecución.

El reto, más allá del derecho y la garantía que busca la Constitución, es establecer los mecanismos que los hagan posibles en el marco de las competencias específicas de cada uno de los actores, sin desconocer en ningún momento que la rectoría de las políticas públicas le corresponde al Estado, que es el garante del bien común.

Es en el Art. 95 de la Constitución donde se define más clara y expresamente a la participación ciudadana como un derecho y se establecen los alcances, los principios y los mecanismos para el ejercicio del mismo.

“Art. 95.- Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano. La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad.

La participación de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho, que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria.”

Participación que se enmarca en los mecanismos contemplados por los principios y normas democráticas, que se traducen en la elección de representantes legales.

La participación sanitaria o en salud pasa además por otros mecanismos que se han construido a lo largo de los años, que deben repensarse en muchos aspectos pero que han aportado enseñanzas sustantivas en el proceso de construcción colectiva de un sistema nacional de salud del Ecuador, equitativo, solidario, inclusivo y en el que primen los intereses de la salud pública por sobre los comerciales y económicos, que tenga en cuenta el interés superior de la gente y que garantice servicios de calidad, accesibles y con cobertura de acuerdo a la necesidad local, tal como lo definen el artículo 359 y otros de la “Sección Salud” en el Título VII Régimen del Buen Vivir, que amparan expresamente tal participación y control social:

*“Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y **propiciará la participación ciudadana y el control social.**”* (el resaltado es de este informe)

Los artículos 96 y 100 reconocen las formas de organización colectiva de la ciudadanía y la participación en los diferentes niveles de gobierno a través de diversos mecanismos:

*“Art. 96.- **Se reconocen todas las formas de organización de la sociedad, como expresión de la soberanía popular para desarrollar procesos de autodeterminación e incidir en las decisiones y políticas públicas y en el control social de todos los niveles de gobierno, así como de las entidades públicas y de las privadas que presten servicios públicos.***

Las organizaciones podrán articularse en diferentes niveles para fortalecer el poder ciudadano y sus formas de expresión; deberán garantizar la democracia interna, la alternabilidad de sus dirigentes y la rendición de cuentas.” (el resaltado es de este informe)

“Art. 100.- En todos los niveles de gobierno se conformarán instancias de participación integradas por autoridades electas, representantes del régimen dependiente y representantes de la sociedad del ámbito territorial de cada nivel de gobierno, que funcionarán regidas por principios democráticos. La participación en estas instancias se ejerce para:

- 1. Elaborar planes y políticas nacionales, locales y sectoriales entre los gobiernos y la ciudadanía.*
- 2. Mejorar la calidad de la inversión pública y definir agendas de desarrollo.*
- 3. Elaborar presupuestos participativos de los gobiernos.*
- 4. Fortalecer la democracia con mecanismos permanentes de transparencia, rendición de cuentas y control social.*
- 5. Promover la formación ciudadana e impulsar procesos de comunicación.*

Para el ejercicio de esta participación se organizarán audiencias públicas, veedurías, asambleas, cabildos populares, consejos consultivos, observatorios y las demás instancias que promueva la ciudadanía.”

Finalmente, la Constitución entre sus mandatos determina también expresamente la construcción del *Quinto Poder del Estado*: La Función de Transparencia y Control Social que está formada por el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General del Estado y las superintendencias (Art. 204) y establece como deberes y atribuciones del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social:

“Art. 208.- Serán deberes y atribuciones del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, además de los previstos en la ley:

- 1. Promover la participación ciudadana, estimular procesos de deliberación pública y propiciar la formación en ciudadanía, valores, transparencia y lucha contra la corrupción.*
- 2. Establecer mecanismos de rendición de cuentas de las instituciones y*

entidades del sector público, y coadyuvar procesos de veeduría ciudadana y control social...

4. Investigar denuncias sobre actos u omisiones que afecten a la participación ciudadana o generen corrupción..."

Todo este recorrido por los diferentes títulos de la Constitución, evidencia que el ejercicio de derechos y la participación y control social están plenamente garantizados en la Constitución vigente, al menos en teoría. Corresponde entonces precautelar y fortalecer los diferentes mecanismos de participación existentes a diferente nivel, desarrollar más instancias y capacidades de participación social (muchas de ellas amparadas también en la Ley Orgánica de Participación Ciudadana 2010 y otros instrumentos legales), para ello, la responsabilidad no está solo en los ciudadanos y las organizaciones sociales sino también en las instituciones estatales, de entre las cuales especial importancia tienen: el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, el Ministerio de Salud Pública y otras instituciones públicas relacionadas con el sector, pero también otras instancias del Ejecutivo (Ministerio Coordinador de la Política; Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana) y del Legislativo que deben facilitar instrumentos legales complementarios y mecanismos que garanticen la participación, incluyendo el financiamiento de procesos participativos sin afanes de cooptación y respetando la autonomía de las organizaciones sociales y populares.

Pero más allá de esos desafíos, que tienen en gran medida que ver con la relación Estado – sociedad civil o con aspectos administrativos de la participación, hay otros de carácter eminentemente político y de responsabilidad de las organizaciones y sus dirigentes, entre ellos:

- **NUEVAS FORMAS DE ORGANIZACIÓN.** Defender y fortalecer, o en algunos casos transformar de acuerdo a las necesidades políticas actuales, a las organizaciones existentes en el sector salud, sean estas de concertación (consejos) o de representación (sindical, comunitaria), más allá incluso del denominado sector salud¹³. Las caducas organizaciones de gremios de profesionales de la salud (colegios, federaciones) por ejemplo, deberían apuntar, tanto en el sector público como en el privado, a la defensa real de derechos (gremiales y sociales), en lugar de actuar en algunos casos como clubes sociales excluyentes. Estas nuevas formas de organización deberían considerar a aquellas que muy ligadas a la atención en salud han dinamizado relaciones con los espacios públicos y propiciado un ejercicio ciudadano, por ejemplo comités de usuarias, personas viviendo con VIH, jóvenes que acceden a los servicios amigables para atención a adolescentes, mujeres de la tercera edad, personas con discapacidades, entre otros.
- **PARTICIPACION POPULAR AUTÓNOMA.** Pasar de un enfoque de participación mediatizada y alejada de las bases, hacia la construcción de una participación popular autónoma, con gran capacidad organizativa y de

¹³ “Tal y como se plantea en el concepto de la salud como producto social, la participación social es un elemento fundamental para la solución de los problemas de salud, de manera que se aplica y necesita para acciones inherentes al propio sector salud, pero al mismo tiempo lo trasciende y compromete a toda la sociedad.” Giselda Sanabria. “Participación social en el campo de la salud” Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(3).

movilización. Contribuir a desinstitucionalizar la participación social en salud en lugar de concentrarla en el poder ejecutivo, pero a su vez garantizar la responsabilidad del Estado (política y financiera) de apoyar los procesos organizativos y participativos en salud.

- **UNIDAD.** Hacer esfuerzos para procesos unitarios, como un compromiso político y ético¹⁴. Vencer las fragmentaciones sectarias entre organizaciones que no tienen contradicciones fundamentales, sino que difieren parcialmente en aspectos de forma y tácticos o se distancian por liderazgos personalistas. Construir liderazgos colectivos, horizontales y renovables. Esos puentes de unidad deben ser tejidos desde la diversidad de los movimientos sociales, en donde la salud con una mirada integral ha tenido cabida, incluso en la demanda de atención de las enfermedades. Uno de los aciertos de unidad ha sido la defensa de lo público y la movilización social; pero uno de los desaciertos es no encontrar movilizadores temáticos que permitan esta unidad; en ese sentido, los comités de usuarias-os por ejemplo, siendo una oportunidad perdida pasada-presente, constituyen una posibilidad futura integradora.
- **PROYECTOS ESTRATEGICOS.** Construir propuestas políticas de acción estratégica, para un largo plazo, y no responder sólo a los desafíos coyunturales que generalmente se plantean desde el poder transnacional o desde intereses muy particulares. No anquilosarse en luchas economicistas e inmediatistas. Responder organizadamente a enfoques fundamentales como los de equidad, género, interculturalidad, ambientales o ecosistémicos, y a necesarios procesos de transformación del “sistema de salud”, demandando el carácter participativo de los mismos.

¹⁴ Gobierno Legítimo de México, Secretaría de Salud. PONENCIA DEL COMITÉ FORO ABIERTO POR LA SALUD. “2. *Concertar alianzas con diversos sectores. Basadas en el compromiso ético, social, político y en la coincidencia conceptual de este derecho. (Sindicatos, asociaciones, colegios, Comités, etc.)...* 4. *Promover la participación ciudadana en formas de organización que coadyuven en demandar hacer efectivo el Derecho a la Salud, es decir, no basta con el reconocimiento del derecho; este tiene que concretarse entre otros en la organización y movilización social...*” México 2006.

3. LA LEY ORGÁNICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA¹⁵

Esta ley pretende poner en práctica los postulados y garantías constitucionales respecto de la participación en sus distintas modalidades, desde la interculturalidad y en los distintos niveles de gobierno, para hacer seguimiento a las políticas públicas y la prestación de servicios, en el marco de la democracia participativa.

Su objeto (artículo 1) señala:

“propiciar, fomentar y garantizar el ejercicio de los derechos de participación de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblos afroecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícitas, de manera protagónica, en la toma de decisiones que corresponda, la organización colectiva autónoma y la vigencia de las formas de gestión pública con el concurso de la ciudadanía; instituir instancias, mecanismos, instrumentos y procedimientos de deliberación pública entre el Estado, en sus diferentes niveles de gobierno, y la sociedad, para el seguimiento de las políticas públicas y la prestación de servicios públicos; fortalecer el poder ciudadano y sus formas de expresión; y, sentar las bases para el funcionamiento de la democracia participativa, así como, de las iniciativas de rendición de cuentas y control social.”

En el artículo 3 (Objetivos) de la ley con claridad se define que la participación y el control social, deberán dirigirse a la solución de los problemas y a incidir en los temas que involucren el interés común.

Entre los objetivos relevantes que se relacionan directamente con la participación en salud, se establece la necesidad de **crear espacios de interlocución entre la sociedad y el Estado**, partiendo del acceso a la información que se necesite para encaminar los procesos de exigibilidad de derechos, pero también de los deberes, el control social y rendición de cuentas en la gestión de lo público.

Para hacer efectivos los postulados señalados, **se puede recurrir a todas las formas de organización lícita**. Es decir las distintas modalidades de organización experimentadas en el sector salud tienen hoy más que nunca respaldo legal de la más alta jerarquía, la Constitución y una ley orgánica, que permiten potenciar en todos los sentidos todo lo que ya se hacía, y las nuevas modalidades que se propongan.

Un tema nuevo, que no se había discutido y menos planteado a nivel legal, lo pone de manifiesto y lo dispone expresamente la Constitución, el de las **acciones afirmativas**, conocidas también como discriminación positiva, que busca garantizar derechos en condiciones de prioridad e inclusive privilegio en cierto sentido, a los individuos y las colectividades tradicionalmente excluidas, invisibilizadas e incluso desatendidas en el quehacer de la salud, de manera que tengan espacios efectivos y eficaces en los cuales no sólo se hagan valer sus derechos, sino que los mismos sean atendidos con la prioridad que cada caso requiera.

¹⁵ Ley S/N publicada en el registro oficial suplemento No 175 del 20 de abril del 2010.
http://documentacion.asambleanacional.gob.ec/alfresco/service/api/node/workspace/SpacesStore/02cdfff6-90d0-4192-abae-77aaf9e3e48e/content?alf_ticket=TICKET_cf8e5c404cd81ed429d6d2097cdf01c240bb61d5

Se consagran en esta Ley Orgánica de Participación Ciudadana, principios importantes que deben ser consustanciales a la participación, como la **paridad de género** (artículo 4, Principios de la participación, Paridad de género), para lo cual se establece que de ser necesario se tomarán medidas de acción afirmativa para que la participación se de en condiciones de igualdad entre todos y en especial entre hombres y mujeres.

Un tema trascendental es el que se refiere a la **responsabilidad** en el ámbito de la participación, entendida como el compromiso legal y ético asumido por las ciudadanas y los ciudadanos de manera individual o colectiva, en la búsqueda del buen vivir, lo que conlleva como consecuencia lógica que lo que se busque y lo que se haga deba ser necesariamente en ese marco de paridad y equidad, así como en el de la corresponsabilidad con el Estado y las instituciones en los distintos ámbitos de la gestión pública, haciendo con esto efectiva la consecuencia lógica del derecho que es el deber.

Lo anterior es sustantivo, pues durante mucho tiempo y en varios espacios se reclamó el derecho a la participación, pero muy pocas veces o casi nunca se asumió la responsabilidad y la corresponsabilidad que ello lleva implícito, es decir: no basta tener voz, incluso poder decisorio, si no se asume la responsabilidad sobre los hechos que esa voz, decisión y ejercicio efectivo del derecho genera.

La Ley de Participación Ciudadana conceptualiza al **poder ciudadano como el resultado de la participación individual y colectiva, en la toma de decisiones, la planificación y gestión de los asuntos públicos**, es decir de aquellos que tienen interés colectivo. Con esto se puede concluir entonces, que sin participación no hay poder ciudadano.

Disposiciones como las del artículo 30 de esta ley, permiten afirmar que ésta por sí misma, es suficiente para garantizar las distintas formas de participación y organización, encontrando como correlato la exigencia del ejercicio de la democracia y la alternabilidad, así como la rendición de cuentas, pues si de participación organizada se trata, esa organización responde a los intereses de los miembros que la conforman y frente a ellos, quienes los representan deben necesariamente rendir cuentas de su accionar.

La ley dispone que el Estado en todos sus niveles de gobierno, debe promover y desarrollar políticas, programas y proyectos que se elaboren y ejecuten con apoyo de las organizaciones sociales, encontrando otra disposición expresa que posibilita el concurso de las organizaciones para la toma de decisiones y la concreción de los programas y proyectos que se desarrollen en los distintos niveles.

Lo anterior obliga a volver la mirada a los consejos de salud e instancias similares que los precedieron. ¿Significa que se ratifica su necesidad y pertinencia? La respuesta aparente es SI, siempre y cuando no se excluyan otras formas o mecanismos de participación que desarrolle la colectividad a nivel local, en el marco de la Constitución y la ley, para que sean no sólo aceptadas y respetadas, sino promocionadas y fortalecidas por los distintos niveles de gobierno.

En el artículo 37 de la ley, se reconoce al voluntariado como una forma de participación social que puede ser utilizada en diversos temas de interés público.

La ley plantea también una posibilidad concreta para que el Estado efectivamente fomente la participación ciudadana, posibilitando la asignación de recursos a las organizaciones sociales (artículos 43, 52, 63), a través de mecanismos como los fondos concursables, créditos, becas, entre otros, que les permitan realizar proyectos y procesos dirigidos a la participación activa.

Se establece también la prohibición de que se condicione la asignación de recursos a posiciones político - partidistas, sin embargo no se hace referencia a otro tipo de condicionamientos que eventualmente pueden darse.

En el reglamento a la ley, deberán establecerse los mecanismos de concurso por medio de los cuáles se puede acceder a los recursos, es una posibilidad importante que si se aplica democráticamente posibilitará mecanismos de participación y ejercicio de derechos y deberes, sin que se la institucionalice, es decir en el marco de las condiciones indispensables de independencia.

Hay que tener en cuenta sin embargo que en la Ley Orgánica de Planificación y Finanzas Públicas se prohíbe la asignación de recursos públicos a instituciones o personas privadas, excepto en los casos autorizados por el Presidente de la República, por lo que en la práctica se deberá analizar la factibilidad real y alternativas para la aplicación de esta norma.

El artículo 44 de la Ley Orgánica de Participación Ciudadana consagra también el principio general establecido en la Constitución respecto de la **judiciabilidad de los derechos**. En este caso se presenta la posibilidad de que las personas puedan demandar el respeto de los derechos garantizados, frente a situaciones concretas de violación o amenazas de la misma, aún cuando la persona que demanda no sea directamente afectada.

El establecimiento de una agenda pública de consulta a la ciudadanía, grupos y organizaciones sociales, aunque se consagra en el artículo 45 de esta ley como una obligación de las funciones del Estado, requiere de reglamentación para los mecanismos que se empleen y los temas respecto de los que se consulte.

En el artículo 46 se establece la posibilidad de que la acción de veeduría, observatorios y otros mecanismos de control social de las distintas funciones del Estado, sea practicada por los pueblos y nacionalidades, así como por otras formas lícitas de organización. En el caso de salud, estas organizaciones podrían actuar legalmente en relación al accionar del Ministerio de Salud Pública (MSP) y otras instituciones públicas.

De conformidad con lo que señala la Constitución, existirán consejos de igualdad de: género, generacional, discapacidad, movilidad e intercultural. Instancias que se conformarán con la finalidad de que aseguren en las políticas públicas la transversalidad de las materias de su competencia.

El artículo 50 se refiere a la composición de la **Asamblea Ciudadana para el Buen Vivir**, señalando que se integrará con representantes de las asambleas locales y de los **consejos ciudadanos sectoriales**, dentro de los cuales estarían los de salud, para ser

parte del espacio consultivo que contribuirá a la definición del Plan Nacional de Desarrollo.

En el Art. 52, se consagra la normativa para la conformación de consejos de salud, como espacios de diálogo sectorial, deliberación y seguimiento de las políticas públicas ministeriales, estarán articulados y financiados por los ministerios sectoriales, para lo cual deberán asignar los recursos en sus presupuestos.

Los consejos de salud, a partir de la Constitución de 2008 y de la normativa secundaria que surge a partir de ella, así como de las definiciones para la reforma democrática del Estado, dejan de ser instancias independientes como se concibieron en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, para pasar a depender financieramente del Ministerio de Salud Pública.

Es importante recalcar que en la práctica el único consejo que tuvo personería jurídica propia y autonomía administrativa y financiera fue el Consejo Nacional de Salud (CONASA), los demás (provinciales, cantonales, zonales, parroquiales) en los casos en los que se conformaron, dependían de la dinámica que le impusiera su presidente que era la autoridad del gobierno seccional o de la demanda organizada de los actores públicos y de la sociedad civil. Con esta regulación, en términos prácticos la situación no varía, excepto para el CONASA.

De esta ley se derivan las funciones que deberán cumplir los consejos ciudadanos sectoriales, que tienen carácter eminentemente consultivo, no tienen poder decisorio, ni las resoluciones que se adopten en su seno son vinculantes para los ministerios:

“Artículo 53. Funciones de los consejos ciudadanos sectoriales.- Los consejos ciudadanos sectoriales deberán cumplir con las siguientes funciones:

- 1. Intervenir como instancias de consulta en la formulación e implementación de las políticas sectoriales de alcance nacional;*
- 2. Proponer al ministerio agendas sociales de políticas públicas sectoriales;*
- 3. Monitorear que las decisiones de las políticas y los planes sectoriales ministeriales se concreten en las partidas presupuestarias respectivas y se implementen en los programas y proyectos gubernamentales sectoriales;*
- 4. Hacer el seguimiento y la evaluación participativa de la ejecución de las políticas públicas sectoriales en las instancias estatales correspondientes;*
- 5. Generar debates públicos sobre temas nacionales;*
- 6. Coordinar con las diferentes instituciones públicas y privadas en el tema de su responsabilidad para la concreción sectorial de la agenda pública; y,*
- 7. Elegir a la delegada o delegado del consejo ciudadano sectorial a la Asamblea Ciudadana Plurinacional e Intercultural para el Buen Vivir.”*

La intervención de estos consejos, como instancias de consulta en la formulación e implementación de las políticas sectoriales y la posibilidad que tienen de proponer agendas para políticas, monitorearlas, hacer seguimiento y evaluación de las mismas, en la medida en que adquieran legitimidad social y pública como instancias válidas, los fortalecerá, convirtiendo a su intervención cada vez más decisoria. Se presenta entonces un nuevo andamiaje para la participación social.

Se encarga también a los consejos ciudadanos sectoriales, la función de generar debates

públicos sobre temas de interés nacional, en esta norma se establece entonces el espacio propicio para seguir desarrollando los Congresos por la Salud y la Vida (con cualquier nombre que se establezcan), espacios de debate público sobre temas de interés en salud.

En lo que respecta a las comisiones sectoriales que han funcionado en el CONASA y que constituyen experiencias enriquecedoras y eficaces de concertación, para el consenso de políticas y normas técnicas, estas pueden seguir funcionando con amparo legal, en el marco de la coordinación de la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública).

Con esta Ley de Participación Ciudadana, los caminos están expeditos, posiblemente en el año 2011 será difícil conseguir financiamiento para el desarrollo de las actividades contempladas, sobre todo si no se incluyó una partida para ello en el presupuesto del MSP en general y de las unidades ejecutoras a nivel local¹⁶. Con la ley en vigencia, es importante que las organizaciones existentes y aquellas que se conformen, así como los consejos estén vigilantes y sean propositivos para que esta responsabilidad no se obvie en los próximos ejercicios fiscales, pues difícilmente podrán actuar sin contar con financiamiento, al menos en las actividades básicas que deban cumplir.

El artículo 54 de la ley, establece como condición para la conformación de los consejos, que estén integrados por actores de la sociedad civil organizada, es decir no tendrán representación del ejecutivo ni del sector público en su seno, lo que no quiere decir que no interactúen en estrecha coordinación en los temas que son de su competencia.

Las asambleas locales establecidas en el artículo 56, constituyen otra posibilidad de contar con un espacio reconocido como válido en el que se delibere respecto de las políticas públicas, la prestación de los servicios y la gestión de lo público, constituyéndose en espacios que dependiendo de los participantes organizados, de los temas y las propuestas concretas que se hagan, pueden adquirir legitimidad por sí mismas, lo que posibilitará que las decisiones adoptadas en la asamblea sean consideradas e incluso acogidas por las distintas instancias del poder público.

En la ley, artículos 58 y 59, se consagra que las asambleas se regularán por sus propios estatutos y formas de organización, es decir cada asamblea funcionará de conformidad con la normativa que sea apropiada para el espacio territorial en el que se desarrolle, lo cual da mayores posibilidades tanto para el accionar mismo como para la legitimidad en su colectividad.

En la práctica, los consejos ciudadanos pueden ser mucho más eficaces que las asambleas, lo que no quiere decir que éstas no tengan validez en materia de salud, más aún si se las ve como espacios distintos, incluso con competencias diferentes pero interrelacionados. Son ambos espacios absolutamente válidos, por lo que debe propiciarse la organización y funcionamiento de asambleas, como espacios de encuentro y discusión -más integral- de los temas trascendentales que afectan la salud de la población nacional o local, en el contexto del desarrollo y el buen vivir.

¹⁶ Depende de la celeridad del proceso de reestructura del Ministerio de Salud Pública, que a la fecha de este informe se encuentra en un nuevo proceso de revisión del estatuto orgánico. Lo que permitirá el funcionamiento de la Unidad Nacional de Participación Social (Dirección de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, Subsecretaría de Prevención, Promoción e Igualdad). Borrador del Proyecto de Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud Pública, Quito abril 2011.

La ley establece la obligatoriedad de que en los presupuestos de los ministerios se incluyan recursos para apoyar a los consejos, no así para las asambleas, por lo que el apoyo de los distintos niveles de gobierno y del Consejo de Participación Ciudadana, debe dirigirse a las asambleas locales para que efectivamente puedan funcionar, no se hace referencia a asignación específica de recursos económicos, sin embargo el apoyo debe traducirse en recursos de distinto tipo que permitan actuar a las asambleas.

En el artículo 63 de la ley se establecen los criterios que deben ser considerados por los distintos niveles de gobierno y el Consejo de Participación Ciudadana para entregar fondos a las asambleas, entre los que se destacan la continuidad de las mismas, alternabilidad de la dirigencia, participación en condiciones de equidad, existencia de condiciones de interculturalidad, diversidad territorial, transparencia y rendición de cuentas.

El artículo 64 por su parte establece cuáles son las finalidades que se persiguen con la participación, pudiendo entenderse que en este caso hay un cierto nivel de institucionalización de la misma, pues no se refiere a los consejos ni las asambleas, ya que se señala que en cada nivel de gobierno se definirá cual es la denominación que se adopta para estas instancias. En éstas definiciones participan autoridades electas, representantes de las funciones del Estado y delegados de la sociedad civil, que en conjunto tomarán decisiones sobre aspectos importantes de un sector y del territorio.

En el artículo 65 se confirma que la participación de la que se trata en esta sección de la ley, tiene más bien carácter institucional, pues la instancia que se conforme se reunirá a convocatoria de la máxima autoridad del gobierno del respectivo nivel.

En el título VII de la ley y particularmente en el artículo 68 se trata sobre los **presupuestos participativos**, éstos estarán abiertos a las organizaciones sociales para debatir públicamente sobre el uso de los recursos del Estado, lo más importante es el señalamiento de que se otorga poder de decisión a las organizaciones para que definan la orientación de la inversión pública.

Esta es una herramienta que permitirá desde la sociedad incidir para el direccionamiento de los recursos asignados a salud para resolver los principales problemas, de acuerdo a la realidad epidemiológica local y otras características como la diversidad cultural, la prioridad hacia grupos excluidos o incluso la eficiencia en el gasto.

Permitirá dejar atrás los presupuestos históricos y canalizar los recursos hacia dónde son realmente necesarios. La elaboración de los presupuestos participativos que serán temáticos, es obligatoria, debe realizarse con anterioridad a la elaboración de la proforma presupuestaria general.

La **audiencia pública** cuya convocatoria por mandato legal es obligatoria, es otro de los mecanismos novedosos contemplados en la actualidad por la legislación vigente, que deberá institucionalizarse y permitirá reclamar en función de los derechos ciudadanos y de la prestación de los servicios, de manera que se de respuesta adecuada al interés colectivo.

Por esta vía, los ciudadanos pueden solicitar el tratamiento de temas sensibles,

relacionados con condiciones de salud particulares o problemas que afecten a ciertos grupos de la población. En el reglamento deberán establecerse los mecanismos concretos, pero conforme lo establece la Ley en el artículo 74 se realizará a pedido de la ciudadanía o las organizaciones sociales.

En la ley se establecen también expresamente las **veedurías** para el control de las funciones del Estado y los **observatorios**, integrados por grupos de personas que no tengan conflicto de intereses con el tema observado, es decir que no tengan interés directo. En el primer caso la función es el control ciudadano de la gestión pública, que se traduce en el control de acciones concretas, en el segundo el objetivo es elaborar diagnósticos, informes y reportes con independencia y criterios técnicos, para impulsar, evaluar, monitorear y vigilar el cumplimiento de las políticas públicas.

Se contempla también los ya mencionados **consejos consultivos**, que son mecanismos de asesoramiento, es decir espacios de consulta, pero sin fuerza vinculante.

La posibilidad de que se pueda solicitar rendición de cuentas a las instituciones públicas que prestan servicios públicos es otra de las formas de participación que contempla la ley, siendo obligación de las autoridades el rendirlas.

Hasta antes de la vigencia de esta ley, los mecanismos e instancias de participación eran limitados, en algunos casos y temas los mismos estaban establecidos puntualmente, en otros casos funcionaba más la presión de grupos organizados para ser escuchados.

De este recorrido sumario, por la Ley de Participación Ciudadana, se puede concluir que las disposiciones legales existen, el reto como país en adelante es hacerlas efectivas, conseguir que a partir de ellas y de las posibilidades que establecen, la situación mejore en los distintos ámbitos del quehacer público y social, que se hagan efectivos los derechos, que el Estado progresivamente vaya cumpliendo su rol de prestador y de garante del buen vivir y que los individuos y la sociedad contribuyan también desde los distintos espacios a la construcción propositiva, en aras de la equidad y el logro de ese *sumak kawsay*.

Normas legales no faltan, pero se las debe poner en práctica, iniciando por la difusión e información de la existencia de la ley y su potencialidad, en función de construir procesos democráticos, que permitan mejorar cada vez con mayor consistencia la calidad de vida de la población.

4. OTRAS LEYES RELACIONADAS CON LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

4.1. Ley Orgánica de Salud¹⁷

A pesar de que en el artículo 1 de la Ley Orgánica de Salud (LOS) se señala entre los principios que la rigen, el de participación, a lo largo de la misma se hace referencia a dicho principio de manera tangencial y respecto de temas concretos y puntuales.

Sin embargo de lo anterior, extrapolando la implicación in extenso de participación, el cumplimiento y la vigencia concreta de la ley no es posible sin la participación activa de los regulados y de la población entendida como ciudadanos, usuarios, pacientes, etc., pues todo el contenido de la ley se refiere al ejercicio y garantía del derecho a la salud y más aún, parte de la consideración ineludible de la salud como un derecho humano fundamental.

En lo concreto y buscando evidenciar las disposiciones específicas que favorecen o disponen la participación en diferentes ámbitos del quehacer de la salud, se puede identificar las siguientes:

En el artículo 1 de la LOS, se incluye a la participación como uno de los principios que la rigen, lo que en la práctica obliga a tenerlo presente en el desarrollo y concreción de las disposiciones legales, es decir que más allá del mandato expreso se lo deba poner en práctica en los distintos ámbitos del quehacer de la salud.

En el artículo 7 se consagran los derechos de las personas en relación a la salud, partiendo del principio básico de la no discriminación, destacándose en el contexto de este informe: el derecho de las personas a utilizar las instancias para quejas y reclamos que son una manera eficaz de participación individual o colectiva, en aquellos temas que afectan directamente a la persona, a sus representados o a los colectivos de los que forma parte.

Estas instancias sin embargo, generalmente no están institucionalizadas, no existe regulación o no están suficientemente desarrolladas como para que se hagan efectivas en la práctica. Tal vez uno de los pocos ejemplos de mecanismos reales, es la existencia actual del Plan Nacional de Lucha contra la Discriminación Racial, que lo ejecuta el Ministerio de Coordinación de Patrimonio en coordinación con otros entes gubernamentales, uno de ellos el Proceso de Medicina Intercultural del MSP.

Hay experiencias internacionales que permiten como país y como sistema aprender de ellas, pues se han constituido en mecanismos eficaces y eficientes para procesar quejas y reclamos, y para resolverlos en la medida de lo posible, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención en los servicios y la calidez indispensable en el trato a los usuarios.

¹⁷ Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006. Actualmente (2010) hay procesos de reformas integrales, impulsados tanto desde el Ministerio de Salud Pública, como desde la Comisión Permanente Especializada del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional.

En Brasil por ejemplo, existen las llamadas ouvidorias públicas (defensor del pueblo) que permiten la participación de los ciudadanos en el control y evaluación de la prestación de los servicios públicos, las que en el caso de salud, fueron adaptadas para acción directa en los hospitales. El Ouvidor recepta las quejas, reclamos y las debe procesar inmediatamente, es decir se convierte en un funcionario que sin duda contribuye a la calidad de la atención, resolviendo los problemas que se presentan en el quehacer diario del servicio, obviamente en todo aquello que sea de su competencia. Las ouvidorias se consideran en Brasil como instrumentos poderosos para contribuir al cambio institucional permanente, en sintonía con las demandas sociales, siendo además un camino efectivo que contribuye a la equidad y transparencia.

En Chile, el conjunto de prestaciones garantizadas por el FONASA (Fondo Nacional de Salud)¹⁸, en relación a problemas de salud contemplados en el AUGE (Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas), son exigibles a través de mecanismos y en plazos claramente definidos. El sistema incluye además, veedurías y otros mecanismos de demanda y control ciudadanos a través de consejos consultivos, comités de usuarios y un Sistema Integral de Atención e Información Ciudadana.

En esa ruta, la LOS ecuatoriana consagra también la posibilidad de hacer efectiva la participación a través de veedurías, en la vigilancia del cumplimiento de las acciones de salud y la calidad de los servicios.

Se establece además la posibilidad de recurrir a otros mecanismos, que bien pueden ser los consejos de salud, que en marco de la reforma del Estado, se convierten en consejos consultivos, a los que puede recurrir la autoridad para la adopción de decisiones concertadas, fundamentalmente en aquellas materias que tienen estrecha relación con la promoción de la salud, la prevención, o la definición de acciones colectivas para atender las prioridades de salud a nivel local o nacional.

Adicionalmente los consejos –sin que esta sea su función principal- pueden ejercer la veeduría, vigilar el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los actores en el quehacer de la salud, así como de temas y problemas específicos que afectan a la colectividad o a grupos en condición de vulnerabilidad.

El artículo 8 de la LOS se refiere a los deberes individuales y colectivos en relación con la salud, tienen implícita la participación, individual o colectiva, organizada o no, pues el cumplimiento de las medidas de prevención no implica únicamente una acción directa, sino informarse adecuadamente de cómo hacerla.

La notificación obligatoria de enfermedades determinadas por la autoridad, conlleva a más de la información técnica que está implícita, a la participación en el control y prevención de su propagación en el caso de las enfermedades transmisibles y a la posibilidad real de que las instancias competentes implementen medidas de carácter epidemiológico para controlarlas, medidas que la ciudadanía puede demandarlas.

La referencia expresa a la vigilancia de la calidad de los servicios se hace a través de veedurías, como uno de los deberes, es decir obligaciones de las personas, como una de las formas de participación colectiva y organizada más utilizada, que en materia de

¹⁸ <http://www.fonasa.cl/>

salud se ha desarrollado con mayor consistencia a través de los comités de usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI).

Entre los deberes para cumplir con las disposiciones de la ley, estaría el de constituir veedurías y otras formas de participación. La posibilidad legal está presente, falta fortalecer los mecanismos para hacerlas efectivas.

En relación estrecha con las disposiciones anteriores y como contrapartida indispensable, en el artículo 9 de la LOS se fortalece la concepción de la exigencia y necesidad de la participación de los ciudadanos/as en el quehacer de la salud, disponiendo al Estado la obligación de garantizar el derecho a la salud, para lo cual entre otras cosas, debe impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud, es decir debe diseñar y poner operativos los mecanismos que efectivamente la hagan posible, que permitan que el accionar de los individuos y colectivos en torno a los problemas de salud y su solución dispongan de espacios y canales adecuados, de manera que todo lo que se haga contribuya a lograr no sólo la solución de problemas, sino espacios de aprendizaje y construcción para una vida saludable.

Esto se ve reforzado con la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, que como se señaló antes, establece disposiciones mucho más específicas respecto a que en el presupuesto de los ministerios debe contemplarse recursos para apoyar la participación social (consejos sectoriales), lo que ratifica esta obligación y la importancia de que, desde la normativa queda establecida la necesidad de participación para apoyar el mejoramiento en la prestación de los servicios públicos.

La participación está concebida en la Ley Orgánica de Salud, no sólo como la posibilidad de exigencia y vigilancia de cumplimiento de acciones y prestaciones de salud, sino también en el marco de la rendición de cuentas a la que están obligadas las instituciones y que puede ser demandada por la población. En las instituciones públicas esa demanda puede referirse al cumplimiento efectivo de los planes nacionales, estratégicos y locales, a la responsabilidad en torno a las acciones y prestaciones específicas en el marco de las respectivas competencias, incluyendo emergencias y atención en situaciones de desastre. En todos estos casos, haciendo referencia al uso y buen uso de los recursos públicos.

En el artículo 18 de esta ley, al referirse a la importancia del conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, se apunta directamente a acciones de promoción de la salud en las que la participación comunitaria se ve necesaria en distintas vías, como receptora de la información, pero al mismo tiempo como productora y transmisora de conocimientos en torno a los alimentos tradicionales, propios del país y de las distintas regiones, lo que permitirá que con su consumo no sólo se contribuya a mejorar la situación nutricional y de salud sino a potenciar el concepto de la soberanía alimentaria, de la auto sustentabilidad y de la sostenibilidad de prácticas saludables.

Esa participación comunitaria a la que se hace referencia, tiene que estar dirigida también a producir y consumir alimentos de calidad e inocuos, en los que se disminuya y (de ser el caso) se elimine, por ejemplo, el uso de alimentos transgénicos, plaguicidas y otros productos químicos nocivos (o potencialmente nocivos) para la salud y el ambiente.

En temas como este no es suficiente el esfuerzo que pueda hacerse desde las instancias oficiales. Si no se da una real participación que genere colectividades comprometidas, poco se podrá lograr, continuará la migración como sociedad hacia el consumo de productos que no son propios del país ni de la región, que cambian los hábitos alimenticios y se convierten en parte del problema de la transición epidemiológica (Enfermedades Crónicas No Transmisibles)¹⁹.

El mismo análisis respecto de la participación ciudadana, es válido para otros ámbitos relacionados con la salud pública, como el acceso a servicios de calidad, o el acceso a medicamentos y los intereses económicos que atentan contra el mismo y que a su vez posicionan en el mercado medicamentos e insumos innecesarios y peligrosos, acompañados de una publicidad millonaria e irresponsable²⁰ (cuyo costo se traslada al consumidor), o los intereses de las industrias del tabaco y del alcohol en detrimento de la salud pública y el desarrollo de los pueblos.

El artículo 69 de la LOS, hace referencia a la importancia de las acciones coordinadas de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la participación de la población en la atención integral y control de las enfermedades y de los problemas prioritarios para la salud pública.

Muchos de los problemas de las enfermedades crónicas no transmisibles, tienen que ver con prácticas de consumo y de vida, por lo que se requiere no sólo la acción coordinada de los distintos actores del sistema de salud, sino de la activa participación de la población, con mejores y más eficaces resultados cuando esa participación es organizada, persigue objetivos comunes y apunta a encontrar soluciones reales y sostenibles.

En este sentido hay experiencias nacionales e internacionales que dan cuenta de que la participación, sumada a la prioridad de las políticas públicas y las decisiones de los gobernantes, si dan resultados positivos. Tal es el caso del control del VIH – SIDA, en el que la participación activa de las personas viviendo con VIH y los grupos de apoyo, han logrado que en los planes y programas de salud (de la mayoría de países latinoamericanos), las acciones de prevención aumenten y el tratamiento sea asumido por el Estado.

En este recorrido por la Ley Orgánica de Salud, se puede evidenciar, que aunque no es prolífica la referencia a la participación a lo largo del texto, está presente su importancia y necesidad.

¹⁹ OMS, Global status report on noncommunicable diseases 2010. Ginebra 2011.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

²⁰ Acción Vital, Corporación para el Acceso y Uso Racional de Medicamentos. Juan Cuvi, La enfermedad silenciosa: Una mirada social a la automedicación en el Ecuador.

4.2. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley de Derechos y Amparo del Paciente, Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social

Algunas otras leyes vigentes (que probablemente serán reformadas o incluso derogadas de conformidad con el nuevo marco constitucional y la normativa de la reforma democrática del Estado), refuerzan la garantía de algunos aspectos fundamentales de la participación social en salud, como la conformación de consejos de salud a diferente nivel, el desarrollo de espacios participativos propositivos como los congresos por la salud y la vida (COSAVI), los comités de usuarias y usuarios, veedurías ciudadanas y otras formas de exigibilidad de derechos.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS)²¹ establece entre sus **objetivos**, la incorporación de **la participación ciudadana** en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud (Art. 3 numeral 5), lo que da cuenta de la importancia que se le otorga en aspectos fundamentales.

La LOSNS fue promulgada en el año 2002, es decir 6 años antes de la Constitución vigente y de las propuestas actuales de la reforma democrática del Estado, contiene algunas disposiciones desactualizadas, más que contrapuestas a la norma suprema, sin embargo otras tienen plena vigencia y pertinencia, tomando en cuenta la importancia y preeminencia que desde la propia Constitución y otras normas secundarias se otorga en el quehacer público a la participación, como la Ley de Participación Social, el Plan Nacional de Desarrollo y otras disposiciones legales y reglamentarias.

Entre los **principios** que rigen y orientan la ley se consagra en específico el de **participación**, entendido como la posibilidad del ejercicio ciudadano contribuyendo a la toma de decisiones y al control social de las acciones y servicios de salud, ejercicio que tiene que ser promocionado por el Estado y sus instituciones.

La norma legal, que faculta y garantiza la participación ha sido en cierto sentido desperdiciada en su potencialidad, pues si se hace un recorrido hacia atrás, se encuentra que pocas instancias y espacios de participación han sido demandados y menos aún ejercidos y en la mayoría de los casos han dependido de la acción oficial, es decir de la convocatoria desde instancias oficiales, por ejemplo a través de los Congresos por la Salud y la Vida que han permitido en temas cruciales, la consulta, socialización, amplia discusión y toma de decisiones concertadas.

El espacio de los congresos y otros como los consejos cantonales que lograron conformarse y funcionar, el propio Consejo Nacional de Salud y sus distintas comisiones técnicas, se constituyeron en canales para el ejercicio de la participación sobre todo a nivel local, que sin embargo no trascendió suficientemente, volviéndose más interinstitucional, quizá porque participar implica no sólo derechos sino también deberes y responsabilidades o corresponsabilidades, que pocos los asumen, debido al costo personal que ello significa.

En el plano de la coordinación y concertación sectorial, entre las funciones del Consejo

²¹ Ley No. 80, R.O. No. 670 de 25 de Septiembre del 2002

Nacional de Salud (Art. 19), que tienen su correlato en los consejos provinciales y cantorales, está la de promover la participación y el control social para el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios, norma que como las anteriores tiene plena validez, aunque a futuro el CONASA no podrá seguir actuando como entidad pública autónoma y con personería jurídica propia, pues de conformidad con la normativa vigente, debe necesariamente transformarse en consejo consultivo.

Esa posibilidad de participación es quizá una de las más importantes razones de ser los consejos, en particular en el nivel local, pues al estar más cerca de la población y sus necesidades, las posibilidades de concretar la participación, de escuchar y procesar las demandas de la población y dar respuesta a las mismas pueden ser mucho más efectivas.

Dentro de las propuestas de reforma legal que se han planteado desde el Ejecutivo, se contempla la derogatoria de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, para incorporar la disposiciones relacionadas con la organización y funcionamiento del sistema en lo que se está planteando como Código Orgánico de la Salud, sin embargo mientras esto sucede y en todo lo que no se oponga a la Constitución, la ley está vigente y en los aspectos analizados se la puede concretar.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI)²², ha favorecido también un importante proceso participativo a través de los Comités de Usuarías y Usuarios de la Ley (CUS, aglutinados en un Colectivo Nacional de CUS): “...Se conformarán Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley” (Art. 7). Comités que han permitido el fortalecimiento de la lucha por derechos sexuales y reproductivos y veedurías a servicios de salud.

En la práctica, al amparo de esta ley se han dado importantes procesos de veeduría y control de los servicios públicos de salud, especialmente los relacionados con atención de la salud reproductiva y salud de la niñez.

Pero no sólo que mediante ley se crean los comités de usuarios, sino que se establecieron mecanismos para la gestión participativa de los recursos económicos (fondos solidarios locales de salud). En los hechos, sin embargo, los comités de gestión no funcionaron sino excepcionalmente, y cuando lo hicieron, generalmente fue una gestión bilateral municipios - áreas de salud, sin representación de organizaciones ciudadanas.

En un balance que hizo el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) en el primer cuatrimestre del año 2009²³, se señala como los principales aportes de los comités de usuarias, los siguientes:

- Los Comités de Usuarías/os (CUS), son la experiencia más sobresaliente de participación ciudadana en el control social de los servicios de salud.

²² Ley No. 129, publicada en Registro Oficial 381 de 10 de Agosto de 1998.

²³ CONAMU, LOS COMITES DE USUARIAS DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA, Experiencias exitosas de participación y veeduría ciudadana en salud, Quito, abril 2009

- Han aportado a la difusión y apropiación de los derechos humanos, a un mayor empoderamiento de las mujeres y a generar un sentido de co-responsabilidad en el cuidado de la salud y el mejoramiento de los servicios.
- Los CUS han trascendido las intervenciones en salud vinculándose a los procesos de participación para el desarrollo local.

En el presente, esta ley no tiene aplicación práctica, en el proceso de depuración normativa y en marco de las propuestas de reforma legal en salud, con seguridad será derogada, pues la propia Constitución ya dispone en la Trigésima Disposición Transitoria que el Estado garantizará el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el Fondo de Solidaridad, en particular la de maternidad gratuita y atención a la infancia, lo que se lo viene haciendo desde el año 2009.

Por otro lado, la **Ley de Derechos y Amparo del Paciente**²⁴, que nunca se llegó a reglamentar y que por tanto escasamente entró en vigencia, contempla dentro de su articulado, en los Capítulos II y IV, el “amparo al paciente en situaciones de emergencia” y las sanciones por falta de atención en esas situaciones de emergencia.

Pero sin duda, la parte sustancial de esta ley es la que se refiere a los derechos del paciente (Capítulo II):

“Artículo 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Artículo 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Artículo 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Artículo 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúanse las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

²⁴ Ley 77, Registro Oficial Suplemento 626 de 3 de Febrero de 1995

Artículo 6.- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.”

Al respecto, es importante conocer el criterio de una de las organizaciones sociales que más ha luchado en el país por la plena vigencia de esta ley, organización que a lo largo de su existencia ha dado un giro: desde una reacción emotiva contra la “mala práctica médica”, hasta acciones propositivas en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud en el marco de la seguridad de los pacientes (ejemplo: iniciativa “cirugías seguras”²⁵). El Presidente de “Derecho a la Vida y Salud”, organización miembro de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, resume así la polémica respecto a la aplicación y reglamentación de esta ley:

“Derecho a la Vida y Salud, es una organización conformada por personas que hemos sufrido algún tipo de negligencia en salud, sea por parte de los gobiernos de turno al no dotar de presupuesto necesario, por los administradores de salud que no cumplen o hacen cumplir las leyes, decretos, acuerdos en su administración, y por algunos médicos que no se conducen con profesionalismo y causan lesiones y/o muerte en sus pacientes, violando de esta forma los derechos humanos en salud.

Con el propósito de hacer ejercicio de nuestro derecho a participar en la construcción de una sociedad más justa y equitativa, que respete los derechos humanos de quienes hacemos el País, en noviembre del 2005 presentamos una queja al Defensor del Pueblo por el incumplimiento de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente en los distintos servicios de salud tanto privados como públicos, ley que rige desde 1995. Luego de un proceso tortuoso de elaboración del Proyecto de Reglamento de esta ley en el que nos involucramos varios sectores y actores sociales, se entregó dicho reglamento de ley en el 2006 al ex Presidente Alfredo Palacio para su emisión, lo que no sucedió por presiones de su gremio médico y por la Asociación de Clínicas y Hospitales Privado dejando de lado la necesidad de la ciudadanía.

En febrero de este año se envió a la Presidencia de la República, el Proyecto de Reglamento de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente que nuevamente fue remitido al Ministerio de Salud, en el que luego de distintos talleres y con una amplia participación institucional, gremial y ciudadana se elaboró el documento definitivo del Proyecto de Reglamento para su aprobación.

Con mucha preocupación vemos, que el tiempo pasa y el señor Presidente de la República Economista Rafael Correa no emite el Reglamento a esta ley; no queremos pensar que nuevamente valga más las presiones de los profesionales de la salud y de la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados, que la vida y salud de los ciudadanos/as del país, y más bien creemos que hay desconocimiento...”²⁶

²⁵ http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf (acceso 3 abril 2011)

²⁶ Comunicación enviada el 27 de noviembre de 2007 a varios actores sociales por el Presidente de la organización Derecho a la Vida y Salud, en torno a los frustrados intentos por contar con un reglamento de la Ley de Derechos y Amparo del Paciente, durante los gobiernos de Alfredo Palacio y Rafael Correa.

Finalmente, aunque no se trata de una ley específicamente del campo de la salud, pero por tratarse de un instrumento que en cierta manera es complementario a la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, es necesario hacer una breve referencia a la **Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social**, particularmente al Capítulo II del Título II “De la participación ciudadana, control social y rendición de cuentas”, en cuyo articulado del 6 al 12, se reafirman mandatos constitucionales respecto al ejercicio de derechos y la participación, asignando mandatos expresos al consejo, para:

- Promover la participación (Art. 6).
- Incentivar iniciativas participativas (Art. 7), a través de apoyo financiero, jurídico y técnico.
- Delimitar sus atribuciones en cuanto a control social (Art. 8), y
- Promover y especificar el alcance de los procesos de rendición de cuentas (artículos 9, 10, 11 y 12).

A pesar de la implícita caducidad o transitoriedad de leyes actualmente vigentes en el sector salud -tratadas en este capítulo- es evidente que el marco para la exigibilidad de derechos a través de la participación social se ha fortalecido en el país y se han institucionalizado algunos mecanismos para ello, tal es el caso del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social y de las obligaciones que establecen tanto la Constitución, como la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, para que los organismos del Estado faciliten los procesos participativos.

Ello implica un reacondicionamiento (o en muchos casos reafirmación) de instancias de participación, como los consejos de salud, comités de usuarios, veedurías ciudadanas, asambleas y congresos ciudadanos y de interacción ciudadanía-Estado, para lo cual, instituciones como el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y otras, deberán adecuar sus estructuras institucionales, sus capacidades y recursos humanos, así como los procesos financieros y administrativos que respondan a estos nuevos retos.

5. LA INSTITUCIONALIDAD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Los casos de los Comités de Usuaris de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, de los consejos de salud, especialmente cantonales, de los congresos por la salud y la vida (COSAVI) y del Instituto de Seguridad Social / Seguro Social Campesino, con sus organizaciones de afiliados y jubilados, se trata en el otro componente de este estudio (experiencias y planteamientos de participación social organizada de los usuarios de los servicios de salud en la vigilancia y mejoramiento de la calidad de la atención en salud en Ecuador y América Latina), por lo que en este capítulo se hace referencia en particular: al Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, al Ministerio de Salud Pública y la Participación Social, y a la Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana.

5.1. El Consejo de Participación Ciudadana y Control Social

En el marco político, constitucional y de reforma institucional actual, el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social (CPCCS) se esperaba se constituyera en una entidad fundamental para garantizar la participación ciudadana en la gestión y control del Estado en general y en las instituciones de salud -especialmente públicas- en particular. Sin embargo con los últimos acontecimientos del año 2011 que desencadenaron en el referendo y consulta popular de mayo de 2011, según algunos analistas, se pone en riesgo la autonomía y acción efectiva de algunas instituciones del Estado, incluyendo a este consejo, que no sólo no ha podido llevar adelante los procesos para la selección y nominación de miembros de algunas entidades que le corresponde por mandato, sino que en la práctica, después de más de un año de instalación (18 de marzo de 2010) no ha dado muestras sustanciales de acciones o mecanismos reales para promover la participación social. Ello es cuestionado incluso por personajes políticos que fueron cercanos al gobierno y que participaron en la construcción de la Constitución de Montecristi²⁷, situación que hay que considerar a la hora de evaluar el verdadero papel que podrá cumplir cada institución.

En todo caso, el Consejo de Participación Ciudadana y Control Social cuenta con una ley orgánica que le da sustento para su funcionamiento y que como se señalaba antes, le establece al menos cuatro atribuciones y a la vez responsabilidades en cuanto a la participación ciudadana: promover esa participación; incentivar iniciativas participativas, a través de apoyo financiero, jurídico y técnico; delimitar atribuciones del CPCCS en cuanto a control social, y; promover y especificar el alcance de los procesos de rendición de cuentas.

²⁷ Según la asambleísta Betty Amores, muy allegada al ex presidente de la Asamblea Constituyente de Montecristi Alberto Acosta, hoy también alejada del bloque de Alianza País, refiriéndose a la Constitución señala: *“lo que se planteó es una nueva estructura para recuperar la credibilidad del sistema democrático. Esta fue la razón de ser, pero vamos directamente hacia la devaluación de toda la estructura, todas las columnas que le sostienen al sistema democrático ecuatoriano... De aquí van a salir grandes damnificados: una Función Legislativa que es un hazme reír, un Consejo de Participación Ciudadana que es otro hazme reír...”*

http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=147241&umt=Betty%20Amores%20teme%20que%20se%20destruyan%20%27columnas%20que%20sostienen%20sistema%20democr%20El%20tico%27

Hay que considerar como marco general, que en el artículo 1 de la ley orgánica de este consejo (“Objeto y ámbito”), se establece que *“promueve e incentiva el ejercicio de los derechos relativos a la participación ciudadana; impulsa y establece los mecanismos de control social...”* y entre los principios (Art. 2), incluye el de la “deliberación pública” (diálogo y debate para decisiones de interés público en la construcción del buen vivir) y “complementariedad” (con otros organismos de las Funciones del Estado, diferentes niveles de gobierno y ciudadanía), lo cual da una gran posibilidad de acción coordinada entre las instituciones de salud, gobiernos seccionales, organizaciones ciudadanas y el propio Consejo de Participación Ciudadana.

La atribución de promover la participación incluye: la promoción de iniciativas ciudadanas que garanticen el ejercicio de derechos y el buen vivir, así como el derecho de la ciudadanía a participar en todas las fases de la gestión de lo público; el proponer a las diferentes instancias públicas la adopción de políticas, planes, programas y proyectos que fomenten la participación ciudadana en todos los niveles de gobierno; promover y facilitar espacios de debate público sobre temas de interés ciudadano, sea que estos se originen en el Estado o desde la ciudadanía, deberá sistematizar esos debates, difundirlos ampliamente y remitirlos a las entidades competentes²⁸; promover la formación (se entiende también capacitación y educación popular) en ciudadanía, derechos humanos, transparencia, participación social y combate a la corrupción, tanto entre ciudadanos, organizaciones sociales, como entre autoridades y funcionarios públicos y entidades privadas que presten servicios de interés público; propiciar la recuperación de la memoria histórica y experiencias de participación democrática en el país; y finalmente, monitorear la gestión participativa de los organismos públicos.

El incentivo de iniciativas participativas, debe el Consejo de Participación Ciudadana reglamentarlo²⁹, cuidando de respetar la total autonomía de las organizaciones de la sociedad civil y los ciudadanos. Como mecanismos establece: fondos concursables para espacios de participación ciudadana para quienes lo soliciten; intercambios de experiencias; implementación de archivos de documentos de fácil acceso por medios virtuales; capacitación con diversas metodologías para la ciudadanía organizada.

Dentro de las atribuciones del CPCCS en torno al control social, están las de: estimular iniciativas de control social sobre políticas públicas y cumplimiento de derechos tanto a entidades públicas como privadas que manejen fondos públicos o presten servicios de interés público; apoyar técnica y metodológicamente iniciativas de veedurías, observatorios y otros espacios de control social; enviar a las autoridades competentes los informes de veedurías, más aun cuando existan indicios de responsabilidad detectados; actuar como enlace entre el Estado y la ciudadanía, a fin de que las solicitudes y quejas de ésta sean atendidas.

En cuanto a los procesos de rendición de cuentas, que se establecen de forma obligatoria para todas las autoridades de elección popular y las de libre remoción, así como para

²⁸ Más ello no les da el carácter de vinculantes, ni señala la paridad de representación para estos espacios de debate, como ha sido la demanda de organizaciones ciudadanas en los congresos por la salud y la vida.

²⁹ Hasta el momento lo que el CPCCS ha emitido es el “REGLAMENTO DE VEEDURÍAS PARA LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE LOS MIEMBROS DE LAS COMISIONES CIUDADANAS Y PARA LA DESIGNACIÓN DE AUTORIDADES” (Resolución No. 005-019-2010-CPCCS) http://www.participacionycontrolsocial.gov.ec/c/document_library/get_file?uuid=88c9df27-1513-4c35-9c59-8d6aa2f88cd5&groupId=10136

representantes legales de empresas públicas o privadas que manejen fondos públicos o desarrollan actividades de interés público, el CPCCS establece los mecanismos y la periodicidad (anual), para que estos procesos sean participativos, oportunos, claros, veraces, con información precisa, suficiente y con lenguaje asequible.

En toda esta delimitación del accionar del CPCCS, que aparentemente da más importancia a la transparencia y responsabilidad en el manejo de fondos públicos, se pueden sin embargo enmarcar ampliamente procesos participativos ciudadanos y de control social que den cuenta de la calidad de los servicios públicos o de interés público prestados por instituciones privadas (con y sin fines de lucro), más aun si la salud, como reza en la Constitución, está plenamente enmarcada entre derechos fundamentales y el régimen del buen vivir.

5.2. El Ministerio de Salud Pública y la Participación Social

Desde su creación (1967), el Ministerio de Salud Pública (MSP) no ha privilegiado explícitamente la participación social en su accionar.

Cuando se propuso la participación comunitaria a inicios de la década de 1980, luego de una década de experiencia del Plan Nacional de Salud Rural y luego de recibir tardíamente el impulso de la Declaración de Alma Ata (1978) que promovió la estrategia de Atención Primaria de la Salud para alcanzar la Meta SPT/2000 a través de la declaración que señala:

*“La asistencia sanitaria esencial debe estar basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, y ser puesta **al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación** y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.”*

Sólo en ese momento, se comenzaron a desarrollar algunas iniciativas -aunque muy limitadas- de participación, alrededor de los clubs de madres para la entrega de productos de alimentación complementaria o a través de iniciativas nacientes como las de desarrollo local integral en coordinación con el Fondo de Desarrollo Rural del Marginado (FODERUMA) del Banco Central del Ecuador. Esa participación, generalmente de las madres que acudían con sus hijos para la atención de salud, era bastante utilitaria y condicionada por la entrega de un “premio”.

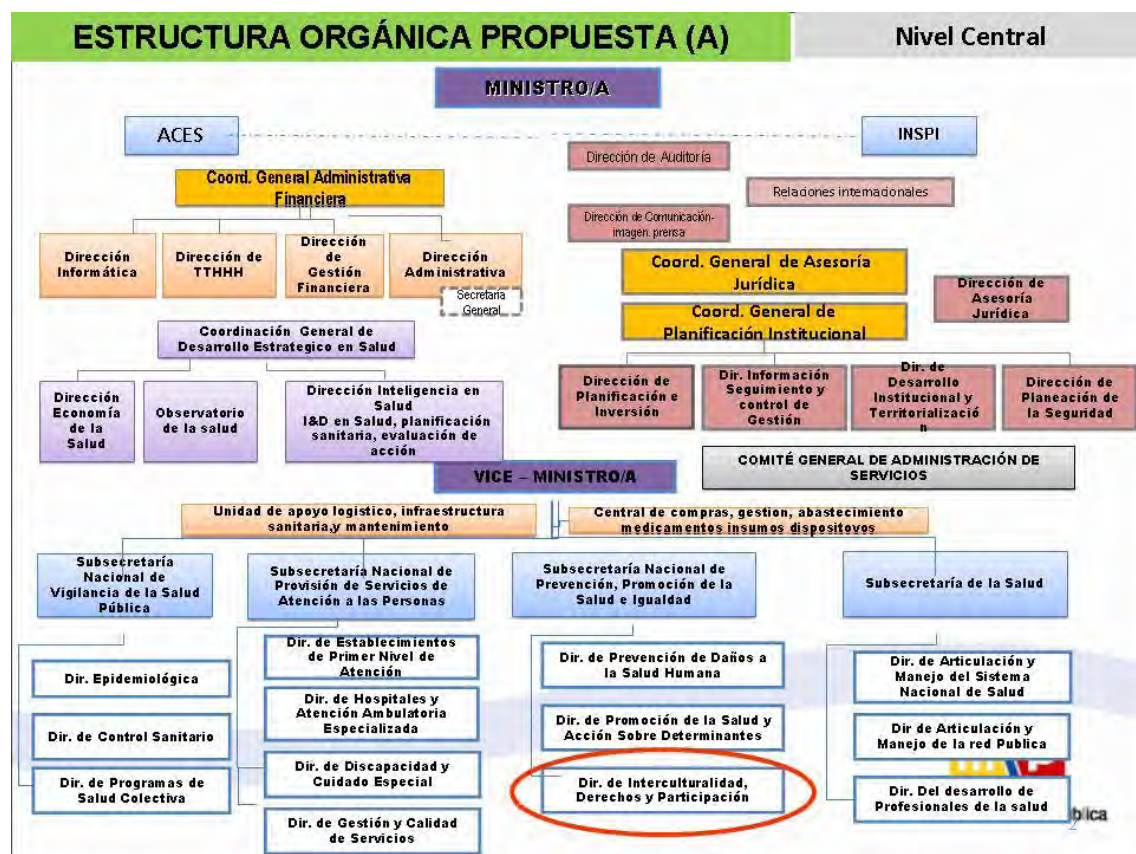
Esa práctica de “participación comunitaria” marcó de manera determinante la relación caritativa Estado – “población marginal”, no sólo en salud, sino en otros sectores.

Muchos programas, iniciativas e instancias del Ministerio de Salud Pública en el transcurso de las últimas décadas promovieron diversas modalidades de participación social en las acciones de salud desde la institucionalidad, entre otros: Servicio de Erradicación de la Malaria, Programa de Control del Dengue, Áreas de Salud (que promovió el enfoque de APS), programas fugaces de Promotores de Salud y de Parteras Comunitarias, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI, especialmente en su componente comunitario), Promoción de la Salud (especialmente con sus iniciativas de espacios saludables y políticas públicas saludables), Salud Mental, Programa de Salud de la Adolescencia, Programa de control

del VIH-SIDA, Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas, Coordinación de Salud Intercultural. Pero esos pocos destellos, muy diversos en su metodología, no hacen sin embargo la regla y dependen mucho de la iniciativa y compromiso de funcionarios en particular, para que alcancen más o menos profundidad y para que tengan la suficiente apertura a una real participación social, incluso muchas veces desde los servicios de salud pública se persiguió a los agentes de la medicina tradicional y de la medicina popular, creando una franca barrera cultural, que agravó otro tipo de barreras como las sociales, económicas o geográficas.

Esta situación, se refleja en la actual estructura del MSP, que brinda pocas opciones para la facilitación de la participación social, como una responsabilidad del Estado.

Una propuesta de reestructura, iniciada el año 2009 por mandato de la Secretaría Nacional de Planificación (SENPLADES) y el Ministerio de Relaciones Laborales, se ha ensayado ya en diferentes versiones. Al momento, al parecer, la estructura que estaría por aprobarse a nivel nacional (con alguna variante) es la que consta en el siguiente gráfico:



En esa estructura nacional, que tiene su correspondencia con instancias de menor complejidad a nivel zonal (regional, nivel coordinador, articulador) y distrital (nivel operativo), se destaca la Dirección de Interculturalidad, Derechos y Participación, que a su vez tiene una Unidad de Participación Social, lo que permitirá al MSP responder más adecuadamente a los mandatos de la Constitución y de las leyes orgánicas de Participación Ciudadana y del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social.

Los productos que se espera de esa Unidad de Participación Social del MSP (nótese que no incluyen propuestas de políticas ni de instrumentos legales que son competencias de otras instancias del Estado), son³⁰:

1. *Lineamientos y estrategias para facilitar el fortalecimiento y desarrollo de la participación social en salud.*
2. *Lineamientos para investigaciones operativas e investigación-acción sobre la participación social en salud.*
3. *Agenda de encuentros masivos nacionales para la construcción participativa de estrategias y prioridades de salud.*
4. *Lineamientos para facilitar el desarrollo de veedurías ciudadanas, otras formas de control social en salud y exigibilidad de derechos.*
5. *Lineamientos para rendición de cuentas por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, los servicios e instancias técnicas a la ciudadanía.*
6. *Lineamientos para la organización de espacios locales de participación social en salud.*
7. *Lineamientos sobre necesidades de capacitación en participación social en salud.*
8. *Lineamientos para monitoreo y evaluación de aplicación de políticas, planes y proyectos relacionados con participación social en salud.*
9. *Consolidado nacional de informes de monitoreo y evaluación de aplicación de políticas, planes y proyectos relacionados con participación social en salud.”*

Por otro lado, desde la sociedad civil, han sido muchas las experiencias que se han desarrollado en torno a demandar derechos, acceso y calidad de los servicios públicos de salud, algunas de ellas han interactuado con directivos y equipos institucionales. La Coordinadora de Equipos de Salud Popular (CESAP) especialmente activa en la década de 1980, fue uno de esos ensayos, montado desde organizaciones políticas y sociales de base, que lograron incidir aunque limitadamente en adecuación de servicios públicos. Múltiples organizaciones de pacientes y familiares de pacientes³¹: organizaciones de personas viviendo con VIH-SIDA - PVVS, asociaciones de familiares de niños con epilepsia o de niños con cáncer, clubs de diabéticos, asociaciones de familiares de personas con discapacidad mental, asociaciones de familiares de víctimas de la negligencia en salud, son algunos de los ejemplos de iniciativas que marcaron la apertura o fortalecimiento de servicios públicos y que incluso culminaron en propuestas de leyes como la de derechos y amparo al paciente.

Pero definitivamente, en las experiencias concretas y de largo alcance en la última década, son la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (reforma 1998) y la institucionalización de los consejos de salud (Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, 2002), las que marcaron un acelerado proceso de organización ciudadana que demanda derechos y participación, ahora bajo el amparo de un marco legal explícito que se fortalece a partir de la Constitución de Montecristi (2008).

³⁰ Borrador abril 2011, Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud Pública

³¹ Muchas de ellas apoyadas inicialmente por organismos no gubernamentales de Derechos Humanos, y posteriormente por organismos públicos y organizaciones internacionales, incluyendo las del Sistema de NNUU.

5.3. La Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana

En otro ámbito, el año 2007, al inicio de la gestión del Gobierno del Economista Rafael Correa, se crea la Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana (SPMSPC)³², la misma que ha definido los siguientes objetivos para su accionar en la participación social en el país:

1. *Promover la participación ciudadana, mediante el diseño, desarrollo, y puesta en práctica de un conjunto de políticas, medidas y acciones destinadas a estimular, encausar y consolidar su participación en las decisiones claves que les afecta.*
2. *Conocer y analizar los planes, programas o proyectos, para el fortalecimiento de las entidades que integran la SPMSPC.*
3. *Promover el desarrollo de la capacidad emprendedora de la ciudadanía, mediante el diseño, desarrollo y puesta en práctica de un conjunto de políticas, programas y acciones.*
4. *Fomentar la interacción entre movimientos sociales y el Estado mediante mecanismos de concertación que permitan establecer Planes de Acción Conjunta (PACs).*
5. *Fomentar la participación de los movimientos sociales en los procesos de desarrollo local impulsados por el Estado.*
6. *Articular las acciones de las organizaciones que integran a la SPMSPC con el objeto de optimizar recursos y mejorar sus niveles de eficiencia, eficacia e impacto.*
7. *Implementar un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de los programas y/o proyectos de las entidades que integran la SPMSPC.”*

Las dudas respecto de esta Secretaría (con nivel jerárquico de ministerio) desde las organizaciones de la sociedad civil, se han dado en torno a la institucionalización e instrumentación de la participación social, ligada al Poder Ejecutivo, lo cual le resta neutralidad frente a procesos de demanda al Estado. Por otro lado, si bien el Ejecutivo tiene la potestad de organizar la estructura institucional, sin embargo el nuevo marco constitucional y de la Ley Orgánica del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, define funciones similares a este consejo, por lo que no solo que habría duplicación de funciones, sino competencia entre un organismo del Ejecutivo y uno de representación ciudadana. Similar duplicidad podría darse también con ciertas acciones que impulsa el Ministerio Coordinador de la Política.

En general existe un andamiaje institucional nuevo y desafiante en el Estado, el reto está en como dinamizar en la práctica procesos participativos efectivos sin que estos corran el riesgo de ser cooptados, y a la vez aprovechar todas las posibilidades y capacidades de facilitación para esos procesos, hoy fortalecidas en el Estado ecuatoriano.

³² <http://www.secretariadepueblos.gov.ec/>

CONCLUSIONES:

EL MARCO LEGAL, LA PARTICIPACIÓN Y LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Se ha planteado en distintos espacios la discusión respecto de si es necesaria o no una normativa legal que permita o faculte la participación social, quizá la respuesta sea que sí, pues la ley es la que confiere legalidad a los actos y contratos que se realicen, además confiere la fuerza para que sea respetada e incluso admitida en muchos casos por las autoridades y los prestadores de servicios.
2. En relación a la participación, el debate no se agota en la importancia de contar con la legitimidad legal y normativa de la participación, sino sobre los mecanismos concretos que la hacen operacional, efectiva y de beneficio directo para la población, especialmente en un estado históricamente excluyente e inequitativo.
3. Los mejores resultados en temas de política e incluso normativa han sido productos de la concertación, eso no quiere decir que el Estado pierde su capacidad rectora, al contrario se fortalece si nace con legitimidad, lo importante es dejar claro los principios, derechos y garantías que no se negocian.
4. Sin duda alguna y sin que admita discusión, la salud y la educación son no sólo asuntos de interés público sino quizá de los más estratégicos asuntos públicos y posiblemente los ejes primordiales del desarrollo de los pueblos, por ello la salud es competencia de absolutamente todos y todas, convirtiéndose la participación en un derecho sino una obligación. Considero que es importante enfatizar en el derecho que el Estado está obligado a dinamizar facilitando los recursos necesarios.
5. El amparo constitucional que hace posible la participación está consagrado y hay leyes que lo ratifican. Los actores sociales al hacer uso de este derecho cuentan con que el Estado debe garantizarlo y hacer que el mismo sea efectivo y permita en general el ejercicio de otros derechos, la redistribución del poder y la construcción de una sociedad igualitaria.
6. La constitución actual, asume como base teórica la garantía de una democracia participativa y extiende en amplio espectro de exigibilidad de los derechos en un entorno de progresividad para su implementación, lo que puede crear discrecionalidad en su radio de acción y del techo de cumplimiento en el tiempo.
7. Paradójicamente, esta democracia participativa en salud se ha constituido sin la lectura de las formas de participación que en momentos neoliberales expresaron formas de resistencia al intento neoliberal, por ejemplo los comités de usuarias; de tal forma que con muy buenas intenciones vacían el presente-pasado; lo cual significa que es pertinente hacer lecturas de lo existente a fin de que la democracia participativa se encarne en aprendizajes de los errores que no se pueden repetir en asuntos de participación y de lo que puede potenciarse.
8. Un buen ejemplo de la tirantez en el sector salud, está en la legitimación de una bicefalia del sector público, un debate forjado entre quienes defendieron un sistema público financiado, dirigido y administrado directamente por el Estado y la Autoridad

Sanitaria Nacional, y quienes abogaron por un sistema público mediado por la seguridad social. Lo cual conlleva en materia de participación una tensión entre los intereses particulares (sindicatos, afiliados) y una dificultad del gobierno de generar espacios de dialogo para la toma de decisiones. Es necesario profundizar en el análisis de esta bicefalia y los alcances de la articulación de lo público, con el papel y temores de cada uno de los actores involucrados.

9. La actual Constitución (y leyes concomitantes como la de Participación Ciudadana y las del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social), tiene un amplio marco conceptual para la promoción de la participación social en los diversos quehaceres del estado, incluido el financiamiento a través de mecanismos como los fondos concursables, créditos, becas entre otros, que puede ser contradictorio con la Ley Orgánica de Planificación y Finanzas Públicas, que prohíbe la asignación de recursos públicos a instituciones o personas privadas, excepto en los casos autorizados por el Presidente de la República.

10. A pesar de la implícita caducidad o transitoriedad de leyes actualmente vigentes en el sector salud, es evidente que el marco para la exigibilidad de derechos a través de la participación social se ha fortalecido en el país y se han institucionalizado algunos mecanismos para ello, tal es el caso del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social y de las obligaciones que establecen tanto la Constitución, como la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, para que los organismos del Estado faciliten los procesos participativos. Ello implica un reacondicionamiento (o en muchos casos reafirmación) de instancias de participación, como los consejos de salud, comités de usuarios, veedurías ciudadanas, asambleas y congresos ciudadanos y de interacción ciudadanía-Estado, para lo cual, instituciones como el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y otras, deberán adecuar sus estructuras institucionales, sus capacidades y recursos humanos, así como los procesos financieros y administrativos que respondan a estos nuevos retos.

11. Las responsabilidades operativas que garantizan la participación social incluyen a varias o demasiadas instancias del Estado, lo que puede causar dilución, retardo o duplicación en su ejecución. Entre las instituciones estatales responsables están:

- Consejo de Participación Ciudadana y Control Social
- Ministerio Coordinador de la Política
- Secretaria de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana
- Ministerios sectoriales, como el MSP.

En todo caso, la instancia rectora es la que debe dar elementos de articulación y concreción en el ámbito nacional y local, aunque en lo local es más difuso el panorama. No obstante, los mecanismos de concreción son tan variados que se puede empezar a experimentar algunos nuevos como: la silla vacía por ejemplo y otros viejos como las veedurías, los observatorios, o los consejos, con la ventaja de que pueden ser espacios de deliberación ciudadana autónoma de donde surge su debilidad también, ausencia de los tomadores de decisiones y de cambios en las instancias gubernamentales.

12. Los mandatos nacionales reconocen el derecho individual y colectivo de participación y por tanto no obligan a asociarse para ejercerlos. Definen los ámbitos con relación a la cosa pública en el Art. 95, para influir en “la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad” mientras que el Art. 85 de la Constitución, señala

que con relación al control de las políticas y servicios públicos, que el ámbito de acción será en: “la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos”... para lo cual garantizará “la participación de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades” y en salud según el Art. 359. “propiciará la participación ciudadana y el control social.” Lo cual sin embargo, puede ser en desmedro de lo organizativo, generando otra tensión entre lo individual y lo organizativo, lo individual versus lo colectivo. Los comités de usuarias en ese sentido se diluirían como espacios organizativos que generan externalidades positivas para la construcción de sociedades de derecho; mas allá del ejercicio ciudadano individual que nos acerca a una mirada de la sociedad europea, en donde los derechos se cumplen vía mercado y seguros, aún con la anuencia de lo público.

13. Un elemento innovador son las acciones afirmativas, conocidas también como discriminación positiva, como el caso de la paridad de género, que busca garantizar derechos, en condiciones de prioridad e inclusive privilegio en cierto sentido, a los individuos y las colectividades tradicionalmente excluidas, invisibilizadas e incluso desatendidas en el quehacer de la salud. Lo cual es fundamental para asumir la diversidad, resolver la inequidad y construir la interculturalidad en el marco del Sumak Kawsay, pues nos obliga a diferenciar las necesidades de salud de: hombres, mujeres, nacionalidades indígenas, afroecuatorianos-as; montubios, campesinos, urbanos, personas con discapacidades, comunidad GLBT, juventud, entre otras.

14. Una mirada hacia la historia y todas las formas de organización y participación social y sanitaria del país, nos confirma su pertinencia con el actual marco jurídico, aunque es justo reconocer que las formas, los conceptos y los mecanismos varían y se transforman con los cambios de la sociedad. También la historia ecuatoriana recuerda que hay una experiencia corta en participación y que el posicionamiento de las ciudadanías, la exigibilidad de los derechos humanos, han sido limitados; solo fue la Constitución de 1998 la que inauguró un estado social de derecho ahora un estado constitucional de derecho (2008) de la mano de instancias gubernamentales, que en salud no dejan de ser asistencialistas. En tal sentido, una deuda del MSP es avanzar a generar una institucionalidad que permita en sus procesos de atención (en donde se concreta la relación con la ciudadanía), permear procesos de emancipación y no de domesticación tal y como lo denunciaba Foucault; esto pasa por tocar el poder de la medicalización (médico, medicamento) para dar paso al empoderamiento de las personas en su salud y vida.

15. Es indiscutible el valor que tienen los marcos legales como espacios necesarios y legítimos para la participación en salud, en una sociedad democrática, sin embargo, a la hora de evaluar los avances en la región, se puede sintetizar algunos desafíos comunes:

- La participación es todavía un tema en construcción teórica e instrumental, en tanto depende del contexto de cada país, de los mecanismos que cada sociedad promueve y de la visión de democracia concreta que aspiran los diversos actores sociales, políticos e interculturales.
- Los marcos legales son importantes y necesarios, pero pueden fácilmente convertirse en espacios discrecionales de aplicación de la ley, en estados con débil institucionalidad o con demandantes desinformados de sus derechos o baja capacidad de actuar como agentes. Esto demanda ubicar que uno de los valores

agregados de los procesos de participación ciudadana es la información, es la puerta de entrada para que todos-as se sientan sujetos de derecho; de allí la importancia de la normativa jurídica, ¿Cómo se hace para que la Constitución o el Sumak Kawsay no sea una cuestión de expertos, incluidos los indígenas? sino que se encarnen en cada rincón del país y ahí la experiencia de los comités de usuarias es importante.

- Las brechas de cantidad (por ejemplo cobertura y oferta de servicios) hace que los aspectos de calidad hayan llegado tardíamente con los procesos de reforma de la salud en los años ochenta, bajo la tutela de organismos internacionales antes que de políticas y preocupaciones nacionales.

Esta es otra tensión entre lo nacional y lo internacional y allí, hay que diferenciar lo que viene con organizaciones internacionales privadas, el Sistema de Naciones Unidas que emana (en el deber ser y teóricamente) de acuerdos entre Estados, y lo que definen los propios Estados Nacionales.

La dinámica de los movimientos sociales que tiene su corolario a nivel internacional, ha ido permeada desde una normativa jurídica internacional (que es necesario visibilizar -Viena, Cairo, Beijing, ODM, Copenhague-). Ahí también hay una disputa entre el apoyo o el bloqueo a los procesos de emancipación.

Las mujeres y los indígenas hoy son visibles por un movimiento internacional, que permeó las agencias internacionales y que por supuesto provoca tensiones, entre las más conservadores (ejemplo próvida) y las que propugnan el derecho a decidir (pro derechos).

La reforma vivió esa tensión a lo interno y externo, desde una tendencia neoliberal (Colombia su mejor ejemplo) hasta posibilidades de emancipación (Brasil un buen ejemplo).

- Algunos casos demuestran los límites, cuando la participación se desborda mas allá de lo definido por ley, es decir cuando los sujetos sociales se convierten en sujetos políticos. Esta es la potencialidad de la participación, porque permite construir la sociedad política igualitaria soñada y trascender la ley, que es un producto humano que en un momento concreto sirve, pero que debe ser cambiada continuamente. Allí es importante pensar con Boaventura Souza Dos Santos en la posibilidad de no quedarse en lo legal, para profundizar en la democracia participativa e incluso comunitaria.



PROYECTO RED CONE COTOPAXI



MICROREDES PARROQUIALES GUÍA METODOLOGICA

Latacunga, noviembre 2010

CONTENIDO

A. Antecedentes.....	3
B. Descripción.....	4
C. Propósito de la micro red.....	4
D. Coordinación técnica y apoyo político	4
E. Integrantes de la micro red.....	4
F. Funciones.....	5
G. Servicios de la micro red.....	5
H. Resultados esperados de la micro red.....	5
I. Como se conforma la micro red.....	6
J. Pasos de la operación de la micro red.....	7
K. Definiciones conceptuales.....	8
L. Plan de acción.....	9
M. Monitoreo.....	9
N. Anexos.....	10

A. ANTECEDENTES

Las tasas de mortalidad materna y neonatal en Cotopaxi, al igual que otras provincias andinas, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y la Dirección Provincial de Salud continúan siendo preocupantes: 102 x 100.000 n.v y 7,8 x 1.000 n.v en comparación con las cifras nacionales de 56,3 x 100.000 n.v y 9,3 x 1.000 n.v en el 2008 respectivamente según el INEC.

El Plan Nacional del Buen vivir plantea entre sus metas de salud la disminución de un 35 % en mortalidad materna y neonatal hasta el 2013

El Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal con el cual, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador busca cumplir con las metas establecidas en el párrafo anterior, menciona, entre otras, como una estrategia fundamental (objetivo 4)¹, la organización de Redes de Atención en CONE (Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales) que vaya a todos los niveles incluyendo a los “agentes tradicionales o proveedores comunitarios de salud” (parteras, promotores, etc.....).

La Propuesta del Proyecto Red CONE Cotopaxi, pretende iniciar con redes desde las parroquias (Micro redes) puesto que las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes empiezan en el hogar en donde existen pocas posibilidades de recibir atención y/o orientación adecuada y oportuna debido al fraccionamiento funcional de los distintos grupos o instituciones proveedoras de servicios de atención y, al distanciamiento entre proveedores comunitarios institucionales limitando el acceso de los/las usuarios/as y reduciendo la eficiencia de los recursos invertidos.

La Nueva Constitución de la república del Ecuador y la Ley Orgánica de Salud amparan esta propuesta, debido a que mandan la conformación de Redes Públicas de Atención e impulsar las “redes que trabajan a nivel local e identificar los nudos claves dentro de estas redes”²

¹ MSP Sistema Nacional de Salud . Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Quito 2008

² MSP. Sistema Nacional de Salud. CONASA Marco General de la reforma Estructural de la salud en el Ecuador Quito agosto 2007

B. DESCRIPCIÓN

Una Micro red parroquial de atención Materna y neonatal, es un conjunto coordinado de servicios de salud de ámbito parroquial voluntariamente conformado por instituciones públicas y privadas y agentes tradicionales de salud (parteras) que prestan servicios de salud en una misma parroquia y que han decidido comprometerse a abordar la responsabilidad del cuidado de la salud de las mujeres y recién nacidos/as de esa parroquia dando como resultado una atención continuada y coordinada a las diferentes necesidades de Mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los/as recién nacidos/as según las competencias, capacidad resolutive y distribución geográfica de cada grupo o institución integrante de la Micro red para garantizar la prevención de complicaciones pero en especial, para evitar la muerte de mujeres y recién nacidos/as.

C. PROPÓSITO DE LA MICRO RED

Incrementar el acceso de la población de una parroquia a la atención de salud de calidad a través de mejorar la eficacia y eficiencia de los recursos locales (Parroquiales)

D. COORDINACION TECNICA Y APOYO POLITICO

El Consejo Parroquial de Salud debe conocer y respaldar la conformación de la Micro red, de igual manera será el soporte político para su permanencia en el tiempo y al que se reportan avances, resultados, dificultades y a quien se rinde cuentas.

La coordinación técnica será responsabilidad de la unidad operativa de mayor relevancia de la zona (Hospital, Centro de Salud Sub centro de Salud o Dispensario médico)

E. INTEGRANTES DE UNA MICRO RED PARROQUIAL

Son todas las personas, grupos o instituciones que proveen servicios y atención materna y neonatal

- Parteras Tradicionales capacitadas y **acreditadas**
- Puestos, Centros y Subcentros de Salud del MSP
- Dispensarios del Seguro Social campesino
- Dispensarios, clínicas privadas
- Dispensarios, Hospitales de Organizaciones No Gubernamentales
- Otros (Fuerzas Armadas)

F. FUNCIONES

- Entrega de servicios de atención materna y neonatal continua, con calidad y calidez según población asignada
- Referencias de usuarios/as a unidades de mayor capacidad resolutive
- Supervisión y apoyo a Agentes Comunitarios de Salud (Capacitación continuada, monitoreo de cumplimiento de acciones, evaluación y reportes)
- Planificación y coordinación con integrantes de la micro red para analizar los principales obstáculos y establecer propuestas de solución
- Viabilizar capacitación técnica para unificar criterios de atención con Prácticas basadas en la evidencia científica
- Monitoreo y MCC de los servicios ofrecidos en las unidades de la micro red
- Rendición de cuentas y planteamiento de apoyos al COMPAS

G. SERVICIOS DE LA MICRO RED

Es la lista (en un cuadro) y el tipo de servicios de atención materna y neonatal que están brindando los proveedores institucionales y comunitarios (parteras/os) de una micro red distribuidas por comunidad. Esta herramienta sirve para que los proveedores de una localidad o parroquia conozcan el tipo de atención que la Micro red está en posibilidad de ofrecer a sus usuarias/os, es decir sus capacidades y limitaciones.

Para esto disponemos de la Matriz de servicios de las parteras (*Anexo 1*) y la matriz de servicios institucionales (*Anexo 2*) que sirve para destacar los servicios que brindan las Unidades Operativas (Subcentros, Dispensarios; Hospitales; etc...)

H. RESULTADOS ESPERADOS DE UNA MICRORED PARROQUIAL

La Micro red parroquial debe provocar los resultados que a continuación se enumeran:

- Acceso mejorado de mujeres embarazadas, parturientas; puérperas y recién nacidos/as a atención materna y neonatal de calidad con prácticas basadas en evidencia científica y de gran impacto como Control prenatal en cantidad adecuada y en tiempo oportuno; Atención del parto por personal calificado ya sea institucional o comunitario; 1 Control de la mujer y el recién nacido en las primeras 48 horas después del nacimiento y al menos otro antes de los 7 primeros días
- Referencias oportunas para atenciones de rutina pero sobre todo para complicaciones obstétricas y neonatales a hospitales cantonales o provinciales
- Aumento de embarazadas y recién nacidos/as en riesgo o con complicaciones que son visitadas por personal calificado institucional o comunitario
- Adecuación cultural en la Atención Materna y Neonatal
- Proveedores de salud institucionales y comunitarios (ancestrales) capacitados, con habilidades y destrezas de atención materna y neonatal de calidad
- Proveedores de servicios de salud coordinando acciones con organizaciones de la sociedad civil

- Usuarías y usuarios que perciben a la atención materna y neonatal de la micro red como un derecho que se puede exigir y que se está cumpliendo
- Mejoramiento del nivel de coordinación entre proveedores institucionales y parteras tradicionales

I. COMO SE CONFORMA UNA MICRO RED

El sub Centro de Salud de la Parroquia, o en su ausencia la Unidad de salud de mayor trascendencia en la parroquia debe liderar el proceso técnico de la conformación de la Micro red con el apoyo del Consejo Parroquial de salud y el aval del Area de salud correspondiente y de la DPSC

1. Hacer un diseño previo de la Micro red tomando en cuenta la presente guía. De preferencia el Consejo Parroquial de Salud debería estar involucrado en esta actividad
2. Hacer un listado de las instituciones o grupos de personas proveedoras institucionales o comunitarias (de la Parroquia) de servicios de salud que pueden o debería conformar la micro red.
3. Listado de comunidades, población aproximada, distancias con un mapa de la parroquia
4. Convocar y hacer una primera reunión con las instituciones del listado y con las parteras, para lo cual proponemos un guía de agenda. *Anexo 3*

J. PASOS DE LA OPERACION DE UNA MICRORED

No.	PASOS	HERRAMIENTAS
1	Fase previa: Conformación del CONPAS (Consejo Parroquial de Salud) Elaboración del Plan Parroquial de Salud Materna y Neonatal	• Plan de desarrollo Local Parroquial • Plan Parroquial de salud Materna y Neonatal
2	Reunión de conformación e integración de Micro Red	• Guía Metodológica • Convocatoria • Agenda • Acta de sesiones
3	Diagnóstico de Necesidades de Salud Materna y Neonatal por comunidad	• Matriz de datos demográficos (embarazos esperados, proyecciones INEC) • Mapa parlante • Matriz de proveedores
4	Definición de capacidad de respuesta de necesidades por comunidad	• Matriz capacidad de atención por proveedores (listado de servicios) y definición del Nivel de Riesgos • Flujograma de referencias de CONE ambulatorio normal y complicado por proveedor
5	Plan de acción	• Matriz de Programación (capacitación)
6	Ejecución	
7	Evaluación y Monitoreo	• Matriz de Evaluación • Monitoreo de

K. DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Mapeo proveedores de servicios:

Es la lista de personas o instituciones que están brindando servicios de atención materna y neonatal en una parroquia determinada pero distribuidas o ubicadas geográficamente por comunidad, para lo cual se pueden ayudar del diseño de un mapa

Diagnóstico materno neonatal comunitario

Son un conjunto de indicadores básicos que pueden recolectar la micro red a través de Parteras Tradicionales capacitadas u otros agentes comunitarios de salud (voluntarios, promotores) de toda la parroquia y por comunidad

- Población total
- # de familias
- # de Mujeres embarazadas,
- # de mujeres en postparto y ubicación por comunidad
- # de recién nacidos y ubicación por comunidad
- # de mujeres embarazadas, en postparto y RN con complicaciones

Diagnóstico de conocimientos, habilidades y destrezas de proveedores

Es el conocimiento de fortalezas y debilidades que tiene cada uno/a los/as proveedores/as institucionales y comunitarios en sus acciones de atención

Definición del Flujoograma de atención en emergencias

En caso de presentarse una emergencia obstétrica o neonatal los integrantes de una Micro red deben saber con exactitud lo que deben hacer y a donde deben llevar a la usuaria o usuario para ganar la mayor cantidad de tiempo en beneficio de la integridad (no es el plan de Emergencias comunitario) más bien la idea orientadora que debe tener el proveedor de la micro red para alimentar un plan de contingencia.

Es el camino mas corto (en espacio y tiempo) que tiene cada proveedor para trasladar de manera oportuna a un/a usuario/a hacia la Unidad Operativa que le pueda brindar la atención mas adecuada y requerida

Capacitación de proveedores en CONE

Son acciones planificadas de transmisión y mejoramiento de conocimientos, habilidades y destrezas a los proveedores institucionales y comunitarios de la micro red, según sus necesidades y competencias para atender a mujeres y recién nacidos/as

Actividades de gestión

Son todas las actividades complementarias que facilitan el funcionamiento de la Micro red: Reuniones de seguimiento; evaluación, Rendición de cuentas; Reuniones de coordinación con el Área de salud

L. PLAN DE ACCION *(Anexo 4)*

Es el conjunto de actividades programadas en el tiempo, con identificación de recursos, definición de responsables para el funcionamiento adecuado de la Micro red parroquial y organizadas de tal manera que permiten alcanzar progresivamente algunos productos operativos que dan fe del funcionamiento de la Micro red

M. MONITOREO

El monitoreo de la Micro red es un conjunto de acciones tendientes a vigilar el avance y los logros que se van obteniendo a través de indicadores claves de proceso, resultados e impacto, sobre el funcionamiento de la micro red y de sus integrantes (Proveedores públicos, privados, parteras).

La responsabilidad de la recolección de los datos del monitoreo es el equipo técnico de la micro red (Sub-centro de salud; Dispensario del SSC; Hospital de ONG; etc) liderada por el médico rural o director/a de la Unidad de mayor relevancia en la parroquia.

Para una mejor implementación del monitoreo estos datos deben ser sistematizados en la Matriz de Monitoreo de la Micro red *Anexo 5*

Indicadores de Proceso:

- # de reuniones de los integrantes de la Micro red
- # de reuniones de coordinación entre la micro red y el Consejo parroquial de salud
- # de eventos de capacitación a proveedores institucionales y parteras

Indicadores de resultados:

- Número de parteras capacitadas;
- Número de profesionales de salud capacitados;
- % de comunidades de la parroquia que tienen un diagnostico materno y neonatal (numero de embarazadas y recién nacidos)
- Número de mujeres que reciben atención CONE con adecuación cultural

Indicadores de impacto

- Número de mujeres o recién nacidos que fueron referidas/os por un miembro (parteras) o institución de la red
- Número de recién nacidos/as que recibieron una visita por personal calificado (comunitario o institucional) en la primeras 48 horas de vida
- Número de mujeres o recién nacidos que evitaron complicaciones o salvaron sus vidas al ser captados por la Micro red.

MATRIZ DE SERVICIOS DE PARTERAS DE MICRO RED										
Comunidad	Nombre de la partera o partero	Tipo de atención							No. Embarazadas	
		Control de embarazo	Atención de parto	Atención de posparto	Visita al recién nacido	Otra actividad	No. partos al año 2010	Tiene documentos para referencia	Identificadas	Referidas EN EL ULTIMO MES
San Jose de Rumipamba y	Manuel Ilaquichi	Si	Si	Si	Si (a las 24 horas)	CuracionesFregador	0	Si	1	0
Candela Faso	Eduardo Vargas	Si (1)	Si	Al tercer día	Si al 3er día	Cuificha, fregador	2 uno en comunidad y 1 en Latacunga	Si	3	0
Candela Faso 25 de dic y Salamalag	Cesar Lotuala	no	Si	Si	Si pasando 1 día	Cuificha; fragador	5	si	2 (¿)	0
Chugchilanpamba Curingui Guangaje Centro	Jose Ugsha	Si (2)	Si	si	Si al siguiente día y a los 8 días	Fregador	3	Si	1 en Curingui	0
Chugchilan Curingui Guangaje Centro	Maria Pastu~na	Si	Si	si	Si (al 1 día o dos días)	Hierbater a	1 en Curingui	Si	1	0 10
Chilcanchi	Maria Hortensia Pastuna	Si	Si	Si	Si Pasando 1 o 2 días	Curander a	1	Si	1	0

Colatipo										
Chilcanchi Colatipo Cuchimbo 8 de septiembre	Rosa Elvira Sacatoro	Si	Si	Si	Si a los dos días y a los 8 para encaderamiento	No	3	si	1	1
Centro Guangaje	Mari Josefina Manzano	Si	Si	Si	A los 2 dias	Cuifcha, fregadora, curandera	4	si	0	0
Hospital	Francisco Toaquiza	Si	Si	Si	Si a los 2 dias	Yachag	2	Si	0	0
Hospital	Maria Juan Vega Toaquiza	Si	Si (solo la familia)	Si	Les cuida personalmente		3- 5 (solo la familia)	Si	0	0
Guangaje Centro Salamalag chico Comuna Guangaje	Maria Nicolasa OJO Tomar en cuenta esta partera	Si cuando solicitan	Si	Si	Pasando 1 día y si es lejos a los dos dias	Fregadora Hirbatera	11	Si	2	2
San Jose Rumipamba	Maria Virginia Toaquiza	Si cuando solicitan	Si	Si	Al día siguiente	Hierbatera	4	Si	3	1
Comuna Guangaje	Maria Luz Guanina	Si cuando solicitan	Si	si	Pasando 2 dias	Cuifcha	7	Si	3	0
Huayrapungo Faltaron	Maria Victoria Vega falto									

	Agustina Mena falto									
Guayama Ugshaloma	Aparicio Manzano falto									
Tingo Pucara	Jose Agustin Lotuala Falto									
8 de septiembre	Francisco Toaquiza falto									
	Rosa Vega Falto									
25 de diciembre	Maria Rosa Ilaquiche									
	Jose Pedro vega									

ANEXO 1: Matriz de servicios

Provincia: _____ **Cantón:** _____ **Parroquia:** _____

MATRIZ DE SERVICIOS INSTITUCIONALES					
Cantón: Pujilí		Unidad Operativa: __SSC SUYO			
Parroquia: _____		Mes: _____		Año: _____	
ATENCION MATERNA					
PRENATAL	NO	SI	# MENSUAL	# Referencias recibidas	Referencias realizadas
Control del embarazo		X	1	0	0
Atención de complicaciones del embarazo	NO HUVO		0	0	0
PARTO	NO	SI	# MENSUAL	# Referencias recibidas	Referencias realizadas
Atención del parto		X	0	0	0
Atención de complicaciones del Parto	NO		0		
Cesáreas					
POSPARTO	NO	SI	# MENSUAL	# Referencias recibidas	Referencias realizadas
Atención del puerperio inmediato		X		0	0
Atención del puerperio mediano y tardío			X	0	0
Atención de complicaciones del puerperio					
ATENCIÓN NEONATAL					
	NO	SI	# MENSUAL	# Referencias recibidas	Referencias realizadas
Atención inmediata del RN		X	0	0	0
Resucitación cardio pulmonar	NO		0	0	0
Visita en primeras 48 horas		SI	0	0	0
Atención de las complicaciones del RN		SI	0	0	0

Anexo 3 AGENDA primera reunión

1. Explique los objetivos de la reunión
2. Socialice la descripción, el motivo que justifica hacer una micro red, como funciona y todos los detalles de la realidad de la posibilidad de acceso de las comunidades así como las cifras de utilización de servicios de la población en comparación con las estadísticas nacionales y/o provinciales para visualizar las limitaciones
3. Haga una ronda de preguntas y respuesta para aclaraciones y opiniones (apunte en un papelote estas observaciones)
4. Construya con los participantes un cuadro de ventajas , dificultades de tener una Micro red
5. Construya con los participantes un cuadro de compromisos para la red
6. Elabore un gráfico de cómo se conformaría y funcionaría la Micro red
7. Elabore participativamente un Plan de Acción que debe incluir programación de reuniones y actividades de capacitación
8. Conforme un comité u organismo coordinador
9. Elabore un acta de compromisos de los integrantes de la micro red y solicite que todos/as firmen y entregue una copia a todos/as

ANEXO 4 Matriz de programación

MATRIZ DE PROGRAMACION DE LA MICRORED

Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____

ACTIVIDAD	MESES 2011				RECURSOS	RESPONSABLE
	Sep	Oct	Nov	Dic		
Identificación de embarazadas en cada comunidad		x			Herramientas de recolección	Parteras
Visitas a las comunidades Choasilli, Chilca, Redrovan, Millin en coordinación con parteras		x	x		Transporte	Enfermera EBAS
Capacitación a parteras			x			DPSC
Reunión de la micro red			x			Subcentro de salud

ANEXO 5 MATRIZ DE MONITOREO DE LA MICRO RED

INDICADORES DE PROCESO					
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FUENTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE
INDICADORES DE RESULTADO					
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FUENTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE
INDICADORES DE IMPACTO					
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	FUENTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD NEONATAL

S v e m n

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD NEONATAL

CONSIDERACIONES GENERALES

Pese a los esfuerzos realizados en la atención en salud a los grupos vulnerables, en el Ecuador no se ha consolidado en forma amplia un sistema que permita la evaluación y visibilización de la mortalidad neonatal.

La Vigilancia de la muerte neonatal, es un proceso continuo en el que se aplica los mecanismos necesarios para obtener la información del más alto nivel de confiabilidad acerca de la mortalidad neonatal en un tiempo determinado y en una población definida para ser utilizado en la toma de decisiones.

El sistema de vigilancia de la mortalidad neonatal, debe ser parte de las actividades cotidianas en la provisión de salud tanto de los agentes comunitarios de salud como de los prestadores de servicios de la Red Pública de Salud.

El período neonatal¹ es el momento más vulnerable y crítico de la vida; la muerte de un niño niña antes de cumplir el primer mes de vida representa la existencia de alguna deficiencia o interrupción en el cuidado de este ya sea a nivel de los servicios, en el hogar², así como en el proceso de búsqueda de atención, durante el trayecto al centro de salud o inclusive por demora en decidir o buscar atención.

Las causas directas de mortalidad neonatal son nacimiento pretérmino (28%), infecciones severas (26%) y asfixia (23%), al tiempo que la causa indirecta más importante es el bajo peso al nacer (< 2.500 g) que se asocia a los trastornos del embarazo, la pobreza, falta de educación/ información/ comunicación como factores de riesgo, lo que refleja la falta de equidad para acceder a las medidas de promoción de la salud así como de prevención y control de las enfermedades prevenibles.

En Ecuador la mortalidad neonatal aporta con un desmesurado 46% del total de la mortalidad en menores de 5 años (TMM5) y, participa con más de la mitad (55%) de la mortalidad infantil³.

¹ AIEPI Neonatal. Manual de Capacitación . *Introducción*. OPS-OMS Washington USA 2005

² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCION DE NORMATIZACION – SALUD DE LA NIÑEZ. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD NEONATAL

³ Mortalidad infantil es la que se produce durante el primer año de vida

Tabla.- INDICADORES DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ. ECUADOR 2009⁴.

Ordenación por categoría de la TMM5	93 entre 193
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, 1990	53
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, 2009	24
Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año), 1990	41
Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año), 2009	20
Tasa de mortalidad neonatal, 2009	11

En el país en general la mortalidad neonatal es mayor durante el primer día y en la primera semana, mientras que en Cotopaxi la mortalidad neonatal es más importante durante la etapa neonatal tardía (8 a 28 días de vida), lo que hace necesaria una evaluación más certera de la realidad. Ver [Ilustración 1](#).

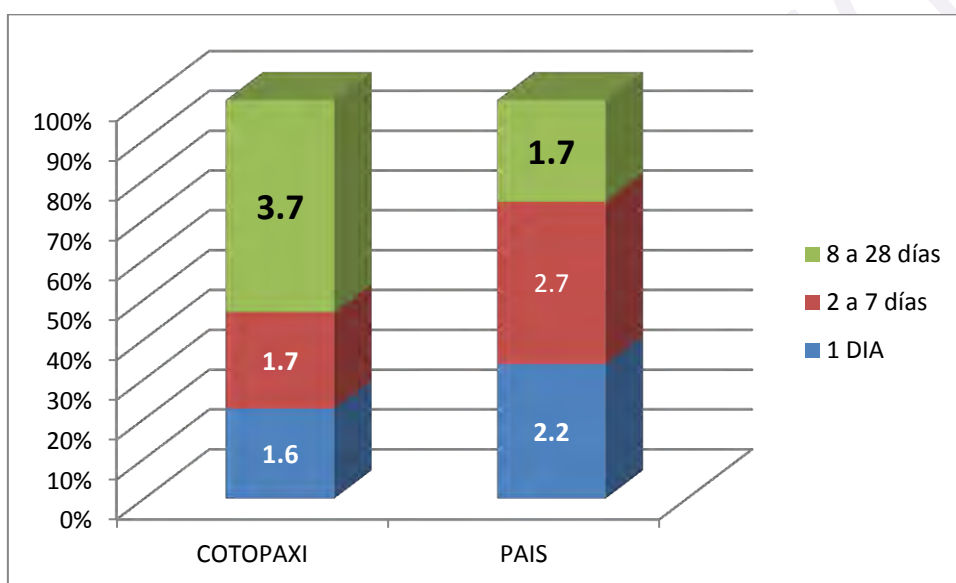


Ilustración 1. Mortalidad neonatal en Cotopaxi y el País (x 1.000 n.v.). MSP 2010

Fuente: INEC defunciones por edad en 2009. Realizado por Jaramillo E. & Hinojosa MA Junio 2011

Además, la causalidad de la mortalidad infantil tiene que ver principalmente con eventos de patología prevenible en la etapa perinatal. 12 de las 15 primeras causas de mortalidad en menores de un año son de origen perinatal como se demuestra en el siguiente cuadro. Únicamente las causas 2ª, 10ª y 14ª; neumonía, diarrea y desnutrición respectivamente; acontecen en su mayoría en el período postneonatal.

⁴ ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2011. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Pp 95-96. Febrero de 2011.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL. ECUADOR 2008

LISTA INTERNACIONAL DETALLADA CIE 10

Nº	Código CIE-10	CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	SEXO		TOTAL	TASA x 1.000 NACIDOS VIVOS *	TASA x 1.000 NACIDOS VIVOS ESTIMADOS **	%
			HOMBRES	MUJERES				
1º	P07	TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	275	201	476	2.3	1.6	14.1
2º	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	181	143	324	1.6	1.1	9.6
3º	P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	148	86	234	1.1	0.8	6.9
4º	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO	85	67	152	0.7	0.5	4.5
5º	P23	NEUMONÍA CONGÉNITA	61	49	110	0.5	0.4	3.3
6º	Q24	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS DEL CORAZÓN	63	38	101	0.5	0.3	3.0
7º	P24	SÍNDROMES DE ASPIRACIÓN NEONATAL	48	39	87	0.4	0.3	2.6
8º	P20	HIPOXIA INTRAUTERINA	44	40	84	0.4	0.3	2.5
9º	Q89	OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	32	45	77	0.4	0.3	2.3
10º	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	44	29	73	0.4	0.2	2.2
11º	P21	ASFIXIA DEL NACIMIENTO	40	24	64	0.3	0.2	1.9
12º	P29	TRASTORNOS CARDIOVASCULARES ORIGINADOS EN EL PERÍODO PERINATAL	23	17	40	0.2	0.1	1.2
13º	Q03	HIDROCÉFALO CONGÉNITO	22	18	40	0.2	0.1	1.2
14º	E43	DESNUTRICIÓN PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	20	19	39	0.2	0.1	1.2
15º	P77	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	26	11	37	0.2	0.1	1.1
	R00-R99	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	184	126	310	1.5	1.1	9.2
		LAS DEMÁS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	654	478	1132	5.5	3.9	33.5
TOTAL DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO			1,950	1,430	3,380	16.4	11.5	100.0
TOTAL DE NACIDOS VIVOS E INSCRITOS EN EL 2008					206,215			
TOTAL DE NACIDOS VIVOS ESTIMADOS PARA EL 2008					292,830			

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones, 2008

Elaboración: INEC

* Tasa por 1000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2008

** TASA por 1000 nacidos vivos estimados para el 2008 según estudio realizado por INEC - SENPLADES

La morbilidad en menores de un año, según los registros de egresos hospitalarios muestran un predominio de la morbilidad neonatal, demostrado en 8 de las 10 principales causas, exceptúan la 1ª y la 3ª, neumonía y gastroenteritis respectivamente que en su mayoría son de ocurrencia postneonatal.

**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE
MORBILIDAD INFANTIL**
POR EGRESO HOSPITALARIO. AÑO 2008
Lista Detallada CIE-10

Nº Orden	Código CIE-10	CAUSAS	NÚMERO DE EGRESOS	%	TASA *
1º	J18	NEUMONÍA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	7,047	10.7	245.9
2º	P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO	6,349	9.7	221.5
3º	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	6,066	9.2	211.6
4º	P59	ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS Y POR LAS NO ESPECIFICADAS	4,054	6.2	141.4
5º	P07	TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACIÓN CORTA DE LA GESTACIÓN Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	2,495	3.8	87.1
6º	P36	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	2,149	3.3	75.0
7º	P39	OTRAS INFECCIONES ESPECÍFICAS DEL PERÍODO PERINATAL	1,857	2.8	64.8
8º	P00	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR CONDICIONES DE LA MADRE NO NECESARIAMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO PRESENTE	1,677	2.6	58.5
9º	P23	NEUMONÍA CONGENITA	1,624	2.5	56.7
10º	P55	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA DEL FETO Y DEL RECIÉN NACIDO	1,573	2.4	54.9
		SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE. (Cap. XVIII)	1,887	2.9	
		LAS DEMÁS CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL	28,869	44.0	
		TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS	65,647	100.0	
		Población Estimada de menores de 1 año. Año 2008 **	286,616		

* Tasa por 10.000 habitantes

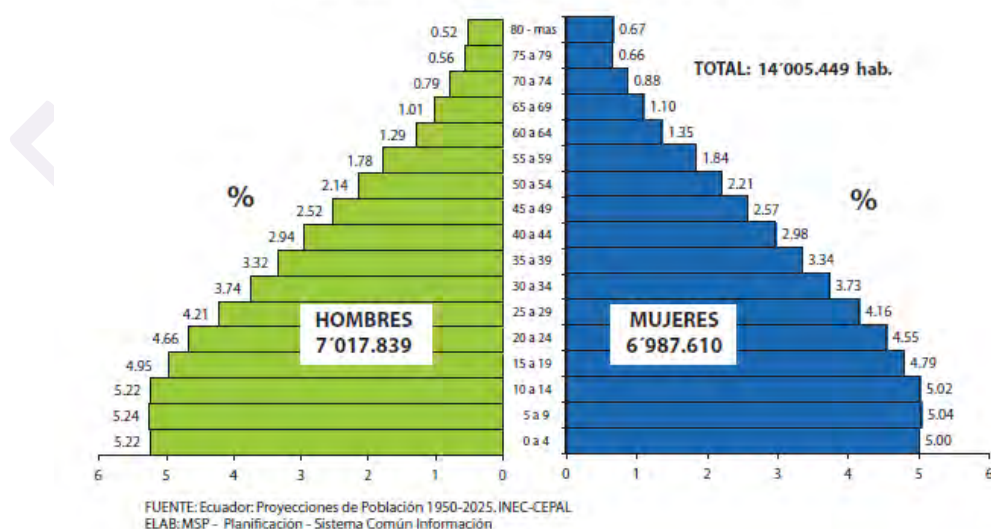
** Proyecciones de Población 2001-2010, INEC - CEPAL

FUENTE: INEC, ANUARIO DE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS, CAMAS Y EGRESOS, AÑO 2008

ELABORACIÓN: INEC - COMISIÓN DE INDICADORES BÁSICOS - EQUIPO TÉCNICO.

Otro aspecto a considerar es el decremento paulatino y progresivo de los nacimientos en el Ecuador cuya población se ha distribuido históricamente en una pirámide de base ancha, la misma que en los últimos cinco años ha iniciado su contracción, disponiéndose de una ventana de 20 años hasta su inversión con las consecuencias propias de las necesidades de sostenibilidad de una población con mayoría adulta y una esperanza de vida al nacer que ha incrementado cinco años de 1995 a 2010, ubicándose actualmente en 75 años⁵ (♀=78 y ♂= 72).

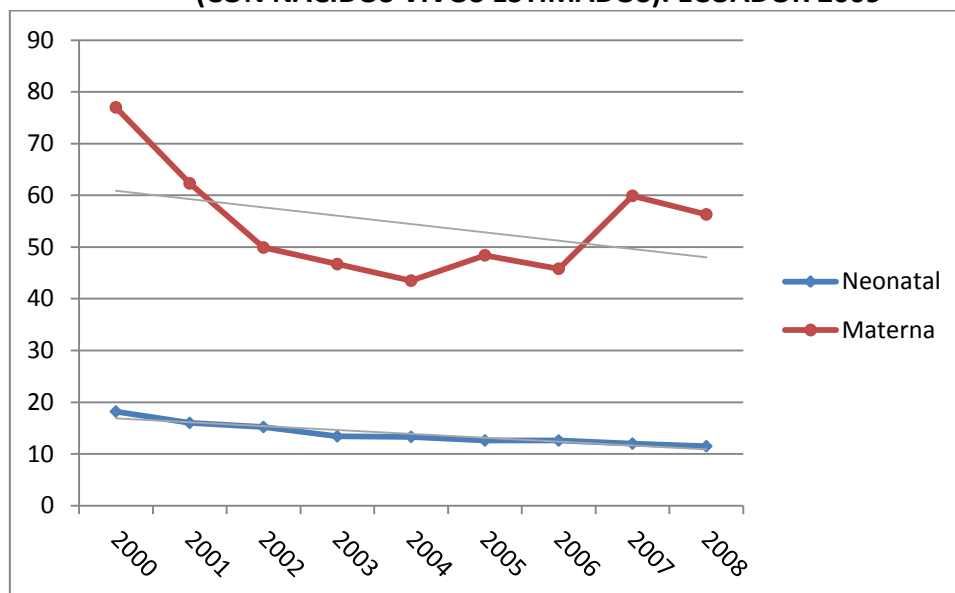
PIRÁMIDE POBLACIONAL - ECUADOR 2009



⁵ Ministerio de Salud Pública. Indicadores Básicos de salud 2009.

Incidentalmente, la mortalidad materna es un aspecto íntimamente ligado a la mortalidad neonatal, lo que hace necesaria la intervención conjunta a la diada madre-hijo, para conseguir resultados efectivos en la etapa neonatal.

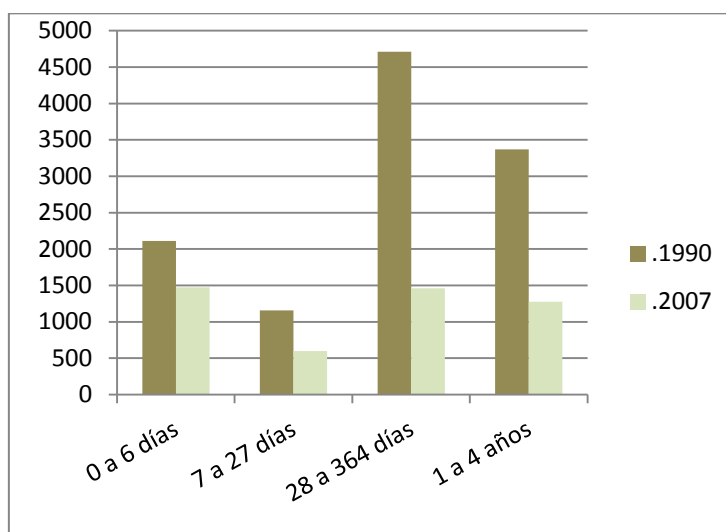
**Gráfico.- TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL
(CON NACIDOS VIVOS ESTIMADOS). ECUADOR 2009**



Fuentes: - INEC. ANUARIOS DE ESTADISTICAS VITALES. AÑOS 2000-2008
- CEPAL – INEC. ECUADOR: Proyecciones y estimaciones de población 1950-2005
Elaborado por MA Hinojosa HCI. 2011

Aunque se ha conseguido disminuir la mortalidad neonatal durante los últimos años, desde 1990, considerado como línea basal de referencia para los ODM, la disminución de la mortalidad en otras edades ha sido evidentemente más pronunciada que en la edad neonatal (Ilustración 2 Ilustración 3), siendo cada vez mayor la proporción de la mortalidad neonatal dentro de la mortalidad infantil. Esto obliga al igual que en otros países de la región a la implementación de un número mayor de componentes para mejorar la salud del recién nacido.

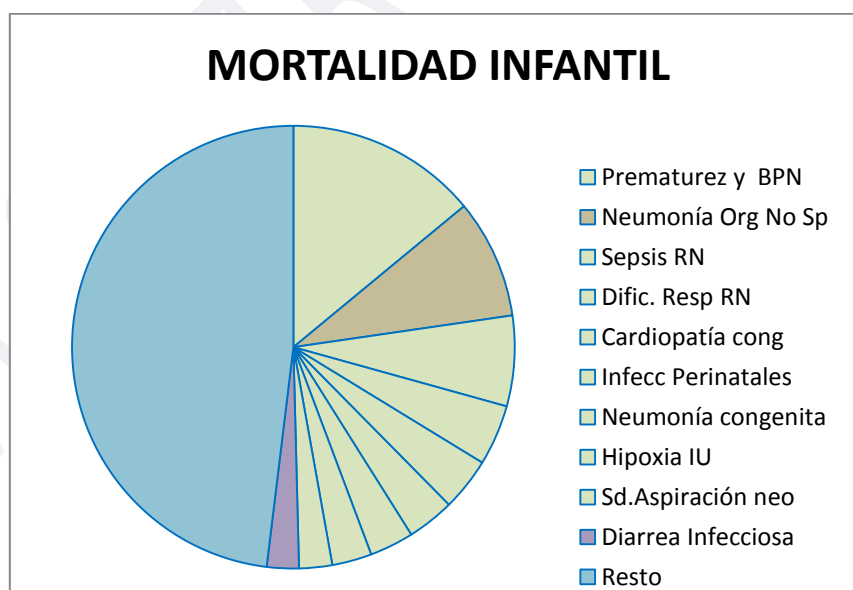
Ilustración 3 MORTALIDAD POR EDAD 1990-2007



Fuente: - PERFIL DE SALUD DE LA NIÑEZ. ECUADOR2010. MSP/OPS
Elaborado por MA Hinojosa HCI. 2011

La patología que más aporta a la mortalidad infantil (en menores de un año) es aquella que acontece durante edad neonatal representada en áreas de color verde claro, como se puede evidenciar en la Ilustración 4.

Ilustración 5. ETIOLOGÍA DE LA MORTALIDAD INFANTIL



Fuente: - PERFIL DE SALUD DE LA NIÑEZ. ECUADOR2010. MSP/OPS
Elaborado por MA Hinojosa HCI. 2011

Justificación

Actualmente, los datos existentes de mortalidad neonatal está limitada a la información proporcionada por el Registro Civil a partir del registro de las partidas de defunción que voluntariamente hacen los familiares, además por la referencia de egresos hospitalarios. Bajo la misma consideración, no se notifican ni se registran muchos de los casos de muerte neonatal que se producen en la comunidad y lejos de la asistencia del personal de las instituciones de salud, lo que da lugar a un elevado nivel de subregistro reconocido dentro del sistema de salud⁶.

Los aspectos previamente considerados conllevan a la ausencia total de análisis que conduzca a acciones tendientes a mejorar las condiciones de la atención neonatal con el fin de limitar la mortalidad neonatal.

La mayor proporción de los trastornos que provocan mortalidad en el período perinatal y neonatal es prevenible aplicando medidas preventivas y de control de la salud en niveles básicos de atención, incluyendo la vigilancia domiciliaria por parte de padres o cuidadores así como el adecuado control del embarazo, atención del parto y atención del nacimiento.

La causa de la muerte neonatal es el indicador más fehaciente del cuidado en el hogar y la protección que ofrece el sistema de salud, y permite establecer hipótesis y conclusiones que mejoren la atención de salud que responda a las necesidades sociales y culturales del entorno. Asimismo la definición causal orienta los mecanismos de predicción y prevención de la mortalidad prevenible.

Para la medición de la mortalidad neonatal se utiliza la tasa de mortalidad neonatal que corresponde a la probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente 28 días de vida, expresado por 1.000 nacidos vivos⁷. Desafortunadamente, en el país, uno de los grandes problemas para determinar la muerte neonatal e infantil, ha sido el subregistro que se reporta en niveles del 42% según estimación INEC-SENPLADES⁸, lo que impide disponer de un valor real del indicador.

Un Sistema de Vigilancia Epidemiológica está definido como “el conjunto de usuarios, normas, procedimientos y recursos organizados para la recopilación, análisis, interpretación y difusión sistemática y oportuna de información sobre eventos de salud, para la toma de decisiones y esencialmente para la orientación de la acción”⁹

⁶ INEC / OPS. INDICADORES BASICOS DE SALUD ECUADOR 2009.

⁷ Unicef. Ecuador – Indicadores Básicos. 10 marzo 2011

⁸ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Presidencia de la República, INEC, OPS. Indicadores BÁSICOS DE SALUD Ecuador 2009.

⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. DIRECCION DE NORMATIZACION – SALUD DE LA NIÑEZ. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD NEONATAL

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal es el sistema de información de salud que facilita la identificación, notificación, cuantificación, análisis y reporte de los fallecimientos durante la etapa neonatal y sus posibles causas; las conclusiones obtenidas incrementan la probabilidad de desarrollar las medidas necesarias para su prevención en áreas geográficas y períodos determinados.

El SVEMN tiene como propósito el promover la realización de una evaluación objetiva sobre los casos de Mortalidad durante el período neonatal, tanto en el hogar y la comunidad como en las dependencias de la Red Pública de Salud, que facilite un análisis de las causas y factores contribuyentes, que retroalimenten hacia una planificación de intervenciones dirigidas a la reducción de los factores causales, en todos los niveles de atención definidos en la Red.

La construcción de un Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal, cumple con funciones trascendentales en la vida de una sociedad. Empezando por la valoración del individuo que ha perdido la comunidad con los beneficios totipotenciales de ser un hombre o mujer activos de la comunidad y sujeto de reproducir social y culturalmente cada una de las opciones de desarrollo de su comunidad. Además el proceso de vigilancia al realizarse con la participación de la comunidad, constituye un estímulo a los individuos, familia y comunidad para tomar la iniciativa de protagonizar la solución de sus problemas.

La vigilancia de la muerte materna y de la muerte neonatal ofrecen la posibilidad de una retroalimentación positiva para establecer el mejoramiento continuo de la calidad en atención materna e infantil con el propósito de disminuir la mortalidad evitable en estos períodos críticos del ciclo vital humano, en países y regiones que aún presentan considerablemente altos niveles de mortalidad materna y neonatal como es el caso de Cotopaxi-Ecuador.

La mortalidad oculta o no denunciada por la comunidad, dado que tiene una particular valoración cultural y social en la realidad comunitaria, es un aspecto de trascendencia a descubrirse, que sin embargo requiere adentrarse en las convicciones individuales, familiares y culturales que lo provocan. En la medida que se consiga la participación de la comunidad en la denuncia de la mortalidad no visible se podrán encontrar motivos y sus eventuales soluciones tanto para la mortalidad neonatal como la materna, producto no solamente de las demoras inmediatas que provocan el desenlace fatal, sino también de la renuencia y las barreras para acercarse a los proveedores y servicios de salud. La detección de estos decesos es indirecta a través de la vigilancia de las embarazadas y púerperas en las que no se sabe el desenlace de su embarazo. La recuperación de tal información será siempre motivo de investigación del equipo de salud de la comunidad en la que se presentare tal circunstancia. El análisis de esta versión de mortalidad neonatal estará sujeta a verificación de su realidad, realización de autopsia verbal aún con datos vestigiales, auditoría y recomendaciones pertinentes y su eventual reporte dentro del SVEMN, sin responsabilidad de vincular el caso a los sistemas formales como el INEC y/o Registro Civil.

La Vigilancia prenatal del bienestar del individuo, requiere estrategias de intervención que comprometen las vivencias comunitarias y culturales cuya visualización se acortará con la participación integrada de los equipos de mejoramiento de la calidad de la atención en salud

en el ámbito comunitario.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio asumidos por el Ecuador como metas mensurables en 2015, requieren de la consideración acerca de mejorar la calidad del cuidado de la salud en la etapa neonatal para contribuir en forma importante para alcanzar los niveles que le corresponden a las propuestas por el país.

Lo antes mencionado configura la necesidad de intervenir mediante el diseño y ejecución de un SVEMN con el fin de disminuir la mortalidad neonatal en la perspectiva de incidir positivamente en la sobrevivencia en las siguientes etapas del ciclo.

El contexto

La red social de salud de Cotopaxi se asienta en dos estratos cuya diferenciación se profundiza en cuanto se acerca por una parte a la comunidad alejándose de los servicios de salud institucionalizados disponibles y en el otro caso, en la medida que se acerca a las áreas poblacionales concentradas con servicios de salud de 1º y 2º nivel establecidos.

La formación de una red de salud orientada a la atención a los pobladores de ésta área geográfica en su etapa neonatal requiere la acción participativa de todos los recursos de la comunidad, ya sean físicos, naturales, humanos, económicos, institucionales y organizacionales

Al momento se dispone de una Red Pública de Salud integrada por los niveles provincial, de Área y las Microredes locales. El nivel provincial dispone de Hospital General del Ministerio de Salud Pública y el Hospital del Seguro Social hacia donde se realiza la referencia de los casos de mayor gravedad, que sean susceptibles de resolverse en un segundo nivel de complejidad en la atención. En el nivel de Área existe el Hospital Cantonal que recibe la referencia de las Unidades operativas de su jurisdicción. En el nivel local se han establecido las Microredes de Atención que se forman de la convergencia de los Subcentros de Salud del Ministerio de Salud Pública, las unidades del Seguro Social Campesino y los Agentes Comunitarios de Salud entre los que destacan por número y actividades la Parteras Comunitarias.

La atención con orientación materna e infantil ha orientado a la Dirección Provincial de Salud de la Provincia de Cotopaxi con el apoyo de CHS hacia la construcción de una Red de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial en la ejecución del Proyecto de Redes CONE, que lleva adelante sus postulados de conformar una red capaz de entregar prácticas de salud con el mas alto nivel de evidencia científica disponible, favoreciendo la interculturalidad mediante el mantenimiento de las prácticas culturalmente adecuadas en la integración de los grupos de proveedores de salud al interior de la red, promoviendo la integración positiva interinstitucional, orientándose hacia el mayor nivel posible de participación y control ciudadano.

La resolución de los problemas de la salud de la madre y el recién nacido, en las Redes CONE, se consigue mediante mecanismos de interacción a partir de los recursos de la comunidad actuando conjuntamente con los servicios de la red pública de salud para alcanzar mejores niveles de calidad y especialización en los procesos de atención, teniendo como base y mecanismo de sustentación las Microredes de Salud.

La red de salud de Cotopaxi, integra diversos componentes sobre los que se puede asentar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal, tanto en su componentes institucional como el comunitario.

COMPONENTE 1. **Microredes de atención** que agrupan en un ámbito parroquial o menor dependiendo de la densidad poblacional y la cantidad de servidores de salud formal y no formal, con la conducción del responsable de la unidad de salud de mayor complejidad del ámbito geográfico, se involucran los proveedores de salud de la unidad de atención del MSP y del SSC al mismo tiempo que las parteras de la comunidad y otros agentes de salud comunitarios. Entre los elementos desarrollados para sus actividades se evidencian los “Planes Familiares de Emergencia”

COMPONENTE 2. **Comités comunitarios de traslado de emergencia** formados por miembros de la comunidad que tienen los mecanismos definidos para el traslado de las emergencias de salud materna y neonatal, en la forma más eficiente y con las alternativas necesarias para su cumplimiento. Disponen de “Plan Comunitario de Emergencia” para ser activado en función de los requerimientos definidos

COMPONENTE 3. **Consejo Parroquial de Salud CONPAS** conformado con las bases legales necesarias para su funcionamiento y mantenimiento, en armonía con los mandatos de la organización parroquial nacional CONAJUPARE, con dignidades elegidas para asegurar la continuidad de sus acciones en función de consensos establecidos.

COMPONENTE 4. **Asamblea de la comunidad** POR ELECCIÓN DEL Cabildo comunitario, tiene la legitimidad local y puede sustentar cualquier iniciativa relacionada con el desarrollo positivo de la comunidad, es depositario de la memoria vivencial de las actuales y anteriores generaciones que han mantenido la estructura social de la comunidad.

Los cuatro entes organizacionales locales están en capacidad de acoger al sistema de VMN en la medida de su implementación, como elemento complementario a sus actividades, para complementar las acciones del sistema o como parte de los planes definidos por la colectividad, respectivamente

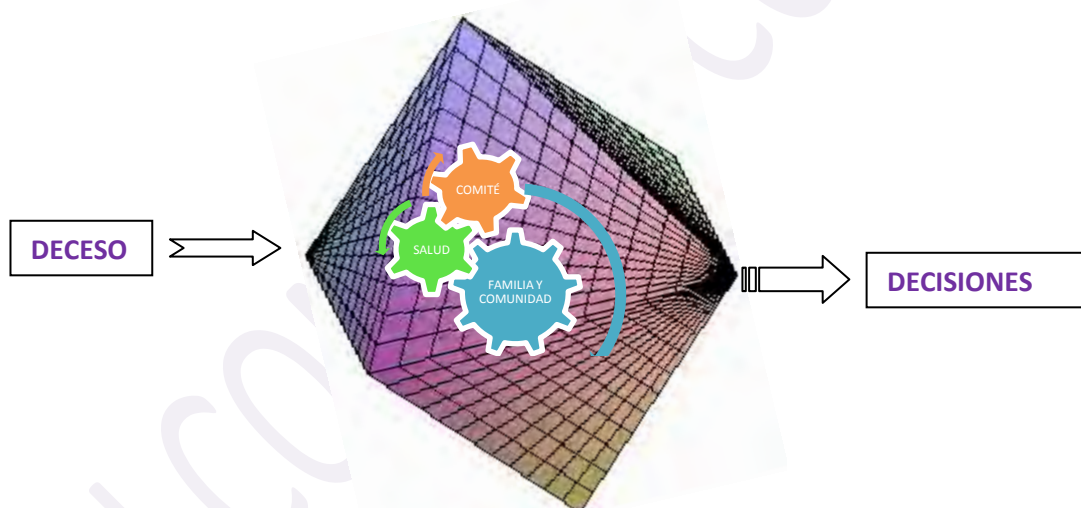
Metodología de intervención

Sobre la base de la construcción participativa de un sistema de vigilancia de la mortalidad neonatal, se pueden implementar los siguientes pasos:

PLANIFICACIÓN LOCAL

Al momento se desarrolla el Proyecto de mejoramiento de la atención materna y neonatal que contempla la formación de redes CONE de Cotopaxi, las mismas que se ocupan de integrar los proveedores comunitarios de salud, parteras y otros agentes comunitarios de salud al contexto de la Red Pública de Salud, en el contexto de una participación veedora de la comunidad progresivamente creciente.

Construcción del sistema de vigilancia de la muerte neonatal



OBJETIVO GENERAL

Establecer un sistema de vigilancia de la mortalidad neonatal que sirva de fundamento para la toma de decisiones necesarias que contribuyan a la disminución de la mortalidad neonatal y por consiguiente en las subsecuentes etapas del ciclo de vida, mediante el reporte, análisis, definición de causalidad, conclusiones y recomendaciones en forma oportuna, con énfasis en las muertes por causas evitables.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Disponer de cifras más cercanas a la realidad de la mortalidad neonatal en las áreas de intervención del Proyecto

- 2 Notificar y analizar los casos de muertes neonatales, de acuerdo a normas establecidas
- 3 Mantener un sistema de información de la mortalidad neonatal, periódico, permanente y de alcance general para los diferentes niveles de atención, para difundir y retroalimentarse los datos notificados, procesados y analizados.
- 4 Determinar la magnitud y tendencia de la mortalidad neonatal, sus principales determinantes, las variables predictivas y de riesgo

El sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad neonatal (SVEMN)

FUNCIONES

El SVEMN se produce en tres momentos que se resumen a continuación

1. Mantener la información actualizada de mortalidad neonatal en el área de intervención, cubriendo la carencia de datos confiables.
2. Realizar el análisis de la información disponible
3. Reportar los resultados del análisis

1. OBTENCION DE LA INFORMACIÓN

α- Del Nivel Comunitario:

Existen dos posibilidades de considerar una muerte neonatal:

El acontecimiento que es registrado en medios reconocidos oficialmente, por la familia u otro integrante de la comunidad relacionado con el neonato que ha muerto y cuyo registro es recuperable del Registro Civil u otro medio de reconocimiento

La siguiente opción es aquella en la que la familia u otros responsables del individuo fallecido en la etapa neonatal o que hubiere sido mortinato, no es registrado oficialmente y se procede a sepultarlo en sitio indefinido.

En estas circunstancias, puede existir la confusión en que un recién nacido vivo no da muestras muy evidentes de vitalidad y es reportado como mortinato aunque tuvo funciones vitales transitoriamente.

Fuentes de información

Una vez detectado el caso de fallecimiento neonatal se investiga en las siguientes fuentes:

- Registro de defunciones del Registro Civil en cada Parroquia.

- Informantes claves de la comunidad
- Vigilancia de la mortalidad neonatal comunitaria.

Registro Civil: Para obtener la información correspondiente, se establece la responsabilidad de un miembro del equipo de la microred (Director del Subcentro de Salud o un delegado de los miembros de la Microred), quien tendrá la delegación de recolectar mensualmente las inscripciones de recién nacidos y los registros de defunciones del último período, para presentarlos en la reunión mensual de la Microred.

Informantes claves de la comunidad: Los miembros de las organizaciones de la comunidad – Asamblea Comunitaria elegida por el Cabildo, Agrupaciones de líderes comunitarios, miembros de los CONPAS o del Consejo Cantonal de Salud, reportan durante las sesiones de integración con las microredes. O eventualmente en forma espontánea como parte de su responsabilidad y responsabilidad social.

Vigilancia de la Mortalidad Neonatal Comunitaria en las Microredes de Salud: Para el efecto se dispone de un formulario que sirve de base para el reporte de la mortalidad neonatal, este instrumento será llenado durante las reuniones mensuales de la Microred, con la información que proporcionan las Parteras Tradicionales capacitadas, que es la de mayor importancia por las dificultades para su obtención y la gran posibilidad de ocultamiento, a la que se suman los fallecimientos en las unidades de la Red Pública de salud. La vigilancia de la mortalidad neonatal se posiciona como un tema de consideración permanente durante el proceso de reporte, según el siguiente esquema:

REUNIÓN MENSUAL DE LA MICRORED DE SALUD

- TEMAS PREVIOS DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO.....
- - TEMA: MORTALIDAD NEONATAL
 - ACTIVIDAD: llenado del formulario de registro por parte de las parteras o ACS y el coordinador de la microred

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA MICRORED

Mes:	SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD NEONATAL -COMUNITARIO												
MICRORED:	UBICACIÓN:						- COTOPAXI						
Nombre(siglas)	SEXO			EDAD			CAUSA básica	LUGAR			ATENDIDO POR		
	♂	♀	¿	RN	<7d	7-28d		Dom	Trayecto	Hosp.	PSC	Med	Otro
TOTAL													
INDICES													

REUNION MENSUAL DE REPRESENTANTES DE LAS MICROREDES DEL ÁREA DE SALUD

- ## FORMULARIO DE REGISTRO CONSOLIDADO DEL AREA DE SALUD

El reporte de una muerte neonatal, a una autoridad competente o al servicio de salud más cercano, es una responsabilidad ciudadana de la familia del recién nacido o neonato. Se extiende el compromiso social a las redes o microredes u otro tipo de organización de salud comunitaria, trasladando este aspecto a parteras o personas que en forma independiente por decisión, solicitud o accidente hubieren sido partícipes de la atención del nacimiento con resultado del fallecimiento o que hubiere conocido intencionada o accidentalmente de un deceso durante el período neonatal.

Fuentes de información

SISTEMA DE VIGILANCIA DE MORTALIDAD NEONATAL

Certificado de defunción. Disponible en las oficinas de Registro civil, cuando ha sido asentado según el mandato de la ley de Estadística. Este certificado ya contiene datos de ubicación domiciliaria, lugar donde se produjo el deceso y su causa, así como la firma del profesional de salud responsable de la confección y firma del documento.

Todo deceso al nacimiento o durante el período neonatal será sujeto del proceso de evaluación e inclusión en el sistema de vigilancia de la mortalidad neonatal, bajo los siguientes lineamientos.

1. Todo embarazo de riesgo y todo ingreso de neonato a hospitalización, tendrá como requisito la firma del CONSENTIMIENTO INFORMADO por la madre o padre o cuidadores, en el que se establecerá el conocimiento del riesgo probable o evidente. En el caso de los neonatos hospitalizados, se incluye la aceptación del proceso de autopsia de ser necesaria.
2. Notificación inmediata al fallecimiento por el médico que firma la papeleta de defunción en el formulario diseñado para el efecto
3. Reporte de los casos a un Comité local de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal
4. Análisis y recomendaciones del caso evaluado
5. En el reporte a estadística de la unidad de salud, de la mortalidad neonatal, cabe destacar, que una vez realizada la auditoría, los diagnósticos iniciales de la historia clínica única podrán ser modificados según las conclusiones a las que haya llegado el Comité. Dicho cambio será informado al responsable del Departamento de Estadística del nivel local, área, provincial y nacional.
6. Reporte al SVEMN y agregación de la información institucional y comunitaria, en forma temporal (semanal y mensual) y por niveles: local, distrital, regional y nacional

2. El análisis

NIVEL COMUNITARIO:

Las muertes ocurridas en la comunidad deben ser analizadas como una actividad aislada o durante la reunión mensual de la microred, se realizará en diversos niveles de aplicación y profundidad el análisis de la causalidad biológica y social de la muerte neonatal, mediante la aplicación de una encuesta de causalidad desde aspectos muy elementales en relación con la muerte neonatal y progresivamente hacia una autopsia verbal, la misma que nos permite hacer una investigación de los eventos asociados a la muerte ocurrida.

Se basa en información brindada por las personas que tuvieron conocimiento en relación al deceso, pueden ser Parteras, Promotores/as de Salud, personas de la comunidad y/o familiares.

Cuando se dispone de un mínimo de información referencial, se puede usar un formato de análisis en extremo sencillo, subjetivo y poco cuantificable, sin embargo tiene la virtud de representar una evidencia que el sistema acogerá dentro de las limitaciones que implica.

FORMATO DE ANALISIS DE CAUSALIDAD DE LA MORTALIDAD NEONATAL POR REFERENCIA					
Fecha:			Lugar:		
ANÁLISIS DE CAUSALIDAD DE LA MUERTE NEONATAL					
NOMBRE	Donde?	Cómo?	Cuándo?	Por qué?	OPINIÓN
					Considera realizar autopsia verbal: SI NO
Personas que responden: ELABORADO POR:					

Si el caso lo permite se puede pasar a la realización de una Autopsia Verbal

Los casos reportados tanto de origen comunitario como de origen institucional, ambos deberán seguir igual procedimiento de análisis, el mismo que inicia con la notificación dentro de la Microred de Salud o en alguna de las Unidades de Salud Cantonales o Provinciales, se procede al registro del caso que activará el mecanismo necesario para la instalación del Comité de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal que llevará a efecto la auditoría del caso que permita evaluación de causalidad, apoyándose en el instrumento de la Autopsia Verbal, el análisis de la problemática encontrada, el Informe de la Auditoría y las recomendaciones que correspondan en cada caso de muerte en el período neonatal.

1. Notificación y registro de los casos a un Comité de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal
2. Análisis y recomendaciones del caso evaluado
3. Reporte al SVEMN y agregación de la información institucional y comunitaria, en forma temporal (semanal y mensual) y por niveles: local, distrital, regional y nacional

Se aspira que toda mortalidad neonatal siga este proceso considerando la participación social, que fortalezca este proceso en conciencia de la importancia para la toma de decisiones y definiciones de comportamientos saludables en la comunidad.

Formación del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal:

La autoridad de salud promoverá la creación de un Comité Técnico de VMN, en los niveles PROVINCIAL, DE ÁREA Y DE LA MICRORED conformado de la siguiente manera:

COMITÉ PROVINCIAL DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD NEONATAL

- ✓ El Director del Hospital Provincial o su delegado
- ✓ El delegado de la DPS de Cotopaxi
- ✓ El médico que conozca y lleve adelante el caso
- ✓ Un profesional de salud que atestigüe el proceso
- ✓ Los profesionales de la salud que consideren los antes mencionados

COMITÉ DE ÁREA PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD NEONATAL

- ✓ La autoridad de salud del lugar: Jefe del Área o su delegado
- ✓ El médico que conozca y lleve adelante el caso
- ✓ Un profesional de salud que atestigüe el proceso
- ✓ Los profesionales de la salud que consideren los antes mencionados

COMITÉ DE VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN LA MICRORED DE SALUD

- ✓ La autoridad de salud del lugar: Director del Subcentro
- ✓ El médico que conozca y lleve adelante el caso
- ✓ Un profesional de salud que atestigüe el proceso
- ✓ Los proveedores de salud institucionales y/o comunitarios de la salud que tengan relación con el caso

- El informe del Comité de VMN tiene carácter legal y su difusión estará sujeta a los requerimientos de ley. Teniendo el carácter técnico y confidencial en la evaluación no se recomienda la participación de familiares u otros miembros de la comunidad, sino como testigos o relatores puntuales de cualquier circunstancia incluida en el proceso de evaluación. En el caso de la mortalidad en la comunidad, se convoca al testigo del suceso o la partera u otra persona que hubiere atendido el nacimiento en calidad de narrador o para explicar las circunstancias del hecho. En cualquier caso el comité

exclusivamente es quien decide las recomendaciones a partir de la evaluación. Los reportes al sistema tendrán carácter de absoluta confidencialidad y encriptamiento de nombres para proteger esta característica insoslayable del procedimiento.

Auditoria del caso de muerte neonatal

En los siguientes 5 días después de notificado el caso, deberá hacerse una auditoria del mismo utilizando el instrumento elaborado para tal propósito. Esta actividad deberá ser realizada por el Comité de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal, de la manera más objetiva posible.

El informe deberá incluir la evaluación de la Calidad de la atención, para lo cual deberá analizar: si se hizo lo correcto, de la manera correcta y en forma oportuna, también deberá incluir las medidas y acciones para la mejoría de la calidad y calidez de la atención proporcionada.

Autopsia verbal

Cuando aplique, es decir en todos aquellos casos que el Comité evalúe como necesario, se realizará en el formato elaborado para dicho fin, con el propósito de obtener información de los factores contribuyentes a la defunción. Idealmente deberán participar los miembros del Comité Local y tomarán declaración a quienes estuvieron cercanos al acontecimiento. Dentro de un estricto protocolo de confidencialidad, y considerando que los resultados serán incluidos en el SVEMN.

3. El Reporte y la retroalimentación de la información

Los resultados de la evaluación de cada uno de los casos de muerte neonatal, así como la agregación, procesamiento y análisis de la información proveniente de la evaluación de la mortalidad neonatal, serán procesados para su informe a los diferentes niveles de responsabilidad social y administrativa, los mismos que requieren, la orientación correspondiente:

1. Hacia la red de servicios establecidos o Red Pública de Salud
 2. Hacia la red de atención de salud local no formal
 3. Hacia los actores sociales
-
1. La Red Pública de Servicios aplicará los resultados dependiente de la aceptación de este Sistema en el marco del manejo epidemiológico local o nacional, incorporándolo a los Sistemas de notificación de enfermedades vigentes (EPI 2 – CIE 10), para su comparación con la situación general y particular de salud acorde a las determinaciones rectoras del Ministerio de Salud Pública
 2. La Red o Microredes de Atención Local de Salud, en forma permanente recibirán y/o recabarán la información de VMN, con fin de reorientar las acciones, proyectos, programas, planes y políticas locales tendientes a controlar eficientemente la MN y su causalidad en la medida de lo posible según sus recursos disponibles.

3. Los actores sociales asociados en los Comités Locales de VMN autónomamente constituidos o formando parte de un Organismo de salud y/o desarrollo, se informarán periódicamente para desarrollar estrategias locales con el fin de solventar los problemas que se deriven del análisis de la causalidad de la MN y sus consecuencias, con especial énfasis en las variables que deban y/o puedan ser manejadas. La actividad de las organizaciones locales de VMN (Comité o de otra denominación) es el gestor más importante en la búsqueda de solución a la problemática de MN independiente de su magnitud.

FLUJO DE LA INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD NEONATAL.

Los reportes de las Microredes serán agregados a nivel de la Jefatura del Área de Salud, aquí se integran los decesos reportados individualmente por las Parteras Tradicionales, los reportados por el Subcentro de Salud, las unidades de salud del Seguro Social Campesino y otros reportes de proveedores de salud o de algún otro integrante de la comunidad.

Los reportes de las Jefaturas de las Áreas de Salud serán agregados a nivel provincial, aquí se integran los reportes Consolidados de cada Área de Salud y aquellos de los Hospitales Provinciales de la Red Pública de Salud.

El reporte Consolidado de la Provincia del Cotopaxi será enviado a nivel nacional para su consolidación, análisis y reporte a los niveles ejecutivos correspondientes para la retroalimentación positiva a partir del análisis general de la mortalidad neonatal del país.

Finalmente deberán emitir un informe sobre la causalidad, responsabilidad y previsibilidad de los casos, así como de las recomendaciones para cada nivel del sistema.

La implementación del SVEMN en el marco del mejoramiento del cuidado en salud neonatal

Diseño.- Se tomará la descripción previa del Sistema de VMN, y sus instrumentos considerando la importancia de sus componentes propuestos, los posibles resultados o desenlaces producto de la aplicación de la metodología

Validación.- Revisión de la aplicación de los instrumentos y procedimientos para el funcionamiento del Sistema de VMN, con el fin de disminuir el riesgo de errores y realizar los reajustes necesarios para su eficiente aplicación

Demostración.- Crear un equipo de VMN, que tenga la capacidad de:

- A. Aplicar el diseño de la intervención
- B. Explicar los aspectos fundamentales de la intervención de VMN
- C. Desarrollar capacidades locales mediante la capacitación y el monitoreo del proceso de intervención
- D. Promover el trabajo en equipo para mejorar progresivamente el nivel de calidad de la intervención
- E. Asegurar la participación del equipo de salud de la Microred en la VMN participativa
- F. Analizar la información y viabilizar conclusiones adecuadas a la realidad local

Monitoreo.- De apoyo a la aplicación, con el fin de realizar los reajustes que fueren necesarios y también para agilizar el uso óptimo de los métodos e instrumentos que forman el SEVMN

Análisis.- A partir de la disponibilidad del reporte del caso, su evaluación y la suma de resultados y experiencia que se vayan adquiriendo a partir de la instalación del SEVMN

Reajustes.- Siempre será de importancia disponer de la opción de rehacer alguno o algunos aspectos del Sistema, sin embargo, la importancia de minimizarlos va en relación con la confianza y empoderamiento por parte de sus usuarios directos o indirectos.

INSTRUMENTOS DEL SEVMN:

1. De notificación y búsqueda

- Reportes verbales o escritos del proveedor comunitario de salud, de los personajes clave de la comunidad
- Comunicación de la unidad de salud a su nivel jerárquico inmediato

En ambos casos se asignarán las responsabilidades correspondientes a la conformación del Comité Técnico de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal para la evaluación del caso.

2. De Evaluación del caso por el Comité Técnico de VEMN

Tablas de variables de la mortalidad neonatal recogidas por el profesional responsable asignado para la presentación y conducción del caso

Instrumentos para Autopsia Verbal

Informe de la Auditoría de la muerte neonatal

3. Registro de la mortalidad neonatal.-

Instrumentos de registro de la mortalidad neonatal comunitarios:

Formulario de registro de la Microred

Formulario de consolidación de las Microredes del Área de Salud

Instrumentos de reporte EPI 2 para reporte en función de la codificación internacional de enfermedades CIE 10. Y por niveles de agregación (Unidad, distrito, provincia/región)

DATOS ESTADISTICOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL HOSPITALARIA

Mes y año reportados: Mes _____, Año _____

Provincia: _____ (código: _____), Hospital: _____
(código: _____),

Tipo de Hospital: _____ (código: _____)

Total de camas: Nº _____ Total de camas pediátricas: Nº _____ Total de camas de neonatología: Nº _____,

Total de nacidos vivos del mes reportado: Nº _____, Total de hospitalizados en neonatología Nº _____,

Nº	Preguntas / códigos	Categorías / respuestas
1. Datos de identificacio de la unidad de salud		
100	Nº de caso ingresado en el mes	Nº _____
101	Hospital:	código: _____
102	Mes y año reportado:	Mes ____/ año ____/
2. Datos del neonato		
200	Nº de historia clínica (para referencia)	
201	Fecha del nacimiento:	Día ____/ Mes ____/ año ____/
202	Sexo:	Femenino = 1 Masculino = 2
203	Etnia:	Blanca = 1, Indigena = 2, mestiza = 3, negra = 4, otra = 5
204	Peso al nacer: (en gramos)	_____ gramos
205	Edad Gestacional: (en semanas)	_____ semanas
206	Apgar:	al minuto _____, a los 5 minutos _____
207	Causas de morbilidad:	1. _____ código: _____
		2. _____ código: _____
		3. _____ código: _____
208	Condición al alta:	Muerto = 1 Vivo = 2 → finalice
209	Fecha de defunción:	Día ____/ Mes ____/ año ____/
210	Peso al morir: (en gramos)	_____ gramos
211	Causas de mortalidad:	1. _____ código: _____
		2. _____ código: _____
		3. _____ código: _____

NOTIFICACIÓN E INFORME DE LAS DEFUNCIONES NEONATALES

No

Semana Epidemiológica:

DATOS GENERALES									
NOMBRE Y TIPO DE LA UNIDAD QUE NOTIFICÓ QUE NOTIFICA									
Datos del niño/a fallecido/a	Nombre				Edad del/la fallecido/a		días	Sexo	H M
	Peso al Morir		KG	Fecha de ocurrencia de la muerte:					
				Día	Mes	Año	Hora		
Dirección Completa del Fallecido/a:	Provincia:			Ciudad:			calles		
	Área de Residencia:			Urbana	Rural	País:	Ecuador	Otro	Telefono
Tipo de defunción:	Nacido muerto			Menor de 7 días			De 7 a 27 días		
Lugar de ocurrencia de la muerte (registre nombre del establecimiento)	Establecimiento MSP			Establecimiento IESS			Establecimiento Privado		
	Domicilio			Otro: especifique:					
Sala o servicio en donde ocurrió la muerte:	Sala partos	Quirofano	Sala de recuperación	Sala Neonatología	UCI	Emergencia			
	Sala internación	Traslado	Fuera del establecimiento			Otro			
Fecha y Hora de ingreso al establecimiento:	Día	Mes	Año	Hora	Tiempo de permanencia en el establecimiento (hasta la muerte)				HORAS
CAUSA DE LA DEFUNCION:									
Causa final de la muerte:								Código CIE-10	
Causa antecedente:								Código CIE-10	
Causa básica de la muerte:								Código CIE-10	
ANTECEDENTES DEL PARTO									
Nombre del establecimiento donde nació :									
Fecha de nacimiento:				Día	Mes	Año	Hora	Tipo de parto:	
								Vaginal	Cesárea
Persona que atendió del parto:		Médico	Obstetiz	Enfermera	Aux Enfermería	Partera	Otro		
Lugar de ocurrencia del Parto	Establecimiento MSP			Establecimiento IESS			Establecimiento Privado		
	Domicilio			Otro: especifique:					
Semanas de gestación:	sem	Talla al nacer	Cm	Peso al nacer	g	Necesitó reanimación neon Si No			
ANTECEDENTES PRENATALES									
Madre tuvo control prenatal:		Si	No	¿Cuántos controles prenatales?		Antecedentes de:		abortos	mueretes fetales
Complicaciones		Pre eclampsia	Eclampsia	Hemorragia	Ruptura prematura de membranas		Infección		
DATOS DE LA MADRE									
NOMBRE DE LA MADRE					HCU DE LA MADRE				
Edad de la madre:		años	Años de estudios aprobados:		años	Trabaja por una remuneración:		Si	No
Estado civil:		Soltera	Casada	Unión libre	Otra (especifique):				

Nombre, firma y cargo del responsable del llenado: _____

DETERMINAR LAS CAUSAS NO MÉDICAS													
La familia reconoció con prontitud el problema:				SI	NO	Buscaron ayuda oportuna por personal capacitado:				SI	NO		
El personal de salud reconoció con prontitud el problema:					SI	NO	Se refirió al paciente					SI	NO
Fecha de referencia:		Día	Mes	Año	Persona que refirió		Medico	OTRO (ESPEC)					
LUGAR DE LA REFERENCIA		Establecimiento MSP		Establecimiento IESS				Establecimiento Privado					
		Domicilio		Otro: especifique:									
En caso de referencia, se hizo efectiva:				SI	NO	Fecha de cumplimiento de la referencia:		Día	Mes	Año			
Hubieron obstáculos para cumplir con la referencia:					SI	NO	Tiempo transcurrido desde la referencia y la llegada al hospital.						
En caso de SI: cuáles:													
Las creencias y prácticas culturales, fueron barreras para buscar atención médica:					SI	NO	En caso de SI: cuáles:						
Existe algún documento de referencia médica en la HCU:					SI	NO	Evaluar la calidad de la atención, partiendo del concepto de calidad: "hacer lo correcto, de la forma correcta en el momento correcto" de acuerdo a cada caso						
CONCLUSIONES:													
6. RECOMENDACIONES: en base a los hallazgos para:													
Hospital donde ocurrió la defunción:													
Establecimiento que lo refirió:													
Jefatura de Área donde ocurrió la defunción:													
Responsables de la Dirección Provincial de Salud:													
Nivel Central:													
Nombres y cargo de los responsables de la Auditoría:													

"hacer lo correcto"¹⁰ "de la forma correcta"¹¹ "en el momento correcto"¹²

¹⁰ Realizar lo que corresponde para cada evento o patología intercurrente , tales como tratamientos y prescripción adecuadas al problema a tratarse

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION DE NORMATIZACION – SALUD DE LA NIÑEZ
AUTOPSIA VERBAL PARA LAS DEFUNCIONES NEONATALES

NO. DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN TOMADO DEL REGISTRO CIVIL:	
FECHA DE LA ENTREVISTA:	
DATOS GENERALES:	
NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA:	
PARENTESCO CON EL FALLECIDO/A: PADRE___ MADRE___ HERMANOS___ ABUELOS/TÍOS___ OTRO___	
NOMBRE DEL FALLECIDO	EDAD AL MORIR:___ DÍAS
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA:___ MES:___ AÑO:___	FECHA DE DEFUNCIÓN: DÍA:___ MES:___ AÑO:___
LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE: LOCALIDAD___ PARROQUIA___ CANTÓN___	
RESUMEN SOBRE LA ENFERMEDAD QUE LE LLEVO LA MUERTE AL BEBE:	
EL (NOMBRE DEL NIÑO/ÑA), NACIÓ DE PARTO: ÚNICO___ MÚLTIPLE___	
EL (NOMBRE DEL NIÑO/ÑA) NACIÓ: PREMATURO___ NORMAL___ POSMADURO___ NO SABE___	
EL PARTO FUE COMPLICADO: SI___ NO___ NO SABE___ (SI LA RESPUESTA ES NO PASE A PGTA.4)	
QUÉ TIPO DE COMPLICACIONES PRESENTÓ:	
QUIÉN ATENDIÓ EL PARTO: MÉDICO___ OBSTETRIZ___ PARTERA___ ELLA MISMA___ OTRO___	
CUÁNTAS SEMANAS (MESES) DE EMBARAZO TENÍA:	
EN QUE MOMENTO SE ROMPIÓ EL AGUA DE FUENTE: ANTES DEL PARTO___ DURANTE PARTO___ NO SABE___	
SI LA FUENTE SE ROMPIÓ ANTES DEL PARTO, CUÁNTO TIEMPO ANTES: MENOS DE 12 HORAS___ MÁS DE 12 HORAS___	
CUÁNTO TIEMPO DURO EL TRABAJO DE PARTO MENOS DE 12 HORAS___ MÁS DE 12 HORAS___	
EL BEBE RESPIRÓ Y LLORÓ AL NACER: SI___ NO___ NO SABE___	
HABÍA MORETONES O ALGUNA MARCA DE DAÑO EN EL CUERPO DEL BEBE AL MOMENTO DE NACER:	
SI___ NO___ NO SABE___	
TENÍA EL BEBE ALGUNA MALFORMACIÓN CONGÉNITA: SI___ NO___ NO SABE___	
SI LA RESPUESTA ES SI DÓNDE ESTABA LA MALFORMACIÓN:	
CABEZA___ CUERPO___ BRAZOS/MANOS___ PIERNAS/PIES___ OTRO___	
AL MOMENTO DEL NACIMIENTO EL BEBÉ ERA:	
MUY PEQUEÑO___ MÁS PEQUEÑO DE LO NORMAL___ NORMAL___ MÁS GRANDE DE LO NORMAL___	
DESPUÉS DE NACER EL BEBÉ FUE CAPAZ DE SUCCIONAR DE MANERA NORMAL: SI___ NO___ NO SABE___	
AL CUÁNTO TIEMPO DESPUÉS DEL PARTO EL BEBÉ EMPEZÓ A PONERSE ENFERMO: HORAS:___ DÍAS___	

¹¹ Acorde a los protocolos o el mejor nivel de evidencia disponibles

¹² Sin demora en la intervención o en prevención a las complicaciones

SÍNTOMAS PRESENTADOS:				
SINTOMAS	SI	NO	FECHA INICIO	DURACION (DIAS)
CONVULSIONES				
LETÁRGICO				
NO PUDO MAMAR				
VÓMITOS PERSISTENTES				
FIEBRE HIPOTERMIA				
QUEJUMBROSO LLANTO CONTINUO				
RESPIRACIÓN RÁPIDA				
ICTERICIA				
CIANOSIS				
PALIDEZ				
SECRECIÓN OCULAR DE PUS				
SUPURACIÓN UMBILICAL				
ENROJECIMIENTO DEL CORDÓN CON EXTENSIÓN A PIEL				
SANGRAMIENTO DEL CORDÓN				
DIARREA O HECES CON SANGRE				
NO ORINA EN PRIMERAS 24 HORAS				
NO TIENE DEPOSICIONES EN PRIMERAS 24 HORAS				
BAJO PESO AL NACER				
CONSULTARON POR LA ENFERMEDAD DEL NIÑO/NIÑA: SI ____ NO ____ NO SABE ____				
QUIÉN LE ATENDIÓ: PARTERA ____ PROMOTOR ____ VOLUNTARIO ____ CURANDERO/A ____ MD SCS ____ OTRO ____				
DÓNDE LE ATENDIERON: CASA ____ SCS ____ HOSPITAL ____ OTRO (ESPECIFIQUE) ____				
LE DIERON ALGUNA MEDICINA AL NIÑO/ÑA: SI ____ NO ____ NO SABE ____				
EN CASO DE SI QUE MEDICINA LE DIO:				
CUÁNTAS DOSIS LE DIERON:				
CÓMO LE DIO LOS MEDICAMENTOS:				
LE HOSPITALIZARON AL NIÑO/ÑA DURANTE SU ENFERMEDAD SI ____ NO ____ NO SABE ____				
EN CASO DE NO, PORQUE:				
EN CASO DE SI : EN DÓNDE FUE HOSPITALIZADO:				
CUÁNTO TIEMPO ESTUVO EN EL HOSPITAL:				
QUE LE DIJERON QUE TENÍA:				
Nombre y cargo del responsable del llenado				

AUTOPSIA VERBAL: La autopsia verbal es un instrumento para el uso de profesional de salud, dado que implica usar lenguaje académico, que será decodificado acorde a aspectos lingüísticos mas cómodos para los interrogados según sea necesario

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
SUBSECRETARIA DE PLANIFICACION – SISTEMA COMUN DE INFORMACION

Datos estadísticos de Mortalidad y Morbilidad Neonatal Hospitalaria

1. Datos de identificación de la Unidad de Salud

Provincia: _____ Año referencia: _____
Nombre del Hospital: _____ Nivel: _____
No. Total de camas: _____ No.cameras pediatría: _____ No. camas neonatología: _____

2. Datos de Mortalidad

-  No. total de defunciones de menores de un año: _____
-  No. total de defunciones menores de 7 días: _____
-  No. total de defunciones entre 7 y 27 días: _____
-  No. total de defunciones de 28 a 365 días: _____
-  No. total de nacidos vivos: _____
-  No. total de hospitalizados menores de un año: _____

Mortalidad específica por pesos al nacer

PESOS	Nº NV	No. Hospitalizados	Nº muertos	TMN
>4000 g				
2500- 4000 g				
2000- 2499 g				
1750- 1999 g				
1500- 1749 g				
1250- 1499 g				
1000- 1249 g				
750- 999 g				
500- 749 g				

Mortalidad neonatal (MN), por semanas de Edad Gestacional:

Semanas gestación: <28 28–32 33–36 37–41 ≥ 42

Muertes neonatales

Nacidos vivos

Mortalidad perinatal (>1000g al nacer) _____ y > 500g al nacer _____

R.N. prematuros: _____ R. N. con bajo peso al nacer _____

Principales causas (5) más frecuentes de mortalidad neonatal:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Principales causas (5) más frecuentes de morbilidad neonatal:

- 1.....
 - 2.....
 - 3.....
 - 4.....
 - 5.....
-

Indicadores

A. Indicadores de Proceso

- 1 Porcentaje de unidades notificando oportunamente.
- 2 Cobertura de registro de muertes neonatales
- 3 Porcentaje de equipos técnicos funcionando.
- 4 Porcentaje de equipos técnicos por niveles de atención capacitados en el uso de las guías
- 5 Porcentaje de defunciones neonatales con informes de estudio.

B. Calidad de la atención

- 1 Porcentaje de Historias Clínicas Perinatal y neonatal completas
- 2 Porcentaje de bajo peso al nacer entre nacimientos
- 3 Porcentaje de hospitales de referencia con funciones neonatales esenciales.
- 4 Porcentaje de Recién Nacidos por peso al nacer.
- 5 Porcentaje de Recién Nacidos con reanimación neonatal efectiva (SOBREVIVIENTES)
- 6 Porcentaje de Recién Nacidos con infección neonatal
- 7 Porcentaje de recién nacidos con dificultad respiratoria al nacimiento

C. Indicadores de Impacto

- 1 Número y porcentaje de fallecimientos por: sexo, edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas y diagnóstico de fallecimiento.
- 2 Porcentaje y tasas de muertes neonatales registradas según lugar: ocurrencia y procedencia
- 3 Porcentaje y tasas de mortalidad Neonatal temprana Intrahospitalaria
- 4 Porcentaje de mortalidad en las primeras 24 horas de vida, importante por la vulnerabilidad del/la recién nacido.
- 5 Porcentaje y tasas de Mortalidad Neonatal intrahospitalaria
- 6 Porcentaje y tasas de mortalidad neonatal tardía, entre 7 y 27 días hospitalaria.
- 7 Tasas de mortalidad específica por pesos al nacer, hospitalaria
 - Mayores de 4000 g
 - 2500 – 4000 g
 - 2000 – 2499 g
 - 1500 – 1999 g
 - 1000 – 1499 g
 - 500 - 999 g
- 8 Tasas de mortalidad neonatal por semanas de gestación al nacer, hospitalaria
 - Menores de 28 semanas (estos serían abortos)
 - De 28 a 32 semanas
 - De 33 a 36 semanas
 - De 37 a 41 semanas
 - Iguales o mayores a 42 semanas
- 9 Tasa de mortalidad infantil hospitalaria
- 10 Número y tasa de mortalidad infantil (esta sería a nivel local, provincial,???)
- 11 Número y tasa de mortalidad específica en grupo étnico
- 12 Tasa de letalidad.
- 13 Tasa de mortalidad infantil hospitalaria, otro tipo de unidad y domiciliaria.

Indicadores complementarios a los del MSP:

De Proceso de implementación del SVMN:

- # de personas en las Microredes capacitadas en la metodología de VMN (principios, formularios, reporte de auditoría/ autopsia verbal)- En el plazo programado y tardíamente

- # de Microredes capacitadas en la metodología de VMN (principios, formularios, reporte de auditoría/ autopsia verbal) - En el plazo programado y tardíamente
- % de Microredes aplicando la metodología de VMN (formularios, reporte de auditoría/ autopsia verbal)
- % de Microredes que han reportado adecuadamente. No aplican las microredes en que no se ha presentado muertes neonatales
- # de personas en las Unidades Operativas de la Red Pública de Salud capacitadas en la metodología de VMN (principios, formularios, reporte de auditoría/ autopsia verbal)- En el plazo programado y tardíamente
- # de Unidades Operativas de la Red Pública de Salud capacitadas en la metodología de VMN (principios, formularios, reporte de auditoría/ autopsia verbal) - En el plazo programado y tardíamente
- % de Unidades Operativas de la Red Pública de Salud aplicando la metodología de VMN (formularios, reporte de auditoría/ autopsia verbal)
- % de Unidades Operativas de la Red Pública de Salud que han reportado adecuadamente. No aplican las unidades en que no se ha presentado muertes neonatales

Del SVEMN:

Prevalencia de la mortalidad neonatal

Prevalencia de la mortalidad perinatal

- Prevalencia de la mortalidad neonatal temprana
- Prevalencia de la mortalidad tardía
- % de mortalidad no identificada oficialmente
- Causalidad demostrable por cada variable establecida y registrada
- **Por patología causal:**

Patología referida CIE10 XXX

_____ X 1000

Total de nacidos vivos con diagnóstico

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA MICRORED

[illegible]

FORMULARIO DE REGISTRO CONSOLIDADO DEL PROYECTO

[illegible]**FORMULARIO DE REGISTRO (PARA ADJUNTAR A EPI 2) DE LA UNIDAD**[illegible]

FORMULARIO DE REGISTRO DEL DISTRITO (SUMA DE TOTALES DE UNIDADES)[illegible]

FORMULARIO DE REGISTRO DE LA REGIÓN (SUMA DE TOTALES DE DISTRITOS)

[illegible]

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Causa final de la muerte: El proceso inmediato que precipita el cese de las funciones vitales
Ejemplo: "Hemorragia intracraneal masiva"

Causa antecedente: Las complicaciones de la patología predominante. Ejemplo: “Insuficiencia respiratoria – hipoxemia severas”

Causa básica de la muerte: La patología predominante que provoca el apareamiento de las complicaciones que terminan con las funciones orgánicas del individuo Ejemplo: “Prematurez extrema - 26 semanas de edad gestacional”

Previa el feto menor a 22 semanas y con menos de 500 gramos

Nacimiento la expulsión completa o la extracción de un feto de 500 g de peso o más, independientemente de su edad gestacional.

Recién nacido vivo a la expulsión completa o la extracción de un producto de la concepción, que, independientemente de la duración del embarazo, dé cualquier señal de vida, que respire, presente latidos cardíacos, pulso en el cordón umbilical o movimiento definido de los músculos voluntarios, haya sido o no seccionado el cordón umbilical o se haya realizado o no el alumbramiento placentario.

Recién nacido muerto a la expulsión completa o extracción de un feto de 500 g o más de peso sin signos vitales en/o después del nacimiento.

Aborto es la expulsión o extracción de un feto o embrión que no alcanza los 500 g de peso.

Muerte en la primera semana es la muerte de un recién nacido vivo de 500 g de peso al nacer o más, ocurrida completados los seis primeros días de vida, excluido el momento en que se inician las 168 horas de edad.

Bajo peso al nacer se refiere a los fetos o lactantes de menos de 2.500 g al nacer.

Edad gestacional al número de semanas/días completos transcurridos entre el primer día del último período menstrual normal y el día del parto.

Período neonatal, el referido al lapso entre el momento del nacimiento y los primeros 28 días completos de vida.

Peso al nacer, es el primer peso del feto o del recién nacido obtenido después del parto; este peso debe ser medido, preferiblemente, dentro de la primera hora de vida, antes de que tenga lugar la pérdida de peso postnatal.

Recién nacido pretérmino es el que nace antes de las 37 semanas completas de gestación (menos de 259 días).

Recién nacido a término es el que nace entre 259 y 293 días de gestación, ambos inclusive.

Recién nacido postérmino es el que nace a partir de las 42 semanas de gestación completas (294 días o más).

Muerte Neonatal se refiere a la muerte de un recién nacido desde el nacimiento hasta cumplir los 28 días de vida.

Muerte neonatal precoz es la muerte de un recién nacido desde el nacimiento hasta los 6 días de vida cumplidos.

Muerte neonatal tardía cuando la muerte se produce entre los 7 a los 27 días de vida cumplidos.

Mortalidad perinatal es la suma de la Mortalidad Fetal Tardía (a partir de las 22 semanas de gestación con feto de 500 gramos o mas) más la Mortalidad Neonatal Precoz.

Mortalidad Postneonatal se produce desde los 28 días de vida hasta los 11 meses cumplidos.

Mortalidad Infantil constituyen las defunciones de los menores de 1 año de vida.

Defunción fetal es la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo.

ANEXO

- VARIABLES DE APOYO PARA LA AUDITORÍA DE LA MUERTE NEONATAL Y AUTOPSIA VERBAL

Con el fin de homologar la causalidad en el reporte de la mortalidad neonatal y recordar algunos aspectos que pueden soslayarse, y al mismo tiempo facilitar el registro en los formatos de Autopsia Verbal y de Informe de Auditoría, de los signos y síntomas descritos en forma coloquial, en lenguaje propio del lugar o en términos técnicos, se recomienda el uso de las variables de Riesgo Alto y Moderado que constituyen, los determinantes de la mortalidad neonatal y se ubican en tres momentos: prenatal o durante la vida fetal, natal o al nacimiento y neonatal a partir del nacimiento hasta los 28 días de vida.

En la tabla anexa se describen las variables a considerar en el ámbito de la causalidad de mortalidad neonatal. Su importancia radica en la detección temprana de tales variables que tendrían un carácter predictor para limitar su acción como factor desencadenante de riesgo y asegurar la disponibilidad de recursos para controlar o contrarrestar sus efectos nocivos.

En el proceso de evaluación del caso de muerte neonatal, el responsable médico buscará exhaustivamente la información comprendida dentro de las variables recomendadas y lo que además considere pertinente al caso.

La Tabla de variables es únicamente un instrumento que sirve como guía para la búsqueda de los factores que formarían parte de la causalidad atribuible a la defunción en evaluación. Al mismo tiempo se puede consultar la patología del RN acorde a la CIE-10 (Anexo) para su registro en los documentos de auditoría y autopsia verbal.

ANEXO1 Tabla: VARIABLES DE IMPORTANCIA PARA LA VMN

VARIABLE DE IMPORTANCIA	ALTO RIESGO	MEDIANO RIESGO	SCORE	EVITABLE
PRENATAL				
• Trabajo de parto en Embarazo < 37 semanas de edad gestacional (EG).	X			Si >N II
• Embarazo mayor de 41 semanas EG cumplidas	X			Si >N II
• Disminución o ausencia de movimientos fetales	X			poco
• Enfermedad sistémica severa	X			Si >N III
• Infección urinaria con fiebre	X			
• Diabetes no controlada	X			
• Hemorragia vaginal	X			
• Ruptura Prematura de Membranas (RPM) > 12 horas	X			
• Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa. TA sistólica por encima de 140 mmHg y/o TA diastólica sobre 90 mmHg	X			
• Cambios en la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)	X			
• Anemia severa (Palidez palmar intensa y/o Hb < 7 mg/dl)	X			

• Edema en cara, manos y piernas. TA sistólica por encima de 140 mmHg y/o TA diastólica sobre 90 mmHg. Proteinuria	X			
• Menor de 19 años ó mayor de 35 años ☐		X		
• Primigesta ó gran multipara ☐		X		
• Sin control prenatal ☐		X		
• Período entre embarazos < 2 años o >5 años ☐		X		
• Altura uterina no correlaciona con edad gestacional ☐		X		
• Cesárea anterior ☐		X		
• Antecedente de hijos prematuros, bajo peso y/o malformados ☐		X		
• Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana ☐		X		
• Enfermedad sistémica controlada ☐		X		
• Infección urinaria sin fiebre ☐		X		
• Diabetes controlada ☐		X		
• Palidez palmar y/o Hb entre 8-10 mg/dl ☐		X		
• Flujo vaginal ☐		X		
• Ingesta de drogas teratogénicas ☐		X		
• Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción ☐		X		
• Hipertensión controlada ☐		X		
• Ganancia inadecuada de peso ☐		X		
• Presentación anormal (pie, cara, nalgas, hombro, espalda) ☐		X		
• Embarazo múltiple ☐		X		
• Madre Rh negativa ☐		X		
• VDRL, VIH o Hepatitis B positivos ☐		X		

VARIABLE DE IMPORTANCIA	ALTO RIESGO	MEDIANO RIESGO	SCORE	EVITABLE
AL NACIMIENTO				
• Peso al nacer < 2,000 g ó > 4000 g				
• Edad gestacional < 35 semanas				
• Temperatura rectal < 36.5 o > 38.0°C				
• Dificultad respiratoria				
• Fiebre materna o corioamnionitis				
• Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas				
• Palidez o plétora				
• Infección intrauterina (TORCHIS)				
• Anomalías congénitas mayores				
• Trauma importante al nacimiento				
• Líquido amniótico meconial				
• Necesidad de Reanimación con Ambú, masaje, IET, drogas o más				
• Peso al nacer entre 2,000 y 2,500 g				
• Edad gestacional entre 35 y 37 sem.				
• Edad gestacional ≥ 42 semanas				
• Anomalías congénitas menores				
• Procedimiento de reanimación sin presión positiva o masaje cardíaco				
• Sexo masculino				
NEONATAL				
• "Se ve mal", irritable ☐				
• No puede tomar el pecho ☐				
• Vomita todo ☐				

• Temp. axilar <36.0 ó >37.5 °C				
• Convulsiones				
• Letárgico/inconsciente o flácido				
• Tiraje subcostal grave				
• Apnea				
• Aleteo nasal				
• Quejido, estridor o sibilancia				
• Cianosis central				
• Palidez severa				
• Ictericia hasta por debajo del ombligo				
• Manifestaciones de sangrado equimosis, petequias, hemorragia				
• Secreción purulenta del ombligo con eritema que se extiende a la piel				
• Distensión abdominal				
• Peso menor de 2000 g				
• FR >60 ó <30 por min.				
• Pústulas o vesículas en la piel (muchas o extensas)				
• Mal llenado capilar (> 2 segundos)				
• Anomalías congénitas mayores				
• Secreción purulenta conjuntival				
• Ombligo eritematoso o con secreción purulenta sin extenderse a la piel				
• Pústulas en la piel (pocas o localizadas)				
• Placas blanquecinas en la boca				
FACTORES AMBIENTALES				
• Baja escolaridad materna (menor que primaria incompleta)				
• Necesidades básicas insatisfechas (educación, agua potable, energía, alcantarillado, caminos)				
• Pobreza				
• Hacinamiento				
• Violencia intrafamiliar y del entorno				

BIBLIOGRAFÍA:

1. OPS. Neonatología . Manejo Integral del Recién Nacido Grave. *Primera versión*. Washington 2008
2. Hauth J, Merenstein G. (Editors). *Guidelines for perinatal care*, 4th edition, Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 1997.
3. White, R., Martin, G. y Graven, S. Diseño de la unidad de cuidados intensivos neonatales: Consideraciones científicas y prácticas en *Neonatología* de Avery, G., Fletcher, M. y MacDonald, M (Editores), Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2001, pp. 447-57.
4. *Recommended standards for newborn ICU design. Report of the Third Consensus Committee.* 1996. URL: <http://www.nd.edu/~kkolberg/DesignStandards.htm>.
5. Hall J, Johnson B. *Family centered care*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care, 1997.
6. Comisión sobre determinantes sociales de la salud /OMS. SUBSANAR LAS DESIGUALDADES EN UNA GENERACION. Resumen analítico final. 2008 (p) WHO/IER/CSDH/08.1
7. Sapag JC & Kawachi Capital social y promoción de la salud Rev Saúde Pública 2007;41(1):139-49
8. "METODOLOGÍA PARA CONSTRUIR UN PLAN LOCAL DE SALUD PARTICIPATIVO" Miguel HINOJOSA – SANDOVAL. MODELO DE ATENCIÓN – Normatización del Sistema Nacional de salud. Carmen LASPINA – ARELLANO. PROMOCIÓN DE LA SALUD – Mejoramiento de la Salud Pública. CON EL APOORTE DE: Mónica CAÑAS. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia Luis MORALES Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Quito 2005
9. Smith, William (1846). *Dictionary of Greek and Roman biography and mythology* (vol. 2) (en inglés). Universidad de Oxford, pp. 482.
10. ↑ Adams, 1891, p. 4

11. Rakel: FAMILY AS A RESOURCE FOR HEALTH PROMOTION Textbook of Family Medicine, 7th ed. Encontrar en: <http://www.mdconsult.com/das/book/body/190912403-14/972896715/>.
12. International standard verbal autopsy questionnaires. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland 2007
13. Development of verbal autopsy standards. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland 2007
14. Verbal autopsy standards : ascertaining and attributing cause of death. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland 2007
15. Applying ICD-10 to verbal autopsy. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland 2007
16. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA: DIRECCIÓN DE NORMATIZACIÓN / SALUD DE LA NIÑEZ/ SUBSECRETARIA DE PLANIFICACIÓN/ SISTEMA COMÚN DE INFORMACIÓN. SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA MUERTE NEONATAL. JULIO DE 2011



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION DEL SNS
SUBPROCESO DE SALUD INTERCULTURAL**

CENTER FOR HUMAN SERVICES, CHS/ECUADOR



Informe de la consultoría preparada por CHS para UNFPA/Ecuador:

**“DEFINICION DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD DEL ECUADOR”**

Preparado por:

Daniel González G. – Jorge Corral F.
Consultores del Center for Human Services, CHS/Ecuador

Marzo 2010

INDICE

1. ANTECEDENTES	3
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVO	5
4. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA Y MARCO JURÍDICO	5
4.1. Plurinacionalidad e Interculturalidad en la Constitución Ecuatoriana	8
4.2. Balance de Políticas relacionadas a la Partería en el Ecuador	11
5. CARACTERIZACIÓN DE LA PARTERÍA TRADICIONAL	14
5.1. La Partería Tradicional: perspectiva histórica	14
5.2. La Partería Tradicional Comunitaria en el Ecuador: perspectiva etnográfica	16
5.3. Rol que Desempeñan las Parteras en la SSR al interior de sus comunidades	19
5.4. Otros Roles que Cumplen las Parteras Comunitarias	26
5.5. Dificultades que las Parteras tienen en su actividad	28
5.6. Relación de las Parteras con Otros Sanadores de la Comunidad	29
5.7. Relación con el Personal de Salud	31
6. PROPUESTAS DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA LA DEFINICIÓN DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA:	35
6.1. Línea Estratégica 1: Fomentar los Sistemas Tradicionales de Salud (Plurinacionalidad)	36
6.2. Línea Estratégica 2: Fomentar los espacios y las acciones interculturales entre los sistemas de salud ancestrales y sistema de salud convencional (Interculturalidad)	37
6.3. Línea Estratégica 3: Promover y apoyar otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi)	39
6.4. Ámbitos de Aplicación de las Líneas de Estrategias y Roles de las parteras en el SNS:	40
a) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Comunitario	40
b) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Institucional (Unidades Operativas del MSP)	42
c) Rol de las Parteras en Otros Modelos de Salud (Jambi Huasi)	43
6.5. Políticas de Fortalecimiento de las Prácticas Tradicionales de las Parteras	44
6.6. Políticas de Fomento de Relaciones interculturales entre Parteras y Personal de Salud	46
7. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS SOBRE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN	51
8. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (ACREDITACIÓN)	58
9. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (REMUNERACIÓN, OTROS INCENTIVOS)	62
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	71
11. GLOSARIO	74
12. BIBLIOGRAFÍA	76
13. ANEXOS: REVISIÓN A NIVEL INTERNACIONAL DE ACCIONES DE ARTICULACIÓN DEL TRABAJO DE LAS PARTERAS COMUNITARIAS	79

1. ANTECEDENTES

A fin de reafirmar el compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Gobierno de España ha ofrecido apoyo adicional a los países en desarrollo a través de un nuevo mecanismo de financiamiento llamado Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Fondo ODM), administrado por el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (UNDP). Para la ventana Temática de Cultura y Desarrollo del Fondo ODM, el Gobierno del Ecuador, conjuntamente con la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) y el Sistema de Naciones Unidas (SNU), presentó ante el Fondo la nota conceptual Programa de Desarrollo y Diversidad Cultural para la Reducción de la Pobreza y la Inclusión Social. Esta propuesta fue diseñada en coordinación con el Ministerio de Coordinación del Patrimonio Cultural y Natural del Ecuador y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador (SENPLADES). Posteriormente, a partir de la nota conceptual, se preparó el documento de programación conjunta, que define la orientación del programa, especifica los resultados esperados y las actividades que deben ser desarrolladas para lograr los objetivos, y precisa las zonas de intervención geográfica en el terreno.

El Programa Conjunto aprobado por el Fondo ODM se concentrarán en tres ejes:

- i) El fortalecimiento de políticas públicas interculturales,
- ii) El apoyo a iniciativas de revitalización cultural y productiva; y,
- iii) La construcción de capacidades nacionales en la planificación nacional y local mediante la producción de información estadística sobre la diversidad cultural y étnica.

El programa tendrá como contrapartes al Ministerio de Coordinación de Patrimonio Cultural y Natural (MCPNC) -socio principal- y a la SENPLADES. El MCPNC articulará los procesos impulsados por otros asociados nacionales que participan en este Programa. El Programa articulará a los gobiernos provinciales y municipales de las provincias de Esmeraldas, Chimborazo y Sucumbíos y desarrollará sus acciones con un enfoque que propenda al fortalecimiento de las capacidades nacionales, regionales y locales, así como a la participación activa de las personas destinatarias de esta cooperación.

La propuesta, que es consistente con el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF –por sus siglas en inglés –), se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional 2007-2010 y en la Estrategia del Ministerio Coordinador de Patrimonio Natural y Cultural y, busca contribuir a la aplicación de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas.

El programa tiene un carácter interagencial, por lo que involucra la participación de varias agencias del Sistema de Naciones Unidas para el logro de los tres ejes propuestos. El UNFPA es responsable de varias actividades, una de las cuales es apoyar en la implementación y fortalecimiento de los Modelos de Salud Culturalmente Adecuados.

2. JUSTIFICACIÓN

En muchas comunidades se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras implica no sólo conocimientos sobre la fisiología y atención del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu; esto atribuye a las comadronas reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento.

Actualmente, estas prácticas tradicionales que han existido ancestralmente desde hace miles de años entre los pueblos y nacionalidades indígenas, están desapareciendo debido a los procesos acelerados de aculturación y migración, así como por su aislamiento de las políticas oficiales de salud.

En el Ecuador, el MSP se ha propuesto enfrentar este aislamiento a través de la promoción de procesos interculturales de salud. Un ejemplo de esta iniciativa es la adaptación de los servicios obstétricos a las necesidades culturales de la población en zonas rurales, y la implementación de la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención. Sin embargo, el papel de las parteras dentro del sistema nacional de salud (SNS) sigue siendo un tema que no se ha analizado y no se ha debatido suficientemente. Consecuentemente, no ha existido un acercamiento más holístico que reconozca y fomente la partería tradicional y sus sistemas ancestrales de salud, así como la articulación de estos a la red de servicios del MSP, permitiendo que la población en general se beneficie de modelos interculturales para el cuidado obstétrico-neonatal.

La última Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN)¹ del 2004, señala que el 78.5% del total de partos acontecidos en el país durante el periodo 1999-2004 fueron atendidos en establecimientos de salud. Sin embargo, cuando analizamos las estadísticas por provincia, este porcentaje varía considerablemente, principalmente en las áreas rurales. Por ejemplo, en toda la región Amazónica, más del 30% de los partos atendidos fueron domiciliarios. En Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas este porcentaje es mayor al 40%. El porcentaje de mujeres que se autoidentifican como indígenas y que tuvieron partos domiciliarios asciende al 65%.² Suponemos, aunque no se cuenten con datos precisos sobre este indicador, que estos partos fueron atendidos mayoritariamente por parteras tradicionales o comunitarias.

Hay muchas razones que pueden explicar por qué las mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Sin embargo, 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 había tenido lugar en el hogar, el 24% mencionó la confianza y el trato más humano de la partera como una de las razones más importantes para tener un parto domiciliario³.

¹ No se cuentan con datos estadísticos sistematizados y actualizados, estos datos podrían haberse modificado. Ordoñez J, Stupp P, Monteith D, et al. ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005

² Encuesta Demográfica y de Salud Materna ENDEMAIN (2004) Situación de salud de los pueblos indígenas en Ecuador. Quito. CEPAR.

³ Idem.

Esta realidad da cuenta de la necesidad de no perder de vista la trascendente función social y cultural que históricamente han cumplido, y cumplen todavía, las parteras tradicionales de los distintos pueblos y nacionalidades. Estas cifras también muestran la importancia que tienen los sistemas tradicionales de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva de un grupo muy representativo de mujeres madres en el país, a través del trabajo de miles de parteras tradicionales comunitarias, mismas que han venido cooperando -sin un reconocimiento formal y sin que al Estado le represente costos-, con la red de servicios estatales en su obligación de garantizar la atención integral de todas las mujeres embarazadas y los recién nacidos.

La definición del rol de las parteras en el SNS constituye un paso necesario para la consolidación del Estado plurinacional y de los modelos interculturales de salud, que prescribe la nueva Constitución Política del país. Para ello se requiere preservar y fortalecer los saberes y prácticas ancestrales de las parteras tradicionales y fortalecer los vínculos con la red de servicios públicos estatales, tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito institucional del MSP.

Además es una oportunidad para consolidar el cumplimiento de los derechos en SSR y atención de salud de la infancia, aprovechando los saberes y prácticas ancestrales relacionadas a la partería. Solamente en este marco de cooperación y complementariedad entre los dos sistemas de salud se pueden definir estrategias adecuadas para contribuir efectivamente a reducir la muerte materna y neonatal.

3. OBJETIVO

El objetivo de este documento es presentar una propuesta consensuada sobre el rol de las parteras tradicionales dentro del sistema ecuatoriano de salud pública, fundamentada en una revisión documental de experiencias nacionales e internacionales sobre el tema, y elaborada en base a un trabajo participativo con diversos actores, como son parteras tradicionales indígenas, afrodescendientes y mestizas de 15 provincias del país⁴, personal clave de las Direcciones Provinciales de Salud y del MSP a nivel central, y representantes de organizaciones sociales, indígenas y afroecuatorianas.

4. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL DE LA PROPUESTA Y MARCO JURÍDICO

La definición del rol de las parteras en el SNS nos aboca inequívocamente a entrar en un proceso de institucionalización de los sistemas tradicionales de salud y sus terapeutas, que si bien es cierto son parte del SNS, todavía actúan de forma informal y sin una clara coordinación con el sistema público estatal de salud. Precisamente lo que se busca es regularizar la práctica de la partería ancestral a través de la acreditación de las parteras tradicionales, la definición y organización de sus competencias (roles) y ámbitos de acción, así como la implementación de políticas de fomento y desarrollo que permitan la sostenibilidad de las propuestas que se definan en este sentido.

⁴ Lamentablemente no se pudo contar con una participación de parteras del pueblo montubio, ni tampoco con participación significativa de parteras mestizas o parteras urbanas, por lo que no fue posible discutir a profundidad las condiciones de trabajo de estos grupos de parteras en particular.

En este sentido, la definición del rol de las parteras en el SNS requiere que reflexionemos previamente sobre algunos temas desde la perspectiva histórica, cultural, política e institucional. La partería tradicional es un saber y una práctica ancestral desarrollada mayoritariamente por mujeres de los pueblos y comunidades del Ecuador (indígenas, afroecuatorianos y montubios), y forma parte de sistemas tradicionales de salud que han subsistido gracias a la resistencia y la lucha de dichos pueblos.

A lo largo de cientos y a veces miles de años, en los sistemas tradicionales de salud se han formado y desarrollado especialistas de la medicina tradicional (yachaks, hierbateros/as, curanderos/as, sobadores/as y parteras/os) que dominan un conjunto de saberes, prácticas y tecnologías para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades. En el caso de las parteras tradicionales, estas son poseedoras de un rico acervo cultural para la atención del embarazo, parto y post parto de la madre y el recién nacido. El cuidado, tratamiento y uso de las plantas medicinales practicados por estos especialistas constituye uno de los patrimonios culturales más ricos y diversos del país. Los vínculos e intercambios de conocimientos entre sanadores tradicionales de la misma o de diferente especialidad constituyen amplias y dinámicas redes sociales incluso de alcance regional.

A diferencia del sistema occidental de salud que está constituido como un campo autónomo y especializado de la vida social, los sistemas tradicionales de salud están integrados a un conjunto complejo e interrelacionado de símbolos, creencias y ritos que forman una cosmovisión particular de la vida. En estas cosmovisiones, la relación salud - enfermedad está asociada al equilibrio entre naturaleza, cuerpo y espíritu, por lo cual es tan importante la dimensión afectiva en las prácticas ancestrales de sanación y especialmente en la atención del parto tradicional. El principio humoral rige la medicina ancestral y se basa en la dualidad calor/frío, cuyo equilibrio define la salud de las personas. Su manejo permite identificar las causas de la enfermedad y las terapias de sanación requeridas para restablecer el equilibrio entre estos dos componentes de la vida.

Los rituales y símbolos religiosos conectan a los sanadores con sus divinidades para recibir de estas su protección y el poder de sanación, pero además están cargados de significados que alimentan y orientan las prácticas y los valores comunitarios. Por ejemplo, las parteras tradicionales de algunas comunidades afroecuatorianas e indígenas del país colocan en el rostro de los recién nacidos un poco de sangre de sus madres para que sean personas honestas y con principios ("para que tengan sangre en la cara"). Por lo tanto, los agentes tradicionales de salud son considerados actores fundamentales de los pueblos y comunidades en el Ecuador, ya que no solo cumplen un rol fundamental en el cuidado de la salud, sino que reproducen y preservan el conjunto de la cultura y son líderes espirituales de sus pueblos y comunidades.

"El rol de las mamás parteras va mas allá de atender el parto, ellas tienen un rol orientador, de guía, un rol espiritual. Ellas reproducen los saberes, los conocimientos, orientan a las madres sobre cómo debe ser su cuidado, el cuidado del niño. El corte del cordón umbilical, el entierro de la placenta, el simulado del cocido de la boca al niño, tienen un significado en la comunidad, en la cultura de los pueblos indígenas. Entonces la partera es una reproductora importante de la cultura en la comunidad.

Han habido mamás parteras que son líderes de la comunidad que han llegado a ser presidentas del cabildo de su comunidad”⁵

Históricamente, los sistemas de salud tradicionales del país han sido perseguidos e invisibilizados por el Estado nacional, de matriz blanco-mestiza, hegemónico y etnocéntrico. En el ámbito de la salud oficial, por ejemplo, ha dominado ampliamente el sistema occidental biomédico “que privilegia los aspectos biológicos y técnicos, donde la salud es un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural”⁶.

Desde la visión del sistema de salud occidental y de las organizaciones internacionales de salud (OMS/OPS), el parto tradicional presenta peligros para la madre y los recién nacidos⁷, entre ellos:

- la falta de higiene e iluminación [durante la atención];
- falta de concepto de riesgo/complicaciones;
- no control del trabajo de parto;
- “manteada”;
- muchas personas en el parto;
- corte con elemento sucio;
- desgarros frecuentes, no control de sangrado;
- falta de atención inmediata del recién nacido;
- limpieza insuficiente de ojos;
- tardío contacto con el bebé.⁸

Muchos de estos temores están basados en el prejuicio y el desconocimiento, ya que no existen investigaciones científicas que hayan estudiado la relación directa entre complicaciones del parto o muertes maternas y de recién nacidos, con las prácticas tradicionales de la partería.

Uno de los esfuerzos sistemáticos realizado por el MSP en las últimas décadas ha sido la capacitación a las parteras tradicionales en “parto limpio”, identificación de señales de riesgo en el embarazo y de peligro en el parto, y la referencia y contrarreferencia entre parteras y unidades operativas del MSP. Estos temas deberán seguir reforzándose, pero requerirán una corrección metodológica importante. El enfoque dominante utilizado tradicionalmente en los programas de capacitación a las parteras tradicionales privilegia la comunicación en una sola vía, a través de la cual se imponen visiones y prácticas biomédicas, sin que exista previamente un diálogo que permita reflexionar sobre los saberes y prácticas ancestrales, valorando, por ejemplo, los aspectos positivos de la atención del parto tradicional como pueden ser el parto vertical o el “manteo”⁹, valorado por algunos médicos

⁵ Entrevista al Dirigente de Salud de la ECUARUNARI, Mario Bustos.

⁶ Rodríguez, Lilia, Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Septiembre de 2008, Pág. 17.

⁷ Un dato importante que hay que añadir es que ninguno de los actores que participaron en las actividades contempladas en la consultoría expuso esta opinión. En parte, tal vez, porque no se incluyó en estas actividades la participación de un número más representativo de personal médico que trabaja en las unidades operativas del MSP.

⁸ Medina Ibáñez, Armando, Guía para la Adecuación Cultural de los Servicios de Salud. MSP – BID. Cooperación Técnica de Apoyo a la Preparación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS) (EC-T1052), pág. 96.

⁹ Maniobras realizadas por las parteras para acomodar al bebé en el momento del parto.

como una práctica que, aplicada con la técnica adecuada, puede ser beneficiosa para evitar la cesárea.

Las capacitaciones en los temas señalados deberían ser repensadas, promoviendo el “intercambio de conocimientos” con los agentes y sistemas tradicionales de salud, con la finalidad de negociar y acordar pluralmente el significado de las estrategias que deberán ser adoptadas para garantizar un parto seguro:

“..., la negociación intercultural emerge como la estrategia fundamental cuando las esferas cognitivas y conductuales de los actores del sistema social se contraponen. El proceso de negociación cultural empieza por el respeto médico – etnográfico, identificando áreas de conflicto y acuerdo, localizando núcleos de significación e importancia que puedan sustentar punto de consenso, acuerdo y cooperación entre los actores a través de compromisos que respeten lo simbólico, lo ritual y lo esotérico.”¹⁰

El parto atendido por los sistemas tradicionales de salud constituye una realidad,¹¹ protegida y garantizada por la nueva Constitución, como veremos mas adelante, que brinda un servicio público prioritario, en la mayoría de los casos gratuito,¹² para un porcentaje importante de mujeres y niños del país. La trascendencia de esta práctica tradicional y las recientes reformas constitucionales sobre los sistemas tradicionales de salud, nos obligan a repensar el enfoque sobre el rol de las parteras en el SNS.

Dicho rol deberá ser concebido en el marco de los mandatos constitucionales sobre Plurinacionalidad, Interculturalidad y el Principio del Sumak Kawsay, así como mandatos y políticas nacionales sobre salud sexual y reproductiva, y salud materno-neonatal.

4.1. Plurinacionalidad e Interculturalidad en la Constitución Ecuatoriana

Desde hace algunas décadas, los pueblos y nacionalidades del Ecuador han sostenido una dura lucha para que la sociedad y el Estado ecuatoriano reconozcan formalmente la existencia de sus sistemas culturales ancestrales. La Constitución del 2008 cristaliza en gran parte las demandas defendidas por este sector y establece los fundamentos de las nuevas relaciones de convivencia entre los/as ecuatorianos/as. La definición del Estado como plurinacional e intercultural en la Constitución (Art. 1), presenta un reto ineludible a la sociedad ecuatoriana para repensar los paradigmas, normas e instituciones que organizan la vida social en el país.

La nueva Constitución reconoce la existencia de las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas dentro del Estado ecuatoriano, estableciendo los derechos colectivos que los ampara y definiendo el contenido

¹⁰Armendáriz, Rubén, “Modelos Interculturales en Salud”, Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador, MSP, Coca, junio del 2008, Pág. 49.

¹¹ Aún cuando se quisiera universalizar la atención del parto institucional, hipótesis no consentida pues contradice la Constitución de la República, esto no podría hacerse en poco tiempo ni con los recursos que el Estado dispone; probablemente se requeriría décadas para alcanzar este objetivo.

¹² Algunos actores consideran que el pago en especies a las parteras tradicionales constituyen una forma de remuneración por el servicio ofrecido; creemos que esta práctica se la debe entender y situar dentro de los sistemas de creencias y valores comunitarios que rigen las relaciones interpersonales (principio de reciprocidad).

y los alcances de la plurinacionalidad (Art. 57). Se reconoce y garantiza, entre otros, el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral. Con respecto a los sistemas tradicionales de salud se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional. Además el art. 363 añade que el Estado garantizará las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.¹³

Sólo en el marco de estos derechos colectivos y garantías constitucionales es posible pensar en la construcción de un Estado intercultural. Habitualmente se suele oponer la plurinacionalidad y la interculturalidad como conceptos contradictorios. Pero un análisis más detenido sobre estos principios nos ayudan a ver, ahí donde algunos observan distancias, más bien cercanías, y donde ven contradicciones irreductibles, más bien complementariedades. El concepto de interculturalidad se refiere a la posibilidad de un dialogo entre sistemas culturales diferentes que posibiliten el mutuo enriquecimiento y la creación de nuevas formas de interrelación y actuación que redunden en beneficios para todos los grupos sociales. La interculturalidad, al mismo tiempo que promueve el fortalecimiento de los diferentes sistemas de salud, abre la puerta para modelos de salud inéditos que se irán decantando en el mediano y largo plazo como resultado del diálogo e intercambio de conocimientos entre los diferentes sistemas de salud.

“(La interculturalidad es un) proceso político que busca construir sociedades y Estados respetuosos de las diversidades y de los derechos de las diferentes culturas para que puedan contribuir de forma propositiva a la construcción de países realmente democráticos, a través de nuevas relaciones de poder entre culturas y pueblos.”
(Rojas y Araúz, 2008: 17)

El riesgo de que el sistema occidental absorba desde una visión etnocéntrica, y/o debilite, los sistemas tradicionales, en la aplicación de modelos interculturales de salud, empuja a que algunos actores, especialmente del sistema biomédico occidental, adopten un enfoque multiculturalista. El multiculturalismo es un opción teórica que defiende el respeto y la tolerancia de las diversas culturas, pero se opone a que puedan interactuar por temor a su desaparición¹⁴. En la práctica esta manera de plantear el problema no cuestiona la hegemonía del sistema occidental de salud y la inequidad con respecto a los sistemas tradicionales en las políticas, normas e instituciones del Estado.

Los temores expresados por esta visión no dejan de ser relevantes. Por ejemplo, en la experiencia ecuatoriana han habido casos en que las parteras que se han articulado a las unidades operativas del MSP, han terminado cumpliendo roles auxiliares, perdiendo y socavando sus saberes y prácticas tradicionales. Sin embargo, esto se ha producido en parte por que no ha existido una política oficial que defina claramente los roles de las parteras en

¹³ Para el caso de la partería tradicional el numeral 12 de este artículo es especialmente relevante, pues, se garantiza la aplicación de estos derechos colectivos sin discriminación alguna, en condiciones de igualdad y equidad entre mujeres y hombres. El artículo 70 de la Constitución refuerza este concepto.

¹⁴ Quintana Paz, Miguel A., “Qué es el multiculturalismo (y qué no es)”, Manual formativo ACTA, n. 51 (2009), p. 19-34.

el sistema nacional de salud (SNS), ni una comprensión cabal del potencial que significa construir una relación fluida entre los conceptos y principios que fundamentan la plurinacionalidad, los derechos colectivos y la interculturalidad.

El numeral 3 del tercer artículo de la actual Constitución establece como un deber del Estado ecuatoriano fortalecer la unidad en la diversidad. La Plurinacionalidad lejos de amenazar la integridad del Estado ecuatoriano, como algunos actores sostienen, la refuerza. El país es uno de los países más megadiversos del planeta no solamente por la vida natural y la riqueza y variedad de ecosistemas, sino también por las culturas de los pueblos y nacionalidades que lo habitan. La diversidad y riqueza cultural es una oportunidad para que el país formule vías de desarrollo alternativas que se enriquezcan con los valores, saberes y prácticas de los pueblos y nacionalidades ancestrales del Ecuador.

Los sistemas tradicionales de salud, como ya hemos dicho, han sido desconocidos e invisibilizados históricamente y han subsistido en condiciones precarias, permanentemente amenazados con la desaparición. Los derechos colectivos y la plurinacionalidad consagrados en la Constitución política proporcionan los medios para garantizar que esta diversidad cultural se mantenga y se desarrolle dentro de sus propios sistemas de reproducción social. La construcción de un Estado Intercultural en el campo de salud, sólo es posible si el diálogo entre sistemas culturales diferentes se hace en un marco de equidad, de ahí que se vuelve prerequisite imprescindible fortalecer y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.

“El problema de la articulación intercultural va mucho más allá, desde una visión. Primero la comprensión de lo que significa el Estado plurinacional, segundo lo que significa la construcción de relaciones interculturales y lo que debe significar ese tipo de interrelación entre el un saber y el otro saber, el entender de que el conjunto de saberes son importantes en la medida en que son saludables, no atentan a la salud de la persona con efectos colaterales o al ambiente, es decir nos sirven para restituir la armonía, porque el otro hecho es el de entender que la salud va más allá de la salud física, espiritual psicológica del individuo, sino que somos seres sociales y estamos en un ambiente, en un contexto. Entonces todo eso tiene que estar bien, tiene que estar bien la relación entre las personas, la relación con la naturaleza. O sea es otra visión de lo que es la salud. Frente a eso las políticas que yo implemento para que cada uno de esos sistemas que yo estoy valorando y respetando, puedan seguir vigentes, puedan seguir desarrollándose. Sí es importante que se desarrolle la investigación del sistema académico, casi no se invierte en investigación para acá, pero es importante también que se promueva el desarrollo y la investigación también de las prácticas de la medicina de salud ancestral. Entonces es una visión mucho más amplia en donde son cosmovisiones diferentes probablemente contrapuestas las que están presentes ahí... Entonces en realidad es otro concepto de desarrollo de visión de vida que está presente en las otras culturas, en la otra cultura, que en la de las nacionalidades. Entonces ¿cómo vamos a empatar eso? ¿Es cuestión solamente de que se topen los sistemas en la unidad de salud? O sea, ¿y que le permitan a la mama partera recibir [atender el parto] y todo eso, pero que no le cueste nada al Estado?. Es decir, es una visión mucho más amplia que demanda otro tipo de cosas.”¹⁵ (Ecuarunari)

¹⁵ Entrevista Mario Bustos - ECUARUNARI

En el Preámbulo de la Constitución ecuatoriana se recoge el principio del Buen Vivir o Sumak Kawsay, como objetivo principal que deberá perseguir la sociedad ecuatoriana a través de los derechos y garantías consagrados en la Constitución Política. El principio del Buen Vivir o Sumak Kawsay proviene de la visión andina de los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador. En esta particular concepción del “bienestar social”, donde se valoran y fomentan los principios de la relacionalidad, correspondencia, complementariedad y reciprocidad, la salud ocupa un lugar protagónico y se la concibe de manera amplia y holística como el equilibrio en la relación entre los seres humanos y de estos con la naturaleza. La ausencia de este equilibrio representa la enfermedad e imposibilita la consecución del Buen Vivir. (Rojas, 2008: 17)

La Constitución define preceptos que conectan el derecho fundamental a la salud de todas y todos los ecuatorianos con el Buen Vivir, los derechos colectivos y el principio de interculturalidad. El art. 32 de la Constitución, por ejemplo, garantiza de forma integral el derecho a la salud, mediante políticas económicas, sociales culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. Y añade que la protección de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En la parte relativa al régimen del Buen Vivir, se define que los sistemas tradicionales de salud y sus agentes forman parte del Sistema Nacional de Salud (SNS)¹⁶. El art. 362 prescribe que la atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales, alternativas y complementarias. Además señala que el SNS reconocerá la diversidad social y cultural y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Arts. 358, 359, 360 y 362)

Por su parte el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 establece entre sus políticas de salud el “Reconocer, respetar y promover las prácticas de medicina ancestral y alternativa y el uso de sus conocimientos, medicamentos e instrumentos” (Política 3.5). Para el cumplimiento de esta política establece las siguientes disposiciones:

- a) Incentivar la investigación sobre prácticas y conocimientos ancestrales y alternativos.
- b) Diseñar y aplicar protocolos interculturales que faciliten la implementación progresiva de la medicina ancestral y alternativa con visión holística, en los servicios de salud pública y privada.
- c) Introducir en la malla curricular de los programas de formación profesional en salud contenidos que promuevan el conocimiento, la valorización y el respeto de los saberes y conocimientos ancestrales y alternativos.
- d) Reconocer, formar con perspectiva de género e incorporar agentes tradicionales y ancestrales en el sistema general de salud.

¹⁶ El SNS es parte del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, que incluye además los ámbitos de la educación, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte. (Art. 340)

- e) Generar y aplicar normativas de protección de los conocimientos y saberes ancestrales del acervo comunitario y popular.

4.2. Balance de las políticas relacionadas a la partería en el Ecuador

La preocupación central de las entidades estatales e internacionales que trabajan en el tema de Salud materna y neonatal ha sido la de implementar estrategias orientadas a mejorar el acceso y la cobertura del parto institucional, poniendo especial énfasis en el tema de la calidad de los servicios públicos estatales, con el fin de reducir las tasas de muerte materna y neonatal.¹⁷ Tal vez la iniciativa más importante en el Ecuador en este sentido fue la expedición en 1994 de la **Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI)**, más tarde reformada (1998).

La LMGYAI garantiza la atención obstétrica y de salud reproductiva gratuita a la mujer, así como atención al recién nacido y niños menores de 5 años. La LMGYAI se ha convertido en una herramienta muy importante para superar las barreras económicas en la atención materno-infantil, estimulando la expansión de la cobertura de la atención calificada del parto y contribuyendo a consolidar la salud y la calidad de atención como un derecho ciudadano.

Esta Ley autoriza a que otros proveedores, incluyendo los agentes de la medicina tradicional, debidamente acreditados por el MSP, puedan prestar servicios de salud materna, y que estas prestaciones sean reconocidas económicamente. Sin embargo, las prestaciones asignadas para las parteras tradicionales se encontraban limitadas a la referencia de pacientes a las unidades operativas del MSP.

Según el “Manual Técnico Operativo Administrativo y Financiero” de la LMGYAI elaborado en el 2002, el monto para el pago a las parteras por las siguientes prestaciones era:

- Captación y referencia temprana del embarazo (\$1)
- Referencia temprana de complicaciones obstétricas (embarazos de riesgo) (\$2)
- Referencia para el parto institucional (\$2)
- Referencia del postparto y recién nacido (7 días) (\$2)
- Captación y referencia de mujeres con hemorragias y complicaciones postparto. (\$2)

En la misma línea de mejorar la calidad en la atención del parto institucionalizado y aumentar la cobertura de los servicios de salud públicos estatales, pero bajo un enfoque más amplio, se incorporan en la “Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” otras nociones como la humanización y la pertinencia cultural en la atención médica¹⁸. La Política propone:

¹⁷ Enfoque promovido por la OMS/OPS y recogido, por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fueron suscritos por el Ecuador en el 2000.

¹⁸ “Inicialmente los esfuerzos de mejoramiento de la calidad se enfocaron en aspectos clínicos de la atención, para dar paso desde finales del 2003, a la adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades y expectativas de la comunidad en concordancia con las prácticas culturales locales; debido a la asimetría e inequidad de los datos oficiales a nivel nacional tanto en las de muerte materna y neonatal como en los indicadores de acceso y calidad de los servicios obstétricos y neonatales” Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008, MSP, Quito, pág. 13.

“Sensibilizar al personal de salud sobre los derechos de las personas para lograr una humanización de los servicios” (pg. 61) ... entendida como poner en práctica la cultura por el respeto a los derechos y que contempla las adaptaciones culturales, técnicas, de procedimientos, la transparencia, la participación en la toma de decisiones, la veeduría social, el mejoramiento de la calidad y calidez, el reconocimiento de los saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos que cohabitan en el país (pg.52)”

En este documento se habla por primera vez de forma oficial sobre la necesidad de integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades en las instituciones públicas y potenciando la práctica de las parteras dentro de la LMGYAI (pg. 59).

En el marco de la implementación del Sistema Integrado de Cuidado Obstétrico Esencial (SICOE), la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, con apoyo técnico y financiero del Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) y Family Care International (FCI), elaboró e implementó en el 2005 una propuesta piloto de humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP) en los servicios de salud. Bajo el enfoque de las barreras que impiden el acceso de las mujeres embarazadas a la atención del parto “calificado” en la red de servicios públicos estatales, se desarrolla este componente para “modificar la práctica obstétrica” en los COE básicos y completos, “de modo que respondan culturalmente a las necesidades de las usuarias”.¹⁹

Finalmente, en agosto del 2008, el MSP publica la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, con el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud:

“La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.”²⁰

En esta Guía se incorporan, como norma de uso obligatorio en la red de servicios de salud estatales, componentes de la atención tradicional del parto (posición del parto vertical, abrigo y vestimenta, alimentación). Se establecen criterios para la información que las usuarias deben recibir y para un trato culturalmente pertinente por parte del personal médico. Adicionalmente se permite el acompañamiento de familiares, o de la partera o cualquier persona que la paciente desee durante la atención del parto. El documento insta, recogiendo la demanda de las propias parteras, a que se defina el rol de las parteras en el SNS para que estas puedan acceder a una “participación institucionalizada” en los procesos de atención del parto culturalmente adecuado.

En síntesis, el enfoque de la nueva Constitución con relación a los pueblos y nacionalidades del Ecuador permite ampliar la orientación que debe tomar la definición del rol de las parteras en el SNS. La orientación básica debe apuntar primero a fortalecer y desarrollar los

¹⁹ González Guzmán, Daniel, 2007, Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, “Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP, Quito, Ecuador, pág. 7.

²⁰ Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008, MSP, Pag. 29.

sistemas tradicionales de salud (proceso de institucionalización de la plurinacionalidad) y, segundo, a la creación de modelos interculturales de atención pública de la salud.

Los sistemas de salud deben alimentarse del dialogo e intercambio de experiencias con equidad, tanto de los conocimientos de la medicina occidental, pero sobre todo, de los todavía ahora inexplorados saberes y prácticas ancestrales. Por lo tanto los procesos de mejoramiento de la calidad mediante la Adecuación Cultural de los servicios médicos públicos, y de definición de roles de los agentes tradicionales, deben enmarcarse dentro de este objetivo más amplio, que significa, no actuar dentro de los modelos hegemónicos para producir cambios relativamente pequeños, importantes sin lugar a dudas,²¹ sino más bien construir nuevos sistemas de salud interculturales, más humanos, holísticos e integrales.

5. CARACTERIZACIÓN DE LA PARTERÍA TRADICIONAL

5.1. La partería tradicional: perspectiva histórica

En todas las culturas la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida social y reproductiva de las mujeres. Por esta razón alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos. Además, dada la importancia y el cuidado que envuelven el embarazo y el parto, cada cultura ha desarrollado una forma de atención específica para este acontecimiento, conducido principalmente por mujeres parteras, también llamadas comadronas o matronas, desde hace milenios.

En el Antiguo Egipto, la atención del parto ya era reconocida como una ocupación femenina de trascendental importancia. De igual manera, en la antigua cultura greco-romana las comadronas gozaban de gran prestigio y estima entre la gente, pues, además de ayudar a otras mujeres a parir, eran poseedoras de unos conocimientos muy variados, que iban desde el manejo del arte de las hierbas hasta el empleo de otras muchas técnicas para la curación de múltiples dolencias, tanto físicas como psíquicas. Ayudaban a curar distintas dolencias como la esterilidad, fiebres, trastornos mentales y ataques histéricos -que se atribuían a “sofocación de matriz” (...) siempre dispuestas a intervenir en los momentos difíciles.²²

El aprendizaje de esta milenaria profesión estaba basado en la experiencia práctica que se iba adquiriendo al estar junto con otra matrona más experimentada. Se ejercía habitualmente por tradición familiar o por relaciones de proximidad. Era frecuente encontrar a varias generaciones de parteras (madre, hija y nieta), o a parientes próximos (sobrinas), que aprendían el oficio desde jóvenes junto a sus familiares ya veteranas, y que comenzaban a sustituirlas paulatinamente conforme iban adquiriendo formación y destreza, hasta independizarse por completo²³.

Sin embargo, durante toda la Edad Media en Europa, y en América hasta el siglo XVIII, muchas de estas mujeres fueron víctimas de una brutal persecución por parte de los

²¹ Cambios que no pueden ser menospreciados desde luego, pero que no cuestionan profundamente el dominio del sistema médico occidental y las desigualdades e inequidad con respecto a los otros sistemas de salud.

²² Inmaculada Serrano, La formación de matrona a lo largo de la historia. Adaptación del texto elaborado para la exposición Matronas y Mujeres en la Historia. Pamplona, 28 de mayo – 2 de junio, 2002.

²³ Ídem.

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 que sólo le correspondían a Dios.

Así, desde mediados del siglo XVI se extendió por Europa una corriente que pretendía regular el proceso de aprendizaje y el oficio de la partería, organizando los conocimientos obstétricos y ginecológicos, como lo demuestran los libros que aparecen sobre conocimientos materno-infantiles²⁴. La aparición de manuscritos cada vez más rigurosos científicamente, iría desarrollando las Ciencias Médicas y por ende también las profesiones sanitarias. Además, estas publicaciones motivaron que poco a poco se fueran introduciendo varones en el campo de la obstetricia.

Esto también dio lugar a dos realidades distintas de la partería: en el ámbito urbano, surgieron mujeres parteras “de buena posición social, reputadas y bien formadas, no sólo en su campo sino con una cultura amplia”²⁵, quienes darían origen al nacimiento de las “parteras profesionales”, de formación académica, a veces independiente o a veces como especialidad de la enfermería, también conocidas como obstetrices, o en inglés como “midwives”. En el ámbito rural, en cambio, la matrona siguió el modelo clásico ancestral: era una curandera experimentada en asistir partos, con una formación empírica, pero con un amplio conocimiento de las plantas medicinales, que utilizaba para asistir a las parturientas en sus domicilios.

En los más de 600 diferentes pueblos indígenas de América, incluyendo los de nuestro país, las parteras han tenido un origen similar desde los albores de la humanidad. En la América Precolombina, antes de la llegada de los europeos, las comadronas ejercían un verdadero “matriarcado obstétrico” y eran tratadas con veneración por los valiosos servicios que prestaban²⁶. Entre los 3 grandes pueblos prehispánicos, los vocablos indígenas para denominar a la partera (en la cultura Azteca: *Tlamatquiticitl*; en la cultura Maya: *x-alansaj*; y en la cultura Inca: *Wawachachik*), hacían referencia a una mujer especialista y reconocida “en ayudar a nacer”.

No obstante, el conocimiento de la partería en estos pueblos formaba y aún forma parte de sistemas de salud tradicionales complejos dotados de mentalidades, actores y protagonistas muy propios (Cosmovisiones, Conceptos de Salud-Enfermedad, Manifestaciones Clínicas, Causas, Formas de Diagnóstico, Clasificación de las Enfermedades y Recursos Terapéuticos); donde se ha destacado el rol de los distintos agentes sanitarios.²⁷⁻²⁸

5.2. La partería tradicional comunitaria en el Ecuador: perspectiva etnográfica

²⁴ Towler J. Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Masson. Barcelona, 1997: 273-283. Citado en: Serrano (2002).

²⁵ García Martínez AC. García Martínez MJ. Valle Racero JI. La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería*, n° 3-4, 1996/97:61-82. Citado en: Serrano (2002)

²⁶ Espinosa, Víctor M. y Azcárate, Sergio. *Obstetricia. Vigilancia Prenatal, Programa de actualización continua para el Ginecoobstetra (PAC-GO)*, Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 1998, Pág. 3.

²⁷ “Historia de la medicina ancestral ecuatoriana”, ponencia del Dr. Antonio Crespo-Burgos. Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella”, en el Primer Congreso nacional de medicina ancestral y medicinas alternativas en el marco del modelo salud familiar e intercultural, Loja, 14 de octubre 2008.

²⁸ Pilatuña Lincango, Jaime. “Sumak Kawsay (SALUD)”, en: Módulo: Sensibilización en Salud y Medicina Intercultural. Centro del Saber: Yachay Munay- Cosmovisiones, Universidad Intercultural “AMAWTAY WASI”, MSP-Salud Intercultural, 2009.

En el Ecuador conviven 14 nacionalidades y 19 pueblos indígenas, junto con pueblos afroecuatorianos, montubios y mestizos. Cada una de las nacionalidades y pueblos tienen sus propios sistemas médicos, es decir, sus propios recursos humanos y medicinales, tecnologías, concepciones de la salud y la enfermedad, validados por su propia cultura en el curso de su desarrollo histórico²⁹. En cuanto a los agentes de salud, en nuestro país existe toda una gama de sanadores acreditados por sus propias comunidades:

*“los **Hombres y Mujeres de Sabiduría de la Tradición** (o de la **Sabiduría Ancestral**). Estos terapeutas son llamados Yachac Taitas (conocedores o sabios) en la nacionalidad Kichwa; Ponelas, en la nacionalidad Tsa’chila. En la Amazonía se los conoce como Yagé Juyuquë e Inti Paiki (nacionalidad secoya); Uwishines (nacionalidad shuar y achuar); Iroi (nacionalidad huaorani); y Shímano (nacionalidad zápara). En las estribaciones occidentales andinas: Mirukos (nacionalidad chachi). Terapeutas de la región interandina son los Jambic runas (curanderos) [En la amazonía también se los conoce como Pajuyuk y son herbolarios o yerbateros], Jacuc runas (sobadores) [también conocidos como fregadores], Wachachic (parteras)”.*³⁰

En algunas nacionalidades como la Shuar, Achuar o Huaorani, no existe la figura de parteras tradicionales, dado que, son los mismos esposos o algún otro familiar quien asiste el parto, e incluso, en algunos casos, las mujeres dan a luz solas. Sin embargo, en la mayoría de los pueblos y nacionalidades, el rol de la partera es fundamental. En varias comunidades se considera a la partera como una persona especial, escogida para salvar vidas, y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad. La sabiduría de las parteras requiere no solo el conocimiento de la fisiología y el tratamiento del parto, sino también el conocimiento y poder terapéutico del espíritu³¹; esto atribuye a las comadronas reconocimiento social y autoridad sobre la vida en el proceso del nacimiento y en la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

Aunque en algunas comunidades hay parteros varones, el conocimiento de partería generalmente lo aprenden las mujeres desde muy jóvenes. Lo aprenden de parte de algún familiar cercano (padres, abuelos, tíos, vecinos) que ha sido partera/o o yachak. Algunas familias han tendido la tradición de atender partos, y esta sabiduría la transmiten de generación en generación. La forma de atención del parto se la aprende en la práctica, mirando y ayudando a otra partera mientras atiende partos:

“Por las abuelitas y las mamás. Nosotras desde muy pequeñas hemos visto cómo hacían nuestras abuelitas, ellas enseñaban. Más antes no había ni doctores, ni centros de salud, nada, más antes como decir, como quichuas tener los hijos en la

²⁹ Medina Ibáñez, Op. Cit., Pág. 102

³⁰ MSP- Dirección Nacional de Normatización del SNS, Subproceso de Medicina Intercultural (DNSI). Mapa Estratégico 2009-2013, 2da. Edición, Quito, 2008, Pág. 33. (énfasis original)

³¹ “Para las poblaciones indígenas andinas la salud no solo implica el bienestar físico sino el bienestar del alma. La enfermedad está relacionada con la voluntad divina, involucra no sólo a una persona sino a la comunidad, al medio ambiente y cualquier otro agente exterior, por lo que se debe curar respetando esta lógica; el curandero, yachag o partera es un intermediario de Dios, su ocupación es designada por el mismo Dios, y él sólo está en capacidad de realizar su voluntad. El uso de productos animales, vegetales o minerales no tiene en sí un poder intrínseco sino que está acompañado de procedimientos mágicos y es la voluntad divina lo que le dota de su poder curativo”, Buitrón Myriam, et, al, “La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna”, Venecia, Circolo culturale Menocchio, 2002, Pág. 33.

casa. Como abuelitas enseñaban a las nietas y decían: “ayudarás así”, entonces ellas enseñaban cómo tiene que ayudar a una partera. Más antes como partera no cortaban con tijera ni nada, con caña guadua, con eso el ombligo le cortaban”³².

En muchos otros casos, la curiosidad o vocación por la partería han motivado a muchas mujeres a aprender este saber, mirando el trabajo de las parteras tradicionales de sus propias comunidades.

“La que quiere aprender de una partera es la que le sigue a la partera, asiste donde va atender un parto, entonces ella mira qué se hace con la parturienta. Todo lo que se hace: maniobras, cómo se le atiende, cómo se le acomoda. A veces en la misma familia no hay hijas que le sigan, entonces la que quiere aprender está pendiente, pregunta qué es lo que hace, qué puede pasar, desde cuándo atiende, es decir, haciendo un seguimiento.”³³

En otros casos las parteras tradicionales han aprendido el saber de la partería dando a luz solas:

“Por lo menos a mí no fue que me enseñaron, yo sola aprendí, yo mismo me preparaba cuando iba a dar a luz, yo mismo me sacaba mis hijos y de eso fui cogiendo conocimiento. El último parto que tuve me vino de pies. Puse un espejo, Dios me dio esa sabiduría, coloqué el espejo. Y la niña me saca un piecito, a lo que me sacaba el piecito yo le metía, hasta que me sacó los dos piecitos y así poco a poco yo le fui sacando, cuando ya vino de aquí (por los hombros), le hice que se virara de ladito y sacó un bracito, le hice vuelta al otro lado y me sacó el otro bracito y así cuando ya se me quedó de aquí (del cuello), le meto la mano, la bajo la barbilla y plum salió la niña, entonces esos son mis conocimientos que yo, de mi mismo cuerpo aprendí y desde allí ya comencé a atender. Me mandaban llamar y así con el favor de Dios a mí no se me ha muerto ningún niño en los 10 años que llevo”.³⁴

En algunas comunidades afroecuatorianas, las parteras o parteros escogen a la persona a quien van a transmitir este conocimiento, porque necesitan ver alguna cualidad especial en ella:

“Tú no le puedes decir, sabes que enséñame. El que ya es partero, ya es conocedor. Por que el partero sabe oraciones, sabe un montón de cosas, es una cosa muy compleja. El siendo partero va escoger a quien le va enseñar. No porque es el hijo o el hermano le va enseñar, no. El, no sé con qué criterios escoge a quien le enseñaría, y si no encuentra la persona adecuada para enseñar, él morirá con su secreto. Porque un partero sabe de plantas, sabe de oraciones, de masajes, de tocar, de virar y todo eso. Y el título se lo da la comunidad, porque no existe una institución que le diga tú eres esto. No hay garantía de que esa partera va enseñar. Ninguno de los etnomédicos enseña porque alguien quiere aprender. Ellos verán cuál es el niño de pequeño, que tiene las cualidades para aprender, que tiene el interés para aprender. Una de la

³² Grupo Focal Parteras -Sucumbíos

³³ Ídem.

³⁴ Grupo Focal Parteras- Esmeraldas

cosas que está claro, que si tú sabes algo, y le vas a enseñar a ese niño, tiene que haber un compromiso del niño o del joven, que le va a dedicar un tiempo a eso”.³⁵

En efecto, como manifiestan muchas parteras, la partería no es para cualquier persona, a veces nace por una profunda vocación y necesita reunir algunas cualidades valoradas en la comunidad. Algunas parteras señalan que esta vocación la han sentido desde niñas: “La partera tiene que tener vocación. El corazón del niño es quien le llama a la persona, pero no puede ser cualquier persona, los que hemos estado caminando con los mayores, desde niños hemos estado aprendiendo, hemos visto cómo atienden, cómo han limpiado”.³⁶

La partería requiere de un proceso de aprendizaje muy serio, así por ejemplo, el conocimiento del uso de las plantas medicinales es un requisito fundamental:

“...hay que conocer bien el monte, porque hay tomas que hay personas que no están capacitadas para darlas, ha habido muchos problemas por esas tomas. Por eso es que a veces los médicos no las aceptan directamente, porque no todas son confiables. Yo puedo decir soy partera, cojo una chica la atiendo, me sale mal a mí y el médico va a decir primero “la partera fue”, y si yo no sé y meto la mano, prácticamente estoy dañando la imagen de las que sí saben”.³⁷

La responsabilidad, la mística y la entrega en su trabajo son cualidades fundamentales y son la base de la confianza y el respeto que la comunidad tiene en sus parteras tradicionales.

“Nosotras no vemos hora, no vemos lluvia, no vemos si estamos con hambre, no vemos a nuestros hijos, incluso si estamos mal de salud, nos vamos, porque sentimos como mujeres la desesperación en el momento del dolor, sentimos en carne propia que la otra persona igual va estar con esas molestias, esa preocupación. Esa confianza que tiene esa persona, “vea comadre, vea señora partera, vea vecina, ayúdeme mi hija se muere, mi mujer se muere”. Entonces vamos le asistimos. “Gracias” nos dicen, tal vez, lo que tienen ellos, llévase un pollito, pero lo más el 90 % es el gracias. Nos sacrificamos desvelándonos, y es la confianza que ha tenido la comunidad, los pueblos y sobre todo las razas, para que nosotras estemos acá como las representantes de parteras y tengamos esa experiencia, ese orgullo, de decir, sí, estamos en la capacidad de atender muchas mujeres. Somos apreciadas por la comunidad, por todos los moradores y la confianza que nos dan a nosotros. Igual nosotras sentimos como si fueran nuestras hijas, como si fueran nuestra carne a la mamá que está con esa desesperación de que venga un hijo al mundo.”³⁸

Otra cualidad manifestada por muchas parteras se refiere a que realizan su actividad por convicción, y no por dinero, reforzando de esta manera relaciones de afecto, solidaridad y reciprocidad al interior de la comunidad: “Cuando hacemos las limpias, dice la señora, y ahora ¿cuánto nos va a cobrar? Digo nada, porque no es un quintal de papas, para que usted me pague. Usted me paga su voluntad, si tiene, sino Diosito me pagará”³⁹

³⁵ Entrevista: Cecilia Corozo- CODAE

³⁶ Grupo Focal Parteras - Esmeraldas

³⁷ Ídem

³⁸ Grupo Focal Parteras - Sucumbios

³⁹ Grupo Focal Parteras - Chimborazo

“Son historiadoras, son consejeras, son personas de mucho respeto y tienen esa mística, esa esencia de amor hacia el prójimo, porque para ellos, para los que tenemos ese agrado de ayudar a los demás, nunca vemos el bolsillo. Sin ofender a los doctores, pero en las clínicas lo que ven, al menos si son familias que tenga en Nueva York, enseguida pone a meter cuchillo [a hacer cesárea]. Una buena partera no ve que la otra persona tendrá o no tendrá para pagar. Lo que si ven es más espiritual, por eso a uno da sentimiento. Y secreta [confidente], aconseja las cosas, por ejemplo, cuando viene con marido, al marido aconseja, nuestras abuelas lo que decían es: “ya está en cinta, no harás tener rabia, haga fuerza, empieza a valorar la tierra”. Y también tiene que ser otra cosa, la partera está en los propios quehaceres de la casa, de la comunidad, ella lucha contra el frío, contra el sol. Ellas no están servidas, ellas son servidoras de todos. Ahí se le conoce la cualidad de una persona.”⁴⁰

5.3. Rol que desempeñan las parteras en la salud SSR al interior de sus comunidades

Las parteras cumplen un rol fundamental en la salud sexual y reproductiva en sus propias comunidades. Ellas intervienen con sus conocimientos a lo largo del embarazo, el parto, y después del nacimiento.

a) Durante el Embarazo

“la partera es la que cuida tu embarazo, te va cuidando, te dice si el niño está bien, te dice cuántos meses tiene, te ve el porte, es que te va a dar un seguimiento a todo el tema del embarazo. Pero la partera cubre más allá el tema de embarazo, porque te puede orientar en alguna enfermedad, una cuestión que tenga que ver netamente con el tema de mujeres. Y la partera no te suelta al niño que porque ya nació ahorita ya me olvidé, no, ella se encarga de ver cómo deja organizado que el cordón umbilical, que no se qué, que no se cuánto, y al niño no te lo suelta tan fácilmente. Cualquier situación [problema de salud] del niño pequeñito con la partera. Y de la mujer, por ejemplo, nosotros tenemos el tema de que la mujer después del parto tiene un cuidado, un tiempo de que no cocina, no lava, un tiempo de que está metida en cama, un tiempo de recuperación. Después del parto tenemos una serie de cuidados, debidas tomas, que para limpiarte el organismo, que si esto y que el otro, que inclusive algunos hasta te fajan, o sea, es todo un tratamiento que empieza con el asunto del embarazo y termina casi más o menos hasta el año, cuando el niño ya pasó del peligro normal, ese es el proceso de la partera”⁴¹

Entre los procedimientos más comunes de la partera realiza durante el embarazo se encuentra la atención de ciertas molestias atribuidas generalmente al frío⁴²; para tratar estas molestias, la partera frota el vientre de la madre con manteca caliente de algún

⁴⁰ Ídem.

⁴¹ Entrevista: Cecilia Corozo- CODAE

⁴² Un elemento importante dentro de la medicina tradicional de los pueblos y nacionalidades indígenas que es aplicado en la atención del parto y el cuidado del embarazo es el principio humoral. Este principio sostiene que, la salud de la persona depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos a los que se está expuesto: “Un exceso de fuerzas termales, calientes o frías, que perturbaren este equilibrio conduce a la enfermedad, la cual se trata por terapias que conforman el “principio de oposición” es decir, un remedio caliente para una enfermedad fría, o un remedio frío para una enfermedad caliente”. Foster, George M., “On the Origin of Humoral Medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987), Pág. 355. (traducción nuestra)

animal. Igualmente, en las vistas a la embarazada, la partera ofrece consejos sobre los problemas del embarazo, y predice el sexo del niño.⁴³ También durante el embarazo la partera brinda remedios de plantas medicinales para la “debilidad”, las náuseas del embarazo, y la amenaza de aborto: “Les sirven también como consejeras de las mujeres, cuando, por ejemplo, van a dar a luz, les dicen primerito hasta qué punto tienen que tener relaciones, cuando ya no debe tener.”⁴⁴

Sin embargo, uno de los procedimientos más importantes que realizan las parteras durante el embarazo es el “acomodar” con sus manos al niño cuando éste se encuentra atravesado en el vientre de la madre, o “mantear” a la parturienta con el propósito de que el bebé tenga una posición normal. El manteo es una maniobra que consiste en recostar a la madre sobre una manta o poncho y sacudirla delicadamente de un lado a otro. Según el criterio de las parteras tradicionales estas maniobras, como los masajes o el manteo, es preferible hacerlas entre el séptimo y octavo mes del embarazo, pues el bebé todavía tiene espacio para acomodarse en una correcta posición.

Las parteras manifiestan que con estas maniobras han ayudado a muchas mujeres a evitar que se les realice una cesárea: “Los doctores no saben ver como nosotros dónde está cabecita, sino puede entonces hacen cesárea. Yo sé fregar con manteca de gallinita, primerito donde está cabecita. Después hace suavita la barriguita y así como quiera hacer derecho. En mano de nosotros manteamos para que no haga cesárea.”⁴⁵

Al respecto, varios profesionales de salud han manifestado con asombro la habilidad de las parteras ante estos procedimientos:

*“Porque como médica he visto muchos casos de mujeres embarazadas que han venido los niños en posición transversal y que para nosotros los médicos del sistema occidental eso es una cesárea, pero las compañeras parteras dicen “no, yo le puedo acomodar” y evidentemente hay muchas cesáreas que no se han realizado y no hay desprendimientos placentarios, ni todos los riesgos que se dice”*⁴⁶

Otra de las funciones importantes durante la atención de la embarazada es la identificación de las señales de peligro: “... que le baja sangre, se hincha, los vómitos permanentes. La mamá no alimenta, se pone débil, se pone anémica, ya tenemos cuidado que no nos va a colaborar en la atención del parto. Entonces no va a tener fuerza, el niño va a salir pequeño, débil, va a tener problemas. Otro que nos damos cuenta, es que la mamá se hincha, todo el cuerpecito. En el campo, antiguamente hacíamos la evaporizaciones, igual en caso de que la mamita sangraba hartito, se le daba la hojita de yuca, para que detenga el sangrado y el reposo, tenía que descansar, no tenía que hacer muchas actividades”.⁴⁷

En muchos casos complicados las parteras refieren a sus pacientes a un centro de salud:

⁴³ La predicción del sexo del bebé se la realiza de diferentes maneras: por la posición del bebé, por el tamaño de la cabeza del bebé en el vientre de la madre, y por el color de los pezones de la mujer, e incluso pueden predecir el sexo del bebé en el próximo embarazo de la mujer, al observar la forma del cordón umbilical. (Grupo Focal Parteras - Sucumbios)

⁴⁴ Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

⁴⁵ Grupo Focal Parteras - Chimborazo

⁴⁶ Entrevista Dra. Carmen Cadena - Casa Campesina Cayambe

⁴⁷ Grupo Focal Parteras - Sucumbios

“Entonces ellas dicen, si van a dar luz conmigo, yo le quiero hacer el seguimiento hasta que dé a luz, para yo saber, hasta que punto está bien, sino para reportarle al médico, porque ellas saben el límite hasta dónde saben llegar. Eso hace que la gente crea en ellas, porque ellas no lo hacen así porque sí, soy una partera y lo que sea puedo hacer, también saben sus límites y saben reconocer cuando pueden hacerlo y cuando no. Los indígenas también dicen que por eso nunca se les mueren. Más bien mueren en el hospital, dicen. Eso ya es un pensamiento de cada persona, ellas dicen, nosotras nunca se nos han muerto, ni la mamá ni el niño”.⁴⁸

b) Durante el Parto⁴⁹

Según la cosmovisión andina, la salud debe ser vista desde una perspectiva holística. El cuidado de la salud debe integrar el cuidado del cuerpo, la protección del espíritu y el resguardo de los riesgos emocionales (susto). Desde esta perspectiva el parto se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad, y las prácticas terapéuticas, rituales y simbólicas de la partera comunitaria. El nacimiento de una nueva vida está ligado a profundas creencias y rituales que manifiestan un sincretismo entre la cosmovisión indígena y la tradición religiosa católica. Entre las comunidades afroecuatorianas, por el contrario, predomina esta última:

“Mamita [que era partera] sabía que cuando le llamaban a dar luz, ella primerito, tenía un altarcito donde tiene sus imágenes, las vírgenes. Hacía su ritual, rezaba y le pedía permiso a Dios y le pedía valor a la Virgen para que pueda venir el niño. Y en su falda ponía, ponía una falda sobre otra, entonces en la otra se ponía todo lo que necesitaba y llevaba así. Pedía permiso, y para entrar a la casa donde iba hacer dar a luz también pedía permiso, hacía su oración y luego entraba y de ahí colocaba en una mesa todo tipo en un ritual, todo lo que necesitaba y luego empezaba atender a la señora que iba dar a luz.”⁵⁰

En algunas comunidades indígenas del Ecuador toda la familia colabora en el parto tradicional; en las tareas de preparación de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, etc., sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la mamá, y/o la suegra de la parturienta: “hay mujeres que les gusta que entre el marido con guaguas, la mamá y hasta los amigos; hay otros que solo la mamá o solo el marido, pero también hay las que les hacen esperar aparte”⁵¹. De cualquier manera, el ambiente de familiaridad o de intimidad se respeta pues hay mujeres que prefieren permanecer sólo con la comadrona en el momento del parto, aunque siempre disponen de sus familiares quienes están cerca pendientes de la labor de parto y que las asisten inmediatamente luego del alumbramiento.

⁴⁸ Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

⁴⁹ La presente descripción está basada principalmente en una detallada presentación realizada por la Lic. Mercedes Muenala coordinadora del Subproceso de Salud Intercultural de Imbabura, en octubre del 2009, y se refiere al proceso de atención del parto tradicional entre comunidades indígenas andinas. Es necesario advertir que los procesos de atención del parto en comunidades de la Amazonía o de la Costa del Ecuador tienen considerables variaciones.

⁵⁰ Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

⁵¹ Testimonio de María Cristina Tigsí, comadrona de la comunidad Chauzán Totorillas, Guamote Prov. de Chimborazo, en: Buitrón Myriam, Op. cit., Pág. 42.

Durante la primera etapa del parto, luego de observar el estado general de la parturienta, la partera le pregunta cuándo y dónde inició el dolor, luego le toma el pulso y pregunta si el dolor es fuerte o débil, así como qué actividades realizó ese día. También le preguntan si caminó por sitios peligrosos (quebradas, chaquiñanes) pues si este es el caso, primero es necesario realizar rituales de limpia energética o curación del mal aire. También es necesario alejar a las personas de mala espalda (chiki washa).

A continuación, se prepara el lugar del parto, el cual debe estar aseado y abrigado, generalmente se coloca una estera sobre el suelo y sobre ella una cobija o manta abrigada, además debe estar cerca del fogón para mantener el calor de la parturienta durante todo el proceso del alumbramiento. Los materiales que utiliza la partera generalmente son una tijera, la cual es previamente hervida o esterilizada con alcohol, hilo para amarrar el cordón umbilical, guantes, toalla, cobijas, y pañales o la ropa del bebé, así como una amplia selección de plantas medicinales que cumplen funciones energizantes, analgésicas, rituales y simbólicas. Las plantas mas utilizadas en el norte de la región interandina, por ejemplo, son:

- Chilca, (ritual de limpia)
- Achira, (ritual para representar el rasgado del “zurrón”, cuando no se rompe el saco amniótico)
- Hoja de higo, (medicinal)
- Manzanilla, (medicinal)
- Flor seca de llantén, (medicinal)
- Cebolla, (estimulante para expulsar la placenta)
- Linaza y culantro, (medicinales)

Algunas de estas plantas medicinales son endulzadas con panela y son mezcladas con un poco de licor para dar energía a la parturienta.

Posteriormente examinan todo el cuerpo: buscan signos de peligro, detectan la posición del bebé, y si está en mala posición, frotan el vientre de la madre con un poco de manteca caliente o aceite de almendras y con suaves masajes encauzan su posición, o también realizan la maniobra del “manteo”.

Durante el trabajo de parto las parteras tradicionales dan apoyo psicológico a la parturienta: “Mejor en esos momentos yo entendía [el dolor de la parturienta], prácticamente trabaja la psicología bastante. Trataba de dar cariño, abrazarle, acariciarle en esos momentos de dolores fuertes. Ahí es donde más se necesita el cariño de alguna persona que tiene más confianza, ya puede ser el esposo, la mamá, o también si tiene confianza en la partera, también de la partera.” (Grupo focal parteras - Chimborazo)

Durante la segunda etapa del parto, para mantener abrigada a la madre, se le coloca una gorra o chalina en la cabeza, bayetas en vientre y cadera, y a veces también realizan vaporizaciones. Cuando el dolor es más corto e intenso se acercan al fogón, y se abriga con cobijas a la parturienta en todo momento, pues si entra el frío a la matriz se puede dificultar el parto. Cuando se acelera el pulso y empieza a sudar, la partera le brinda agua de plantas medicinales calientes.

La partera indica a la parturienta que se coloque en la posición que se sienta más cómoda, generalmente la parturienta se coloca en cuclillas o arrodillada, rodeando con sus brazos la cintura de su esposo y reclinando su cabeza en sus rodillas, mientras el permanece sentado en una silla, sosteniéndola de los hombros y hablándole al oído para darle apoyo. La partera se coloca de rodillas por detrás de la parturienta, y atiende el parto desde esa posición. Recibe sosteniendo la cabeza del bebé con mano derecha y con la mano izquierda el resto del cuerpo.

Cuando nace el niño, la comadrona lo recibe y limpia inmediatamente la cara, nariz, ojos y oídos con un lienzo limpio, le revisa el paladar, y lo hace arropar junto a la madre para iniciar la lactancia, mientras permanece en la misma posición esperando para expulsar la placenta. Esperan de 3 a 5 minutos hasta que salga la placenta manteniendo al niño en la misma altura de la madre. Algunos procedimientos y rituales para estimular la expulsión de la placenta son el introducir una pluma de gallina en la boca de la madre para estimular el vómito y contracciones, o el dar de tomar agua de linaza, panela, o huevo tibio con paico y con sal, además de realizar delicados masajes en el vientre y la espalda de la madre.

Una vez expulsada la placenta, la partera amarra el cordón umbilical con el hilo chillo blanco, o hilo rojo de lana de borrego, según la costumbre de cada comunidad, y corta el cordón midiendo de 2 a 3 dedos para mujeres y de 3 a 4 para varones.

El recibimiento del niño es un procedimiento cargado de mucho simbolismo y ritualidad:

“En el momento que nace el niño, ella es la persona que pone la bendición, ella santigua, o sino en el sitio donde va a nacer el niño hace algunos rituales para proteger, para que la madre tierra no le afecte a ese niño. Ella tiene muchos conocimientos, y así mismo en el post-parto cuando la placenta no sale o cuando hay algún caso, ella conoce qué plantas debe tomar, qué rituales hay que hacer, y una vez que nace el niño a qué distancia debe cortar el cordón umbilical si es mujer, si es hombre; qué consejos debe dar, qué es lo que tiene poner en la mano del niño cuando nace, plata, o algún objeto, porque para ella cuando viene el niño, cuando ponen plata en la mano, es la persona que en el futuro va a tener plata. Pero si no le ponen nada, ese niño no va a trabajar, o va a ser un niño que no va a tener un futuro mejor. Ellas saben en qué sitio deben enterrar la placenta, hay parteras que entierran la placenta cerca del fogón, hay parteras afroecuatorianas que entierran en la esquina, en la cumbre de la casa, y hay parteras que botan la placenta lejos del sitio para que el espaciamiento del niño sea más distante”⁵²

En algunas comunidades se pintan las mejillas del recién nacido con la sangre del cordón para que el niño en el futuro “tenga sangre en la cara”, es decir para que sean personas honestas y con principios. De igual manera en algunas comunidades se realiza un ritual en el que se simula el cocido de la boca del niño, con el propósito de que cuando sea mayor no sea hablador o chismoso.

Posteriormente la partera pregunta a la madre si tiene ardor en la vagina y solicita el permiso a la parturienta para revisar si existe desgarre, si es de primer grado se lava con

⁵² Testimonio Mercedes Muenala – Salud Intercultural Imbabura

aguas de plantas medicinales, generalmente manzanilla. Si es considerable la refieren al hospital, y ella misma la va acompañando.

Si el parto ha sido normal, y luego de terminar su atención a la madre y el niño, la partera generalmente es invitada a comer con la familia, además recibe como agradecimiento o retribución algún producto agrícola: papas, cebada, trigo, maíz, huevos, gallinas, de acuerdo a las posibilidades de la familia de la madre, ‘lo que tenga la voluntad de regalar’, o incluso recibe dinero, mientras la partera indica cuáles deben ser los cuidados que deben dar a la madre, y se compromete a visitar al siguiente día a la madre y al bebé.

Cuando se presenta alguna complicación durante el parto las parteras tradicionales refieren a la parturienta al hospital:

“... porque algunas parturientas tienen muy estrecha y no dilatan y nosotros con el tacto, vemos que tiene los dolores la paciente y vemos que no se dilata nada, entonces ya les mandamos al hospital, porque no va a dar parto normal, entonces no va poder. Entonces en eso nos damos cuenta. O por ejemplo, después del parto, baja mucha sangre, o sea hemorragia, nosotros preparamos la hoja de yuca, nosotros licuamos la hoja de yuca y le ponemos unas gotitas de limón y unas hojitas de sándalo y eso calentamos y le damos de tomar caliente y eso se le da a cada ratito y se le para la hemorragia. Si continúa tenemos que mandar, para no estar en problemas después”⁵³

c) Durante el Posparto

Luego del parto las parteras realizan visitas de chequeo y atención a la madre y al recién nacido. En las visitas posparto existe la costumbre de bañar a la puérpera con aguas de variadas plantas medicinales: pumamaqui, quillu yura, aliso, aguacate, arrayan, matico, cerotes, chamanal, capulíes, etc. Y también de realizar la práctica del encadenamiento, que consiste en fajar la cadera de la madre, para que los huesos de la cadera vuelvan a su posición normal.

En las visitas posparto también revisan el ombligo del bebé, y aconsejan y supervisan a las madres en las primeras atenciones que el bebé debe recibir:

“... que el ombligo se mantenga seco, que no esté con mal olor, que no esté infectado. Cuidando para que no se infecte. La mamá tiene que estar pendiente que el niño no esté lloroso o adolorido. La costumbre de los pueblos quichuas [de la amazonía] es que le tiene casi desnudo al niño. No le cubren mucho, hace calor. Cuando lo contrario tenemos que tenerle abrigado, porque cuando sale del vientre sale abrigado y tiene que mantenerse abrigado. Tiene que dar de lactar más de seguido, tomar líquido para que pueda soltar líquido y dar seno. Y que el niño pueda lactar con la boquita abierta, no digamos por recelo, apenas. Las primerizas son fregadas, porque el seno no tiene punta y no alcanza a darle el seno. Entonces se le aconseja que se aplaste así el seno. Se le indica, mire ahora ya botaste la vergüenza, tienes que acomodarte, sentarte bien y acomoda a tu niño en brazo y dale el seno. Y sentir ese cariño al niño,

⁵³ Grupo focal parteras Sucumbíos

para que tú sueltes la leche. Así va criar el niño gordo y sano. Y así le vamos orientando hasta que el niño ya está de un mes. Siempre estate duchando para que no se te pegue la infección. Cuando hay mamitas que dan a luz con bastante infección y nosotras les decimos que tienen que ir al centro de salud, para que te revise un ginecólogo. Porque si no se atiende puede tener en partos posteriores complicaciones, aborto, o cáncer dentro del útero. Que la madre está precavida.”⁵⁴

Brindan también consejería práctica para el cuidado alimenticio de la madre y el bebé. Por ejemplo, las dietas o consejos para obtener abundante leche materna.

“Durante el posparto, la partera brinda consejería sobre cómo tienen que cuidar al niño, o cuando no tiene leche, les decimos que tienen qué hacer y que tienen que tomar, consejos en la alimentación, la madre tiene que tomar coladitas, calditos de gallina y no comer mucha sal, ni ají. Por ejemplo al bebé, la madre tiene que dar el seno a cada rato. Hay veces que las madres son primerizas dicen que los niños están dormidos todo el día, entonces les decimos que tienen que hacer despertar y dar de lactar y alimentar a los niños.”⁵⁵

“También les atienden, les hacen una dieta, les dan unos consejos de dieta, como tiene que atender el niño, y allá no les dan de comer a los niños hasta, unos seis meses, sino que tiene que darle la leche y a la mamá le mandan una dieta para que le crezca la leche y no le falte la leche. Les mandan a cargar maíz caliente, trigo caliente y es porque están resfriadas y les mandan a hacer una dieta de coladas y eso, de plátano, allá les dicen de pringa, de mote, le hacen una colada especial, no es ni muy gruesa el maíz ni es de mucho, pero eso se ha hecho en piedra y cocinado en olla de barro y con cuchara de palo, y eso bien alimenticio con panela, le hacen canela, con ishpingo, hay una planta allá en el Valle del Chota y eso le hacen tomar, y tiene que estar tomando siempre.”⁵⁶

Como hemos podido apreciar, la atención tradicional del parto es un proceso complejo, cargado de profundas significaciones simbólicas y rituales. Si bien es cierto existen procedimientos, normas, ritos y costumbres comunes, que responden a una cosmovisión andina, también existen variantes que se ajustan a las costumbres de cada comunidad, familia e incluso especialista en cada zona.

5.4. Otros roles que cumplen las parteras comunitarias

Además de cumplir un rol fundamental en la atención obstétrica, muchas parteras son consideradas por la comunidad como orientadoras, guías espirituales, guardianas, reproductoras y promotoras de los saberes ancestrales y de la cultura y cosmovisión comunitaria.

“El rol de ellas es de sostener la vida, ellas son las que sostienen la vida intrafamiliar, la vida relacional, porque el mundo comunitario es un mundo relacional, es un mundo

⁵⁴ Ídem.

⁵⁵ Ídem.

⁵⁶ Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

de la relación con los otros, pero también con los espíritus, con la chacra, los alimentos, con el fuego, con lo poderoso de la cultura, entonces ellas son las shamanas... Las parteras son las conservadoras del SUMAK KAUYSAY.”⁵⁷ (Salud Intercultural)

Muchas parteras, a más de atender partos, también son curanderas y atienden otros problemas de salud. Curan el mal aire, el espanto, mal de ojo, hacen limpias a los niños, hacen diagnóstico y hacen limpias con el cuy. Muchas practican la medicina arbolaría, manejan todo tipo de plantas medicinales, tienen muchos conocimientos que han sido adquiridos durante varios años en la vida cotidiana:

“...entonces yo vivía con mi abuelito [que era curandero]. Antes era todo un respeto. Mandaba a coger la Santa María, el Poleo, la Altamisa, mandaba a coger el cholo-valiente. El tenía sembrado todita esa cuesta. Entonces yo sabía para que es. Ya sabía el monte para el mal aire, el susto, porque el me decía que vaya a traer, cléveles, pensamientos de la pimpinela, me mandaba a traer las penas-penas y el toronjil, entonces eso era para el espanto. Claro curaba del espanto con montes amargos y daba de tomar los macerados de las flores o haciendo jarabe de flores o el fregado de flores. Eso también el decía depende del agua, cómo está primero, veía bien, yo decía: ¿qué vera él no? El cogía y veía la barriga y decía: “con bichos está”, entonces me mandaba a traer la hierba buena y la verbena, bueno en cada comunidad será diferente.”⁵⁸

“Claro que nosotros con las hierbas si podemos hacer todo, sí se cura, no digo que no, al menos yo solo con hierbitas he estado curando a los guaguas, sea por la diarrea, o sea por la tos. Por ejemplo yo curo a las mayorcitas que están con la neumonía. Dicen los doctores que la neumonía con suero hace lavar los pulmones, sale todos los mocos, así se sana. Ciertamente es, a veces cuando ya está avanzado, el campo no se puede hacer esas cosas. Por ejemplo, yo hago a las mayorcitas, mi madre tiene 89 años, tiene bastante tos, moquera, entonces yo qué hago. “Diosito que ella sane, no quisiera perderle a mi madre”. Yo compré leche de chivo, le puse toronjil, hierba buena, hierbaluisa, manzanilla, toda hierba que es caliente se pone una ramita, una ramita, en dos copitas de leche de chivo. Una copita se hace tomar, y una copita se pone con papel periódico, bien calentadito atrás y en la espalda se arroja y no se deja meter el agua, eso le pasa la tos, sea de guagua, sea de mayores”⁵⁹.

Otro de los roles importantes de las parteras tradicionales, fundamentado en la confianza que se han ganado, es la consejería familiar sobre salud sexual y reproductiva, y el fomento de los derechos de las mujeres y ciudadanos en general dentro de sus comunidades. Esto permite que sean un puente con la medicina occidental y los servicios de salud públicos:

“Las parteras en la comunidad han sido las primeras consejeras en la familia, es como un puente de enlace entre el personal de salud y la comunidad. Es consejera también en la planificación familiar, en salud sexual y reproductiva. Y si es que existe

⁵⁷ Entrevista Dr. Fernando Calderón – Salud Intercultural MSP

⁵⁸ Grupo focal parteras Chimborazo

⁵⁹ Ídem.

*violencia intrafamiliar, ellas es la consejera para el esposo, [aconseja] que no debe maltratar a su señora... Es la persona de mayor confianza de las parturientas. Porque si va un médico y dice "tiene que hacerse cesárea" no le creen, pero si va la partera y dice lo mismo lo hacen a ojo cerrado... yo considero que el rol de ellas va inclusive antes que el médico. Nos hemos dado cuenta que en cuanto a la confianza, las pacientes, las usuarias se sienten más cómodas cuando la partera está al lado del doctor con ellas"*⁶⁰.

*"Son consejeras de la familia. No solamente atienden el momento del control del embarazo, el parto, post-parto, sino que abarcan un ámbito más grande. Por ejemplo, si en la familia hubiese algún tipo de maltrato, o un cuidado inadecuado a la madre, al niño, son las parteras las que aconsejan a la familia, al esposo sobre el cuidado adecuado, sobre todo lo que se debería realizar para que este grupo tenga menos riesgos"*⁶¹

*"Yo no soy de veeduría, pero yo soy ciudadana, yo he dicho yo debo hacer esto. Cuando una señora está yendo con la receta, y ahora dónde comprar y no tiene dinero. Cómo van a dar una receta, estamos hablando de la maternidad gratuita, de qué hablamos entonces, hablo y borro con el codo, es que no hay ese remedio, entonces doctorcito, tiene que cambiar su recetario. Déme cambiando por favor, le estoy pidiendo. Entonces se van y cambian. Por eso yo siempre cuando tengo charla con las comadronas, les digo, ustedes son dueñas de las comunidades, y ustedes digan eso, que tenemos que exigirles, pedirles. Maternidad gratuita, ellos verán si consiguen los remedios donde sean. Ahora es más el miedo de que yo sí les denuncie, a mí si me reciben. Porque yo sí hablo por la radio, como ahorita estoy hablando, cojo el micrófono en la radio y hablo. Digo la persona que está agonizando, va a coger el turno, se muere, o le da un derrame. Que eso le atiendan. Ya me conocen más, no por lo que me quieren, sino por lo que denuncio si me dan rápido apertura. Yo voy llevando no más a cualquiera, por favor, ayúdenme a atenderle."*⁶²

Claramente son identificadas como lideresas de sus comunidades y cumplen también un rol de educadoras: "Yo diría que la partera aparte de brindar su atención es como una lideresa de la comunidad, es respetada y reconocida a nivel comunitario, y también se convierte en un puente para brindar información o conocimiento porque es muchas veces consultada junto con el promotor de salud acerca de los problemas de salud sexual y reproductiva"⁶³.

5.5. Dificultades que las parteras tienen en su actividad

Durante mucho tiempo las parteras tradicionales fueron estigmatizadas. Apenas en 1998 se empieza a reconocer y respetar la práctica de los saberes ancestrales, "porque antes de eso eran perseguidos taitas y mamas, y su ejercicio era clandestino, solo las comunidades sabían dónde estaban las mamas y taitas. Porque si algún médico se enteraba que han estado atendiendo partos o haciendo curaciones, los médicos iban y le denunciaban en las comisarías y los comisarios entraban y les cogían presos y sus implementos de trabajo, los

⁶⁰ Grupo Focal Personal de Salud - Esmeraldas

⁶¹ Entrevista Dra. Carmen Cadena - Casa Campesina Cayambe

⁶² Grupo focal parteras - Chimborazo

⁶³ Grupo focal personal de Salud - Sucumbios

elementos simbólicos eran cogidos en costales y eran botados a los ríos a las quebradas, o sea era una violencia terrible”⁶⁴.

Inclusive hoy en día, en algunos lugares continúa la persecución: “Como es en Zamora, cuando uno atiende parto, tiene que coger a testigos, que digan que la señora se ha enfermado en la casa, pero no tienen que decir que una comadrona ha hecho a dar a luz. Yo por eso ya son dos años, porque a mí sí me han rogado, yo voy a ayudar, cuando ya estén yendo a dar a luz les digo llamen un carro y vayan al hospital. Porque digo no me quiero meter en problemas, porque yo soy pobre, no tengo dinero para poderme defender. Entonces esa es mi idea. Yo les doy atendiendo, le doy manteando, ya está la guagua en camino, vean la camioneta y corran.”⁶⁵

Muchas veces el personal médico desacredita el trabajo de las parteras tradicionales y las responsabiliza de eventos injustamente: “Otra cosa que he visto es una campaña quizás no mal intencionada de parte del personal médico, que dice “por qué se va a la partera? Eso le pasa por irse allá, tiene que venir acá”, estamos responsabilizando a la partera de algo que ella no tuvo nada que ver, sino que son eventualidades que se presentan en cualquier persona, independientemente del parto sea en dónde sea”⁶⁶.

En algunos lugares, las plantas tradicionales que usan las parteras tradicionales para su trabajo están desapareciendo por efecto del deterioro ambiental en sus comunidades. “Las plantas medicinales que ellas utilizaban, o había unos instrumentos que ellas hacían manualmente, ya no es lo mismo, porque la misma contaminación del ambiente hace que el ambiente ya no sea limpio y puro como era antes. Entonces, por ejemplo, mamita siempre de los cantos de la acequia sabía coger la raíz de las plantas para hacer las aguitas, e inclusive para eso de la placenta, sacaba la raíz de chilca y eso. Pero ahora en la misma acequia de donde mamita o las parteras de por allá del Valle, cogían las raíces, ya está contaminado, porque ya hay basura, hay animales muertos, está contaminado.”⁶⁷

Las dificultades geográficas y la carencia de implementos (linternas, botas, poncho de agua, tijeras, y otros) y medios de transporte, dificultan el trabajo que las parteras tradicionales desarrollan en sus comunidades: “Sí hay dificultades para la parteras, tanto en la comunidad, el riesgo geográfico, la falta de apoyo, no hay ambulancia... son dificultades que tienen que sortear y son datos que se ignoran y no entran a estadística”⁶⁸

Algunas tareas impuestas por el personal de salud a las parteras comunitarias no toma en cuenta la forma como tradicionalmente las parteras se han relacionado con sus pacientes: “[Normalmente] Las mujeres embarazadas buscan a las parteras. Y ahorita está cambiando en Otavalo y en otras comunidades: el personal de salud obliga a las parteras que vayan buscando dónde están las mujeres embarazadas. Entonces hay que entender. Por una parte es buenísimo que las parteras vayan identificando quienes son mujeres embarazadas, pero muchas embarazadas no confían en esas parteras. Dicen “cómo así viene pues señora a visitarme a mí?” “Yo me voy donde otra señora”. A veces la partera de la misma comunidad

⁶⁴ Entrevista Mario Bustos - ECUARUNARI

⁶⁵ Grupo focal parteras - Chimborazo

⁶⁶ Grupo focal personal de Salud - Esmeraldas

⁶⁷ Entrevista Ofelia Lara - CONAMUNE

⁶⁸ Grupo focal personal de Salud - Esmeraldas

no es utilizada, [las mujeres] se van a buscar otras. A veces de otras comunidades vienen donde la partera, según la confianza que tienen...”⁶⁹

5.6. Relación de las parteras con otros sanadores de la comunidad

La gran mayoría de agentes tradicionales de salud respetan y valoran los conocimientos especializados de cada uno de los sanadores comunitarios y trabajan de forma cooperativa: “Ahí está el que friega los nudos, más especializados. Todos sabemos poco, poco, pero algunos como los doctores se especializan solo en nudos. Ellos saben cuando ya tienen líquidos, ya son muy mayores, ellos saben qué clases de remedio. Yo no hago eso. Sí doy masajes de relajación, le curo los simbrositos, sé que es disloque, pero a mis hijos he curado, no me meto a curar a la gente. En cambio el que es ya especializado en eso. En Nabón hay el taita Gilberto, ellos le curan. Otros son especializados solo en limpias. Ellos saben diagnosticar. Otros están especializados en el diagnóstico del cuy, otro vuelta le curan con el cuy, con el huevo, con la vela, con la orina. Para no pelear así, nuestra estrategia es buena, reunir con toditos, y con toditos hacemos la reunión.”⁷⁰

Una de las parteras de la provincia de Sucumbíos explicaba que existen buenas relaciones con los otros sanadores tradicionales y que existe cooperación en el trabajo. Además agregó que en el sistema de salud tradicional de sus comunidades existe una jerarquía, en la que el curandero es la máxima autoridad en medicina tradicional: “Hay parteras que se llevan muy bien con los curanderos, entonces detecta con la limpieza con cuy, se puede saber si la persona está con mal hecho, puede identificar y con eso entonces la partera le manda donde el curandero para que le limpie. Una vez que está limpiada, curada, ahí la partera endereza la posición del niño, y si es que tiene algún problema lleva al hospital. Entonces es una cadena. A veces eso también no se entiende, que hay un sistema de medicina, dentro de eso para nosotros en las comunidades el curandero es la máxima autoridad, como médico especialista. La partera es como un ginecólogo. Y de ahí siguen otros procesos. Hay una jerarquía. Como un servicio de salud. Eso es lo que hay que entendernos mucho. Entre yachaks y parteras tienen sus amistades, entonces la partera le hace una referencia al curandero, y el curandero hace referencia a la partera, y la partera al hospital, es una cadena”.⁷¹

Para uno de los dirigentes indígenas entrevistados, la jerarquización entre los agentes tradicionales es producto de factores externos, pero afirma que predomina la integración de saberes y la relación flexible y cooperativa entre los sanadores comunitarios, inclusive a nivel regional: “En algunos casos sí han habido jerarquizaciones entre los sanadores, cuando ha habido influencias externas, pero generalmente se da una integración de los saberes y una relación muy flexible. Si una mama partera sabe que la persona necesita de los saberes mas especializados de un taita, le refiere hacia el. Incluso se hacen referencias a taitas o mamas de otras comunidades o provincias”⁷².

En los lugares donde no existen yachaks, las parteras son también curanderas de la comunidad. Para los casos que requieren la atención especializada de yachaks u otros

⁶⁹ Ídem.

⁷⁰ Grupo focal parteras Chimborazo

⁷¹ Grupo focal parteras Sucumbíos

⁷² Entrevista Mario Bustos - Ecuarrunari

especialistas, existen redes de sanadores a nivel regional. Este intercambio regional en la atención de salud tradicional se fundamenta principalmente en la confianza. “En nuestra zona no hay yachaks reconocidos. Las mismas compañeras parteras son curanderas, todas realizan la limpia del mal aire, del espanto, algunas incluso son sobadoras, colocan huesos. Pero cuando ya es mal de la calle buscan a los yachaks, pero fuera de nuestro cantón, y son ellas mismas las que refieren y llevan a los pacientes, igual que con el sistema occidental, a los otros sanadores. Como que sí hay esa jerarquía, y esa relación se realiza más bien por afinidad o por confianza. Porque unas compañeras prefieren irse a Sto. Domingo llevando a los pacientes. Otras van a Urcuquí. Otras van por el Lago San Pablo. Otras van a Imantag. Es según ellas van viendo y se van articulando con otros prestadores. De lo poquito que he visto, no es que les llevan a un yachak de aquí mismo del cantón, no le refieren, sino que le van llevando fuera. Cuando una partera no es sobadora, recomiendan a otro sobador de la misma comunidad o fuera, igual por afinidad, porque le conocen, saben que es bueno por referencias” (Casa Campesina Cayambe)

Los casos de celos y competencia entre agentes tradicionales de salud han sido más bien focalizados: “En mi comunidad (Santo Domingo de los Tsáchilas) si hay bastante recelo, en mí no, porque no me cuesta nada decirles cuando están embarazadas, hazte tal agüita. Pero también hay personas que no les gusta compartir, con los compañeros Tsáchilas igual, ellos dicen que estamos haciéndoles la competencia” (grupo focal parteras Esmeraldas)

La organización y las iniciativas de encuentros e intercambios de conocimientos entre agentes comunitarios de salud han logrado mantener la unidad y la cooperación, superando los celos eventuales: “Sí hay celos. Pero ya cuando entramos en un círculo que vamos a capacitarnos, por ejemplo, ahora que Nabón, Sigsig, en Pucará tenemos círculos de compañeras. Ahí sí vamos conociendo que debemos ser todas una sola. Y abrazados y jalados de la mano hemos de salir adelante, yo les digo a mis compañeras. Yo hago un juego, que cogidos de la mano, viene un huracán, a ver si nos podemos soltar, no nos podemos, porque estamos toditos agarrados de la mano. Pero si estamos desunidas aquí, viene un viento, el uno se ha de ir a un lado, el otro al otro lado, hemos de caer toditos. Eso digo la organización de mujeres, la organización de parteras. Nosotros no despreciamos, por ejemplo, en Nabón, no invitamos solo a las parteras. Todos los que son agentes de medicina”. (Grupo focal parteras Chimborazo)

5.7. Relación con el personal de Salud

La percepción generalizada de las parteras tradicionales, dirigentes sociales, incluso del propio personal de salud de las Direcciones Provinciales, es que el personal médico no valora y respeta su trabajo. Por ejemplo, no se les permite la entrada a las unidades operativas para realizar el acompañamiento de las mujeres que refieren a la red de servicios públicos. El maltrato muchas veces empieza desde la actitud del conserje de la unidad operativa:

“...si llega una mama partera, el conserje o el guardia del hospital, le dicen que no puede entrar, que si no tiene carnet, que tiene que llamar al médico para que le den autorización para que pase. Entonces desde ahí ya empieza a ser discriminada la compañera, desde la puerta. Y adentro también, las auxiliares, el personal médico no logran entender todavía el rol que deben cumplir. (ECUARUNARI)

“Ahora ver desde lejos a nosotras como a un perrito, desde lejos, al de menos viendo con el sombrero, con una faldita de este vestido, vaya, vaya afuera, aquí no hay nada. Qué es usted, madre, hija, o familiar. Nosotros somos parteras. Dos tres horas sabe estar esperando”(Grupo focal parteras Chimborazo)

“Con la adecuación cultural, la visión desde la institución era decir a la partera que traiga todos los partos al hospital, y ella solamente tiene que registrar, tiene que saber quién es la embarazada, incluso poner en la casa un rótulo para controlarle, pero para el parto sí al hospital. Pero aún así, hasta ahora siguen atendiendo en las comunidades. Porque las usuarias mismas no quieren irse. A pesar de que va a estar la partera [en el hospital]. Un caso cuenta la partera que ella dice a la parturienta “como están haciendo la adecuación cultural del parto, vamos a que atienda allá” Acepta la parturienta. Se va al hospital, llega, entra, y como siempre la partera entra hasta la puertita nomás, le dicen “aquí nomás, no entres”, y la usuaria solita adentro. Después de experimentar ese extraño mundo sola, estaba arrepentida de haber aceptado ir al hospital, cosa que tuvo que reclamar a la partera “vea, yo creí que me va a atender Ud., y Ud. más bien viene dejándome ahí”. Ahora sí nunca más voy al hospital” (PS Chimborazo).

Algunas de las parteras tradicionales consultadas pusieron especial énfasis en la confianza que debe existir de parte y parte: “A veces no nos dejan entrar a los centros de salud, dicen que están ocupados. Más bien mandan botando los médicos, y dice ustedes vienen haciendo mal a la parturienta. Y de gana son parteras y mandan botando, en vez de preguntar cómo fue. A veces una no se tiene confianza con los médicos también. Lo bueno sería que los médicos tengan confianza en las parteras y las parteras en los médicos, eso sería lo bueno” (Grupo focal parteras Sucumbíos).

Otra de las parteras tradicionales exigía un trato cálido en las unidades operativas, y agregaba que la desconfianza que tienen las parturientas hacia los servicios públicos de salud se debe en gran parte a esto: “Eso cuando yo estuve en foro y me invitaron, gracias a dios, yo les dije, con el perdón de todos ustedes doctores. Qué significa la calidez para ustedes. Calidez es de ponerse ropa buena, estar presentado, para mi la calidez es esto, venga mi vida cómo está, pase, pase, no le puedo a atender enseguida, pero ya le atiendo, no le pasa nada, está muy bien, todo le va salir bien, eso es calidez. Le da un alivio. Espere va a tener un lindo niño, qué hermoso va a ser, qué importante es ser madre. Parece que le quita un poquito del dolor también.” (Grupo focal parteras Chimborazo)

Además, algunos de los de los asistentes al grupo focal con personal médico en Riobamba afirmaron que muchas veces las parteras tradicionales se sienten usadas por la red de servicios de salud públicos, puesto que su rol se reduce a referir pacientes a las unidades operativas. De igual manera, en ocasiones las unidades operativas no les reconocen como parteras, sino como un acompañante más:

“Va con el paciente al hospital y le dejan afuera, así le diga ‘yo soy partera’. Dicen que la partera no debe estar ahí, que el trabajo sólo es del médico. [Con el trabajo de adecuación cultural del parto en Chillanes] había bastante resistencia a eso, por

ejemplo, los médicos no querían que la partera esté ahí juntamente con el médico atendiendo el parto a nivel del hospital, no permitían eso. Las parteras simplemente tenían que llevar a las parturientas al hospital para que el personal atienda el parto. El personal del hospital quiere capacitarse como partera, para ellos atender el parto como partera, en la forma cómo atiende la partera en el parto vertical. [Quieren aprender para ellos exclusivamente atender el parto] Que las parteras sólo se utilicen para que lleven a las parturientas al hospital y nada más. Siempre dicen eso, [pero] 'que el médico y la partera estén ahí atendiendo el parto, no!' No aceptan. Hay mucha resistencia" (PS Bolívar).

"En Ambato se está suscitando que las parteras dicen "Cómo vamos a ser solamente utilizadas, sólo hasta llegar al centro materno del Área 2, o sino en el hospital básico de Pelileo, solamente lleven a las pacientes hasta la puertita, de ahí regresen". Mejor el mismo personal del hospital de Pelileo está pidiendo que ellos sean capacitados y ellos atender el parto vertical y que "para qué las parteras?" dicen... Claro que en el centro de salud #2 en Ambato las parteras sí entraban, pero ahí las parteras se ponían su bata verde, o sea adaptándose a lo que es el parto occidental, o sea, a la sala de partos no entra nomás cualesquiera. Las parteras decían "cómo yo me voy a estar poniendo encima de mi anaco, o encima de mi chalina, o sacarme, me dicen 'saque, saque esas cosas y póngase la bata verde, y si quiere acompañar así tiene que entrar'" Esas cosas les molestan a las parteras. Y cuánto les esta pagando? Solamente recibe maltratos. Y cuál es la recompensa? "Muchas gracias, siga mandando a las pacientitas, siga mandando acá", como que fueran unas empleadas, son solamente utilizadas. (PS Tungurahua)

En otros casos, después de un largo y difícil proceso, se ha permitido el ingreso de las parteras a las unidades operativas para el acompañamiento de las parturientas, y ha habido un empoderamiento de las parteras tradicionales. Esto sin embargo, está limitado por la rotación constante de personal médico, que rompe con los procesos ya iniciados. "Son cosas que al principio costaron mucho pero ahora hay una apertura mucho mayor, por ejemplo, a las parteras tanto en el hospital de aquí como en el hospital de Tabacundo, ya les identifican. Van y ya pueden hablar con los médicos, ellas también están un poco más empoderadas y dicen "miren, soy partera", ya no hay el temor de quedar con la paciente, cuando ellas llegaban al hospital con la paciente ellas no decían nada, acompañaban porque ese es su rol, pero no se identificaban por el temor a ser discriminadas, a ser maltratadas. Ahora no. Se identifican y llegan con las pacientes. Una de las dificultades que le veo yo es el cambio de personal del MSP. La rotación frecuente. No siempre hay personas que están abiertas, de pronto hay 3, 4 años que llega personal que es muy abierto al trabajo de las parteras, pero de pronto un año llega alguien que no está de acuerdo. Entonces es como un borra y va de nuevo. Eso por ejemplo, ha entorpecido, porque nosotros hubiésemos conseguido mucho más yo creo en este proceso" (Casa Campesina Cayambe)

Existen experiencias de trabajo articulado entre parteras y personal de salud, como por ejemplo, en Loreto, provincia de Sucumbíos, en Otavalo, provincia de Imbabura, y en San Gregorio, provincia de Esmeraldas.

En el Hospital San Luis de Otavalo, una de las personas consultadas nos relató la manera cómo las parteras tradicionales se han articulado a este lugar: “La partera cumple un rol muy fundamental en la unidad de salud porque gracias a ella se puede localizar personas que tienen factores de riesgo o mujeres que están por dar a luz. Ellas son los primeros que nos comunican y trasladan a la paciente al hospital. En el hospital San Luis las parteras están asignadas para ingresar a las unidades, son ellas quienes acompañan toda la labor de parto, brindan masajes, brindan aguas medicinales, dan consejería de la respiración, cómo tienen que hacer los movimientos en la pelota de goma, cómo tienen que pujar, o sea le preparan psicológica y espiritualmente a la paciente que va a dar a luz. Posteriormente a eso, junto con la compañía del médico y los familiares de la paciente, la partera ingresa a sala de partos. La paciente es atendida como ella quiera, en la posición que ella quiera, y es la señora partera la que le va guiando. Uno de las dificultades que tiene el personal médico es el idioma. Entonces la señora partera es fundamental en la traducción del profesional hacia la paciente. Yo considero que la partera es alguien fundamental para la comunicación entre la comunidad hacia la unidad de salud” (PS Imbabura).

De igual manera en el Centro de Salud de San Gregorio en Esmeraldas: “En nuestra comunidad hay mucho acuerdo entre el médico y la partera. La partera entra, la partera trae su paciente, el médico se queda sentado, pregunta que pasa, el médico se queda pendiente de algún medicamento para la chica, la partera atiende el parto. En ese sentido están unidos. [pero cuando cambian los médicos, cuando rotan?] La enfermera ve que el médico llega, presenta a sus parteras: “las señoras atienden partos aquí, espero que les respeten Uds., para que ellas también las respeten, aquí no es que yo soy el médico y Uds. las parteras, aquí todos somos iguales” entonces el médico va entrando y sabiendo que la señora que está allí tiene que ser respetada, comparten las mismas cosas, si ve que puede valorar a la chica, si hay algún problema, la atiende, pero la partera ocupa su lugar y el médico tiene que apoyarla” (Grupo Focal Parteras Esmeraldas)

“Bueno yo, de los médicos no tengo quejas porque todos los días llegan ellos al subcentro de salud de San Gregorio (Prov. Esmeraldas), yo trabajo con ellos allí y para mí no hay ninguna dificultad, porque ellos mas me han capacitado, en poner una inyección, en ver cómo se pone un suero, o sea que yo hago lo que más puedo. Allí llevo trabajando año y medio. Desde el principio cuando refería a una paciente me trataban bien, y hasta ahora tratan bien a los pacientes. [¿Ud ha atendido partos ahí?] Allí he atendido partos, y me ha tocado un parto de una paciente que llegó y el doctor era aprendiz, la chica estaba mal, ya la iban a sacar a Muisne. La chica a lo que le venían los dolores ella pujaba y no pudo, la criatura se le venía para atrás, solo para atrás, y ella me alza a ver con qué desesperación y me dice: “solo en Ud. tengo esperanza”. Y el doctor, “no, que ya está arreglada la camilla para llevarla”. Le digo doctor: “me disculpa, deme 5 minutos nomás, si en 5 minutos no hay nada entonces puede sacarla”, dice ya, ya, me dio los cinco minutos y antes de los 5 minutos la criatura nació, cuando le cogen los pujos yo le pongo la mano por detrás, y esa criatura de una salió por delante, porque ya se le veía el pelito de la criatura, y yo con todo el valor le puse la mano por delante y de ahí para delante los doctores mas confianza me dieron”. (Grupo Focal Parteras Esmeraldas)

En otras experiencias locales, la vinculación se ha dado por medio de capacitaciones o reuniones en que las parteras adquieren conocimientos del personal de salud, como en el

caso de la Casa Campesina en Cayambe: “Nosotros como Casa Campesina más que capacitación hemos realizado un trabajo acompañado. Tanto nosotros los médicos, como las compañeras parteras hemos intentado trabajar paralelamente, conjuntamente. Nos reunimos una vez cada mes, antes lo hacíamos bimestralmente, luego por solicitud de ellas cada dos meses, y en los últimos cinco años lo venimos haciendo mensualmente. En estas reuniones lo que se hace es, primero, cada una [de las parteras] cuenta cuántos partos ha tenido, qué problemas, qué dificultades, cuántos controles de embarazos, si nació algún niño con alguna deformidad, y qué hacer frente a estas circunstancias especiales. Si fue un parto normal sin complicaciones, se sigue contando la experiencia, pero si hay algo que sale fuera del contexto normal, entonces ahí nos detenemos, las compañeras parteras que ya tienen más experiencia dicen “no, en este caso, por ejemplo, se retuvo la placenta, no hay que esperar más de tanto tiempo, en este tipo de problemas utilizamos tal planta medicinal que es más efectiva, mezclando con esto y con esto, y ahí rápido, rápido solucionamos el problema. Y nosotros también como médicos decimos lo que hay que hacer, no esperar más de tanto tiempo, e ir reforzando todo lo que son señales de peligro” (Dra. Cadena. Casa Campesina Cayambe)

Otra de las experiencias de vinculación entre parteras y personal de salud se refiere a la cooperación que han mantenido con los anteriormente llamados Equipos Básicos de Salud (EBAS), ahora Equipos de Atención Primaria, unido a las capacitaciones y apoyo brindado por Salud Intercultural a nivel provincial: “Ahorita las parteras hacen como una especie de censo y le dan al personal de salud de la unidad operativa más cercana, a los EBAS. Ellos están coordinando así. Cuando es difícil trasladar a la mujer que tiene su parto, son atendidas por las parteras. Ha habido complicaciones, ha habido muertes maternas por la situación de lejanía. La mayor parte de casos resuelven las mismas parteras. Como equipo de Salud Intercultural estamos capacitando a las parteras, que conozcan los signos de alerta. Incluso están haciendo referencia, dicen [a las mujeres] “tienen que irse donde el médico” para que reciban las vitaminas, las vacunas. Esa es la función de las parteras en nuestras comunidades ahorita. También como Salud Intercultural estamos apoyando a las parteras, dándoles gasa, algodón, alcohol, guantes, para que en el momento que no puedan trasladar a la paciente a la unidad operativa, ellas puedan resolver. Nosotros hemos hecho una especie de formularios para que ellas [las parteras] llenen con los nombres de las mujeres que han atendido, las fechas, todo eso, y recibimos. Incluso hemos mandado a hacer maletines para cada una de ellas, para que puedan ellas sentirse cómodas, aunque no tengan remuneración” (PS Zamora Chinchipe).

En algunos lugares la cooperación con el (ex) EBAS se ha consolidado y ha dado pie a la formulación de propuestas de atención más integrales a nivel local: “Nosotros estamos hablando en este caso de una red cantonal con base comunitaria conformada por el personal comunitario de salud, y las organizaciones de la comunidad, que están ya relacionándose con los diferentes equipos básicos de las unidades operativas [EBAS], sean estas del MSP o también del Seguro Social Campesino” (Casa Campesina Cayambe)

6. PROPUESTAS DE LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS GENERALES PARA LA DEFINICIÓN DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

La definición del rol de la parteras en el SNS constituye una oportunidad para caminar hacia la creación de un estado plurinacional e intercultural, que satisfaga el derecho legítimo de los pueblos y nacionalidades del Ecuador a preservar y desarrollar sus sistemas tradicionales de salud y fomente la creación de modelos interculturales de salud. Las reformas constitucionales abren paso a la creación de un enfoque que contribuya sustancialmente a garantizar la SSR de mujeres y recién nacidos en el país, en base a la cooperación y complementariedad entre los sistemas de salud ancestrales y convencionales. Para ello partimos de cuatro premisas fundamentales:

- El Estado ecuatoriano es plurinacional e intercultural y reconoce y garantiza los derechos colectivos, entre los cuales se encuentran el derecho a preservar y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.
- Los sistemas tradicionales de salud están plenamente vigentes en el país y cumplen un rol estratégico en la atención materno y neonatal.
- La definición del rol de las parteras apunta hacia la progresiva institucionalización⁷³ de los sistemas tradicionales de salud, y la redefinición de los marcos institucionales de los servicios estatales de salud.
- El aseguramiento de los derechos fundamentales de la madre y el recién nacido requieren de un trabajo cooperativo y complementario entre los diferentes sistemas de salud.

Consecuentemente, la definición del rol de las parteras en el SNS debería inscribirse en el marco de una alianza estratégica de carácter plurinacional e intercultural entre el Estado y los sistemas tradicionales de salud del Ecuador para garantizar los derechos en SSR. Las líneas estratégicas para la definición del rol de las parteras tradicionales en el SNS incluyen: a) el reconocimiento y fomento de los sistemas ancestrales de salud; b) el fomento de espacios y acciones de carácter intercultural entre los sistemas médicos ancestrales y el convencional; y c) la promoción y apoyo a otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi).

6.1. Línea Estratégica 1: Fomentar los Sistemas Tradicionales de Salud (Plurinacionalidad)

El reconocimiento de la plurinacionalidad plantea el reto de reconocer y organizar los sistemas tradicionales de salud comunitarios, es decir, institucionalizar los componentes de estos sistemas que históricamente han actuado de acuerdo a sus formas consuetudinarias de funcionamiento social, simbólico y ritual, pero que no han sido formalmente reconocidos.

El fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales es una condición indispensable para que el diálogo intercultural que se requiere establecer entre sistemas de salud diversos se dé de manera horizontal y con equidad. Las acciones de fomento involucran primeramente el rescate, conocimiento y apoyo de los saberes y cosmovisiones en cuanto a salud:

“Hay que fortalecer los sistemas médicos tradicionales, no es solo parteras por ahí y allá. Hay toda una cultura etnomédica. Hay poderosas redes shamánicas, hay saberes

⁷³ Por institucionalización entendemos la generación de condiciones para el reconocimiento y funcionamiento de los sistemas tradicionales de salud en igualdad de condiciones, incluyendo marcos legales para su operación dentro del sistema de salud, apoyo para su difusión, mantenimiento y desarrollo, acreditación y reconocimiento de sus agentes, etc.

propios, que tienen variedad de agentes jerarquizados, con poderes diversos, especialistas como shamanes, desde la curación comunitaria. Existe un sustrato ideológico, hay una cosmovisión, hay una manera de entender el proceso de salud-enfermedad. Si yo rescato una partería, estoy rescatando sus agentes, pero tengo que rescatar su cosmovisión, la forma que curan, el buen comer, el buen pensar, el buen sentir, el buen hacer. Tengo que rescatar la complementariedad, la reciprocidad, sin reciprocidad no hay cultura.”⁷⁴

Tomando prestado las nociones que utiliza la institucionalidad para definir el sistema de salud oficial, podemos distinguir también en estos sistemas tradicionales de salud modelos de atención, que incluyen: tipo de relación entre los agentes tradicionales de salud y sus pacientes, saberes, prácticas, sistemas de creencias y ritualidad, etc. Además están organizados en una red de servicios públicos tradicionales/comunitarios que ofrecen un conjunto de prestaciones ancestrales a la población. De ahí que este proceso de institucionalización debe reconocer, respetar y fortalecer los modelos, servicios y prestaciones de salud tradicional.

Fortalecer los sistemas de salud tradicionales requiere de inversión y apoyo en la investigación de las prácticas de la medicina de salud ancestral, tanto para su rescate y desarrollo⁷⁵:

“Para fortalecer es necesario primero conocer, sistematizar, documentar, porque mucho del sistema tradicional indígena es oral. Se conoce de generación en generación. Dentro de las comunidades, ya pocas son de difícil acceso, al menos en Sucumbíos. Las comunidades se van occidentalizando y se va perdiendo lo ancestral. [Hay que] sistematizar y difundir para que se conozca y se respete. [Para fortalecer] tal como ahora todos estamos en el SNS, así mismo también debería haber las partidas para fortalecer el trabajo que están haciendo nuestros sanadores. Ese también sería el trato igualitario y de respeto. Nosotros [desde Salud Intercultural] hemos tenido muchas reuniones, y todos dicen que se debe crear la partida presupuestaria para agentes tradicionales de salud. Que se reconozca el trabajo. Ese es el pedido en todas las organizaciones”⁷⁶.

En este sentido es indispensable aplicar otras medidas complementarias que han surgido de los diálogos sostenidos con las propias parteras y que definirían nuevos roles de estas en sus comunidades, como la creación de:

- Centros de investigación y rescate de los saberes y las prácticas ancestrales
- Centros de formación de parteras
- Casas de salud tradicional para la atención del parto tradicional y el intercambio de conocimientos de las parteras comunitarias, donde podrían articularse las dos iniciativas antes mencionadas.

⁷⁴ Entrevista Dr. Fernando Calderón – Salud Intercultural MSP.

⁷⁵ Entre las medidas para el fortalecimiento de los roles tradicionales de las parteras, se han identificado, por ejemplo, el apoyo para mantener y producir huertos personales y comunitarios de plantas medicinales.

⁷⁶ Grupo Focal Personal de Salud - Sucumbíos

Esta nueva institucionalidad debe cuidar que, tanto en el diseño como en la aplicación, se respeten y fomenten los sistemas de salud tradicional y las particularidades culturales locales.⁷⁷ Los sistemas tradicionales de salud deberán implementar también mecanismos participativos para el seguimiento y evaluación, incluyendo el rol de las parteras en sus propios sistemas tradicionales de salud.

6.2. Línea Estratégica 2: Fomentar los espacios y las acciones interculturales entre los sistemas de salud ancestrales y el convencional (Interculturalidad):

Esta línea estratégica fundamental se refiere al reto de construir un Estado intercultural como lo prescribe la nueva Constitución Política del Ecuador. Básicamente debe trabajar en la consolidación de modelos de salud intercultural en dos espacios diferentes:

1. En la comunidad:

Aunque en este espacio prevalecen los componentes y dinámicas de los sistemas tradicionales de salud fortalecidos e institucionalizados, es indispensable fortalecer los vínculos interculturales para garantizar los derechos en SSR de las mujeres y recién nacidos de estas comunidades, conducentes a la atención segura del embarazo, parto y posparto (parto limpio, identificación de señales de riesgo en el embarazo y el parto que puedan ser oportunamente referidos a unidades operativas del MSP -sistema de referencia y contrarreferencia-, y la definición de un plan comunitario de acción para las emergencias obstétricas).⁷⁸ En este proceso, los sistemas tradicionales de salud también se enriquecerán de los conocimientos y técnicas occidentales.

Otras iniciativas que también podrían desarrollarse en el marco de los modelos interculturales de salud a nivel comunitario tienen que ver con la elaboración de planes y estrategias conjuntas entre el personal médico y los agentes tradicionales de salud, para la consejería, promoción y prevención comunitaria en SSR, en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., respetando los conocimientos ancestrales y valores comunitarios. Las parteras además podrían participar en el diseño y aplicación de los sistemas de información en coordinación con la red de servicios estatales (censo mujeres embarazadas, nacimientos, muertes madres y neonatos).

Todas estas actividades deberán acordarse y coordinarse progresivamente con la institucionalidad en construcción de los sistemas tradicionales de salud, y deberán definirse en el marco del respeto y el diálogo de saberes a través de “talleres de intercambio continuo de conocimientos”, en los que se promueva la consecución de acuerdos locales interculturales que garanticen la sostenibilidad de las iniciativas.

Otro asunto relevante tiene que ver con la posible incorporación a los sistemas tradicionales de salud (partería) de nuevos conocimientos, prácticas y tecnologías pertenecientes al sistema médico occidental. Esto deberá hacérselo respetando los derechos colectivos y como resultado de un proceso deliberativo y negociado con los SST. Además se requerirá el consentimiento previo, libre e informado de los agentes tradicionales de salud y organizaciones comunitarias. Se valorarán, desde luego, los conocimientos respaldados por

⁷⁷ Por ejemplo, los sistemas orales de comunicación o valores comunitarios como la reciprocidad y la solidaridad.

⁷⁸ Para este objetivo es necesario desarrollar otras políticas que fortalezcan los sistemas de comunicación y transporte comunitarios.

la investigación y los avances tecnológicos dirigidos a asegurar la vida de las madres y los recién nacidos. En los casos que sean necesarios se deberán realizar estudios e investigaciones de tipo cultural, y científico médicos previos, con la participación de los agentes tradicionales de salud, para garantizar que no se socaven los derechos colectivos.

2. En las unidades operativas.

Históricamente la relación entre parteras tradicionales e instituciones de salud en el país se ha caracterizado por una posición de subordinación de las primeras frente al personal de salud que atiende en establecimientos, lo cual se hace particularmente palpable cuando las parteras acuden en compañía de sus pacientes en casos de complicaciones obstétricas. Las posibilidades de participación de las parteras al interior de los establecimientos de salud han sido mínimas y, en el mejor de los casos, el accionar de las parteras en estos espacios ha estado limitado a brindar apoyo emocional a las parturientas referidas en casos complicados.

No obstante la rigidez de este panorama, en épocas recientes han habido iniciativas locales de implementación de modelos interculturales, patrocinadas tanto por el Estado, como por organizaciones indígenas y agencias de cooperación, que involucran la participación de parteras tradicionales en la atención institucional de la salud materna. Estas experiencias han permitido que tome cuerpo entre diversos actores la propuesta de incluir dentro de los servicios de atención primaria a las parteras tradicionales.

Parteras tradicionales consultadas, y representantes de organizaciones sociales e indígenas, han sido claros al proponer que las parteras puedan -de acuerdo a la demanda local-, incorporarse a las unidades operativas de salud para brindar atención obstétrica conjuntamente con el personal de salud.

Para las parteras tradicionales a favor de esta propuesta, y que tienen experiencia de atención en centros de salud y hospitales del país, el trabajo que ellas realizan en los establecimientos tiene gran importancia debido a la confianza que brindan a las pacientes indígenas que acuden. Son las parteras quienes ayudan a las mujeres que no hablan castellano y que se encuentran ante un sistema de atención radicalmente distinto al de sus hogares y comunidades. En algunos lugares, como Otavalo, Esmeraldas y Loreto, las parteras incluso han optado por atender partos en los centros de salud, cumpliendo turnos rotativos entre parteras de distintas comunidades. En cada localidad e institución las experiencias de atención institucional de las parteras han sido variadas, pero han servido para identificar pautas de cómo debería organizarse un servicio de atención materna propiamente intercultural.

La definición del rol de las parteras en las unidades operativas es la oportunidad para constituir propiamente modelos interculturales de salud, en el que se promueva la atención conjunta del embarazo, parto y posparto entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico. Además de otras prestaciones como la atención de diferentes problemas de salud (espanto, mal aire, limpias, etc.) y consejería en SSR y otros temas.

Estos modelos interculturales de salud deberían garantizar que los componentes del Sistema tradicional de salud y del parto tradicional puedan participar en las Unidades Operativas

(U.O.) en igualdad de condiciones (Saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales.) Bajo este marco se deben plantear las adecuaciones culturales en las U.O. Al igual que los modelos de atención interculturales en la comunidad, estas actividades deberían definirse en “Talleres de intercambio de conocimientos” con el propósito de llegar a consensos y permitir la sostenibilidad de cada una de las iniciativas. Otras medidas complementarias que podrían desarrollarse en las unidades operativas son la adecuación de huertos medicinales tradicionales e investigaciones conjuntas entre los sistemas tradicionales de salud y el MSP en saberes ancestrales (coordinados con los programas de investigación definidos por los sistemas tradicionales de salud).⁷⁹

Finalmente, tomando en cuenta la preocupación surgida en los grupos focales, se debería garantizar que durante el tiempo en el que las parteras tradicionales atienden en las Unidades Operativas, exista otro grupo de parteras que estén en sus comunidades. Esto requiere un trabajo coordinado entre la comunidad y las unidades operativas.

6.3. Línea Estratégica 3: Promover y apoyar otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi)

El Jambi Huasi se creó en Otavalo en 1984 por la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI), para ofrecer un servicio de salud dirigido a la población indígena excluida del sistema de salud oficial (Rodríguez:2008). Este modelo de atención ofrece complementariamente prestaciones de la medicina tradicional y occidental, dirigidas a la población de las áreas urbanas y rurales perteneciente a los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como a la población mestiza que así lo requiera. En estos espacios pueden definirse estrategias múltiples, que ofrezcan la atención tradicional del parto o la atención intercultural (atención conjunta entre el sistema occidental de salud y los sistemas tradicionales de salud).

6.4. Ámbitos de Aplicación de las Líneas Estratégicas y Roles de las parteras en el SNS:

El trabajo actual de las parteras tradicionales en el país ocurre alrededor de tres espacios diferentes, dentro de los cuales se debe llegar a definir su rol: a) la comunidad; b) unidades operativas del MSP; y c) Jambi Huasi que conjugan sistemas de salud.

Las tres líneas estratégicas expuestas guiarán la definición de los roles de las parteras tradicionales en cada uno de estos ámbitos, generando propuestas que combinen, en cada espacio con un énfasis diferente, la plurinacionalidad, los derechos colectivos y la interculturalidad.

a) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Comunitario

Roles Tradicionales:

⁷⁹ Las investigaciones deben hacerse respetando los derechos colectivos, sobre todo el relacionado con el art. 57, numeral 12.

- Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales
- Atención de otros problemas de salud (espanto, mal aire, limpias, etc.)
- Lideresas comunitarias (orientadoras espirituales de sus comunidades)
- Guardianas y reproductoras de la cultura, los saberes ancestrales y la memoria colectiva de las comunidades

Nuevos Roles en los Sistemas Tradicionales de Salud:

- Investigación y rescate de saberes y prácticas ancestrales
- Formación a jóvenes de sus comunidades en partería tradicional
- Facilitadoras de Talleres de Intercambio de Conocimientos con otros prestadores tradicionales.

Roles de Vínculo con los Equipos de Atención Primaria

El rol de las parteras en el ámbito comunitario incluiría no sólo las prácticas de salud tradicionales que históricamente han venido realizando, sino también su participación en una estrategia de atención intercultural, que involucre el trabajo con los Equipos de Atención Primaria del MSP. Esto implicaría acciones conjuntas entre estos equipos y las parteras en varios aspectos:

- Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;
- Atención conjunta a mujeres embarazadas;

En la práctica, esta colaboración entre los Equipos de Atención Primaria y parteras tradicionales se traduciría en una forma de atención conjunta y complementaria:

“[Lo importante] sería el acompañamiento que el equipo básico de salud del área de influencia dé para acompañar a la partera comunitaria; que esté pendiente de las personas que ella está atendiendo y que lo haga complementariamente, conjuntamente. Si la compañera partera está siendo su chequeo prenatal para acomodar al recién nacido, nosotros los médicos lo hacemos para tomar signos vitales, para mirar, para complementar, de pronto si hay anemia y todo lo demás. La compañera partera lo hará para aconsejar en cuanto a la alimentación sana, la vestimenta, el cuidado de la familia y todo lo demás. Creo que esa complementariedad, y ese acompañamiento, y esa cercanía debería darse desde los mismos equipos básicos. Ese sería uno de los roles fundamentales que el MSP tiene que asumir en este momento”.

- Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas;

Las parteras deberían conocer un conjunto de prácticas biomédicas básicas para fomentar un parto seguro, a través del intercambio de conocimientos con el personal de salud occidental que opera a nivel comunitario.

En el ámbito comunitario, un aspecto clave de la articulación con los Equipos de Atención Primaria es el funcionamiento adecuado de un sistema de referencia y contrareferencia, incluyendo la disponibilidad de atención de emergencia, y la accesibilidad a la misma, mediante planes comunitarios de traslado, en los que las parteras jueguen un rol protagónico:

“...Debe haber un plan de evacuación de emergencias obstétricas por cada mujer embarazada. (Al identificar) a las embarazadas, la señora partera capacitada, que ya es parte de nuestra red de servicios local, trabaja con la familia, en el sentido de darle importancia al control prenatal, las vacunas, todo ese tipo de cosas. Pero también de decirle a la familia, que supongamos, que tiene riesgo, “señor, 15 días antes, 1 mes antes va a entrar la avioneta de Macas a sacarle a la señora, porque necesita tener una cesárea”. Y el problema que hay en la comunidad es que ‘Con quién dejo a mis gallinitas, mi perritos, mis guaguitos?’. Justamente ese es el trabajo que tiene que hacer la partera, prepararle. Porque no consiste en que yo como equipo básico por más avioneta que tenga en la Amazonía entre y diga: ‘Sabe que señora, trepe en la avioneta’. [Ella dirá] ‘Cómo así pues, a mí nadie a dicho que me van a sacar, es más, algún rato me dijeron, y a dónde voy a ir, dónde dejo la gallina, etc.’? No es así no más.” (Salud Intercultural)

El sistema de referencia no sólo debe garantizar atención de emergencia disponible, sino sobretudo debe permitir que las parteras que acuden con pacientes a establecimientos de referencia se encuentren con personal de salud amigable, y respetuoso ante su labor y sus conocimientos.

- Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario de vigilancia epidemiológica;
- Co-coordinación de los planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;
- Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;

Entre las ventajas que los actores han visualizado en esta propuesta de roles para las parteras en sus propias comunidades, están las siguientes:

1. Las parteras pueden brindar cuidados y vigilancia permanente a las mujeres durante el embarazo y el posparto, así como también a los recién nacidos.
2. La partera puede brindar atención domiciliaria a cualquier hora, pero especialmente en las noches, cuando ocurren los partos con mayor frecuencia.
3. Las parteras pueden tener a la mano las plantas medicinales necesarias para la atención, pues muchas parteras tienen huertos en sus casas.
4. La gente de la comunidad se siente familiarizada con las parteras, dado que comparte su misma cultura, cosmovisión e idioma. Además existe un trato más personalizado y cercano, que promueve mayor confianza hacia la atención de la partera.

5. En la atención domiciliaria los familiares pueden estar presentes en todos los momentos del parto apoyando emocionalmente a la parturienta.
6. En la atención domiciliaria las parteras pueden realizar prácticas y rituales tradicionales (masajes, manteos, encaderamiento, baños con plantas medicinales, entierro de la placenta, etc.)
7. Se daría una recuperación más temprana de la parturienta por los cuidados oportunos de la partera y la familia (Reposo de treinta días).
8. Por una adecuada alimentación no se seca la leche. La partera aconseja buena alimentación específica para el puerperio.
9. El trabajo de las parteras en la comunidad puede fortalecer su liderazgo.
10. Se promovería la reproducción del rol de la partera. Transmisión y preservación de los conocimientos de la partería. (Las hijas acompañan el trabajo de sus madres)
11. Las parteras también podrían brindar su atención en otros aspectos como limpias del mal aire, espanto (Huasha shungo) y la curación otras dolencias.
12. En un trabajo coordinado con los Equipos de Atención Primaria, las embarazadas identificadas con signos de alarma serían referidas oportunamente hacia unidades de salud del MSP.
13. Las parteras pueden liderar el diseño y ejecución de Planes de Emergencia-Evacuación obstétricos.

b) Roles de las Parteras Tradicionales en el Ámbito Institucional (Unidades Operativas del MSP)

Roles en las Unidades Operativas:

- Consultas prenatales relacionadas a la atención de molestias y eventuales riesgos que se puedan presentar durante el embarazo <<atribuidas al frío, “debilidad”, náuseas, amenaza de aborto, etc.>>, aconsejaría sobre la frecuencia y el momento recomendado para tener relaciones sexuales con su pareja, acomodar al bebé que se encuentra atravesado en el vinetre de la madre, identificación de señales de peligro, etc.
- Atención durante el trabajo de parto, brindando apoyo emocional, infusiones de plantas medicinales, realizando el manto o masajes, procurando el abrigo de la parturienta, y fomentando el acompañamiento de los familiares.
- Atención del parto normal, post-parto y del recién nacido, de acuerdo a las costumbres locales, toda vez que las pacientes manifiesten una preferencia por ser atendidas de acuerdo al sistema de salud tradicional, y contando siempre con el apoyo del personal biomédico en caso de presentarse complicaciones obstétricas.
- Atender otro tipo de problemas de salud de acuerdo a la cosmovisión andina (espanto, mal aire, limpias, etc.)
- Promoción y prevención en SSR (planificación familiar), salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;
- Traducción del español al Kichua para usuarias indígenas de los servicios de salud
- Veeduría social para que se garanticen los derechos en SSR de las usuarias de los servicios de salud.

Esta propuesta difiere radicalmente de las experiencias que han tenido algunas parteras en determinadas unidades de salud, donde su rol se ha visto limitado a ejercer como auxiliares de médicos y enfermeras, y brindar apoyo emocional a las parturientas.

c) Rol de las Parteras en Otros Modelos de Salud (Jambi Huasi)

Este modelo de atención ofrece complementariamente prestaciones de la medicina tradicional y occidental, dirigidas principalmente a la población perteneciente a los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como a la población mestiza que lo requiera.

En la práctica, en este tipo de centros de salud se han implementado modelos multiculturales, donde diferentes medicinas coexisten, pero sin llegar a desarrollar servicios propiamente interculturales.

No obstante, estos espacios tienen la ventaja de que al ser iniciativas propiciadas por organizaciones comunitarias, presentan condiciones más favorables para que el diálogo entre medicinas y prestadores de salud se dé de forma mas equitativa. Consecuentemente, el rol de las parteras en estos centros comunitarios sería similar al descrito en la sección anterior (unidades de salud), con la diferencia de que las prácticas tradicionales tendrían mayor libertad de ser incorporadas en la atención.

Las ventajas identificadas por los actores consultados con respecto a los roles propuestos para las parteras en unidades de salud del MSP yJambi Huasi, son:

- Construcción de modelos de salud interculturales
- Atención del embarazo, parto y post-parto de acuerdo a las expectativas culturales de las usuarias (abrigo, aguas medicinales, posición del parto, dieta, entre otros)
- Acceso inmediato a la atención de emergencias obstétricas/ prevención de la MM
- Mayor confianza de las usuarias con la partera
- Apoyo emocional y habilidades interpersonales de la partera permiten que el trabajo de parto sea menos prolongado
- Posibilidad de atender a la usuaria en su idioma nativo
- Incremento del uso de los servicios de los servicios de SSR (p. ej., Papanicolaou)
- Posibilidad de intercambiar conocimientos y aumentar sensibilización cultural
- Mejoramiento del trato hacia las usuarias
- La partera puede identificar otras expectativas culturales de atención de la parturienta
- Posibilidad de que las parteras ejerzan la veeduría social en los servicios
- Empoderamiento de las usuarias en cuanto a sus derechos en SSR

Por el contrario, también se han identificado algunos riesgos que podrían surgir en la implementación de estos roles en las Unidades Operativas:

- Utilización de los agentes tradicionales para promover el uso de los servicios biomédicos, en desmedro de la actividad tradicional.
- Occidentalización/aculturación de las prácticas de las parteras
- Imposibilidad de practicar ritos y simbología ancestral en contextos institucionales

- Descontextualización de las actividades curativas de los agentes tradicionales en contextos institucionales
- Pérdida del rol protagónico de las parteras/ adopción de roles auxiliares
- Pérdida de relaciones de reciprocidad entre parteras tradicionales y usuarias.
- Imposición del criterio biomédico ante criterio ancestral (discrepancias sobre la pertinencia clínica de ciertas prácticas tradicionales, por ejemplo, manteo, algunas infusiones, etc.)
- Disminución de la disponibilidad de parteras que atienden en sus comunidades.

Para evitar ello, los roles propuestos para las parteras, tanto el ámbito comunitario como institucional, deben ir acompañados de acciones en concordancia con las líneas estratégicas descritas: fortalecer la práctica tradicional de la partera al interior de sus propias comunidades, y fomentar vínculos interculturales con el personal de salud.

6.5. Políticas de Fortalecimiento de las prácticas tradicionales de las parteras

El fortalecimiento de la partería ancestral implica el desarrollo de algunas acciones estratégicas para garantizar su continuidad cultural.

- Creación de Centros de Investigación de Prácticas y Saberes Ancestrales
- Creación de Centros de Formación de Parteras Tradicionales:

“En este momento la mayoría de las parteras son mujeres de muchos años. Debería darse un proceso de garantizar la transmisión de esos conocimientos de madres a hijas, a mujeres jóvenes de la misma comunidad que quieran asumir el rol de las parteras, porque estamos viendo que hay muchas parteras que sus hijas ya no quieren trabajar con ellas” (Casa Campesina Cayambe)

- Talleres de “Intercambio Continuo de Experiencias y Conocimientos” con parteras de otras provincias y regiones,
- Investigación sobre medicinas ancestrales
- Creación de huertos de plantas medicinales necesarias para la atención del parto:

“Que cada agente tenga su huertito. Para eso unos alambritos y unos saquitos de abono, unas semillitas y plantas. Eso no nos han dado. Les falta esto, esto, a la final eso también cuesta, cultivar, siquiera en eso [nos deberían apoyar]. Cultivamos las plantas. Yo las plantas que utilizo tengo en huerto.” (Grupo focal parteras Chimborazo)

- Socializar y revalorizar el trabajo que realizan las parteras dentro de sus propias comunidades.

En algunas comunidades, la labor de partería ha perdido reconocimiento intracomunitario, pues los cabildos no valorizan el trabajo que realizan las parteras: “No quieren reconocer las rayas de las mingas. No reconocen nuestro trabajo como trabajo comunitario”.

- Promover y potenciar el rol de liderazgo de las parteras y los agentes de la medicina tradicional en general dentro de las propias organizaciones comunitarias y fomentar la organización de parteras:

“Creo que [sobre] las compañeras parteras o yachaks, falta mayor involucramiento en la organización. Ellos para nosotros deben ser los líderes, los guiadores en materia de medicina. [Actualmente] no los hemos tenido así con fuerza digamos, porque obviamente hay limitaciones. Pero creo que la organización, la comunidad, hemos descuidado esa parte, pero ahora desde el CODENPE hemos dicho que necesitamos que esa gente se involucre en la comunidad, en la organización, como facilitadores, como apoyo, y para orientar, apoyar esas sabidurías que muy pocos aún están en las comunidades, porque se mueren los viejos y se van con todo, y no hay una investigación real, creo que ese es un trabajo también desde el CODENPE, el MSP, hacer una investigación profunda, real, aplicable para nuestras poblaciones y comunidades”.

6.6. Políticas de Fomento de relaciones interculturales entre parteras y personal de salud

Para garantizar el diálogo, los acuerdos y el éxito de las estrategias para fomentar relaciones interculturales entre parteras y personal de salud, se requiere desarrollar diferentes acciones tanto en la Comunidad como en las Unidades Operativas:

- Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos” entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico, sobre diversos temas:
 - a) Saberes y prácticas ancestrales (Sensibilización al personal médico del MSP)
 - b) Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad
 - c) Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido
 - d) Referencia y contrarreferencia
 - e) Y otros temas relacionados a la promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal y en derechos de los niños/as y mujeres. (Ver sección 7)

La sensibilización al personal de los establecimientos de salud podría incluir el mejoramiento del trato interpersonal por parte del personal de salud, tanto en la comunidad como en las unidades operativas. Debe incluir tanto a profesionales, como a personal administrativo y de servicio. Se debe tomar en consideración que el personal suele ser rotativo, lo cual implica programas de capacitación y actualización constantes.

En la Comunidad:

- Fortalecimiento del sistema de referencia a unidades de mayor complejidad;

- Diseño y aplicación conjunta de los sistemas de información interculturales en coordinación con la red de servicios estatales (censo mujeres embarazadas, nacimientos, muertes madres y neonatos).
- Elaboración conjunta de planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos;
- Elaboración conjunta de planes para la promoción y prevención en SSR, en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales;
- Socialización y promoción entre la comunidad de acciones conjuntas.
- Dotación permanentemente de equipos e insumos (maletín de atención del parto: alcohol, algodón, gasas, tijeras, guantes, reatas o cordón). En algunas provincias de la Amazonía incluso las parteras han solicitado que se les proporcione botas, linternas, pilas, y poncho de aguas para su labor en las comunidades de la selva.

En las Unidades Operativas:

- Garantizar que en los modelos de atención de salud intercultural en las Unidades Operativas los componentes de los sistemas tradicionales (saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales) puedan participar en igualdad de condiciones.
- Adecuación de nuevos espacios dentro de los establecimientos de salud, lo cual puede implicar el equipamiento con colchonetas, mantas, cocinetas, calefactores, termostatos, etc. Algunos de estos acondicionamientos están ya considerados en la Guía del Parto Culturalmente Adecuado.
- Investigaciones conjuntas entre personal médico y los agentes tradicionales de salud en saberes y conocimientos ancestrales. (coordinados con programas de investigación definidos por organizaciones de los pueblos y nacionalidades).
- Adecuar espacios de hospedería junto a los centros de salud para familiares de las parturientas y para las mismas parteras que cumplen turnos rotativos.

Cuadro 1. Resumen de Roles de las Parteras Tradicionales y políticas de fortalecimiento y fomento

Ámbito de los roles	Roles de las Parteras Tradicionales	Políticas de Fortalecimiento y fomento
Comunitario	Roles tradicionales	• Creación de Centros de Investigación de prácticas y saberes ancestrales • Creación de Centros de Formación de Parteras Tradicionales • Talleres de “Intercambio continuo de experiencias y conocimientos” con parteras de otras provincias y regiones, • Investigaciones en medicinas ancestrales. • Creación de huertos de plantas medicinales necesarias para la atención del parto • Socializar y revalorizar el trabajo que realizan las parteras dentro de sus propias comunidades. • Promover y potenciar el rol de liderazgo de las parteras y los agentes de la medicina tradicional en general dentro de las propias organizaciones comunitarias y fomentar la organización de parteras
	• Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales • Atención de otros problemas de salud espanto, mal aire, limpias, etc.) • Lideresas comunitarias (orientadoras espirituales de sus comunidades) • Guardianas y reproductoras de la cultura, los saberes ancestrales y la memoria colectiva de las comunidades	
	Nuevos roles en los Sistemas Tradicionales de Salud	
	• Investigación y rescate de saberes y prácticas ancestrales. • Formación a jóvenes de sus comunidades en partería tradicional • Facilitadores de los Talleres de Intercambio de conocimientos	
	Roles de vínculos interculturales con los Equipos de Atención Primaria	• Fortalecimiento del sistema de referencia a unidades de mayor complejidad; • Diseño y aplicación conjunta de los sistemas de información interculturales en coordinación con la red de servicios estatales (censo mujeres embarazadas, nacimientos, muertes madres y neonatos). • Elaboración conjunta de planes de emergencia comunitaria para trasladar oportunamente a mujeres con problemas obstétricos; • Elaboración conjunta de planes para la promoción y prevención en
	• Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad; • Atención conjunta a mujeres embarazadas; • Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas; • Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario	

	de vigilancia epidemiológica; • Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales; • Co-Coordinación del plan de acción para emergencias obstétricas	SSR, en salud materna y neonatal, nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales; • Socialización y promoción entre la comunidad de acciones conjuntas. • Dotación permanentemente de equipos e insumos (maletín de atención del parto: alcohol, algodón, gasas, tijeras, guantes, reatas o cordón). En algunas provincias de la Amazonía incluso las parteras han solicitado que se les proporcione botas, linternas, pilas, y poncho de aguas para su labor en las comunidades de la selva. • Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos” entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal de los Equipos de Salud Básicos en: 1. Saberes y prácticas ancestrales (Sensibilización al personal médico del MSP) 2. Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad (uso de guantes para protección de las parteras) 3. Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido 4. Referencia y contrarreferencia 5. Y otros temas relacionados a la promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal y en derechos de los niños/as y mujeres. (Ver sección 7)
Institucional (Unidades Operativas del MSP)	Roles de vínculos interculturales con las Unidades Operativas	
	• Consultas prenatales • Atención conjunta y complementaria con el personal biomédico de las U. O. del parto, y chequeos post-parto y del recién nacido, de acuerdo a las costumbres locales, toda vez que las pacientes manifiesten una preferencia por ser atendidas de acuerdo al sistema de salud tradicional, y contando siempre con el apoyo del personal biomédico en caso	• Garantizar que en los modelos de atención de salud intercultural en las Unidades Operativas los componentes de los sistemas tradicionales puedan participar en igualdad de condiciones. (Saberes, tecnologías y prácticas terapéuticas y espirituales.) • Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos” entre los agentes tradicionales de salud (parteras) y el personal médico y administrativo de las Unidades Operativas:

	de presentarse complicaciones obstétricas. • Atender otro tipo de problemas de salud de acuerdo a la cosmovisión andina (espanto, mal aire, limpias, etc.) • Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc., en base al intercambio de conocimientos e incorporando conocimientos ancestrales; • Acompañamiento psicológico de las parturientas en la labor del Parto • Traducción del español al quichua a las usuarias indígenas de los servicios de salud • Veeduría social para que se garanticen los derechos en SSR de las usuarias de los servicios de salud.	1. Saberes y prácticas ancestrales (Sensibilización al personal médico del MSP) 2. Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad (uso de guantes para protección de las parteras) 3. 3. Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido 4. Referencia y contrarreferencia. 5. Y otros temas relacionados a la promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal y en derechos de los niños/as y mujeres. (Ver sección 7 • Adecuación nuevos espacios dentro de los establecimientos de salud, lo cual puede implicar el equipamiento con colchonetas, mantas, cocinetas, calefactores, termostatos, etc. Algunos de estos acondicionamientos están ya considerados en la Guía del Parto Culturalmente Adecuado. • Adecuar espacios de hospedería junto a los centros de salud para familiares de las parturientas y para las mismas parteras que cumplen turnos rotativos. • Investigaciones conjuntas entre personal médico y los agentes tradicionales de salud en saberes y conocimientos ancestrales. (coordinados con programas de investigación definidos por organizaciones de los pueblos y nacionalidades).
Otros modelos de atención (Jambi Huasi)	Roles en otros modelos de atención de salud (Jambi Huasi) Similares a los roles y políticas de fomento que en las Unidades Operativas	

7. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS GENERALES SOBRE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN

La propuesta de lineamientos generales sobre necesidades de capacitación y actualización son planteadas como parte de un conjunto de acciones necesarias para la sostenibilidad técnica de la propuesta para la definición del rol de las parteras en el SNS.

Tradicionalmente las capacitaciones a parteras se han aplicado en varios países, bajo el liderazgo de la Organización Mundial de Salud (OMS), como parte de las estrategias para reducir la muerte materna. Los programas de capacitación se han orientado a contrarrestar los riesgos en el embarazo, parto y posparto y a lograr la referencia temprana en caso de complicaciones obstétricas. Los temas que se han privilegiado en este sentido han sido:

- “Promover la prácticas seguras entre las parteras, como la higiene, especialmente el lavado de manos y procedimientos de corte del cordón umbilical;
- La no interferencia durante la labor de parto;
- El cuidado de las madres antes, durante y después del parto;
- Identificación y referencia de las madres en riesgo;
- Eliminación de prácticas tradicionales dañinas y apoyo a aquellas que contribuyen al apoyo psico-social” (Mangay-Manglacas:235)

En algunos lugares también se han incluido capacitaciones sobre hidratación oral e inmunización, articulados a los programas de atención primaria.

En 1985 la reunión sobre Tecnología Adecuada para el Parto, de la OMS, realizada en Brasil recomienda la colaboración con equidad entre los sistemas de atención del parto institucional y tradicional. A partir de 1992 esta postura que mostraba un reconocimiento más amplio de los sistemas tradicionales de salud, se cierra y se impone una línea que ya no considera a las parteras tradicionales y sus sistemas de atención tradicionales como potenciales colaboradoras del sistema médico institucional, de tal forma que los programas de capacitación se enmarcan dentro de estrategias temporales para paliar la escasez de servicios de atención materna institucionalizados. Adicionalmente, los organismos internacionales llegaban a la conclusión, sin mayor sustento estadístico y sin observar otros elementos cualitativos de la capacitación, que ésta no había ayudado a reducir la muerte materna. En 1997, la OMS y la Iniciativa por una Maternidad Segura se manifestaron abiertamente a favor de la universalización de la atención del parto por agentes de salud calificados, es decir, que tengan la capacidad para manejar complicaciones obstétricas, determinando que las parteras solo deberían cumplir un rol de vínculo de las mujeres embarazadas con los profesionales obstétricos. Los programas de capacitación se han circunscrito por lo tanto a estas preocupaciones.

En los procesos de capacitación a parteras no se han tomado en cuenta los saberes ancestrales de estos agentes, ni la cosmovisión y valores culturales de las poblaciones a las que atienden. Por el contrario se ha puesto el énfasis sobre el riesgo y complicaciones obstétricas, llegando inclusive a medicalizar en extremo los eventos del parto y el embarazo, que para muchas usuarias y agentes de medicina tradicional constituyen eventos normales

y/o definidos por creencias y prácticas culturales específicas y persistentes (Bradby & Murphy-Lawless:284-285)

La propuesta que hemos desarrollado para la definición del rol de la partera en el SNS nos obliga a ampliar la perspectiva. Esta se sustenta en los principios de la plurinacionalidad y el de la interculturalidad dentro del marco de la estrategia estatal – comunitaria planteada para asegurar la salud materna y neonatal en el país. Esto supone ubicar a los procesos de capacitación dentro de la perspectiva abierta por el enfoque del “diálogo de saberes”, que incluyen los temas relacionados al reconocimiento de señales de peligro y una pronta y eficiente respuesta para la atención de las emergencias obstétricas por parte de las parteras tradicionales, pero también a un amplio espectro de temáticas orientadas a fortalecer los saberes y prácticas ancestrales, así como a consolidar los modelos interculturales de atención en salud.

Debemos partir de la premisa de que todos los temas, incluidos los antes señalados, considerados fundamentales en la sostenibilidad de la propuesta, son concebidos y manejados por los actores de la salud de los dos sistemas, de acuerdo a sus propias conocimientos y códigos culturales. Por lo tanto deberíamos superar la noción de capacitación que significa la transferencia de conocimiento de un actor a otro⁸⁰, y adoptar un enfoque en el que se privilegien procesos de enseñanza – aprendizaje de doble vía, que fomenten el intercambio de conocimientos sobre los temas trabajados colectivamente y la consecución de acuerdos sostenibles en el largo plazo. Por eso proponemos de manera similar como ha sucedido exitosamente en México y en algunas experiencias realizadas en el Ecuador, adoptar la noción y la metodología de Talleres-Encuentros de “Intercambio Continuo de Conocimientos y Experiencias” o “Talleres para el Dialogo de Saberes” (TICCE o TDS) entre parteras tradicionales y personal médico del sistema formal de salud.

Como se desprende de la experiencia Mexicana:

“Desafortunadamente en esta visión de capacitación se menospreció el conocimiento de las mujeres indígenas y los aportes específicos que podía ofrecer el modelo tradicional de atención del parto, debido a un elemento esencial; se les olvidó preguntar y mirar los procedimientos y conocimientos que presentan y realizan las parteras tradicionales. A partir del año 2004 la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural elaboró e inició el uso de la metodología llamada “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital, o región y las parteras del ámbito de acción. En este taller-encuentro, las personas participantes de ambos modelos interaccionan en un plan horizontal, presentando a los y las asistentes del otro modelo, sin imponer, el cómo atienden el embarazo, parto y puerperio, llegando al final a una negociación intercultural para tomar acuerdos que benefician a ambas partes, y que particularmente favorezcan la salud y satisfacción de las mujeres y de los recién nacidos.”⁸¹

⁸⁰ Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la capacitación significa hacerle a uno apto, habilitarle para alguna cosa. Esto significa una relación que conecta a alguien que conoce y sabe sobre lo que se capacita con otro que no sabe y que recibe la capacitación.

⁸¹ Almaguer González, José Fernández y Hernán José García Ramírez, “La Atención Intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.”

La metodología de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos y Experiencias o para el Dialogo de Saberes” deben aplicarse en dos momentos diferentes, cada uno fundamental para lograr la sostenibilidad de la propuesta en su conjunto:

- a) En el proceso de acreditación de las parteras tradicionales
- b) Y en el proceso de consolidación de la propuesta sobre el rol de las parteras en el SNS, a nivel comunitario e institucional.

7.1. Lineamientos Generales de la metodología de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos y Experiencias” o Talleres para el Dialogo de Saberes”

El dialogo de saberes en el marco de la metodología propuesta debe permitir el debate sobre diferentes concepciones en torno a un mismo tema y la consecución de acuerdos locales entre los dos sistemas de salud, por ejemplo, el parto vertical:

“[Las parteras] Estamos preparadas para poder intercambiar nuestros conocimientos. Los saberes nuestros serían lo de las plantas medicinales, de los materiales de parto, todo eso. Por ejemplo, los médicos saben de las medicinas occidentales, de los materiales que ellos cogen, entonces ahí sí intercambiamos, entonces nosotros hacemos con lo nuestro. Y en cambio nos dan lo que ellos han aprendido... Los médicos no están capacitados para el parto vertical. Incluso eso es un pecado para ellos. Porque, yo recién me retiré de la casa de parto. Incluso el ginecólogo si no le parecía bien, me decía, pero cómo te vas a arrodillar, pudiendo estar cómodo en la camilla. ¿Pero si la paciente se me bota de la camilla?. Ellos no están de acuerdo en eso. La facilidad del parto vertical, la confianza de que el niño está de cabecita, y la facilidad del peso que tiene para que se abra más fácil la cadera y nace más pronto. Y ellos dicen, pero es un riesgo señora partera, que tal se va en una hemorragia. Pero debe haber motivo para que se vaya en una hemorragia, sin motivo no hay hemorragia. Es un debate que hemos tenido..., Tienen que ceder. Pero allá en nuestra comunidad no nos pueden cambiar nuestra cultura.” (Grupo Focal parteras Sucumbíos)

La metodología y los contenidos de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes” deben tomar en cuenta y potenciar las particularidades sociales y culturales locales y regionales de los sistemas tradicionales de salud, por ejemplo, entre otras:

- a) el idioma de cada nacionalidad;
- b) los sistemas orales de comunicación, que no solo se expresan en la cosmovisión y la identidad de las comunidades (creencias, mitos, rituales, nombres y expresiones), sino que además constituyen una forma de relación social, que privilegia como valor el uso público de la palabra, sustenta la cohesión y la confianza comunitaria, además de promover la transparencia y el control social; y

c) el nivel de escolaridad de las parteras, para asegurar que el desconocimiento de la lectura y la escritura no sean una barrera que excluya a muchas de ellas de los procesos de acreditación y diálogo de saberes.⁸²

- Las parteras tradicionales deberán participar en condiciones de equidad en el diseño y aplicación de los Talleres, promoviendo los acuerdos locales entre los actores de salud de los dos sistemas. Esto supone que puedan participar en calidad de facilitadoras.
- Los contenidos y las metodologías deberán ser actualizados y reforzados de manera continua y permanente.
- Los saberes y prácticas ancestrales cuentan con ricos acervos culturales sobre las temáticas identificadas para el diálogo de saberes, por lo tanto deberán ser reconocidos, valorados y promovidos.
- Las acciones tendientes a incorporar nuevos conocimientos y prácticas basadas en la evidencia en la práctica de la partería tradicional para garantizar la seguridad en la atención materna y neonatal, deberán ser el resultado de un proceso deliberativo y negociado entre las parteras tradicionales de salud, sus sistemas de salud tradicional y el sistema biomédico.
- Para proteger la integridad de los sistemas tradicionales de salud y fomentar el diálogo de saberes se requerirá en ciertos casos realizar estudios específicos de tipo cultural, etno-médicos, etno-botánicos y fitoquímicos que muestren la pertinencia de los conocimientos, prácticas y medicinas ancestrales, con la participación activa de los sistemas tradicionales de salud y sus actores de salud.
- Se promoverá el uso de herramientas pedagógicas prácticas, como los sociodramas y las guías de observación en la comunidad y en las instituciones de salud.

7.2. Lineamientos Generales de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Diálogo de Saberes” en la Acreditación

La definición del rol plantea como condición para que puedan actuar las parteras tradicionales dentro del SNS contar con una acreditación, procedimiento que será descrito en detalle en la siguiente sección. El objetivo de la acreditación es asegurar que las parteras tradicionales que actúen en el SNS estén calificadas tanto en los conocimientos ancestrales de la partería, como en ciertos conocimientos provenientes de la medicina basada en la evidencia para garantizar conjuntamente los derechos SSR de las mujeres embarazadas y el cuidado y la atención de los recién nacidos.

El procedimiento de acreditación incluye dos momentos importantes:

- **El aval comunitario** que acredita a una persona como partera tradicional. Este comprende un perfil que la partera debe cumplir, como por ejemplo, tener como mínimo diez años de experiencia en la partería tradicional y la legitimidad que las asambleas comunitarias le otorgan en un acto público, en el que las y los comuneros dan fe de que tal persona es una partera reconocida y experimentada en sus comunidades.

⁸² Deberán buscarse estrategias interinstitucionales para lograr que en el corto y mediano plazo las parteras tradicionales acreditadas puedan ser alfabetizadas en el marco de una metodología intercultural.

- **El aval del MSP** acredita a las parteras tradicionales en un conjunto de conocimientos y destrezas sobre al menos tres asuntos fundamentales:
- Los procedimientos para la atención de un parto seguro (antes llamado parto limpio)
- La identificación de riesgos obstétricos en el embarazo, parto y posparto y
- La referencia oportuna a las unidades operativas de mayor complejidad.

Para obtener el aval ministerial las parteras tradicionales deberán rendir una evaluación teórico – práctica que las califique en los temas antes mencionados. Esto requiere que las parteras tradicionales pasen por un proceso de enseñanza- aprendizaje bajo un enfoque intercultural.

Este proceso de enseñanza – aprendizaje con enfoque intercultural sobre los temas señalados deben realizarse en el marco de la metodología propuesta para los “Talleres de Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes”. Esto no significa que no haya criterios objetivos para evaluar los conocimientos y destrezas aprendidas, sino más bien asegura que estos sean comprensibles en términos culturales para las parteras tradicionales. Por ejemplo, las señales de riesgo en el embarazo son valoradas de forma diferenciada de acuerdo a las creencias y costumbres culturales de cada región y a veces de cada comunidad. Incluso la forma de comprender un mismo concepto, como puede ser el de “riesgo” o “enfermedad” está atravesada por significados culturales diferentes:

“Por ejemplo, cuando yo le pregunto a una partera quichua del bajo Napo: ¿hay enfermos aquí? me dice: sabes que toditos están enfermos. Por eso están aquí a la cola retirando los remedios de los equipos EBAS. Le digo pero los que están bien mal. Ah, tú me estas diciendo los que han caído enfermos. No es lo mismo, esa es otra cosa interesante. Entonces en la mujer embarazada, en la gestante, es aquella que también está enferma y la que está caída enferma, son conceptos, que a lo mejor para la lógica occidental es lo mismo, pero para ellos sí hay diferencias. Entonces no es lo mismo estar enfermo, que caer enfermo. Por eso digo, que en el proceso de capacitación debe haber esta cuestión de los acuerdos. Pero eso no sale por normativa genérica, desde acá, esos son procesos locales”⁸³.

Esta metodología nos permitiría reconocer y valorar los conocimientos y técnicas desarrollados por los actores tradicionales de salud sobre cada uno de los temas tratados y además permitiría que la definición de criterios claros en la atención de un parto seguro, la identificación y manejo de emergencias obstétricas y el sistema de referencia oportuna a las unidades operativas, sean el resultado no de una imposición, sino de acuerdos locales para asegurar la sostenibilidad de los mismos.

La metodología de los Talleres de “Intercambio de conocimientos o para el Dialogo de Saberes” usada en el proceso de acreditación asegurarían por lo tanto que haya una comprensión más cabal del sentido y la importancia de cada técnica aprendida, y que los significados que rodean a cada tema puedan ser negociados y acordados, reconociendo el aporte que hacen los conocimientos ancestrales, sin perder de vista criterios objetivos que guíen los procedimientos técnicos requeridos y que puedan ser evaluados.

⁸³ Entrevista Dr. Mario Gallo - Salud Intercultural MSP

7.3. Lineamientos Generales de los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes” para la consolidación de la propuesta sobre el rol de las parteras en el SNS

Los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos y Experiencias o para el Dialogo de Saberes” para la consolidación de la propuesta sobre el rol de las parteras en el SNS se guiarán por los lineamientos generales de la misma y los criterios metodológicos anteriormente descritos:

7.3.1. Fortalecimiento de los Sistemas Tradicionales de Salud en el ámbito comunitario:

Como parte fundamental del fortalecimiento progresivo de los sistemas tradicionales de salud las parteras tradicionales y dirigentes sociales de los pueblos y nacionalidades del Ecuador han señalado la necesidad de promover encuentros locales y regionales para el intercambio de conocimientos o dialogo de saberes entre las propias parteras tradicionales. Estos encuentros que también se enmarcan dentro de los criterios metodológicos generales de los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos y Experiencias o para el Dialogo de Saberes” deberán ser organizados, diseñados y aplicados por los propias parteras y sus sistemas tradicionales de salud, con el apoyo interinstitucional y del Estado. Sus objetivos serán, entre otros:

- Rescatar los saberes y prácticas ancestrales de la partería tradicional.
- Intercambiar conocimientos y experiencias sobre la partería tradicional.
- Definir programas y articular acciones para la sistematización, investigación y protección de los saberes ancestrales de la partería tradicional.
- Definir programas y articular acciones para la creación de casas de salud tradicionales, donde exista la demanda comunitaria.
- Definir programas y articular acciones para la creación de Centros de formación de parteras tradicionales.

7.3.2. Fortalecimiento de los Vínculos Interculturales entre los dos sistemas de salud en el ámbito comunitario e institucional

En el ámbito comunitario e institucional distinguimos al menos tres campos temáticos diferentes en el que se deberán proponer los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos o Dialogo de Saberes” entre las parteras tradicionales y el personal médico del MSP:

- a) El básico que deberán manejar las parteras tradicionales para asegurar una atención segura del parto y una acción oportuna para responder eficazmente a probables emergencias obstétricas, y que contiene los siguientes temas:
 - Procedimientos parto seguro con medidas de bioseguridad (uso de guantes para protección de las parteras)

- Identificación de señales de peligro en el embarazo, parto, posparto y del recién nacido
- Referencia y contrarreferencia
- Reanimación del recién nacido

Otros temas que no se han generalizados y que han sido propuestos por organizaciones y agentes de la medicina occidental:

- Elaboración de plan del parto
 - Anatomía y fisiología del parto
- b) Un nuevo campo temático que les permitirá a las parteras tradicionales fortalecer sus nuevos roles y en algunos otros que tradicionalmente lo han venido haciendo, como los relacionados a la prevención y promoción en SSR y promoción de los derechos de la mujeres:
- Alimentación y nutrición con enfoque intercultural
 - Primeros auxilios (algunas parteras incluyen el cómo poner inyecciones)
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Planificación familiar
 - Violencia intrafamiliar
 - Enfoque de derechos (mujeres, SSR, salud ancestral)
- c) Y un tercer grupo de temas que permitirán el acercamiento cultural entre los actores de los dos sistemas, que supone, principalmente por el etnocentrismo dominante, procesos continuos de sensibilización al personal médico y administrativo en los sistemas tradicionales de salud:
- Saberes y prácticas de la partería tradicional
 - Cosmovisión, cuidado y uso de plantas medicinales
 - Investigación conjunta de los saberes ancestrales, en coordinación con los Sistemas de Salud Tradicional y sus actores. (parteras) Se cuidará en todo momento que no exista la apropiación de los recursos genéticos y conocimientos tradicionales, para el uso, explotación y el usufructo monopólico y con fines de lucro de estos recursos y conocimientos.

7.4. Parteras no acreditadas y aprendices:

Las parteras que no hayan sido acreditadas, ya sea porque no recibieron el aval comunitario y/o el aval ministerial serán consideradas aprendices de partería tradicional y podrán seguir participando en los Talleres de “Intercambio Continuo de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes”. Después de un tiempo definido por el MSP y las parteras tradicionales acreditadas deberá abrirse un nuevo ciclo de acreditación para que puedan acceder quienes no lo pudieron hacer inicialmente y que cuentan ya con los requisitos para hacerlo en esta ocasión.

Las aprendices de parteras aún no podrán atender partos, pero podrían tener por lo menos dos opciones para obtener la acreditación. En ambos casos, los sistemas tradicionales de salud deberán establecer mecanismos para permitir la obtención del aval comunitario. Además siempre será un requisito para la acreditación el aval ministerial, en los temas que se han establecido como indispensables para el ejercicio de la partería tradicional, desde la perspectiva biomédica.

La primera como propone el Proyecto de “Ley Marco en Materia de Medicina Tradicional”, elaborada para el Parlamento Latinoamericano, facultaría a las parteras tradicionales acreditadas a recomendar para su acreditación a personas que hayan sido sus aprendices por más de cinco años, suscribiendo un documento de recomendación en el cual avalan los conocimientos de dicha persona, señalando los conocimientos y prácticas específicos en los que se encuentra habilitada para ejercer, así como en aquellos que no puede hacerlo. (Almaguer, 2009: 11).⁸⁴ Esto le permitirá a dicha persona acceder a la evaluación en conocimientos y destrezas sobre partería tradicional, organizada y definida por la organización de las parteras acreditadas. Esta evaluación privilegiará un método teórico-práctico. Las evaluaciones serán orales y/o escritas de acuerdo al nivel de escolaridad de las aspirantes. Después de lo cual podrá acceder al aval ministerial, recibiendo finalmente su respectiva acreditación.

La otra se refiere a la posibilidad de que las parteras aprendices puedan continuar su formación en los Centros de Formación Comunitarios de Parteras Tradicionales que se constituyan. Con el apoyo técnico y financiero del Estado (interinstitucional), estos Centros deberán definir programas de estudios, diseñados y dirigidos por parteras acreditadas y con mayor experiencia. Las parteras tradicionales aprendices que prefieran continuar con su formación de la mano de alguna partera tradicional acreditada, no podrán ejercer la partería tradicional hasta que cumplan con los requisitos previstos para su acreditación.

De igual forma, las parteras tradicionales que obtengan el aval comunitario a través de los Centros de Formación Comunitarios de Parteras Tradicionales deberán obtener el aval ministerial en los temas definidos por el MSP considerados indispensables desde la perspectiva biomédica para ejercer la partería tradicional.

8. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (ACREDITACIÓN)

En torno a la acreditación existen algunos consensos entre los diferentes actores consultados sobre la forma como podría funcionar este proceso, en parte porque ya han existido varias experiencias en este sentido. Aunque cada comunidad dispone de sus propios criterios para otorgar el aval comunitario a las parteras tradicionales, uno de los consensos es que deben ser los mismos criterios a nivel nacional, para no generar desconfianza e inequidad en los procesos de acreditación. La acreditación como hemos mencionado se refiere a todo el proceso por el cual una persona recibe la autorización para ejercer la partería tradicional. En términos generales los pasos o fases para la acreditación serían los siguientes:

⁸⁴ Almaguer González, José, Ley Marco en materia de medicina tradicional, propuesta elaborada para el Parlamento Latinoamericano, presentada ante la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. Elaborada por la Comisión del Parlamento Latinoamericana. Agosto, 2009.

a) Identificación o registro de las parteras tradicionales en cada comunidad

Se debe iniciar identificando las parteras que existen en una comunidad, y que son reconocidas como tal por la población, a través de un proceso de diagnóstico comunitario participativo. Este proceso debe ser coordinado con las organizaciones de base: “La comunidad debería identificar a sus sanadoras a través de un listado (censo), las compañeras parteras saben, en cada una de las comunidades las conocemos, tales personas son yachaks, parteras, curanderos, y garantizar que verdaderamente sean parteras y sean acreditadas por el Ministerio”⁸⁵

b) Aval, o legitimación comunitaria

Luego de la identificación y con un documento de registro de las parteras existentes en la comunidad, el aval o legitimación corresponde a un reconocimiento público que debe realizarse mediante una asamblea comunitaria. En dicha asamblea las personas pueden dar fe de manera pública si conocen o no a las parteras: “Para nosotros la comunidad manda con el aval. Debería ser la comunidad la que empiece acreditando o reconociendo a las parteras tradicionales, porque también se han dado casos en que muchas personas, con la apertura de la interculturalidad, han aparecido curanderos, parteras, y demás, y hay que ser cuidadoso con eso”.⁸⁶

Y si tienen confianza en el trabajo que realizan las parteras tradicionales en sus comunidades:

“La comunidad tiene que reconocer primero cómo es la partera, si ayuda, si colabora. La comunidad tiene que dar un certificado, definiendo, diciendo que tal partera ha estado trabajando en tal comunidad, está atendiendo. Entonces nos reconocen, con ese papel y con el papel que da el Ministerio, entonces ya somos parteras que ya hemos estado colaborando en las comunidades.”⁸⁷

“La comunidad tiene que jugar un papel, una certificación, decir “sí, a tantos a sanado”, o “a tantos ha matado”, ellos dirán “sí, el sabe, sí conoce”, “sí es nuestra mama, nuestro taita, nuestro sabio, nuestro yachak”.”⁸⁸

En las experiencias desarrolladas en algunas provincias, los procesos de legitimación comunitaria han sido orientados por un conjunto de criterios generales que califican las características que debían reunir las parteras tradicionales para el respectivo aval comunitario⁸⁹. Entre los criterios que podrían definir el perfil que debe tener la partera que va a ser acreditada, están básicamente los de tipo ético y de experiencia profesional:

1. Que viva y participe de las actividades de la comunidad.
2. Que conozca el idioma y cultura de la comunidad.

⁸⁵ Entrevista Norma Mayo - CONAIE

⁸⁶ Entrevista Dra. Carmen Cadena - Casa Campesina Cayambe

⁸⁷ Grupo focal parteras - Sucumbíos

⁸⁸ Entrevista Oswaldo Guamán - CODENPE

⁸⁹ Como por ejemplo en las provincias de Imbabura, Sucumbíos o Cotopaxi.

3. Que no atienda solo a la familia
4. Que goce de la confianza de la gente en la comunidad. Las parteras deben ser aceptadas por las familias de la comunidad⁹⁰.
5. Que sean amables, respetuosas y honestas.
6. Que tengan paciencia y responsabilidad en su trabajo.
7. Que tengan como mínimo 10 años de experiencia en el ejercicio de su saber.
8. Que tengan relaciones armónicas y de cooperación con las demás Parteras/os.
9. Que tenga buena predisposición a coordinar acciones con el MSP.

Incluso hay propuestas que dicen que la partera debe saber leer y escribir, porque esto les permitiría ciertas ventajas para coordinar de mejor manera aspectos de referencia y contrarreferencia con el sistema biomédico, así como en el registro de atenciones, en capacitaciones, etc. Sin embargo, un número muy representativo, entre las cuales se cuentan las parteras más experimentadas, no saben leer ni escribir, por lo que este criterio perjudicaría abiertamente a un grupo muy importante de parteras solventes en su trabajo.⁹¹

El resultado de este proceso de aval o legitimación comunitaria debe ser un documento de certificación comunitaria firmado por la asamblea y las autoridades del cabildo comunitario.

Aquellas parteras tradicionales aspirantes a la acreditación que no recibieron el aval comunitario debido a que su práctica la realizan en otras comunidades, podrían tener la oportunidad de cumplir con esta condición, cumpliendo al menos dos requisitos:

- 1) Declaraciones juramentadas y notariadas firmadas por las mujeres que hayan sido atendidas por esta.
- 2) Deberán aprobar una evaluación en partería tradicional realizada por un tribunal de parteras tradicionales acreditadas y de probada experiencia.

c) Legalización de la certificación comunitaria

Este proceso consiste en legalizar en una notaría pública el documento de certificación comunitaria de la partera, para que, se establezca, en una de las cláusulas, la corresponsabilidad que tiene la comunidad de las acciones y de los hechos que resulten de la atención obstétrica de esa partera, inclusive para la protección de la partera, como obligación del Estado en el marco de las leyes.

“...y es así que la comunidad se hace corresponsable de todos los actos, procedimientos, que trae el ejercicio de la partería, así como de todos los problemas y decesos que en este libre ejercicio autorizado por una comunidad se den. La legitimidad comunitaria dada a la partera y a su libre ejercicio dentro de esa comunidad, le permite y faculta a la comunidad a estimular o sancionar a su partera,

90 Hay que tomar en cuenta, como lo han manifestado varias parteras de la región austral, que muchas veces las parteras no siempre son apreciadas o sus servicios no son solicitados en sus propias comunidades, pero sí en otras comunidades. “Nadie es profeta en su propia tierra”. De todas formas el aval en asambleas comunitarias permitiría evitar estos inconvenientes, en cuanto la gente generalmente sí reconoce que estas parteras son apreciadas y buscadas por gente de otras comunidades.

91 Hemos dicho más arriba la necesidad de tener programas de alfabetización con enfoque intercultural para muchas parteras que hoy no saben leer ni escribir.

de igual forma la partera legitimada, le permite y faculta a ejercer la partería en esa comunidad”⁹²

Aunque debemos decir que esta propuesta no cuenta con un completo consenso, pues algunas parteras tradicionales han manifestado que probablemente esta acción sea vista por las organizaciones indígenas y comunitarias como una intromisión del sistema judicial del Estado en el campo definido para la Justicia Indígena. De cualquier forma la “mala práctica médica” de las parteras tradicionales, de llegarse a comprobar, podría ser procesada por la justicia ordinaria, independientemente de las acciones que eventualmente pueda tomar el sistema de justicia indígena.

El aval comunitario podría ser suficiente para definir la corresponsabilidad de la Comunidad y la organización comunitaria, en el caso de que se haya otorgado este a una persona que no haya estado realmente calificada en la atención del parto tradicional.

d) Aval del MSP (Capacitación y evaluación con enfoque intercultural)

Luego del aval comunitario y de su posible legalización, las parteras deberán iniciar un proceso de enseñanza – aprendizaje en el marco de la metodología propuesta para los Talleres de “Intercambio de Conocimientos o para el Dialogo de Saberes” en los temas biomédicos que el MSP considere pertinentes. Dichos Talleres deben realizarse bajo la responsabilidad de las Direcciones Provinciales a través de Salud Intercultural, en coordinación con las Áreas de Salud, unidades operativas, Consejos de Salud y otros actores locales. Así mismo, la evaluación de los conocimientos socializados en los Talleres deberá ser oral y práctica, y deberá ser realizada por comités compuestos por personal de salud del MSP sensibilizado en la medicina ancestral⁹³.

e) Otorgamiento del carnet de Acreditación por parte del MSP y otras instancias estatales que representan a los pueblos y nacionalidades del Ecuador.

Finalmente, debería ser el MSP, como organismo rector del SNS, quien reconozca formalmente, mediante un carnet de identificación, a las parteras que han cumplido exitosamente el proceso de acreditación. No obstante, otras instancias públicas y organizaciones sociales ligados a los pueblos y nacionalidades del Ecuador podrían acompañar los procesos de acreditación de sus agentes comunitarios de salud y firmar el documento respectivo como propone el representante de CODENPE. “Obviamente [la acreditación] debe darlas el MSP, también como CODENPE por ejemplo, y las organizaciones de los pueblos y nacionalidades. [En la acreditación debería ir:] su pueblo- firma, salud/MSP-firma, y CODENPE-firma, con eso ya tiene su representación y eso debe ser válido en hospitales y centros de salud”⁹⁴

9. MECANISMOS DE RECONOCIMIENTO (REMUNERACION, OTROS INCENTIVOS)

92 Gallo Sandoval, Mario, Manual de procedimientos para la articulación intercultural de la partería comunitaria a una red de servicios de salud pública, COICA, FONAKISE, - Proyecto de Vida con Identidad, Abril 2006. Pág. 14. Entrevista Oswaldo Guamán - CODENPE

93 En algunas experiencias de evaluación a parteras capacitadas se ha exigido como requisito que la partera debe obtener 10/10. Cabe destacar que ningún sistema de evaluación académica en el mundo requiere la obtención de la máxima puntuación para la aprobación.

94 Entrevista Oswaldo Guamán - CODENPE

Otro de los temas que se han identificado como estratégicos para la sostenibilidad de la definición del rol de las parteras en el SNS es la remuneración y otros incentivos que las parteras tradicionales deberían recibir por el trabajo que realizan en sus comunidades y en las unidades operativas.

Existe un amplio consenso entre los diferentes actores consultados sobre la necesidad de que de las parteras tradicionales sean remuneradas o reciban algún tipo de reconocimiento por su trabajo. Especialmente el grupo de parteras consultadas, algunas de ellas representantes de organizaciones de parteras comunitarias de varias provincias del país, demandan al Estado una remuneración, como una manera justa de reconocimiento por su trabajo y de valorar los servicios que prestan en sus comunidades:

“Yo apoyo la moción de la compañera. Yo como presidenta de mi organización yo he estado luchando, porque nosotros somos madres de familia, porque nosotras también tenemos hijos, nosotros también tenemos que hacer en la casa, nuestros maridos y nosotros, como antes estábamos contando, somos de diferentes comunidades, somos de lejos. Nosotras necesitamos nuestros pasajes, a veces cuando no hay comida en la casa de salud nuestra no comemos nada y todo el día pasamos así sin comer y regresamos a la casa sin comer. Mi pedido, ya que le gobierno dice que ha reconocido. Entonces nosotras también somos humanos, en este tiempo nadie trabaja sin ganar, sin comer, entonces mi pedido, es que desde hoy en adelante ustedes lleven estos mensajes a las unidades, que nos apoyen en algo, que nos reconozcan, hasta cuándo vamos a trabajar sin ganar, si ver ni un centavo. Ya es hora que tengamos algo, para nuestros hijos, para nuestros maridos. Ellos por ejemplo, están dando pasajes, como a los niños de la escuela. Por ejemplo, en mi caso, yo ando gastando 1 dólar diario para llegar a casa de salud, que estoy trabajando, entonces dese cuenta al mes, cuánto estará gastando mi marido. Es por eso que reclamamos. Igual las mamás que van a sacar turno igual van gastando, son de lejos. Ya es hora que ya nos reconozca algo, siquiera para comer, para dar una cosita a nuestros hijos. Yo les pido de favor que lleven este mensaje, es que ya es hora que nos reconozcan algo. El gobierno dice que ya estamos reconocidos entonces que nos den la mano. Yo en mí pensaba, teniendo plata yo llegara donde el gobierno del presidente mismo, para decirle, porque hasta donde vamos a aguantar así. Yo creo que todas las compañeras parteras están pensando lo mismo. (Partera Napo)

“Yo quiero apoyar la propuesta de la compañera. Como comentábamos anteriormente, las dificultades, los problemas que tenemos, el maltrato psicológico y moral, como parteras que estamos colaborando en las comunidades, con la sociedad, también la constitución nos ampara, que debemos prevalecer nuestra cultura. Estamos prevaleciendo, pero también quisiera que como propuesta, ustedes que están acá que han venido a escuchar nuestras opiniones, inconformidades y quejas, que nos ayuden con la propuesta, sean los portavoces, que llegue al ministerio, que las parteras tradicionales de las comunidades están pidiendo a voz unida de que se nos reconozca, que ya es hora de que se nos reconozca. En cada comunidad tenemos reclamos de parte de los esposos, de parte de la familia, tenemos que mantener. Muchas dificultades tenemos, pero por encima de eso estamos de precautelar la salud de todas las mamacitas. Pero así mismo queremos que nos reconozcan de alguna manera, decían las

compañeras igual los 100 dólares, tenemos que comer los 15 días los 100 dólares. Usted cree que con 15 días, yo tengo que llamar cuando mi esposo no está ahí, tengo que llamar al médico, tengo que llamar algún familiar cuando no está. Compro la tarjeta hago gasto. Cuando no está el esposo tengo que comprar la pastilla, tengo que comprar un mentol, tengo que comprar anís al niño, hacerle colada. Todo esto hacemos con amor, con carisma, con humanidad. Pero ya es tiempo que el gobierno nos eche una mano, decir, bueno las parteras que están haciendo rotativo, que están permanentes en la comunidad activas seamos reconocidas de alguna manera.” (grupo focal Parteras Sucumbíos)

Entre las razones más importantes que se esgrimieron en este sentido están:

- 1) Las parteras tradicionales prestan servicios de promoción, prevención y atención en salud materna y neonatal, cubriendo una obligación del Estado que no lo puede hacer. Para uno de los dirigentes sociales entrevistado el Estado debería invertir y retribuir el servicio de las parteras a las comunidades, porque están subsidiando una responsabilidad estatal al prestar un servicio público prioritario a sus comunidades

“Nosotros pensamos que ningún trabajador de la salud, sea taita, mama, médico, cirujano, deben ser los encargados de poner una tarifa, sino que debe ser parte de un servicio público y debe ser el Estado o la comunidad la que de una u otra manera debe retribuir el aporte que ellos están haciendo para el restablecimiento de la salud de las personas. Entonces el sistema de salud indígena y el trabajo de las mamás parteras y taitas, al Estado no le cuestan un solo centavo. Y sin embargo Uds. ven los índices de atención materno infantil, o sea es un alto índice de madres que se atienden en el campo y eso al Estado no le cuesta absolutamente nada. Entonces nosotros pensamos que el Estado tiene que empezar a invertir en lo que es el sistema de salud indígena y en la retribución que se haga a taitas y mamás. (ECUARUNARI)

- 2) La atención de parto dada por las parteras tradicionales salvan vidas y satisfacen otras necesidades de salud de la comunidad.

“Hablando la verdad, nosotras somos quienes salvamos la vida a toda las mamacitas. El rol de hogar, el rol de limpiar el mal viento, para todo nos utilizan en la comunidad. Cada partera que estamos acá estamos con carta aval de la comunidad hasta de la organización, nosotras las que estamos acá es porque nos tienen confianza, aprecio, que sigamos llevando la voz a nombre de todas las parteras de cada comunidad que representamos, pedimos que de alguna manera nos ayuden armónicamente a fortalecer la organización de parteras de Orellana, de Loreto, de Sucumbíos. Así nos sentimos parte elogiados como personas de que no estamos botadas, estamos reconocidos por la constitución, también reconocidos por el personal de salud. En representación del Cantón Loreto, yo hago ese pedido a nombre de todas las compañeras.” (Grupo Focal Parteras- Sucumbíos)

- 3) La flexibilidad del modelo de atención tradicional permite a las parteras cubrir las necesidades de las mujeres embarazadas de sus comunidades las 24 horas del día.

“Lleve una voz de nosotras y haya ese apoyo, por ejemplo, las que trabajan ahí [en las unidades operativas] trabajan horas en el día, nosotros en el parto es más seguro en las noches, a veces nos toca ir a la una de la mañana, a las dos, a veces amanece, hasta las doce. Y como uno ya se responsabiliza, debemos estar hasta el último, sin ver el tiempo ni las horas. Del cantón Colta de las parteras quiero que lleven ese mensaje, que nos apoye, no en grandes cosas, en algo, que nos hagan sentir bien, nos tomen en cuenta.” (Grupo Focal Parteras -Chimborazo)

- 4) Prestan un servicio público gratuito y atienden en sus comunidades en difíciles condiciones laborales.
- 5) La pobreza y las necesidades de subsistencia familiar. En ocasiones por cumplir con sus obligaciones laborales pierden horas de trabajo remunerado y por lo tanto ingresos para la economía familiar. Al no recibir una remuneración, en algunos casos los esposos de las parteras no entienden ni apoyan su trabajo e incluso reciben maltrato (“Habla marido”)

“Como las compañeras dicen, nosotros en el campo, día y noche hemos trabajado, cualquier rato de noche a las 12 a la una, a pie en lluvia vamos, pero como dice la compañera los doctores ni siquiera van, nosotros siempre hemos ido y sin pagos, nunca han reconocido, quizás ahora este ministerio mismo que nos reconozca a todas las parteras para estar andando así, como ahora dicen que es gratuita, piensan las pacientes que a nosotros también gratuita es. Y nosotros también tenemos hijos, y de dónde vamos a sobrevivir, mas claro, entonces tantos años hemos venido trabajando porque en las comunidades son gente pobre y no tienen nada, y toca ayudar, pero así mismo el ministerio que reconozca a las parteras. Nosotras como trabajamos en el hospital sin nada, hemos trabajado día y noche, no queremos dejar aunque sea que no nos paguen, no queremos dejar a los doctores botado. A veces arrepintiéndolo, capaz de no ir, porque no tengo, por ejemplo de mi comuna, un dólar es el pasaje hasta Otavalo, y ese día no tenía, y a mi hijo le pido, présteme, y el dice: “mami, ni siquiera te reconocen, de gana estas yendo” y yo callada a veces a los vecinos pidiendo me voy. Entonces algunas sin marido somos y en la casa cómo vamos a sobrevivir, entonces que nos reconozca el ministerio. (partera Imbabura)

“En el campo es bien difícil, porque hay algunos padres que no tienen, por eso es que no quieren ir llevando al hospital, nosotros cuando está la compañera mal, tenemos que darle pasaje de nosotros, a lo menos en las comunidades lejanas que no hay carro, toca sacarle aunque sea en carretilla, si tenemos número, llamamos, si no tenemos toca sacar en carretilla si hay carretera, nosotros estamos sufriendo por eso, y eso no nos reconocen y quisiera que aliguito siquiera reconozcan. Es un sufrimiento, estamos trabajando en Salud y no estamos diciéndolo de gana, nosotros no dejamos morir a las compañeras en las comunidades, para eso estamos para servir a todas las comunidades, a todo lado estamos dando la mano, Pero el hospital, por ejemplo, los doctores no van a estar de noche andando en las comunidades, en lluvia, si cuando uno va llevando al hospital no reciben en la puerta, peor han de ir a las comunidades. Algunas familias nos brindan un cafecito, un platito de comida de repente, y otros no tienen.” (partera Cayambe)

El personal de salud también comparte el criterio de que las parteras tradicionales deben recibir una remuneración. Sostienen que la remuneración es una manera de motivar el trabajo de las parteras tradicionales.

“Yo pienso que sí se daría que la partera atienda el parto en las unidades operativas, pero con qué le motivas a la partera a estar en un servicio de salud si no tienes recursos, si todavía el SNS no ha creado una partida que diga esto es para pagar a la partera. A la final nosotros decimos acreditamos y todo, y qué le damos?Cuál es la motivación del SNS? Nada.” (PS Sucumbíos).

“El problema es que dicen que van a hacer un reconocimiento por este trabajo que [las parteras] han hecho. Dicen, pero todavía no tenemos una propuesta escrita que diga que si la compañera trabajo por esos días, o en una emergencia, alguna cosa, que van a reconocer. Las compañeras parteras están haciendo turnos en el hospital y luego están recorriendo con el personal de salud visitando en las casas. Es un trabajo que tiene ser reconocido...”. (PS Imbabura).

Algunas parteras y personal de salud señalan que la remuneración ayudaría también a cubrir los gastos que realizan en su trabajo.

“Yo digo que por lo menos lo reconozcan a uno para comprar el material, porque allá en el centro de salud a nosotros no nos dan nada, nosotros tenemos que comprar nuestros guantes, comprar nuestra gasa, nuestros líquidos para lavarnos, tenemos que comprar todo. Entonces por lo menos ganando cualquier cosita uno compra eso” (partera Esmeraldas).

El personal médico añade que ni siquiera ahora existen mecanismos para cubrir los gastos mínimos que requiere el trabajo de coordinación con las parteras tradicionales.

“Dentro del sistema financiero del MSP, Ud. no puede darle ni un agua a la partera. Hay viáticos, hay alimentación, pero es para el funcionario público. Nosotros no podemos organizar un taller de capacitación con agentes comunitarios porque no tenemos como financiar. Lo que hacemos para capacitar es [recurrir a organizaciones como la Fonakise] que tienen la facilidad para pagar el costo del taller. Las ONGs financian, pero el Estado mismo no” (PS Sucumbíos).

“Antes se entregaba gasas esterilizadas, instrumentos, pero actualmente como el MSP ha dejado de lado, más están apoyando las ONGs. Como MSP sería bueno apoyar con esos instrumentos para las zonas distantes o parteras, porque como le digo a veces vienen a llamar en ese proceso ya de expulsión, la partera tiene que salvar y para eso necesita una tijera por lo menos, y ellas no lo tienen. Toca ver ese apoyo también desde las unidades operativas o desde el hospital”. (PS Imbabura).

Con relación a la forma de la remuneración existe un variado conjunto de ideas, sin embargo el de mayor consenso es el de un pago mensual por su trabajo igual para todas las parteras. Esto tanto en la comunidad como en las unidades operativas.

Con relación a la remuneración del trabajo en sus comunidades las personas consultadas reconocen la dificultad de hacer un pago por prestaciones atendidas. Primero, porque muchas parteras tradicionales no saben leer ni escribir lo que haría difícil el registro de cada prestación que brindan. Como solución a esto se ha propuesto crear un mecanismo simple de registro, con simbología gráfica (“hojas de registro solo con palitos), como ya se ha experimentado en los cupones de referencia y contrarreferencia. Y segundo porque es difícil definir un costo justo para cada una de estas prestaciones, pues algunas parteras tienen mayores gastos que otras por razones de movilización especialmente.

Otras formas de remuneración que se han sugerido es el pago en especies (animales menores), la entrega de tierras, o un bono.

En el caso del trabajo en las unidades operativas el asunto es menos complejo, pues existen varias experiencias, por ejemplo, Loreto, en las que las parteras tradicionales trabajan en turnos rotativos y reciben un pago mensual por su trabajo.

9.1. Lineamientos generales para el reconocimiento y/o remuneración de parteras tradicionales

El reconocimiento y/o remuneración a las parteras tradicionales es prioritario por varias razones:

- Garantizar la sostenibilidad de la propuesta sobre la definición del rol de la partera en el SNS.
- Garantizar la gratuidad de la salud materna y neonatal dentro del marco del Estado plurinacional.
- Reconocimiento y valoración efectiva al trabajo que realizan en sus comunidades y en las unidades operativas.
- Reconocimiento del aporte que están realizando a la protección y fomento de los derechos, considerados fundamentales, de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos.
- Colaboran y apoyan, en la mayoría de casos de forma gratuita, a la red de servicios público estatales. Cubren las necesidades de atención primaria de un porcentaje representativo de mujeres y niños/as que el Estado no puede atender.
- Reparación por la discriminación y exclusión que han sufrido históricamente.
- Garantizar el derecho al trabajo que todos/as los ecuatorianos tenemos, y ayudar a asegurar una vida digna de sus familias.
- Contribuir a superar las inequidades de género existente en las comunidades y a la autonomía e independencia de las mujeres.

9.2. Lineamientos generales para su aplicación

De los diálogos mantenidos en los grupos focales y entrevistas sabemos que las dificultades para lograr un trabajo de mayor colaboración y compromiso por parte de las parteras tradicionales es la ausencia de una política clara que retribuya el trabajo y el esfuerzo que ellas realizan.

“hay otras compañeras que no quieren recibir [capacitaciones], porque ellas dicen que no quieren pasar tiempo, en lugar de trabajar en lugar de estar haciendo, algunas compañeras necesitan, y dicen: ‘andando de gana pasando tiempo, si ni siquiera están ganando’” (Grupo focal Esmeraldas)

El reconocimiento y/o remuneración de las parteras tradicionales debe ser considerado como uno de los ejes fundamentales para consolidar la alianza estratégica estatal – comunitaria de carácter plurinacional e intercultural para garantizar los derechos SSR de las mujeres embarazadas y el cuidado y la atención a los recién nacidos. En este sentido los servicios y prestaciones ancestrales e interculturales ofrecidos por las parteras tradicionales acreditadas deberían articularse a los ofrecidos por el MSP (Servicios y prestaciones públicos estatales-comunitarios). Y deberían seguir los siguientes criterios generales:

- Solo las parteras tradicionales acreditadas tendrán el derecho a un reconocimiento y/o remuneración.
- El reconocimiento y/o remuneración requerirá de un esfuerzo interinstitucional del Estado. (Gobierno central y gobiernos locales principalmente) con el apoyo de las organizaciones comunitarias.
- El reconocimiento y/o remuneración deben ser aplicados en el marco de los procesos de institucionalización progresiva de los sistemas tradicionales de salud y de los vínculos interculturales con el sistema biomédico estatal.
- El tipo de reconocimiento y/o remuneración deben ser producto de negociaciones y consensos locales, de acuerdo a las expectativas de los actores involucrados y respetando las características socio culturales de las comunidades.

Entre algunos actores consultados, existe el temor de que la remuneración a las parteras tradicionales podría cambiar las dinámicas y valores comunitarios como el de la reciprocidad. También existe el temor de que las mujeres embarazadas en las comunidades pierdan confianza en sus parteras. Estos criterios sin embargo deben ser analizados con detenimiento.

Es claro y nadie discute en la actualidad que el trabajo es un derecho de todos/as los ciudadanos del país y que la remuneración es un medio fundamental para satisfacer múltiples necesidades y derechos básicos tanto materiales (alimentación) como sociales y culturales (educación de los hijos e hijas por ejemplo). En el caso de las comunidades que voluntariamente conservan formas de auto subsistencia para satisfacer sus necesidades fundamentales, se propone que se instrumenten otros tipos de reconocimiento no monetario. De ahí que sea indispensable mantener el criterio de que la definición de este tema sea el producto de un acuerdo con los actores involucrados y sus organizaciones comunitarias.

“[En determinados lugares, comunidades] para qué vamos a meter otros términos como el dinero? qué a todos vamos a dar dinero? pero pueden ser otros mecanismo de retribución, de reconocimiento con títulos de tierra, o de protección de esas tierras, que no se va a afectar con ningún tipo de explotación ciertos espacios para proteger la biodiversidad y los conocimientos de los taitas y mamas. Entonces cómo el Estado participa también en la multiplicación de taitas y sabios, y cómo al mismo

tiempo el Estado reconoce a ese taita y esa mama, para que pueda haber nuevos taitas y nuevas mamas porque ellos se encargan de la formación de los otros” (ECUARUNARI)

Además se conoce por las conversaciones mantenidas con las parteras tradicionales y el personal médico que las prácticas de reciprocidad, como el Randi Randi, están vinculadas con arraigadas creencias comunitarias y sobre todo que son una forma simbólica de retribuir y agradecer la mística y entrega que realizan las parteras tradicionales en su trabajo. No obstante, como afirma uno de los actores entrevistados, tanto el reconocimiento como la remuneración, lejos de romper los lazos de solidaridad y reciprocidad, seguramente fortalecería estos valores de la partería tradicional.

“Yo creo que el tema del randi-randi [reciprocidad] continuaría ganen un sueldo del Estado o no ganen. Yo creo que ese ya es un principio de la formación [como partera] En caso mío por ejemplo yo gano aquí como Director, no puedo decir que un sueldazo, pero supera el sueldo de profesor [su profesión]. Eso implica ganar un poco más pero significa también involucrar mucho más a la organización, a su pueblo, su comunidad y significa trabajar un poco más, todo depende cómo personalmente esté formado.... Todos necesitamos vivir, porque yachaks, shamanes, deben tener sus hijos que tienen que mantener, debe formar también a futuro, entonces de qué viven los compas? A veces por eso mismo muchos han explotado al prójimo, entonces ahí mejor se normaría, ya no tendrían que cobrar, si hay alguna reciprocidad ok, hay varias reciprocidades, van a la minga a sembrar chacras, a construir una casa, hay varias reciprocidades que se puede dar no solo en materia económica. Pero cuál es la reciprocidad del Estado frente a ese conocimiento? Sí tiene derecho y obligación el Estado de reconocer, tiene que ser igual que a los enfermeros y a los doctores” (CODENPE).

- Los criterios para determinar el valor del reconocimiento y/o remuneración deben ser el resultado de estudios técnicos socio-económicos en los que participe la comunidad y/o las parteras tradicionales. Y se lo debe hacer teniendo en cuenta criterios de justicia y valorando adecuadamente los niveles de responsabilidad y la complejidad del trabajo que realizan las parteras tradicionales.
- El reconocimiento y/o la remuneración deberían incluir los costos para insumos y materiales que las parteras ocupan para el desempeño de su trabajo, independientemente del pago de sus servicios.
- Se deben hacer en el menor tiempo posible las reformas legales y reglamentarias necesarias para instrumentar de forma efectiva el reconocimiento y/o remuneración a las parteras tradicionales acreditadas.
- Las modalidades de reconocimiento y/o remuneración deben ser planteadas y aplicadas de acuerdo al ámbito de acción de las parteras tradicionales, es decir, si se trata de la comunidad o de las unidades operativas. A continuación presentamos algunas propuestas.

9.2.1. En la comunidad

Podemos distinguir al menos dos tipos de prestaciones en salud y otros temas que ofrecen y que podrían ofrecer las parteras tradicionales en sus comunidades:

1) Prestaciones que deberían organizarse de manera colectiva entre las parteras de la comunidad o varias comunidades:

- Identificación de mujeres embarazadas en la comunidad;
- Registro de las atenciones que hacen las parteras tradicionales para alimentar un sistema comunitario de vigilancia epidemiológica;
- Promoción y prevención (consejería) en SSR, en salud materna y neonatal (planificación familiar), nutrición, violencia intrafamiliar, inmunización, etc.,
- Coordinación del plan de acción para emergencias obstétricas
- Investigación y rescate de saberes y prácticas ancestrales.
- Formación a jóvenes de sus comunidades en partería tradicional
- Facilitadores de los Talleres de Intercambio de conocimientos
- Atención en SSR en las casas de salud comunitarias⁹⁵

El reconocimiento y/o remuneración para este tipo de prestaciones deberá aplicarse en la medida que se vaya organizando, de la mano de las organizaciones comunitarias y de parteras y en coordinación en los temas pertinentes con el personal médico, cada uno de estos temas dentro de una modalidad colectiva de trabajo. Esto requiere definir claramente responsabilidades, horas de trabajo, etc.⁹⁶ Si se acuerda localmente una remuneración mensual por este trabajo se irá ajustando en la medida que estas modalidades de trabajo se vayan perfeccionando y la carga de trabajo vaya aumentando.

2) Prestaciones que ofrecen las parteras tradicionales de manera individual:

- Atención del embarazo, parto, posparto, y del recién nacido acorde a las costumbres ancestrales
- Atención de otros problemas de salud espanto, mal aire, limpias, etc.) Identificación oportuna de embarazadas con señales de peligro en el embarazo y en el parto para su referencia a unidades operativas.

Por las dificultades que representa en este caso la opción de un pago mensual igual para todas las parteras tradicionales, ya que según el criterio de ellas mismas unas parteras atienden este tipo de prestaciones más que otras, una opción viable sería que se pague o reconozca una tarifa para cada una de estas prestaciones. Para lo cual la partera deberá llevar un registro pormenorizado de las prestaciones que realiza, con los datos generales de las pacientes que atiende. Esta información deberá ser verificada con el apoyo de los Equipos de Atención Primaria y las organizaciones comunitarias.

9.2.2. En las Unidades Operativas

El trabajo en las Unidades Operativas debería sujetarse a los criterios generales de remuneración al personal médico de estas instancias (rol de pagos de cada institución).

⁹⁵ La modalidad de trabajo en este caso podría definirse de manera similar al propuesto para el trabajo de las parteras tradicionales acreditadas en las unidades operativas.

⁹⁶ Esto se deberá hacer dentro del marco de políticas y principios de fortalecimiento y fomento propuestos anteriormente para el desarrollo de los sistemas tradicionales de salud y los vínculos interculturales con el sistema biomédico estatal.

Varias experiencias desarrolladas en el país (caso Loreto o Napo) muestran que la modalidad de turnos rotativos es exitosa y permite incorporar a un número importante de parteras. La remuneración se deberá hacer de acuerdo a criterios técnicos socio- económicos y al nivel de responsabilidad en el trabajo que realizan estas.

“Por ejemplo en Otavalo hay un problema. Si son las mamás las que están atendiendo, ya si hay algunos médicos que han desarrollado confianza con las mamás, los médicos ya no hacen turnos, se van a dormir y le dejan a la mamá, y la mamá ¿recibe alguna remuneración?, no recibe, es decir si hay espacios de vinculación, nosotros pensamos que tiene que haber un trato más equitativo, es decir no el trato que se da a una auxiliar, y no por despreciar los trabajo que hace la señora auxiliar o el señor auxiliar, sino por el tipo de atención que está haciendo la mamá en esa unidad y en un servicio público donde el Estado tiene que responder. El problema es que el Estado en este proceso de reconocimiento, máximo es un reconocimiento de membresía de saber que sí es mamá partera y que está inscrita en el ministerio, pero de las mamás que ya están prestando un servicio en esa unidad de salud, no quiere saber nada porque ya le va a significar algún egreso, entonces si va a costar algún egreso, ¿cuánto estaría pensando dar?, ¿estaría pensando dar una bonificación?, ¿estaría pensando darle el sueldo de una auxiliar?, ¿de una enfermera?, ¿de una obstetriz?, ¿del médico? Entonces nosotros no queremos discriminar la diferenciación y el estatus que han hecho en el sistema de salud oficial; médico, enfermera, auxiliar y hasta el personal de servicio, pero la compañera debe ser tratada como si fuera un médico, y en esos niveles tiene que ser su reconocimiento” (ECUARUNARI)

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para la definición del rol de las parteras tradicionales en el SNS debemos partir de algunas premisas básicas:

- El Estado ecuatoriano es plurinacional e intercultural y reconoce y garantiza los derechos colectivos, entre los cuales se encuentran el derecho a preservar y desarrollar los sistemas tradicionales de salud.
- Los sistemas tradicionales de salud están plenamente vigentes en el país y cumplen un rol estratégico en la atención materno y neonatal.
- La definición del rol de las parteras apunta hacia la progresiva institucionalización⁹⁷ de los sistemas tradicionales de salud, y la redefinición de los marcos institucionales de los servicios estatales de salud.
- El aseguramiento de los derechos fundamentales de la madre y el recién nacido requieren de un trabajo cooperativo y complementario entre los diferentes sistemas de salud.

La definición del rol de las parteras en el SNS por lo tanto debe ser considerada una oportunidad para caminar hacia la construcción de un Estado plurinacional e intercultural y para garantizar la atención primaria de mujeres y niños en el país.

La sostenibilidad política de una propuesta de estas dimensiones requiere de un amplio acuerdo entre los principales actores e instituciones que están involucrados en la salud materna y neonatal. Una modalidad para lograr este acuerdo puede ser que se lo haga en el marco de una Alianza Estratégica entre los pueblos y nacionalidades del Ecuador (incluidos los pueblos afroecuatorianos y montubios) y el Estado ecuatoriano.

En función del estudio que hemos realizado dentro de la presente consultoría se han identificado dos líneas estratégicas de acción: 1) el desarrollo y fomento de los sistemas tradicionales de salud (políticas plurinacionales), y 2) El fortalecimiento de los vínculos interculturales entre los sistemas tradicionales de salud y el sistema biomédico estatal (políticas interculturales). Estas dos líneas estratégicas corresponden a los ámbitos donde han actuado las parteras tradicionales, en el primer caso, ancestralmente y en el segundo desde hace algunos años atrás. En este sentido hemos organizado la definición del rol de las parteras tradicionales en el SNS en el ámbito comunitario y en el ámbito institucional.

En el ámbito comunitario es necesario establecer políticas claras para el fortalecimiento de la partería tradicional. La creación de centros de investigación comunitaria para el rescate y desarrollo de los saberes y prácticas ancestrales; la creación de centros de formación de partería tradicional; la promoción y apoyo de organizaciones comunitarias de parteras tradicionales, entre otras acciones (huertos con plantas medicinales, etc).

El fortalecimiento de los vínculos interculturales en el ámbito comunitario tiene dos objetivos principales.

⁹⁷ Por institucionalización entendemos aquí la generación de condiciones para el reconocimiento y funcionamiento de los sistemas tradicionales de salud en igualdad de condiciones, incluyendo marcos legales para su operación dentro del sistema de salud, apoyo para su difusión, mantenimiento y desarrollo, acreditación y reconocimiento de sus agentes, etc.

El primero es fomentar modelos interculturales de atención primaria de salud, que incluye la promoción, prevención y atención de la salud materna y neonatal en el marco del diálogo de saberes. Con relación a la atención de las mujeres embarazadas este vínculo debe ser planteado en términos de complementariedad a la labor que realizan las parteras tradicionales según sus saberes y prácticas ancestrales. Mientras que la promoción y prevención de la salud y los derechos de mujeres y niños deben articularse a planes que combinen los saberes y prácticas ancestrales con los provenientes de la cultura occidental.

El segundo objetivo, más acotado, pero estratégico para reducir la muerte materna y neonatal, debe priorizar el intercambio de saberes y prácticas alrededor de tres temas fundamentales: el parto con adecuadas medidas de bioseguridad, la identificación de señales de peligro en el embarazo, parto y posparto, y la oportuna referencia a las unidades operativas del MSP en casos de emergencias obstétricas. Sin embargo, el éxito para lograr la reducción de la muerte materna y neonatal está ligado a otras acciones que deberá desarrollar el MSP de forma complementaria, en las que se promueva una participación protagónica de las parteras tradicionales y una eficiente coordinación entre la comunidad y el personal médico de las unidades operativas y los Equipo de Atención Primaria : planes de evacuación de emergencias obstétricas; sistemas de comunicación y transporte y cuidados obstétricos esenciales accesibles.

El fortalecimiento de los vínculos interculturales en las unidades operativas permitirá la consolidación de modelos de salud plenamente interculturales. El diálogo de saberes y prácticas en condiciones de equidad entre las parteras tradicionales y personal médico en las unidades operativas permitirá al mismo tiempo que brindar un servicio culturalmente pertinente, también, en el mediano y largo plazo tener un sistema de salud público estatal más holístico, humano e integral que esté al servicio de toda la ciudadanía.

La sostenibilidad de la propuesta requiere de algunas condiciones básicas:

- Todas las parteras/os deben involucrarse en la institucionalización de la partería tradicional.
- La consecución de acuerdos con la participación de todos los actores involucrados en el tema permitirá la sostenibilidad a largo plazo.
- Un esfuerzo interinstitucional del Estado (gobierno central y gobiernos locales) conjuntamente con las organizaciones de los pueblos y nacionalidades del Ecuador.

La definición del rol de las parteras en el SNS se lo debería hacer en el marco de una Alianza Estratégica Estatal-Comunitaria de carácter plurinacional e intercultural para garantizar los derechos SSR de las mujeres embarazadas y el cuidado y la atención de los recién nacidos.

La institucionalización del rol de las parteras en el SNS debe seguir un plan estratégico de consolidación progresiva, a través de un conjunto de políticas complementarias, para promover y fortalecer los sistemas tradicionales de salud y los vínculos interculturales de estos con el sistema biomédico estatal.

Se debe garantizar la participación activa de las parteras tradicionales y sus sistemas tradicionales de salud en todas las acciones y políticas orientadas a consolidar la institucionalización de estas en el SNS.

Los procesos de consolidación del rol de las parteras tradicionales en el SNS deben realizarse en el marco del respeto y el dialogo entre los diferentes sistemas de salud de acuerdo a la metodología propuesta en los Talleres-Encuentros para el “Intercambio de Conocimientos y Experiencias o Dialogo de Saberes”.

Se debe iniciar un amplio proceso de acreditación en el que se incluyan a todas las parteras tradicionales del país. Además se debe promover la regularización progresiva de las parteras tradicionales aprendices de acuerdo a los lineamientos generales definidos en la propuesta.

Se debe iniciar las reformas legales y normativas correspondientes para viabilizar la remuneración y/o reconocimiento de las parteras tradicionales tanto en el ámbito comunitario como institucional. La remuneración de las parteras tradicionales en el ámbito comunitario se lo debe hacer progresivamente en la medida que los sistemas tradicionales de salud se vayan organizando e institucionalizando.

Finalmente se recomienda realizar estudios específicos sobre al menos tres temas que consideramos deberán ser profundizados para definir políticas públicas específicas:

- La prácticas de la partería tradicional en las comunidades donde la atención del embarazo, parto, posparto y de los recién nacidos la realizan los familiares cercanos de las mujeres embarazadas (esposos) o incluso las propias parturientas.
- La práctica de la partería en los centros urbanos, para conocer sus dinámicas y las posibles medidas que se deberían adoptar para su regulación y su posible articulación a los servicios médicos del MSP.
- La práctica de la partería tradicional en los pueblos montubios del Ecuador. Aunque se puede inferir que mantienen rasgos comunes con las parteras tradicionales de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, así como con las de los pueblos.

11. GLOSARIO

CULTURA

La cultura vista desde una perspectiva antropológica, se refiere a “todo lo que crea el hombre al interactuar con su medio físico y social y que es adoptado por toda la sociedad como producto histórico (...) Desde este punto de vista, no hay grupo humano que carezca de cultura ni hay culturas superiores frente a otras inferiores. Simplemente hay culturas diferentes.”⁹⁸

ETNIA

“Una etnia (del griego *ἔθνος* *ethnos*, "pueblo" o "nación") es una población humana en la cual los miembros se identifican entre ellos, normalmente con base en una real o presunta genealogía y ascendencia común, o en otros lazos históricos. Las etnias están también normalmente unidas por unas prácticas culturales, de comportamiento, lingüística, o religiosas comunes.

Dichas comunidades comúnmente reclaman para sí una estructura social, política y un territorio. Aunque generalmente, el término "etnia" se usa a veces erróneamente como un eufemismo para raza, o como un sinónimo para grupo minoritario. La diferencia entre estos términos radica en que mientras el término etnia comprende los factores culturales (nacionalidad, afiliación tribal, religiosa, fe, lengua, o tradiciones) y biológicos de un grupo humano, la raza específicamente alude a los factores morfológicos distintivos de esos grupos humanos (color de piel, contextura corporal, estatura, rasgos faciales, etc.) desarrollados en su proceso de adaptación a determinado espacio geográfico y ecosistema (clima, altitud, flora, fauna, etc.) a lo largo de varias generaciones. Así, la palabra "raza" es solo un concepto que ha sido asociado al de etnia”⁹⁹.

ETNOCENTRISMO

Es la tendencia a ver las cosas desde el punto de vista de nuestros propios patrones culturales, “En todo el mundo las personas son etnocéntricas. Valoran lo que han sido educados a valorar, y ven el significado de la vida en sus propios fines definidos culturalmente. Pero el etnocentrismo es más que solamente los prejuicios en la percepción y el conocimiento; es también la práctica de juzgar a las otras culturas con las normas de la propia. La mayoría de los pueblos en el mundo suelen considerar a las gentes de otras culturas como inferiores.

Aunque todos los pueblos son etnocéntricos, el etnocentrismo de las sociedades occidentales ha tenido mayores consecuencias que la de las sociedades pequeñas menos avanzadas tecnológicamente y geográficamente más aisladas. Las circunstancias históricas que condujeron a la difusión de la civilización occidental nos han dado una fuerte creencia en su rectitud y superioridad”¹⁰⁰.

⁹⁸ Benítez, Lilyan y Alicia Garcés, *Culturas Ecuatorianas*. Ayer y Hoy, Quito, Abya-Yala, 1994, Pág. 8

⁹⁹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Etnia>

¹⁰⁰ Serena Nanda, *Antropología Cultural*. Adaptaciones Socioculturales, Quito, Ecuador, 1994.

MULTICULTURALIDAD

Realidad que expresa el hecho de que una región, un país o una ciudad posea un alto grado de diversidad cultural, es decir que contenga poblaciones, comunidades o grupos étnicos con culturas, costumbres, tradiciones, lenguas, creencias religiosas, cosmovisiones, gastronomías, etc., muy diferentes entre sí.

MULTICULTURALISMO:

El multiculturalismo es una opción teórica que defiende el respeto y la tolerancia de las diversas culturas, pero se opone a que puedan interactuar por temor a su desaparición. La pretensión del multiculturalismo es mantener viva y lo más incontaminada posible cada una de las diversas culturas, que merecen amparo frente a la amenaza de otras culturas más potentes o multitudinarias.

Según el multiculturalismo “nadie podrá, por consiguiente, pretender convencer a integrantes de otras culturas de que modifiquen sus formas de pensar o sus modos de actuar; nadie habrá de osar persuadir a un seguidor de otra religión o de otras costumbres culturales para que las cambie por creencias o hábitos propios de otra religión o cultura; todo aquel que nazca con una determinada herencia cultural o que aprenda cierta lengua materna deberá hacer todo lo posible por perpetuarla, y si acaso él optase por renunciar a ellas no podrá ser contemplado sino como una suerte de “traidor” a la causa común del sostenimiento de cada pequeña diferencia cultural¹⁰¹.

INTERCULTURALIDAD:

El concepto de interculturalidad se refiere al diálogo horizontal (en un marco de respeto mutuo e igualdad) entre sistemas culturales diferentes, para promover el conocimiento mutuo de las distintas culturas, aceptando, respetando y valorando sus diferencias como algo positivo y enriquecedor del entorno social. Este diálogo posibilita el mutuo enriquecimiento y la creación de nuevas formas de interrelación y actuación que redunde en beneficios para todos los grupos sociales.

“(La interculturalidad también es un) proceso político que busca construir sociedades y Estados respetuosos de las diversidades y de los derechos de las diferentes culturas para que puedan contribuir de forma propositiva a la construcción de países realmente democráticos, a través de nuevas relaciones de poder entre culturas y pueblos.” (Rojas y Araúz, 2008: 17)

PLURINACIONALIDAD:

La nueva constitución Política del Ecuador define al Estado ecuatoriano como constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. La plurinacionalidad reconoce el derecho de autodeterminación de las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo

¹⁰¹ Quintana Paz, Miguel A., “Qué es el multiculturalismo (y qué no es)”, Manual formativo ACTA, n. 51 (2009), p. 19-34.

montubio y las comunas dentro del Estado ecuatoriano y establece los derechos colectivos que los ampara.

Los derechos colectivos definen el contenido y los alcances de la plurinacionalidad. Se reconoce y garantiza, entre otros, el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral. Con respecto a los sistemas tradicionales de salud se reconoce y garantiza el derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agro biodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

- Almaguer González, José. Ley Marco en materia de medicina tradicional. Propuesta elaborada por la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. Agosto, 2009.
- Armendáriz, Rubén, “Modelos Interculturales en Salud”, Memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador, MSP, Coca, junio del 2008.
- Benítez, Lilyan y Alicia Garcés, Culturas Ecuatorianas. Ayer y Hoy, Quito, Abya-Yala, 1994.
- Bergstrom, Staffan & Goodburn, Elizabeth. “The role of traditional birth attendants in the reduction of maternal mortality”. En: Vincent De Brouwere and Wim Van Lerberghe (eds.) *Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence*. Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001.
- Bradby, Barbara and Jo Murphy-Lawless. *Reducing maternal mortality and morbidity in Bolivia: Appropriate birth practices in the formal and informal sectors of perinatal care*. La Paz: ILCA, 2002. (Serie: Informes de Investigación II N° 3).
- Buitrón Myriam, et, al, “La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachik mamakunapak sumak yachaycuna”, Venecia, Circolo culturale Menocchio, 2002, Pág. 33.
- Crespo, Antonio, “Historia de la medicina ancestral ecuatoriana”, ponencia del Primer Congreso nacional de medicina ancestral y medicinas alternativas en el marco del modelo salud familiar e intercultural, Loja, 14 de octubre 2008.
- Espinosa, Víctor M. y Azcárate, Sergio. Obstetricia. Vigilancia Prenatal, Programa de actualización continua para el Ginecoobstetra (PAC-GO), Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, 1998.
- Foster, George M., “On the Origin of Humoral Medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.1, N° 4 (Dec., 1987).
- García Martínez AC. García Martínez MJ. Valle Racero JI. La imagen de la matrona en la Baja Edad Media. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería*, n° 3-4, 1996/97:61-82.
- Gallo Sandoval, Mario, Manual de procedimientos para la articulación intercultural de la partería comunitaria a una red de servicios de salud publica, COICA, FONAKISE, - Proyecto de Vida con Identidad, Abril 2006.
- González Guzmán, Daniel, 2007, Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto (HACAP). Publicado por la Dirección Provincial de Salud de Tungurahua, “Family Care International y el Proyecto de Garantía de Calidad, QAP, Quito, Ecuador
- Kruske, Sue, and Barclay, Lesley. *Effect of Shifting Policies on Traditional Birth Attendant Training*. *Journal of Midwifery and Women’s Health*. Volume 49, No. 4, July/August 2004.

- Medina Ibáñez, Armando, Guía para la Adecuación cultural de los servicios de salud. MSP – BID. Cooperación técnica de apoyo a la preparación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS) (EC-T1052).
- Mangay-Manglacas, “Traditional Birth Attendants” En: Wallace, Helen, and Giri, Kanti. *Health Care of Women and Children in Developing Countries*. California. 1990
- MSP, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008, Quito.
- MSP- Dirección Nacional de Normatización del SNS, Subproceso de Medicina Intercultural (DNSI). Mapa Estratégico 2009-2013, 2da. Edición, Quito, 2008.
- Nanda, Serena. Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales, Quito, Ecuador, 1994.
- Organización Mundial de la Salud. Parteras Tradicionales. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra. 1993.
- OPS/OMS. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, Washington D.C., 2003.
- Ordoñez J, Stupp P, Monteith D, et al. ENDEMAIN 2004 (Encuesta demográfica y de salud materna e infantil): Informe Final. Quito: CEPAR, 2005
- Pilatuña Lincango, Jaime. “Sumak Kawsay (SALUD)”, en: Módulo: Sensibilización en Salud y Medicina Intercultural. Centro del Saber: Yachay Munay- Cosmovisiones, Universidad Intercultural “AMAWTAY WASI”, MSP-Salud Intercultural, 2009.
- Quintana Paz, Miguel A., “Qué es el multiculturalismo (y qué no es)”, Manual formativo ACTA, n. 51 (2009), p. 19-34.
- Rodríguez, Lilia, Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Septiembre de 2008.
- Serrano, Inmaculada, La formación de matrona a lo largo de la historia. Adaptación del texto elaborado para la exposición Matronas y Mujeres en la Historia. Pamplona, 28 de mayo – 2 de junio, 2002.
- Sibley, Lynn M., and Sipe, Theresa Ann. *Transition to Skilled Birth Attendance: Is There a Future Role for Trained Traditional Birth Attendants?* Journal of Health, Population and Nutrition, Vol. 24, No. 4, Dec, 2006, pp. 472 – 478.

- Towler J. Bramall J. Comadronas en la historia y en la sociedad. Masson. Barcelona, 1997: 273-283.
- Wim Van Lerberghe and Vincent De Brouwere. "Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality". En: Vincent De Brouwere and Wim Van Lerberghe (eds.) *Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence*. Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001.
- World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva. 2002.

ANEXOS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A NIVEL INTERNACIONAL DE ACCIONES DE ARTICULACIÓN DEL TRABAJO DE LAS PARTERAS COMUNITARIAS

Durante la década de 1970, la capacitación de parteras tradicionales figuró como una de las estrategias patrocinadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la reducción de la muerte materna. En 1978, la OMS emitió la Declaración de Alma Ata (ex-URSS), en la que se adoptaba la atención primaria de la salud como la clave para cubrir las necesidades de salud de la mayor parte de la población. En la misma declaración se estableció el aporte de los agentes tradicionales de atención del parto para la salud comunitaria y el potencial de capacitar a las parteras tradicionales (Mangay-Manglacas, 1990:239). De este modo, las parteras contribuían a subsanar la gran necesidad de proveer asistencia a millones de mujeres e infantes, que superaba con creces la capacidad de prestación de servicios por parte del sistema formal de salud, particularmente en áreas rurales de países en desarrollo. Subsecuentemente, la gran mayoría de países donde existían parteras tradicionales comenzaron a diseñar e implementar programas para capacitar y supervisar a las parteras, muchas veces utilizando y modificando el Kit de Capacitación diseñado para tales efectos por la OMS (Ibid:235).

Los programas de capacitación a parteras tradicionales, a cargo de gobiernos y agencias de cooperación en países en desarrollo, han estado organizados alrededor de dos aspectos característicos del sistema biomédico de atención: a) la idea de contrarrestar el riesgo obstétrico, junto con la importancia de las referencias tempranas en caso de complicaciones, y b) la organización del sistema de salud en tres niveles de atención (Ibid:279). En función de estos aspectos, la capacitación ha estado dedicada a:

- “Promover la prácticas seguras entre las parteras, como la higiene, especialmente el lavado de manos y procedimientos de corte del cordón umbilical;
- La no interferencia durante la labor de parto;
- El cuidado de las madres antes, durante y después del parto;
- Identificación y referencia de las madres en riesgo;
- Eliminación de prácticas tradicionales dañinas y apoyo a aquellas que contribuyen al apoyo psico-social (Mangay-Manglacas:235)

Con el paso del tiempo, el rol de las parteras tradicionales no se ha limitado a funciones relacionadas a la partería, sino que incluye en muchos casos su participación en programas de atención primaria como rehidratación oral, e inmunización (Ibid:239).

En 1985, la OMS organizó una reunión en Fortaleza, Brasil, sobre Tecnología Adecuada para el Parto, que incluyó como recomendaciones la co-existencia y colaboración entre el sistema de atención del parto institucional y los sistemas de atención perinatal informales, incluyendo a los agentes tradicionales de atención del parto, colaboración que podría ser altamente efectiva si dichos sistemas se relacionaban de manera paralela, sin establecer la superioridad de uno sobre el otro (Bradby & Murphy-Lawless: 282)

Esta postura de aceptación y valoración de los sistemas de salud tradicionales por parte de la OMS se fue debilitando con el tiempo y en 1992 dicho organismo, junto con UNICEF y UNFPA, emitieron un documento programático sobre parteras tradicionales, donde se establece que las mismas deberán seguir siendo capacitadas, pero como medida para sortear las brechas que impiden que la población acceda a atención de la salud profesional y moderna:

“Para paliar la [escasez] actual de parteras profesionales y de instituciones capaces de prestar servicios de atención prenatal y de maternidad higiénicos y seguros, además de desempeñar otras funciones de atención primaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) están fomentando como solución interina el adiestramiento de las PT en espera de que todas las mujeres y todos los niños tengan acceso a una asistencia sanitaria de nivel profesional, moderna y aceptable” (OMS, 1992:2)

Para entonces habían emergido varias críticas y dudas con respecto a la eficacia de capacitar a las parteras como medida para disminuir la mortalidad materna. Al cabo de más de una década de implementación de esta estrategia:

“Se encontraron pocos efectos que no fueran la prevención del tétanos. La resistencia (o incapacidad) de cambiar por parte de las parteras tradicionales, su falta de credibilidad ante los ojos de los profesionales de la salud, la imposibilidad *de facto* de organizar su supervisión de forma efectiva y eficiente, han contribuido a desacreditar la capacitación dirigida a parteras tradicionales. Más allá de sus méritos, actualmente se considera una estrategia poco efectiva para la reducción de la mortalidad materna” (Van Lerberghe & De Brouwere, 2001: 25)

Al respecto, es necesario notar que metodológicamente es muy difícil establecer o medir el impacto sobre las tasas de mortalidad materna de los programas de capacitación a parteras, particularmente debido a la ausencia de registros fidedignos de eventos vitales en la mayoría de países en desarrollo (Bergstrom & Goodburn, 2001: 82) Adicionalmente, evaluaciones más recientes de capacitaciones a parteras han demostrado importantes logros en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos adquiridos (Sibley & Sipe, 2006). Por otra parte, es claro que existen varios factores de carácter estructural que tienen impacto sobre la mortalidad materna más allá de la capacitación a parteras tradicionales, por lo que la solución a este problema demanda estrategias diversificadas.

En 1997, la OMS y otros actores de la Iniciativa por una Maternidad Segura se manifestaron a favor de la atención del parto por parte de agentes “calificados” en todos los casos, en contraposición a la atención de agentes “capacitados”. A diferencia de estos últimos, los agentes calificados del parto tienen la capacidad de manejar complicaciones obstétricas, además de atender partos normales (Kruske & Barclay:308). De esta manera el rol de las parteras tradicionales se vio más claramente limitado a actuar como “vínculo” con profesionales de la partería, en lugar de proporcionar directamente atención primaria (Sibley & Sipe, 2006)

En la actualidad existe un creciente consenso sobre la necesidad de que la capacitación a parteras vaya acompañada de acceso a Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) de modo que la referencias de parteras capacitadas se encuentren con servicios de salud en capacidad de atender a las pacientes referidas:

“[Los hallazgos] sugieren que la intervención más importante para los agentes de atención del parto domiciliario es un sistema de apoyo fiable en casos de emergencia con suficientes medios de transporte disponibles (Kwast 1992), y apoyo calificado, equipado y disponible de profesionales de la partería y demás personal con habilidades para salvar vidas (Fleming 1994)” (Bergstrom & Goodburn, 2001: 87).

El Debate Internacional sobre la Idoneidad de Capacitar a Parteras Tradicionales

Alrededor de la capacitación a parteras tradicionales e incorporarlas a las redes de atención primaria de salud, hay grupos que están convencidos de la necesidad de confiar únicamente en la creciente profesionalización de los cuidados obstétricos para la reducción de la muerte materna, por lo que argumentan que dedicar esfuerzos a iniciativas como la capacitación a parteras distrae la atención del desarrollo de una partería profesional y el incremento de la atención del parto institucional. En contra de esta postura están quienes no consideran adecuado desechar la capacitación de las parteras tradicionales, pues existe un trabajo valioso, que debe ser fortalecido y mejorado, en lugar de abandonarlo debido a las debilidades detectadas (Ibid:88)

Para algunos, las limitaciones de los programas para vincular a las parteras tradicionales con la atención primaria de salud están relacionadas a varios aspectos, como: deficientes sistemas de referencia y transporte a centros de salud y hospitales; la calidad de atención que prestan los establecimientos de salud a las usuarias; el tipo de relación que mantiene el personal de salud formal con los agentes de salud tradicional y, en general, el tipo de relación que existe entre el sistema biomédico de salud y el sistema médico tradicional.

En casi todos los casos, los contenidos de las capacitaciones a parteras no han tomado en cuenta los saberes ancestrales de estos agentes, ni la cosmovisión y valores culturales de las poblaciones a las que atienden. Mientras que el enfoque biomédico que guía la capacitación a parteras pone gran énfasis sobre el riesgo y complicaciones obstétricas, llegando a medicalizar en extremo los eventos del parto y el embarazo, que para muchas usuarias y agentes de medicina tradicional constituyen eventos normales y/o definidos por creencias y prácticas culturales específicas y persistentes (Bradby & Murphy-Lawless:284-285)

Si se toma esto en cuenta, las estrategias para la disminución de la mortalidad materna no pueden sólo abarcar una creciente atención obstétrica profesional accesible a la población en términos prácticos, sino que deben también dialogar con las creencias y prácticas culturales de la población y de sus agentes tradicionales, las cuales influyen la escasa utilización de servicios obstétricos profesionales allí donde sí se encuentran disponibles.

“Aún donde existen servicios profesionales disponibles, muchas mujeres continúan accediendo a los servicios de las parteras tradicionales, particularmente en áreas rurales. Este se debe a que el costo, las costumbres locales, y la amabilidad, continúan siendo los

principales factores que influyen la selección de un proveedor. Para muchas mujeres rurales, la calidad de la relación es más valorada que la competencia técnica del proveedor de salud” (Kruske & Barclay: 309).

El conocimiento y comprensión de la cosmovisión y valores de las comunidades son por tanto vitales a la hora de planificar la capacitación a parteras, así como el funcionamiento de las redes de atención primaria y el cuidado obstétrico esencial. Consecuentemente, para muchos las parteras tradicionales, lejos de constituir recursos de dudoso valor en la lucha para disminuir la mortalidad materna y neonatal, continúan siendo elementos claves que posibilitan este necesario dialogo y mutua valoración entre sistemas de salud diversos (Ibid).

“Las parteras tradicionales y el personal de salud formal pueden trabajar armoniosamente a favor de las mujeres, si existe el compromiso de parte del [enfoque biomédico] de escuchar y responder a nivel local, en lugar de utilizar modelos que tienen poca adaptabilidad especialmente cuando van acompañados de actitudes de maltrato hacia las usuarias y las parteras tradicionales” (Bradby & Murphy-Lawless:292)

Experiencias exitosas de trabajo con parteras tradicionales

Las experiencias exitosas de trabajo entre profesionales biomédicos y parteras tradicionales existen en diversos lugares, como Samoa, Malasia o Brasil, caracterizadas por una verdadera colaboración y asociación fundamentadas en el respeto mutuo y la mutua valoración de las habilidades y prácticas de cada uno (Kruske & Barclay: 310; Bradby & Murphy-Lawless: 286). De acuerdo a algunos autores, para ser exitosas las políticas de salud materna deben redefinir la idea de “conocimiento” válido, de modo que se incorpore sabiduría y creencias distintos a los del sistema occidental de salud, y las parteras tradicionales sean incluidas dentro de los equipos de salud primaria más allá de la retórica brindándoles reconocimiento igualitario (Ibid).

Como relatan Bradby & Murphy-Lawless (2002), en el caso de Brasil la experiencia de trabajo más conocida ocurrió alrededor de la ciudad de Fortaleza en la década de 1970. El trabajo con parteras tradicionales fue liderado por un obstetra, el José Galba Araujo, quien creó 40 unidades atendidas por parteras en zonas rurales. El trabajo inició por conocer el sistema de salud tradicional, las prácticas de las parteras locales, e involucrar a la comunidad en la creación de unidades y selección de parteras. Las parteras trabajaban turnos de ocho horas en cada unidad y recibían la supervisión de enfermeras únicamente una vez por semana. Además referían casos complicados al hospital más cercano para lo cual disponían de una ambulancia. Los factores que marcaban la diferencia y el éxito de este modelo serían principalmente dos: a) Una gran confianza en el parto como un proceso normal y en la capacidad de las parteras de atender partos no complicados y, b) Un sistema de transporte y transferencia no obstaculizado por grandes distancias (Bradby & Murphy-Lawless:289). La confianza en los conocimientos de las parteras y el reforzamiento de prácticas tradicionales, como la atención vertical del parto, o el corte del cordón umbilical después del alumbramiento de la placenta, constituirían un aspecto clave del éxito de esta experiencia, junto con el buen funcionamiento de las referencias de pacientes que sabían serían bien atendidas en el hospital.

Otras experiencias internacionales

Guatemala

La iniciativa de Ley para la Maternidad Saludable de Guatemala¹⁰², cuyo objetivo es garantizar la maternidad saludable de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información y de servicios durante el embarazo, parto y posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la morbilidad materna – neonatal, establece que la atención calificada del parto y recién nacido es aquella que se brinda de manera inmediata durante el parto y posparto en el hogar, en el centro de salud o en el hospital. Además uno de sus principios es la interculturalidad, en la que se define que el Estado garantizará el respeto a la identidad cultural conforme los valores, idioma y costumbres de las comunidades en la aplicación de los programas de atención de salud materna-neonatal. Se define como proveedor calificado al profesional de salud con destrezas y habilidades médico/médica, partera/partero, enfermera/enfermero, comadrona técnica que sido capacitado y es competente para el manejo del embarazo, parto y posparto, así como sus complicaciones. Mientras que el proveedor/a comunitario y tradicional, son las personas reconocidas por la comunidad, que en el primer nivel de atención realizan acciones como: control prenatal e identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería en planificación familiar y acompañamiento de la mujer embarazada a los servicios de salud, entre otros. No se incluye la atención del parto tradicional. (Art. 5) Se entiende que solo las parteras/os calificadas pueden prestar este servicio.

En el artículo 7 se establece que los establecimientos que atiendan población indígena, deben contar con la presencia de intérpretes culturales y lingüísticos para asegurar que la atención, tratamiento y los procesos de comunicación sean comprensibles y claros para las mujeres y su familia. Además establece que cuando el parto se lleve a cabo en el hogar, un proveedor calificado debe visitar a la mujer puerpera y al recién nacido entre las primeras veinticuatro a cuarenta y ocho horas. El cual deberá identificar signos o síntomas de peligro y remitir a la mujer o al recién nacido, según sea el caso, al nivel de atención con la capacidad resolutoria necesaria, según la morbilidad detectada (Art. 10).

El art. 13 señala que se establecerán casas maternas cercanas a los hospitales, CAIMI y CAP. Estas casas deberán diseñarse basadas en la pertinencia cultural, para permitir a las mujeres embarazadas hospedarse en fechas cercanas a su parto y tener acceso inmediato a los servicios de salud.

Finalmente el art. 12, relativo a los proveedores comunitarios y tradicionales señala, que estos brindarán los servicios relacionados con la maternidad en el nivel primario, aplicando normas y protocolos establecidos. “En el caso de las comadronas, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular en forma conjunta con las organizaciones de comadronas, una política que incluya definición del rol de las comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas adiestradas a nivel técnico. La Ley de Maternidad Saludable de Guatemala apunta a formar parteras profesionales y en esa medida regular la

¹⁰² Iniciativa de Ley para la Maternidad Segura, presentado al Congreso de la República de Guatemala, el 22 de octubre de 2009 y el que se autoriza a que la Comisión de la Mujer lo estudie y dictamine su aprobación. 29 de Sept. 2009.

articulación de estas a su sistema de salud y autorizar para que atiendan partos. Recordemos que el Artículo 5, cuando define a los proveedores tradicionales no se incluye la atención del parto.

En Guatemala, en el marco del proceso de Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) que forma parte de las acciones de la estrategia de Promoción de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, la cual el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social empezó a implementar en San Marcos en el 2007, con el apoyo técnico del proyecto USAID/Calidad en Salud, se incorporó a la señora Amparito Miranda, “comadrona” tradicional con más de 40 años de experiencia al Centro de Atención Permanente (CAP) de San Pedro Sacatepéquez, San Marco.¹⁰³ Ella cumple turnos de 24 horas y tiene tres días de descanso. Se encarga de la emergencia los fines de semana y, entre semana, atiende a los pacientes tomando sus signos vitales y refiriéndolos con el médico. En el momento de un parto apoya en la atención de las madres y del recién nacido. Su contrato laboral fue gestionado con la municipalidad.

Además de la incorporación de la comadrona al CAP se han incorporado cambios en la atención del parto, como por ejemplo, la opción que tiene la paciente para elegir en qué posición desea tener el bebé-hincada, en cuclillas o acostadas y su familia pueda estar presente en el momento de alumbramiento.

México

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art. 2º reconoce a México como nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional.
- La Ley General de Salud (LGS) mexicana con respecto a la Medicina Tradicional señala que se reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Y añade que los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán “adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del *paciente con el médico, respetando siempre sus Derechos Humanos*”.
- El Programa Nacional y Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012 incorpora ahora líneas de acción específicas sobre interculturalidad y medicina tradicional entre las cuales se destacan:
 - Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas:
 - Promover adecuaciones interculturales en la operación de los servicios y en el diseño de los espacios para la atención de la salud para disminuir las barreras culturales al acceso de los servicios.

103 Gotas de Calidad, Edición No. 11. 31 de marzo del 2009. Calidad en salud Guatemala. USAID.

- Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicionales y complementarias y promover su utilización segura de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población.
 - Fortalecer los servicios de salud a través de la incorporación gradual de servicios de medicina tradicional y medicinas complementarias en aquellas unidades de salud en las que exista la demanda de estos servicios.
- Mientras que el Programa de Acción Específico 2007 - 2012: Interculturalidad en Salud, señala en su línea de acción no. 3 que se deberá promover adecuaciones interculturales en la Operación de los servicios de salud y en el diseño de los espacios para la Salud. El Programa de Acción Específico 2007 - 2012: Medicina Tradicional y Sistemas Complementarios de Atención a la Salud, plantea como línea de acción el incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud, que permitan ofrecer servicios en un marco de respeto, interrelación, complementariedad y sinergia, considerando la cultura y demanda de la población, y señala como meta en este sentido, el difundir el modelo de parto vertical en el Sistema Nacional de Salud así como favorecer su institucionalización.
 - El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud vigente, señala las siguientes atribuciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Artículo 25): VII. Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica; XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud; XIX. Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud.
 - La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”., Señala: *5.4.1.2 Durante el trabajo de parto normal, se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica.* Lo que significa que la norma no limita el aprovechamiento de esta posición, e incluso señala como elemento fundamental el respeto a las decisiones de la embarazada. La Secretaría de Salud ha impulsado la acreditación de unidades que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). *La Cédula de Acreditación de Unidades de Primer Nivel. Centros de Salud en Zonas Indígenas*¹ cuenta con diversos indicadores de carácter intercultural que pretenden contribuir a la mejora del trato a población indígena y disminuir barreras culturales en la atención médica. Uno de dichos indicadores (No. B 290) es el de *“Respeto a la decisión del parto vertical y acompañamiento de la partera y familiar”*.
 - El estado de Veracruz, ha establecido en su Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia², como tipo de Violencia contra las mujeres, a la “Violencia

Obstétrica”, definida en su Artículo 7, Fracción VI, como la *“apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”*. (Almaguer González, 2009: 7)¹⁰⁴

El documento de la Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud mexicano “El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud, define a la atención intercultural como el “aprovechamiento de manera respetuosa y sinérgica de los elementos de diversos modelos médicos y cultural, y que pretende evitar y/o erradicar las barreras cultural, en un marco de seguridad y eficacia. Además de la posición vertical del parto se propone incorporar los siguientes elementos, entre otros:

- Fomentar la identificación temprana de riesgos en el embarazo, fortaleciendo la articulación con los auxiliares de salud y parteras tradicionales, en la que se les otorgue adecuada recepción y buen trato cuando refieran y acompañen a mujeres embarazadas o en trabajo de parto.
- Facilitar los ejercicios saludables para las mujeres embarazadas, incorporando técnicas de ejercicios derivados del conocimiento tradicional de las parteras y la propia experiencia de las mujeres que van a parir y otros especializados para el embarazo y el puerperio como yoga y *Qi Gong* (chi cum).
- Fomentar la alimentación saludable de las mujeres embarazadas con cursos prácticos de cocina saludable adaptadas al embarazo y cultura local.
- Integrar en un esquema de seguridad los masajes preparto que conocen las parteras para facilitar la circulación sanguínea, disminuir la tensión muscular y reducir el dolor.
- Atención conjunta del parto integrando a parteras tradicionales y profesionales en la atención del parto eutócico, en conjunto con el personal médico.

104 Almaguer González, José Fernández y García Ramírez, Hernán José, “La Atención Intercultural a las mujeres: El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.” Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud, y Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. Gobierno Federal, Estados Unidos Mexicanos, Pg. 6, 7 y 8, 2009.

- Favorecer la incorporación de técnicas utilizadas por parteras tradicionales para facilitar la pujada eficiente de la mujer en el trabajo de parto.
- Permitir la participación de la pareja o familiar durante el parto, para brindar sustento emocional y hacerlo copartícipe de la experiencia de la paternidad, si así lo solicita la mujer parturienta.
- Otorgar, a través de parteras y personal capacitado, las técnicas de masaje postparto conocidas como “*apretadas*” que favorecen la recuperación funcional de tendones, huesos, articulaciones y órganos.
- Modificar la climatización y ambientación de la sala de expulsión para que sea “calida”, tanto a nivel térmico como cultural.
- Integrar los beneficios de los baños de vapor y temascal para las mujeres durante el puerperio.
- Facilitar la operación de posadas de hospedaje, contiguas a centros de salud y hospitales que permitan el albergue de mujeres embarazadas de riesgo, desde días antes de la fecha probable de parto y evitar su traslado de urgencia durante el trabajo de parto. Así mismo que permita a las mujeres albergarse durante los tres primeros días después del parto, en que culturalmente “se encuentran en estado caliente”, y se pueden desequilibrar si se exponen al fresco.
- Integrar los conocimientos y prácticas de las parteras para facilitar la producción temprana de la leche materna y mejorar su calidad.
- Adaptar los servicios a las necesidades y derechos de las mujeres usuarias de tal manera que se facilite el acceso a los mismos.
- Otorgar servicios con enfoque de género, basadas en las necesidades y expectativas de las mujeres usuarias, para lo cual es necesario instrumentar una estrategia de consulta con las mismas, y de reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos.
- Sancionar al personal que degrade a las usuarias y realice cualquier acto de violencia obstétrica.
- Favorecer la dignificación y humanización del parto, con la participación activa de las mujeres parturientas, donde se les deje de tratar como “objeto”, y se les reconozca sus derechos como protagonistas del mismo, fortaleciendo su autonomía.
- Evitar la prohibición de los elementos de protección que llevan las personas usuarias desde su perspectiva cultural, como lo son, listones rojos, amuletos, aldabas de metal, a menos que se tenga la seguridad de que signifiquen riesgo durante el procedimiento médico indicado, y en ese caso devolverlos al terminar éste. Si se considera que puede alterar los procedimientos de higiene, ofrecer sustitutos limpios o estériles.

- Transformar las capacitaciones convencionales con parteras tradicionales en “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo” donde los dos modelos médicos se encuentren, se enriquezcan mutuamente y logren concertaciones interculturales para favorecer su propia labor, así como la salud y dignidad de las usuarias.
- Propiciar la intervención y capacitación de parte del área de psicología para facilitar
- la identificación de signos tempranos durante el embarazo y parto, de cualquier tipo
- de modalidad de violencia, y de los síndromes de depresión postparto y de rechazo madre/hijo, de manera que se puedan prevenir y atender de manera oportuna.
- Sensibilizar, formar y capacitar al personal institucional en la atención al parto con perspectiva cultural y de género, e instrumentar la acreditación del servicio de atención del parto con elementos culturales.¹⁰⁵

La secretaría de Salud de México ha establecido la “Red Estatal de Parteras tradicionales”, que cuenta con 578 parteras activas que trabajan en 419 localidades, mayoritariamente en la región de Huasteca.¹⁰⁶ Dentro de la Red se capacita y entrega material de curación e instrumentos médicos a las parteras y se da seguimiento a las actividades que estas realizan (atención del parto y otras actividades preventivas como la entrega de Ácido Fólico a mujeres embarazadas y Sobres de Vida Suero Oral. Durante el 2009 las parteras tradicionales pertenecientes a la Red atendieron 607 partos normales, 482 niños menores de cinco años con afecciones respiratorias y 608 diarreas. Repartieron 2.966 Sobres de Vida Suero Oral y llevaron a cabo 97 revisiones de mama, así como 876 referencias de pacientes a las Unidades de Primer Nivel. Este trabajo se hace en coordinación con las Brigadas Médicas Móviles y las Centros de Salud. Este trabajo coordinado incluye capacitaciones y el registro de las prestaciones que brindan.

En el 2009 se llevaron a cabo siete cursos de capacitación a parteras tradicionales en el que participaron 477 de ellas en los siguientes temas:

- Violencia Intrafamiliar y Sexual
- Reanimación Neonatal
- Prevención de la Mortalidad Materna
- Ingesta de Ácido Fólico para la Prevención de Malformaciones Congénitas
- Uso de Sobre de Vida Suero Oral y Adecuado Manejo de las Enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Niños
- Estilos de vida saludable (estrategia Patio Limpio, referencia de mujeres en edad reproductiva a Unidades de Primer Nivel de Atención para que completen su esquema de vacunación, se realicen la prueba del Papanicolaou y reciban información sobre planificación familiar.

105 Op. Cit., Pág. 31-33.

106 Sala de Prensa: “Parteras tradicionales”, <http://www.slpsalud.gob.mx>, 10 de diciembre del 2009.

Propuesta de Ley Marco en materia de medicina tradicional del Parlamento Latinoamericano¹⁰⁷

Esta propuesta de ley en el Art. 1 propone algunas definiciones importantes que pueden ser tomadas en cuenta sobre los sistemas tradicionales de salud:

- Medicina tradicional: Son los sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales han acumulado a través de su historia, fundamentados centralmente en una cosmovisión, que para los países latinoamericanos, es de origen precolombino y que se ha enriquecido en la dinámica de interacciones culturales, con elementos de la medicina española y portuguesa antigua, la influencia de medicinas africanas y la medicina científica, además de incorporar elementos terapéuticos de otras prácticas que les son afines y que son susceptibles de ser comprendidos y utilizados desde su propia cosmovisión y marco conceptual.
- Terapeutas o prácticos tradicionales¹, Son las personas que realizan acciones en el ámbito comunitario para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física o espiritual, colectiva y comunitaria, enmarcados en una forma de interpretar el mundo que les rodea (cosmovisión) acorde a su cultura y los marcos explicativos de sus sistemas médico tradicional. A fin de no establecer controversias respecto a la denominación jurídica del término “médico” con la definición promovida por diferentes instancias académicas y oficiales de “médico tradicional”, se propone reconocer los nombres con los que son conocidos por su comunidad, en su lengua indígenas a los terapeutas tradicionales, por lo que se sugiere utilizarlos, registrándolos en su propia lengua si es el caso, o de manera genérica, utilizar el mencionado término de *terapeuta tradicional*.
- *Pueblos Indígenas*: Son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual de los países americanos al iniciarse la ocupación europea y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas y donde la conciencia de su identidad indígena es un criterio fundamental para definir su condición de pueblos indígenas.
- *Comunidades Indígenas*: Son comunidades integrantes de los pueblos indígenas aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo a sus usos y costumbres.
- *Conocimientos Tradicionales*: Todo el conjunto de prácticas y saberes colectivos de los pueblos indígenas referidos a la biodiversidad, a la salud- enfermedad y al manejo de los recursos orientados al bienestar comunitario, los cuales han sido transmitidos de generación en generación, así como sus manifestaciones artísticas y culturales, que conjuntamente con aquellos, conforman su patrimonio cultural;

¹⁰⁷ Almaguer González, José. Ley Marco en materia de medicina tradicional. Propuesta elaborada por la Comisión de Salud del Parlamento Latinoamericano. Agosto, 2009.

- *Bio-piratería*: Apropiación de los recursos genéticos y conocimientos tradicionales realizadas sin el consentimiento previo y autorizado de las comunidades y pueblos indígenas, que pretende, mediante el sistema internacional de patentes, la propiedad intelectual, el uso, explotación y el usufructo monopólico y con fines de lucro de éstos recursos y conocimientos, sin que exista distribución justa y equitativa de los beneficios derivados de su utilización;

Del mismo modo se recomienda a los Estados miembros de la comunidad latinoamericana a encaminar sus acciones con respecto a la medicina tradicional tomando en cuenta las siguientes consideraciones (Art. 2 Atribuciones de los Ministerios de Salud):

- Reconocimiento como derecho cultural, como conocimientos y practicas generados y protegidos colectivamente por los pueblos y comunidades indígenas para su utilización plena y afín a su cultura y que por esa circunstancia, no puede ser normado sin la participación explícita y amplia de los propios indígenas con la cobertura y el referente del Derecho indígena internacional, vinculante con el marco normativo de los países del Parlatino.
- Se recomienda que la legislación a generar, considere esta perspectiva en relación a las intervenciones por parte de la ciencia médica hacia el ámbito de la medicina tradicional; que éstas sean bajo procesos de interacción de carácter intercultural, de respeto a los derechos humanos para su fortalecimiento y desarrollo y no solamente para el aprovechamiento de sus conocimientos relacionados con los efectos terapéuticos de sus plantas medicinales, o el entrenamiento de sus prácticos y terapeutas bajo modelos subordinados de colaboración asistencial hacia objetivos que de primera instancia, no les son prioritarios.
- Se recomienda asimismo, la mutua colaboración técnica entre los países donde existe la medicina tradicional y sus pueblos originarios a fin de compartir las experiencias exitosas que han permitido la inclusión de algunas medicinas que forman parte de la oferta de servicios de Salud, sus procedimientos legales y normativos para su ejercicio, enseñanza e investigación. En sus políticas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no distingue a las medicinas tradicionales indígenas de las medicinas complementarias y alternativas²³, ante lo que esta ley marco pretende hacer una clara distinción, basada en la presencia de medicinas tradicionales de los pueblos originarios, para su acercamiento, modulación y desarrollo. La cosmovisión y el derecho cultural son el punto central para abordar a las Medicinas tradicionales indígenas. Forman parte sustantiva de la cultura de las poblaciones indígenas y rurales, lo que determina un sinnúmero de hábitos y prácticas. En este sentido, la medicina tradicional, no es sólo es un conjunto de prácticas preventivas y terapéuticas que deben ser reguladas en función de su eficacia científica; forma parte de la identidad cultural, y debe ser asumida también, como un derecho cultural.
- Sin embargo, debe existir una regulación que ordene y distinga las prácticas terapéuticas, simbólicas y espirituales que poseen todo un reconocimiento comunitario, de las que se practican fuera de su contexto y que pueden tener serios

riesgos a la salud por personas ajenas al marco explicativo de la medicina tradicional. El reto es promover la investigación científica de las terapéuticas tradicionales sin tener que derribar la cosmovisión que las sustenta ni atropellar el marco del derecho indígena que reconoce que los conocimientos de la medicina tradicional son propiedad de las comunidades y las naciones donde se originaron y que deben respetarse y promover, para su modulación, no sólo la seguridad, la eficacia y la calidad de la medicina tradicional, sino también la pertinencia cultural.

- Se deberán promover además medidas para proteger, registrar en beneficio de los pueblos originarios, conservar y desarrollar, los conocimientos tradicionales y los recursos naturales necesarios para aplicarla de manera sostenible. La presente Ley marco, pretende fortalecer mecanismos de validación comunitaria al amparo del derecho indígena, el impulso a la colegiación de los terapeutas tradicionales y la sistematización de parte de ellos de su propia medicina. De esta manera, es imperativo promover procesos de autorregulación, en los que las mismas organizaciones definan quienes son y quienes no los terapeutas tradicionales.

La OMS y la Promoción de la Medicina Tradicional

La OMS reconoció oficialmente la importancia de fomentar la medicina tradicional en el año de 1978. Dos décadas después, en el año 2002, la OMS publicó su primer plan estratégico sobre medicina tradicional 2002-2005, destinado a clarificar asuntos de políticas, seguridad, eficacia, calidad, acceso y uso racional de las medicinas tradicionales (MT), así como alternativas y complementarias (MAC)¹⁰⁸. La estrategia responde al uso extendido en países en desarrollo de las medicinas tradicional y MAC, debido en gran medida a su mayor accesibilidad física y económica para la población, así como por el apego de la población a prácticas culturales y cosmovisiones determinadas.

Entre las principales tareas que se ha impuesto la OMS, se encuentran el ayudar a los países a desarrollar políticas que permitan la integración de la MT/MAC a los sistemas nacionales de atención en salud, según sea apropiado. Dichas políticas nacionales posibilitarán el definir el rol de la MT/MAC en la prestación de servicios de salud, asegurando que existan mecanismos legales para su promoción y su práctica, que el acceso a estas medicinas es equitativo, y que la autenticidad, seguridad y eficacia de las terapias están garantizadas. También permite asegurar la provisión de recursos financieros para la investigación, educación y capacitación.

Para describir el grado en que las MT/MAC forman elementos reconocidos del sistema de salud, la OMS ha definido tres tipos de sistemas¹⁰⁹:

a) Un *sistema integrativo*, donde la MT es oficialmente reconocida e incorporada a todas las áreas de prestación de salud (programas de medicamentos, prestadores de salud, terapias disponibles en establecimientos, costos cubiertos por seguridad social, educación e investigación) A nivel mundial, únicamente China, Corea, la República Democrática de Corea y Vietnam han llegado a tener este tipo de sistema.

¹⁰⁸World Health Organization. Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneva. 2002. pag. 1

¹⁰⁹ Ibid. 8.

b) Un *sistema inclusivo*, que reconoce las MT/CAM, pero no las ha integrado plenamente en todos los aspectos de la atención de salud, ya se trate de la prestación de servicios, educación, capacitación, o su regulación. La MT y las CAM pueden no estar disponibles en todos los niveles de atención, o puede no existir regulación sobre sus prestadores y productos. Entre los países que cuentan con este sistema están Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali, Canada, Reino Unido. Muchos de estos países se encuentran trabajando para desarrollar sus políticas y regulaciones al respecto.

c) Un *sistema tolerante*, donde el sistema nacional de salud está basado por entero en la medicina alopática, pero donde algunas prácticas propias de la MT/MAC son legalmente toleradas.

Los retos que enfrenta el reconocimiento y adopción de las MT y MAC, se puede clasificar en cuatro categorías:

Políticas Nacionales y Marcos Regulatorios

- Ausencia de reconocimiento oficial de las MT/MAC y de sus prestadores
- Las MT/MAC no se encuentran integradas a los sistemas nacionales de salud
- Ausencia de mecanismos reguladores y marcos legales
- Distribución equitativa de beneficios de los conocimientos y prestadores indígenas
- Distribución inadecuada de recursos para el desarrollo de MT/MAC

Seguridad, eficacia y Calidad

- Ausencia de una metodología de investigación
- Evidencia inadecuada sobre terapias y productos de la MT/MAC
- Ausencia de estándares internacionales y nacionales para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las terapias y productos de la MT/CAM
- Ausencia de regulación y registro adecuado sobre medicina herbolaria
- Ausencia de registros de prestadores de MT/CAM
- Apoyo insuficiente para la investigación

Acceso

- Ausencia de datos que midan niveles de acceso y costos
- Necesidad de identificar terapias y productos seguros y efectivos
- Ausencia de reconocimiento oficial sobre el rol de los prestadores de MT/MAC
- Ausencia de cooperación entre prestadores MT/CAM y profesionales alopáticos
- Uso insostenible de recursos de plantas medicinales

Uso Racional

- Ausencia de capacitación a prestadores de MT/CAM y a profesionales alopáticos sobre MT/CAM
- Ausencia de comunicación entre prestadores de TM/MACC y prestadores alopáticos, y entre profesionales alopáticos y consumidores
- Ausencia de información para el público sobre el uso racional de MT/MAC

En el contexto del continente americano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), emitió en 1992 la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, como estrategia para abordar la salud de los pueblos indígenas de la región, en base a cuatro principios: a) un enfoque

integral de la salud; b) el derecho a la autodeterminación de los pueblos; c) el respeto y revitalización de las culturas indígenas; d) la reciprocidad en las relaciones; e) el derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Posteriormente se elaboró el “Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas”, que incluía tres líneas de acción interrelacionadas¹¹⁰:

a) Planificación estratégica y alianzas: apoyar a los países en formulación de políticas para el desarrollo de sistemas de salud tendientes al acceso equitativo para los pueblos indígenas.

b) Marcos de referencia y modelos de atención interculturales: apoyar a los países en diseño de modelos de atención que aborden barreras en el acceso a servicios experimentadas por pueblos indígenas. Ello incluye la “generación de metodología e instrumentos que faciliten la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud, particularmente en la atención primaria”.

c) Información para detectar y vigilar las desigualdades: mejorar la recopilación, producción y difusión de información acerca de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas.

La Segunda Línea de Acción, pretende contribuir a la armonización¹¹¹ entre los sistemas de salud indígenas y el sistema convencional de salud, lo cual supone la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud. Según la OPS, existen tres áreas de acción que favorecen este proceso de incorporación:

a) La armonización jurídica: marco legal que permita la participación social, el ejercicio y aplicación de medicinas indígenas, protección y preservación del saber y recursos comunitarios.

b) La armonización conceptual: reconocimiento de saberes y prácticas indígenas como sistemas de salud, y generación de marcos conceptuales que permitan la comprensión de los sistemas de salud indígena.

c) La armonización práctica: formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población. Esto supone la formación de recursos humanos capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos culturales, a fin de proporcionar una atención integral.

110 OPS/OMS. Armonización de los sistemas de salud indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Pag. 8

111 Se utiliza esta palabra en asociación a un enfoque intercultural, y como sinónimo de asociación, concertación o mediación, y se prefiere su uso a otras palabras como “integración”, que históricamente se han vinculado a procesos de subordinación y asimilación de los pueblos indígenas ante ideologías dominantes.

En la práctica, las estrategias apoyadas por la OMS y la OPS sobre medicina tradicional, así como sus políticas sobre parteras tradicionales, detalladas anteriormente, se han traducido en dos tipos de iniciativas llevadas adelante por países en desarrollo:

- Promover la participación de los agentes de salud tradicionales en la atención primaria de salud a nivel comunitario, particularmente en campañas de promoción y prevención y en los sistemas de referencia para la atención del parto
- Promover el conocimiento de la medicina tradicional y sus terapias entre el personal biomédico, así como formar recursos humanos capaces de brindar atención culturalmente apropiada (superación de barreras culturales en la atención dentro de los establecimientos de salud, como por ejemplo, el tipo de trato interpersonal, los horarios de atención, la disposición física, los procedimientos utilizados, etc.).

La participación de parteras tradicionales en la atención de salud primaria se traduce en décadas de implementación de programas de capacitación a parteras en países en desarrollo, promocionados por la OMS, gobiernos nacionales y agencias internacionales, en el marco de la lucha contra la mortalidad materna y neonatal. La capacitación a parteras se ha caracterizado por un énfasis en la transmisión de conocimientos biomédicos que deben adquirir los agentes tradicionales, sin valorar ni incluir sus conocimientos ancestrales dentro de los contenidos del entrenamiento ni propiciar un intercambio de saberes. En la gran mayoría de casos, el rol de las parteras en la atención primaria de salud se ha limitado a la referencia de complicaciones obstétricas hacia el sistema de salud convencional.

Por otra parte, en varios países, particularmente de Latinoamérica, se han implementado experiencias locales de adecuación cultural de la atención del parto institucional con el apoyo de organizaciones no gubernamentales.

No obstante estos avances a nivel local y mundial, es patente la falta de modelos interculturales de salud que permitan la incorporación de agentes tradicionales dentro de las redes de establecimientos de salud públicos para ofrecer servicios médicos tradicionales, conjuntamente con los profesionales del sistema de salud convencional:

“A menudo la promoción de la medicina tradicional sirve el propósito de autoafirmación nacional y cultural. Sin embargo, en la práctica, casi no existe un ejemplo de verdadera colaboración e intercambio entre la medicina tradicional y moderna dentro del contexto de la atención primaria de salud. Los trabajadores de salud dentro del sistema biomédico generalmente están opuestos a la idea de colaboración, mientras que los agentes de salud tradicionales a menudo están más dispuestos.” (Sjaak van der Geest, 1997:909).

Las iniciativas que buscan incorporar a las parteras dentro de la atención primaria de salud, generalmente han limitado su campo de acción al de la propia comunidad, donde se considera que la partera puede mejor desempeñar su rol de promoción gracias a los lazos sociales que mantiene y al prestigio social que ha adquirido.

La reticencia de muchos países de integrar más a fondo a los agentes de salud tradicionales con el sistema biomédico, no limitándolos al ámbito comunitario, sino incluso

incorporándolos a la práctica en escenarios institucionales, estaría relacionada, a la falta de políticas que reconozcan su práctica como parte de un sistema de salud legítimo, y la falta de mecanismos para incorporarlos a la prestación de servicios, entre otros factores.

La institucionalización de la medicina tradicional y sus agentes constituye un tema controversial, no sólo por la falta de claridad política que pueda existir a nivel nacional sobre el tema, sino también porque desde la misma población indígena existe preocupación sobre la utilización de los agentes tradicionales para beneficiar el uso de los servicios biomédicos, en desmedro de la actividad tradicional. Otra preocupación es cómo las actividades curativas de los agentes tradicionales en contextos institucionales puede volverse descontextualizada y despojada de su sentido original, y cómo esta práctica institucional puede poner en riesgo las relaciones de reciprocidad entre agentes tradicionales y usuarios.

Otro obstáculo para profundizar la colaboración entre biomedicina y medicina tradicional, incluye las actitudes etnocéntricas del personal biomédico ante los sistemas de salud tradicionales y sus agentes. También puede existir desconfianza del personal biomédico ante la falta de evidencia que pruebe seguros los conocimientos tradicionales.

ECUADOR CHS CSHGP ANNEX 18. M&E Table

MONITORING & EVALUATION PLAN (Note: per verbal agreement with USAID, M&E Table amended by CHS for MTE report (*consultant MTE report did not include annotated M&E Table*))

12/29/2011

12/29/2011									
No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE		Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress	
IMPACT OUTCOME INDICATORS									
1	Maternal Mortality Ratio (MMR—per 100,000 live births)	117	100%	7/5952*100.000= 117.6 (INEC. 2009) 12/6346*100.000= 189.1 (INEC. 2010)		Yearly	INEC Database: General Births and Deaths 2010.		
2	Neonatal mortality ratio	8.7	6%	52/5952*1.000NV= 8.7 (INEC. 2009) 45/6346*1.000NV= 7.1 (INEC. 2010)		Yearly	INEC Database: General Births and Deaths 2010.		
3	Stillbirth rate	9.07	7%	54/5952*1.000NV= 9.07 (INEC. 2009) 62/6346*1.000NV= 9.8 (INEC. 2010)		Yearly	INEC Database: Fetal Births and Deaths 2010.		
4	Neonatal mortality prior to facility discharge	No valid baseline data since systematic measurement did not begin until full project implementation (after baseline survey) in 2010	4%	5/785*1.000= 6.3 (Jan - Mar/11) 7/861*1.000= 8.1 (Apr - Jun/11)		Quarterly	Data is obtained from Statistics Departments at each hospital (Latacunga, Pujili and Zumbahua) : Numerator: No. of Neonatal Deaths prior to hospital discharge Denominator: Total number of deliveries attended in each hospital, during the measurement period	Due to increased referrals of complicated deliveries from community level as part of parish micro-network collaborative care models, the early neonatal mortality rate may be expected to increase transiently due to increased severity of cases. Of note is that the estimated proportionof community neonatal deaths (relative to estimated community births) has decreased	
5	# of maternal deaths in the community in the last year	2	0%	2 (INEC 2009) 2 (INEC 2010)		Yearly	INEC Database: General Births and Deaths 2010.		
6	# of maternal deaths in MPH hospitals in the last year	4	0%	4 (INEC 2009) 6 (INEC 2010)		Yearly	INEC Database: General Births and Deaths 2010.		
7	# of stillbirths in the community in the last year	5	0%	5 (INEC 2009) 19 (INEC 2010)		Yearly	INEC Database: Fetal Births and Deaths 2010.		
8	# of neonatal deaths in the community in the last year	24	0%	24 (INEC 2009) 12 (INEC 2010)		Yearly	INEC Database: General Births and Deaths 2010.		
9	# of institutional neonatal deaths in the last year	25	15%	25 (INEC 2009) 31 (INEC 2010)		Yearly	INEC Database: General Births and Deaths 2010.		
ACCESS & UTILIZATION OF ANTENATAL, DELIVERY AND POST-PARTUM SERVICES BASED ON PARISH STATISTICS									
	ACCESS TO MICRO-NETWORKS			INSTITUTIONAL	TRAD. BIRTH ATTENDANTS	TOTAL (Institutional + TBA)			
10	% estimated pregnant women in the parish who had first prenatal checkup at a hospital, health subcenter, Peasant Social Security (SSC) facility, or with a traditional birth attendant from the micro-network.	42% (institutional + TBA antenatal services)	200% (goal is for every woman to receive antenatal care at facility and household level for integrated facility and community-based services)	(Jan-11) 156/508*100= 30.7% (Feb-11) 178/508*100= 65.7% (Mar-11) 226/508*100= 110.2% (Apr-11) 194/508*100= 148.4% (May-11) 173/508*100= 182.5% (Jun-11) 143/508*100= 210.6% (Jul-11) 119/508*100= 234.1% (Aug-11) 85/508*100= 250.8%	(Jan-11) 58/508*100= 11.4% (Feb-11) 41/508*100= 19.5% (Mar-11) 68/508*100= 32.9% (Apr-11) 106/508*100= 53.7% (May-11) 59/508*100= 65.4% (Jun-11) 78/508*100= 80.7% (Jul-11) 109/508*100= 102.2% (Aug-11) 38/508*100= 109.6%	(Jan-11) 214/508*100= 42.1% (Feb-11) 219/508*100= 85.2% (Mar-11) 294/508*100= 143.1% (Apr-11) 300/508*100= 202.2% (May-11) 232/508*100= 247.8% (Jun-11) 221/508*100= 291.3% (Jul-11) 228/508*100= 336.2% (Aug-11) 123/508*100= 360.4%	Monthly	NUMERATORS: First prenatal checkups performed by TBAs or health staff from the 9 micro-networks (Pujili, San Gerardo, La Victoria, Juigua, Guangaje, Zumbahua, El Tingo, Pilaló and Angamarca) and in Pujili, Zumbahua and Latacunga Hospitals. DENOMINATORS: Total number of newborns in preceding year attended in MOH health care units in participating parishes.	Data derived from TBA + facility data; Values > 100% likely due to complementary facility and TBA antenatal services for individual women (desirable outcome of functioning household to facility parish networks)
11	% of deliveries expected in the parish (based on preceding year data) that were attended by health personnel or trained TBAs participating in micro-networks.	10.20%	90%	(Jan-11) 52/508*100= 10.2% (Feb-11) 50/508*100= 20.1% (Mar-11) 53/508*100= 30.5% (Apr-11) 59/508*100= 42.1% (May-11) 66/508*100= 55.1% (Jun-11) 56/508*100= 66.1% (Jul-11) 51/508*100= 76.2% (Aug-11) 71/508*100= 90.2%	(Jan-11) 12/508*100= 2.4% (Feb-11) 11/508*100= 4.5% (Mar-11) 23/508*100= 9.1% (Apr-11) 26/508*100= 14.2% (May-11) 66/508*100= 19.3% (Jun-11) 21/508*100= 23.4% (Jul-11) 8/508*100= 25% (Aug-11) 7/508*100= 26.4%	(Jan-11) 64/508*100= 12.6% (Feb-11) 61/508*100= 24.6% (Mar-11) 76/508*100= 39.6% (Apr-11) 85/508*100= 56.3% (May-11) 92/508*100= 74.4% (Jun-11) 77/508*100= 89.6% (Jul-11) 59/508*100= 101.2% (Aug-11) 78/508*100= 116.5%	Monthly	NUMERATORS: Deliveries attended by TBAs or health staff from the 9 micro-networks (Pujili, San Gerardo, La Victoria, Juigua, Guangaje, Zumbahua, El Tingo, Pilaló and Angamarca) and in Pujili, Zumbahua and Latacunga Hospitals. DENOMINATORS: Total number of newborns in preceding year attended in MOH health care units in participating parishes.	Data derived from TBA + facility data
12	% of newborns expected in the parish based on past year same-month data, who received a visit in the first 48 hours after birth, either by health personnel or TBAs from the micro-networks.	4.60%	60% (inst. + TBA)	(Jan-11) 41/1188*100= 3.5% (Feb-11) 45/1188*100= 7.2% (Mar-11) 40/1188*100= 10.6% (Apr-11) 44/1188*100= 14.3% (May-11) 63/1188*100= 19.6% (Jun-11) 44/1188*100= 23.3% (Jul-11) 36/1188*100= 26.3% (Aug-11) 36/1188*100= 29.4%	(Jan-11) 14/1188*100= 1.2% (Feb-11) 18/1188*100= 2.7% (Mar-11) 18/1188*100= 4.2% (Apr-11) 29/1188*100= 6.6% (May-11) 30/1188*100= 9.2% (Jun-11) 19/1188*100= 10.8% (Jul-11) 11/1188*100= 11.7% (Aug-11) 13/1188*100= 12.8%	(Jan-11) 55/1188*100= 4.6% (Feb-11) 63/1188*100= 9.9% (Mar-11) 58/1188*100= 14.8% (Apr-11) 73/1188*100= 21% (May-11) 93/1188*100= 28.8% (Jun-11) 63/1188*100= 34.1% (Jul-11) 47/1188*100= 38% (Aug-11) 49/1188*100= 42.2%	Monthly	NUMERATORS: Home visits by TBAs or health personnel from the 9 micro-networks during the first 48 hours. DENOMINATORS: Total number of newborns in preceding year attended in MOH health care units plus at home in participating parishes.	Data derived from TBA + facility data; baseline data demonstrates much lower coverage of early post-partum care than for antenatal and delivery care as is reflected in household baseline assessment results and known patterns of service delivery coverage and utilization; the improvement in coverage of early post-partum service delivery at the mid-term mark (increased from 4.6% to 42.2%) represents a very positive gain

No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE			Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress
13	% of newborns expected in the parish based on past year same-month data, who received a visit within the first week of birth (7 days) either by health personnel or TBAs from the micro-networks. (Includes visits within the first 48 hours)	6%	70% (inst. + TBA)	(Jan-11) 48/1188*100=4% (Feb-11) 54/1188*100=8.6% (Mar-11) 57/1188*100=13.4% (Apr-11) 69/1188*100=19.2% (May-11) 91/1188*100=26.9% (Jun-11) 52/1188*100=31.2% (Jul-11) 42/1188*100=34.8% (Aug-11) 44/1188*100=38.5%	(Jan-11) 21/1188*100=1.8% (Feb-11) 28/1188*100=4.1% (Mar-11) 21/1188*100=5.9% (Apr-11) 40/1188*100=9.3% (May-11) 39/1188*100=12.5% (Jun-11) 19/1188*100=14.1% (Jul-11) 11/1188*100=15.1% (Aug-11) 15/1188*100=16.3%	(Jan-11) 69/1188*100=5.8% (Mar-11) 82/1188*100=12.7% (Apr-11) 109/1188*100=28.5% (May-11) 130/1188*100=39.4% (Jun-11) 71/1188*100=45.4% (Jul-11) 53/1188*100=49.8% (Aug-11) 59/1188*100=54.8%	Monthly	NUMERATORS: Home visits by TBAs or health personnel from the 9 micro-networks within the first 7 days . DENOMINATORS: Total number of newborns in preceding year attended in MOH health care units plus at home in participating parishes.	Data derived from TBA + facility data; see comment in cell above. Not surprisingly the level of coverage of early post-partum care in the first week is higher than in first 48 hours which is a harder goal to achieve.
	REFERRAL PROCESSES	Baseline (2009)	Final Target	Mid-term (see latest figures)				Indicator calculation & data sources	Explanation of progress
14	# of pregnant women referred to a health center or district hospital by a TBA for prenatal care within the last 3 months	2	100% of pregnant women attended by TBAs	Provincial Health Directorate (DPS) - Intercultural Health Office Report: 2 (Apr to Jun-10) 1 (Jul to Sep-10) 0 (Oct to Dec-10) Interviews with TBAs: 46 (Mar to May-11) Micro-networks TBA Forms: 115 (June to Aug): 26 (Jun-11); 44 (Jul-11) ; 45(Aug-11) 24(Sept-11)			Quarterly	First data set (april to december 2010) comes from the Report submitted by the DPSC - Intercultural Health Office. From march to may 2011, data was gathered through TBA interviews conducted at the 3rd Training workshop (Tandanacui), and starting in June 2011, data comes from the Monthly Register of TBA consultations and the Monthly Summary of TBA consultations	Because there was no established TBA referral documentation system prior to project launch it is impossible to know the true baseline value for this indicator;
15	# of women referred to a health center or canton hospital by TBA for delivery care within the last 3 months	7	100% of pregnant women attended by TBAs	DPS - Intercultural Health Office Report: 7 (Apr to Jun-10) 0 (Jul to Sep-10) 18 (Oct to Dec-10) Interviews with TBAs: 10 (Mar to May-11) Micro-networks TBA Forms 17 (June to Aug): 7 (Jun-11) ; 4 (Jul-11) ; 6 (Aug-11) 2 (Sept-11)			Quarterly	First data set (april to december 2010) comes from the Report submitted by the DPSC - Intercultural Health Office. From march to may 2011, data was gathered through TBA interviews conducted at the 3rd Training workshop (Tandanacui), and starting in June 2011, data comes from the Monthly Register of TBA consultations and the Monthly Summary of TBA consultations	Because there was no established TBA referral documentation system prior to project launch it is very difficult to know the true baseline value for this indicator;
16	# of newborns referred to a health center or district hospital by a TBA within the last 3 months	0	15% of newborns seen in early post-partum consultation	DPS - Intercultural Health Office Report: 0 (Apr to Jun-10) 0 (Jul to Sep-10) 2 (Oct to Dec-10) Interviews with TBAs: 15 (Mar to May-11) Micro-networks TBA Forms: 31 (June to Aug): 14 (Jun-11) ; 9 (Jul-11) ; 8 (Aug-11) 3 (Sept-11)			Quarterly	First data set (april to december 2010) comes from the Report submitted by the DPSC - Intercultural Health Office. From march to may 2011, data was gathered through TBA interviews conducted at the 3rd Training workshop (Tandanacui), and starting in June 2011, data comes from the Monthly Register of TBA consultations and the Monthly Summary of TBA consultations	Because there was no established TBA referral documentation system prior to project launch it is very difficult to know the true baseline value for this indicator;
17	# of postpartum women referred to a health center or district hospital by a TBA within the last three months	0	10% of women seen in early post-partum consultation	DPS - Intercultural Health Office Report: 0 (Apr to Jun-10) 0 (Jul to Sep-10) 0 (Oct to Dec-10) Interviews with TBAs: 15 (Mar to May-11) Micro-networks TBA Forms: 18 (June to Aug): 7 (Jun-11); 6(Jul-11) ; 5 (Aug-11) 1 (Sept-11)			Quarterly	First data set (april to december 2010) comes from the Report submitted by the DPSC - Intercultural Health Office. From march to may 2011, data was gathered through TBA interviews conducted at the 3rd Training workshop (Tandanacui) and, starting in June 2011, data comes from the Monthly Register of TBA consultations and the Monthly Summary of TBA consultations	Because there was no established TBA referral documentation system prior to project launch it is very difficult to know the true baseline value for this indicator;
18	Number of patients referred by a TBA who received care due to a maternal complication at the parish health center or canton hospital	3	100%	3 patients (Jul to Sept-10) BL. Pujili No data (Oct to Dec/10) No data (Jan to Mar/11) No data (Apr to Jun/11)			Quarterly	Data for 3 patients come from the survey carried out as part of the TBA baseline study (Sep 2010). This was an institutional survey and interviews were conducted with staff from the Latacunga, IESS, Pujili and Zumbahua hospitals. The 3 patients were referred during the period from July to September 2010. From July 2011 onward, data will be gathered from reference coupons filed in both the micro-network and the Hospital.	Starting July 2011: TBA Reference Coupons exist in hospitals participating in the Project. Note: the tracking of facility follow-up by families for TBA facility referrals for complications has been very challenging to track due to the lack of consistent hospital record systems regarding referrals as well as frequent resistance of hospital staff to cooperate with TBA referral processes and protocols. At the time of the mid-term the project is actively looking at ways to modify to its referral objectives and to propose a possible modification of TBA referral indicators related to maternal and newborn complications (due to difficulty of tracking follow up at hospital level)

No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE	Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress
19	Number of newborns referred by a TBA who received care due to a neonatal complication in the parish health center or district hospital	3	100%	3 patients (Jul to Sep-10) BL Pujilí No data (Oct to Dec/10) No data (Jan to Mar/11) No data (Apr to Jun/11)	Quarterly	Data for July-Sept. 2010 was gathered from staff of the Latacunga, IESS, Pujilí and Zumbahua Hospitals (Pujilí Baseline). Starting August 2011, reference coupons will be implemented and filed in the micro-network and the Hospital.	Please see note in cell above regarding challenges to tracking newborn complications referrals
20	% of women referred from a lower level facility for a maternal complication who received care in a higher level facility	14.4% Latacunga hospital; 0% Pujilí hospital	100%	Hospital Records: (Oct to Dec-2010) Latacunga Hospital: 11/76*100=14,4% Pujilí Hospital: 0/15*100=0% Hospital Records: (Jan to Mar-2011) Latacunga Hospital: 1/92*100=1% Pujilí Hospital: 1/21*100=5% Hospital Records:(Apr to Jun-2011) Latacunga Hospital: 6/58*100=10,3% Pujilí Hospital: 1/34*100=3%	Quarterly	To this date, data has been gathered from information in hospital records. Starting in July 2011, data will come from: Numerator, records of institutional maternal references from each hospital. Denominator: Total number of complications according to the self-measurements data base from each hospital.	As noted above, tracking of adherence with referrals and receipt of higher level care for complications has been challenging due to the complete lack of systematic hospital referral documentation procedures and protocols; the project is working to improve documentation of referral and counter-referral but progress has been slow due to resistance by hospital staff (especially to TBA referrals as noted above)
21	% of newborns referred from a lower level facility for a neonatal complication who received care in a higher level facility	4.5% Latacunga hospital; 0% Pujilí Hospital		Hospital Records: (Oct to Dec-2010) Latacunga Hospital: 1/22*100=4,5% Pujilí Hospital: 0/1*100=0% Hospital Records: (Jan to Mar-2011) Latacunga Hospital: 0/23*100=0% Pujilí Hospital: 0/2*100=0% Hospital Records: (Apr to Jun-2011) Latacunga Hospital: 0/23*100=0% Pujilí Hospital: 0/5*100=0%	Quarterly	To this date, data has been gathered from information in hospital records. Starting on July 2011, data will come from: Numerator, records of institutional maternal references from ea+15ch hospital. Denominator: Total number of complications according to the self-measurements data base from each hospital.	Please see note above
	UTILIZATION OF SERVICES					Baseline & Endline KPC Survey	
22	% of mothers of children aged 0-23 months who report having 4 or more prenatal checkups when they were pregnant with their last child	See baseline value noted under mid-term data cell	75%	320/462*100=69% (Apr-10) Household BL (Province Total) 181/280*100=65% (Apr-10) Household BL (21 parishes)	Baseline & Endline	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
23	% of mothers of children aged 0-23 months who had at least two tetanus shots before the birth of their last child	38%	50%	194/462*100=42% (Apr-10) Household BL (Province Total) 106/280*100=38% (Apr-10) Household BL (21 parishes)	Baseline & Endline	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
24	% of mothers of children aged 0-23 months who report their delivery was attended by a Qualified Agent in a health center (midwife, doctor, or nurse)	65%	80%	342/462*100=74% (Apr-10) Household BL (Province Total) 181/280*100=65% (Apr-10) Household BL (21 parishes)	Baseline & Endline	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
25	% of mothers of children aged 0-23 months who report having a post-partum home visit within the first 2 days after a home-based or institutional delivery.	7%	25%	21/290*100=7% (Apr-10) Household BL (Province Total) 20/167*100=12% (Apr-10) Household BL (21 parishes)	Baseline & Endline	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline. However, TBA-reported process measures related to home-based early post-partum visits (see above and below) demonstrate significant improvement at baseline)
RESULTS INDICATORS: KNOWLEDGE AND PRACTICES							
	MATERNAL KNOWLEDGE AND SELF REPORTED PRACTICE			Baseline Value (mid-term value not measured)		Baseline & Endline KPC Survey	
26	% of mothers of children aged 0-23 months who report having started BF within the first hour after birth	See baseline value noted under mid-term data cell	65%	272/462*100=59% (Apr-10) Household BL (Province Total) 165/280*100=59% (Apr-10) LB Hogares (21 Parishes)	2013	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
27	% of mothers of children aged 0-23 months who exclusively fed their children breast milk up to the age of 6 months	See baseline value noted under mid-term data cell	65%	182/462*100=39% (Apr-10) Household BL (Province Total) 120/280*100=43% (Apr-10) LB Hogares (21 Parishes)	2013	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
28	% of mothers of children aged 0-23 months who can name two danger signs during pregnancy	See baseline value noted under mid-term data cell	75%	290/462*100=63% (Apr-10) Household BL (Province Total) 164/280*100=59% (Apr-10) LB Hogares (21 Parishes)	2013	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
29	% of mothers of children aged 0-23 months who can name two danger signs for newborns	See baseline value noted under mid-term data cell	70%	279/462*100=60% (Apr-10) Household BL (Province Total) 164/280*100=59% (Apr-10) LB Hogares (21 Parishes)	2013	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline

No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE	Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress
30	% of mothers of children aged 0-23 months who can name two post-partum maternal danger signs	See baseline value noted under mid-term data cell	70%	279/462*100=60% (Apr-10) Household BL (Province Total) 170/280*100=61% (Apr-10) LB Hogares (21 Parishess)	2013	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
31	% of mothers of children aged 0-23 months who carried out at least two activities in preparation for the birth of their last child	See baseline value noted under mid-term data cell	70%	262/462*100=57% (Apr-10) Household BL (Province Total) 153/280*100=55% (Apr-10) LB Hogares (21 Parishes)	2013	See Baseline Assessment Report (DIP)	Not applicable; next measure at endline
	TBA KNOWLEDGE & SELF-REPORTED PRACTICES/SERVICES PROVIDED	Baseline TBA Survey					
32	% of TBAs able to name at least 2 prenatal danger signs	84%	100%	TBAs BL 84,4% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 85,7% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 90/98*100=91,8% (Aug-11)	Nov-11	Data for june 2010 was gathered through surveys conducted with a TBA sample from the entire province. In may 2011, interviews with TBAs were carried out in the Tandanacui workshop, and starting in june, july and august 2011, data will come from surveys conducted in each Micro-network with TBAs	Results at mid-term demonstrate improvement and are on track
33	% of TBAs able to name at least 2 activities carried out in preparation for delivery	70%	95%	TBA BL 70% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 73,8% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 79/96*100=82,2% (Aug-11)	Nov-11	Data for june 2010 was gathered through surveys conducted with a TBA sample from the entire province. In may 2011, interviews with TBAs were carried out in the Tandanacui workshop, and starting in june, july and august 2011, data will come from surveys conducted in each Micro-network with TBAs	Results at mid-term demonstrate improvement and are on track
34	% of TBAs able to name at least 2 post-partum danger signs for the mother	58.70%	100%	TBA BL 58,7% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 73,8% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 89/97*100=91,7% (Aug-11)	Nov-11	Data for june 2010 was gathered through surveys conducted with a TBA sample from the entire province. In may 2011, interviews with TBAs were carried out in the Tandanacui workshop, and starting in june, july and august 2011, data will come from surveys conducted in each Micro-network with TBAs	This indicator has demonstrated marked improvement since baseline
35	% of TBAs able to name at least 2 post-partum danger signs for the newborn	60.50%	100%	TBA BL 60,5% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 85,7% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 83/96*100=86,4% (Aug-11)	Nov-11	Data for june 2010 was gathered through surveys conducted with a TBA sample from the entire province. In may 2011, interviews with TBAs were carried out in the Tandanacui workshop, and starting in june, july and august 2011, data will come from surveys conducted in each Micro-network with TBAs	Results at mid-term demonstrate improvement and are on track
36	% of TBAs able to name at least 2 best practices in newborn care	62.20%	100%	TBA BL 62,2% (Jun-10) No data (Sep-10) No data (Dec-10) No data (Mar-11) TBA survey conducted at Tandanacui Workshop: 92,2% (May-11) TBA survey in each Micro-network: 92/97*100=94,8% (Aug-11)	Nov-11	Data for june 2010 was gathered through surveys conducted with a TBA sample from the entire province. In may 2011, interviews with TBAs were carried out in the Tandanacui workshop, and starting in june, july and august 2011, data will come from surveys conducted in each Micro-network with TBAs	Results at mid-term demonstrate improvement and are on track
	QUALITY INDICATORS COMMUNITY EONC LEVEL - TBA-PROVIDED SERVICES						

No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE	Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress
37	TBA compliance with simulated early post-partum home-based counseling standards for mother and newborn (observation using checklist)	2.50%	75%	2nd TBA Workshop: 1/39*100=2,5% (Nov-10) Aver. Fulfilled Criteria 50% Range: (0-100%) No data (Feb-11) 3rd TBA Workshop Tandanacui: 0/42*100=0% (May-11) Aver. Fulfilled Criteria 48% Range: (12-94%) TBA In each Micro-network: 0/33*100=0% (Aug-11) Aver. Fulfilled Criteria 38% Range: (18- 94%)	Nov-11	Observation using standards-based checklist of simulated early post-partum home counseling session	Measuring quality of TBA competence through observation-based simulations has presented many challenges for the CSHGP Cotopaxi team which the project is actively working to overcome; obstacles relate to lack of fluency of skilled provider observers in local language in which TBAs conduct counseling and interviews, as well as the difficulty TB+J58As have had adapting to the concept of simulation. Due to human resource constraints, it is difficult to arrange for direct observation of TBAs in the field. The project is considering several strategies to improve performance based supervision and measurement of TBA skills, including use of simultaneous translation, direct observation by skilled providers during TBA early post-partum home visits, as well as other strategies to improve this important component of the project.
38	TBA compliance with simulated early post-partum newborn physical exam and parent interview standards for identification of danger signs (observation using checklist)	0%	75%	2nd Workshop TBA: 0/41*100=0% (Nov-10) Aver. Fulfilled Criteria: 44% Range (0-88%) No data (Feb-11) 3rd Workshop Tandanacui TBA: 0/41*100=0% (May-11) Aver. Fulfilled Criteria: 46% Range (0-100%) In each Micronetwork TBA: 0/34*100=0% (Aug-11) Aver. Fulfilled Criteria: 41% Range: (11-78%)	Nov-11	Observation using standards-based checklist of simulated early post-partum newborn physical exam and parent interview for identification of newborn danger signs	See note in cell above
FACILITY SERVICE DELIVERY							
	ADERENCE WITH BEST PRACTICES IN PARTICIPATING MATERNITIES						
39	% deliveries last quarter in which AMTSL administered in participating facilities	68%	100%	BL. Pujili Canton: 39/57*100=68% (Sep-10) Self-measurements: 54/55*100=98% (Dec-10) Self-measurements: 58/59*100=98% (Mar-11) Self-measurements: 57/58*100=98% (Jun-11)	Quarterly	Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals). Starting in dec-2010 self-measurements were carried out, except in Zumbahua. Provincial Health Directorate Data Base 2010 - 2011	Demonstrated improvement at mid-term; note: baseline not too weak
40	% of births last quarter with partogram completed to standard	51%	85%	BL. Pujili Canton: 29/56*100=51% (Sep-10) Self-measurements: 37/51*100=73% (Dec-10) Self-measurements: 40/46*100=87% (Mar-11) Self-measurements: 35/46*100=76% (Jun-11)	Quarterly	Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals). Starting in dec-2010 self-measurements were carried out, except in Zumbahua. Provincial Health Directorate Data Base 2010 - 2011	Demonstrated improvement at mid-term
41	% of births that show compliance with corticosteroids use for fetal lung maturation during pre-term deliveries in participating facilities	67%	100%	BL. Pujili Canton: 2/3*100=67% (Sep-10) Self-measurements: 8/8*100=100% (Dec-10) Self-measurements: 13/16*100=81% (Mar-11) Self-measurements: 11/11*100=100% (Jun-11)	Quarterly	Quarterly review of established records. Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals). Starting in dec-2010 self-measurements were carried out, except in Zumbahua. Provincial Health Directorate Data Base 2010 - 2011	Demonstrated improvement at mid-term; note: baseline not too weak
42	Compliance with evidence-based standards for management of premature rupture of membranes	0%	100%	BL. Pujili Canton: 0/1*100=0% (Sep-10) Self-measurements: 4/4*100=100% (Dec-10) Self-measurements: Sin casos (Mar-11) Self-measurements: 1/1*100=100% (Jun-11)	Quarterly	Quarterly review of established records. Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals).Provincial Health Directorate Data Base 2010 - 2011 Starting in dec-2010 self-measurements were carried out, except in Zumbahua.	Significant improvement although # of cases low; will continue to monitor
43	% of births that show compliance with Essential Newborn Care Standards in participating facilities	13%	95%	BL. Pujili District: 5/38*100=13% (Sep-10) Self-measurements: 22/55*100=40% (Dec-10) Self-measurements: 9/57*100=16% (Mar-11) Self-measurements: 39/57*100=68% (Jun-11)	Quarterly	Quarterly review of established records. Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals). Starting in dec-2010 self-measurements are carried out, except in Zumbahua. Provincial Health Directorate Data Base 2010 - 2011	Significant improvement in documented adherence with ENC high impact best practice package
44	Compliance with evidence-based standards for management of PPH in participating facilities	No data at baseline	100%	BL. Pujili Canton: 0 cases (Sep-10) Self-measurements: 2/2*100=100% (Dec-10) Self-measurements: 3/4*100=75% (Mar-11) Self-measurements: 6/6*100=100% (Jun-11)	Quarterly	Quarterly review of established records. Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals). Starting in dec-2010 self-measurements were carried out, except in Zumbahua. Provincial Health Directorate Data Base 2010 - 2011	Due to lack of baseline data and low quarterly sample size (# of cases), it is difficult to assess progress for this indicator at MTE; will continue to monitor
45	Compliance with evidence-based standards for management of neonatal sepsis in participating facilities	No data at baseline	100%	BL. Pujili Canton: 0 cases (Sep-10) Self-measurements: 5/5*100=100% (Dec-10) Self-measurements: 1/1*100=100% (Mar-11) Self-measurements: 3/4*100=75% (Jun-11)	Quarterly	Quarterly review of established records. Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals).Provincial Health Directorate Data Base 2010 - 2011 Starting in dec-2010 self-measurements were carried out, except in Zumbahua.	Due to lack of baseline data and low quarterly sample size (# of cases), it is difficult to assess progress for this indicator at MTE; will continue to monitor

No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE	Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress
46	% total newborns in last quarter documented to have received resuscitation for newborn asphyxia	10%	10-15%	BL. Pujili Canton: 36/368*100=10% (Sep-10) Ext. Meas.: 26/342*100=8% (Dec-10) Ext. Meas.: 30/306*100=10% (Mar-11) Ext. Meas.: 31/316*100=10% (Jun-11)	Quarterly	Quarterly review of facilitiy records. Baseline with external measurement (Latacunga, Pujili and Zumbahua Hospitals). Quarterly review of established records	This value at baseline appears to be consistent with expected proportion of neonatal asphyxia
QUALITY INDICATORS COMMUNITY EONC LEVEL - MICRO-NETWORKS							
47	% parish health center prenatal consultations adherent with defined best practices (chart review)	2% (prenatal visit); 0% counseling standard	a). % prenatal consultations	Institutional BL: (Sep-10) 2/105*100=2% Ext. Meas. : (Dec-10) 23/123*100=19% Ext. Meas. :(Mar-11) 32/153*100=21% Ext. Meas. :(Jun-11) 45/139*100=32%	Quarterly	Project first year data based on external review of patient medical records in facilities. Beginning in July 2011 (near mid-term point), facility providers participating in project have been trained to review a sample of charts each month to assess compliance with standards (in order to be able to sustain monitoring of facility-level data as project scale up to new parishes). Results include results from the Pujili and Zumbahua Hospitals, PSS health sub-centers and clinics.	Demonstrated improvement at mid-term; but still needs significant improvement
			b) % compliance with counseling standards	Institutional BL: (Sep-10) 0/105*100=0% Ext. Meas. :(Dec-10) 1/123*100=1% Ext. Meas. :(Mar-11) 23/153*100=15% Ext. Meas. : (Jun-11) 23/139*100=17%	Quarterly		Demonstrated improvement at mid-term; but still needs significant improvement
48	% parish health centers post-partum consultations adherent with defined best practices (chart review)	0% post-partum visit; 24% post-partum counseling	a). % post-partum consultations	Institutional BL: (Sep-10) 0/29*100=0% Ext. Meas. :(Dec-10) 0/20*100=0% Ext. Meas. :(Mar-11) 0/9*100=0% Ext. Meas. :(Jun-11) 0/33*100=0%	Quarterly		Facility-based post-partum visit quality of care indicator results continue to be low and will represent a priority for intervention during the 2nd half of the project--especially because it is the facility providers who supervise the TBAs and so it is very important to ensure their competence for high quality post-partum care and documentation
			b) % compliance with counseling standards	Institutional BL: (Sep-10) 7/29*100=24% Ext. Meas. : (Dec-10) 3/20*100=15% Ext. Meas. :(Mar-11) 2/9*100=22% Ext. Meas. :(Jun-11) 7/33*100=21%	Quarterly		Slightly better results but needs improvement and focused attention in second half of project
49	% parish health center newborn consultations adherent with defined best practices (chart review)	0% newborn consultation; 65% counseling standards	a). % newborn consultations	Institutional BL: (Sep-10) 0/26*100=0% Ext. Meas. :(Dec-10) 0/37*100=0% Ext. Meas. :(Mar-11) 0/24*100=0% Ext. Meas. : (Jun-11) 0/23*100=0%	Quarterly		This indicator demonstrates low results across the board and will require increased prioritization during second half of project. Plan will be to analyze key gaps and develop an action plan to address identified gaps.
			b) % compliance with counseling standards	Institutional BL: (Sep-10) 17/26*100=65% Ext. Meas. :(Dec-10) 25/37*100=67% Ext. Meas. :(Mar-11) 14/24*100=58% Ext. Meas. :(Jun-11) 17/23*100=74%	Quarterly		Fair baseline improvement with demonstrated gains at mid-term
RESULTS INDICATORS: SOCIAL PARTICIPATION							
50	% of cantons that have a Canton Health Council functioning according to official government guidelines	100%	100%	1/1*100=100% (oct-09) 1/1*100=100% (oct-10)	Yearly	Canton-specific data	Although this indicator appears strong at baseline, the actual functionality of the Canton Health Councils remains a challenge and the project focuses regularly on strengthening the functionality of the Canton Health Councils in order to promote sustainability of project gains
51	% of cantons that have a functioning Free Maternity Law Users Committee	100%	100%	100% (Oct-10)	Yearly	Canton-specific data	Please see comment above
52	% of municipal governments that have an operational protocol for transporting obstetric and neonatal emergencies	0%	100%	0% oct-09 0% Oct-10	Yearly	Canton-specific data	It has been difficult to persuade and engage municipal governments to support transport of emergencies. Instead, the project is working on creating community-based emergency trasnport mechanisms. The project will be increasing its focus in general on referral systems and emergency transport systems in the second half but has also been forced to be more realistic about what can be achieved in a comprehensive 4 year project. Project staff will be defining specific achievable sub-objectives related to referrals and access to higher level care on which to focus in the second half of the project.

No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE	Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress
RESULTS INDICATORS: EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE							
53	% of institutional maternal deaths during the last 6 months researched through an audit	Low # of cases	Miguel	0 cases (Jun to Dec-10) DPSC: 2/2*100=100% (Jan to Jun-11)	Bi-annual	DPSC - Epidemiologic Surveillance Department	Given the very low #'s and likely under-reporting of cases to the DPSC, the project is supporting facilities participating in the project to actively report data to the DPSC and participate in its epidemiologic audit surveillance system (even if this may be seen to reflect badly on the facility in the short term)
54	% of community maternal deaths in participating parishes during the last 6 months, researched through verbal autopsy	Low # of cases	Miguel	0 cases (Jun to Dec-10) DPSC: 2/2*100=100% (Jan to Jun-11)	Bi-annual	DPSC - Epidemiologic Surveillance Department	Please see comment above
55	% of institutional neonatal deaths during the last 6 months researched through an audit	No data at baseline	Miguel	No data (Dec-10) No data (Jun-11)	Bi-annual	The DPSC will implement the Neonatal Epidemiologic Surveillance System in 2012	The CSHGP Cotopaxi project is actively working to support the DPSC to implement a community and facility-based neonatal death audit protocol
56	% of community neonatal deaths in participating parishes during the last 6 months researched through verbal autopsy	No data at baseline	Miguel	No data (Dec-10) No data (Jun-11)	Bi-annual	The DPSC will implement the Neonatal Epidemiologic Surveillance System in 2012	The CSHGP Cotopaxi project is actively working to support the DPSC to implement a community and facility-based neonatal death audit protocol
PROCESS INDICATORS: ACCESS							
57	% of health care units that have a protocol/guidelines for maternal and neonatal referrals at the community, ambulatory and hospital levels	Yearly	Mario	BL. Pujilí: 8/9*100=88,8% (Oct-10) 3/11*100=27% (Dec-10)	Dec-11	Health care units were asked about this during the base line study; the existence of the document was confirmed during site visits in December 2010	
58	% of hospitals that have standardized and implemented a protocol for maternal and neonatal referrals	Yearly	Mario	BL. Pujilí: 5/9*100=55,5% (Oct-10)	Oct-11		
59	% of participating parishes (micro networks) that have conducted a "workshop on referrals" with Traditional Birth Attendants and representatives from the parish health center during the last year	Yearly	Mario	BL. Pujilí: 50% (Oct-10)	Oct-11	Baseline survey with staff from health care units	Project and area records
60	% of canton hospitals in Cotopaxi province that have conducted a "workshop on referrals" with hospital and parish health center staff during the last year.	Yearly	Mario	BL. Pujilí: 0/9*100=0% (Oct-10)	Oct-11	Institutional baseline (includes IESS and Zumbahua Hospitals)	Registers of workshops conducted with staff from Canton Hospitals
61	% of traditional birth attendants that report knowing how to contact a qualified provider at the closest health care facility	Yearly	Person responsible from each Micro-network	BL. TBAs Pujilí: 2/25*100=8% (Jun-10) TBA survey in each Micro-network: 62/98*100=63,2% (Jun-11)	Jun-12	TBA survey (Baseline) June 2010. Survey conducted with TBAs in every micro-network	
62	% of traditional birth attendants who report having visited the closest health care facility in the last 3 months	Yearly	Person responsible from each Micro-network	BL. TBAs Pujilí: 14/25*100 = 56% (Jun-10) TBA Survey in each Micro-network: 78/97*100=80,4% (Jun-11)	Aug-12	TBA survey (Baseline) June 2010. Survey conducted with TBAs in every micro-network	
63	% of participating TBAs that report providing post-partum home visits within the first 2 days after delivery (for home-based and institutional deliveries)	Bi-annual	Person responsible from each Micro-network	BL. TBAs Pujilí: 17/25*100= 68% (Jun-10) "TBA services" Survey in each micro-network: 64/82*100=78% (Jan -11)	Aug-11	Next measurement based on the monthly register of TBA consultations	
64	% of Prioritized Communities from each micro-network that have an Obstetric and Neonatal Emergency Committee and an Emergency Transportation Plan.	Yearly	Person responsible from each Micro-network	0% (Oct-10)	Oct-11	We do not have a list of prioritized communities by parish. Up to August-11, 4 CONPAS exist (Pílaló, Angamarca, Tingo-La Esperanza and Guangaje)	Change the indicator and use Parishes instead of Communities
PROCESS INDICATORS: KNOWLEDGE							
65	% of traditional birth attendants that report having a supervision visit from a qualified provider within the last 3 months	Yearly	Person responsible from each Micro-network	BL. TBAs Pujilí: 17/25*100= 68% (Jun-10) TBA Survey in every Micro-network: 94/95*100=99% (Jun-11)	Jun-12	KAP Survey among TBAs	

No. Act	Indicators	Baseline (2009)	Final Target	VALUE AT TIME OF MTE	Frequency of data collection	DATA SOURCES / NOTES	Explanation of Progress
66	% of cantons where radio spots on EONC and BCC were broadcasted during the last 6 months	Bi-annual		0% (Oct-09) 0% (Apr-10) 0% (Oct-10) PUJILI, LATACUNGA, SALCEDO, SAQUISILÍ, SIGCHOS, LA MANA, PANGUA Counties: 100% ((Apr/11)	Oct-11		
67	#/% of TBAs in participating parishes trained on high impact community/home-based maternal and neonatal services	Quarterly	Juana María	Baseline TBAs 0% (Jun-10) 0% (Sep-10) 56/135*100= 41,5% (Dec-10) 64/135*100= 47,5% (Mar-11) 94/135*100= 69,6% (Jun-11)	Oct-11		
PROCESS INDICATORS: QUALITY							
68	% of micro-networks where the QI team completed at least one Rapid Improvement Cycle in the last quarter	Quarterly	Person responsible from each Micro-network	0% (Sep-2010) BL. Pujilí: 0% (Dec-2010) 0% (Mar-11) 100% (Jun-11)	Sep-11		
69	% of canton hospitals where the QI team completed at least one Rapid Improvement Cycle in the last quarter	Quarterly	Lorena	0% (Sep-2010) BL. Pujilí: 0% (Dec-2010) 2/2*100= 100% (Mar-11) 2/2*100= 100% (Jun-11)	Sep-11	Rapid cycles reports, Pujilí and Zumbahua Canton Hospitals	
70	% of parish health centers and canton hospitals that have implemented at least one new intervention (change) to increase the cultural competency of delivery and post-partum care in the last semester, in accordance with the Humanization and Cultural adaptation (HACAP) plan	Bi-annual	Daniel	0% (Oct-09) 0% (Apr-10) BL. Pujilí: 1/8*100= 12,5% (Oct-10) 2/9*100= 22,2% (Apr-11)	Oct-11	Baseline based on health facilities survey. April value provided by Daniel; adaptations exist in Pujilí and Angamarca.	Project records
PROCESS INDICATORS: SOCIAL PARTICIPATION							
71	% of parishes that have a functioning Parish Health Council (CONPAS) that met at least once in the last quarter	Quarterly	Daniel	0/7*100= 0% (Dec-2009) 0/7*100= 0% (Mar-10) 0/7*100= 0% (Jun-10) 2/7*100= 28,5% (Sep-10) 2/7*100= 28,5% (Dec-10) 4/7*100= 57.1% (Mar-11) 4/7*100= 57.1% (Jun-11)	Oct-11	The following Parish Health Councils have been created at mid-term; in 2012 the project is scaling up to all remaining parish parishes Pilaló, at the beginning of 2010 Angamarca, in September 2010 Tingo - La Esperanza, in march 2011 Guangaje, in may 2011	Project records



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Year One Annual Report

Reporting Period: Sept 30, 2009 – Sept 30, 2010

Report Submitted to USAID: October 31, 2010

Cotopaxi, Ecuador Essential Obstetric and Neonatal Care (EONC) Project

Center for Human Services - Ecuador

USAID/Child Survival and Health Grants Program

Cooperative Agreement No. GHS-A-00-09-00008-00

September 30, 2009 to September 29, 2013

This report was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by the Center for Human Services and was authored by:

Dr. Jorge Hermida – Latin America Regional Director, CHS-URC

Dr. Kathleen Hill – HQ Technical Backstop – Senior MNCH QI Advisor, CHS-URC

Dr. Mario Chávez – Cotopaxi Field Program Manager, CHS-URC

Dr. Genny Fuentes – Community Mobilization Expert, CHS-URC

Mr. Andrew J Gall – Senior Latin America Project Coordinator, CHS-URC



DISCLAIMER

This document is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of the Center for Human Services and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

Table of Contents

List of acronyms	2
Section A: Project Progress and Main Accomplishments to Date.....	3
Section B: Status of Activities	5
Section C: Contextual Factors	9
Section D: Technical Assistance.....	9
Section E: Substantial Changes to the Project Description	9
Section F: Progress toward the Sustainability Plan	9
Section G: Specific Information Requested during DIP Process.....	10
Section H: Other Specific Information	10
Section I: Challenges or updates to the Project Management System.....	10
Section J: Local Partners Organization, Collaboration, and Capacity Building.....	10
Section K: Mission Collaboration.....	11
List of Annexes	11

List of acronyms

AMTSL	Active Management of Third Stage of Labor
BCC	Behavior Change Communication
CHS	Center for Human Services
CHW	Community Health Worker
CSHGP	Child Survival and Health Grants Program
CONPAS	Parish Health Committee (in Spanish)
CONASA	National Council of Health of Ecuador (in Spanish)
CQI	Continuous Quality Improvement
CUS	User Committee (in Spanish)
DPSC	Cotopaxi Provincial Ministry of Health Office (in Spanish)
EBAS	Basic Health Team (in Spanish)
ENC	Essential Newborn Care
EONC	Essential Obstetric Newborn Care
HCI	Health Care Improvement Project
IEC	Information, Education and Communication
IESS	Institute of Social Security of Ecuador (in Spanish)
JP	Parish Boards (in Spanish)
KPC	Rapid Knowledge, Practices, and Coverage
LBW	Low Birth Weight
LMGAI	Law of Free Maternity and Child Care (in Spanish)
MCHIP	Maternal and Child Health Integrated Program
MICC	Cotopaxi Indigenous Movement (in Spanish)
M&E	Monitoring & Evaluation
MNC	Maternal Neonatal Children
MNH	Maternal and Newborn Health
MOH	Ministry of Health
MOU	Memorandum of Understanding
NGO	Non-governmental Organization
QA	Quality Assurance
QAP	Quality Assurance Project
QI	Quality Improvement
QIT	Quality Improvement Teams
SSC	Peasant Social Security (in Spanish)
TBA	Traditional Birth Attendant
TTM	Trained Traditional Midwives
URC	University Research Co, LLC
USAID	United States Agency for International Development

Section A: Project Progress and Main Accomplishments to Date

- The Minister of Health of Ecuador, as well as the Ministry's Office for International Cooperation, addressed a Letter of Approval to USAID/Ecuador and CHS, expressing their satisfaction with the implementation of the EONC Project in Cotopaxi and recommending a close collaboration with the central and provincial offices of the MOH.
- The Minister appointed the Division of Norms at the central MOH as the official counterpart for CHS to coordinate project activities. Two meetings have been conducted with this Division to coordinate activities.
- USAID/Washington approved the Detailed Implementation Plan (DIP), as well as the Operations Study Protocol submitted by CHS.
- Project objectives, expected results, intervention strategies, activities and main technical contents, were presented to and accepted by nearly all maternal and neonatal staff from the Cotopaxi MOH Office (Provincial authorities; Health Area Offices; Technical management teams; Physicians and nurses from health centers and hospital in Pujilí canton).
- A close coordination was developed with the provincial MOH office in Cotopaxi, which facilitated the development and approval of the FY 2010 workplan. The project was also able to leverage additional resources from the provincial MOH office.
- Project contents and key community benefits were also socialized with the municipal government of Pujilí canton and Pilaló and Angamarca parishes.
- The Guide to Create Parish Health Councils was completed, submitted and approved by the Cotopaxi Provincial MOH Office. The Guide is available upon request.
- The Guide to Develop Parish Health Micro-networks was completed, submitted and approved by the Provincial MOH Office. The Guide is available upon request.
- The Baseline assessment of Maternal and Neonatal Knowledge, Attitudes and Practices was completed based on a sample of approximately 500 households from the province. The baseline survey report is available upon request.
- The Baseline assessment of Maternal and Neonatal Knowledge, Attitudes and Practices conducted among a sample of Trained Traditional Midwives was completed. The baseline survey report is available upon request.
- An assessment of quality of care in seven hospitals of Cotopaxi was completed. Data was processed to see what hospitals are in compliance with standards for obstetric and newborn care. Technical assistance will be provided based on the assessment results.

- The clinical EONC training plan for facility-based providers from MOH and IESS was completed and approved by MOH and IESS. This training plan was developed with the active participation of doctors and nurses of the main hospitals in Cotopaxi who will participate as tutors in the training activities. Thirteen training modules are available upon request.
- Two Parish Health Councils –CONPAS- have been created in Pilaló and Angamarca parishes from the Pujilí canton. Parish Councils are formed by representatives of the Parish Government, parish social organizations and health service providers.
- The Pilaló CONPAS created its Maternal and Neonatal Parish Health Plan. Pilaló formed a “Maternal and Neonatal Care Micro-Network”, comprised of health center staff and traditional midwives from several parish communities.
- A process of Humanization and Cultural Adaptation of Delivery Care (HACAP, in Spanish) has started in the Rafael Ruiz Hospital located in Pujilí canton. The hospital staff had the opportunity to interact with users and traditional midwives while discussing and analyzing major cultural barriers and the best ways to overcome them to attain culturally-responsive services.
- The Claudio Benati Hospital, managed by the Matto Grosso NGO and located in the Zumbahua parish, has begun its incorporation into the Cotopaxi EONC Network. This rural hospital experienced isolation from MOH Health Units for several years.
- Contacts and agreements have been developed to initiate incorporation of the Latacunga Social Security Hospital (IESS) into the EONC Network.

Section B: Status of Activities

Project Objectives/ Results *	Related Key Activities (as outlined in DIP)	Status of Activities	Comments
Result 1 Greater availability of/ access to a continuum of high-impact maternal-neonatal care, at household level and in the facility network.	Strengthen high-impact, maternal & neonatal community care, integrating traditional midwives, health centers, and EBAS.	On target	- The Guide to Create Parish Health Micro-Networks is completed, incorporating MOH and IESS health centers, and traditional midwives. - The first micro-network was created in Pilaló parish, Pujilí canton.
	Develop/ strengthen communication and referral mechanisms between different levels of care (community, 1 st . and 2 nd . Level)	Not yet on target	- Baseline results of patient referral to health units by traditional midwives are available. - Work meetings were conducted with the Cotopaxi DPSC to address referral issues and develop an intervention proposal.
	Improve relationships between health providers and community health workers/traditional midwives.	On target	Activities to bring together traditional midwives and health staff have begun in Pilaló and Angamarca parishes. Two meetings were conducted between health center staff and parish midwives in Pilaló.
	Actively involve community organizations	Not yet on target	Community representatives and leaders have participated in Parish Health Council meetings in Pilaló and Angamarca.

Project Objectives/ Results	Related Key Activities (as outlined in DIP)	Status of Activities	Comments
Result 2 Improved knowledge / demand of evidence-based practices, at household and facility levels.	Communication Activities for Behavior Change	Not yet on target	• Technical proposal will be completed this month. • Baseline results on household knowledge, attitudes and practices are available.
	Strengthen counseling activities carried out by health personnel and community health workers at facility and home levels.	On target	• Baseline results that include data on midwives counseling role during pregnancy are available. • A training proposal aimed at midwives was developed, including a component on pregnancy counseling.
	Improve the cultural competency of institutional health services	On target	• Health Units in Pujilí canton started a process of Humanization and Cultural Adaptation of Delivery Care.
	Disseminate citizen rights to quality health care	Not yet on target	
	Develop rights exigibility mechanisms	Not yet on target	

Project Objectives/ Results	Related Key Activities (as outlined in DIP)	Status of Activities	Comments
Result 3 Improved quality of maternal-neonatal care available at household level and in facility network.	Train traditional midwives in basic EONC skills	On target	- The project developed a training plan for midwives, in coordination with the Cotopaxi MOH Office (DPSC). - Training activities with midwives from Pujilí canton will begin the second week of November.
	Design/implement oversight and CQI mechanisms aimed at traditional midwives	Not yet on target	The Guide to Create Parish Health Micro-Networks includes elements for supervision of midwives by health centers.
	Strengthen EONC knowledge/skills of formal health providers	On target	A clinical training plan on EONC skills for institutional health providers was completed. Training will begin on November 2010.
	Design / implement oversight and CQI mechanisms aimed at facilities	On target	A Provincial Team was created to provide supervision and support to Quality Improvement Teams in Hospitals and Health Centers in Cotopaxi Province.
	Organize a EONC network based on levels of care	On target	Maternal and neonatal care parish networks (micro-networks) have started to be created, with participation of health providers and traditional midwives.
	Design / implement participation of community-users in QI control	Not yet on target	Contacts were made with the provincial organization that groups User Committees.

Project Objectives/ Results	Related Key Activities (as outlined in DIP)	Status of Activities	Comments
Result 4 Improved policy environment for coordination among community health workers, health care institutions, and community /social organizations	Promote a provincial EONC network of community and facility-based services	On target	Creation of Maternal-neonatal Parish micro-networks has started, with participation of health providers and traditional midwives.
	Develop a subsystem for surveillance and analysis of maternal/newborn health	Not yet on target	
	Strengthen county health committees and Free Maternity Law (LMGAI)	Not yet on target	
	Disseminate legal framework favorable to health network	Not yet on target	

Section C: Contextual Factors

Contextual Factors that have Impeded Progress

- The Ministry of Health experienced a change of authorities by mid year 2010. New authorities decided to revise the project through a long process that lasted until execution was officially approved, limiting the beginning of interventions in the province as a result. Currently the MOH has submitted its official approval, and necessary coordination meetings have been conducted to continue effective project implementation.
- The time available from provincial officials and professionals in health units is limited. This creates involuntary delays in programmed activities. The technical team frequently coordinates local provincial activities to optimize time use and synchronize agendas.
- There is a lack of human resources throughout the public health system. Ministry of Health Offices, hospitals, and health centers, often express this lack of professionals (general physicians, nurses, dental practitioners, pediatricians, institutional midwives)

Section C: Contextual Factors that have Facilitated Progress

- Support received from the CHS Bethesda Headquarters, as well as from MCHIP technical staff, have been key factors to advance activities.
- Collaboration and joint work between the CHS team and the Cotopaxi MOH Office technical team have multiplied possibilities for project advancement.

Section D: Technical Assistance

There are currently no plans for technical assistance outside of the normal support provided to the CHS-Ecuador team by USAID and MCHIP.

Section E: Substantial Changes to the Project Description

No substantial changes were made to project technical contents.

Section F: Progress toward the Sustainability Plan

The Project gives high importance to work carried jointly with the MOH, both at the central and provincial level. Likewise, the project works to align its strategies with policies and objectives of the Ecuadorian Government, particularly the “National Development Plan 2009-2013” [“Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013”] and the MOH Plan to Reduce Maternal and Neonatal Mortality. This will enable project methods and strategies to have a higher probability of sustainability. The project also develops partnerships and joint work with other institutions legally established and socially recognized in Ecuador, such as local parish governments (Parish Boards), community organizations, Peasant Social Security and NGOs, like the Matto Grosso Foundation, with over ten years of work in Cotopaxi.

Section G: Specific Information Requested during DIP Process

Not applicable.

Section H: Other Specific Information

The Social and Behavior Change Strategy for New Partners is presented as **Annex 3**.

Section I: Challenges or updates to the Project Management System

- The Project will operate from its office in Latacunga city (Capital of Cotopaxi Province) starting November 2010. An administrative assistant and professional driver for the project vehicle were hired, both residents of Cotopaxi. Two technical members of the project team, Field Program Manager Dr. Mario Chávez and Anthropologist Daniel González, will establish residency in Latacunga, Cotopaxi.
- An additional professional with experience in maternal health and community mobilization will be hired to support field work and activities with midwives.

Section J: Local Partners Organization, Collaboration, and Capacity Building

- The main local partner is the Cotopaxi MOH Office, with whom we have coordinated most project components and all activities at different levels.
- The Social Security Institute and the Peasant Social Security are local partners of importance that have ample coverage of maternal and neonatal care in the province. The project has made progress coordinating Continuous Quality Improvement and clinical training interventions with these partners.
- Other partners include organizations and local governments, such as the Pujilí Canton Health Council and Parish Boards (Pílaló, Angamarca, and Zumbahua), which jointly

implement Project strategies to increase coverage and quality of services aimed at rural and impoverished populations.

- The Claudio Benati hospital in Zumbahua (Pujilí Canton) is another strategic partner that has started its incorporation into the EONC network. This important rural hospital belongs to the NGO Matto Grosso Foundation.

Section K: Mission Collaboration

Collaboration between the Project and the Mission, via Mrs. Paulyna Martínez, USAID/Ecuador, has been excellent. Throughout the year, we have conducted three coordination and briefing meetings. The Mission has actively participated informing new MOH authorities about the Project. Recently, USAID and the Project Team were invited by the Ministry of Health to make a detailed presentation of the Project on a date to be defined in November. The Project has submitted most important technical reports (Detailed Implementation Plan; Baseline Reports) to the Mission.

List of Annexes

1. M&E Table
2. Project Workplan FY2011
3. Social Behavior Change Strategy for New Partners
4. Results Highlight
5. CSHGP Data Form

Cotopaxi EONC Project

USAID/CSHGP-CHS/Ecuador

Mid-Term Evaluation-Initial Findings



Reaching Indigenous & Underserved Populations
A Model for the Household to Hospital
Continuum of Care

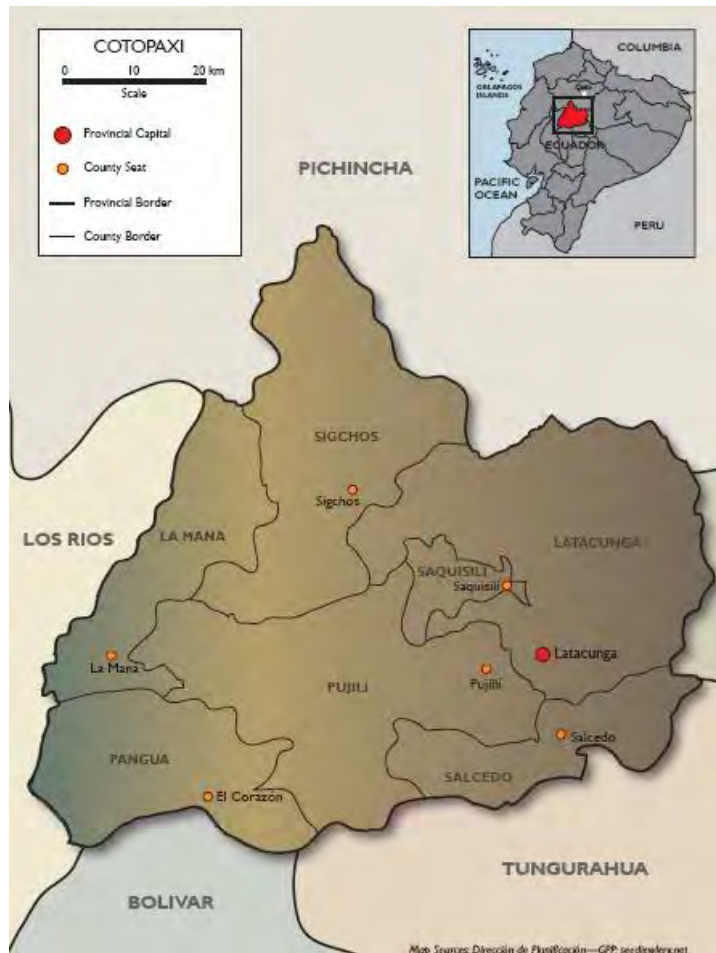
Scope of Work

- Assess progress in implementing early phases of DIP
- Assess progress towards achievement of objectives/benchmarks
- Assess if interventions are sufficient to reach desired outcomes
- Assess progress in implementing OR study
- Identify barrier/challenges to achieving objectives
- Identify key factors towards what is working well or what is not working well
- Provide recommended actions to guide project staff through last half of project

Methodology

- Systematic review of relevant documents and project materials
- Interviews with project staff, implementing partners and stakeholders
- Field visits to project sites
- Data analysis

Context



Cotopaxi Province Figures

Population	384,499
Project Target Population (Women, Children, Infants)	72,437
Poverty Level	90.47%
Rural Population	67%
Indigenous Population	28%
Maternal Mortality	102 Deaths per 100,000 Live Births
Newborn Mortality	7.8 Deaths per 100,000 Live Births

Context

- High MNMMRs-one newborn dies every week in Cotopaxi (registered births-many newborn deaths not reported)
- 7 mothers died due to complications of pregnancy in 2009 and 2010 (117 per 100,000 live births)
- Underserved and vulnerable populations living in remote rural areas with limited access to basic health services
- Fragmented health care system (no continuum of care)



Context

- Majority of women give birth at home attended by family members or TBAs
- Inequitable access
- Poor quality of care
- Little or no awareness of danger signs for pregnant mothers or newborns

Project Goal, Objective & Outcomes

Goal/Impact



To reduce maternal and newborn mortality and morbidity in Cotopaxi province



Strategic Objective

Improved household health promotion practices and utilization of a continuum of high-impact community- and facility-based maternal newborn services provided as part of a coordinated network of CHW's, health facilities and social organizations.

Results/Outcomes

1

Increased availability/ access to a coordinated continuum of high-impact maternal newborn care provided as part of a network of community and facility services.

2

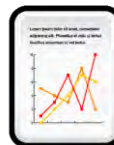
Improved knowledge / demand for evidence-based community and facility MNC services, including improved household health promotion practices.

3

Improved quality of MNC services provided as part of a coordinated network of CHWs and facilities

4

Improved policy environment for coordination among community health workers, health care institutions, and community /social organizations



Findings: General



- Strong, dynamic, diverse, highly motivated, technically competent team that works well together
- Gender sensitive
- Project has exceptional leadership and is well-managed at all levels
- Project resources used wisely
- Excellent project design aligned with MOH and USAID priorities

Findings: General

- Strong and positive working relationships with implementing partners at all levels (MOH, NGOs, community leaders, providers)
- Excellent documentation and M&E (use data for decision making)
- Team looks for “missed opportunities”-responsive to requests from stakeholders and IPs



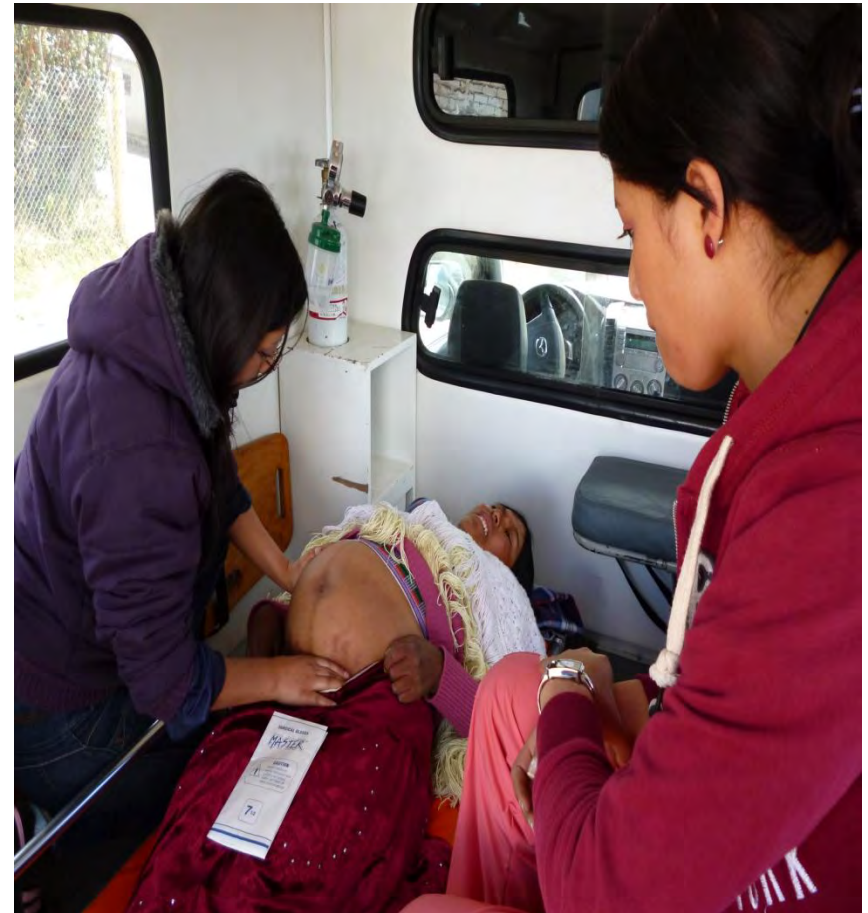
Findings: Technical

- Developing future health care leaders (rural doctors and nurses, MOH staff)
- Building leadership capacity in communities
- Building district health teams
- Linking and building capacity of stakeholders at all levels to work together to improve health care and outcomes
- Raising the knowledge and awareness of community members and providers



Findings: Technical

- Improving quality of care at all levels, including priority on culturally sensitive care
- Empowering TBAs
- Empowering nurses and female health workers
- Hospitals and HCs using norms and protocols
- Improved detection, management and referral of complications
- Raising knowledge and awareness of danger signs with families, community and TBAs



Findings: Technical

- Medical audits (case reviews)
- SBCC materials high quality
- Technical training materials, guides and protocols excellent
- Using global evidence-based best practices
- Innovative state of the art training techniques



Findings: Policy



- Excellent working relationships with MOH at all levels (Minister of Health asked project for TA in improving the referral system for complications)
- Strong public-private sector partnerships
- Strengthening MOH leadership capacity at all levels
- National (and international) model that can be replicated

Findings: Policy

- Project is focused on sustainability and scale-up
- Innovative agreement with IESS and MOH in Cotopaxi to cover emergencies & share resources

Barriers, Obstacles, Challenges

Gaps



- Demand exceeds supply due to “Ley de Gratuidad”
- Severe shortage of human resources and frequent rotation of staff
- Shortage of hospital beds for mothers and newborns with complications
- IP, order and bio-security in Pujili Hospital
- Referral system needs continued strengthening at all levels

Barriers, Obstacles, Challenges Gaps

- Need more emphasis now on training, quality of care & supportive supervision in hospitals and health centers (health staff capacity to detect, treat and refer emergencies)



Recommendations & Next Steps



- Certify hospitals “Inter-Culturally Friendly”(good idea)
- Establish KMC Units in Latacunga & IESS Hospitals, with follow-up Ambulatory KMC in project health facilities and communities
- Implementation of system for tracking newborn deaths (in process)
- Video of model (for Ecuador and international audiences)
- Develop orientation package for rural doctors and new staff (video, mentoring, materials, etc.

Recommendations & Next Steps

- Further strengthening of partos humanizados
- Identify and promote “positive deviants”
- Systematically collect and write up the project “success stories” during the field visits
- Continue to strengthen referral system at all levels (draft manual completed and approval pending)



Gracias!



Annex 21

Results Highlight

Innovative Ideas

The project's central innovative idea is the creation of a EONC Network, starting at the community level (home-based care by midwives) and reaching up to the highest level of complexity (Regional provincial hospital), including local partner institutions, such as the IESS and the SSC, in order to provide a high-impact and high-quality continuum of care for women and newborns. Currently, although several maternal & neonatal institutions and service providers exist in Cotopaxi and Ecuador, each one of them works in isolation, almost without any type of connection or coordination between them, causing fragmented, poorly integrated, low quality services as a result.

The Project to create the Cotopaxi EONC Network has started building Maternal and Neonatal Care Micronetworks at the parish level, enabling traditional midwives and formal health workers to coordinate actions that increase recruitment and coverage of Prenatal, Delivery, Newborn, and Immediate Post-Partum Care, as well as the timely detection of obstetric complications, through evidence-based practices carried out by qualified institutional or community health providers. We plan to build twenty-one parish micro-networks, six canton networks, and one provincial network, during the project's four years.

Promising Practice

The Project promotes local health governance at the parish level through the creation and training of Parish Health Councils (CONPAS) as a strategic and effective mechanism to promote involvement and shared responsibility in maternal and neonatal program management. Parishes have local governments elected by popular vote (Parish Boards) in charge of general issues, but weakly focusing on health, which is why main parish health problems are always addressed by the Health Center management. The concrete contribution from the EONC Network project involves the development and implementation of a methodological proposal to create in every parish a specific stance for coordination, support, oversight, social control and accountability of maternal and neonatal activities that take place in parishes. To date the project has created two fully functioning CONPAS in Pilaló and Angamarca parishes.

The Project intends to reduce cultural gaps in health services provided by public and private institutions through an intercultural approach based on improvement of user-provider interpersonal relations (“buen trato”) and respect for users’ ancestral customs.

Best Practice

The operations research linked to this Project has as its central focus a scientific evidence-based practice sufficiently documented¹: visits to newborns by qualified health personnel (physician, nurse or formal midwife) or trained traditional midwives, within the first 48-72 hours after birth, in order to promote key neonatal care practices (early breastfeeding; skin contact; delaying first bath; umbilical cord hygiene and care; early diagnosis of complications and timely referral) and contribute to the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality.

In Cotopaxi almost 30% of deliveries are non-institutional deliveries², evidencing a significant lack of qualified care; in addition, women who have institutional deliveries are released before completing one day of post-partum care. Together these two factors prevent women and newborns from receiving competent care the first hours after delivery, which are decisive for newborn lives and well-being.

The Project will implement interventions to promote visits to women and newborns by qualified providers or trained traditional midwives within the first 3 days after delivery, independently of where the delivery took place. It is expected this intervention will not be limited to the life of the project, but that it will be sufficiently documented and proven effective to be adopted as a provincial norm and a maternal and neonatal mortality reduction strategy, eventually becoming a national norm.

¹ OMS – UNICEF. Home visits to newborns: a strategy to increase survival. Joint Declaration. 2000

² USAID-CHS – Cotopaxi EONC Network Project. Baseline Household KPC Survey on Maternal and Neonatal Health. Latacunga, April 2010.

Annex # 22. Cotopaxi CHS CSHGP MTE: Results Highlight-Evidence Building

Implementing Early Post-partum Home Visits for Mothers and Newborns in Ecuador's Cotopaxi Province as part of a USAID Child Survival Health Grant Project

Note: This annex was prepared by the Cotopaxi CSHGP grantee, Center for Human Services (CHS), per USAID verbal recommendation (the final MTE report prepared by the consultant did not include a results highlight).

The majority of childbirth-related deaths for mothers and newborns occur in the immediate post-partum period and during the first week after birth. There is strong international evidence for the effectiveness of community- and home-based early post-partum intervention packages to reduce newborn mortality. Despite strong evidence for the effectiveness of community and home-based early post-partum services to improve survival for mothers and newborns, the majority of women and newborns in the CHS CSHGP project's Cotopaxi province do not benefit from evidence-based early post-partum care either in the home or in health centers. The USAID-funded Child Health Grants Project (CSHGP) implemented by CHS in Ecuador's Cotopaxi province aims to reduce maternal mortality and morbidity for the province's most vulnerable women and newborns through improved household best practices and improved utilization of a continuum of high impact antenatal, delivery and post-partum services organized as part of a coordinated "parish micro-network" of Traditional Birth Attendant (TBA), health facility and social organization services. The project focuses its efforts in parishes with the highest proportion (at least 50%) of poor and indigenous women and newborns known to suffer the highest levels of childbirth-related mortality and morbidity in Ecuador.

Due to the known low coverage at the time of project start up of evidence-based early post-partum home- or facility-based services for mothers and newborns in the Cotopaxi province (and in Ecuador in general), the project decided early on to focus its operations research on assessing the introduction and implementation of high-impact early post-partum services at household and facility level. Project baseline surveys (KPC household, TBA and health facility) were intentionally designed to assess the status of early post-partum services at all system levels (including family, TBA and skilled provider knowledge, practice and attitudes) to identify key gaps and opportunities to guide design of the project's early post-partum service intervention strategy. The project KPC household baseline survey confirmed low levels of home-based early post-partum services for mothers and newborns. Less than 10% of all mothers interviewed in the household survey reported "any form of post-partum services or counseling in the first week after birth" and 41% of mothers who delivered in health centers (74% of total sample) reported discharge at less than 2 days after birth. Only 36% of indigenous Indian women reported a facility birth as contrasted with 89% of Mestizo women, indicating low levels of evidence-based delivery and post-partum services in particular for indigenous women who suffer the highest burden of maternal and newborn mortality in the Cotopaxi province.

Key elements of the project strategy to introduce and achieve high coverage and quality of early post-partum services for mothers and newborns include: formation of parish "micro-network teams" consisting of TBAs, skilled providers and parish community leaders that meet regularly to support a coordinated continuum of high-impact maternal newborn best practices at

household, health center and hospital level; training of TBAs and skilled providers to provide evidence-based early post-partum services for mother and newborn (including counseling for best practices and danger sign recognition, assessment for danger signs in mother and newborn, prompt referral and/or home-based management of complications as appropriate); regular supervision of TBAs by skilled providers; regular monitoring of coverage and quality indicators related to early post-partum services provided by TBAs and in health centers; continuous quality improvement by parish micro-network teams based on coverage and quality monitoring indicators to continuously improve high coverage and quality of early post-partum visits by TBAs and health centers and to target such services to identified vulnerable women in the community (e.g. TBA-supported pregnant women mapping exercises as part of micro-network monthly team meetings).

At the mid-term mark, the Cotopaxi CSHGP has demonstrated many positive gains toward achieving its goal of introducing and achieving high coverage and quality of early post-partum home visits by TBAs for women and newborns in project parish catchment areas. The percent of mother-newborn pairs who have benefitted from an early post-partum home visit in the first week post-partum has increased from 4.6% to 60% (measure based on parish-level predictions of total births from preceding year). Over 225 TBAs have been trained in high-impact antenatal and post-partum services in the first two years of the 4-year project, including counseling for best practices and assessment of mother and newborn for danger signs. The percent of TBAs in project parishes able to cite at least 2 post-partum danger signs for mother increased from 58.7% at baseline to 100% at mid-term time; and the percent of TBAs able to cite at least 2 danger signs for the newborn increased from 61% at baseline to 100% at mid-term. TBA adherence with standards for post-partum counseling and assessment of mother and newborn has increased from < 5% at baseline to almost 70% as measured by checklist-supported observation (by skilled providers) of TBA simulated post-partum home visits. Facility-based adherence with Essential Newborn Care best practices has increased from 13% at baseline to 95% at the mid-term mark (based on record review). The percent of TBAs who report “knowing how to contact a nearby skilled provider” has increased from 8% at baseline to 63% at the mid-term mark.

The project has encountered two key areas of challenge in introducing, implementing, assessing and continuously improving home- and facility-based early post-partum services: 1) assessing and achieving maximum quality of TBA-services, and 2) achieving improved referral processes from household to facility and from primary health center to hospital for mothers and newborns with danger signs and/or identified complications. Identifying feasible and sustainable methods to continuously measure and improve quality of TBA post-partum home visits has been challenging. The anticipated use of external observation of TBA simulated post-partum care/counseling (using a checklist) has presented many challenges due to language differences between skilled provider observers and TBAs and the reticence of TBAs to “describe out loud” key tasks as part of a simulated early post-partum visit. The project is working hard to identify innovative and practical methods to reliably assess and continuously improve quality of TBA services, including performance-based supportive supervision of TBAs, with the added objective of increasing TBA professional satisfaction and engagement with project objectives as well as client satisfaction. Options being explored include use of simultaneous translation to overcome language barriers between TBAs and skilled providers, champion “expert TBAs” to participate in training, mentoring, and assessing newer TBAs, inclusion of direct observation of home-based

visits rather than simulated visits (when feasible) and development of simplified simulation and checklist observation models. A second challenge has been the strengthening of referral processes and protocols--a critical element for linking home-based post-partum visits to skilled services for mothers and newborns with danger signs). The lack of a systematic functional referral system--even between lower and higher level facilities--at baseline in the Cotopaxi province in addition to the resistance demonstrated by many skilled providers, especially at referral hospital level, to participating in formal TBA-facility referral protocols has slowed the hoped for progress in improving referral processes. The project is actively looking at ways to define a slightly modified and realistic set of referral objectives for the second half of the project and is in active discussion with province MOH officials, project parish micro-network teams and Cotopaxi province hospitals to ensure that all key stakeholders are engaged with and invested in defining a more realistic set of referral objectives for the final two years of the project.

CHS is committed to supporting sustainable approaches for all project implementation activities, including for solutions to key project challenges such as those described above. For example, CHS is collaborating closely with the provincial and national MOH offices, including the MOH Department of Intercultural Health, in the design of all project strategies. MOH personnel are continuously exposed to project strategies and innovations, learning project methods, and in turn often support and spread key project innovations. The CSHGP project is fully aligned with the MOH central policy, the “National Accelerated Plan to reduce Maternal and Newborn mortality”. Indeed, the MOH strategy explicitly developed to achieve the “National Accelerated Plan” calls for the creation of “EONC networks” --although the MOH had not been able to operationalize this specific strategy to date. The Cotopaxi CSHGP project experience is demonstrating concrete strategies for translating the MOH “National Accelerated MNH Plan” into reality, illustrating ways of overcoming real-life complex barriers in practical and replicable ways. The CHS project is also closely aligned with the national policy to strengthen linkages between public health care institutions, including MOH and Social Security Institute (IESS) hospitals. The project’s success to date in improving coordination between the MOH and the IESS hospital in the Cotopaxi province to achieve comprehensive accessible MNH services 24 hours a day 7 days as well as increasing linkages between rural health MOH and IESS health care centers working collaboratively as part of “parish-based micronetworks” is receiving increasing attention by the MOH at national and province level. The specific challenges described above related to improving coverage, quality and effectiveness of home-based early post-partum care linked to effective referral process, are highly relevant for the MOH’s “National Accelerated Plan to Reduce Maternal and Newborn Mortality”. The strong interest and engagement demonstrated by national and provincial MOH representatives in the first two project years and the high relevance of project activities for official national MNH policy will undoubtedly help to ensure the sustainability and potentially the scale-up of the project early post-partum care intervention—an intervention with proven effectiveness for reducing maternal and newborn mortality.