

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Gestión

Programa de Maestría en Gerencia para el Desarrollo

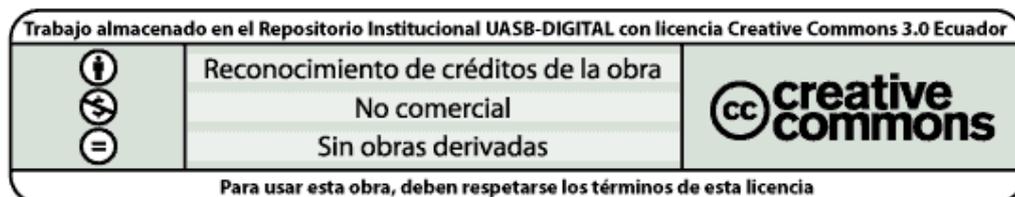
Mención Gestión Local

Importancia de los programas de capacitación en prevención prenatal de discapacidades. Caso Fundación de Waal, en la ciudad de Quito

Autora: Paulina Alejandra Tene Cayambe

Tutora: Ana Lucia Torres Castillo

Quito, 2017



Cláusula de cesión de derecho de Publicación de tesis

Yo, Paulina Alejandra Tene Cayambe autora de la tesis intitulada “Importancia de los programas de capacitación dirigida a los profesionales de la salud en Prevención Prenatal de Discapacidades. Caso Fundación de Waal, en la ciudad de Quito”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Gerencia para el Desarrollo en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador Pautas para la elaboración de la tesis de maestría reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.

2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autora de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.

3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha. 18-04-2017

Firma:

Resumen

El nacimiento saludable de un niño o niña depende de los cuidados de la salud integral de la mujer y de su pareja antes, durante y después del embarazo, éstos elementos son importantes para la prevención de deficiencias y discapacidades en el recién nacido.

La pareja debe identificar los riesgos o agresiones que existe en su entorno y que pueden ser una amenaza para el bebé que está por nacer, por ello es fundamental que el profesional de salud esté capacitado a través de un proceso de educación continua para fortalecer sus conocimientos y mejorar sus competencias con el fin de incluir el tema de prevención en sus áreas de trabajo dirigido a la mujer, el hombre en edad fértil, las mujeres embarazadas, los y las adolescentes.

Se inicia con una parte introductoria para describir la problematización, sobre la falta de capacitación en los profesionales en la prevención de discapacidades a nivel prenatal, se detalla los objetivos y la metodología que se desarrollará a lo largo del trabajo de tesis.

En el capítulo uno, se aborda el marco conceptual sobre las corrientes de aproximación a la salud, la atención primaria de la salud, la importancia de la promoción de la salud, y particularmente la prevención de enfermedades con los niveles de atención.

En el capítulo dos, se describe del marco normativo y se revisa la Constitución de la República del Ecuador, el Plan Nacional del buen Vivir, el Modelo de Atención Integrado en Salud y la Agenda Nacional de las Discapacidades, documentos importante el análisis de prevención y sus estrategias de implementación.

El capítulo tres, menciona la situación actual con la revisión de datos estadísticos que permite vincular a los temas analizados en el trabajo de tesis.

El capítulo cuatro, recoge el trabajo de campo y destaca la importancia de la capacitación en la prevención prenatal de discapacidades dirigido a los profesionales del sector salud, la necesidad de revisar las malla curricular de las carreras de salud a nivel de pregrado con el fin de mejorar los enfoques educativos en donde se aborde el eje de prevención.

Palabras claves: prevención, conocimientos, educación.

Dedicatoria

A mi esposo Christian, compañero de vida y apoyo incondicional, ejemplo de paciencia y amor. Te amo.

A mi mamita Ana María qué hora está en la presencia de Dios, continúa recordándome que los esfuerzos de hoy son cosecha del mañana con honestidad y responsabilidad.

A mi hermana Mercedes y su hermosa familia, quienes con cariño, su apoyo y ejemplo inspiran cada paso que emprendo en mi vida.

Agradecimiento

A Dios por haberme dado sabiduría para lograr mis objetivos, por bendecir cada paso que doy y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de formación.

A la Fundación de Waal Ecuador por permitirme ser parte de su equipo de trabajo y sobre todo por darme las facilidades y la información para desarrollar la tesis.

A mi Directora Ana Lucia Torres, por su calidad humana, por guiarme y compartir su vasto conocimiento para hacer de este trabajo de investigación un proceso de formación y lecciones aprendidas con criterios claros.

A los docentes de La Universidad Andina, por su dedicación y calidad de enseñanza, gracias por contribuir a fortalecer mis conocimientos para ser parte del desarrollo de nuestro país y ser objetiva en mis análisis.

Tabla de Contenidos

INTRODUCCIÓN	8
1. Problematicación.....	8
2. Justificación.....	10
3. Pregunta de investigación	13
4. Objetivos	13
5. Metodología	14
CAPITULO UNO	16
MARCO CONCEPTUAL PARA UNA LECTURA DE LA PREVENCIÓN PRENATAL DE LAS DISCAPACIDADES	16
1.1. Corrientes de aproximación de la salud	16
1.2. Atención Primaria de Salud	17
1.3. La importancia de la Promoción de la Salud	20
1.4. La Prevención de enfermedades.....	22
1.5. Salud sexual y reproductiva	23
1.6. Salud Materno-Infantil	26
1.7. La discapacidad.....	28
1.8. Organizaciones de la Sociedad Civil que trabaja en programas de salud materno infantil.....	29
CAPITULO DOS	31
MARCO NORMATIVO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN PRENATAL DE LAS DISCAPACIDADES	31
2.1. Salud y la Constitución de la República del Ecuador 2008	32
2.2. Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017	34
2.3. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS FCI).....	36
2.4. Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017	38

CAPITULO TRES	43
SITUACIÓN ACTUAL UNA FOTOGRAFÍA DE LA PREVENCIÓN PRENATAL DE LAS DISCAPACIDADES	43
CAPÍTULO CUATRO	52
LA PRÁCTICA DE LA PREVENCIÓN PRENATAL DE LAS DISCAPACIDADES DESDE LAS UNIDADES DE SALUD.....	52
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA	65
ANEXOS	68

INTRODUCCIÓN

1. Problematicación

En el Ecuador, en el año 1996 se desarrolló una investigación sobre la identificación de las discapacidades en Ecuador a cargo de la Universidad Central del Ecuador y auspiciada por el Consejo Nacional de Discapacidades - CONADIS, en este estudio se señala que en nuestro país existe 48,9% de personas con algún tipo de deficiencia, el 13,2% de personas con algún tipo de discapacidad y el 4,4% con alguna minusvalía. Estos datos significan que en nuestro país existen aproximadamente un millón seiscientas mil personas con alguna discapacidad, en comparación con las cifras dadas por la OMS (10% de la población). Nosotros tenemos 3.2% considerándose que las condiciones en las que se desarrolla nuestro país son negativas, con seguridad este porcentaje debe haber aumentado. (Cazar 2014)

En la actualidad aún se evidencia cifras estadísticas de muerte materna, es así que la Organización Mundial de la Salud en su nota descriptiva de prensa en el 2015 se estimó unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos, por sus condiciones de vida, la falta de atención médica, mismas que podrían haberse evitado. (Asamblea de las Naciones Unidas de 2015)

Según datos de la Agenda Nacional para las Discapacidades 2013-2017, manifiesta que el 65% de las causas principales para el desarrollo de una discapacidad en la población de 5 años o más es por enfermedades heredadas y adquiridas, los problemas al momento del parto, las infecciones y la mala práctica médica. Para el caso de los accidentes como causa de discapacidad afectan más la población masculina de 20 a 64 años (19%); en cambio, en las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud (53%), siendo también la causa más frecuente de limitación infantil en menores de 5 años. Estas causas de discapacidad mencionada anteriormente pueden ser prevenibles si son intervenidas con oportunidad desde el ámbito del cuidado de la salud sexual y reproductiva, el acceso a los servicios de salud con atención de calidad y calidez y un pilar fundamental que es la capacitación a los

profesionales de la salud con el objetivo de mejorar sus competencias para una atención integral.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva de los hombres y mujeres en edad fértil es importante como parte de sus derechos, sin embargo aún falta por mantener mecanismos para garantizar estos derechos debido a que se incluye temas de controversia como la aceptación o no al aborto, la violencia sexual, las gestaciones no deseadas, las infecciones de transmisión sexual, el VIH-Sida y temas culturales entre otros.

Los servicios de salud pueden ser un fundamento importante en la atención a las parejas en edad reproductiva, si bien la demanda de atención es un reto que debe asumir el Estado, hay que tener en cuenta que para disminuir los indicadores de morbilidad materna y perinatal se requiere que las mujeres gestantes y los recién nacidos tengan acceso a la atención materna y perinatal de calidad y calidez. Si los establecimientos de salud estarían preparados para enfrentar la atención del parto inminente, podrían atender al recién nacido, estabilizarlo y de ser posible referir las complicaciones obstétricas y neonatales a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria donde puedan solucionar tales problemas. Adicional a esto, si los servicios de salud atenderían a la mujer gestante con un enfoque humanístico y un ambiente adecuado, respetando la interculturalidad posiblemente las mujeres gestantes percibiría seguridad y confianza en los sistema de salud y en el profesional encargado de ella, del niño/niña por nacer y la familia como el centro de atención prioritario.

Si bien es cierto que la atención integral de la mujer gestante está en manos de un profesional de la salud entrenado y certificado, será posible la participación de todo el equipo de salud conformado por médicos, ginecólogos – obstetras, parteras, enfermeras, promotores de la salud, etc, para una atención integral de la mujer embarazada. Probablemente al contar con el equipo de salud mencionado anteriormente se pueda abordar temas de prevención prenatal de discapacidades con la pareja o la mujer embarazada, por ello el profesional debe alcanzar una serie de competencias que no incluya solo lo curativo sino también lo preventivo, uno de estos aspectos es la posibilidad de desarrollar procesos de enseñanza – aprendizaje para el personal de salud el mismo que tenga un enfoque integral e intercultural.

Con lo descrito anteriormente, si el profesional de la salud se insertaría a un proceso de educación continua como son los cursos de capacitación en prevención prenatal de discapacidades, posiblemente mejorará sus competencias para atender a la mujer gestante a su pareja, al niño o niña que está por nacer y la comunidad en general.

El profesional de la salud podrá contar con herramientas que le permita orientar y educar al grupo objetivo para reducir el índice de deficiencias y discapacidades a nivel prenatal y posiblemente apoyar a la reducción de muerte materna.

2. Justificación

Según la Encuesta Mundial de Salud (2002), cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto Carga Mundial de Morbilidad (2004), estima una cifra próxima a los 975 millones (19.4%). La Encuesta Mundial de Salud (2002), señala que, del total estimado de personas con discapacidad 110 millones (2,2%), tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad (2004) cifra en 190 millones (3,8%), las personas con “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo el informe sobre la Carga Mundial de Morbilidad (2004) mide las discapacidades infantiles (de 0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”. El número de personas con discapacidad está creciendo, esto se debe a ciertos determinantes como:

- a. El envejecimiento de la población, es decir las personas ancianas tienen mayor riesgo de discapacidad y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad como la diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares y trastornos mentales. (OMS, Informe mundial de discapacidad 2011, 8)
- b. Por accidentes de tránsito: Cada año se pierde aproximadamente 1.25 millones de vidas a consecuencia de los accidentes de tránsito, entre 20 millones y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales y a su vez una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad. (OMS 2016)
- c. Por anomalías congénitas, en muchos países son causa importante de la mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad. Se calcula que cada año 276.000 recién nacidos fallecen durante las primeras cuatro

semanas de vida en el mundo debido a anomalías congénitas (malformaciones cardíacas, los defectos del tubo neural y el síndrome de Down). Estas anomalías pueden ocasionar discapacidades crónicas afectando a las familias, los sistemas de salud y la sociedad. Su origen puede ser genético, infeccioso o ambiental, aunque en la mayoría de los casos resulta difícil identificar su causa. . (OMS, Informe mundial de discapacidad 2011, 8)

De los determinantes que condicionan la situación de las mujeres en edad fértil así como la de los neonatos es importante profundizar en la prevención, el cuidado a la salud y mejorar los estilos de vida de las personas la familia y la comunidad. En el caso de los adultos mayores la actividad física (ejercicios), buena alimentación, aseo personal, tener un entorno afectivo y respeto a sus derechos permitirá incidir de manera efectiva en su estado de salud.

Con respecto a los accidentes de tránsito y la relación con la discapacidad, las formas de prevención están encaminadas a diseñar programas y normas de buenas prácticas como por ejemplo: el uso de casco por los motociclistas, el cumplimiento de las normas vigentes de tránsito del país (conductores y peatones), el control y la reducción de las personas que conducen bajo los efectos de alcohol y el mejoramiento de la asistencia inmediata prehospitalaria a los afectados (manejo adecuado de las personas con lesiones y traumas).

Por otro lado es posible prevenir algunas anomalías congénitas; por ejemplo hay medidas de prevención fundamentales como la vacunación, la ingesta suficiente de ácido fólico y yodo mediante el enriquecimiento de alimentos básicos o el suministro de complementos, así como los cuidados prenatales adecuados, acciones vinculadas a la promoción de la salud, el fortalecimiento de la atención primaria de salud y el fortalecimiento de las capacidades (técnico- conceptuales) de los profesionales del sector salud, educación y social.

De acuerdo el VII Censo de Población y V de Vivienda (INEC, 2010), el porcentaje de la población ecuatoriana con discapacidad fue del 10,30%. Históricamente, la atención a las personas con discapacidad en el Ecuador se inicia

hace más de medio siglo por decisión de madres y padres de personas con discapacidad con el apoyo de organizaciones privadas. En 1992, se crea el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS); como entidad rectora del tema en el país. En el 2013, se conforma la Secretaría Técnica de Discapacidades, institución que ha impulsado diferentes programas contemplados bajo la política “Ecuador sin Barreras”, la misma que aborda 8 ejes comprendidos en :

- Sistemas de atención
- Sistema de registros
- Brigadas sociales integradas
- Capacitación en habilidades y destrezas técnicas a jóvenes con discapacidad
- Capacitación para inclusión laboral
- Gestión local en el ámbito de la discapacidad y
- Dotación de ayudas técnicas.

Para alcanzar el cumplimiento de estos ejes ha sido necesario articular el trabajo intersectorial de los Ministerios que se encuentra bajo el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS: MSP, MINEDUC, MIES), esto ha permitido desarrollar acciones de respuesta integral de acuerdo a la política establecida en beneficio de las personas con discapacidad, sus familias y la sociedad, logrando de esta forma visibilizar la problemática que tiene el estado.

El sector público a través de la política para la atención a las personas con discapacidades “Ecuador sin Barreras” presenta los programas: *La Misión Solidaria Manuela Espejo* y *Sonríe Ecuador*; ninguno de sus proyectos menciona objetivos orientados a la prevención de discapacidades de origen pre natal.

El Ministerio de Salud Pública; con el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), tiene el desafío de integrar los enfoques biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, como alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida, por ellos es importante que el talento humano este formado y capacitado en estos nuevos retos basados en una propuesta de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad. Si bien, uno de los objetivos de este modelo es “Reorientar los Servicios hacia la Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad” aún resta por implementar acciones para prevenir las deficiencias y las discapacidades en los niños y niñas por nacer.

La Fundación de Waal, organismo internacional de origen holandés, ha realizado procesos de formación/capacitación para la prevención de las discapacidades, abordando la prevención desde la etapa pre-concepcional y prenatal; dirigido a profesionales vinculados a sectores de salud, educación y desarrollo local.

Con lo descrito anteriormente se manifiesta la falta de atención a la prevención de las discapacidades a nivel prenatal por parte del sector público, más bien se enfatiza en la atención a las personas con discapacidad. En este sentido se mira la importancia del fortalecimiento de los conocimientos a través de la capacitación en la prevención de deficiencia y las discapacidades en los niños y niñas por nacer con la intervención de la Fundación de Waal a través de su Programa PreNatal que contribuye a una cultura de prevención de discapacidades a nivel prenatal y preconcepcional.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la importancia de la capacitación en prevención prenatal de discapacidades y deficiencias a nivel prenatal dirigido a los profesionales de salud del sector público y privado?

4. Objetivos

Objetivo general

Analizar la importancia de la capacitación en prevención prenatal de discapacidades y deficiencias a nivel prenatal dirigido a los profesionales de la salud del sector pública y privada.

Objetivos específicos

- Identificar las competencias y destrezas en los profesionales que trabajan en el sector salud vinculando las temáticas de prevención prenatal de discapacidades y el análisis de la realidad local.
- Analizar las prácticas institucionales para mejorar la salud prenatal frente a los factores de riesgo que puede causar una discapacidad prenatal.
- Comparar las competencias de los profesionales y las prácticas institucionales para crear una cultura de prevención prenatal de discapacidades y deficiencias.

5. Metodología

El presente trabajo de tesis se propone desarrollar un estudio exploratorio descriptivo, puesto que la prevención de discapacidades en el contexto ecuatoriano es una materia que poco se ha analizado y que depende de un conjunto de prestaciones de salud a aplicarse en la población en edad reproductiva. En este sentido, este estudio también tiene un carácter descriptivo que nos permita comprender en más detalle qué cómo perciben y aplican los profesionales de la salud sus habilidades y destrezas en la prevención de las discapacidades.

Esta investigación es de carácter cualitativo en la medida en que se realice interpretaciones y análisis de experiencias emblemáticas, percepciones y valores donde se profundiza en el contenido del trabajo de tesis.

En el proceso descriptivo se pretende identificar y analizar los ejes de trabajo que utilizan los programas de atención a personas con discapacidad, esto permitirá identificar diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Por otro lado, el acercamiento exploratorio permitirá hacer relación entre sí con los programas de atención a las persona con discapacidad y a la propuesta de prevención prenatal de discapacidades de manera organizada y sistemática.

Los instrumentos que nos permitirán contar con la información son recopilación bibliográfica y documental de diverso tipo (libros, revistas, informes de investigación, evidencias, estadísticas descriptivas) como parte de fuente secundaria. Como fuente primaria utilizamos una batería de preguntas para las entrevistas semiestructuradas a ser aplicadas a funcionarios públicos y privados a nivel gerencial y/o direcciones y encuestas a nivel operativo y/o técnicos de campo.

Capítulo uno

Marco conceptual para una lectura de la prevención prenatal de las discapacidades

En este capítulo se hará un recorrido histórico sobre el desarrollo de las diferentes corrientes teóricas y conceptuales de la salud, sus definiciones, modelos (curativos desde un enfoque biológico) y las nuevas apuestas políticas orientadas a la prevención prenatal de deficiencias y discapacidades. Es importante partir desde una reflexión conceptual para comprender claramente a qué nos referiremos en este estudio a la prevención prenatal de discapacidades y cómo se articulan a los servicios de salud y fuera de ellos.

1.1. Corrientes de aproximación de la salud

El tratamiento del tema de la salud fluye en el último siglo desde el paradigma biomédico hacia un paradigma biopsicosocial, es decir, que revisaremos de qué manera la crítica al modelo médico tradicional hace posible el surgimiento del concepto de modelo biopsicosocial. Este modelo permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad.

La salud, desde el enfoque biomédico, es comprendida como ausencia de enfermedad detectada. Así, la enfermedad constituye una especie de puerta que abre el acceso a los servicios de salud proporcionados por el estado. Desde esta percepción de salud se prioriza la búsqueda de las causas de las enfermedades y la atención particularizada de dichas causas. (Arguello 2004, 26)

En la década de los cuarenta del siglo pasado el médico Henry Sigerist (Ponte s.f.), considerado un destacado historiador de la medicina posiciona el enfoque social de la salud destacando la “Promoción de la Salud” como una estrategia fundamental de la medicina tarea prioritaria e instancia que debe convocar a todos los sectores. Sigerist consideraba que la salud del pueblo no depende de la asistencia médica sino de las condiciones de vida, estas ideas impactaron en organismos como la

Organización Mundial de la Salud (OMS), que en 1948 los incorpora a su nueva concepción de la salud. (Ponte s.f.)

Dentro del enfoque social de salud se producen dos hitos:

En 1978, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) celebran un congreso conjunto en Alma Ata (Kazajstán, antigua Unión Soviética), en donde se declara a la salud como un derecho humano y se posiciona el concepto de “Atención Primaria en Salud”. En este concepto se destaca fundamentalmente que toda la población tiene el derecho y la responsabilidad de participar en la salud; se demanda acciones coordinadas en todos los sectores principalmente con el Estado como garante de la salud y sobre todo se establece que el desarrollo económico y social están íntimamente asociados a la salud. (Ponte s.f.)

En el año 1986, La Conferencia Internacional de la Salud, a través de la Carta de Ottawa, reconoce a la Promoción de la Salud como un proceso político y social en el que interviene dos tipos de factores que son las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos; y, las acciones orientadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan sobre la salud (determinantes de la salud). La promoción trasciende la idea de las formas de vida saludable, para incluir los contextos (vivienda, educación, ecosistema, justicia social y paz, entre otros). Es decir la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (Ponte s.f.)

Para continuar desarrollando el tema de salud es importante abordar la Atención primaria de Salud como asistencia sanitaria esencial, es decir accesible a todas las personas como sujeto de derechos a las familias y la comunidad en general y sobre todo con un alto nivel de participación activa.

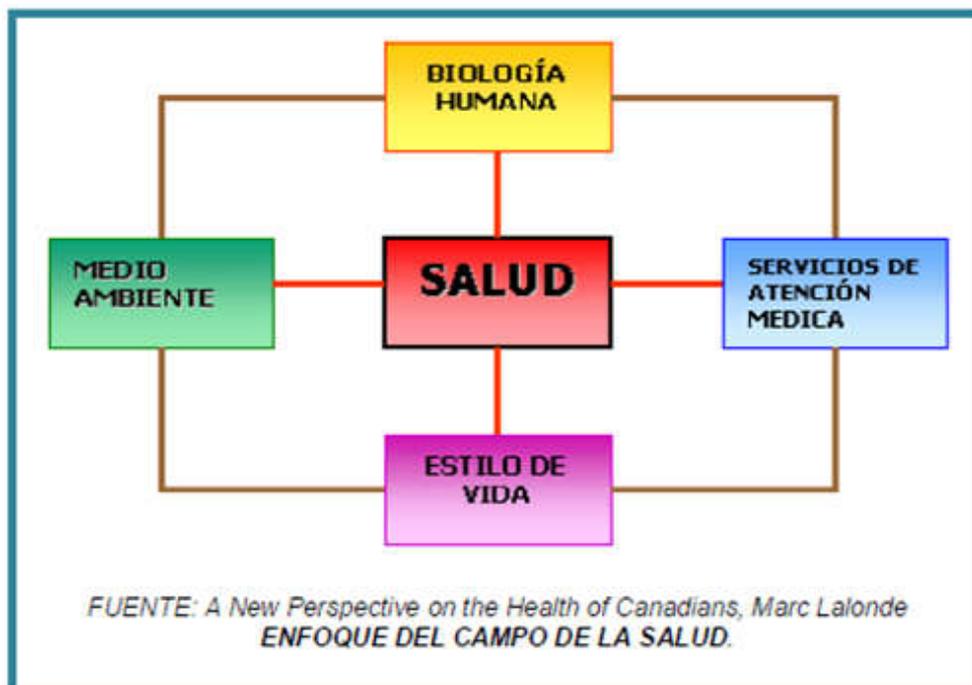
1.2. Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. (Nutbeam 1998, 32)

La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles. Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. (Nutbeam 1998, 32)

La Declaración de Alma, reitera de forma expresa sobre el concepto de salud, en la que se manifiesta específicamente que es un derecho humano fundamental e importante en todo el mundo. Adicional a esto exige la intervención de otros actores sociales y económicos así como también la equidad, participación, intersectorialidad, entre otros.

Es importante considerar a los determinantes sociales de la salud como son los determinantes sociales, económicos y ambientales ya que estos inciden de manera combinada en los niveles de salud de los individuos y comunidades, estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas por cada estado. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias persistentes y cada vez mayores. (OMS 2012)



Para entender claramente sobre los determinantes de la salud según el modelo de Lalonde, se denomina determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones en general. Estos determinantes se los puede dividir en:

- a) Aquellos que son multisectorial y que son responsabilidad del estado como los determinantes económicos, políticos y sociales.
 - b) Aquellos que son responsabilidad del sector Salud tales como vigilancia y control en unos casos y de promoción y de actuación directa en otros casos.
- En conclusión los determinantes de la salud son aquellos relacionados con los estilos de vida, los llamados factores ambientales, los factores relacionados con aspectos genéticos y biológicos de la población y finalmente los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones. (LALONDE 2014)

Tomando en consideración los determinantes descrito anteriormente (medio ambiente, estilos de vida, servicios de atención médica, biología humana), el Ministerio de Salud Pública ha implementado el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), el mismo que lo definen como el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.(MAIS 2012, 53)

Los determinantes de salud que el MAIS-FCI lo asume, es el modelo elaborado por la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS son:

- APS-R, Atención Primaria en Salud-Renovada:
- Contexto socioeconómico y político.
- Posición socioeconómica.
- Los determinantes intermedios o factores intermediarios.
- Determinantes ambientales.

Una vez identificado claramente los determinantes que influyen sobre el nivel de salud, permitirá enfocarnos en los elementos específicos que tiene relación directa con el embarazo, es decir los factores que afecta a la salud de la pareja y como consecuencia puede desarrollar una deficiencia o discapacidad durante el crecimiento del bebé intrauterino.

1.3. La importancia de la Promoción de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la Promoción de la Salud como la piedra angular de la Atención Primaria de la Salud (APS). Su valor se basa en el reconocimiento de que maximiza el costo-eficacia y promueve un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades ejercen un mayor control sobre los elementos determinantes de su salud para mejorar su calidad de vida. (OMS, Informe 2001)

Los conceptos y principios de la moderna promoción de salud se encuentran en la Carta de Ottawa (1986), que promovió el espíritu de la Declaración de Alma Ata (1978) y las posteriores Conferencias Mundiales. (OMS, Informe 2001)

Los objetivos de la promoción de salud son los siguientes:

- Incidir en los determinantes.
- Hacer cambios en las condiciones de vida.
- Influir en decisiones de políticas públicas.
- Mejorar la salud / calidad de vida en las poblaciones.
- Luchar por la equidad y justicia social.

También es importante mencionar las cinco líneas de acción de la promoción de salud:

- Desarrollo de las capacidades personales.
- Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- Creación de un medio ambiente favorable.
- Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención.
- Establecimiento de políticas públicas que la favorecen.

El contexto de aplicación de las estrategias de promoción de salud ha cambiado, esto se debe a la globalización, es así, que la Carta de Bangkok (2005) amplía estas cinco líneas de acción en la que asume cuatro compromisos que describimos a continuación:

- Que la promoción de la salud constituya una pieza clave en la agenda de desarrollo mundial.
- Que constituya una responsabilidad básica de todos los gobiernos.
- Que se la asuma como objetivo fundamental de las comunidades y las sociedad civil, y
- Que sea un requisito de las buenas prácticas empresariales.

Para aplicar todas estas líneas de acción y estrategias descritas la promoción de la salud propone las siguientes herramientas:

- Uso de medios de comunicación.
- Mercadeo social.
- Movilización de la comunidad.
- Educación para la salud.
- Interacciones cliente-proveedor.
- Comunicación (difusión) de políticas.

Lo descrito anteriormente, es de suma importancia, principalmente la herramienta de Educación para la Salud, pues ayudará a mejorar la alfabetización sanitaria, permitirá ampliar el conocimiento en temas de salud a nivel individual (sujeto de derecho) y colectiva (población y comunidades) y sobre todo hay que considera que la educación para la salud aborda no solo la transmisión de información, sino también impulsa a la motivación y al mejoramiento de las habilidades personales, cambio de actitudes y prácticas para tener un estilo de vida saludable.

En resumen es importante considerar que la Atención Primaria y la Promoción de la salud es un campo amplio que tiene que ser considerado por todos los estados, el personal que trabaja en este campo debe apoyar a la identificación de las necesidades individuales con el fin de contribuir a la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su comunidad.

1.4. La Prevención de enfermedades

La prevención se define como la aplicación de medidas que incluya aspectos médicos y de otras disciplinas cuya finalidad es no permitir que aparezcan otras enfermedades. Para ello la prevención tiene los siguientes objetivos: (Vignolo, Vacarezza y Álvarez 2011, 31)

- Reducir los factores de riesgo y enfermedad.
- Disminuir las complicaciones de la enfermedad.
- Proteger a personas y grupos de agentes agresivos.

La prevención trabaja en tres niveles que son:

- **Prevención Primaria:** su objetivo es eliminar la aparición de la enfermedad a través del control de los factores causales o de riesgo. Aquí utiliza dos estrategias 1) reducir el riesgo de aparición de una enfermedad en grupos poblacionales con grados variables de exposición al riesgo; 2) prevención enfocada a individuos con mayor vulnerabilidad por pertenecer a grupos con conducta de riesgos, un ejemplo podemos mencionar la prevención prenatal de discapacidades por medio de la ingesta de ácido fólico para las mujeres embarazadas. (Vignolo, Vacarezza y Álvarez 2011, 33)
- **Prevención Secundaria:** Destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad, también se la conoce como screening, se aplica de manera selectiva o universal para descubrir en una población determinada y asintomática una enfermedad grave en estado inicial con el propósito de disminuir la morbimortalidad asociada mediante un tratamiento eficaz y curativo para evitar secuelas de la enfermedad. Como ejemplo tenemos la detección oportuna del cáncer cérvix (DOC), el mismo que se lo hace mediante la prueba de Papanicolaou, otro ejemplo conocido es la detección de diabetes en sangre u orina. (Vignolo, Vacarezza y Álvarez 2011)
- **Prevención terciaria:** Aquí es importante restablecer la salud una vez que la enfermedad se ha manifestado, es importante la aplicación de un tratamiento en función de los síntomas presentados. En la prevención

terciaria es fundamental el control y seguimiento del paciente con el fin de aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente, como ejemplo podemos citar la realización de fisioterapia luego de retirar un yeso por fractura de un paciente. (Vignolo, Vacarezza y Álvarez 2011)

Para la prevención prenatal de discapacidades según caso Fundación de Waal propone trabajar y desarrollar actividades en favor de la prevención primaria y promover la prevención secundaria involucrando a todos los actores sociales como parte del cuidado de los estilos de vida de la colectividad.

1.5. Salud sexual y reproductiva

Hablar de la Salud Sexual y Reproductiva es un aspecto importante y fundamental de la Salud ya que abarca a todas las personas y en todas las edades, es decir en todas las etapas de la vida. Cuando se analiza los temas de salud sexual y reproductiva debemos abordar desde el aspecto de la fecundación, en vista de que al estar formándose el embrión sufre una serie de cambios en su desarrollo hasta el nacimiento. Desde esta mirada la salud sexual y reproductiva también debe ser analizada desde un enfoque social, cultural, biológico y psicológico, como promotor del bienestar integral del individuo y con todo lo que lo rodea.

En este punto, hacemos un recorrido desde la década de los setenta del siglo XX en la región Latinoamericana en la que se manifiesta que existe la preocupación de controlar el crecimiento poblacional; por tal razón el tema de la salud incluye el tratamiento del control de la natalidad.

En la década de los ochenta se extiende el enfoque de promoción de la salud y junto con él de la salud materno-infantil. Un tiempo más tarde estas líneas de trabajo se unen con las intervenciones en planificación familiar y es así que en los noventa se introdujo el concepto de salud sexual y reproductiva. Se lo incorpora como un derecho humano, por ello las políticas y los programas comenzaron a diseñarse con un enfoque de género, tema importante para el desarrollo de acciones a nivel de salud, educación y desarrollo social. (Facio 2008, 8)

El concepto de salud sexual y reproductiva nace en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas que por sus siglas se la denominó CIPD desarrollada en el Cairo en año 1994, aquí se estableció que las políticas de población deben dirigirse a mejorar la calidad de vida de los seres humanos, enmarcado en los derechos humanos. Este concepto propone el empoderamiento de las mujeres para dotarlas de autonomía en todas las esferas vitales y en particular respecto de la sexualidad y la reproducción. (Mazarrasa y Gil s.f., 4)

El CIP expone su definición sobre la salud sexual y reproductiva como:

“Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Además establece como objetivo de la Salud sexual “El desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”. (Mazarrasa y Gil s.f., 4)

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología define de manera íntegra a la salud sexual.

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.” (OMS; OPS 200, 7)

Estas definiciones implican en derecho de los hombres y las mujeres a obtener información sobre planificación familiar de acuerdo a su elección, al acceso a servicios adecuados de atención de salud que permitan las gestaciones y los partos sin riesgo y sobre todo que las parejas tengan las condiciones necesarias y posibilidades de tener un hijo saludable.

Los derechos reproductivos son derechos humanos por tanto deben ser promovidos y garantizados por todos los gobiernos de turno, no son discriminatorios por consiguiente no se justifica su no aplicación ya sea por razones religiosas o temas culturales. La comunidad internacional está obligada a crear y mantener mecanismos legales y políticas para garantizar el cumplimiento de los derechos, que se superponen a todo reclamo de soberanía. De ahí nace la importancia de que los derechos reproductivos están incluidos en los derechos humanos, (Facio 2008, 21)

Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos que han sido incorporados a las normativas vigentes de diferentes países y también están recogidos en documentos internacionales y en discurso de organizaciones internacionales. A pesar de ello, la definición y aceptación internacional de los derechos sexuales es probablemente debido a que se incluye temas de alta controversia como la aceptación o no al aborto, la violencia sexual, las gestaciones no deseadas, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y temas de aspecto cultural como el matrimonio infantil concertado, mutilaciones genitales a las mujeres, entre otros. (ONU 2006)

Por lo descrito anteriormente cada estado llega a consensos o a discusiones para adoptar políticas en torno a este tema, a pesar de ello las Naciones Unidas entre otros organismos internacionales utilizan desde hace varios años el termino derechos sexuales y reproductivos aunque no existe una declaración que se haya convertido en norma general.

Revisando la declaración realizada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, que por sus siglas se denomina WAS, mismo que se desarrolló en Hong Kong, República Popular China en el año 1999, declara, reafirma y reconoce a los derechos sexuales como parte integral de la personalidad de todo ser humano, por tal razón manifiesta lo siguiente:

“Declara que los derechos sexuales se fundamentan en los derechos humanos universales que ya están reconocidos en los instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos, en constituciones y leyes nacionales, en principios y estándares de derechos humanos, así como en el conocimiento científico relacionado con la sexualidad humana y la salud sexual. Reafirma que la sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo

largo de su vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y en relaciones interpersonales. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se viven o expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales. Reconoce que la sexualidad es una fuente de placer y bienestar y contribuye a la realización personal y a la satisfacción general.” (Día Mundial de la Sexual 2004)

La salud es un derecho humano muy importante, por consiguiente la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Los estados deben asegurar que todo ser humano tenga una sexualidad saludable, sumado a estos los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades en general.

La salud sexual y salud reproductiva conlleva el derecho de hombres y mujeres a la información y al acceso de métodos anticonceptivos seguros, efectivos y asequibles. El derecho a los servicios de salud de calidad para la atención del embarazo el parto, puerperio y el recién nacido permitirá la reducción de las deficiencias y las discapacidades prenatales, a de más al derecho de los servicios de promoción y educación para la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida, prevención de cáncer del sistema reproductivo, de discapacidades generales en el climaterio y de la violencia sexual. Las complicaciones asociadas a generar una discapacidad durante el parto se agudiza en adolescentes y mujeres en edad adulta (a partir de los 38 años). (Revista cubana 2013, pág. 2)

1.6. Salud Materno-Infantil

Es fundamental abordar el tema de Salud Materno-Infantil por ser considerada como uno de los principales aspectos de atención en la salud de la población. Por ello los factores ligados estrechamente a este tema de Salud Materno-Infantil son las atenciones prenatales, la nutrición, el parto y el postparto. Adicional a esto se debe tener en cuenta las causas de muerte asociadas a la maternidad ya sea por riesgos obstétricos, complicaciones en el embarazo, parto o puerperio; misma que son vinculantes para el desarrollo de una deficiencia o discapacidad en el recién nacido.

Por lo descrito anteriormente, partimos desde la salud materna la misma que comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto hasta el postparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de la muerte. Las cinco complicaciones relacionadas directamente con la muerte materna son: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. (OMS 2015)

Si revisamos las estadísticas a nivel global aproximadamente 500 mil madres mueren a causas asociadas al embarazo como son el parto y puerperio, el 99% de esta tragedia mundial ocurre en los países más pobres. En el párrafo anterior se mencionó las principales causas de muerte materna (hemorragias, infecciones, aborto, hipertensión y parto obstruido) y que son más del 70% que se ha dado por estas causas principales.

Para los países con experiencias más favorables ha existido un cambio en el perfil etiológico estos países son Cuba, Costa Rica, Uruguay y Chile, en los cuales ha aumentado la proporción de las llamadas causas indirectas (no obstétricas) de mortalidad materna. Adicional a esto la mortalidad infantil y la del menor de 5 años, ha disminuido en alrededor de un 50% en la región. (Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2010)

Es importante mencionar que dentro de los ODM también apunta a reducir la mortalidad materno-infantil específicamente el objetivo 4 que es Reducir la Mortalidad Infantil y el objetivo 5 Mejorar la Salud Materna en dos tercios (66%) y tres cuartos (75%) respectivamente, para ello los países han implementado rigurosamente aumentar la cobertura de vacunación del sarampión, de la atención profesional del parto y lograr acceso universal a la salud reproductiva para 2015

Si bien, han existido avances y mejorías a nivel mundial en cuanto a la salud materno-infantil se refiere, aun los estados siguen luchando por reducir las inequidades, por mejorar el sistema de salud educación y los procesos de capacitación tanto con los profesionales como con los hombres y las mujeres en edad reproductiva

para que tomen conciencia de la importancia de planificar un embarazo y sobre todo que la pareja durante el embarazo asista a los controles prenatales, se alimenten adecuadamente, eviten estar en entorno donde exista agresiones ambientales o violencia intrafamiliar y más bien la mujer embarazada goce de espacios de seguridad y afectividad con el fin de traer un bebé saludable.

1.7. La discapacidad

Considera la importancia de la prevención de deficiencias y discapacidades a nivel prenatal, es fundamental tener claro los elementos de análisis y reflexión sobre las conceptualizaciones de la discapacidad. En este punto se describe brevemente a la discapacidad como una situación que vive un ser humano al poseer una deficiencia con la que se desenvuelve en un ambiente que puede o no representar una barrera que obstaculiza la expresión plena efectiva o equitativa de ese ser humano en la sociedad.

Es así que la discapacidad y sus intervenciones, discurren entre en el enfoque biomédico y el social, logrando este último incorporarse a las concepciones propuestas por eventos internacionales de importancia para el diseño de políticas públicas. (OMS 1980)

En el año 2000 la organización de Estados Americanos (OEA) realiza la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad (CIADDIS). Aunque se considera un avance para el tratamiento del término discapacidad, mantiene un concepto tradicional acerca de ésta al señalar a la deficiencia como la causa que limita la participación en los siguientes términos:

(...) discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social. (OEA 200)

Por consiguiente, es importante tener en cuenta que la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Se entiende que la discapacidad es un término genérico que abraza deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. (OMS, Discapacidad y Salud 2015)

En este sentido es importante reflexionar para intervenir sobre las discapacidades desde el enfoque de derechos, con el propósito de poder vincular al enfoque sociocultural y apuntar al reconocimiento de la multicausalidad de la discapacidad. Esta perspectiva dinamiza el concepto de discapacidad al comprender como una red de retroalimentaciones mutua entre los factores orgánicos, psicológicos, sociales y culturales. En conclusión, se entiende que el contexto bio-psico-social-cultural coloca a un ser humano en situación de discapacidad, permite una reflexión e intervención más integral sobre el tema de la discapacidad y porque no decirlo de la prevención de las discapacidades a nivel prenatal.

1.8. Organizaciones de la Sociedad Civil que trabaja en programas de salud materno infantil.

En el Ecuador las organizaciones internacionales, nacionales y de la Sociedad Civil (ONG's Fundaciones nacionales etc.) se constituyen en el resultado de la interacción de diversos factores que buscan cooperar con el estado para que logre alcanzar los compromisos internacionales asumidos en el tema de la reducción de la muerte materna así como la prevención de las discapacidades.

Para efecto de este trabajo de tesis se ha identificado organismos que trabajan en temas de salud materno infantil para ello mencionamos las siguientes:

- Fundación Desafíos
- Fundación Word Visión Ecuador
- Plan Internacional Ecuador
- Fundación Quimera
- UNFPA
- Fundación de Waal- PreNatal Ecuador

Estas organizaciones han desarrollado una trayectoria de trabajo enfocados en el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de estrategias que fomentan el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva, a la disponibilidad y acceso de métodos anticonceptivos y planificación familiar e información bajo evidencia científica que les permita a hombres y mujeres tomar decisiones asertivas desde su propio cuerpo.

Las acciones que han desarrollado estas organizaciones mencionadas tienen como población objetivo a los adolescentes, hombres y mujeres adultos en los contextos familiar, comunitario y educativo.

Para el caso de la Fundación de Waal Ecuador su enfoque de trabajo específico es el fortalecimiento de capacidades técnico conceptual de los profesionales de salud que implementan programas y proyectos de salud enfocados a la atención pre-concepcional y prenatal con el propósito de prevenir la discapacidades en los bebé por nacer.

Capítulo dos

Marco Normativo Nacional para la prevención prenatal de las discapacidades

El presente trabajo menciona que es relevante conocer las normas y leyes del marco legal y normativo relacionado a los temas del cuidado a la salud, el tema la sexualidad, la Agenda Nacional para la Inclusión a la personas con discapacidad, el parto respetado entre otros, los mismo que apuntan a mejorar los estilos de vida de todos las persona como sujeto de derechos y sobre todo la importancia de la prevención de enfermedades y deficiencias en la mujer gestante. A partir de esta revisión podemos identificar las estrategias de atención de la salud para el caso de la mujer embarazada como por ejemplo la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, el parto tradicional y humanizado entre otros. Por ello se describe a continuación ciertos artículos de la Constitución de la República del Ecuador 2008, del Plan Nacional de Buen Vivir 2013-2017, El Modelo de Atención Integrada de Salud Familia, Comunidad e Intercultural y Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017.

Partiendo desde La Constitución de la República del Ecuador del 2008, en la que establece al Ecuador como un Estado Constitucional de Derechos y Justicia, por tal razón es deber del Estado por la garantía de su aplicación, “Estado de derecho siempre y cuando dicha asistencia cumpla con los procesos de integración progresiva de individuos y grupos en la sociedad” (Unda 2008, 27)

Esto quiere decir que el estado dará las garantías al cumplimiento de los derechos, el nivel de responsabilidad de las autoridades, la distribución equitativa de los recursos y la riqueza, la erradicación de la pobreza, la implementación de políticas públicas y el cumplimiento de la Ley.

2.1. Salud y la Constitución de la República del Ecuador 2008

Art. 32- 360

La constitución aprobada en el año 2008 considera como punto fundamental e importante a la salud, para ello establece como marco normativo a la salud como un derecho y señalan las características del sistema nacional de salud que funcionará dentro de los principios de universalidad y equidad, con una red pública integral de salud y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria nacional que en este caso es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (OPS 2008, 2)

Es así que en el artículo 32, sección séptima, sobre la salud de la constitución señala:

Art. 32, La salud, es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho 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. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Constituyente 2008, 21)

Este marco normativo que se describe anteriormente en relación a la salud es fundamental ya que aborda claramente el tema de la promoción y atención integrada de salud así como también a la salud sexual y reproductiva; adicionalmente a esto se vincula con el acceso a los servicios de salud aspectos importantes que se menciona en el trabajo de tesis como elementos principal para la atención de la mujer durante la etapa prenatal y postnatal para la prevención de las discapacidades a nivel prenatal.

La Constitución también señala el derecho a las personas y grupos de atención prioritaria en el siguiente artículo que dice:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad. (Asamblea Constituyente 2008, 24)

Desde este Artículo 35 que señala la Constitución del Ecuador sobre la atención a las personas y grupos prioritarios existe la responsabilidad de dar atención oportuna de calidad y calidez desde los servicios de salud públicos y privados. En el caso específico de la mujer embarazado y de los y las adolescentes es primordial la atención y la asesoría en el temas de educación sexual, planificación familiar y sobre todo en la prevención de enfermedades y deficiencias que se puede desarrollar por la falta de una atención prenatal como parte de los cuidados a la salud integral.

En el campo de las discapacidades, la Constitución de la República establece que:

Art. 47, El estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: 1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. 2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas. 3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos. 4. Exenciones en el régimen tributario. 5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas. 6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el

mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue. 7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo. 8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas de enseñanza específicos. 9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual. 10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas. 11. El acceso a mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema braille. (Asamblea Constituyente 2008, 172)

Bajo este marco legal es importante señalar la necesidad de establecer procesos de formar académica (técnico-conceptual) a los profesionales del sector salud, educativo y social, que les permita desarrollar proyectos que promuevan la identificación de los determinantes de la salud y a convocar a los diferentes sectores y fuerzas sociales, con el propósito de crear una cultura de prevención antes, durante y después del embarazo. De esta manera se contribuirá a mejorar los determinantes de los estilos de vida y el conocimiento de los factores que tiene que ver con las desigualdades sociales, no solamente con intervenciones individuales sino que incorporen acciones socio-políticas que involucre no solo el sector salud.

2.2. Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017

Otro proceso fundamental para el Estado Ecuatoriano ha sido el Plan de Desarrollo, definido como “Plan Nacional de Buen Vivir” (PNBV) 2013-2017, este es el tercer plan de desarrollo el mismo que La Secretaría de Planificación y Desarrollo ha venido implementando desde el año 2007. El PNBV cuenta con 12 objetivos que aborda la consolidación del Estado democrático, fortalecer a la ciudadanía, promover

la sostenibilidad ambiental y global, impulsar la transformación de la matriz productiva del país, reforzar la interculturalidad y mejorar los servicios públicos. (SEMPLADES 2013, 23)

La propuesta de Buen Vivir 2013-2017, plantea la importancia y reconoce a la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado. Es así que, en concordancia con los mandatos constitucionales se planifica los siguientes objetivos, políticas y metas para contribuir al mejoramiento en el campo de la salud:

El objetivo 2. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad. La política 2.2. Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación. En salud se plantea crear e implementar mecanismos y procesos en los servicios de salud pública, para garantizar la gratuidad dentro de la red pública integral de salud en todo el territorio nacional, con base en la capacidad de acogida de los territorios y la densidad poblacional.

El objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población. La Política 3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas. (SEMPLADES 2013, 122)

El marco normativo descrito anteriormente, marca un paso importante en la atención y la promoción de la salud, otro aspecto importante es la generación e implementación de mecanismos para eliminar las barreras de acceso a los servicios de salud, el tema de la gratuidad y sobre todo la atención con calidad y calidez para todos los usuarios de acuerdo a su necesidad y ciclo de vida ha sido un desafío que el estado debe cumplir y una responsabilidad para el Ministerio de Salud Pública.

Para implementar el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV 2013-2017) en lo que se refiere al campo de la salud, el MSP articula su propuesta denominado Modelo de Atención Integrada de Salud (MAIS), esta propuesta implementa acciones para mejorar las condiciones de vida que permita generar oportunidades de desarrollo social. La clave para este proceso es la equidad en salud el mismo que no esté

direccionado únicamente en la distribución de recursos, sino también a las condiciones de vida y trabajo, factores biológicos y conductuales y factores psicosociales.

2.3. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS FCI)

El Ecuador cuenta con un amplio marco legal y normativo con relación a garantizar el derecho a la salud, a contar con la estructuración del Sistema Nacional de Salud y sobre todo garantizar la protección de grupos poblacionales. Una estrategia para garantizar y cumplir con los derechos de la salud ha sido la suscripción de Acuerdos Internacionales que se orientan a la garantía y cuidado integral de la salud de la población. Los principales instrumentos considerados para sustentar y orientar este modelo han sido la Constitución, el Plan nacional de Buen Vivir, la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos del Milenio. (MSP 2012, pág. 29)

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención. (MSP 2012, 29)

Este modelo de atención sustenta e incorpora la estrategia de Atención Primaria en Salud renovada, esto permite gestionar el sistema de salud para garantizar la atención a la persona, la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades de salud que en la práctica debería desarrollarse.

En el MAIS se plantea como objetivos la reorientación de los servicios hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades, fortalecer los procesos de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en los cuatro niveles y la atención de calidad, con profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno. (MSP 2012, 56-58)

Para ser más específico los grupos poblacionales que serán atendidos en este modelo propuesto serán:

- Individuos y familias considerando las necesidades de acuerdo al ciclo vital (niñez 0-9 años, adolescentes de 10 a 19 años, adultos 20 a 64 años, adulto mayor más de 65 años).
- Grupos prioritarios establecidos en la Constitución de la República (Art.35 de la Constitución 2008)
- Grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.

En el caso de la atención a los grupos prioritarios de acuerdo al Art. 35 de la Constitución se da prioridad a la atención al adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad, para ello se implementa estrategias integrales e integradas de atención con la Red Pública y Complementaria.

En el caso de la atención a personas con discapacidad el Estado implementó el Programa Manuela Espejo y Joaquín Gallegos Lara quien se encargaba de dotar de ayudas técnica y la atención en salud.

Para el caso de las mujeres embarazadas y la atención al recién nacido el MSP, ha implementado una estrategia en la que consiste el mejoramiento de los servicios de salud, la contratación de profesionales y la información masiva sobre el cuidado de la mujer embarazada, pero el mayor énfasis se ha centrado la estrategia de prevención de la muerte materno-infantil en la que se ha impulsado una campaña para que las madres acudan a los controles médicos periódicamente durante el embarazo con el fin de detectar oportunamente alguna anomalía en el bebé que está por venir y también el control de salud de la madre.

Adicional a esto el MSP impulsa el parto respetuoso, es decir la madre tendrá la potestad de decidir la forma y la posición en la que quiere dar a luz, al momento existen 50 centros de salud en el país que están capacitados para realizar estos partos. Uno de ellos es la Maternidad de Corta Estancia de Carapungo (al norte de Quito),

donde las madres eligen si quieren tener a sus bebés acostadas, paradas, arrodilladas o sentadas. (ANDES 2015)

Si bien el Estado a través del MSP está haciendo grandes esfuerzos para la reducción de la muerte materno-infantil y revisando datos estadísticos sobre esta problemática, se ve la importancia de la capacitación en el tema de la prevención prenatal de discapacidades dirigido a los profesionales de la salud con el propósito de tener claramente cuáles serían las causas principales que originen una discapacidad en el bebé ya sea por la mala nutrición, por el número reducido de controles durante el embarazo, por agresiones ambientales o sociales de acuerdo al entorno donde se desarrolle el embarazo, entre otros,

2.4. Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017

La Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017, se diseña a partir de los mandatos constitucionales, así como también considera las recomendaciones establecidas en las Convenciones tanto de Naciones Unidas como de la Organización de Estados Americanos. Es así que:

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada por Ecuador el 4 de marzo de 2008 y en vigor desde mayo del mismo año, es un instrumento vinculante de cumplimiento obligatorio para los países ratificantes, cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, así como promover el respeto a su dignidad inherente. (CONADIS, 2013. 29)

Anteriormente se describió los aspectos importantes en cuanto a la salud se refiere y el marco normativo ya sea en la Constitución del 2008, en el PNBV 2013-2017 y hoy se ratifica en la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidad sobre la importancia de la salud para prevenir la discapacidad. La malas condiciones de salud son una de las causa más frecuentes de discapacidad en la población de 5 años o más, otro aspecto para esta problemática es el tema de las enfermedades heredadas o adquiridas, los problemas durante el parto, las infecciones y porque no decirlo la mala

práctica médica, son registradas entre las causas principales que originan una discapacidad. (CONDIS, 2013. 58)

De acuerdo a los datos estadísticos que proporciona la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidad son: los accidentes como causa de discapacidad afectan más la población masculina de 20 a 64 años (19%); en cambio, en las mujeres del mismo rango de edad, son las condiciones negativas de salud (53%), siendo también la causa más frecuente de limitación infantil en menores de 5 años. El 80% reportó como causa originaria alguna condición negativa de salud: enfermedades hereditarias y adquiridas, problemas al momento del parto, infecciones y mala práctica médica. A nivel rural se reportó el 91%, muy por encima del 73% en el sector urbano. (CONDIS, 2013. 58).

2.5. Determinaciones estadísticas sobre profesionales de la salud capacitados en prevención prenatal de discapacidades.

Según la Organización Mundial de la Salud, manifiesta que el cuidado del embarazo debe ser de forma temprana, periódica e integral, para disminuir el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; además propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegurar condiciones favorables de salud para las madres y el recién nacido, así como también disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

En el Ecuador para evidenciar la reducción de la discapacidad el MSP ha implementado programas como el tamizaje neonatal el mismo que diagnostica a tiempo varias enfermedades que pueden causar discapacidad y pone a disposición de la ciudadanía el tratamiento especializado en forma gratuita. En nuestro país no ha sido una práctica cultural y social el tema de la prevención y cuando se hablaba de salud, se asumía que estar sano era sinónimo de curación.

Las acciones para reducir la muerte materna y neonatal como parte de un componente de prevenir la discapacidad es con la implementación de la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), cuyo objetivo es “Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y posparto,

así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional”

Esta estrategia mencionada anteriormente, manifiesta según el informe del MSP sobre reducción de muerte materna que el Ecuador a disminuyó en un 44% en el periodo 1990 hasta el 2014, sin embargo no especifica una acción directa sobre la prevención de la discapacidad a nivel prenatal y previo a una consulta directa dirigida a la Obstetra Eréndira Betancur responsable de la estrategia en el Ministerio de Salud Pública, manifestaba que:

“El MSP aborda la prevención prenatal de discapacidades desde los controles prenatales, el cuidado en la nutrición de la mujer embarazada y en la atención al parto, para estas acciones el profesional de salud ya debe tener las competencias necesarias y adquiridas en su carrera profesional”.

Si bien los programa del MSP garantizan el cuidado de la mujer embarazada es importante que el profesional de salud cuenta con una capacitación que le permita desarrollar herramientas para la prevención de las deficiencia y discapacidades antes y durante el embarazo las misma que deben ser aplicada con la mujer y el hombre en edad reproductiva, adicional a esto contar con instrumentos de medición para verificar si el profesional de salud capacitado fue agente de cambio para la reducción de la discapacidad.

Con estos datos descritos anteriormente y de acuerdo al caso de la Fundación de Waal Ecuador se propone la capacitación a profesionales de la salud para trabajar sobre las causas de las deficiencias y las discapacidades que se puede desarrollar en el bebé, esta capacitación abordaría temas importantes como la nutrición, el cuidado de la salud sexual y reproductiva, el parto humanizado y el control antes y durante el embarazo como aspectos fundamentales para crear una cultura de prevención prenatal de discapacidades en hombres y mujeres en edad reproductiva.

Adicional a esto, el programa de capacitación que desarrolla la Fundación de Waal Ecuador propone una formación basada en la mediación pedagógica y la educación popular con los aportes de diferentes autores expertos en estas temáticos, cuyo propósito es analizar y reflexionar desde las experiencias personales, individuales

o grupales para encaminarles al diseño de un modelo de acciones de transformación individual o grupal en miras a construir una cultura de prevención prenatal de discapacidades.

Para desarrollar todo este proceso de capacitación la Fundación de Waal desde su institucionalidad ha diseñado su visión, misión, objetivos estrategias y alcances para poder cumplir con su modelo de intervención en el Ecuador.

Visión

Estados y sociedades civiles que aumentan significativamente acciones sostenibles para disminuir las deficiencias y discapacidades en los bebés por nacer, interviniendo eficazmente sobre aquellas causas que son posibles de eliminar.

Equipos que se van multiplicando, que operen desde distintas instituciones impulsando y liderando acciones que promuevan una cultura de prevención de deficiencias y discapacidades.

Mujeres, familias y comunidades conscientes de la importancia del cuidado prenatal, empoderadas y actuando solidariamente para tener comportamientos adecuados a favor de gestaciones saludables (Fundación de Waal 2016).

Misión

Contribuir a la construcción de una cultura de prevención prenatal de deficiencias y discapacidades a través de acciones de sensibilización, coordinación interinstitucional e intersectorial y formación. (Fundación de Waal 2016).

Objetivo principal

Contribuir a generar cambios responsables y saludables en el comportamiento y conducta de la mujer, la familia y la comunidad para prevenir deficiencias y discapacidades en los niños y niñas por nacer (Fundación de Waal 2016).

Estrategias

- Desarrollar capacidades y competencias en los profesionales que trabajan en organizaciones de salud, educación y desarrollo comunitario.

- Abogar para posesionar la temática de la prevención de deficiencias y discapacidades en la agenda de instituciones y organizaciones privadas y públicas.
- Sensibilizar y concienciar a la familia y comunidad en general sobre la importancia del cuidado prenatal.
- Utilizar los mecanismos de infraestructura de los programas y proyectos existentes, a nivel local y nacional (Fundación de Waal 2016).

Alcances del Programa de capacitación de la Fundación de Waal Ecuador

- PreNatal busca una máxima coordinación interinstitucional e intersectorial.
- PreNatal se concentra en la etapa prenatal y parto.
- PreNatal promueve principalmente la formación de profesionales en los sectores de salud, educación y comunidad.
- La capacitación lleva necesariamente a cambios saludables de comportamiento y prácticas para prevenir deficiencias y discapacidades.
- PreNatal no ofrece servicios médicos de prevención ni tampoco dota infraestructura o equipos (Fundación de Waal 2016).

Capítulo tres

Situación actual una fotografía de la prevención prenatal de las discapacidades

La prevención prenatal de discapacidades no puede ser entendida por sí misma, por lo que es preciso identificar cuáles son esos factores que la configuran y por este motivo en este apartado daremos una mirada general a la situación de salud de manera más amplia de los hombres y las mujeres edad reproductiva.

Para este capítulo se tomó los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición - ENSANUT (2014), esta encuesta se aplicó a 20 mil viviendas y 92.500 personas de cero a menos de 60 años a escala nacional, estudia los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y las enfermedades crónicas más prevalentes. Adicionalmente, se estudió la situación de la salud sexual y reproductiva de la población ecuatoriana en mujeres desde los 15 años hasta los 49 años y de los hombres en el mismo rango de edad. (ENSANUT 2014)

Esta encuesta informa que existe un descenso paulatino de la fecundidad en el Ecuador para el período comprendido entre 1975 y 1979, en donde se menciona que cada mujer en edad fértil tenía en promedio 5,4 hijos. Para el período 2007- 2012, ese número se redujo a 3 hijos. (ENSANUT 2014)

Los datos manifestados anteriormente son para el sector urbano como para el rural y para las provincias con una menor tasa de fecundidad están Tungurahua, El Oro, Galápagos, Chimborazo y Cotopaxi. En cambio, Morona Santiago se ubica como aquella con una mayor tasa de fecundidad con 5,5 hijos por mujer.(ENSANUT 2014)

Para el caso de los adolescentes al ser una etapa privilegiada para construir una cultura de ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y por ende de la prevención prenatal de discapacidades, existe una tendencia generalizada en el mundo adulto al invisibilizar de dimensión psicosexual afectiva de los y las adolescentes. Los grupos de referencia inmediatos de los y las adolescentes no asumen

la corresponsabilidad de educarlos en el apoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Lo descrito anteriormente vincula los datos de La ENSANUT que en este caso la fecundidad de los y las adolescentes entre 15 a 19 años se registró un aumento de 11% entre el periodo 1999- 2004 y el 2007-2012. (ENSANUT 2014)

Por ello el estado continúa implementado programas y proyectos que se encamine a la reducción del embarazo en los y las adolescentes.

En cuanto a salud sexual y reproductiva, los datos de la encuesta, cuya cobertura abarca a las 24 provincias del país, indican que existe un mayor porcentaje de mujeres frente a hombres que conocen y se realizan la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirido). La relación es del 64,6% frente a un 48%. (INEC 2014)

Otro punto importante es la planificación familiar, las personas en mucho de los casos interpretan la definición de planificar un embarazo simplemente como el usar o dejar de usar un método anticonceptivo. Esto es peligroso, ya que esa planificación no incluye la adopción de medidas preventivas para evitar enfermedades y deficiencias que pueden causar una discapacidad.

Por consiguiente, en este caso se observa un mayor uso de métodos anticonceptivos en las mujeres con respecto a los hombres. La esterilización femenina es el método más utilizado para evitar tener hijos. Este tipo de práctica se incrementó en alrededor de 8 puntos porcentuales entre el 2004 y el 2012 al pasar del 24,2% al 32,3%. Otros métodos que crecieron en casi cinco puntos fueron la inyección y el implante. Mientras tanto, se redujo el uso de métodos como las pastillas anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (DIU) y el método del ritmo. (ENSANUT 2014)

Como parte de una reflexión en base a los datos señalados con respecto a los métodos de anticoncepción o a la planificación de un embarazo, es importante mencionar que hoy en día la planificación debe ser realizado en pareja, es decir que tanto el hombre como la mujer sigan las medidas preventivas desde al menos tres meses antes así como también el cuidado durante el embarazo.

En cuanto a la Mortalidad infantil, salud materna y salud en el niño, las cifras de la encuesta, realizada a nivel de hogares, muestra que existe una reducción en la tasa de mortalidad infantil, es decir niños menores de un año. Esta cifra pasó de 29 por mil nacidos vivos en el período de 1999- 2004 a 13 por mil nacidos vivos en el 2007-2012. Igual comportamiento ocurre con la mortalidad en niños menores de 5 años que pasa de 35 por mil nacidos vivos en el primer período a 16 por mil nacidos vivos en el segundo período. (ENSANUT 2014)

La gestación y el proceso del parto representan un reto fisiológico, psicológico y espiritual para las mujeres. Cuando se da el evento en el momento del trabajo de parto la mujer vive todo un mundo de emociones, miedos y la aprensión la misma que puede acoplarse con el entusiasmo y la felicidad. Esto va estrechamente relacionado a la salud materna, en esta caso lo datos de la encuesta nos dice que los partos por cesárea se incrementaron en el Ecuador en alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más creció esta práctica al pasar del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-2012). En el área urbana el porcentaje de cesáreas fue del 44,8%. En relación al número total de partos por cesárea atendidos en cada provincia, Los Ríos, Manabí y El Oro es donde más se registra esta práctica. Lo contrario ocurre en Zamora Chinchipe, Carchi y Morona Santiago. (ENSANUT 2014)

Si bien existe protocolos para aplicar una cesaría hay que saber que, tanto leyes internacionales como nacionales recogidas en la Constitución del Ecuador, promueven el parto respetado y el fortalecimiento de los vínculos familiares desde el nacimiento, punto muy importante que se debe considera en el sector salud.

Para ello, es importante capacitar a las personas para que intercambien conocimientos, experiencias, y se desarrollen habilidades y prácticas para mejorar la salud del hombre y la mujer en edad reproductiva, así como también a los y las adolescentes como grupo prioritario en la prevención de las discapacidades a nivel prenatal.

Uno de los principales aspectos que dan cuenta de la importancia de la prevención prenatal de discapacidades está relacionada con la consulta preconcepcional como un conjunto de intervenciones de orientación, asesoría, consejería y consulta que tiene como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Por ello es importante los controles durante el embarazo con el fin de identificar las patologías, hábitos y conductas que pudieran ser riesgosas tanto para la madre como para el niño o niña que está por nacer, por medio de actividades o programas que realizan los servicios de salud.

La encuesta en relación al cumplimiento de normas de atención del control prenatal, pasa del 52,0% al 71,5% en los períodos 1999-2004 y 2007- 2012. Esto se refiere al primer control realizado en el primer trimestre y que tenga 5 o más controles, en el no cumplimiento se incluye a quienes no tuvieron control prenatal. Aunque disminuye la brecha, persisten las diferencias en controles prenatales entre el área urbana y rural. El 73,7% de los niños nacidos vivos en el área rural, sus madres tuvieron su primer control prenatal en el primer trimestre del embarazo. (ENSANUT 2014)

Estos datos otorgados por el ENSANUT 2014 nos permite ver la necesidad y la importancia para que el profesional de la salud que debe contar con elementos necesarios y herramientas útiles para abordar de mejor manera la asesoría antes, durante y después del embarazo como una actividad educativa de prevención y promoción de la salud, la misma que puede consistir en socializar, explicar y difundir los diferentes factores que influye en la salud de las mujeres y su pareja y que pudieran repercutir en la posibilidad de tener un hijo con una enfermedad o deficiencia. Esta asesoría y controles es preferible que se lo haga con un equipo multidisciplinario, por ello la importancia de la capacitación a todo el equipo de profesionales que está a cargo del cuidado de la salud de la mujer y la pareja.

Por otro lado, es importante identificar la situación actual de la discapacidad en el país. En este sentido los datos muestran que existen el 48.9% de personas con algún tipo de deficiencia, el 13.2% de personas con algún tipo de discapacidad y el 4.4% de personas con alguna minusvalía, esto quiere decir que significan que en

nuestro país existen aproximadamente un millón seiscientas mil personas con alguna discapacidad y si bien el Estado ha implementado estrategias de atención a este grupo prioritario también es importante señalar que una de ellas es el proyecto de Tamizaje Metabólico Neonatal liderado por el Ministerio de Salud Pública y que para el año n el 2012 se tamizaron a 166.000 niños y niñas, detectando 41 casos positivos (hiperplasia suprarrenal 6 hipotiroidismo³², galactosemia 2, fenilcetonuria 1), en esta caso los niños y niñas que presentaron estas deficiencias reciben un tratamiento específico e integral en un establecimiento de salud público. (MSP 2013)

En este capítulo se ve la necesidad de abordar las competencias de los profesionales de sector salud, el mismo que incluye un conjunto de habilidades, destrezas y conocimientos adquiridas a los largo de la carrera de pregrado, se sostiene que alrededor del 50% de los médicos que se gradúan en las facultades de medicina deberían dedicarse a la atención primaria de salud, es decir desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud.

En una revisión aleatoria de la malla curricular de la escuela de medicina de una universidad del Ecuador se encontró que el enfoque educativo no responde a una formación especializada en prevención prenatal de discapacidades, sino más bien se continúa formando profesionales con un enfoque curativo intrahospitalario, es decir que el perfil de profesional de la salud se basa en la diagnóstico, tratamiento (prescripción de fármacos) y cirugías menor o mayor y poder llegar al proceso curativo. Adicional a esto, se ha evidenciado la creación de carreras para la atención a personas con algún grado de discapacidad como parte de un proceso de inclusión.

La situación actual en el caso de los médicos familiares en el Ecuador al momento existen 200 médicos con un perfil para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud. En el caso de las obstetras, ginecólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería su perfil profesional se ha basado específicamente en la atención y curación a los usuarios que asisten a las casas de salud.

Por lo descrito anteriormente y tomando el caso de la Fundación de Waal y su programa Prenatal, se ve la pertinencia de capacitar a los profesionales del sector salud en temas de prevención prenatal de discapacidades como parte de un esquema de educación continua, este proceso de capacitación debe contemplar contenidos con enfoque de prevención y promoción de la salud, adicional a esto el profesional debe orientar al usuario en la identificación de los riesgos que existe antes y durante el embarazo y evitar que se desarrolle una discapacidad o deficiencia en el recién nacido.

La Fundación de Waal cuenta con un esquema de capacitación con metodologías y contenidos basados en el desarrollo de competencias que le permita al profesional de la salud trabajar con un enfoque interdisciplinario de salud pública y social pensado desde un sistema de prevención la cual resulta sin duda alguna una vía menos costosa, más equitativa y justa; más aún si se la practica desde la etapa pre-concepcional y prenatal.

Esta organización no gubernamental al ser una Fundación sin fines de lucro, sin afiliación política ni religiosa apoya la construcción de una cultura de prevención prenatal de discapacidades, con acciones de sensibilización, coordinación interinstitucional e intersectorial y cursos de capacitación encaminadas a reducir el número de discapacidades en los bebés por nacer.(Fundación de Waal. 2016)

El objetivo principal de la Fundación de Waal es generar cambios en los conocimientos y comportamientos de los profesionales para que se transformen en mediadores y promotores de una cultura de prevención prenatal de discapacidades y dentro de sus objetivos específicos es: 1) Desarrollar competencias y destrezas en los profesionales que trabajan en organizaciones de salud, educación y desarrollo comunitario y 2) mejorar la salud prenatal a través de un análisis global de las prácticas institucionales y de su población meta frente a factores de riesgo y peligro para enfermedades y deficiencias en los bebés por nacer. (Programa PreNatal.2015, 3)

Para cumplir con estos objetivos se establece el desarrollo de los siguientes temas:

Módulo 1. Discapacidad, prevención y salud sexual y reproductiva

Este módulo trata tres temas centrales el discernimiento sobre las concepciones de discapacidad; la localidad como espacio privilegiado para construir una cultura de prevención y el tratamiento de la salud sexual y reproductiva como derecho y elemento fundamental en la prevención de enfermedades y deficiencias en los bebés por nacer.

Módulo 2. Ecología fetal y causas de enfermedades y deficiencias

Se trata de las condiciones biológicas, psicosociales y ambientales en las cuales se establece un embarazo, contextualizados con los factores de riesgo que intervienen en el proceso gestacional de un bebé, bajo la óptica de la ecología fetal.

Módulo 3. Agresiones al bebé por nacer

En este módulo se identifica múltiples factores de riesgo antes y durante el embarazo que puedan causar enfermedades y deficiencias prenatales. Se aborda agresiones biológicas propias de la madre, las infecciones de la madre, agresiones ambientales (sustancias químicas y factores físicos) y agresiones de tipo sociocultural.

Módulo 4. Intervenciones con la mediación pedagógica

Para la promoción de salud y la prevención de discapacidades es fundamental un trabajo intensivo para y con la población meta. En este módulo trataremos estrategias y metodologías para promover una cultura de prevención de discapacidades en el ambiente individual, interpersonal/grupal, organizacional/institucional, en su localidad y en el ambiente político.

Aquí se amplía la información sobre la mediación pedagógica para aplicar en su trabajo con la población meta por medio de técnicas individuales (como la consejería preconcepcional) y técnicas colectivas (capacitación, organización de redes, alianzas, uso de medios de comunicación, etcétera).

Módulo 5. La atención preconcepcional y prenatal y la nutrición

Muchas de las condiciones que generan situaciones de deficiencia y discapacidad al nacer están relacionadas a la prestación de servicios de salud y a la seguridad alimentaria. Este módulo propicia la creación de espacios o ámbitos de atención y

consejería preconcepcional y prenatal integral, con énfasis en la nutrición, en la calidad y calidez de los servicios de salud, y en la corresponsabilidad social en el embarazo saludable. Por ello proponemos trabajar la mediación entre los servicios de salud, educación y la familia, la comunidad y la pareja gestante.

Módulo 6. El parto y nacimiento humanizado

El último mes de gestación y el nacimiento son momentos tan importantes y decisivos como los vividos en todo el proceso de la gestación y la preparación para el parto. Muchos embarazos, pese a ser saludables, pueden enfrentar dificultades al final o al momento del nacimiento. Por ello, debe ser entendido y explicado como parte de las fases que implican procrear un hijo saludable. Trataremos las emergencias obstétricas; los peligros de un parto prematuro y/o de bajo peso al nacer; los riesgos antes, durante y después el nacimiento; y qué hacer en caso de que el bebé nazca con alguna discapacidad.

El módulo es un espacio para analizar, repensar nuestras propias vivencias, experiencias profesionales y prácticas cotidianas, respecto a la atención prenatal, atención del parto y prevención de las discapacidades.

Este proceso de capacitación incorpora la metodología de educación basada y orientada a la comunidad, donde el entorno es el punto de partida para toda reflexión y acción. El principio integrador de la metodología de trabajo es la mediación. Mediar es partir de las experiencias y de la información, reflexionarlas y llegar a acciones transformadoras, es así que los participantes durante los eventos presenciales comparten sus experiencias y aportan con sus conocimientos de manera horizontal conjuntamente con el facilitador.

El enfoque de mediación propuesto por la Fundación busca promover cambios en los comportamientos y conductas de los integrantes de la sociedad generando acciones y prácticas hacia la prevención de discapacidades. La mediación, dado que propicia una educación relacional, participativa, expresiva y creativa, utiliza tres estrategias de aprendizaje que es la Autoformación, Inter-formación y Transformación.

Al finalizar el proceso de capacitación el perfil de salud del profesional de salud será:

A nivel cognitivo:

- Reconocer en el entorno las causas, riesgos y peligros vinculantes con discapacidades de origen prenatal.
- Promover la construcción de una cultura de prevención de discapacidades de origen prenatal.
- Analizar y argumentar las ideas, procedimientos y valores que utiliza para sus intervenciones sociales.

A nivel procedimental:

- Mediar la reformulación de prácticas institucionales sostenibles para construir una cultura de prevención y generar acciones de prevención de discapacidades.
- Diseñar, implementar, evaluar intervenciones sociales que aborden la prevención de discapacidades de origen prenatal, a corto y mediano plazo, en la práctica profesional, institucional y comunitaria.
- Insertar en la agenda pública y privada, en las planificaciones del desarrollo local, la cultura de prevención y acciones favorables a la prevención de discapacidades prenatales.

A nivel actitudinal:

- Incorporar la cultura de prevención en sus prácticas cotidianas y con los usuarios (hombre y mujeres en edad reproductiva).
- Ser proactivo y motivado al desarrollo profesional.
- Mostrar flexibilidad para acoger, las ideas, comportamientos y valores de las diversas culturas y personas.
- Integrarse y comunicarse con especialistas de diversas áreas.

El profesional de salud al adquirir y fortalecer sus conocimientos en prevención prenatal de discapacidades, podrán desarrollar desde su ámbito laboral acciones concretas para concientizar a los hombres y mujeres en edad reproductiva la importancias de planificar un embarazo, acudir a las consultas prenatales y posnatales con el objetivo de prevenir las deficiencias y discapacidades en los bebés por nacer.

Capítulo cuatro

La práctica de la prevención prenatal de las discapacidades desde las unidades de salud

En este capítulo se abordará el análisis de la situación actual, el marco conceptual contrastado con los hallazgos encontrados en las entrevistas realizadas al personal de salud, directivos del MSP y de las instituciones privadas, las mismas que desde su experiencia presentan las debilidades, fortalezas al rededor del tema de la importancia de la capacitación en prevención prenatal de discapacidades dirigida a los profesionales del sector salud.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en su calidad de autoridad Sanitaria Nacional, se encuentra implementando cambios estructurales en el sector salud, que se enmarca en el proceso de atención integral en salud, a través de un modelo que cambia el paradigma de la atención curativa hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, con un enfoque de derechos y atención desde el individuo, la familia y su comunidad, ubicando al usuario en el centro de la atención, desarrollando estilos de vida saludables e instalando buenas practicas, acciones orientadas hacia resultados de impacto social. (MAIS 2012)

Este modelo recuerda que en el país el Sistema Nacional de Salud se ha caracterizado por estar fragmentado, centralizado y desarticulado en la provisión de servicios de salud, con un fuerte enfoque biologista curativo en la atención; centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria; con programas de salud pública de corte vertical que limita la posibilidad de una atención integral e integrada a la población. (MAIS 2012)

A esto se suma la carencia de normativas (guías de prácticas clínicas, protocolos, lineamientos, estrategias, procedimientos y herramientas) que al complementarse organizan el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de las personas, familias y la comunidad - el entorno, permitiendo la integridad brindar una atención de calidad con calidez en los diferentes niveles de atención en la red de salud. (MAIS 2012)

Es importante mencionar que el Modelo se basa en la estrategia de atención primaria de la salud reorientando el enfoque hacia el cuidado de la salud y la vida, respondiendo las nuevas necesidades de cuidados de la salud por los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico; garantizando el derecho de todos y todas las personas a una atención integral oportuna, continua y de excelencia, superando las barreras económicas, culturales, geográficas, funcionales; y fortaleciendo la participación comunitaria. (MAIS 2012)|

En este sentido la orientación de la atención a los grupos prioritarios (niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y persona adulto mayor) se incorpora dentro de la estructura orgánica funcional del MSP. Esto quiere decir que la operativización de los temas como: salud sexual y salud reproductiva, atención a las discapacidades, nutrición, reducción de muerte materna, salud mental entre otros; esto se realiza mediante el fortalecimiento de la provisión de servicios así como las líneas de prevención y promoción de la salud, asegurando los diferentes tipos de prestación que prevé el MAIS, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Para la implementación del modelo propuesto por el MSP, es importante mejorar las competencias de los profesionales de sector salud, dado que al enfatizar la atención primaria de la salud, ésta requiere que los profesionales de la salud cuenten con las destrezas necesarias para resolver el 90% de los problemas de salud del conjunto de la población. A su vez, esto quiere decir que desde el punto de vista educativo estas competencias pueden ser desarrolladas mediante un proceso de enseñanza aprendizaje, que no solo se basa en lo cognitivo; sino que hace referencia a una formación sistemática e integral en el ser humano, por medio de nuevos enfoques como el aprendizaje significativo, la observación la reflexión y sobre todo la acción tal como se mencionó en los capítulos anteriores, es fundamental que en el primer nivel de atención se desarrollen capacidades y competencias en los profesionales de la salud vinculadas a la detección temprana de discapacidades en el nivel prenatal.

Las competencias representan una combinación de atributos con respecto al conocer y comprender (Teoría), el saber cómo actuar (procedimientos), al saber cómo ser (valores). (Abreu L 2008, 8) Esta concepción tiene una ventaja práctica en el Sistema de Educación Superior, que pueden también trasladarse a la formación continua, determina las metas a lograrse en la formación del profesional es decir el qué y, deja en libertad el proceso de formación y su metodología es decir el cómo, a las Universidades, es así que se muestra indispensable la modificación de la malla curricular (a largo plazo).

Mientras se realizan estos cambios es necesario disponer de procesos formativos que incorpore el abordaje sostenible de una prevención primaria, secundaria y terciaria, que permitan fortalecer la toma de decisiones informadas y consentidas de los usuarios y usuarias, además de contribuir al fortalecimiento en la atención primaria de salud.

Otro punto importante para el análisis de las entrevistas realizadas, determinan la necesidad de insertar en la malla curricular de las carreras de pregrado en salud la temática de prevención prenatal de discapacidades, con la finalidad de formar profesionales que tengan capacidades técnico conceptuales bajo el enfoque de atención integral, donde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades sean parte de los procesos de mejoramiento de la calidad de vida de la población y así intervenir en la disminución de las deficiencias y discapacidades en los bebés por nacer. Esto se plantea haciendo referencia a las entrevistas realizadas a un funcionario de salud, donde nos manifiesta que:

“Desafortunadamente la prevención prenatal de discapacidades es un tema que no ha sido abordado por la academia, no es abordado por las universidades ni por los pensum de estudio regulares y es un tema todavía desconocido, podríamos decir que el concepto de la etapa primal que es todas las vivencias que tiene el ser humano al inicio de la vida y sus repercusiones en la edad adulta es algo que en nuestro país no se lo conoce, que no se lo enseña y no se lo evalúa su importancia.” (Entrevistado: Dr. Diego Alarcón, Ginecólogo sector privado)

Al hablar de la atención integral de salud es necesario indicar que todos los profesionales que laboran en un establecimiento de salud deben tener la formación para un adecuado abordaje en el ámbito del diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción, además de la capacidad resolutoria en el establecimiento de salud o la referencia al siguiente nivel de atención mediante la normativa de referencia y contra-referencia (AM 5313) hasta la activación de la red pública de salud, de ser necesario.

La Dra. Paulina Jiménez funcionaria del MSP, departamento de promoción de la salud, en su entrevista menciona que los elementos importantes para abordar la prevención de las discapacidades a nivel prenatal deberían ser mediante:

“Una intervención temprana antes de estar embarazadas, es súper importante para prevenir el ciclo de desnutrición que suele ser femenina, mujeres gestante con mal nutrición van a tener un bebe con bajo peso al nacer y con algunas deficiencias, ese bebé además si es niña como que se feminiza genera un problema en su misma reproducción y esto se vuelve un círculo vicioso. No solo se debería capacitar al profesional de salud sino también a las pareja en edad reproductiva para tener una cultura de planificación familiar, adecuada nutrición y los procesos de screening (es una estrategia aplicada para detectar una enfermedad en individuos sin síntomas de tal enfermedad.)”

Al acoger el criterio de la funcionaria del MSP sobre la importancia de la capacitación a los profesionales de la salud en el sentido de la atención a la mujer embarazada, también es relevante que el usuario que acude a la atención médica debe ser parte de un proceso de capacitación y asesoría para contribuir a la prevención de las deficiencia y las discapacidades, esto en torno a una responsabilidad directa que debe asumir la pareja, la familia y la comunidad en general.

Es evidente que en el Ecuador, la discapacidad es una de las principales situaciones sociales que afecta a la población y por ello existe una fuerte preocupación en el país entorno a este tema, es así que el Estado se ha comprometido mediante la firma del Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, en el 2007 y 2008, respectivamente a abordar esta problemática. Adicional a esto implementa la normativa relacionada con los

derechos de las personas con discapacidad, siendo la Ley Orgánica de Discapacidades aprobada en el año 2012 la más importante.

Con el transcurrir de los años, la discapacidad ha ido cobrando relevancia puesto que se crean mecanismos de identificación y proyectos de visibilización para dar atención a este grupo prioritario, en este sentido los profesionales que implementan los programas y proyectos han fortalecido sus conocimientos en materia de atención, sin embargo es importante dar un paso más adelante y mejorar los conocimientos de los profesionales para implementar estrategias que identifiquen los mecanismos de prevención y detección oportuna de las discapacidades a nivel prenatal.

La importancia de realizar la capacitación en prevención prenatal de discapacidades tiene como objetivo orientar a los profesionales de la salud a establecer herramientas de detección oportuna de deficiencias y discapacidades desde el manejo de la salud sexual y salud reproductiva, la planificación familiar, los controles prenatales y posnatales, temas que se constituyen fundamentales para la prevención de deficiencias y discapacidades en los niños y niñas que están por nacer.

En relación a lo mencionado en el párrafo anterior, se realizó la entrevista a la Obstetra Patrici Narváez sobre qué elementos debe considerarse para la capacitación a los profesionales de la salud y nos manifiesta lo siguiente:

“Va muy bien una formación o capacitación semi-presencial o en línea, en vista de que los profesionales de la salud no tienen metodologías para comunicarse o dirigirse al paciente y se ha evidenciado que el médico al estar frente al usuario mantiene una postura jerárquica y no de manera amigable, creando barreras durante la atención, entonces el profesional si se capacita desde como tener una atención de calidad y calidez se podrá dar información sobre cómo se debe cuidar el embarazo y los mecanismos de prevención de las discapacidades”.

Otra elemento importante en este proceso es la inclusión del enfoque de educación comunitaria donde se establezca espacios de diálogo y reflexión con las familias, grupos organizados, líderes y lideresas, gobiernos locales entre otros, organismos claves quienes deben estar sensibilizados en incorporar en sus agendas de

trabajo la atención en la inclusión social y familiar de los grupos vulnerables, a fin de incidir en los determinantes sociales que aporten al cuidado de la mujer embarazada, cuidado del ecosistemas y el entorno del niño y niña que está por nacer.

El riesgo del embarazo en las adolescentes, el poco espacio intergenésico entre un embarazo y otro, las cargas de trabajo físico intenso, el riesgo del parto antes de los 18 años y después de los 35 años, la multiparidad, el alto índice de abortos en condiciones de riesgo y sin asistencia médica, son condiciones asociadas que puede causar una deficiencia o discapacidad en el recién nacido; esto se vincula estrechamente con ciertas dificultades que tienen las mujeres al momento de tomar decisiones con respecto a su sexualidad y reproducción, la falta de acceso a la información y a los servicios, la poca asesoría de los profesionales de la salud para acceder a los servicios de anticoncepción, planificación familiar (antes de un embarazo y después de eventos pos obstétricos), han constituido un problema de salud pública y a su vez ha contribuido al origen de la discapacidad, la mortalidad materna-neonatal y a la morbilidad femenina.

En relación al embarazo en adolescente el Estado a través del MSP ha implementado estrategias de prevención donde las cifras arrojan que se ha reducido en el periodos de 2010-2013 en un 10,2% en mujeres de 10 a 14 años y 12,9%, en mujeres de 15 a 19 años, datos que informa el INEC. Esto va vinculado con relación al riesgo en el parto tal como se señala en el párrafo anterior.

Es importante que todos los servicios de salud sexual y salud reproductiva deben mejorar su sistema de asesoría en donde involucre a la pareja en edad reproductiva y aborde temas de la importancia de la prevención de discapacidades con el propósito de sensibilizar y crear una cultura de prevención de discapacidades a nivel prenatal en los usuarios-usuarias que asisten a los servicios. Lo descrito anteriormente hace mención al capítulo de marco conceptual en que el manifiesta que la salud sexual y la salud reproductiva están vinculadas con los derechos sexuales y derechos reproductivos y los demás derechos humanos y por lo tanto su aplicación es universal, indivisible, interdependiente, interrelacionados y además irrenunciables, adicional a esto los derechos antes manifestados, están consagrados en la Constitución de la República donde se considera que el Sistema Nacional de Salud incrementa el acceso

universal y gratuito a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, en América Latina y el Caribe, ha sido la primera Carta Magna en incluir los derechos sexuales y reproductivos y es un referente para todos los países.

La planificación familiar elemento importante que permite a las parejas alcanzar su número deseado de niños con el espacio y el tiempo adecuado entre sus nacimientos (espacio intergenésico), se logra mediante el acceso a la métodos anticonceptivos y de planificación familiar donde le permite a la mujer decidir espaciar y limitar sus embarazos siendo un impacto directo en su salud y en su bienestar como también el del producto de cada embarazo. Para el año 2014 el acceso a los métodos de planificación familiar se registraron 294.790 por consultas para el uso de preservativos, en el mismo periodo se recibieron 247.153 consultas por dispositivos intrauterinos, seguido por las píldoras o gestágenos orales (207.839), anticonceptivos inyectables (86.422), implantes subdérmicos (39.586) y otros métodos 24.227. Existe una brecha grande aún por trabajar con respecto a los métodos definitivos, como la vasectomía de (1.415) (INEC 2014).

La maternidad y la paternidad son más complejas y diversas si se las experimenta y/o mira desde una perspectiva social, no sólo biológica. Cuando la experiencia de la maternidad y paternidad es decidida por ambas personas, y asumida como parte del proyecto de vida de la pareja, el afecto, cuidado y preocupación por el desarrollo de sus hijos e hijas es parte de la crianza.

Las experiencias de maternidades y paternidades pueden ser etapas muy importantes e influyentes en la vida. Las personas que han tomado la decisión ser madres o padres, muchas veces expresan el amor incondicional y profundo que conlleva esta experiencia.

Por esta razón el asesoramiento en planificación familiar por parte de los equipos de salud debe ser de alta calidad y respondiendo a la Norma de Planificación Familiar establecida por la Autoridad Sanitaria del Ecuador, que en este caso es el Ministerio de Salud Pública, la misma que ratifica que la asesoría debe ser de forma individualizada, la cual requiere de un espacio que cumpla con algunos prerrequisitos garantizados como: la privacidad, la confidencialidad, la capacidad de escucha y la

participación del o la usuario/a. Es muy importante que el usuario/usuario/a sienta que fue parte activa de la consulta y asesoría, que fue respetado/a y que no fue objeto, sino sujeto de derechos a la salud y del derecho a decidir.

Es importante resaltar que la asesoría se desarrollará en todos los niveles de atención del sistema nacional de salud. En los que se articulará el proceso en base a la complejidad de la atención requerida por los usuarios/as, abordando de forma integral aspectos bio-psico- sociales individualizando por ende el proceso de atención, generando respuestas para reducción de riesgos y daños antes, durante y después del embarazo en el marco de la toma de una decisión asertiva por el o la usuario/usuario/a.

Es significativo mencionar y valorar el hecho que en la actualidad a pesar de ser pocos casos, existen padres y madres que comparten desde la concepción, el embarazo y el parto, el cuidado, la salud física y emocional de la mujer, así como la educación de sus hijos e hijas. Si esto sucede, ambos podrán también realizar sus metas y sueños personales, apoyándose mutuamente se alcanzará mayor equidad entre géneros y ambos tendrán realmente.

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos vitales y naturales, es importante que no sea tratado como una enfermedad. Es un momento íntimo para la mujer, el o la bebé y la pareja si está presente. Cómo se organice y realice un parto es fundamental en la vida, tanto de la mujer y la pareja como de quien nace. En el parto, así como en otros aspectos de la vida, existen creencias que van forjando el imaginario que se tiene sobre este acontecimiento. Cuando se pide a una persona pensar en el parto, generalmente salen comentarios sobre el dolor, pero no solamente; las mujeres que han dado a luz de manera respetada y libre, siendo acompañadas por el personal de salud pero sin intervenir de manera violenta (violencia obstétrica), hablan sobre el potencial empoderador que tiene un parto de este tipo y las sensaciones de bienestar y éxtasis que se producen, especialmente al final de la labor (Moral, 2013, 24).

Además, se sabe que fisiológicamente el cuerpo femenino está diseñado para parir y, cada mujer tiene el derecho a elegir si quiere ejercer su maternidad o no y en qué momento quiere hacerlo. Las hormonas principales que actúan en un parto son la oxitocina y las endorfinas: eliminan el dolor y producen placer (Odent, 2001, 38).

Durante el proceso, mujer y feto segregan endorfinas y oxitocina, esto cumple una función importante en la creación de un vínculo vital entre mujer y feto. En este momento es necesario, si está presente, integrar también al padre: la oxitocina es contagiosa y el parto/nacimiento constituye un rito iniciático (Davis Floyd, 2001, 39).

La Organización Mundial de la Salud establece que bajo ningún concepto se debe superar el índice de cesáreas entre 10% y el 15%. En el caso de Ecuador de acuerdo los datos del Instituto Nacional del de Estadísticas y Censos (INEC) los partos por cesárea se elevaron en los últimos 8 años en el sector urbano con un 44.8%, ante esto, el MSP implementa el Plan de Reducción de Muerte Materna, esta estrategia tiene como objetivo impulsar los partos naturales con asistencia de especialista o persona de salud calificado y que la cesárea sea la segunda opción más no la prioritaria. Adicionalmente se ha creado en centros de salud con maternidad de 24 horas (TIPO C) y hospitales las salas de parto humanizadas con el fin de que toda mujer que va dar a luz tenga el derecho a elegir la posición que desee.

PreNatal siendo un programa de capacitación de la Fundación de Waal pretende un cambio de la cultura médica que ponga énfasis en el enfoque de prevenir y promover la salud, por tanto aboga para que se cumpla el conjunto de normas para la atención normal del embarazo y el nacimiento que son obligatorias para los servicios de salud materno infantil pero sin olvidar que la llegada de un nuevo ser es un acto que debe estar rodeado de factores emocionales de vital importancia para ofrecer una bienvenida con calidad y calidez.

5. Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Esta investigación ha significado un recorrido por la necesidad puntual de generar capacidades y habilidades en los profesionales del sector salud, sin embargo, para poder confirmar esta necesidad ha sido necesario tener una lectura más amplia de un proceso específico que es la prevención prenatal de discapacidades y comprenderlo en el marco de la salud sexual y salud reproductiva de la población, así como de la comprensión de las discapacidades. En este sentido, considero que este estudio exploratorio – descriptivo deja entrever la importancia de la formación integral del personal de salud.

Al analizar sobre la importancia de la capacitación en prevención prenatal de discapacidades dirigido a los profesionales que están vinculados al sector salud, les permitirá orientar y asesorar al hombre y la mujer en edad reproductiva con el fin de mejorar sus prácticas saludables y principalmente puedan identificar los principales riesgos que puede ocasionar una deficiencia o discapacidad en el bebé que está por nacer.

Al identificar las competencias de los profesionales del sector salud, se concluye que los procesos de formación continua son estrategias que permiten a los profesionales de la salud mejorar sus capacidades de solucionar y atender temas de atención prenatal y posnatal frente a las causas de la discapacidad o deficiencia.

En relación a las prácticas institucionales, si el profesional de salud se inserta a un proceso de capacitación tendrá la capacidad de diseñar y aplicar herramientas de diagnóstico, asesoría y seguimiento, útiles para desarrollar actividades preventivas integrales que incluyen el involucramiento de la familia y comunidad para la construcción social de la Salud.

En relación a las competencias del profesional de la salud y a las practicas institucionales se concluye que es relevante la implementación de los programas para la atención a la mujer embarazada, al hombre y a la mujer en edad reproductiva, sin embargo el involucramiento de los beneficiarios directos en los proceso de capacitación debe ser considerado como elemento importante con el propósito de mejorar su estilo de vida, sus conductas y practicas basada en la prevención de los riesgos que puede desarrollar una deficiencia o discapacidad en el niño o niña que está por nacer.

Recomendaciones

Se recomienda que el equipo de salud debe considera la educación continua en tema de prevención prenatal de discapacidades y deficiencias con el fin de proponer acciones que sean parte de las agendas institucionales.

Es importante que el profesional de la salud capacitado en prevención prenatal de discapacidades logre insertar acciones concretas que permita entender la diversidad social, temas culturales, los contextos familiares, comunitarios, temas sociales e históricos.

Desde la institucionalidad se recomienda la implementación estrategias para realizar incidencia política con el fin de incorporar el tema de la prevención prenatal de discapacidades en las agendas institucionales como ONG's, organizaciones de la sociedad civil, gobiernos locales, instituciones públicas y privadas, como parte de las buenas practicas institucionales.

Es necesario recomendar que el profesional de la salud al ser capacitado en la importancia de la prevención de deficiencias y discapacidades en los niños y niñas por nacer emplee la estrategia de información, educación y comunicación para promover el cuidado de la salud reproductiva y crear una cultura de prevención de discapacidades a nivel prenatal el mismo que deberá ser dirigido a los hombre, las mujeres en edad reproductiva y a los y las adolescentes. Esto permitirá desarrollar una comparación entre las competencias adquiridas de los profesionales y las practicas institucionales.

Promover en los profesionales de la salud el apoderamiento y la planificación de acciones para incidir en la política pública sobre la necesidad de contar con un modelo o una estrategia de prevención prenatal de deficiencias y discapacidades articulada a los proyectos de desarrollo en salud, educación y desarrollo comunitario.

Se recomienda cambios en las prácticas institucionales ya sea en el aspecto laboral, el ámbito educativo y de salud con el fin de insertar la temática de prevención de discapacidades a nivel prenatal como parte de un proceso de capacitación a

funcionarios público y privado y de esta manera evitar los riesgos que se encuentran alrededor del hombre y la mujer en edad reproductiva.

Lo descrito anteriormente nos permite reflexionar y tomar posturas sobre el proceso de formación académica que actualmente tienen los profesionales del sector salud, a partir de esto, es importante generar espacios de diálogo para una reforma curricular que permita contar con estudios de caso, investigaciones actualizadas sobre la ecología fetal y la etiología de las enfermedades y deficiencias prenatales y sobre todo seleccionar la información que puede y que debe ser difundida a todos los actores y grupos prioritarios con el propósito de promover la construcción de una cultura de prevención a nivel prenatal.

BIBLIOGRAFÍA

- Abreu L, Cid García A. 2008. *Perfil por Competencias del Médico*. México: A.C. Editorial Elsevier.
- ANDES. 2015. "Gobierno de Ecuador impulsa plan integral para reducir la mortalidad materna"
- Arguello, Santiago. 2004. "Programa Andino de Derechos Humanos y Democracia". <<http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/369/File/PDF/CentrodeReferencia/Temas%20de%20An%Elisis/Derecho%20a%20un%20ambiente%20sano/Art%EDculos/planpais.pdf>>
- Asamblea Constituyente.2008. "Sección séptima Salud." *Constitución de la República del Ecuador*.
- Cazar, Ramiro. 2014. *Breve analisis de la situacion de las discapacidades en el Ecuador*. <[http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las discapaicidad](http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_discapacidad)>
- CENSO, Ecuador. 2010. Censo de población y vivienda .
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.2009 "Acta Médica Costarricense" <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid>.
- EL UNIVERSO. 2015 "Ecuador ha cumplido 20 de las 21 metas del milenio" *Ecuador ha cumplido 20 de las 21 metas del milenio, informe ONU*
- ENSANUT. 2014. "ENCUESTA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. ESTADISTICAS.
- Facio, Alda. 2008. *Los derechos reproductivos son derechos humanos..* San José: Editorama S.A.
- Fundación de Waal. 2015. *Módulo 1 Discapacidades y prevención*.
- INEC. 2014 "RESULTADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.» RESULTADOS ESTADISTICOS". Quito
- Fundación de Waal. 2016 < <https://prenatal.tv/index.php/quienes-somos>>
- CEPAL. 2003, Ecuador. " Ecuador, Estimaciones y Proyecciones de población 1950-2025" *Proyecciones de población*.

- Ki-moon, Ban. 2015. "Millennium goals".
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf>.
- LALONDE. 2014. "Determinantes de la salud segun modelo".
<<https://prezi.com/f9hcfwilr2wf/determinantes-de-la-salud-segun-modelo-lalonde/>>»
- Luisa, Ávila María. 2009. "Colegio de Médicos y Cirujanos".
<http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid>
- MAIS. 2012. "Modelo de Anteción en Salud". Quito.
- Mazarrasa, Lucía, y Sara Gil. 2016. Plan Calidad SNS /pdf.> *Plan Calidad SNS /pdf*
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf>.
- MSP. 2013. "Tamizaje Neonatal." <<http://www.salud.gob.ec/proyecto-de-tamizaje-metabolico-neonatal/>>.
- Nutbeam, Don. 1998. "Promoción de la Salud Glosario". *Promoción de la Salud Glosario*
<<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>>.
- CONADIS. 2015 "Agenda Nacional para la Igualdad en las discapacidades 2013-2017"
- OMS. 2012. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>>
Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Ginebra, 1980.
- OMS. 2016. "Cuadro de prensa OMS. mayo de 2016.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/es/> (último acceso: 27 de mayo de 2016).
- Determinantes sociales de la salud*. abril de 2012.
http://www.who.int/social_determinants/es/ (último acceso: 27 de mayo de 2016).
- Disacapacidad y Salud*. Diciembre de 2015.
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>>
- Informe. 2001 "Promoción de la Salud"
<http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa548.pdf>
- OMS. 2011. "Informe mundial de discapacidad". Informe mundial, Ginebra.

OMS. 2015. "Salud Materna". <http://www.who.int/topics/maternal_health/es/>

OMS; OPS. «sanitas.edu.» *sanitas.edu Web Site*. 19 de mayo de 200. http://www.e-sanitas.edu.co/Diplomados/VIH/Modulo%201/lecturas/Promocion_de_Salud_Sexual%20OMS%202000.pdf (último acceso: 29 de marzo de 2016).

ONU, 2006. "Ficha informativa Nª5". <[cinu.org.mx.< cinu.org.mx Web Site](http://www.cinu.org.mx/cinu.org.mx_Web_Site). 2006. <<http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/drechosexuales.pdf>>

OPS.2008 "Perfil de los Sistema de Salud Ecuador, monitoreo y análisis". <[ww.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org)>.

Ponte,Carlos.2016.CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf <<http://www.fedicaria.org>.>

Revista Chilena de Obstericia y Ginecologia. 2010. "Salud Materno - Infantil en las Américas". *Revista Chilena de Obstericia y Ginecologia*

Revista cubana. 2013 " *Salud sexual y reproductiva*"

SEMLADES.2008. *Ecuador hoy y en el 2025 apuntes sobre la evolución demográfica.*

SEMLADES. 2013. "Plan Nacional 2013-2017".

Vignolo, Mariela Vacarezza. 2011. "Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud" <<http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/5144/1/v33n1a03.pdf>>

ANEXOS

Para el presente trabajo de tesis se elaboró un banco de preguntas para las entrevistas dirigido a las autoridades de salud de instituciones públicos y privados que trabajan en las actividades de atención a la mujer y al hombre en edad reproductiva, mujer embarazada y cuidados al niño y niña recién nacido. Adicional esto se aplicó criterios para la aplicación de este instrumento.

Anexo 1.

Criterios de aplicación de la entrevista semi-estructurada

Los criterios para la aplicación de las entrevistas en primera instancia fue identificar a personas claves que lideren programa y/o proyectos en temas de atención a grupos prioritarios, como por ejemplo:

- Atención a personas con discapacidad.
- Mujeres embarazadas
- Atención al recién nacido
- Responsable de programas para la reducción de muerte materna
- Trabajo en actividades con los y las adolescentes en temas de salud
- Profesionales que trabajan en el ámbito educativo a nivel de pregrado y posgrado en el área de salud

Adicional a esto se consideró ciertos profesionales que se han vinculado al programa de capacitación en prevención prenatal de discapacidades de la Fundación de Waal Ecuador con el fin de conocer desde su mirada los elementos importantes que aportarán al trabajo de tesis.

A continuación describimos brevemente una tabla de con las características de los profesionales entrevistados:

**AUTORIDADES Y FUNSIONARIOS DEL SECTOR SALUD DE
INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS**

Institución	Cargo	Profesión
Entidad de salud en atención en parto humanizado	Director de centro de parto humanizado	Medico Ginecólogo Dr. Diego Alarcón
Entidad Pública encargada del sector salud	Responsable de la Estrategia de reducción de muerte materna	Obstetra Erendira Betancur
Entidad privada del sector salud	Educadora que acompaña antes durante y después del embarazo	Dula: Liliana Ruales
Entidad Pública encargada del sector salud	Responsable de la estrategia de interculturalidad y respeto al parto humanizado	Psicóloga: Paulina Jiménez
Entidad privada del sector salud	Responsable de las actividades de Psicoprofilaxi	Obstetra; Patricia Narváez
Entidad Pública encargada del sector salud	Responsable de la atención a las personas con discapacidad	Médico Fisioterapista: Dr. Pedro Panchi

Anexo 2

ENTREVISTA AUTORIDADES DE SALUD DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS (SEMI ESTRUCTURADAS)

Objetivo: Importancia de la capacitación en prevención prenatal de discapacidades y deficiencias a nivel prenatal dirigido a los profesionales de la salud del sector público y privado.

Nombre:	
Cargo:	
Institución:	

1. Desde la institucionalidad estatal y o privada ¿Existe programas de capacitación en prevención prenatal de discapacidades?

Cuales son y qué resultados ha existido

2. A demás de la normativa que otros programas o medidas tienen para la prevención de discapacidades.
3. De su experiencia ¿Qué elementos importantes se debe abordar en la prevención prenatal de discapacidades?
4. ¿Piensa usted que es necesario que todo profesional que lidera los programa de salud tengan conocimientos sobre las causa que desarrolla una discapacidad prenatal?
5. ¿Cómo cree que debe ser abordado el tema de la prevención prenatal de discapacidades de dentro del Modelo de Atención en Salud?
6. ¿Qué medidas se puede tomar para hacer efectivo el tema de los controles prenatales en las mujeres en edad fértil y embarazada?
7. ¿Qué tipo de formación se debe incluir en los profesionales de salud especialmente médicos para tener elementos de prevención?

8. ¿Cómo generar una relación de colaboración entre los profesionales ginecólogos y obstetras, parteras y dulas para potenciar el tema de prevención prenatal de discapacidades?
9. ¿Cree usted que el riesgo aumenta para que se desarrolle una discapacidad dado el alto índice de cesarías?

Gracias por su colaboración.

Anexo 3

Entrevistas a funcionarios del sector salud. Se considera preguntas relevantes consideradas con mayor énfasis en este trabajo.

Objetivo: Importancia de la capacitación en prevención prenatal de discapacidades y deficiencias a nivel prenatal dirigido a los profesionales de la salud del sector público y privado.

Funcionario del sector salud	Pregunta relevantes	Su postura
Ginecólogo Dr. Diego Alarcón	1. Desde la institucionalidad estatal y o privada ¿Existe programas de capacitación en prevención prenatal de discapacidades?	“Desafortunadamente la prevención prenatal de discapacidades es un tema que no ha sido abordado por la academia, no es abordado por las universidades ni por los pensum de estudio regulares y es un tema todavía desconocido, podríamos decir que el concepto de la etapa primal que es todas las vivencias que tiene el ser humano al inicio de la vida y sus repercusiones en la edad adulta es algo que en nuestro país es algo que no se lo conoce, que no se lo enseña y no se lo evalúa su importancia.
Obstetra Erendira Betancur	2. A demás de la normativa que otros programas o medidas tienen para la prevención de discapacidades.	“Principalmente un control prenatal adecuado, estándares de calidad que se maneja en el MSP, los espacios de preparación prenatal prenatal en los que se incluya a la madre a la pareja y a la familia o a la persona que quiera participar, ya que en estos espacios se

		profundiza la educa, los cuidados, la nutrición, ejercicio, y que aspectos se puede aplicar para la estimulación prenatal”.
Psicóloga: Paulina Jiménez	3. Piensa usted que es necesario que todo profesional que lidera los programa de salud tengan conocimientos sobre las causa que desarrolla una discapacidad prenatal.	“Debe estar dirigido a todos los profesionales de la salud pero también a la población con un enfoque de género, dirigido a la familia a la pareja, para que se empoderen de llevar los cuidados antes y durante el embrazo ya que por cuestiones culturales o de machismo ponen limitaciones para que las mujeres no accedan a los controles, generar un tejido social para cuidar a esa mujeres.”
Dula: Liliana Ruales	6. Qué medidas se puede tomar para hacer efectivo el tema de los controles prenatales en las mujeres en edad fértil y embarazada?	“Inicialmente hay que sensibilizar y tomar conciencia por parte de la pareja y sobre todo de la madre y de la pareja en edad fértil para los controles prenatales, se ha visto caso que a los cuatro o cinco meses se hacen los controles, y eso afecta al bebe por tal motivo se debe tener otro tipo de estilo de vida y mejorar sus conocimientos sobre las causas y consecuencias que trae al bebe sino se cuida la mujer embarazada.”
Obstetra; Patricia Narváez	7. Qué tipo de formación se debe incluir en los profesionales de salud especialmente médicos para tener elementos de prevención?	“Va muy bien una formación semi-presencias, o en línea, sin embargo los profesionales no tiene metodologías para comunicarse, ya que el profesional de la salud se dirige a la paciente de manera jerárquica y no de manera

		amigable creando barreras durante la atención, entonces el profesional si se capacita desde como tener una atención de calidad y calidez se podrá dar información sobre cómo se debe cuidar el embarazo y los mecanismos de prevención de las discapacidades.”
Médico Fisioterapeuta Dr. Pedro Panchi	8. ¿Cómo generar una relación de colaboración entre los profesionales ginecólogos y obstetras, parteras y dulas para potenciar el tema de prevención prenatal de discapacidades?	La relación colaborativa debe ser bien estrecha ya que mientras más se trabaje en equipo se va logrando tener bebés saludables y las mujeres más conscientes de que el embarazo es una etapa importante y de mucho cuidado para la mujer, y no solo en parte física sino también ser holística es decir cuerpo, alma y espíritu considerando que mamá y bebé deben ser cuidados de forma integral. La unión del equipo de profesionales es muy importante para traer a un bebé saludable.