



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador

Paper Universitario

TÍTULO

LA ATENCIÓN DEL PARTO EN ECUADOR 2014

AUTOR

**Raúl Mideros,
docente del Área de Salud de la
Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador**

Quito, 2015

DERECHOS DE AUTOR:

El presente documento es difundido por la **Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador**, a través de su ***Boletín Informativo Spondylus***, y constituye un material de discusión académica.

La reproducción del documento, sea total o parcial, es permitida siempre y cuando se cite a la fuente y el nombre del autor o autores del documento, so pena de constituir violación a las normas de derechos de autor.

El propósito de su uso será para fines docentes o de investigación y puede ser justificado en el contexto de la obra. Se prohíbe su utilización con fines comerciales.

La atención del parto en Ecuador 2014 ¹

*...el conocimiento que nos ha mantenido vivos durante siglos es el nuestro,
no son los centros de médicos.* ²

Por Raúl Mideros ³

Hace unos días acompañé a una mujer con cesárea previa en el parto en su casa y al nacimiento de una bebé diagnosticada de “retardo de crecimiento intrauterino” por ecografía ⁴, para estos casos la biomedicina especializada y la salud pública del Ecuador dictamina, sin demora y para “evitar riesgos innecesarios”, un protocolo de urgencia con monitoreo fetal ⁵, internamiento (hospitalización), exámenes de rutina, nuevas ecografías, supervisión (vigilancia), visitas al especialista, canalización de vía endovenosa y otras intervenciones más, o simplemente se programa una nueva operación cesárea ⁶.

Con mucha frecuencia en la decisión de intervenir quirúrgicamente e interferir el curso natural de la gestación no cuentan las consecuencias, costos y riesgos reales para la salud de la gestante, bebé, familia y sociedad, tampoco son consideradas las expectativas y necesidades de la gestante, lo que si pesa y tiene importancia en la decisión del facultativo son las rutinas, protocolos y hábitos, sobre todo se imponen los miedos propios de la profesión y el exceso de confianza en la propia destreza quirúrgica, esto a pesar, incluso, de no existir justificación clínica para realizar una cesárea.

Los sustos y miedos de un personal sometido a estrés y sufrimiento hospitalario domina la escena e influyen grandemente en las decisiones que, de seguro, son bien intencionadas y orientadas a cumplir a cabalidad responsabilidades y roles. El principal cometido, a veces el único, parecería ser el de “evitar la muerte de la madre y del bebé”, como si no hubiera suficiente evidencia científica,

¹ Hace parte de la investigación 2013-2014 sobre atención obstétrica en Ecuador y Bolivia, financiada con el Fondo de Investigaciones de la UASB, llevada a cabo por Marcela Agudelo y Raúl Mideros y presentada el 31 de Julio de 2014. Este artículo fue concluido el 6 de enero de 2015.

² Tomado de la entrevista a Leonardo Arias, yachak de Tumbaco, el 29 de noviembre de 2013.

³ Profesor de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. raul.mideros@uasb.edu.ec @kimarron

⁴ Como la evidencia científica lo indica: “Más allá de establecer la identidad de placenta previa o sus síntomas, la ecografía de rutina al final del embarazo en una población no seleccionada o de bajo riesgo no confiere beneficios ni a la madre ni al niño” (Bricker L, Neilson JR *Routine ultrasound in late Pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. (Level 1)

⁵ Como la evidencia científica indica: “El monitoreo fetal continuo incrementa las tasas totales de parto por cesárea.” (Friedman, EA and Sachtleben, MR. Dysfunctional labor: 11. *Protracted active-phase dilatation in the nullipara*. Ob Gyn 1961;17:566. (Level 11-2)

⁶ Todos los estudios científicos concluyen que un parto vaginal después de cesárea (PVDC) es la indicación de menor riesgo, la tasa de éxito del intento de parto oscila entre el 60-80% en hospital (Tahseen and Griffiths 2010:5-19). Sin embargo, en Ecuador lo habitual es la cesárea electiva luego de una cesárea previa.

además de experiencia y criterio para otro tipo de medidas y conductas que aseguren tanto el bienestar de la gestante como del/a bebé por nacer.⁷

En la última década el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador ha invertido muchos recursos en atención médica y en la modernización de la infraestructura hospitalaria⁸, así ha logrado consolidar un modelo de atención obstétrica contrario a lo dispuesto en la Constitución (2008) de la República del Ecuador (Estado plurinacional y laico)⁹ y a los lineamientos de política pública declarados.¹⁰

Para el Estado ecuatoriano la única opción segura para una gestante en labor de parto, sea cual sea su condición y la de su bebé, es “el parto institucional”, es decir la hospitalización en una “unidad de salud” por horas o días, con las consecuencias desfavorables para la salud de la madre y el bebé, no se diga la familia y la comunidad.

Pero, el “parto institucional” que impulsa el Ministerio de Salud de Ecuador (MSP) no cuenta con suficientes recursos humanos y los existentes no poseen las competencias mínimas (técnicas, científicas y humanas) para una atención eficaz y respetuosa que preserve el bienestar de la gestante, de el/la bebé que nace y su familia; la libre posición y la atención sin interferencias y de

⁷ “Diversas experiencias e investigaciones realizadas en el país, en poblaciones indígenas y afroecuatorianas, [que] demuestran marcadas diferencias entre la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas que tienen las usuarias de acuerdo a sus necesidades socioculturales, lo que en ciertos casos puede constituir una barrera para que las mujeres acudan en búsqueda de atención a las unidades de salud.” (Tomado de Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, 2008:11)

⁸ Como consta en el MAIS (2013:25): “En una primera etapa se intervino en el mejoramiento de la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, dotación de medicamentos e insumos a las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, con la finalidad de incrementar la cobertura de atención y disminuir el alto gasto para la recuperación de la salud de las familias ecuatorianas. Se inició además con el fortalecimiento del I Nivel de atención con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS).

⁹ La Constitución de la República de Ecuador (2008) establece en: Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado(...) Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales(...); Art. 25.- Las personas tienen derecho a gozar de los beneficios y aplicaciones del progreso científico y de los saberes ancestrales; Art. 32 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.; Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a(...) La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto; Art. 363 El Estado será responsable de(...) 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos(...) 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

¹⁰ El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 -2017 dice: “El reconocimiento de la diferencia en la igualdad abre el espacio para la garantía de oportunidades igualitarias. La interculturalidad es fundamental en este desafío, pues nos reconoce como diferentes en origen, prácticas, costumbres, conocimientos y saberes.” (SENPLADES 2013:27)

manera natural resultan excepcionales¹¹; los tiempos y ritmos de la madre y el bebé son violentados y se imponen las rutinas, atolondramientos y urgencias. La demanda de atención del parto en las unidades y centros de salud supera las capacidades instaladas del MSP, abundan los procedimientos innecesarios y hasta peligrosos, como son los tiempos de espera en lugares fríos e incómodos, el exceso de tactos vaginales por estudiantes, las episiotomías de rutina; en estas condiciones hasta la palabra de los prestadores se vuelve amenazante, así las aparentemente “inofensivas y necesarias preguntas” y los comentarios, algunos fuera de lugar, perturban, incomodan y ofenden a la gestante que anhela una mano amiga y comprensión.

También influye significativamente en la calidad de atención el tipo de relación que se establece entre el prestador del servicio y la madre gestante, la cual todavía, en muchos casos, es una relación distante, a veces manipuladora y que, en ocasiones, cosifica a su interlocutora, con acciones y omisiones muy propias del apuro, cansancio y desmotivación, el exceso de protagonismo médico es lo usual.

En la salud pública y atención médica especializada de Ecuador predomina un modelo que no toman en cuenta la fisiología de las emociones, la energética corporal, la evidencia científica, la compasión y el amor.

La técnica, infraestructura, procedimientos y estándares de calidad empleados son estrictamente biomédicos, alopáticos, farmacológicos y hospitalarios; la salud pública ecuatoriana no considera apropiadas aun la tecnología, infraestructura, procedimientos y estándares de calidad de las otras culturas y sistemas médicos, los que provienen de saberes ancestrales y experiencias milenarias.¹²

La atención institucional u hospitalaria del parto, incluso de bajo riesgo, se ha vuelto la prescripción médica oficial y la receta se aplica a raja tabla, pero con poco éxito por parte del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP)¹³.

¹¹ “No se cuenta con el suficiente talento humano capacitado, sensibilizado y motivado” (Tomado de entrevista a funcionaria de la Dirección de Salud Intercultural del MSP, 2014)

¹² Dice Randi Hutter Epstein: “la forma en que damos a luz es un reflejo de nuestros deseos más íntimos y de nuestras preocupaciones fundamentales sobre la vida, la muerte y el sexo.” (2010: 14)

¹³ En el documento de la Norma CONE (MSP 2013:19) se reconoce: “el comportamiento estacionario de la razón de mortalidad materna durante la última década (INEC: 2001-2010)”. Y más adelante se dice: “Las causas directas de mortalidad neonatal son: nacimiento pretérmino (28%), infecciones severas (26%) y asfixia (23%), al tiempo que la causa indirecta más importante es el bajo peso al nacer (< 2.500 g) que se asocia a los trastornos del embarazo, la pobreza, falta de educación, información y comunicación, como factores de riesgo, lo que refleja la falta de equidad para acceder a las medidas de promoción de la salud así como de prevención y control de las enfermedades prevenibles.” (MSP 2013:12). En la revisión de Henríquez y colaboradores “*Síntesis de la evidencia para informar políticas en salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador:*

Los conocimientos milenarios, las prácticas ancestrales de cuidado y el instinto resultan desplazados por un título universitario de doctor/a, licenciada/o u obstetra, y las tecnologías intrusivas y cruentas, como las quirúrgicas, son mucho más utilizadas que aquellas ya probadas como eficaces por miles de años de partería.¹⁴

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

El parto en casa y la competencia técnica de parteras y parteros es subestimada¹⁵ o convertida en tabú, a pesar de existir una Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos que prescribe “potenciar y reconocer la práctica de las parteras dentro de la ley” (MSP 2005:59). Incluso se cuenta con un Componente Normativo Materno y una Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado (2008)¹⁶, pero las competencias de parteras no universitarias y el parto domiciliario en Ecuador no gozan de legitimidad, a pesar de que la mayoría de las mujeres indígenas que dan a luz en casa lo hace por costumbre (49%) y también por desconfianza hacia los servicios de salud (18%) (Según reportes de MSP-UNFPA-FC-AECID 2009).

La limitada capacidad resolutoria del MSP en la atención obstétrica básica o de primer nivel¹⁷ no ha podido ser superada suficientemente ni con las numerosas consultorías¹⁸ ni con las estrategias¹⁹

opciones de política para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad. Reporte completo – Octubre 2011 – Noviembre 2012” se concluye con la siguiente constatación: “Las provincias con mayor número de casos de muerte materna son por lo general las provincias con más servicios de salud y mejor infraestructura” (Henríquez-MSP 2011:23)

¹⁴ El manto y la versión externa del feto; la plantas medicinales tonificadoras del útero; el encaderamiento, entre otras.

¹⁵ Como se evidencia en que “en la última década se redujo el número de muertes ocurridas en el domicilio de un 32% a un 19.7% con un promedio de 23.1%” (MSP2011:25)

¹⁶ Se menciona entre los cuidados necesarios de una atención de calidad: “Permitir el acompañamiento de la pareja, familiares y la partera durante el trabajo de parto y posparto.” (2008:19)

¹⁷ Una tercera parte de los partos en Ecuador no son atendidos ni médico ni obstetrix titulados; 1.673 técnicos de atención primaria en salud (TAPS) en formación, declara el Informe de Rendición de Cuentas la Ministra Vance, quienes sustituirán a “empíricas parteras” y otros agentes de salud comunitarios.

¹⁸ Algunas decenas de consultorías y cientos de miles de dólares en el período 2007 a 2014. Como lo dice Susana Ramírez (2011:63): “Las numerosas consultorías son realizadas por profesionales que diagnostican o evalúan buscando justificar la intervención ideológico-política de las diversas agencias de desarrollo, las cuales

adoptadas, peor aún con declaraciones y marketing; en muchas unidades de salud pervive la violencia obstétrica a vista y paciencia de las autoridades sanitarias que pregonan el *sumak kawsai*.

BIBLIOGRAFÍA

- González, Daniel y Jorge Corral. “Informe de la consultoría preparada por CHS para UNFPA/Ecuador: Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador”, 2010.
- Henríquez R, Rodríguez A, González-Andrade F, López-Pulles R, Ábalos E, Chapman E. 2011, *Síntesis de la evidencia para informar políticas en salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador: opciones de política para mejorar el acceso a atención materna calificada y de calidad. Reporte completo – Octubre 2011 – Noviembre 2012*, formato digital en pdf, Quito: Ministerio de Salud Pública, 42 págs.
- MSP-UNFPA-FC-AECID 2009 *Salud y derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las mujeres Indígena. ECUADOR. Necesidades de fortalecimiento para el trabajo en salud y derechos sexuales y reproductivo, diagnóstico participativo de la Secretaría de la Mujer y de la Familia de la Confederación de Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE)*, formato digital en pdf, 90 págs.
- MSP. 2011 *Modelo de Atención Integral de Salud MAIS: Lineamientos operativos para la implementación del MAIS*, formato digital en pdf, 68 págs.
- MS –UNFPA-FCI- AECID 2011 *Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna: Memoria de la reunión técnica 2010*, formato digital en pdf, 77 págs.
- MSP. 2013 *Manual de Atención Integral de Salud MAIS: Lineamientos operativos para la implementación del MAIS*, formato digital en pdf, 212 págs.
- MSP y CARE. *Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos*, Área de Salud No. 12 Hospital Raúl Maldonado Mejía, Cantón Cayambe, formato digital, agosto 2010-Diciembre 2011, 12 págs.
- MSP. 2013 *Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud*, primera edición, formato digital, 49 págs.
- Quisaguano, Alexandra. 2012. *Politización de lo étnico y el género: el parto culturalmente adecuado y la construcción de sujetos*, Quito: FLACSO – Ecuador, repositorio digital <http://www.flacsoandes.edu.ec/dspace/handle/10469/5906#.U1WbKqKwUcW>.

se caracterizan por la homogeneización de programas y políticas, sin considerar, en muchos casos, los contextos locales. Es decir, los resultados suelen justificar la intervención de los diversos organismos y siempre en términos positivos.

¹⁹ Estrategia de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal (2008); Estrategia Intercultural (2008); Estrategia CONE (2008); Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV 2009); Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes ENIPLA (2011); Estrategia de mejora de acceso, oportunidad y calidad de la atención a los servicios de salud en el primer nivel de atención (2012); Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud (2013); etc.

- SENPLADES 2013:27 Plan nacional para el Buen Vivir 2013-2017. Construyendo un estado Plurinacional e Intercultural., Quito: 2013, pág 27. ISBN 978-9942-07-448-5
- Ramírez, Susana. 2011. "Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud: Los desajustes de la realidad". *Acta Bioethica* 17[1] (<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100008>), pág 63
- Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG*. 2010 Jan;117(1):5-19.