

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**OCTAVA PROMOCIÓN
MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD**

**TESIS DE GRADO
TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**RED PLURAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA DISMINUIR LA DUPLICIDAD
DE ACCIONES Y MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN MATERNA EN LA
PARROQUIA QUIROGA, CANTÓN COTACACHI.**

MERCEDES FLORES GRIJALVA

DIRECTORA DE TESIS: SANDRA MOYA HERRERA

COTACACHI, MARZO 2012

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **MERCEDES DEL CARMEN FLORES GRIJALVA**, con **Cédula de Ciudadanía N°1001859394** autor del trabajo de graduación titulado **“RED PLURAL DE SERVICIOS DE SALUD PARA DISMINUIR LA DUPLICIDAD DE ACCIONES Y MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN MATERNA EN LA PARROQUIA QUIROGA CANTÓN COTACACHI”**, previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN EN SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 03 de mayo de 2012

Lic. Mercedes Flores Grijalva

C.C.1001859394

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Mi agradecimiento sincero a Sandra Moya H, Directora de Tesis, que durante el proceso de redacción final, fue una guía, siempre me animó y orientó con mucho profesionalismo, nunca perdió la esperanza.

A los docentes y autoridades del ISP, por haber compartido sus conocimientos y experiencia que ayudaron en mi formación.

A mi familia que siempre me apoya y anima a superarme personal y profesionalmente, su reto contribuyó para que culminara esta etapa de formación.

A las autoridades del Patronato de Acción Social del Gobierno Provincial de Imbabura, por darme las facilidades y su confianza.

INDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS.....	V
INDICE DE CUADROS.....	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	VIII
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	1
EXECUTIVE SYNTHESIS.....	3
2. PRESENTACIÓN.....	5
2.1. Contexto Geográfico Político.....	5
2.1.1. Ubicación Geográfica.....	5
2.1.2. Organización Política.....	6
2.2. Contexto Social.....	6
2.2.1. Indicadores Demográficos.....	6
2.2.2. Indicadores Sociales.....	7
2.3. Contexto Salud.....	7
2.3.1. Perfil Epidemiológico.....	8
2.3.2. Servicios de Salud.....	8
3. PROBLEMA OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	9
4. MARCO TEÓRICO.....	12
4.1. Servicio de Salud.....	12
4.1.1. Criterios de calidad en Servicios de Salud.....	12
4.2. Atención prenatal y postnatal Sistema Formal.....	13
4.2.1 Atención prenatal.....	13
4.2.1 Atención postnatal.....	14
4.3. Atención prenatal y postnatal desde la Medicina Ancestral.....	14
4.3.1. Atención prenatal.....	14
4.3.2. Atención postnatal.....	14
4.4. Sistema Intercultural de Salud.....	15
4.5. Red de Salud.....	15
4.5.1. Función de la red local de Salud.....	16
4.5.2. Marco legal que posibilitan la conformación de la red.....	17
5. CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PREVIAS.....	18
6. MODELO CONCEPTUAL DE REFERENCIA.....	20

7. ALTERNATIVAS DE CAMBIO Y SU PRIORIZACIÓN.....	21
7.1. Alternativas de cambio y su priorización.....	21
7.2. Criterios de selección.....	21
8. HIPÓTESIS DE CAMBIO	22
9. OBJETIVOS.....	22
9.1. Objetivo General.....	22
9.2. Objetivos Específicos.....	22
10. METODOLOGÍA.....	22
10.1. Enfoque, método y técnicas de estudio.....	23
10.2. Instrucciones que apoyaron a operativizar el cambio.....	23
10.3. Identificación y Operativización de variables.....	24
10.4. Universo y Muestra	24
10.5 Método de Recolección de Información.....	24
10.6. Mapeo de Actores.....	25
10.7. Validez de la Información.....	26
11 RESULTADOS.....	27
11.1. Resultados de la Evaluación Operativa.....	27
11.2. Resultados de la Evaluación Analítica.....	31
12. DISCUSIÓN.....	34
13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
14. BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS	41

INDICE DE TABLAS.

TABLA 1. Indicadores Demográficos de la Parroquia Quiroga	6
TABLA 2. Principales Indicadores Sociales de la Parroquia Quiroga.....	7
TABLA 3. Perfil Epidemiológico de la Parroquia Quiroga 2011.....	8
TABLA 4. Población de Responsabilidad por proveedor de servicio de salud.....	10
TABLA 5. Indicadores de Producción del Componente Materno por servicio.....	10

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. Talento Humano en las Unidades de Salud de Quiroga.....	9
CUADRO 2. Enfoques del Control Prenatal.....	13
CUADRO 3. Ventajas de la Red Local de Salud.....	16
CUADRO 4. Técnicas e Instrumentos para la Recopilación de Información Sub Estrategia 1 y 2	24
CUADRO 5. Comparación entre las Actividades Programadas y Cumplidas en la Sub Estrategia 1 en el Período Agosto a Diciembre 2008 y Septiembre 2011 a Enero 2012, En El SCS Quiroga.....	27
CUADRO 6. Comparación entre las Actividades Programadas y Cumplidas en la Sub Estrategia 2 en el Período Agosto a Diciembre 2008 y Septiembre a Enero 2012 En El SCS Quiroga.....	28

INDICE DE GRÁFICOS.

GRÁFICO 1. Localización de la Parroquia Quiroga	5
GRÁFICO 2. Mapeo de Actores y su Grado de Influencia en la Conformación de la Red Plural de Salud Parroquia Quiroga...	26
GRÁFICO 3. Modelo Conceptual que abre un nuevo ciclo de Investigación Acción.....	38

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de Operativización de Variables	42
ANEXO 2. Preparando la Evaluación Operativa.....	44
ANEXO 3. Matriz de Evaluación Operativa.....	45
ANEXO 4. Matriz de Evaluación Analítica.....	47
ANEXO 5. Lista de Proveedores de Salud de Quiroga.....	48
ANEXO 6. Guía de Entrevista	49

RESUMEN EJECUTIVO

Durante los períodos de agosto a diciembre del 2008 y septiembre 2011 a enero del 2012 se desarrolló una investigación – acción en la parroquia Quiroga, ubicada 2 kilómetros al sur de la cabecera cantonal Cotacachi, provincia de Imbabura. Esta investigación se llevó a cabo con una visión de servicios y sistema de salud, centrados en el primer nivel de atención y sus funciones de acuerdo al modelo de Atención Primaria de Salud.

El objetivo general del estudio fue reducir la duplicidad de acciones, entre los proveedores de salud de la parroquia Quiroga, para contribuir con la continuidad y complementariedad en la atención materna, considerando que en la mayoría de las parroquias rurales del país se identifican por lo menos dos proveedores de salud del sistema formal: El Ministerio de Salud Pública y Seguro Social Campesino, con unidades de primer nivel de atención; y proveedores de medicina ancestral (fregadores, parteras, yacchas).

La metodología de esta investigación, con base en su modelo conceptual de referencia, introdujo una estrategia de cambio para conseguir la colaboración y coordinación entre los proveedores de salud en la parroquia, como una vía para mejorar la eficiencia del sistema local de salud, responder a los problemas de salud de la población, y mejorar la calidad de la atención, en continuidad y complementariedad de los servicios. Se promovió la participación de actores claves en la vida organizativa de la parroquia: el gobierno local y la Unión de Organizaciones Indígenas y Campesinas de Cotacachi, UNORCAC.

Desde la experiencia obtenida en mi trabajo en los Consejos Cantonales y Provincial de Salud y basada en un trabajo previo realizado con las parteras tradicionales de Cotacachi, en los años 1996-1999, se seleccionó la Parroquia de Quiroga. Se analizó las limitaciones y ventajas que se pueden identificar al contar con redes locales de salud como la base en la construcción de las redes distritales, provinciales y regionales, de acuerdo al actual Modelo de Gestión, propuesto por el Ministerio de Salud Pública.

Se tomó como eje trazador la atención al componente materno que es lo común entre los tres proveedores de salud de la parroquia, planteando que, al mantener contacto, reconocimiento y valoración entre ellos, se logrará que la población materna pueda tener atención continua y complementaria entre la medicina formal y ancestral.

El enfoque del estudio fue principalmente cualitativo, combinado con técnicas cuantitativas, que permitieron documentar el proceso y los principales hallazgos.

Los resultados más importantes fueron: comprobar que no existe ningún tipo de coordinación entre los tres actores de salud. Estos responden a una lógica organizacional individual, aislada y dependiente de sus estructuras jerárquicas, que centran su desempeño en la productividad, sin interacción real con otros proveedores de salud existentes en la misma zona geográfica, con dificultades para evaluar sus resultados desde una concepción sistémica, perdiendo elementos valiosos del proceso de trabajo por la movilidad permanente de sus equipos; que no les permite trascender en sus planes y programas, duplicando paquetes de servicios y en un derroche de recursos. Sin profundizar en la problemática de salud de las zonas geográficas asignadas, como su área de influencia, manejando una lógica desarticulada de las necesidades de salud de la población; las que quedan en su mayoría desatendidas. Las parteras como proveedoras de servicios de salud de la medicina ancestral se encuentran invisibilizadas, pese a todo el marco legal existente en la Constitución de la República del Ecuador, y a los diferentes modelos que promueve Salud Intercultural desde el nivel central del Ministerio de Salud Pública.

Estas constataciones vuelven imprescindible el desarrollo de estrategias que permitan la construcción de redes locales de salud, que beneficiarán tanto a la población como a los proveedores de servicios de salud; y así, lograr que el “concepto de territorios del buen vivir” supere el discurso y se convierta en una búsqueda cotidiana que concrete los principios de la Atención Primaria de Salud.

Palabras claves: Red de salud, atención continua y complementaria.

EXECUTIVE SYNTHESIS

During the periods of August to December 2008 and September 2011 to January 2012, a research - action was carried in Quiroga parish, located 2km south Cotacachi cantonal head. This research led to a vision of Services and Health System centered on the first level of attention and its functions based on the health primary attention conception.

The general goal of this study was to reduce the actions duplicity among Quiroga's parish health providers looking for the continuance and complementarity in maternal attention, since the majority of the rural parishes of the country are identified for at least two formal system's health providers: Health Ministry and Health Insurance (IESS) with first level attention facilities and Ancestral Medicine providers.

The research methodology based on its conceptual model of reference, brought a change strategy which pretended to get the collaboration and coordination among the health providers in the parish as a way to improve the local health system's efficiency, allowing a problem response to the health problems of the community, enhancing the service quality through its continuance and the complementarity of services. The key actors' participation was promoted in the organizational life of the parish such as local government Indigene and Peasant Organizations Union of Cotacachi – UNORCAC.

Since the research based on its conceptual model experience earned by working in the Cantonal and Province Health Counselors and taking advantage from a previous work carried on with the traditional midwives from Cotacachi in the years 1996 – 1999, this parish was chosen looking for the limitations and advantages comprehension that can be identified by counting on local health webs which are the base of the district and province webs construction according to the current model proposed by the Health Ministry.

The maternal attention was taken as a guide; this is common among the three health providers in the parish, stating that keeping contact, acknowledgement and value among them, a continuous and complimentary attention between the formal and ancestral medicine to the maternal population will be reached.

The approach of the study was mainly qualitative combined with quantitative techniques which allowed document the process and the main "findings".

The most important results were: "prove that there isn't any coordination among the three health actors, these answer to an individual organizational logic, isolated and dependent of its organizational structures that center its performance in "productivity" without real interaction with other existent health providers in the same geographical zone, with difficulties to evaluate its results from a systematic conception, losing valuable elements of the work process due to permanent mobility of its equipment, so that, weren't able to transcend plans and projects, enlarging service packages and in a waste of resources in the designated geographical zones as its influential area, handling a disarticulated logic of the health needs of the population, most of them unattended. The midwives as health service providers of ancestral medicine aren't able to be seen, in spite of the entire legal frame present in the current constitution and of the different models promoted by Intercultural Health from the central level of Health ministry.

These observations become fundamental in the strategies development allowing local health webs construction which will benefit the population as well as the health providers in order to reach that the “concept of good living territories” overcomes the speech and become a usual search to concrete the Primary Health Attention.

Key words: Health web, continuous and complimentary attention.

2. PRESENTACIÓN

El estudio se realizó en el Subcentro de Salud Quiroga del Cantón Cotacachi que pertenece al Ministerio de Salud Pública. Fue desarrollado desde una concepción de servicios y sistema de salud, centrado en el primer nivel de atención y con un enfoque de atención primaria de salud. Se presenta la información más relevante que permita caracterizar al servicio.

2.1 CONTEXTO GEOGRÁFICO POLÍTICO

2.1.1 Ubicación geográfica.

Quiroga, es una de las parroquias rurales del cantón Cotacachi, provincia de Imbabura. Se encuentra ubicada a 2 Km. de distancia de la cabecera cantonal, vía al Lago Cuicocha. Limita al norte con la parroquia urbana de San Francisco y la parroquia Plaza Gutiérrez (Intag), al sur con la parroquia San Luis de Quichinche (Otavalo), al este con la parroquia San Francisco y al oeste con Plaza Gutiérrez, tiene una extensión aproximada de 65Km², con 12 comunidades.

Gráfico 1
Localización de la Parroquia Quiroga



Elaboración: Gabriela Castillo GIGA
Fuente: Gobierno Provincial de Imbabura 2012

2.1.2.- Organización Política

De conformidad con la Constitución de la República del Ecuador y el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, (COOTAD) la máxima autoridad constituye el Gobierno Autónomo Descentralizado, conformado por el Presidente y 4 vocales que son electos por votación popular. Actualmente pese a ser una parroquia mayoritariamente indígena 65%, población mestiza 35%, (CENSO 2010), los representantes son todos mestizos, lo que podría interpretarse como una manera de exclusión de la población indígena. A nivel comunitario se constituyen los cabildos conformados por presidente, secretario, vocales que son nombrados en asambleas comunitarias y se renuevan cada año de acuerdo a la Ley de Comunas vigente.

Entre otras formas de organización, en la parroquia existen 29 organizaciones sociales reconocidas. De las 12 comunidades de la parroquia 9 comunidades rurales forman parte de la Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi (UNORCAC). Cada año en la parroquia y el cantón se realiza la Asamblea de Unidad, con la finalidad de definir los planes y proyectos prioritarios para cada comunidad en forma participativa.

2.2. CONTEXTO SOCIAL

La parroquia Quiroga tiene, una población de 6.934 habitantes (MSP 2011). La pirámide de población muestra que la población es joven; el 49.7% se encuentra entre los 15 y 49 años; el 62,7% de la población habla el idioma español; el 9,6% habla únicamente la lengua nativa que es kichwa; y, el 27,5% de la población habla los dos idiomas. (Municipio Cotacachi 2005).

2.2.1.- Indicadores Demográficos.

Tabla 1
Indicadores Demográficos Parroquia Quiroga 2011

Indicadores	
Tasa de Natalidad * 1000	19,31
Tasa de Mortalidad General	4.8
Tasa de Mortalidad Infantil	4.1
Crecimiento Poblacional	1,16

FUENTE: INEC 2010.

ELABORACION: Mercedes Flores G.

La tasa de mortalidad infantil es más baja que la que se registra a nivel nacional 12,4/000 (SIISE versión 2010).

2.2.2. Indicadores Sociales.

Tabla 2
Principales Indicadores Sociales
Parroquia Quiroga 2011

EDUCACIÓN – POBLACIÓN	Medida	Quiroga	Cotacachi	Imbabura	País
Analfabetismo	%(15 años y más)	25,66	22,39	13,36	9,02
Analfabetismo – hombres	%(15 años y más)	21,94	17,69	9,68	7,67
Analfabetismo – mujeres	%(15 años y más)	29,07	27,14	16,73	10,3
Promedio de escolarización	Años de estudio	4,4	4,47	6,18	7,29
Pobreza por necesidades básicas insatisfechas	% de población total	70,06	77,69	58,18	61,26
Población en extrema pobreza (NBI)	% de población total	44,27	52,36	33,32	31,95
Tasa bruta de participación laboral	% de población total	34,98	35,46	38,17	37,46

Fuente: Sistema de Indicadores Sociales Ecuador SIISE versión 2010

Elaboración: Mercedes Flores G.

De acuerdo a los principales indicadores sociales, la población de Quiroga se encuentra en desventaja en relación al cantón, provincia y país; el porcentaje de analfabetismo en mujeres es casi tres veces mayor que el nacional, convirtiéndose en un obstáculo para la aplicación de temas de promoción y prevención en salud. Las condiciones de pobreza, medida por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) superan el porcentaje a nivel provincial y nacional. La pobreza es una de las mayores amenazas contra la salud. La tasa de participación laboral es ligeramente menor que a nivel del cantón, provincia y país.

2.3 CONTEXTO SALUD

2.3.1 Perfil epidemiológico

Tabla 3
Perfil Epidemiológico de la Parroquia
Quiroga 2011

SUBCENTRO DE SALUD MSP				DISPENSARIO SEGURO SOCIAL CAMPESINO		
N°	CAUSA DE MORBILIDAD	N° de casos	TASA*	CAUSA DE MORBILIDAD	N° de casos	TASA*
1	Infección respiratoria aguda	336	48,46	Síndrome gripal	174	156,19
2	Síndrome Gripal	254	36,63	Faringoamigdalitis	77	69,12
3	Desnutrición	252	36,34	Parasitosis	66	59,25
4	Enfermedad diarreica aguda	219	31,58	Infección intestinal	41	36,80
5	Faringoamigdalitis	154	22,21	Artritis	37	33,21
6	Bronquitis aguda	137	19,76	Gastritis	33	29,62
8	Infección de vías urinarias	137	19,76	Hipertensión arterial	25	22,44
9	Amigdalitis aguda	108	15,58	Dislipidemias	22	19,75
10	Vaginosis	99	14,28	Infección de vías urinarias	18	16,16
19	Neumonía organismo no especificado	96	13,84	Dermatitis	18	16,16
TOTAL POBLACION: 6934				TOTAL DE AFILIADOS: 1114		

Fuente: Informe epidemiológico Quiroga 2011. Partes diarios de atención 2011 DSC El Punge
Elaboración. Mercedes Flores G.

*Por 1000 habitantes

Las principales enfermedades atendidas en el Subcentro de Salud son las que afectan al sistema respiratorio, aparato gastrointestinal, genitourinario. La desnutrición se sitúa en la segunda causa de morbilidad. En el Seguro Social Campesino El Punge se mantiene como primeras causas de morbilidad las que afectan al sistema respiratorio, sin embargo, en este servicio de salud entre sus primeras causas de atención aparecen problemas crónicos degenerativos como artritis, hipertensión arterial y dislipidemias.

2.3.2. Servicios de Salud

En la parroquia existen dos proveedores de medicina formal. Estos centros cuentan con la infraestructura y equipamiento básico. Están categorizados como primer nivel de atención, mismos que según el Registro Oficial N° 457 – 2011 se define como "... un establecimiento de salud del sector público que cubre una población de 2.000 a 6.000 habitantes asignados o adscritos, ubicados en el sector rural y su horario es de 8 horas. Presta servicios de prevención, promoción, recuperación de la salud, cuidados paliativos, atención médica y de emergencia, atención odontológica,

enfermería y actividades de participación comunitaria; tiene botiquín, cumple con las normas de atención del MSP”

Cuadro 1
Talento Humano de las Unidades de Salud
Parroquia Quiroga 2011

Subcentro de salud MSP	Seguro Social Campesino
1 médico de contrato 8horas	1 médico general 8 horas diarias
1 médico rural	3 días a la semana
2 enfermeras rurales	1 odontóloga 8 horas diarias
1 odontólogo contrato	3 días por semana
1 obstetra rural	1 auxiliar de enfermería.
1 Nutricionista (interna rotativa)	
1 auxiliar de enfermería	
1 auxiliar de odontología	

Fuente: Subcentro de Salud Quiroga y Dispensario SSC El Punge.

Elaboración: Mercedes Flores G.

El sistema ancestral de salud está conformado por 3 parteras, que siguiendo la normativa del Ministerio de Salud en el año 2004 fueron certificadas y acreditadas para ejercer su trabajo en las comunidades.

Otros proveedores:

- Una farmacia privada
- Venta de ciertos fármacos en las tiendas (buscapina, aspirina, finalin, comtrex)
- Mujer curandera (cura el espanto¹)

3. PROBLEMA – OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN

Durante los meses de agosto a diciembre del año 2008 y entre septiembre 2011 a enero del 2012 se realizó una investigación - acción en el Subcentro de Salud de Quiroga del MSP, y en el Dispensario del Punge del Seguro Social Campesino, dos unidades que corresponden al primer nivel de atención, se interactuó con las parteras ancestrales de Salud de Quiroga. Los tres proveedores de servicios ofertan similares acciones dentro del programa de atención del componente materno. Se seleccionaron el control del embarazo y el control post parto, por ser actividades ejecutadas por los tres prestadores. Se identificaron los siguientes hallazgos:

Se definió la población asignada a cada unidad de salud para establecer comparaciones en el modelo de atención para el componente materno. El Subcentro de Salud del MSP tiene

¹ Enfermedad del campo se refiere a la pérdida del espíritu. Se manifiesta, a través de pérdida de ánimo o energía vital, provocando dolor de cabeza, pérdida de apetito, temblor de los párpados, pesadillas, insomnio, sed, vómito y diarrea.

responsabilidad sobre toda la población de la parroquia. El dispensario del Seguro Social Campesino es responsable de la población afiliada que representa el 13,8% del total de la población de Quiroga. No cuenta con un registro de población distribuido por grupos de edad, únicamente el número de familias con el número de miembros, por lo que se realizó la división poblacional utilizando la proyección del MSP.

Tabla 4
Población de Responsabilidad por Proveedor de Servicios de Salud en la Parroquia Quiroga, 2011

GRUPOS DE EDAD	SCS MSP	DSC	PARTERAS	TOTAL
Menores de 1 año	118	18	No tienen población asignada, atiende a quienes lo solicitan	136
1 a 4 años	496	80		576
5 a 9 años	618	100		718
10 a 14 años	634	102		736
15 a 19 años	562	90		652
20 a 64 años	3092	498		3590
65 a 74 años	279	45		324
75 y más	174	28		202
Embarazadas	154	25		179
Control Posparto	143	27		170
TOTAL	5973	961		

Fuente: Proyección de población MSP 2011. Registro de afiliación SSC 2011
Elaboración. Mercedes Flores G.

Tabla 5
Indicadores de Producción del Componente Materno por Servicio de Salud

PROGRAMA	SSC-MSP			SSC EL PUNGE			PARTERAS
	Población programada	N° primeras consultas	cobertura	Población programada	N° primeras consultas	cobertura	N° primeras consultas
Control Prenatal	179	109	60,89	29	2	6,90	16
Postparto	170	30	17,65	27		-	16
Planificación familiar	1672	100	5,98	268	10	3,73	
DOC mamario	1008	1004	99,60	162	0	-	

Fuente: Concentrados mensual SCS-MSP, SSC El Punge,
Informe parteras tradicionales Jambi Mascaric 2011
Elaboración: Mercedes Flores G.

En el año 2008, la cobertura del control prenatal en el Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública fue de 32,9%, con una concentración de 1,96 controles; mientras que para el 2011 es de 60,8%, con una concentración de 3,03 controles; la causa para que en este periodo exista aumento en la cobertura del programa se debe a la asignación de recurso humano. En el año 2008 prestaba atención los siguientes profesionales: un médico rural, una enfermera rural y 3 días a la semana una obstetriz. En el año 2011 la unidad dispone para la atención de un médico rural y uno de contrato, una obstetriz rural y 2 enfermeras rurales.

El año 2011 en el SCS de Quiroga, (enero a diciembre) la cobertura de control prenatal fue del 60,89%, la detección de cáncer mamario, a través del examen físico fue del 99,6%, (una cobertura alta si se compara con otros servicios de salud del MSP). En el control postnatal se logró el 17,6%, en planificación familiar se obtuvo el 5,8%, la concentración de acuerdo al método es: dispositivo intrauterino 2,3; gestágenos orales 5,5.

En el mismo año, en las consultas de control prenatal se registran 9 referencias al segundo nivel (Hospital Cantonal Asdrúbal de la Torre-Cotacachi); señalando como principales causas: la realización de exámenes preventivos de sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus y herpes (STORCH), embarazo con signos de alto riesgo obstétrico (ARO), embarazo más sospecha de cáncer, infección de vías urinarias, embarazo más epilepsia, labor de parto.

En el dispensario del Seguro Social Campesino del Punge, con la misma oferta de programas preventivos que el MSP, la cobertura es muy baja para los programas de atención materna; así, control prenatal (6,9%) control postparto 0 consultas; planificación familiar (3,2%), detección oportuna de cáncer (0,41%). Mayoritariamente, la consulta se ha centrado en atención de morbilidad un total de 794 primeras consultas con una concentración de 1,6 controles subsecuentes.

Parteras Tradicionales

Las 3 parteras tradicionales no tienen una población definida. Ellas realizan las atenciones en las comunidades donde las solicitan. Para efectos de medir las actividades cumplidas en el territorio se toma únicamente las realizadas en las comunidades pertenecientes a la parroquia de Quiroga, registradas en el año 2011, cuyo reporte fue tomado del informe del proyecto Mejora de las Condiciones de Vida y Defensa de la Población Andina de Cotacachi 2008-2011. Este documento señala que la información se recuperó de la excelente memoria de las parteras ancestrales de Quiroga quienes indican haber realizado, 16 primeros controles prenatales; 102 controles prenatales subsecuentes; además realizaron 16 controles postparto, su trabajo lo realizan, a través de visitas domiciliarias de embarazadas y madres postparto. En éstas visitas cuidan el estado de salud de la madre y de los bebés, además aconsejan y comparte la vida familiar.

Con la firma de un convenio entre la Cruz Roja, la UNORCAC y el Ministerio de Salud para la ejecución del proyecto *“Mejora de las Condiciones de Vida y Defensa de la Población Andina de Cotacachi, Ecuador 2008 – 2011”* se procuró la implementación del sistema de referencia contrareferencia entre las parteras y los servicios de salud, sin embargo, las referencias se direccionaron exclusivamente al Hospital Asdrúbal de la Torre en Cotacachi ya que según opinión de Luz María Vaca, partera de Chilcapamba, es ahí donde si son válidas sus referencias lo que se ratifica en su expresión *“en el hospital si aceptan el papel² que mandamos, otros no³. Allá rompen y dicen que de nada sirve lo que hacemos”*.

Lo común entre los tres proveedores.

En el enero del 2012, en el Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública, se realizó un muestreo aleatorio de historias clínicas de mujeres que acudieron a control prenatal durante enero - diciembre del 2011. Se revisaron 41 historias clínicas de control prenatal correspondientes al 38% del total de historias de control prenatal, encontrándose que, 7 pacientes son afiliadas al Seguro Social Campesino y provienen de las comunidades donde las parteras ejercen su trabajo.

² Refiriéndose al formato de referencia que las parteras tradicionales utilizan desde el año 2008.

³ Se refiere al Subcentro de Salud de Quiroga

En el mismo periodo de tiempo se revisaron los concentrados mensuales de atención y se encontró que, 42 mujeres afiliadas al Seguro Social Campesino SSC acuden regularmente al Subcentro de Salud para consulta de planificación familiar. El dispensario SSC, también oferta este servicio.

PROBLEMA OBJETO DE INVESTIGACIÓN

En la parroquia Quiroga, los proveedores de servicios de salud trabajan aisladamente, duplican sus acciones en los programas del componente materno, lo que afecta a una atención de salud integral, continua y eficiente. El sistema de salud tradicional está invisibilizado por los actores de la medicina formal, desconociendo las concepciones y prácticas populares de salud de la población que contempla el bienestar humano.

4 MARCO TEÓRICO.

4.1.- Servicio de Salud.

Debe estar enfocado en los pacientes, teniendo como pilares fundamentales la atención, individual, respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales y sociales, que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno, concomitantes con su proceso salud - enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferente al momento de acudir a los servicios de salud. (Dueñas 2008).

4.1.1. Criterios de Calidad del Servicio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como un alto nivel de excelencia profesional, un eficiente uso de los recursos humanos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del usuario y un impacto final en salud. Entre las características de calidad que el servicio debe tener son:

- **Continuidad**, no limitarse al momento de la consulta, supone que el servicio asume la responsabilidad de la población sana o enferma, no solo para desarrollar acciones preventivas, sino también para seguir a los pacientes crónicos (Coenen.1995), requiere capacidad de empatía entre el servicio y la población.
- **Integralidad**, Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; implica acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a individuos, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelación y complementación con las medicinas tradicionales y alternativas en los tres niveles de atención. (MSP 2008)
- **Globalidad**, es decir que los individuos deben ser comprendidos en su totalidad, tomando en cuenta sus preocupaciones, como la situación de la comunidad, no basta curar su cuerpo enfermo, es necesario tomar en cuenta lo que le rodea. (Donabedian1993).
- **Aceptabilidad**, conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.
- **Eficiencia**. Grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud. (Lam Díaz 2008)

Tomando en cuenta los principios de calidad, es necesario señalar la normativa establecida en el país para la atención materna, específicamente en el control prenatal y postnatal, como dos programas trazadores para los 3 proveedores, desde el sistema occidental y desde medicina ancestral.

4.2. Atención Prenatal y Postnatal Sistema Formal

4.2.1 Atención Prenatal.- Control prenatal se define como las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de detectar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal, con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (MSP.2008).

CUADRO 2 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL

1. Completo e integral

- Atención por personal calificado
- Detección precoz del embarazo
- Control periódico e integral de la embarazada.

ATENCIÓN DE

- Riesgo nutricional
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar, drogodependencia.
- Infección de transmisión sexual
- Consejería pre/post prueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco dentales
- Referencia de embarazadas con riesgo obstétrico perinatal.

2. Precoz.

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

3. Enfoque intercultural

El proveedor debe tener conocimientos de cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación, de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

4. Periódico

- Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y 4 de seguimiento), con todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal de CLAP/SMR-OPS/OMS, MSP- HCU. Form. # 051
NIVEL MÍNIMO EFICIENTE.
- Uno en las primeras 20 semanas
- Uno entre las 22 y 27 semanas
- Uno entre las 28 y 33 semanas
- Uno entre las 34 y 37 semanas
- Uno entre las 38 y 40 semanas

5. Efectivo

Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidad y calidez. Los horarios deben favorecer la concurrencia al control prenatal.

Cuando mayor número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que puedan concurrir.
Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera.
Se debe realizar exámenes y pruebas que respondan a un propósito inmediato y que se han demostrado que son beneficiosos.

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Norma y Protocolo Materno 2008*
Elaborado: MSP 2008

4.2.2. Atención Postnatal: Periodo de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las seis semanas después del parto. Está dirigido a: vigilar la involución de los órganos reproductores, detectar y tratar las complicaciones propias del período (hemorragia, shock, preeclampsia) y propiciar un adecuado control de la salud de la mujer contrarrestando así su riesgo reproductivo. (MSP 2008).

4.3. Control Prenatal y Postnatal desde la Medicina Ancestral

La investigación hace referencia al concepto de cultura ya que en la construcción de una red plural se interrelacionan actores que provienen de concepciones culturales diferentes para entender la salud y la vida, probablemente lo común culturalmente esté representado por los servicios públicos MSP y SSC, sin embargo cada uno de ellos tiene una cultura organizacional que lo diferencia. En el caso de las parteras su cosmovisión sobre la salud materna es totalmente diferente a la de los proveedores de la medicina occidental, por lo que es necesaria la definición de partera (Pakarichik-Mamakuna).

Pakarichik-Mamakuna.- “Son las mujeres de familia, que han acumulado conocimientos ancestrales y después son maestras de las sus hijos/hijas, reproduciendo así sus conocimientos y guardando la tradición de generación en generación. La partera o Pakarichik-Mama es una mujer de características especiales, que proporciona cuidados antes del parto, durante el parto, después del parto, tiene el conocimiento de las medicinas herbolaria, energética, la capacidad de consejería en todo el proceso de gestación, nacimiento, y crianza de los niños y niñas. (Cachiguango 2008).

4.3.1. Control Prenatal realizado por la Partera. (Entrevista Partera Zoila Túquerez)⁴

La partera indica que cada mes visita a la madre, para hacerle el control, cumpliendo las siguientes actividades:

- Se palpa el vientre, sentir posición del bebe.
- En la madre veo si tiene alguna señal de peligro⁵.
- Doy consejos sobre la alimentación que debe tener para fortalecer el cuerpo para cuando dé a luz tenga fuerzas.
- Limpio el mal aire⁶.
- Acompaña al hospital para control médico y vacunas.

⁴ Zoila Túquerez es partera de la comunidad San Antonio de Punge-Quiroga, tiene 54 años, desde hace 27 años, trabaja ayudando a las mujeres. Indica que fue su abuela quien le enseñó el arte. La entrevista se realizó en febrero del 2012.

⁵ Las parteras, tienen 16 años de capacitación frecuente, realizada por el sistema occidental, manejan este concepto con mucha claridad, identifican señales de peligro en el embarazo y saben cuando hay que referir.

⁶ Implica haber sido “cogido por el viento” al pasar por un sitio cargado o pesado, como los cementerios, caminos y casas abandonadas, grutas quebradas, que son lugares donde opera el supay, ser que controla las fuerzas negativas del hucu pacha.

4.3.2. Control Posnatal.- La Partera indica que después que una mujer da a luz, valora si hay signos de peligro, como sangrado excesivo, desgarres, presencia de fiebre. Cuando hay una de estas señas, se organiza con la familia para llevar a la madre al hospital.

Si no hay ninguna complicación, la partera, visita a la madre durante un mes; a partir del séptimo día realiza el encaderado⁷, pasando un día baña al bebe y aconseja sobre la alimentación, lactancia materna, cuidados generales para la madre y el niño.

4.4. Sistema Intercultural de salud

El reconocimiento de los dos sistemas de salud occidental y ancestral con sus características, particularidades, similitudes y diferencias ha logrado que se desarrolle el Sistema Intercultural de Salud, que es una relación de correspondencia entre dos perspectivas culturales: la del subsistema formal de salud y la del subsistema de medicina ancestral, caracterizada por mantener criterios de interdependencia tales como: sostenibilidad⁸, sinergia⁹, horizontalidad¹⁰, interdisciplinariedad¹¹, complementariedad¹², integralidad e integración¹³, los cuales permiten satisfacer los intereses de sus múltiples actores a través de la institucionalización de los correspondientes procesos en el diseño de estrategias y mecanismos operativos de funcionamiento (MSP 2008).

Si se tiene claro la particularidad de cada sistema, tomando en cuenta que la medicina ancestral y la occidental no son compatibles pero si complementarias (Cachiguango 2008), se propone el funcionamiento de la red plural de servicios de salud, en la que se reoriente la prestación de servicios de salud, mediante la integración y articulación de las unidades de salud de atención en un territorio establecido, que cubran efectivamente la atención en salud, es decir, que contemple actividades para preservar la salud, identificar y actuar sobre los riesgos a la salud y atender con oportunidad, calidad y eficiencia los daños a la salud en el ámbito local (Baz. 2005)

4.5. Red de Salud.

En la constitución de red, se establecen vínculos entre personas, grupos y/o instituciones que teniendo sus propias características y particularidades reconocen la necesidad de crear lazos, unir esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes. Es el vínculo, legitimidad, descubrimiento del otro, articulación de heterogeneidades, que contempla primero

⁷ Técnica que se utiliza para que el útero vuelva a su posición. Se coloca flor de manzanilla, papel periódico, sobre el vientre, se sujeta con fajas.

⁸ Vincula ambiente, sociedad y cultura en una perspectiva unificada de lo humano. Liga la tradición conservacionista indígena en el manejo de los recursos naturales, culturales y espirituales.

⁹ Satisface, simultáneamente, las necesidades de identidad, autovaloración, afecto, reciprocidad, complementariedad, así como la correspondencia entre lo real e imaginario.

¹⁰ No existen culturas sanitarias mejores o peores. Esta realidad comporta el diálogo entre culturas sanitarias tradicionales y contemporáneas que no compiten entre sí, sino que convergen hacia una síntesis cultural de sus tecnologías. Es un escenario de poder compartido de los diferentes modelos.

¹¹ El hecho curativo (occidental) y de sanación (tradicional) no son vistos exclusivamente desde el paradigma médico contemporáneo, sino desde la perspectiva de la antropología cultural, la sociología y la economía de la salud.

¹² Supone el uso sincrético de las distintas tecnologías culturales, lo cual comporta un acceso indiferenciado a las distintas ofertas de salud, satisfaciendo la búsqueda del equilibrio en el acto curativo. Esta situación vincula a los sujetos de la comunidad, con la comunidad misma, a la comunidad con la naturaleza y finalmente a la naturaleza con la divinidad.

¹³ El modelo asume el hecho humano como una unidad bio-psico-social involucrando la vida en sus distintas manifestaciones, la cultural y la espiritualidad. El proceso salud-enfermedad nunca es ajeno a otros hechos sociales y económicos de la comunidad.

reconocer, conocer, colaborar, cooperar para finalmente asociarse, luego visualizar las redes en movimiento y la gestión de las mismas (Rovere 1999).

La constitución de “**Redes**” aseguran atención a la salud y a la enfermedad del individuo, la familia y la comunidad, con equidad¹⁴, calidad y calidez, en proporción a la complejidad de la demanda en cada uno de sus ámbitos geográfico- poblacionales determinados, es una de las soluciones a la problemática generada por la fragmentación del sistema. (MSP 2008).

4.5.1. Función de la Red de Salud

La función principal de la Red de Salud es coordinar con los servicios de salud a fin de preservar, recuperar y/o mejorar la salud de las personas y/o la comunidad, evitando la duplicidad de acciones, deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y/o las áreas geográficas bajo su responsabilidad. (OPS 2006).

La conformación de la Red de Servicios de Salud, procura sobretodo buscar la eficiencia del sistema entendiendo por **Eficiencia**: el empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Se puede entender como el grado en que se cumplen los objetivos de una iniciativa al menor costo posible (Mokate 2001). El término eficiencia se emplea para relacionar los esfuerzos frente a los resultados que se obtengan. Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos o menores esfuerzos se habrá incrementado la eficiencia.

Cuadro 3
Ventajas de la Red Local de Salud

ÁMBITO	RED LOCAL
COBERTURA	Es un espacio geográfico poblacional con unidades médicas generales cuya capacidad de resolución determina la población que puede ser atendida.
INTEGRACIÓN DE SERVICIOS	Integra médicos y enfermeras del primer nivel. Opera con procesos de atención por etapas del ciclo vital. Agiliza el flujo de pacientes a través de la red local.
PROCESOS DE ATENCIÓN	Opera con énfasis en la atención a los daños a la salud.
RECTORÍA	Confiere mayor liderazgo interinstitucional, sectorial y extrasectorial.
INTERACCIÓN CON LA POBLACIÓN	Promueve relaciones simétricas. Integra a la población al diseño, ejecución, evaluación y toma de decisiones en salud.
COSTOS DE LA ATENCIÓN	Incorporación al sistema público de servicios de salud. Protección financiera en salud a familias beneficiarias. Limita o elimina gastos de bolsillo y catastróficos. Sistema de abasto eficiente.
MONITOREO	Continuo, personalizado y con retroalimentación permanente.

¹⁴ Equidad consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos o condiciones y supone no favorecer en el trato a uno perjudicando a otro. El término equidad está estrechamente vinculado al derecho y a sus prácticas jurídicas.

CAPACITACIÓN	Integradora, permanente, basada en las necesidades de la población y las características de los servicios Abarca desde la capacitación a las familias, hasta los profesionales
INFORMACIÓN	Bidireccional De utilidad cotidiana al personal operativo Registro personalizado de riesgos en un sistema informático
EVALUACIÓN	Integral por impacto y eficiencia social del sistema de atención

Fuente: Baz G 2005 Redes Locales de Servicios de Salud.

4.5.2. Marco Legal que Posibilita la Conformación de la Red Plural de Servicios.

Año 1994: Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia otorga a los agentes de salud tradicionales un papel de referencia de las mujeres embarazadas. En el caso de control prenatal, los agentes tradicionales se vinculan, a través de “Captación temprana del embarazo por el agente de salud comunitario”.

Año 2002: Ley Orgánica de Salud en el Art 6 señala que.“Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza – aprendizaje. Del Plan Integral de Salud Art.1 “Conjunto de acciones y prestaciones de salud en el país y se ejecuta, a través de la red de proveedores, mediante la coordinación concertada de acciones de las entidades integrantes del sistema”...

Año 2007: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria e Intercultural, dentro del cual se establece el desarrollo de redes de salud, bajo un enfoque de gestión local articulado de instituciones, establecimientos, servicios de salud y actores sociales, con la finalidad de obtener mayor accesibilidad, complementariedad y calidad de atención de salud.

Año 2008: Constitución de la República del Ecuador Art.358. “El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural”...Art. 359.“El Sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y, propiciará la participación ciudadana y el control social”.Art. 360. El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención, y atención integral familiar y comunitaria”promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. Art. 363.-El Estado será responsable de:..Numeral 4,“Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”.

5 CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS PREVIAS

El lograr la articulación de la medicina formal y ancestral ha sido un proceso de varios años en el Ecuador. Se pueden citar varios ejemplos; El trabajo realizado por la Unión de Organizaciones Comunitarias de Cotacachi UNORCAC que en el año 1996, a través del proyecto Jambi Mascaric La Salud que Buscamos financiado por Médicos sin Frontera de España, tuvo como objetivo buscar espacios en común para el sistema de salud formal y ancestral.

EL CONSEJO CANTONAL DE SALUD DE COTACACHI: En el año 1996, en Cotacachi se celebra la primera Asamblea de Unidad Cantonal, con amplia participación social. En esta, se constituyó el Consejo Cantonal de Salud, mientras permaneció en la administración municipal El Alcalde Economista Auky Tituaña Males (1996-2009). Esta instancia se convirtió en un referente a nivel nacional. Fue uno de los primeros cantones que en el año 2002 solicitó la transferencia de competencias de salud. En este mismo año se elabora y aprueba el Plan Cantonal de Salud y la conformación de la Red de Servicios de Salud con organizaciones comunitarias de base, como son los prestadores de medicina tradicional. En la estructura del Consejo Cantonal de Salud se refleja la Comisión de Medicina Tradicional Andina, que tenía como objetivo incorporar, valorar y difundir los beneficios de Medicina Tradicional Andina en los servicios de salud y en la ciudadanía. (SCDS¹⁵ 2006). Es importante destacar que el esfuerzo por lograr un espacio de “articulación entre todos los proveedores de servicios de salud” se desarrolló varias mesas de trabajo que luego sustentaban sus resoluciones en acciones que tenía seguimiento por un equipo técnico responsable de monitorear el proceso. Sin embargo a 3 años de haber cambiado la administración en el cantón, todos estos procesos han quedado en el olvido, evidenciando que era la posición política de la autoridad quien le daba soporte al proceso.

LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DE LORETO – PROVINCIA DE ORELLANA: cuenta con el componente de salud intercultural, involucrando a las parteras tradicionales y a la población en la toma de decisiones en la planificación y ejecución de acciones en salud del territorio. La experiencia propuesta de la conformación de la red de servicios, es planteada por la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo FONAKIN. En el año 2001, con la Dirección Provincial de Salud de Orellana, el Municipio de Loreto, establece la Red de Salud de Loreto, y posteriormente el Consejo Cantonal de Salud, busca ampliar la cobertura de salud. Una de las líneas estratégicas es:

- Implementar un modelo de atención de salud comunitaria intercultural considerando las particularidades de la población, a través de mejorar la extensión de cobertura con visitas comunitarias; fortalecer el sistema de salud kichwa y actividades de promoción y prevención de la salud. Establecer un sistema de información; consolidar el funcionamiento de la red de servicios de salud.

El trabajo se fundamenta en la participación comunitaria, el compromiso de las instancias del Estado y el apoyo técnico y financiero de las organizaciones no gubernamentales (ONG's) . La planificación de acciones se realiza en mesas de trabajo conformadas desde el Gobierno Municipal, en las que se define las líneas estratégicas de intervención, responsabilidades conjuntas y el presupuesto que cada actor destinará para el funcionamiento de la iniciativa. Inicialmente la organización comunitaria con recursos de la ONG's que auspicia el proceso era quien realizaba el mayor aporte económico. Poco a poco quien ha ido asumiendo el costo son las instancias del Estado entre ellas la Dirección

¹⁵ Sistema Cantonal Descentralizado de Salud de Cotacachi.

Provincial de Salud de Orellana y el Gobierno Local, garantizando así, la sostenibilidad del proceso.

El componente Intercultural en la Red.

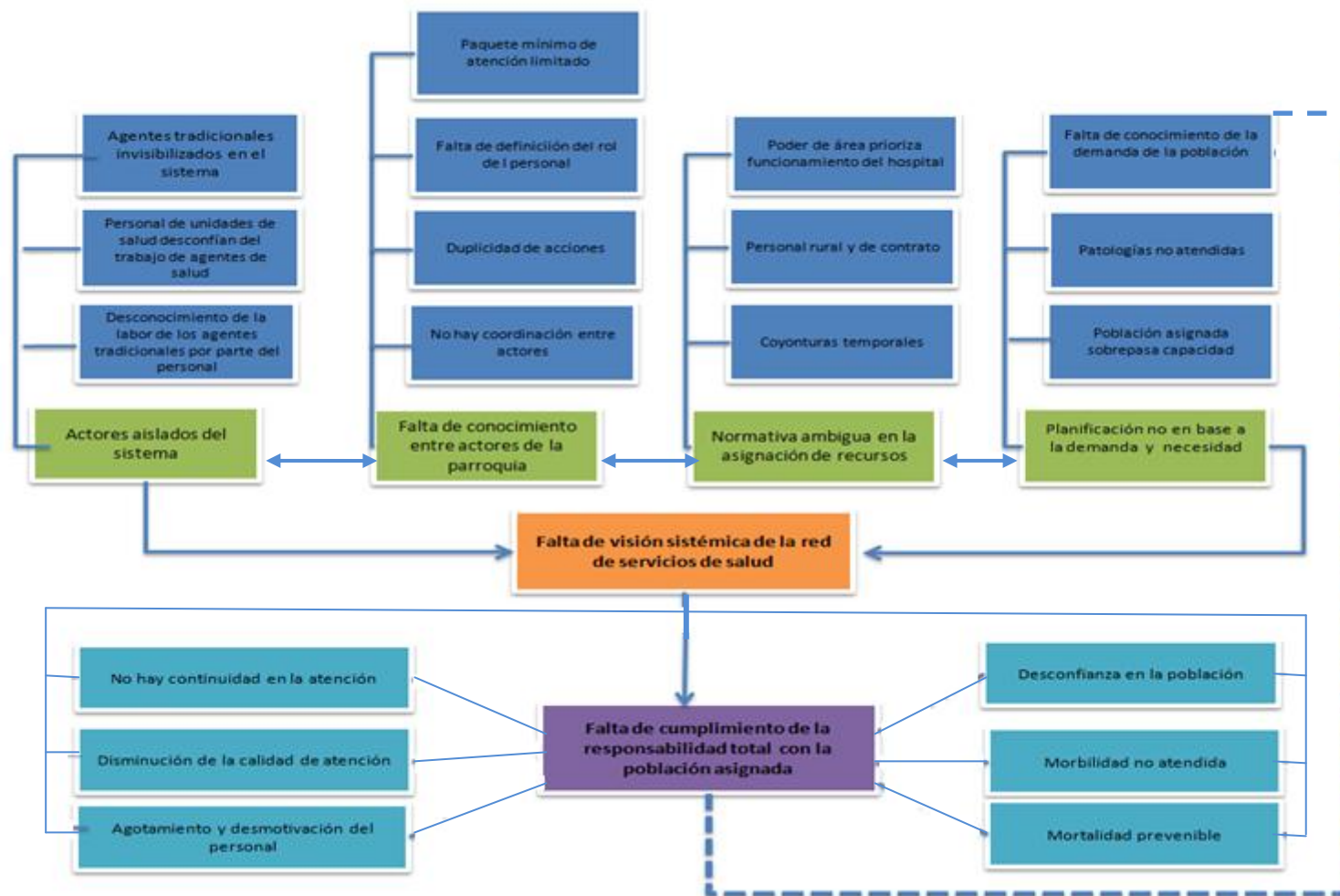
La presencia de las parteras en las comunidades kichwas de Loreto es ancestral y desempeña un rol preponderante en la salud de esta nacionalidad, por lo que: “fortalecer el sistema de salud de la nacionalidad kichwa, a través de un proceso de investigación, capacitación y difusión de la medicina tradicional”. Se identifica y se establece una relación con las parteras, a través de la organización indígena, y se busca mejorar sus destrezas y habilidades mediante un proceso de sensibilización y capacitación, en los temas relacionados con su actividad. El modelo ubica a las parteras en la base del sistema de salud indígena, como el puente que permite articular el Sistema de Salud Biomédico con el Sistema de Salud de la Nacionalidad Kichwa. (Amores 2011-pg 37).

El control prenatal de las usuarias en el cantón Loreto lo realizan en la unidad de salud la obstetra o el médico, pero la mayoría de las usuarias acuden a las parteras comunitarias, acción que la llevan a cabo en sus propios domicilios o acuden al domicilio de las usuarias.

Se realiza atenciones del parto y puerperio en los domicilios de las usuarias, sin embargo, la adecuación de los servicios de salud con la implementación de la Casa Intercultural del Parto, ha permitido el incremento del parto institucional. Esto, también gracias al relacionamiento con las parteras comunitarias, quienes acompañan a las usuarias y promoción que realizan los grupos focales.

Se considera una experiencia exitosa porque la base de su intervención se ha centrado en la organización comunitaria, la formación de talento humano propio de la zona y el nivel de empoderamiento que la población tiene del modelo, factible de ser replicado, tomando en cuenta las particularidades de cada territorio, las cosmovisiones y pautas socioculturales.

6. MODELO CONCEPTUAL DE REFERENCIA



Elaborado: Mercedes Flores G. Módulo de Campo Noviembre 2008

7. ALTERNATIVAS DE CAMBIO Y SU PRIORIZACIÓN.

Las alternativas de cambio fueron construidas en el año 2008 con la participación de dos representantes de la Junta Parroquial, 3 miembros del Subcentro de Salud del MSP, el médico del Dispensario del Seguro Social Campesino y 1 representante de las parteras tradicionales.

7.1. Alternativas de Cambio

Alternativa 1 Implementar la red de servicios de salud en la parroquia de Quiroga con la participación de los actores públicos y agentes tradicionales de salud.

Alternativa 2 Elaborar Políticas Locales que permitan la planificación, asignación y evaluación de recursos humanos, de acuerdo a las necesidades de la población.

Alternativa 3 Determinar las necesidades salud de la población y gestionar los recursos humanos para satisfacer estas necesidades.

7.2. Criterios de selección

CRITERIOS	ALTERNATIVAS		
	1	2	3
Factibilidad	18	15	20
Aplicabilidad	20	15	19
Visibilidad	16	15	18
Impacto	21	19	21
Sostenibilidad	16	18	17
Externalidades	15	12	16
Aceptación Ética	21	16	15
TOTAL	127	110	126

Leyenda: con un puntaje 1= bajo, 2= medio, 3 = alto

Fuente: Taller de Socialización de Resultados Informe Preliminar de Campo

Elaboración: Mercedes Flores G

La alternativa con mayor puntaje fue la relacionada a la conformación de la Red de Servicios de Salud. Esta alternativa permitirá a nivel local contar con un espacio de encuentro para los tres proveedores de salud, la participación de la Junta Parroquial como autoridad local, quien puede asumir la organización, posibilitar la planificación local en salud garantizando atención integral, complementaria, valorando y respetando la cultura de la población.

8. HIPÓTESIS DE CAMBIO

Mediante la identificación, intercambio, reconocimiento y valoración de los Proveedores de Servicios de Salud Públicos (MSP- SSC) y los de Medicina Ancestral Andina, representado por las parteras, se logrará identificar problemas de salud, zonas geográficas, paquetes esenciales de prestaciones que promuevan complementariedad en beneficio de la calidad de atención del componente materno en particular y de la población en general.

9. OBJETIVOS

9.1 Objetivo General

- Reducir la duplicidad de acciones entre los proveedores de salud de la Parroquia Quiroga, buscando la continuidad y complementariedad en la atención materna.

9.2. Objetivos Específicos

- Crear un espacio de coordinación que permita la planificación en base a las necesidades de la población.
- Implementar un plan de capacitación que posibilite el intercambio de experiencia

10. METODOLOGÍA

El proceso metodológico se basó en el modelo de investigación de Grodos y Mercenier que corresponde a una investigación – acción¹⁶.

El proceso se desarrolló en dos etapas. La primera en el año 2008, en la que se realizó el análisis de la situación que permitió la identificación de la problemática de salud en la parroquia. Contó con el apoyo de los equipos de salud de las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y el Seguro Social Campesino El Punge, la intervención del presidente de la Junta Parroquial, como autoridad local, quienes aportaron en la identificación de la problemática de salud y en la búsqueda de estrategias para mejorar la prestación de servicios en beneficio de la población. El acompañamiento de la representante de las parteras del Jambi Mascaric fue un elemento clave que permitió entender esta práctica ancestral.

En esta etapa se conformó un equipo de investigación con los actores anteriormente señalados y con ellos se concretaron las alternativas de cambio y su priorización. Esta etapa tuvo un corte de tiempo debido a la ausencia de la investigadora que luego se integró nuevamente a la zona para dar continuidad al proceso, lo cual si tiene implicaciones en su desarrollo.

¹⁶ Los criterios que definen a una investigación acción son: a) los objetivos buscan identificar y aplicar la decisión más óptima. b) Los sujetos considerados desde sus dimensiones sociales y de conducta preponderantes, c) el enfoque global. d) La validez local del método y de los resultados. e) La duración, con perspectiva de un proceso continuo deseable; f) la visibilidad, que está dada para los actores e investigadores, g) La posición comprometida de la investigadora, h) La posición participante de los actores; i) El nivel de formación de la investigadora, que requiere experiencia, sentido común más capacitación o asesoría; j) El costo bajo. Pesse. K y De Paepe. P. (1999).

La segunda etapa se desarrollo entre septiembre 2011 a enero 2012, en la cual se actualizó el análisis situacional, se intentó conformar un nuevo equipo de investigación con el personal del SCS Quiroga y el Dispensario del Punge que habían sido renovados íntegramente. En esta etapa se contó con el apoyo de la Organización de Parteras de Cotacachi. Su colaboración y predisposición permitieron avanzar en el proceso.

Esta movilidad de actores en los dos servicios de salud dificultó consolidar un equipo de investigación que tiene sus implicaciones en este proceso de investigación y en la implementación de las instrucciones operativas para viabilizar el cambio.

10.1. ENFOQUE, MÉTODO Y TÉCNICAS DE ESTUDIO

El estudio tiene un enfoque predominantemente cualitativo, porque trató de recopilar la opinión de los actores, midió la relación interna de los proveedores de salud de la parroquia; el posicionamiento de la autoridad local y de las Direcciones de cada servicio de salud; el posicionamiento de las parteras como actores de salud en la parroquia frente a los servicios.

La metodología incluyó el desarrollo de talleres en los que se utilizaron técnicas cualitativas tales como las creativas y de consenso, sobre todo para la identificación y reconocimiento de los actores participantes y para definir las funciones de la red.

Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron cuantitativas y cualitativas. Entre estas últimas se desarrollaron entrevistas a profundidad, observación participante directa, grupos de discusión, análisis del discurso, análisis de documentos.

Las fuentes de información primarias fueron: el personal de salud del subcentro Quiroga, Dispensario del Seguro Campesino y agentes tradicionales de salud (parteras). Los datos se obtuvieron, a través de la observación directa, talleres y reuniones, entrevistas a profundidad.

Los instrumentos de recolección de información fueron: una guía para la revisión de partes diarios de atención, concentrados mensuales, historias clínicas principalmente de pacientes de control prenatal, por ser esta actividad común para los tres prestadores de salud. Están también los documentos de sistematización de eventos de capacitación, el diario de campo y las guías para entrevistas.

10.2. INSTRUCCIONES QUE AYUDARON A OPERATIVIZAR EL CAMBIO

Se definieron dos sub estrategias dirigidas a operativizar el cambio. A continuación se presentan las instrucciones operativas diseñadas:

Actividad Programada	Instrucciones Operativas
1 Reconocimiento e intercambio entre los proveedores de servicios del MSP el SSC y de la Medicina Ancestral.	a) Dos talleres de intercambio y socialización entre actores para definir intereses, conocimientos y prácticas. b) Plan de capacitación para los tres proveedores
	a) Delimitación del paquete esencial de servicios que cada actor efectuará, ciertas prestaciones que

2 Definición de las funciones de la red plural de servicios	<p>complementarán el accionar del otro.</p> <p>b) Delimitación de zonas geográficas de trabajo.</p> <p>c) Definición de los mecanismos de comunicación que se utilizarán para compartir información sobre los pacientes atendidos por los tres servicios que permita continuidad de atención</p>
---	--

Elaboración: Mercedes Flores G.

10.3. IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

La matriz de operacionalización de variables se adjunta en un el Anexo N° 1, incluye: denominación y dimensión de la variable; el indicador y su estructura; el método y la técnica de recolección; la fuente de información; y, el patrón o referente.

10.4. UNIVERSO Y MUESTRA.

Para la sub estrategia: “Reconocimiento e Intercambio entre los Proveedores de Servicios del MSP el SSC y de la Medicina Ancestral” así como para la definición de las funciones de la Red de Servicios fueron seleccionados los tres proveedores de salud, que realizan atención prenatal y postparto.

Para las entrevistas a profundidad con la finalidad de contar con el aporte, posicionamiento y visión de todos los actores se seleccionó a un actor de cada servicio. Al tener el Seguro Social Campesino una estructura organizacional jerárquica se seleccionó al Director Regional.

Para determinar el número de historias clínicas en el Subcentro de Salud se tomó como universo las 109 primeras consultas de control prenatal, realizadas durante el año 2011. Se realizó un muestreo aleatorio simple con una muestra de 41 historias correspondientes al 38% del universo.

10.5. MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN POR CADA VARIABLE

En la sub estrategia Reconocimiento e Intercambio entre Proveedores de la Medicina Formal (MSP y SSC) y de la Medicina Ancestral (parteras) y para la para conformar la Red se utilizó el método cualitativo con las siguientes técnicas e instrumentos:

CUADRO 4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOPIACION DE INFORMACIÓN SUBESTRATEGIA 1 Y 2

TECNICA	INSTRUMENTO
Entrevista a profundidad	Guía de entrevista a profundidad, se estableció preguntas claves, generadoras que posibiliten evaluar la posición de los actores en relación a la conformación de la Red de Servicios de Salud. (Anexo N° 6) Estuvo dirigida al médico rural y Director del

	Seguro Social Campesino y una partera tradicional
Observación Participante	Hoja de registro: Diario de campo utilizado durante todo el proceso. Recolección de toda la información compartida en talleres de reconocimiento e intercambio Agendas de trabajo con actores políticos Se estableció una agenda de trabajo con el presidente la Junta Parroquial y la lista de participantes.
Mapeo de Actores: "Ronda del poder e interés de los actores en torno al tema: conformación de la red plural de servicios	Guía de observación, documentación respectiva.
De consenso	Papelógrafos, síntesis de reuniones efectuadas.
Revisión documental	Base legal conformación de redes plurales de salud. El Nuevo Modelo de Atención. Modelos Interculturales de Salud.

Fuente: Sistematización de talleres, diario de campo
Elaboración: Mercedes Flores G.

10.6 MAPEO DE ACTORES

Se identificó como actores claves en el proceso a los equipos de salud de las unidades operativas y al Director del Seguro Social Campesino por la estructura jerárquica que tiene esta institución; la mayor parte de actores tienen posición favorable frente a la conformación de la Red de Salud, sin embargo, no asisten a la convocatoria para las reuniones que permitan ir avanzando en el proceso, lo cual refleja que no existe una verdadera disposición para desarrollar la propuesta.

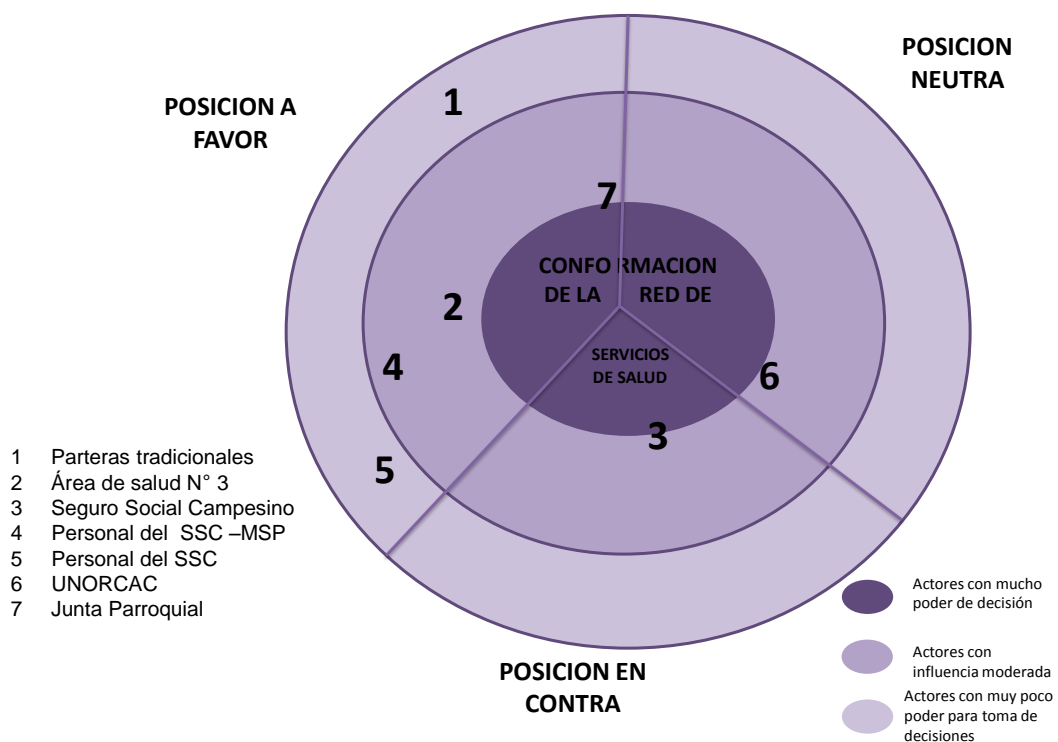
En la primera etapa de la investigación, el apoyo del Director del Seguro Social Campesino fue valioso y motivó la participación del personal del Dispensario; mientras que en la segunda etapa (2011) la posición del Director es contraria, especialmente frente a las prácticas de medicina ancestral. Esto se expresa en su comentario: *"Es necesario que se busque la manera de eliminarlas ya que son un retroceso en salud"*.

No se tomó en cuenta, al Presidente de la Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi, UNORCAC, y al Director Área N° de 3 de Salud, actores claves en este

proceso, por lo que fue necesario establecer una reunión con ellos y valorar el nivel de aceptación frente a la conformación de la red. La posición de la Directora del Área de Salud es favorable; el Presidente de la UNORCAC es favorable, sin embargo no es decisiva lo que se evidencia en una de sus expresiones: “*siempre hemos buscado la manera de unirnos*”¹⁷, pero su actitud es esperar que los “otros” tomen la decisión. Las intervenciones de la Organización han respondido al financiamiento de un proyecto en particular, cuando este termina, el trabajo se detiene, esto demuestra que el interés por el componente salud al interior de la UNORCAC es coyuntural y depende de los recursos que consiguen para darle el impulso que requiere. Las parteras son entonces un recurso que no es tan apreciado por la organización que las representa, pese a ser las más permanentes en las comunidades.

Este análisis se puede apreciar en el gráfico del mapeo de actores que se expone a continuación:

GRÁFICO 2 MAPEO DE ACTORES Y SU GRADO DE INFLUENCIA EN LA CONFORMACIÓN DE LA RED PLURAL DE SALUD. PARROQUIA QUIROGA. PERÍODOS 2008 - 2011



Fuente: Taller de construcción de consensos sobre la necesidad de conformar la red plural Períodos 2008 – 2011.

Autora: Mercedes Flores G.

10.7 VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN

En los talleres y reuniones efectuados se procuró la asistencia de los tres actores. Los aportes y comentarios fueron sistematizados en un documento memoria en el

¹⁷ Lic. Rumiñahui Andrango Presidente de la UNORCAC, reunión realizada el 24 noviembre 2008

que se intentó recopilar la percepción de los participantes, sus puntos de vista, su posición frente a las estrategias y las relaciones de poder. Sirvió para orientar el proceso que junto con las observaciones del maestrante, definieron nuevas actividades. La información recolectada fue en su mayoría cualitativa.

La validez de la información es para este proceso y en este contexto, sin embargo, en la mayoría de parroquias rurales de la provincia y país se cuenta con mínimo tres proveedores de salud fijos: el Ministerio de Salud con profesionales rurales, el Dispensario del Seguro Social Campesino y Agentes de Medicina Ancestral, que trabajan aisladamente, duplicando esfuerzos y recursos, sin lograr la solución de los problemas de la población, por lo que podría servir como aproximaciones a una realidad similar con sus particularidades.

11 RESULTADOS

11.1 DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA

Para la sub estrategia diseñada: “reconocimiento e intercambio de actores locales en salud” se presenta una comparación entre lo programado y lo cumplido en el siguiente cuadro:

CUADRO 5 COMPARACIÓN ENTRE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y CUMPLIDAS EN LA SUB ESTRATEGIA 1, EN EL PERÍODO AGOSTO A DICIEMBRE 2008 Y SEPTIEMBRE 2011 A ENERO 2012, EN EL SCS QUIROGA

PROGRAMADO	CUMPLIDO	OBSERVACIÓN
a) Dos talleres de intercambio y socialización entre actores para definir intereses, conocimientos y prácticas.	Se realizó un taller en el que cada actor socializó sus actividades enfocándose detenidamente en la atención materna que es común para los tres.	No se realizó el segundo taller debido a actividades programadas en el Área de Salud N° 3 – MSP y por limitada disponibilidad de tiempo del personal, pese a haber reprogramado la fecha. En la segunda fase de la investigación se realizó un nuevo taller, sin la presencia del Seguro Social Campesino.
b) Plan de capacitación para los tres proveedores.	Se realizó una reunión para definir el plan de capacitación con la participación de 2 de los 3 actores. No se contó con la participación del Seguro Social Campesino, Se definieron algunos temas.	No hay interés en la elaboración del plan

Fuente: Sistematización de talleres, diario de campo.

Elaboración: Mercedes Flores G.

- a) **En relación a los Talleres de Intercambio.** El taller de intercambio y socialización de actividades permitió que los actores se conozcan y conversen sobre las actividades que realizan constatando que en general son iguales y presenta problemas y limitaciones comunes para los proveedores estatales. Los controles prenatales subsecuentes tienen una baja cobertura, reconocen que las parteras tradicionales pueden ser aliadas y posibilitarían la continuidad en la atención prenatal.

Se intentó implementar los formularios de referencia y contrareferencia que utilizan las parteras en el Jambi Mascaric entre la Partera y el SCS Quiroga, sin embargo, el médico de esta unidad señala que no puede hacer contrareferencia, bajo su concepto, esta solo se efectúa cuando la paciente ha concluido un tratamiento y es dada de alta desde el servicio.

Se explicó que la contrareferencia en este caso particular, sirve para que la partera haga seguimiento de las indicaciones que da el médico, que va a posibilitar que la madre cumpla con las indicaciones bajo el control de la Partera, quien motivará la asistencia de las pacientes a los controles subsecuentes dando continuidad a la atención. La utilización de los formatos de referencia de las parteras fue aceptada por el personal de salud y deben ser archivados en la Unidad para el seguimiento.

- b) **En relación al Plan de Capacitación.**- Fue definido en el encuentro con los actores, que manifestaron no conocer las prácticas de medicina ancestral y las parteras indicaron no tener relación con las unidades de salud de la parroquia: Su mayor referente ha sido el hospital, se definió los siguientes temas:

- Control prenatal desde la práctica de medicina occidental y tradicional.
- Problemas en el control prenatal.
- Control postnatal desde la práctica de medicina occidental y tradicional.
- Enfermedades del campo.

Sin embargo, no se desarrollaron talleres posteriores que permitan abordar la temática consensuada.

11.1.2.-Sub estrategia dos: Definición de las Funciones de la Red Plural de Salud se presenta a continuación la evaluación de lo alcanzado:

CUADRO 6 COMPARACIÓN ENTRE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y CUMPLIDAS EN LA SUB ESTRATEGIA 2 EN EL PERÍODO AGOSTO A DICIEMBRE 2008. Y SEPTIEMBRE A ENERO 2012 EN EL SCS QUIROGA.

PROGRAMADO	CUMPLIDO	OBSERVACIÓN
a) Delimitación del paquete esencial de servicios que complementarán el accionar de cada actor participante	Se mantiene una reunión con los actores, tomando como eje trazador el control prenatal; el Seguro Social Campesino no oferta un	Los actores reconocen sus debilidades y fortalezas en la oferta de servicios de cada uno. El MSP es quien oferta el

	<p>paquete integral (vacunas, complemento nutricional) por lo que se define este es el complemento para el servicio por parte del MSP. La atención de las parteras está asociada con la armonización y equilibrio físico y mental de la mujer, siendo este el enfoque en la atención complementaria que las parteras den a sus usuarias.</p>	<p>control prenatal integral, específicamente en este programa el DSSC, no podría complementar la atención; hay otros programas que tienen en común y realizando una planificación conjunta, podrían complementar la atención el DSSC y el MSP, como el control escolar, atención a pacientes crónicos, siendo un punto que se debe tomar en cuenta en la planificación de actividades conjuntas entre los proveedores de servicios de salud.</p>
b) Delimitación de zonas geográficas de trabajo.	<p>Están definidas las zonas de intervención de cada servicio de salud. Al Seguro Social Campesino pertenece las comunidades de: San José y un bajo porcentaje de población del casco urbano de Quiroga. Las parteras tradicionales no se pueden limitar a una zona geográfica, responden a la preferencia de las usuarias.</p>	<p>Actividad previamente establecida por la afiliación de la población al SSC, sin embargo SCS-MSP no la conocía. Las parteras indicaron que atienden en todas las comunidades dónde requieran sus servicios. No tienen zona de atención delimitada.</p>
c) Definición de los mecanismos de comunicación que se utilizarán para compartir información sobre los pacientes atendidos por los tres servicios que permita continuidad de atención.	<p>Se estableció que entre las parteras tradicionales y los servicios de salud del MSP y SSC que se utilizarán los formatos de referencia y contrareferencia del Jambi Mascaric. Entre el SSC y DSSC no se establece ninguno.</p>	<p>Apertura por parte del personal de los servicios de salud, para la utilización de hojas de referencia del Jambi Mascaric. Es necesario establecer un mecanismo que permita que el SSC y el MSP compartan información con la finalidad de medir la continuidad de atención.</p>

Fuente: Sistematización de talleres, diario de campo

Elaboración: Mercedes Flores G.

- a) En relación a la delimitación del Paquete Esencial de Servicios.-** Los tres actores definen el paquete mínimo de atención, enfocándose principalmente en el componente materno, sin embargo, de acuerdo a los programas establecidos por el MSP y las competencias del Seguro Social Campesino, encuentran otros programas en los que pueden complementar la atención como: control escolar, seguimiento a pacientes crónicos. Se tomó como referente para esta investigación el componente materno, por ser común para los tres proveedores de salud existentes en la parroquia, pero si se retoma el concepto de red de salud, esta debe responder a la

atención integral a la población y los actores deben esforzarse por cubrir a la totalidad de la población con sus programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, optimizando sus recursos y disminuyendo la duplicidad de acciones.

- b) En relación a la Delimitación de Zonas Geográficas de Trabajo.**- Está definida por la afiliación de la población al Seguro Social Campesino que corresponde al 13% del total de población de Quiroga. Las parteras tradicionales no delimitan una zona de intervención específica, responden a la preferencia de las usuarias. Quien tiene mayor saturación de pacientes es el Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública, que por su ubicación geográfica y la asignación poblacional que efectúa el nivel central, atiende a la población que le corresponde y además a otra cercana al Hospital Asdrúbal de la Torre, que pertenecen a Cotacachi. El proceso de inscripción territorial que actualmente está promoviendo y desarrollando el MSP¹⁸ limitará el acceso y así el hospital será descongestionado en relación a patologías que le corresponde al primer nivel de atención, pero este proceso es bastante lento. Hasta enero del 2012 el Subcentro de Salud tiene inscrita el 29% de la población que le corresponde atender, en la inscripción se debe reflejar si el usuario es afiliado o no al Seguro Campesino y de esta manera el MSP centrará su atención a una población definida, posiblemente disminuirá la duplicidad de acciones o podrá ingresar a ser parte del tarifario único¹⁹, recuperando costos de atención con el financiamiento del Subcentro de Salud por las prestaciones efectuadas a su población.
- c) En relación a Definición de los Mecanismos de Comunicación** Los equipos de salud establecen que las reuniones conjuntas puede convertirse en un mecanismo que facilite el seguimiento y la continuidad de este proceso de interrelación. Para garantizar el trabajo conjunto y reflejar la continuidad de la atención, se define que se utilizarán las referencias de las parteras; sin embargo, entre el Subcentro de Salud y Dispensario del Seguro Social Campesino no se establecen ningún mecanismo de comunicación en relación a los pacientes que de forma común están atendiendo. Es prioritario plantear la periodicidad de estas reuniones que les permita evaluar la interacción de cada participante.

Limitaciones en el Cumplimiento de las Instrucciones Operativas.- Una de las grandes debilidades fue no contar con una planificación estructurada, no mantenerse atenta a las modificaciones que las instrucciones operativas requerían, así como un débil sistema de registro y documentación de las reuniones, lo que dificultó posteriormente el análisis y la sistematización del proceso vivido.

La ausencia de un equipo de investigación más permanente, integrado y sólido fue uno de los mayores obstáculos en el proceso y que incidió de manera determinante en el alcance de los objetivos propuestos, situación que debe ser tomado en cuenta en futuras investigaciones.

Otros elementos a considerarse son:

- El personal asignado a las unidades operativas del primer nivel de atención del MSP es temporal. Su corta presencia (un año con todas las ausencias por permisos

¹⁸ El Ministerio de Salud a partir del 1 de septiembre del 2011 implementó la estrategia de inscripción de las y los ciudadanos para asignarles al centro y subcentro de salud más cercano a su residencia con la finalidad de fortalecer el nivel primario de salud, que este sea la puerta de entrada al servicio de salud de las y los ciudadanos.

¹⁹ Expedido mediante Acuerdo Ministerial 319, Registro Oficial 458 de 30-may-2011. con el objeto de elaborar un instrumento consensuado de compensación de prestaciones para la Red Pública Integral de Salud, en base a los aportes y avances de las diversas instituciones del sector.

gremiales, cursos de capacitación, reuniones del área) limita la articulación de procesos. La misma estructura administrativa del MSP no brinda las condiciones de sostenibilidad a estos procesos ya que no destina recursos para garantizar la permanencia de su personal.

- El personal más permanente son las auxiliares de enfermería, sin embargo no son consideradas dentro de la estructura organizativa del MSP como personal que puede tomar decisiones. El principio que se maneja es que “sólo el médico” es el que dirige el equipo, aunque el médico que llega al SCS es nuevo y en un año apenas inicia su comprensión de la realidad en la que se desenvuelve su trabajo de salud de la unidad operativa. Para dar continuidad a la conformación de una red plural, probablemente se deben definir otros actores que desde la base sostengan las propuestas.
- Un actor político muy importante es el presidente de la Junta Parroquial. En la primera etapa de la investigación apoyó y colaboró en el proceso, de acuerdo a su disponibilidad de tiempo, mientras que en la segunda etapa, su ausencia fue frecuente, siendo un actor clave que representa a la población lo cual también tiene su determinación en el alcance de los objetivos.
- No se tomó en cuenta a las parteras tradicionales como parte del equipo de investigación, siendo ellas los actores más permanentes de la parroquia, lo cual refleja que pese a reconocer su importancia desde el enunciado, en la práctica no existe coherencia.
- La población tampoco fue tomada en cuenta como parte de este equipo, factor que influyó notablemente en la consecución y continuidad del proceso.
- No se incorporó dentro de la red a otros actores en salud, una farmacia particular y a una curandera, porque el análisis se centró en el componente materno y se desconoció el papel de estos actores en la conformación de la red plural de servicios, situación que para nuevos procesos debe ser considerada.

11.2. RESULTADOS DE LA EVALUCIÓN ANALÍTICA.

Con respecto al cumplimiento de la Hipótesis de Cambio.

La hipótesis de cambio estableció un proceso de identificación, reconocimiento, intercambio y valoración de los proveedores de servicios de salud existentes en la parroquia, tanto de la medicina formal como de la medicina ancestral. Se dio por hecho que podrían establecer relaciones de beneficio mutuo para responder a la problemática de salud de la población, sin embargo y pese a cumplir con las instrucciones operativas planificadas se identificaron las siguientes constataciones:

- Se establecieron acuerdos que permiten reflejar la continuidad de la atención principalmente entre la Medicina Ancestral y los Servicios de Salud (MSP y SSC), reconociendo que la atención que realizan las parteras es complementaria a la atención del sistema formal.
- El plan de capacitación es uno de los elementos que debe ser reforzado y lograr la consecución, ello aportará a sensibilizar al recurso humano de las unidades operativas, y las Parteras mejorarán su nivel de confianza hacia en las unidades de salud. Sin embargo, en el plan de capacitación de ello solo se definieron las temáticas, no se logró implementarlo.

- La delimitación de las zonas geográficas de intervención fue una instrucción operativa que necesitaba más análisis, porque al considerar que cada proveedor de servicios ya tiene definida la población a la que debe atender, el concepto de responsabilidad está restringido a este segmento asignado y no a una concepción territorial de responsabilidad en la atención. La fragmentación y la ausencia del sistema de salud único, hace que se mantenga el trabajo individual con duplicidad de acciones principalmente por parte del MSP que, como organismo rector no logra conformar la red pública de servicios, que en la teoría propone, recibiendo a toda la población, sea esta afiliada o no, sin ningún criterio de recuperación de costos y sin definir un paquete de prestaciones que le permita potenciar su accionar en beneficio de la calidad de atención.
- La hipótesis de cambio fue ambiciosa para el corto tiempo en el que se desarrolló la investigación y no logró modificarse con el proceso.
- No se pudieron alcanzar los objetivos esperados al introducir la hipótesis de cambio, es necesario mayor tiempo para su consecución, sin embargo, no se ejecutó adecuadamente la evaluación operativa que hubiese permitido identificar la necesidad de incorporar a otros actores con mayor poder como son los tomadores de decisiones en cada una de las instituciones y organizaciones con las que se pretendió conformar la red. Se desconoció también a la población quien podría, a través de un proceso de educomunicación convertirse en veedora y demandante de un trabajo mucho más organizado entre los actores de salud. Esto no se consideró en el proceso.
- El modelo conceptual de referencia fue planteado desde la concepción de sistema de salud buscando que las unidades de salud que son primer nivel de atención cumplan con su función “responsabilidad total sobre su población”, pese a ello el proceso demostró que hay que profundizar el trabajo con las estructuras organizacionales de cada actor, para que luego puedan confluir hacia la mirada de objetivos más colectivos; ya que, los equipos de salud no pueden abstraerse de esta lógica. Lo cual determina que hay mucho que trabajar para conseguir la conformación de una red plural – local de salud. Se suma a esto la debilidad del Gobierno Local de la parroquia para incorporar en su desempeño la mirada de responsabilidad con los servicios de salud que existen en su territorio, lo que también dificultó el alcance de los objetivos y el cumplimiento de la hipótesis de cambio.
- La hipótesis de cambio tuvo como marco conceptual de referencia el sentar las bases para la generación de una política local, sin considerar que los Gobiernos Locales (Juntas Parroquiales) aún tienen una incidencia débil en ello.
- Plantearse objetivos como delimitar zonas geográficas entre actores, definir paquetes esenciales de servicios con unidades de salud que tienen lógicas organizativas propias e individuales, más aún cuando en la práctica no se han asignado los recursos financieros suficientes para fortalecer el primer nivel de atención, limitando la permanencia del talento humano que es el generador de cambios, es una constatación que merece ser considerada en un nuevo proceso de investigación – acción.
- Se tomó como referencia el componente materno por ser el programa que los tres proveedores de salud ejecutan y, a través del cual, se propuso coincidir en enfoques y mecanismos de atención para lograr la conformación de la red local de salud, sin embargo se identificó que la duplicidad de acciones está dada también en otros programas, por lo que la búsqueda de complementariedad es muy amplia y diversificada y requiere mayor análisis y el diseño de diferentes estrategias que permitan lograr la conformación de la red.

- La posición personal con la que la investigadora inició el trabajo influyó notablemente en la consecución de los resultados, el persistir en un planteamiento no contribuyó para que la hipótesis sea dinámica, no facilitó que se replanteen nuevos objetivos, incluso nuevas instrucciones operativas.
- Como un indicador de resultado se planteó el número de referencias que las parteras realizarían a las unidades operativas y las contrareferencias que ellas recibirían desde las unidades de salud; no se pudo desarrollar esta instrucción porque, pese a ser un compromiso propuesto en la primera fase de la investigación, señalado nuevamente en la segunda fase, no logró ejecutarse. Se considera que es la movilidad de los equipos de salud y la débil socialización de los programas que ejecutan lo que determinó su incumplimiento.
- El intercambio entre parteras y personal de salud no logró ejecutarse por las mismas razones ya señaladas a las que se podría agregar que para el personal nuevo que llega a una unidad de salud se requiere todo un proceso de sensibilización que reconozca la presencia de las parteras como interlocutoras que puedan contribuir a la continuidad de la atención y su complementariedad en la vida familiar y comunitaria. Quedan establecidas algunas actividades que los equipos de salud van a realizar con el apoyo del subproceso de salud intercultural de la Dirección Provincial de Salud.
- Un elemento vital también es la interrupción del proceso por parte de la maestrante, en el año 2008 el contexto, los actores y las posibilidades para sentar las bases que permitan plantear la conformación de una red, tenían determinadas características que en el 2011 eran totalmente distintas y pese a haber realizado un nuevo análisis situacional e intentar sensibilizar a los actores para dar continuidad a este proceso, no fue posible introducir un cambio tan complejo con esta ruptura temporal y de actoría.
- La propuesta es valiosa, además es parte de la política actual del MSP, pero requiere de condiciones estructurales que no fueron analizadas profundamente. Si bien el proceso formativo remarca la importancia de estar atenta al modelo de la investigación acción, el primer feedback que debía darse desde la evaluación operativa hacia la hipótesis de cambio no se hizo por lo que no se plantearon nuevas instrucciones operativas. Luego, en la evaluación analítica, tampoco se cumplió con el segundo feedback para lograr que la hipótesis sea dinámica y se modifique a la luz de los “hallazgos” que se identificaron con esta evaluación. Esto refleja una falta de atención al modelo de Grodos y Mercenier respecto a la investigación – acción, sin embargo evidenciarlo ahora podría señalarse como uno de los resultados más importantes y como un aprendizaje que permitirá, en otro momento investigativo no desconocerlo. Por otro lado está el tiempo que también fue un gran limitante ya que proponiendo un tema tan ambicioso era realmente difícil, dados los resultados ahora encontrados, que se logre en el lapso de dos meses. Probablemente con un equipo de investigación más sólido y permanente se puede retomar la propuesta.

12. DISCUSIÓN

La conformación de una red plural de salud a nivel local, tiene muchas limitaciones entre las que se puede señalar:

- En el Modelo de Gestión del Ministerio de Salud Pública 2011, dentro de las funciones a nivel distrital, señala en el literal b “organizar y conducir la red de servicios de salud pública y complementaria del nivel distrital y los entes administrativos sujetos a su jurisdicción” literal e: elaborar el plan de fortalecimiento de las capacidades institucionales del nivel distrital, para la implementación del Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario, Intercultural en la red de servicios de salud. En el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD 2010), se señala que una de las competencias de las juntas parroquiales es el ordenamiento territorial, entendiéndose como un proceso, planificado de naturaleza política, técnica y administrativa, cuyo objeto central es el organizar, armonizar y administrar la ocupación y uso del espacio, de modo que éstos contribuyan al desarrollo humano ecológicamente sostenible, espacialmente armónico y socialmente justo (Massiris 2000); por lo que, a nivel local se contaría con dos instancias que en forma coordinada desde un nivel técnico (MSP) y político –social (Gobierno Autónomo Descentralizado – GAD), deberían organizar la red local de salud. Pese a contar con un marco jurídico no llega el momento de unir esfuerzos y tomar decisiones que permitan trabajar por un sistema de salud más justo y eficiente. El protagonismo de estos actores y sus interrelaciones dependen de su nivel de comunicación y de cómo se maneje su poder en beneficio de la población.
- Para lograr atención de calidad en una zona geográfica, de acuerdo a lo que plantea Baz (2005), se requiere que los proveedores de servicios de salud reconozcan las necesidades de la población. Es prioritario articular la red local de salud contando con la participación decisoria de la comunidad que es la que siente las necesidades, debe reflejar la solución de sus problemas en los objetivos de la red. Actualmente, desde del MSP en la teoría se busca articular a todos los actores en iniciativas como Acción Nutrición hacia la Desnutrición 0; Escuelas Promotoras del Buen Vivir, Redes de Prevención Contra la Violencia Intrafamiliar, entre otras, que requieren equipos de trabajo sólidos, permanentes, activos, en capacitación permanente, de tal forma que realmente se pase de la teoría a la acción.
- La formación del personal, como un elemento importante en la conformación de la red, como lo señala (Rovere 1999), debe ser continua, y con la población. Requiere de un plan de formación que recoja elementos muy importantes como el desarrollo de instrumentos de análisis de la información para la toma de decisiones, ya que las unidades de salud producen gran cantidad de ésta que requiere ser procesada en beneficio de su desempeño. Dentro de este plan se debe contemplar un proceso de sensibilización que reconozca a los actores de la medicina ancestral, porque siguen invisibilizados, lo que entra en contradicción con lo que señala la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 6, en cuanto al reconocimiento de la medicina ancestral. Nuevamente cae en saco roto todo un marco legal existente que se vuelve inoperante ante la movilidad permanente del recurso de salud que no logra sostener ejes estratégicos de desarrollo del trabajo en salud.
- Al interior de los equipos de salud, se sigue trabajando con una concepción jerárquica, las relaciones de poder mantienen en la dirección de la unidad al médico; aún cuando éste llegué a “descubrir una realidad” que apenas la percibe, después de un año de trabajo con todas las interrupciones que ya se han señalado. Esto limita el reconocimiento de otros miembros del equipo que probablemente por su formación, su permanencia en la zona de trabajo, su cercanía y nivel de comunicación con la

población pueda ser el recurso más idóneo para sostener una propuesta tan compleja como la conformación de una red plural de salud. Logar una combinación armónica entre poder en la toma de decisiones, capacidad analítica, conocimiento de la realidad, nivel de compromiso, formación para la acción, son varios de los elementos que requieren ser discutidos y profundizados para proponerse el desarrollo de una red plural de salud y que ahora a la luz de este proceso se perciben con más claridad.

- Las instituciones públicas muestran coberturas, sin mirar que los otros ya hicieron lo mismo. Se responde únicamente a la normativa que no siempre está enfocada en la necesidad de la población, que es la única perjudicada, porque puede duplicarse la administración de medicamentos, con cortos periodos de tiempo entre un episodio y otro en perjuicio de su estado de salud. Se suma la propia concepción de la población en relación a los fármacos y a los especialistas *“mientras más medicamentos reciba o escuche la opinión de un mayor número de médicos, unos más famosos que otros, estará mejor atendida”*.
- Los equipos de salud de las entidades públicas no cuentan con espacios para reflexionar, analizar y discutir sobre todo el volumen de información que generan y menos aún para compartir con otros proveedores de servicios que trabajan en su mismo ámbito geográfico, lo que ratifica el planteamiento y la necesidad de contar con una red plural de salud que a futuro les permita un análisis colectivo y la búsqueda de soluciones consensuadas en beneficio de la calidad de atención.
- Desde la política y leyes actuales se reconoce a los Agentes Tradicionales de Salud, pero este reconocimiento ¿en qué sentido?. Las parteras tradicionales hacen un trabajo en las comunidades, atienden a una población que busca su servicio y ellas que reciben a cambio?. Si bien es cierto, en las comunidades rurales se practica la cultura de la reciprocidad, pero no siempre sus usuarias cuentan con los recursos. La relación que se establece entre estos dos sistemas sigue siendo inequitativa, con las parteras, pese a que en el caso del cantón Cotacachi existen experiencias y esfuerzos importantes para organizar un trabajo articulado como fue el funcionamiento del Comité Intersectorial de Salud, durante la administración del economista Auki Tituaña Males, en los años 1996 al 2009. En esa época y aún con la expedición de una política local, que promovía la articulación entre las dos medicinas, contaba con un espacio de construcción de propuestas, no se logró dar continuidad a este proceso, probablemente porque la sostenibilidad está dada en lógicas individuales más internas como la motivación de ciertas personas ubicadas en las instituciones públicas y que se convierten en “pequeños motores” que impulsan los procesos. A veces solo son esas voluntades individuales las que motivan el desarrollo de una propuesta y cuando estas personas, por diferentes razones ya no se encuentran, se vienen abajo todas las posibilidades. ¿Cómo combinar la voluntad individual con la necesidad colectiva? ¿Cómo lograr que las propuestas se conviertan en políticas locales que se desarrollen con el tiempo?. Esta investigación da algunas pautas, que ayuden a disminuir la inequidad y desventaja en las que se encuentran los agentes tradicionales de salud (parteras) en relación con otros que cuentan con el respaldo y reconocimiento del sistema oficial (MSP – SSC).
- Las parteras aportan con el cuidado de las mujeres embarazadas, la atención en el parto y el control post parto, es decir, cubren parte de la atención que el Estado garantiza a la población, por lo que el Estado debe retribuirles, facilitarles el acceso a la educación desde su lógica ancestral, y no modificar sus prácticas con técnicas de la medicina formal, trabajo que les permitiría subsistir y aportar a su núcleo familiar.

- La organización de segundo grado UNORCAC, tiene un trabajo de más de 16 años en el área de salud, un recurso humano valioso y comprometido, pero con muy poco poder de decisión. El Jambi Mascaric nació de una necesidad de la población, con la finalidad de fortalecer las prácticas de medicina ancestral, por ahora no cuenta con la estructura organizacional que garantice la sostenibilidad, responde a planeamientos temporales de acuerdo al financiamiento internacional con el que cuentan y dejan siempre la sensación de ¡otra vez estamos solas! Esto no les permite mantener una posición firme frente a los planteamientos hechos desde el sector salud, que las reconoce, pero no les puede dar nada a cambio.

13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El modelo actual de gestión de varios ministerios se basa en la coparticipación intersectorial para resolver los problemas de la población, optimizar los recursos y evitar la duplicidad de acciones, se presenta toda una teoría del proceso y ventajas de la conformación de redes locales de salud, que aportaron en la construcción de este estudio, en la práctica, a nivel local con equipos que no son permanentes, es difícil, casi imposible, depende mucho del interés personal del equipo, (médicos y enfermeras), y de la voluntad política que exista en la autoridad local de turno.
- El Ministerio de Salud Pública como rector de la salud es quien asume la función de organizar la red local. En el nivel local, el subcentro de salud no tiene la capacidad operativa para la construcción de este proceso, por la misma inestabilidad del recurso humano, existe desde el Ministerio de Salud Pública una brecha entre el planteamiento teórico y la práctica. La Junta Parroquial, como autoridad local, tampoco cuenta con personal operativo que pueda dar sostenibilidad al proceso, depende del interés que tenga la autoridad de turno. Sin embargo, en el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización, menciona la creación del Concejo de Planificación. En el Art. 95.- “Las ciudadanas y ciudadanos en forma individual y colectiva participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos...” lo que garantizaría la funcionalidad de la red local de salud; siendo el Ministerio de Salud Pública el apoyo técnico en la misma.
- Las parteras tradicionales son un recurso valioso en las comunidades por el rol que ejercen, cuentan con el reconocimiento del Ministerio de Salud, pero es necesario que se mantengan firmes, haciendo prevalecer su sabiduría ancestral, su formación debe rescatar este valor, no permitir que sea invadido por concepciones y técnicas de la medicina formal, que ocasionan su aculturación, la pérdida de sus conocimientos, que a la larga provocará la pérdida de este recurso en la comunidad.
- El Ministerio de Salud Pública cuenta con un Modelo de Atención Integral muy bien concebido, que le permite cubrir la demanda de la población. Es necesario establecer el acercamiento con los otros actores, integrarse más con la población, poner en marcha la teoría que está bien definida, para poder cumplir con su Mandato Constitucional: “garantizar la salud de la población.”
- El Seguro Social Campesino tiene una población definida y limitada a quien posiblemente le conoce mejor. Dentro de su rol está brindar atención integral que incluye la promoción, prevención y no únicamente la curación. Es recomendable que se planifique en coordinación con los otros actores estas actividades para dar cumplimiento a su función como proveedor de servicio de salud de primer nivel.

- Ahora que desde la política nacional se prevé la conformación de las redes locales de salud y a nivel de los servicios de salud hay la apertura para que se establezcan servicios complementarios, ubicando a los agentes tradicionales de salud como parte del sistema, considero que es necesario que se fortalezca la organización del Jambi Mascaric, para recuperar un trabajo en salud comunitaria de más de 16 años, pero sin perder de vista la complejidad del trabajo de las parteras. Ellas no necesitan introducir en sus prácticas técnicas occidentales como el manejo de pinzas. Es recomendable que se realicen encuentros para seguir fortaleciendo su arte, pero dentro de su cosmovisión.
- Las parteras tradicionales son un referente en cada comunidad, no solo por el trabajo que realizan en el cuidado de las madres en el embarazo, parto y puerperio, si no porque ellas son las consejeras y quienes ayudan a mantener la armonía en las familias y en la comunidad, por lo tanto, el equipo de salud cuenta con un recurso valioso, para apoyo de las acciones extramurales que se ejecuten, es importante que se cuente con ellas para el trabajo coordinado.
- Se debe mantener los encuentros entre los equipos de salud y las parteras, pero no solo como un proceso de capacitación a ellas únicamente, si no de sensibilización a los equipos de salud; las parteras tienen mucho que enseñar.
- Como una manera de evidenciar el trabajo conjunto, coordinado entre los actores de salud de la parroquia frente a la comunidad se recomienda que cuando se realice el control prenatal se incluya una pregunta si las mujeres se han hecho revisar con las parteras, de esta manera la población puede percibir que el servicio de salud sí reconoce el trabajo de las parteras, y confía en las prácticas de salud ancestral, se debe incluir en el registro de la historia clínica.
- La Junta Parroquial tiene el poder de convocatoria, la normativa que le faculta a organizar su territorio en base a una planificación con la instancias estatales, solo hace falta la decisión.
- Si bien, la investigación se enfocó en el componente materno, también se pudo observar que no es el único programa en el que se duplican acciones por lo que el trabajar en red, planificar acciones en conjunto, territorializar las acciones, logrará disminuir los gastos al Estado.
- Desde la red local de salud se pueden abordar muchas intervenciones que posibiliten el “Buen Vivir” En el tema de violencia que por su complejidad casi no es mencionado en alianza con otros sectores estatales se puede buscar solución a ello. La recreación, ambientes saludables, prevención de embarazo no deseado en adolescentes, son temas importantes para la red local que pueden servir para la planificación, ejecución y evaluación de todos los programas que actualmente están contemplados. Logrando la intervención coordinada de todos los actores locales, evitando un trabajo que si se realiza solo es agotador y casi nunca alcanza los resultados esperados.

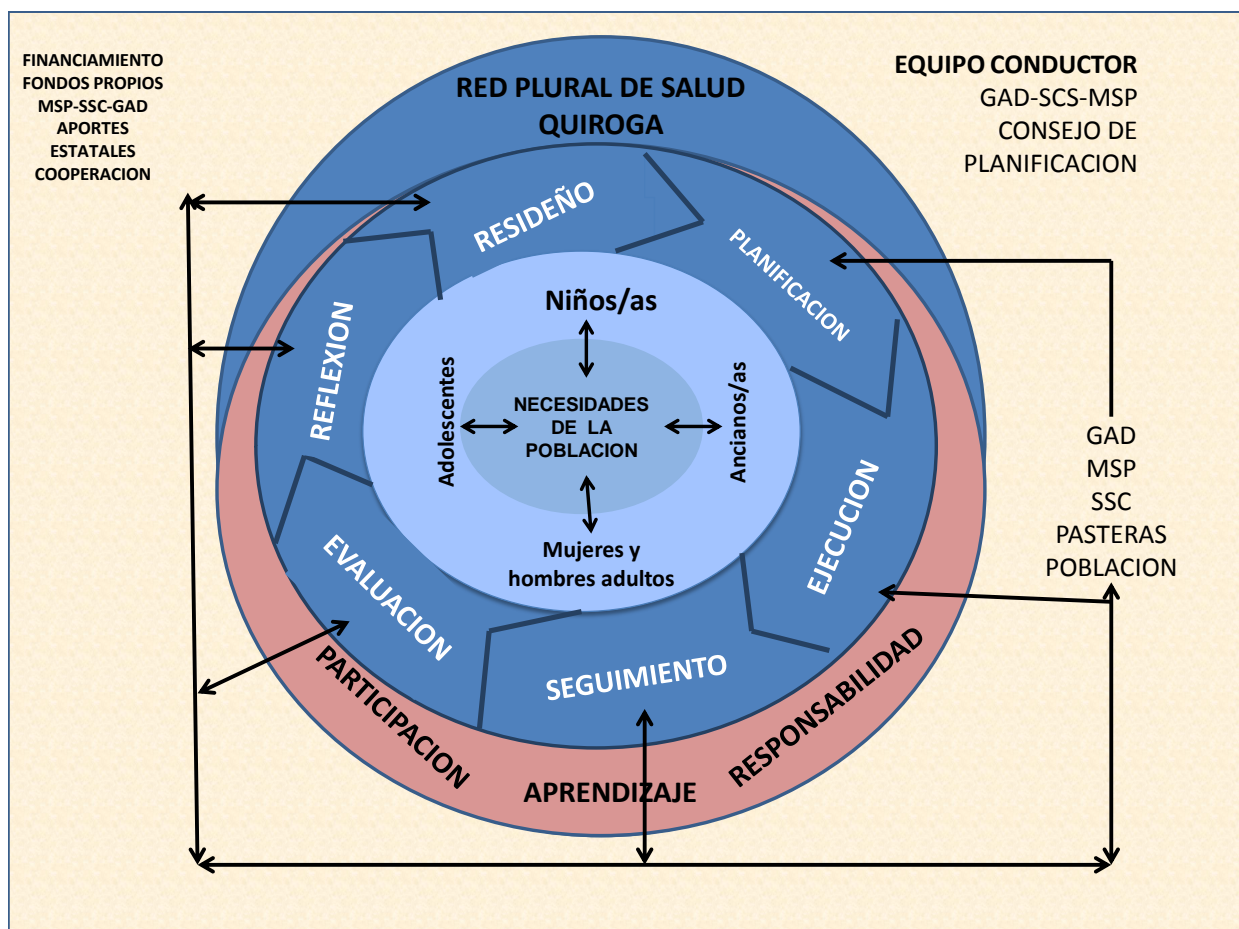
La posición de la investigadora que aunque intentó ser parte del equipo de investigación y no influir en las decisiones prevaleció con su criterio e intentó llevar a los participantes hacia su propia percepción de la realidad, esto incidió directamente en el proceso investigativo, su nivel de compromiso y dedicación al desarrollo de lo propuesto también influye en los resultados alcanzados.

La investigación planteó una alternativa para mejorar la calidad de atención. Se propuso un proceso investigativo que permitió identificar varios elementos desde la concepción sistémica que antes de iniciarlo no se había contemplado como: el manejo de un paquete de prestaciones similar entre los dos servicios de salud de la Parroquia, agentes de medicina ancestral (parteras), sin contacto con las unidades de salud, ningún tipo de relación y coordinación entre los prestadores de salud, políticas que respaldan el trabajo en red. El aprendizaje se ha dado y a partir de ello puede proponerse un nuevo ciclo de investigación – acción que enriquezca el proceso anterior e intente sostener a largo plazo el alcance de los objetivos para la conformación de una red plural de servicios de salud, en base a las necesidades de la población, con un plan bien estructurado de intervenciones, que parta del compromiso de los actores participantes, que cuente con seguimiento, monitoreo y evaluación permanentes, con retroalimentación que permita modificar el abordaje y reconducir el proceso, fortalecido con la crítica y la autocrítica, lo cual genere nuevos ciclos de investigación - acción.

El análisis anterior se puede evidenciar en el nuevo modelo conceptual de referencia que abre otro proceso, se presenta a continuación:

MODELO CONCEPTUAL DE REFERENCIA QUE ABRE UN NUEVO CICLO DE INVESTIGACION -ACCION

GRÁFICO 3 ATECIÓN INETRAL EN BASE A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN



Elaboración Mercedes Flores G (Adaptación del modelo de implementación del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia La Carolina 2011)

14. BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Constituyente (2008) *Constitución de la República del Ecuador*. Quito
- Asamblea de Unidad Cantonal, CIS (2003) *Plan Cantonal de Salud, Un Proyecto de Vida y Desarrollo Humano*, Cotacachi.
- Amores. A. (2011). *Sistematización de las experiencias interculturales de salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva*.
- Baz G. (2005) *Redes Locales de Servicios de Salud, Secretaria de Salud Julio*, [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOC SAL 7755](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOC_SAL_7755). Pdf.
- Bardález. C. (2007). *Modelo de Gestión Local de Servicios de salud*. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc.
- Cachiguango.L.E.(2011). *SumakHampi Cruz Roja Ecuatoriana*<http://www.saludancestralcruzroja.org.ec/web/index.php/salud-ancestral/partteras/104parteras.html>
- Cachiguango.L.E. (S.F.) *Pakarina. El Ritual Andino del Nacimiento y Crianza de los Niños y Niñas en Cotacachi*. Cruz Roja Ecuatoriana
- Coenen Jan. (1995). *Bases de Organización de los Servicios de Salud* Texto del Curso Internacional de la Salud Unidad de Enseñanza e Investigación en Salud Pública Instituto de Medician de Amberes (Bélgica).
- Dueñas O. (2008). "*Desarrollo Humano y Calidad en Salud*" Material de Apoyo. Instituto Centroamericano de Administración Pública Costa Rica.
- Donabedian A (1993) *Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de La Calidad de la Atención* Salud Publica de México1993, Vol.35, No.1
- Guerra.A.P.& Herrera M.L. (2002) *Por los senderos del Yachac Espiritualidad y Sabiduría de la Medicina Andina*. Universidad Politécnica Salesiana Ed Abya Yala. Pg 40
- Junta Parroquial de Quiroga. (2005) *Plan de Desarrollo Estratégico de la Parroquia Quiroga Cantón Cotacachi*.
- Lam Díaz R. (2008) *Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud?*http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm
- Massiris. C.A. (2000) *Ordenamiento Territorial y Procesos de Construcción Regional*<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografia/masir/1.htm>.
- Meloni N.A.(2000) *Articulación de Servicios de Salud en Redes Funcionales*, La Libertad Perú.

- Ministerio de Coordinación de la Política (2011) Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización. Quito Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública (2008) *El Nuevo Modelo de Atención en Salud*.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Norma y Protocolo Materno* pg.28-29.
- Ministerio de Salud Pública. (2011) *Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional Por Procesos Del Ministerio De Salud Pública* pg. 138
- Ministerio de Coordinación Social *Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador – SIISE versión 2010*.
- Mokate K. (2001) *Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?*Series Documentos de Trabajo I-24 Washington, D. C.
- Municipio de Cotacachi. (2002) *Diagnóstico de Salud de Cotacachi*.
- Municipio de Cotacachi. (2005) *La Interculturalidad en el Sistema Cantonal de salud, Habilitación de las parteras indígenas*.
- Municipio de Cotacachi Gobierno Local Asamblea de Unidad Cantonal, Consejo Cantonal Intersectorial de salud Cotacachi (2006) *Sistematización del Proceso de Construcción del Sistema Descentralizado de Salud Cotacachi*.
- OPS.(2006)*Análisis del Sector Salud. Una Herramienta para Viabilizar la Formulación de la Política*.Ed. Especial No. 9Washington, D.C.
- Registro Oficial N° 457 – 2011, 26 de Mayo de 2011 - R. O. No. 457
- Ramírez Susana. (1996) “*Los Pueblos Indígenas*”. Médicos sin Frontera Revista número 22 julio de 1996. pág.13.
- Rovere R.M. (1999). *Redes de Salud Un Nuevo Paradigma para el Abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario – Argentina. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte

ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO 7 Matriz de Operacionalización de Variables

DENOMINACIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESTRUCTURA DEL INDICADOR	TÉCNICA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PATRÓN O REFERENTE
Reconocimiento e intercambio entre proveedores de salud.	Taller	Es la actividad teórica – práctica a través del cual se socializa actividades de los servicios de salud	N° de talleres de intercambio realizados con los proveedores de salud	N° de talleres realizados/N° de talleres planificados	Revisión documental	Informes de talleres	
			N° de participantes	N° de participantes asistentes/N° de participantes convocados	Observación	Lista de asistencia	100% de asistencia
			% de cumplimiento de ejes temáticos	Ejes temáticos tratados/Ejes temáticos planificados	Revisión documental	Informe taller	
Plan de capacitación	Capacitación	Seleccionar y planificar talleres de capacitación a actores de la red	N° de ejes temáticos seleccionados	N° de ejes temáticos incorporados al cronograma/N° de ejes temáticos priorizados	Observación	Guía de observación	
	Seguimiento	Establecer cronograma	Cronograma de capacitación definido	N° de talleres definidos estableciendo fecha de realización /N° de talleres seleccionados	Observación	Guía de observación	
		Define responsabilidades entre actores	N° de actores que asumen responsabilidades	N° de actores con responsabilidad/N° de actores participantes	Observación	Guía de observación	

DENOMINACIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESTRUCTURA DEL INDICADOR	TÉCNICA	FUENTE DE INFORMACIÓN	PATRÓN O REFERENTE
Oferta de servicios	Paquete mínimo de atención	Define actividades complementarias entre servicios	N° de actividades por servicio que necesitan complementariedad en el componente materno	N° de actividades completarias definidas/N° total de actividades	Revisión documental	Informe de reunión	Normativa nacional MSP y SSC
Delimitación de zonas geográficas de trabajo por actor	zonas de trabajo	Define zonificación por actor	N° de comunidades parroquia	N° de comunidades del SSC/N° total de comunidades	Revisión documental	Informe sistematización del taller	Delimitación geográfica SSC
				N° de comunidades del SCS/N° total de comunidades	Revisión documental	Informe sistematización del taller	Población de referencia del SSC-MSP
				N° de comunidades para parteras/N° total de comunidades	Revisión documental	Informe sistematización del taller	Población total de Quiroga
Sistema de información entre actores	Continuidad de atención	Sistema de referencia contrareferencia	N° de referencias de interservicios	N° de referencias entre actores/Total de referencias	Revisión documental	Lista de chequeo	

Elaboración: Mercedes Flores G.

ANEXO 2

CUADRO 8

PREPARANDO LA EVALUACIÓN OPERATIVA

Hipótesis de Cambio: Mediante la identificación, intercambio, reconocimiento y valoración de los proveedores de servicios de salud públicos (MSP- SSC) y los de Medicina Ancestral Andina, representado por las Parteras, se logrará identificar problemas de salud, zonas geográficas, paquetes esenciales de prestaciones que promuevan complementariedad en beneficio de la calidad de atención del componente materno en particular y de la población en general.

Instrucciones Operativas	¿Quién?	¿Cuándo?	¿Con quién?	¿Dónde? (o a quiénes)	¿Cómo?	¿Para qué?	¿Qué hace el investigador?	Obstáculos	Factores Facilitadores	
Estrategia N° 1: Reconocimiento e intercambio de actores locales en salud										
Actividad N° 1: Taller de intercambio y socialización entre actores para definir intereses, conocimientos y prácticas.										
Reconocimiento e intercambio entre proveedores de salud.	Presidente Junta Parroquial Maestrante.	23 de octubre 2008 20 noviembre 2008 8 de febrero 2011	Equipos de Salud del SCS Quiroga, Dispensario SSC El Punge, Paretras tradicionales	Subcentro de Salud de Quiroga	Taller de intercambio de conocimientos entre la medicina formal y ancestral	Reconimiento de los saberes de una y otra medicina, buscar puntos de encuentro que complementen la atención	Motiva participación. Sistematiza información	la Idioma. la Desconfianza de las parteras.	Mejor calidad de atención promoviendo la continuidad y complementariedad.	
	Actividad N° 2: Definir plan de capacitación para los tres actores.									
	Presidente Junta Parroquial Maestrante.	31 de octubre 2008	Equipos de Salud del SCS Quiroga, Dispensario SSC El Punge, Paretras tradicionales	Subcentro de Salud de Quiroga	Reunión de trabajo	Definir temas de interés que aporten a su mejoramiento profesional	Motiva participación. Sistematiza información	la Idioma. la	Interés común de Necesidad superación	
Estrategia N° 2: Definición de las funciones de la red plural de salud										
Actividad N° 1: Delimitación del paquete esencial de servicios que cada actor efectuará.										
Funciones de la red	Presidente Junta Parroquial Maestrante.	7 de noviembre 2008	Equipos de Salud del SCS Quiroga, Dispensario SSC El Punge, Paretras tradicionales	Subcentro de Salud de Quiroga	Reunión de trabajo	En el componente materno, definir que actividades de un proveedor de servicios puede complementar al otro	Motiva participación. Sistematiza información	la Idioma. la	Apoyo de representante de Jambi como traductora. Reconocimiento de valores de otros proveedores	
	Actividad N° 2 Delimitación de zonas de trabajo									
		Presidente Junta Parroquial Maestrante.	7 de noviembre 2008	Equipos de Salud del SCS Quiroga, Dispensario SSC El Punge, Paretras tradicionales	Subcentro de Salud de Quiroga	Reunión de trabajo	Delimitar comunidades, con la finalidad de no duplicar acciones	Motiva participación. Sistematiza información	la Idioma. la	Apoyo de representante de Jambi como traductora.
Actividad N° 3 Definir sistema de información.										
	Presidente Junta Parroquial Maestrante.	7 de noviembre 2008	Equipos de Salud del SCS Quiroga, Dispensario SSC El Punge, Paretras tradicionales	Subcentro de Salud de Quiroga	Reunión de trabajo	Contar con un sistema de información que posibilite la continuidad de la atención.	Motiva participación. Sistematiza información	la Idioma. la	Apoyo de representante de Jambi como traductora.	

Elaboración: Mercedes Flores G.

ANEXO 3

CUADRO 9 Matriz de EVALUACIÓN OPERATIVA

Para la Evaluación Operativa es necesario definir los indicadores de proceso, las técnicas y sus fuentes de información

DENOMINACION	VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESTRUCTURA DEL INDICADOR	TECNICA	FUENTE DE INFORMACION	EVALUACION
Reconocimiento e intercambio entre proveedores de salud.	Taller	Es la actividad teórica – práctica a través del cual se socializa actividades de los servicios de salud	2 de talleres de intercambio realizados con los proveedores de salud	N° de talleres realizados/N° de talleres planificados	Revisión documental	Informes de talleres	Se realizó el 50% de lo planificado
			10 de participantes	N° de participantes asistentes/N° de participantes convocados	Observación	Lista de asistencia	Participó el 70% de los participantes convocados.
			% de cumplimiento de ejes temáticos	Ejes temáticos tratados/Ejes temáticos planificados	Revisión documental	Informe taller	Se cumplió el 100% de la agenda planificada.
Plan de capacitación	Capacitación	Seleccionar y planificar talleres de capacitación a actores de la red	N° de ejes temáticos seleccionados	N° de ejes temáticos incorporados al cronograma/N° de ejes temáticos priorizados	Observación	Guía de observación	Se selecciona 4 ejes temáticos
	Seguimiento	Establecer cronograma	1 cronograma de capacitación definido	N° de talleres definidos estableciendo fecha de realización /N° de talleres seleccionados	Observación	Guía de observación	0
		Define responsabilidades entre actores	N° de actores que asumen responsabilidades	N° de actores con responsabilidad/N° de actores participantes	Observación	Guía de observación	0

DENOMINACIÓN	VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESTRUCTURA DEL INDICADOR	TÉCNICA	FUENTE DE INFORMACIÓN	OBSERVADO
Oferta de servicios	Paquete mínimo de atención	Define actividades complementarias entre servicios	N° de actividades por servicio que necesitan complementariedad en el componente materno	N° de actividades completarias definidas/N° total de actividades	Revisión documental	Informe de reunión	Atención prenatal: El seguro social no dispone de vacunas. Las parteras realizan control prenatal complementaria
Delimitación de zonas geográficas de trabajo por actor	zonas de trabajo	Define zonificación por actor	N° de comunidades parroquia	N° de comunidades del SSC/N° total de comunidades	Revisión documental	Informe sistematización del taller	25%
				N° de comunidades del SCS/N° total de comunidades	Revisión documental	Informe sistematización del taller	75%
				N° de comunidades para parteras/N° total de comunidades	Revisión documental	Informe sistematización del taller	100% Las parteras tiene un servicio complementario
Sistema de información entre actores	Continuidad de atención	Sistema de referencia contrareferencia	N° de referencias de interservicios	N° de referencias entre actores/Total de referencias	Revisión documental	Lista de chequeo	0

Elaboración: Mercedes Flores G

Anexo 4

CUADRO 10 Matriz de EVALUACIÓN ANALÍTICA

Hipótesis de cambio: Mediante la identificación, intercambio, reconocimiento y valoración de los Proveedores de Servicios de Salud Públicos (MSP- SSC) y los de Medicina Ancestral Andina, representado por las Parteras, se logrará identificar problemas de salud, zonas geográficas, paquetes esenciales de prestaciones que promuevan complementariedad en beneficio de la calidad de atención del componente materno en particular y de la población en general

N°	INDICADOR DEL PROBLEMA	INDICADOR DE RESULTADO	Nivel de Significancia	FUENTE	TECNICA	INSTRUMENTO	REFERENTE
1	Los actores de salud de la parroquia no se conocen,	Base de datos de los actores de salud de la parroquia		Archivos UO Jambi Mascaric	Revisión documental	Hoja de registro	Registros del Jambi Mascaric Directorio SSC
2	No existen actividades planificadas en conjunto por los tres actores de salud	Establecido y ejecutándose un plan de trabajo conjunto por los actores de la red		Archivo SCS.	Revisión documental	Hoja de registro	0
3	No hay atención continua y complementaria entre los actores de salud	N° de criterios de la población en relación al trabajo coordinado entre los tres servicios de la parroquia		Análisis de entrevistas	Entrevista a la población	Guía de entrevista	No se realizó
		N° de referencias de las parteras recibidas en las UO		Archivos SCS/SSC	Revisión documental	Hoja de registro	1 en el mes de febrero
4	No hay normativa parroquial para conformación de la red de servicios	Normativa parroquial aprobada para el funcionamiento de la red local de servicios		Archivo	Revisión documental	Hoja de registro	0

Elaboración: Mercedes Flores G

ANEXO 5

LISTA DE PROVEEDORES DE SALUD DE LA PARROQUIA QUIROGA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO
SERVICIO DE MEDICINA ANCESTRAL		
PARTERAS TRADICIONALES		
Zoila Túquerez	San Antonio de Punge	094990682
Josefina Flores	San Nicolás	
Francisca Saavedra	San José del Punge	
Carmen Cumba REPRESENTANTE DE LAS PARTERAS	Cotacachi, Jambi Mascaric 10 de agosto 1904	086856368 2915977
Lic. Cristina Lima RESPONSABLE SALUD INTERCULTURAL ÁREA N° 3 DPS	Ibarra, Miguel Oviedo 577 y Sucre	086212626 2950871
SERVICIOS DE SALUD OCCIDENTAL		
Subcentro de salud MSP.	Quiroga.	2916715
Dra. Elena Herrera DIRECTORA SCS-Quiroga	Quiroga	0 94984269
Dr. Edwin Villasis Médico contrato	Quiroga	086003061
Dra. Gabriela Salazar MEDICA RURAL	Quiroga	
Lic. Rosa Herrera ENFERMERA RURAL		
Dispensario del Punge.	San José del Punge	2916399
Dra. María Fernanda Peñaherrera. MEDICA DISPENSARIO SEGURO SOCIAL CAMPESINO		
Sra. Mónica Haro Ruiz AUXILIAR DE ENF.		

Elaboración: Mercedes Flores G

Anexo 6

GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Temas	Preguntas principales	Preguntas de seguimiento	Sondeos
Opinión	¿Qué entiende usted por una red de servicios de salud?	¿Qué opina usted sobre el conformar una red local de salud? Quiénes deberían (actores) conformar la red local de salud?	¿Es importante conformar una red local de salud? Y por qué?
Experiencia	Usted ha trabajado en otros espacios, en los que haya conformado redes. Cuáles han sido las ventajas para los beneficiarios?	¿Cuál ha sido la mayor limitación en el trabajo en redes?	¿Cuáles son las ventajas y desventajas en la conformación de la red?
Impresión general	¿Cuál es el mayor obstáculo para la conformación de redes de salud?	¿Qué se necesitaría para conformar una red local de salud?	¿Hay algo más que quiera añadir a la entrevista ?