



## MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION

### NORMATIVA TÉCNICA NACIONAL DE ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL <sup>1</sup>

(Versión final, actualizada) <sup>2</sup>

#### INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN |

*La única y la más grande de las revoluciones posibles  
en la sombría historia de los hombres no es la de sus ciegos gobiernos,  
Sino la forma en que son acogidos esos desventurados  
cuando nacen y cómo han sido concebidos y gestados.*

Frédéric Leboyer

La sociedad ecuatoriana es un conglomerado pluricultural y multiétnico que agrupa a diversos pueblos, nacionalidades y grupos humanos <sup>3</sup> que poseen sistemas de salud y sistemas médicos propios, de los cuales se tiene suficiente evidencia derivada de la investigación etnomédica y antropológica realizadas durante los últimos siglos <sup>4</sup>, en estas sociedades las comadronas, parteros y otros especialistas han tenido y continúan teniendo competencia en las acciones preventivas y curativas de salud, proporcionando la “atención calificada” que requieren estas sociedades. <sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Alude al parto vaginal eutócico, en libre posición.

<sup>2</sup> OCTAVA VERSION del proyecto de Normativa de Parto Vertical, recoge las observaciones y aportes de la Comisión de Parto Vertical, integrada por Susana Cañar, Marcelo Dávalos, Mercedes De la Torre, Genny Fuentes, Mercedes Muenala, Walter Moya, Sofía Pozo, Julia Venegas, Lilian Calderón y Raúl Mideros), en sus reuniones de los días 4, 9, 21 y 24 de Enero de 2008, la reunión de socialización en la Dirección Nacional de Normatización (M.S.P.) del Miércoles 16 de Enero (con la participación de Eduardo Yépez, Lorena Gómez, Walter Torres, Vinicio Yáñez, Gonzalo Rivadeneira, Delia Jaramillo, Susana Cañar, Wilfredo León y Sofía Pozo) y los numerosos aportes escritos enviados; adicionalmente las directrices emanadas de la Dirección Nacional de Normatización en la reunión de evaluación del día 30 de Enero de 2008 que contó con presencia de la Directora Nacional de Normatización y la Coordinadora del Subproceso Intercultural de la misma Dirección. Este documento ha sido elaborado por **Raúl Mideros Morales**, consultor, quien recibió el apoyo técnico de algunos especialistas en la materia, tanto nacionales como extranjeros, quienes tuvieron la oportunidad de estudiar la versión 6 y 7 en profundidad.

<sup>3</sup> 13 nacionalidades con sus lenguas originarias, 13 pueblos kichwas, y numerosos grupos campesinos y urbanos con particulares cosmovisiones, prácticas y formas de vida.

<sup>4</sup> Buitrón 2002; Saltz 1993:118; Brunelli 1987; Harner 1994.

<sup>5</sup> “Para algunos investigadores, las enfermedades culturales y su tratamiento tradicional, se perciben como una barrera para el reconocimiento y la búsqueda de atención oportuna (Hill et ál., 2003); por ello el abordaje antropológico y etnográfico constituye una propuesta destinada a encontrar elementos y enfoques útiles dirigidos hacia la comprensión de las percepciones para futuras implementaciones de AIEPI (Díaz, 2000; Rubel, 1977).” (Tomado de Mario Delgado 2006:227)

El Ecuador se encuentra en una transición política abierta por la Asamblea Nacional Constituyente, la misma que formulará en el 2008 la nueva Carta Política del Estado ecuatoriano y algunos cuerpos legales; esta coyuntura abre posibilidades de expresión ciudadana y movilización social alrededor de temas represados o limitadamente atendidos como son los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los jóvenes, los derechos colectivos de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, así como la mejora en la calidad de la atención y las prestaciones de salud.

La movilización social por los derechos sexuales y reproductivos, por la aplicación y cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI), así como las iniciativas de auditoría social de ésta ley a través de veedurías ciudadanas ha sido la tónica de la última década, frente a las condiciones de inequidad y discriminación social y económica, como lo reflejan los altos índices de mortalidad materno infantil y las necesidades insatisfechas de mujeres y recién nacidos, entre otros grupos poblacionales.

Sin embargo la mortalidad materna y perinatal siguen sin ser abatidas, incluso en los últimos años se han incrementado, sobre todo en algunas regiones del país <sup>6</sup>, de ahí la importancia de identificar estrategias adicionales que permitan garantizar la salud y la calidad de vida de madres y niños/as por nacer y recién nacidos, en esa dirección el Ministerio de Salud Pública del Ecuador impulsa el Nuevo Modelo de Atención Integral e Intercultural de Salud Familiar y Comunitaria, el mismo que propone cambios importantes en diversos órdenes de la atención a la salud y la protección social, de la mano de un “sistema de garantía de la calidad” <sup>7</sup>, bajo el precepto constitucional del Derecho a la Salud <sup>8</sup> y de respeto a la diversidad, tanto de los sistemas médicos existentes como de saberes y prácticas en salud de los pueblos originarios del Ecuador y el mundo. En este contexto, los cambios generados por las innovaciones tecnológicas y los avances científicos no son los únicos referentes para una atención de calidad, también cuentan esos saberes ancestrales y prácticas médicas locales, validados por siglos, tanto en América como en otros continentes. <sup>9</sup>

La atención perinatal y obstétrica de calidad no puede reducirse a las prestaciones médicas especializadas ni a los servicios hospitalarios, más cuando éstos resultan insuficientes y limitados para cubrir la demanda de atención y cumplir con los estándares de calidad y las coberturas planificadas <sup>10</sup>.

---

<sup>6</sup> Ver en Anexos cuadros ilustrativos de mortalidad materna.

<sup>7</sup> Ver *Nuevo Modelo de Atención Integral e Intercultural en Salud Familiar y Comunitaria*, Diciembre 2007; y, el *Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil*, 2006.

<sup>8</sup> La Red de Acción en Salud (agrupación de organizaciones e instituciones y coordinada por la Universidad Andina Simón Bolívar) postula que: “[l]a salud integral es un derecho fundamental(...) y un bien estratégico para desarrollar las capacidades de las colectividades y las personas, para fomentar modos de vida, soportes culturales y organizativos de acuerdo a las particulares capacidades y habilidades, a las condiciones etnoculturales, de género y edad.”

<sup>9</sup> Esta validación ha sido hecha a lo largo de cientos de años por los pueblos originarios de muchas partes del mundo, por ejemplo, las mujeres en Filipinas, la India, África Oriental y grupos americanos paren de pie; en la región de Darfur (África), también las mujeres paren de pie con las piernas separadas y suspendidas de una cuerda, una postura utilizada también por otras culturas africanas y amazónicas.

<sup>10</sup> Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito. “Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora”, 2007.

Diversas investigaciones, encuestas de satisfacción y documentos de sistematización de las experiencias en sectores indígenas de la Sierra ecuatoriana revelan “brechas culturales”, al menos, en algunos ámbitos investigados, a saber: en las condiciones ambientales y el entorno en el que se atiende el parto (luz, temperatura, privacidad, mobiliario); en las costumbres higiénicas y valores acerca de la limpieza del cuerpo; en el tipo de vestimenta utilizada y exigida a la parturienta; en las restricciones alimenticias y de consumo de bebidas; en el tipo de alimentos y bebidas recomendadas durante la labor de parto; en la posición durante el período de dilatación y expulsivo; en las limitaciones al acompañamiento por parte de familiares o partera que refiere a la gestante; a la falta de un trato amable y respetuoso; al manejo de la placenta; etc.<sup>11</sup>

El momento histórico que vive el Ecuador permite identificar con claridad las falencias del antiguo modelo de atención hospitalario y curativo, en el que prevaleció el intervencionismo y la medicalización del parto normal a tal extremo de convertirlo en procedimiento quirúrgico<sup>12</sup>, como también prácticas innecesarias, molestas e incluso perjudiciales para resolver el nacimiento.<sup>13</sup> A este respecto existe evidencia de que “las parteras (obstetrices y matronas) recurren muchísimo menos a intervenciones innecesarias”, a diferencia de los cirujanos obstetras.<sup>14</sup>

También habría que considerar que la atención obstétrica a cargo de obstetrix, enfermera obstétrica, comadrona y partero/a es mucho más barata, tanto porque su paga es menor como porque se presentan menos intervenciones obstétricas, además y fundamentalmente porque responde a las necesidades culturales de los pueblos indígenas, de algunos grupos mestizos (urbanos y rurales) y de muchas mujeres que no aceptan ser más ignoradas ni sometidas al maltrato, a la violencia y a prácticas riesgosas e injustificadas, adicionalmente hay la necesidad de tomar en cuenta que la oferta de prestaciones y servicios debe corresponderse con los perfiles profesionales existentes en el Ecuador, a nivel nacional, regional y local<sup>15</sup>.

El sector sanitario oficial ha sido afectado sensiblemente por las evidencias del mercado, los saberes ancestrales y las innovaciones científicas humanizadoras del parto, así como por la movilización social y ciudadana que reivindica sus derechos como usuarios de servicios, consumidores de bienes públicos y ciudadanas.

---

<sup>11</sup> Tomado de la “Matriz de brechas, expectativas por provincias1, taller Riobamba 2007”, Subproceso Intercultural M.S.P., y de la Encuesta de satisfacción de la usuaria en la atención del embarazo, parto y posparto: Informe de resultados, 2007.

<sup>12</sup> La proporción de partos por cesárea en establecimientos de salud es del 34,5 por ciento, es casi 10 puntos porcentuales mayor al promedio total de esa intervención (25,8 %). Las tasas más altas se encuentran en los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (50,0 %), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49,8 %), en el Patronato San José (40,2 %) y en la Junta de Beneficencia (35,5 %). Tomado de ENDEMAIN 2004:175.

<sup>13</sup> Rasura genital, decúbito supino obligado e inmovilidad prolongada, restricciones a la movilidad y expresión emocional, episiotomía de rutina, cesárea, etc.

<sup>14</sup> Wagner, 2007:1.

<sup>15</sup> La formación universitaria (de pregrado y posgrado), técnica (en institutos tecnológicos) y los cursos de capacitación (en escuelas de enfermería, obstetricia y medicina, además en ONGs) para naturópatas, obstetrices y parteras en todo el país son numerosos.

Solo ahora es posible reconocer en el sector salud ecuatoriano puntos de encuentro entre saberes y quehaceres<sup>16</sup>

- *Puntos de encuentro entre saberes*, el saber profesional y científico y el de las mujeres, sujetos de derechos y demandantes de cuidados apropiados para su salud.
- *Puntos de encuentro entre divergencias*, reconociendo que perduran aspectos de la atención del parto aún sin resolver y que merecen un espacio de consenso crítico por parte del mundo profesional y la población beneficiaria de la atención sanitaria.<sup>17</sup>
- *Puntos de encuentro entre concepciones de la salud*, aquellas que surgen de las creencias, mitos y las transmisiones intergeneracionales en torno a la salud, su significado y formas de abordarla
- *Puntos de encuentro entre madre y sus hijos e hijas*, luego de haber transcurrido una gestación con esperanzas y expectativas.
- *Puntos de encuentro de mujeres con sus parejas y con su red familiar*, en el marco de una trama variada de afectos.<sup>18</sup>
- *Puntos de encuentro ante la diversidad*, atendiendo a que no hay un solo mundo sobre el cual se van modelando las relaciones entre las personas sino que la sociedad necesita nuevas formas de reconocer la realidad cambiante.
- *Puntos de encuentro de mujeres-madres consigo mismas*, atendiendo a la necesidad de satisfacer demandas en torno a sus cuerpos y sus estados de ánimo para asumir momentos con placidez y sin tensiones.

El derecho a la dignidad, a la intimidad y a la salud mental de madres y recién nacidos durante el parto y el nacimiento no puede seguir postergado, por eso es menester contar con una normativa que de cuenta de todas las dimensiones involucradas en la atención del parto y cumpla con el mandato de la Organización Mundial de la Salud<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Tomado de “Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, Consejo Interterritorial, Madrid, 10 de octubre de 2007, pág 7.

<sup>17</sup> Los servicios de salud no han tenido capacidad resolutoria de los principales problemas de morbilidad de madres y niños, en mucho porque estos son problemas políticos que demandan participación ciudadana y movilización social, en los que las relaciones de poder excluyen las posibilidades de diálogo, acuerdos y respeto.

<sup>18</sup> Pero también encuentros entre una sociedad punitiva e individuos fuera de la norma social, como son madres solteras, en especial adolescentes, que redefinen roles y funciones así como modelos ideales de familia y de pareja.

<sup>19</sup> “Los ministerios de sanidad deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores público y privado.” (OMS Fortaleza 1985)

## BASE LEGAL

- Constitución Política de la República del Ecuador: Art. 1; Art. 3; Art. 16; Art. 17; Art. 18; Art. 23, Art. 44; Art. 47; Art. 62; Art. 63 y el Capítulo 5 de los Derechos Colectivos.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, 1979.
- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Fortaleza 1986.
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Convenio 169 Organización Internacional del Trabajo, 1989
- Conferencia Mundial de la Infancia, 1990.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Belem Do Pará, 1994.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995.
- Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo + 5, N.Y. 1999.
- Mujer 2000: Equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI, Beijing + 5.
- Ley Orgánica de la Salud, 2006: Art. 1; Art. 2; Art. 3; Art. 5; Art. 6 y Art. 7.
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 1998: Art 1.
- Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 2002: Art. 2.
- Ley del Sistema Nacional de Salud, 2002: Art. 6.
- Acuerdo Ministerial 284, del 26 de Septiembre de 2006, “Manual de estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la Atención Materno Infantil”.
- Regulaciones de la ICM (Confederación Mundial de Comadronas).
- Iniciativa mundial para una maternidad segura, OMS-UNFPA, 1987
- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Principios y Responsabilidades y Estrategias Generales, 2007.

## CONSIDERACIONES SOCIALES, EPIDEMIOLÓGICAS Y PERINATALES

Los anuarios de estadísticas vitales informan de la tendencia en el comportamiento de atención del parto, por un lado se incrementa el número de “partos institucionales”<sup>20</sup>, así denominados los hospitalarios, sin embargo durante años las cifras son estacionarias y el parto “no institucional” pervive en varias regiones, sectores y localidades del Ecuador, en la cultura y en las prácticas ancestrales de pueblos indígenas, campesinos y grupos urbanos, como se desprende de la información bioestadística de la encuesta ENDEMAIN:

---

<sup>20</sup> “El paradigma ha girado en torno a que una de las condiciones importantes en el cuidado materno es la atención institucional tanto de la gestación como del parto, el puerperio y el recién nacido.” (afirma la investigadora colombiana Catalina Borda 2001)

En el período comprendido entre 1989 a 1994, 6 de cada 10 partos fueron atendidos en una institución de salud (60 %, promedio nacional), mientras que en el período de 1994 a 1999 la cobertura de parto institucional llegó al 69,2 por ciento, sensiblemente más alta en el área urbana (86,2 %); en tanto en el período de 1999 a 2004 fueron atendidos a nivel nacional el 74,2 por ciento en establecimientos de salud, pero existe una amplia brecha de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres, ya que la cifra cambia del 88,6 por ciento para las que residen en el área urbana al 57,1 por ciento para las del área rural.

Los partos clasificados como “en casa” fueron 34 por ciento (en el período 1989 a 1994), 29 por ciento (en el período 1994 a 1999) y 23,8 por ciento (en el período 1999 a 2004), de estos solo el 14,3 % (en el período 1994 a 1999) y 12,7 por ciento (en el período 1999 a 2004) fue atendido por una partera. Del total de partos de mujeres indígenas, sólo el 30,1 por ciento tuvo atención profesional. (Tomado de la encuesta ENDEMAIN)

Los datos y evidencia contemporánea revelan que las parteras son más seguras que los médicos en partos de bajo riesgo. Un amplio estudio que toma en cuenta cuatro millones de nacimientos de bajo riesgo, atendidos por parteras o por médicos, puso en evidencia que las parteras tuvieron un 33 por ciento menos de muertes en neonatos y 31 por ciento menos bebés con bajo peso al nacer.<sup>21</sup>

Jonson y Daviss informan de otro estudio de parteras que atendieron más de 5000 partos planeados en casa, en donde se estableció que estos nacimientos son tan seguros como los partos hospitalarios de bajo riesgo atendidos por médicos.<sup>22</sup>

En Ecuador, de los partos en establecimientos de salud, durante el período julio de 1999 a junio de 2004, la gran mayoría fueron atendidos por médicos (85,2 %) y el 12 por ciento por obstetrices, para un total de 97,2 por ciento. Sólo el 1,5 por ciento fue atendido por personal de enfermería.<sup>23</sup> Esta estadística es reveladora de la exclusión que sufren tanto obstetrices como enfermeras en las instituciones de salud y la insuficiente legitimidad de las parteras comunitarias.

### **De los derechos de parturientas, fetos y recién nacidos<sup>24</sup>**

1) Derecho a un embarazo, parto, nacimiento y post-parto respetados y con:

- el personal y medios idóneos para la atención prenatal y la asistencia durante la labor, el parto y el post-parto;

---

<sup>21</sup> MacDorman and Singh, 1998:310-17.

<sup>22</sup> Jhnsom and Daviss, 2005:1416-19

<sup>23</sup> ENDEMAIN 2004:179.

<sup>24</sup> Tomado de la Carta Compromiso de afiliación a la RELACAHUPAN-Ecuador, 2007.

- tecnología y procedimientos adecuados culturalmente, usados de manera apropiada, con el consentimiento informado, de tal manera que éstos no se utilicen en forma rutinaria e indiscriminada;
- acceso equitativo a servicios prenatales, obstétricos y neonatales, con calidad y calidez, respetando las particularidades culturales locales;
- servicios de salud integrales que brinden educación, preparación y asesoría durante el embarazo, posparto y lactancia;
- un sistema público y privado de salud, de seguridad social y medicina prepagada, que brinden cobertura de atención en el lugar donde la mujer y su familia elijan: hospital, centros de salud, clínicas, maternidades, casas de partos o en su domicilio.

2) Derecho a libre acceso a la información y a ser debidamente notificadas sobre:

- sus derechos;
- la fisiología materna, del feto y del recién nacido;
- rutinas y sistemas de atención, índices de cesáreas, episiotomías, uso de anestésicos y medicamentos en general, etc., durante el embarazo, parto y posparto, tanto de la gestante como del neonato;
- criterios y alternativas en la atención del parto y posparto;
- criterios y alternativas en la recepción del neonato.

3) Derecho a decidir sobre:

- su propio cuerpo y sobre la aplicación de los procedimientos a ser utilizados durante el embarazo, labor de parto, parto y postparto;
- la(s) persona(s) que le acompañen, familiar y/o profesional, durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y posparto;
- el lugar donde dar a luz, ya sea domicilio, consultorio, casa de partos, hospital, clínica o maternidad;
- los procedimientos a ser realizados sobre su hija/o recién nacido, a través de un conocimiento informado;
- la manera de llevar su labor de parto, sea caminando, bailando, en el agua, comiendo, bebiendo, paseando, acostada o durmiendo, o cualquier otra forma que ella decida, etc.;
- la posición para parir: sentada, semi-sentada, parada, en cuclillas, etc.

4) Derecho a expresar libremente las emociones: jadeando, gritando, riendo, llorando, gimiendo, etc.<sup>25</sup>

5) Derecho del recién nacido a:

---

<sup>25</sup> Fréderick Leboyer plantea que “nuestra sociedad quiere a la mujer obediente, sumisa, por no decir humillada, castigada.”, en *Parto: crónica de un viaje*, 1996:18.

- permanecer junto a su madre, desde el instante del nacimiento, de forma permanente durante las 24 horas del día, aún si lo tienen que examinar, favoreciendo el alojamiento permanente conjunto de la díada madre-hijo;
- ser tratado con respeto y amor. El recién nacido tiene derecho a no ser sometido a prácticas y procedimientos rutinarios y agresivos, en la mayoría de los casos innecesarios como: el corte inmediato de cordón, la aspiración de secreciones, la sonda oro-naso gástrica, la sonda anal, circuncisión, etc.
- ser amamantado desde el instante del nacimiento y a no recibir suministro de soluciones glucosadas ni leche de fórmula, así como tampoco tetinas o chupetes;

### Ventajas del parto vertical <sup>26</sup>

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, comienza a difundirse en EE.UU. (Howard, 1958); Uruguay (Caldeiro Barcia, 1974); Brasil (Paciornik, 1979) y más recientemente por la OMS (WHO, 1996) a partir de la consideración de sus ventajas, a saber:

- acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorece el encaje y el descenso fetales. Se estima que la madre gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. (Mendez Bauer, 1976);
- ausencia de compresión de grandes vasos de la madre (Bieniarz, 1966). Como se sabe la posición supina puede provocar compresión de la vena cava originando disminución del gasto cardíaco, hipotensión y bradicardia, además de alteraciones en la irrigación placentaria y sufrimiento fetal, afectando de esta manera la cantidad de oxígeno disponible al feto, sobre todo si el período expulsivo se prolonga (Giraldo, 1992);
- aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido ántero posterior y 1 en transversal (Borrel, 1957) y moldeamiento de la articulación coxo femoral (Russell, 1969);
- mejor ángulo de encaje. La posición vertical determina que este ángulo ("*dive angle*" para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) lo que favorece el encaje y la progresión del feto;
- mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período dilatante (Arbues, 1982), como en el expulsivo (Gallo, 1992); (Caldeyro barcia, 1987); (Sabatino, 1992); facilitando la transición feto-neonatal;
- mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales (Mendez Bauer, 1975);
- menores presiones intravaginales, lo que disminuye la resistencia al pasaje del móvil fetal por la relación directa entre relajación de músculos perineales y el grado de flexión coxo femoral. La mayor

<sup>26</sup> Tomado de Pronsato Santandreu, 2000;55 -56.



presión intrauterina y la menor presión intravaginal se consideran elementos facilitadores de la salida fetal;

- proporciona beneficios psicoafectivos y el dolor, en muchos casos, es menos intenso o ausente;
- permite a la mujer tener una participación más activa en el nacimiento de su hijo.

Como resultado de las razones expuestas, el trabajo de parto se acorta sensiblemente (Sabatino, 1992); (Paciornik, 1992); (Dunn, 1976).

El grupo de la Universidad de Campinas (Brasil) encabezado por el Profesor Hugo Sabatini ha demostrado, a través del análisis y mediciones, que la fuerza que ejerce la mujer en la fase expulsiva del parto es mucho más fuerte en posición vertical. Además, la vagina se encuentra más relajada y, por tanto, se abre con mayor facilidad, lo que supone menor sufrimiento para ella y más beneficios para el recién nacido. Tradicionalmente se ha considerado a la postura vertical para el nacimiento restringida a civilizaciones menos avanzadas, sin embargo la evidencia científica es concluyente a este respecto.

## **FINALIDAD**

Mejorar la calidad de la atención del parto a nivel nacional, regional y local, respetando la diversidad cultural y atendiendo a las necesidades locales, familiares y personales, de manera de incidir en la disminución de la morbi mortalidad materna y perinatal.

## **ENFOQUE ESTRATÉGICO**

Esta norma está orientada a favorecer la comprensión del parto como proceso fisiológico natural, singular y único, es decir como momento vital que requiere cuidados individualizados y una atención de calidad y con calidez basada en el mejoramiento continuo orientado a la satisfacción de las necesidades de cada parturienta y recién nacido, respetando sus decisiones y su cultura (sistema de creencias, costumbres, rituales y saberes ancestrales)<sup>27</sup>, siempre que no comprometan su seguridad y su bienestar.<sup>28</sup>

## **OBJETIVOS**

- Contar con pautas técnicas que orienten la acción sanitaria, la prestación de servicios y las buenas prácticas interculturales en la atención del parto normal, con sujeción a los derechos sexuales y

---

<sup>27</sup> “(...) alrededor del parto existen innumerables conocimientos, costumbres, rituales y demás prácticas culturales entre los diferentes grupos humanos”, en *Manual para la humanización-adecuación cultural de la atención del parto*, p. 12.

<sup>28</sup> En este texto se asumen e incluyen los planteamientos de la “Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud”, Consejo Interterritorial, Madrid, 10 de octubre de 2007, pág 22; y del *Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil*, MSP, Septiembre 2006, pág. 8.

reproductivos vigentes, y a estándares de calidad pluriculturales, conforme a las particularidades regionales y locales, respetando el proceso fisiológico y con el mínimo intervencionismo posible.

- Establecer estándares de calidad en la atención del parto, de acuerdo a criterios internacionales y cosmovisiones nacionales, con adecuación cultural y equidad, es decir que respondan tanto a las necesidades pluriculturales, nacionales y locales, como a la evidencia científica contemporánea, para una atención de alta calidad e individualizada.
- Coadyuvar en la función de rectoría del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con una regulación que promueva la calidad y la calidez en la atención del parto, tanto en los servicios de salud materno-infantiles, públicos y privados, como en los espacios familiares y comunitarios.
- Promover la inserción del enfoque intercultural en el nuevo modelo de atención integral de salud familiar y comunitario.
- Promover la participación y el consentimiento informado de las gestantes, parturientas y puérperas durante todas las fases de la labor de parto.
- Responder de manera efectiva a las demandas y necesidades de las mujeres y usuarios de los servicios obstétricos y perinatales, de diferentes sectores sociales, apoyadas por la evidencia científica que considera el parto un proceso natural que debe ser respetado y no interferido, por los riesgos y efectos deletéreos, a nivel psicológico, biológico y social que produce la excesiva medicalización y el intervencionismo quirúrgico en la madre y el recién nacido.<sup>29</sup>

## ÁMBITO Y ALCANCE

Por razones operativas esta norma está centrada en la atención del parto vertical, aunque cabe anotar que existen aspectos del parto vinculados estrechamente a la atención prenatal y puerperal que no serán mencionados aquí.

Esta normativa plantea el desafío promover prácticas sanitarias multiculturales y pluriétnicas en la atención del parto, tal como lo establece la actual Constitución Política del Estado, los tratados y convenios internacionales; además, condiciona a todos los prestadores, sean profesionales universitarios o no, una formación de calidad y

---

<sup>29</sup> Didier Anzieu 1994:69-71; Thomas Verny 1988:99. La forma de parir y de nacer están íntimamente relacionadas con los niveles de violencias de una sociedad. Las investigaciones indican que las primeras experiencias desde la vida fetal, así como del nacimiento, son aspectos determinantes para que cuando los bebés crezcan sean capaces de amarse a sí mismos y amar a los demás. Michel Odent vinculan la violencia infantil y juvenil con la del embarazo y nacimiento.

desempeño de alto nivel, conforme a estándares nacionales e internacionales, para un parto humanizado y un nacimiento sin violencia, en el marco del Nuevo Modelo de Atención que privilegia la calidad y el mejoramiento continuo.

Esta normativa es de aplicación a nivel nacional, en todo el territorio ecuatoriano, tanto en establecimientos de salud, públicos y privados, urbanos o rurales, desde el nivel familiar y comunitario hasta el nivel especializado, como también en la atención del parto domiciliario.

## **METODOLOGIA**

En el proceso de elaboración de esta normativa se cumplió con una primera fase de recolección y revisión de documentación científica en algunas bases de datos especializadas (Medline, Cuiden EVIDENCIA, WHO, etc.), informes de talleres con parteras y sistematizaciones de reuniones del Subproceso Intercultural, investigaciones y artículos originales relevantes, normas internacionales, protocolos de otros países y una variada documentación relacionada con el parto normal en libre posición y el parto vertical.

Luego, se elaboró el primer borrador que se puso a consideración de la Comisión de Parto Vertical, un equipo multidisciplinario conformado por personal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, específicamente de la Dirección Nacional de Normatización y de los Departamentos de Salud Intercultural de dos Direcciones Provinciales (Imbabura y Cotopaxi), de las universidades, organismos de cooperación internacional e instituciones privadas sin fines de lucro que trabajan en temas materno infantiles y obstétricos<sup>30</sup>.

A la primera reunión siguieron otras subsecuentes, con una intensidad promedio de una o dos por semana, en la que se analizó y debatió tanto la normativa de parto vertical como los protocolos de atención del parto normal, se recogieron y procesaron todas las observaciones a cada nueva versión del documento, pero cabe anotar que solo fueron incluidas en la versiones actualizadas las observaciones consensuadas.

Numerosas observaciones y recomendaciones de forma, en la redacción y organización del texto, de contenido y detalles técnicos fueron incluidos, lo que favoreció la claridad, coherencia e integralidad del texto.

Esta normativa incluye un protocolo de atención sobre la base de la revisión documental y bajo el criterio consensuado de universalidad en la aplicación y cumplimiento en todo el territorio nacional, desde el nivel familiar y comunitario (domiciliario) hasta el hospital de especialización (Nivel III).

---

<sup>30</sup> Esta Comisión estuvo integrada por Susana Cañar (Escuela de Obstetricia de la Universidad Central del Ecuador), Marcelo Dávalos (Universidad Central del Ecuador y Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora), Mercedes De la Torre (Dirección Nacional de Normatización del M.S.P.), Mercedes Muenala (Dirección Provincial de Imbabura), Walter Moya (Universidad Central del Ecuador y Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora), Sofía Pozo (Subproceso Intercultural), Julia Venegas (Dirección Provincial de Cotopaxi y Raúl Mideros (consultor). En algunas de las reuniones participaron también Genny Fuentes (QAP), Rosa de Aguinaga (Universidad Central del Ecuador) y Lilian Calderón (CONASA).

## INDICACIONES

Gestante sin complicación obstétrica.

## DEFINICIONES

### Interculturalidad

Plantear la interculturalidad desde la diferencia exige reconocer al otro ‘ser cultural’ como persona, digno en sus ser, útil para sí mismo y para los demás. Entonces la valoración del otro como persona implica que quien valora al otro se valore primero así mismo(...) El énfasis de esta corriente de interculturalidad se centra en la estructuración de una escala de valores en donde se dejen a un lado estereotipos como complejos de inferioridad, de superioridad y actitudes racistas.<sup>31</sup>

### Proveedor obstétrico primario

Es el médico, obstetrix, enfermera o partera<sup>32</sup>. En cualquiera de estos casos se trata de un proveedor de servicios de salud para las necesidades individuales de gestantes, parturientas, puérperas y recién nacidos. Sus destrezas y conocimientos son en la salud, la fisiología y el cuidado efectivo del embarazo, nacimiento y el posparto. Su trato es humanizado, receptivo, flexible, con base en la evidencia o la experiencia práctica. Cuenta con los conocimientos y las habilidades suficientes para<sup>33</sup>:

- Asistir técnica, respetuosa y eficazmente la labor de parto, el parto y el período de postparto.
- Reconocer las complicaciones de la labor de parto, durante el parto y el alumbramiento.
- Referir a la gestante y/o al recién nacido a un nivel superior de atención, si surgen complicaciones que requieren intervenciones que estén fuera de su competencia.
- Realizar maniobras obstétricas básicas.

### Parto

Es una condición natural del ser humano que acontece generalmente de manera espontánea y en la cual participan de manera activa la mujer embarazada y el feto. El parto es un hecho familiar y social, y también una expresión de sexualidad, un momento vital, sagrado e íntimo que aparece entre la semana 37 a 42 de gestación y termina con el nacimiento del feto, la expulsión de la placenta y las membranas por la vía vaginal.

---

<sup>31</sup> Definición tomada del documento de “Interculturalidad”, de la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe del Ecuador (DINEIB).

<sup>32</sup> La partera es conocida como proveedora primaria de servicios de la salud maternal por los miembros de su comunidad o por el país donde practica. (Propuesto por la Alianza Internacional de Parteras, IAM, 2007).

<sup>33</sup> Tomado del documento de la Dirección Nacional de Normatización, Yepez – León, Enero 2008.

## DE LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL <sup>84</sup>

Esta protocolización de la atención del parto en libre posición se toma en cuenta los aspectos fundamentales que son garantía de calidad intercultural, en modo alguno se trata de un itinerario de acciones y procedimientos en una secuencia preestablecida. La eficacia de los procedimientos de la atención del parto en libre posición, en la perspectiva pluri e intercultural, reside en el conocimiento, la destreza técnica, la experiencia y la sensibilidad del prestador para atender de manera personalizada y eficiente un parto eutóxico en las condiciones particulares que se produce.

En este acápite se establecen los principios, criterios y directrices que guían una atención del parto de calidad en libre posición.

### Información y consentimiento

El personal de salud que presta el servicio de atención del parto, a todo nivel, tiene la obligación de estar debidamente informado sobre los avances técnicos y las prácticas locales acerca de la atención del parto, para darlas a conocer a las parturientas y a sus acompañantes, y solicitar de ellos su consentimiento.

El personal de salud será el encargado de informar de manera suficiente y clara sobre todos los procedimientos, sus riesgos y consecuencias, cuidando de no confundir ni atemorizar a la parturienta y/o a sus acompañantes, tampoco de condicionar la aceptación de un procedimiento en particular.

### Provisión de servicios

Comprende el conjunto de atenciones y cuidados que el personal de salud o la familia o la comunidad proporcionan a la parturienta, durante la labor de parto y el parto mismo, y al recién nacido en el lugar de su nacimiento.

#### 1. Recepción de la gestante, el feto intraútero y su acompañante

Una cálida bienvenida que revele una predisposición a acoger y respetar las circunstancias personales y familiares, como también las particularidades culturales de la parturienta.

---

<sup>34</sup> El parto depende de complejos sistemas y mecanismos psico-neuro-endocrino-emocionales y no solo de estructuras biomecánicas, tampoco puede ser condicionado al cumplimiento de un determinado itinerario a priori, lo fundamental es establecer las condiciones que favorezcan la libre posición y actuación de la parturienta, en intimidad, con respeto y poca interferencia. (Con los aportes de la Dra. Claudia Alonso Werner)

Se llevará a cabo una evaluación integral de la parturienta y el feto, que comprenda los aspectos emocionales, físicos y culturales.

Se solicitará el carné materno o prenatal y se adjuntará a la historia clínica perinatal.

Diagnosticar el trabajo de parto y establecer la condición de normalidad del embarazo y su bajo riesgo, basados en los signos clínicos: frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas y cambios del cuello uterino (dilatación y borramiento).

Ante cualquier evidencia de complicación se procederá con la transferencia inmediata al nivel superior.

La gestante podrá conservar sus propias ropas, solo con la recomendación de que estén limpias, por tanto no será obligada a desvestirse o permanecer desnuda.

## 2. Acompañamiento

Es un derecho reivindicado por las mujeres, sus parejas y las familias, de diferentes estratos sociales y económicos, sobre todo de los sectores indígenas, afroecuatorianos y campesinos, la presencia de un acompañante, sea familiar o no, durante la labor de parto, el parto y el posparto inmediato <sup>35</sup>.

Deberá ser permitido el ingreso de una persona junto con la parturienta hasta la sala de partos, en el caso de maternidades, clínicas y hospitales, para que la acompañe durante la labor, dándole facilidades y proporcionándole ropa y cualquier otro implemento que se considere necesario.

## 3. Alimentación:

Permitir la ingestión de alimentos y bebidas, según las necesidades de la gestante, durante la labor de parto, con la finalidad de proporcionarle la energía que requiere y favorece el progreso del parto.

El personal de salud debe evitar la administración de plantas medicinales o medicamentos de manera rutinaria y sin criterio, se requerirá la autorización expresa de la persona responsable de la atención.

---

<sup>35</sup> Comité de usuarias de la LMGYAI de la zona Norte de Quito. “Veeduría del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora”, 2007.

#### 4. Fase de dilatación

Evaluación regular y sistemática de la madre y del feto, detectando oportunamente las desviaciones de la condición de normalidad en el progreso de la labor, identificando la condición de riesgo en caso de presentarse para aplicar medidas correctivas o referir al nivel superior.

Registro de la información de la madre y el feto en el partograma

Disponibilidad de un espacio abrigado, con cierta privacidad <sup>36</sup> y comodidad, en el cual la parturienta y su hijo/hija por nacer se sientan respetados y asistidos en sus necesidades, de manera que las acciones tomadas no interfieran ni representen riesgo alguno y sean congruentes a sus circunstancias.

El tacto vaginal, siempre con guantes estériles, es solo uno de los parámetros de valoración del progreso de la labor y debe limitarse a lo estrictamente necesario.

- Libre posición y movilidad

Dar facilidades a la gestante para deambular y para adoptar cualquier posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias. <sup>37</sup>

- Relajación y masaje

Los masajes y caricias de relajación con manos tibias pueden ser dados por el acompañante o personal de salud, siempre y cuando no resulten perturbadores para la parturienta y ella las consienta.

El manejo del dolor y el soporte emocional son aspectos importantes que tienen que ser considerados.

#### 5. Período expulsivo

Detectar y evaluar las desviaciones de los límites fisiológicos del período expulsivo, prevenir el trauma obstétrico y la hipoxia fetal.

---

<sup>36</sup> “Cuanto menos intimidad, más se altera el proceso fisiológico” (Schalman 2004:58).

<sup>37</sup> “En el parto humanizado la madre deberá elegir la posición en la que se sienta más cómoda. Estará en libertad de cambiar de posición cuando quiera hacerlo. Durante el período de dilatación, en los casos normales, la mayoría de las madres prefiere estar sentada, parada o caminando de una a otra posición. Muy pocas pacientes eligen la posición acostada, aunque algunas lo hacen por períodos cortos. (Caldeyro-Barcia 1979:9).

Realizar aseo genital, usar campos o telas limpias.

Disponibilidad de un espacio abrigado, relativamente silencioso, limpio y con poca iluminación que cuente con equipos y materiales para la atención del parto, entre ellos instrumental y campos, o paños, estériles.

El aumento de la intensidad y de la frecuencia de las contracciones uterinas, así como la sensación de pujo son alertas de un expulsivo inminente.

La posición de la parturienta debe ser escogida por ella, de la manera como se acomode, el personal de salud se limitará a proteger el periné y a la recepción del bebé realizando maniobras si existiera circular de cordón.

#### 6. Asistencia al recién nacido

El ambiente cálido, el apego inmediato a su madre y la lactancia materna serán siempre aspectos a cumplir, para evitar enfriamiento, problemas respiratorios y trastornos metabólicos.

No se justifica que el recién nacido sea separado de sus padres para revisarlo y valorar su estado general, esto se hará con el mínimo de perturbación posible, ya que el apego del recién nacido a su madre es vital.

Para el corte del cordón umbilical se espera que deje de latir, esto previene la anemia perinatal de los recién nacidos.

#### 7. Alumbramiento y placenta

Se prestará mucha atención a los signos vitales de la púérpera (frecuencia cardíaca, pulso y tensión arterial) y al volumen del sangrado, de manera de actuar con oportunidad y agilidad ante cualquier eventualidad.

Se respetarán las costumbres locales, familiares y sociales, en el uso de plantas medicinales y otros recursos usados para facilitar la expulsión de la placenta, tomando en cuenta que las mismas no afecten el curso normal del alumbramiento y no constituyan un riesgo o agresión a la púérpera.

El personal de salud debe entregar la placenta a los familiares de la parturienta, si es solicitada, para que dispongan del destino final de acuerdo a su cosmovisión; el manejo se hará siguiendo las normas de bioseguridad, salvo en casos excepcionales debidamente documentados y justificados en los que se considere un foco contaminante.



8. Puerperio inmediato y atención al recién nacido

Respetar las costumbres de la parturienta y de su entorno familiar, para favorecer el alojamiento conjunto de la madre con el recién nacido.

Evaluación de las funciones vitales (tensión arterial, pulso, temperatura, etc.) y control de sangrado.

9. Lactancia

La lactancia materna exclusiva es la recomendación universal, sin importar el tamaño de los senos, la forma de los pezones y cualquier limitante menor.

La succión y amamantamiento constituye uno de los mejores estímulos de la secreción de oxitocina endógena.

10. Referencia en casos complicados

En los casos que se identifiquen complicaciones que no puedan ser manejadas deberá recurrirse a la referencia inmediata a una unidad de nivel superior que disponga de mejores y mayores capacidades resolutivas.

El personal de salud debe trabajar coordinadamente con las comadronas y parteros de la localidad, para el reconocimiento de las complicaciones post parto de la madre y del niño/a.

## BIBLIOGRAFIA

- Alonso Werner, Claudia. Comunicación personal.
- Anzieu, Didier. *El Yo-piel*, segunda edición, Madrid, Biblioteca Nueva, 1994, 270 págs.
- Asociación Argentina Dando a Luz. [Http://www.dandoaluz.org.ar/](http://www.dandoaluz.org.ar/)
- Arsuaga, Juan Luis e Ignacio Martínez. *La especie elegida: la larga marcha de la evolución humana: del Proyecto Atapuerca, Madrid: Editorial Temas de Hoy, 1998.*
- Borda Villegas, Catalina. "Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C." *Revista de Salud Pública* 3.2 (May 2001).
- Brunelli, Gilio. *De los espíritus a los microbios. Salud y sociedad en transformación entre los Zoró de la Amazonía Brasileña*, (edic. en castellano, 1989), Quito, Abya-Yala/MLAL, Colección 500 Años (10), 1987, 434 págs.
- Buitrón, Myriam. *La sabiduría y arte de las parteras*, Italia: Edizione a cura di, 2002, 207 págs.
- Caldeyro-Barcia, R. "Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal", en: Simposio sobre Recientes adelantos en Medicina Perinatal, Tokio 1979, CLAP, 39 págs.
- Cárdenas, Oswaldo, Xavier Molina y Jorge Narváez. *Diseño y construcción del equipo médico para la atención del parto en posición vertical materna*, Cuenca: Universidad Estatal de Cuenca-BID-FUNDACYT, 2005 (?), 91 págs.
- CEPAR, UNFPA, MINGA POR CHIMBORAZO. *Encuesta de satisfacción de la usuaria en la atención del embarazo, parto y posparto: Informe de resultados*, Octubre 2007.
- Consejo Nacional de la Salud Pública Holandesa. *Informe final del Grupo de Trabajo de Obstetricia*, versión abreviada, Granada 2004, 30 págs.
- Delgado, Mario y col. "Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica caucana.(Diseminaciones)", en: *Revista Antípoda* 3, Luly-Dec 2006, p. 227(28).
- Dirección General de Salud de las Personas (Ministerio de Salud del Perú). *Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación intercultural*, Lima 2005, 38 págs.
- Endemain 1994, CEPAR, pp. 145 a 157.
- Endemain 1999, CEPAR, pp. 145 a 155.
- Endemain 2004, CEPAR, pp. 152 a 180.
- Estrella, Eduardo, y Crespo Antonio. *Legislación relativa a la articulación de las medicinas tradicionales con la medicina oficial- Papel legal o informal de los agentes de la medicina tradicional en la atención primaria de salud*, Museo Nacional de Medicina, Quito, 1995.
- Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Central del Ecuador - INEC. "Proyecto: Estudios demográficos en profundidad", 2006, 60 págs, copia magnética.
- Generalitat de Catalunya. *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*, Barcelona, 2007.
- Guerra, Francisco. *La medicina precolombina*, Madrid, Instituto de Cooperación Iberoamericana, Colección Quinto Centenario, Ediciones de Cultura Hispánica, 340 págs.
- Leboyer, Frédérick. *El parto: crónica de un viaje*, Barcelona: Editorial Alta Fulla, 1996.

- Family Care Internacional y QAP. Manual para la humanización - adecuación cultural de la atención del parto, 2005.
- Harner, Michael. *Shuar. Pueblo de las cascadas sagradas*, tercera edición, Quito, Abya-Yala, colección biblioteca Abya-Yala n° 8, 1994 [1967].
- Herrera, Doris. *Informe de observación para el proyecto: "Biodiversidad y salud en las poblaciones indígenas de la Amazonía: Situación actual y perspectivas" el caso de los quichuas de la Comuna San Carlos*, Centro de Estudios José Mejía, Quito, 1994.
- Johnson, K.C., and B. Daviss. A Prospective Study of Planned Home Births by Certified Professional Midwives in North America. *BMJ* 330(7505): 1416-19, 2005.
- Kitzinger, Sheila, *Nacimiento en casa, Barcelona*, Icaria Ediciones, 1996, 215 págs.
- López, Francisco y S. Cevallos *Puerta a la vida, por un nacimiento en libertad*, Quito: AH/Editorial, 2007, 286 págs.
- MacDorman, M., and G. Singh. Midwifery Care, Social and Medical Risk Factors, and Birth Outcomes in the USA. *J Epidemiol and Community Health* 52(5): 310-17, 1998.
- Mideros, Raúl. "Medicalización e industria del nacimiento", en: el Simpósio de Pluralismo médico, trabajo y bioética, Congreso Latinoamericano y del Caribe de Ciencias Sociales, FLACSO, Quito, Octubre de 2007.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. *Manual de estándares, indicadores e instrumentos para la calidad de la atención materno infantil*, Quito: Dirección Nacional de Normatización, Septiembre 2006, 82 págs.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador "Matriz de brechas, expectativas por provincias1, taller Riobamba 2007", Subproceso Intercultural, Proceso de Normatización..
- OMS "Declaración de Fortaleza - El nacimiento no es una enfermedad", 1985.
- "Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo", Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra 1999.
- Pronsato Santandreu, Jorge. *Tecnologías Apropriadas vs Rutinas Acríticas*, Ed. Eudecor, Noviembre 2000, pp. 55 y 56.
- Red de Acción en Salud - U.A.S.B. "El Derecho a la Salud", Enero 2008.
- Red Latinoamericana y del Caribe por un Parto Humanizado (RELACAHUPAN), Capítulo ECUADOR. Carta Compromiso de afiliación, 2007.
- Saltz, Beatie, "El uso del tiempo: hábitos de trabajo y modalidades de trabajo", en: Jorge Trujillo (compilador), *Indianistas, indianófilos, indigenistas. Entre el enigma y la fascinación: una antología de textos sobre el problema indígena*, Quito, ILDIS-Abya Yala, 1993, pp. 117-205.
- Schallman, Raquel. *Parir en libertad*, Argentina, 2004, 229 págs.
- Verny, Thomas y John Kelly, *La vida secreta del niño antes de nacer*, edición en español, Barcelona, De. Urano, 1988, 239págs.

Wagner, Marsden. “La partería global-tradicional y oficial-y la humanización del nacimiento”, *Midwifery Today* Issue 83, Autumn 2007.

*Pursuing the Birth Machine*. ACE Graphics, 1994.

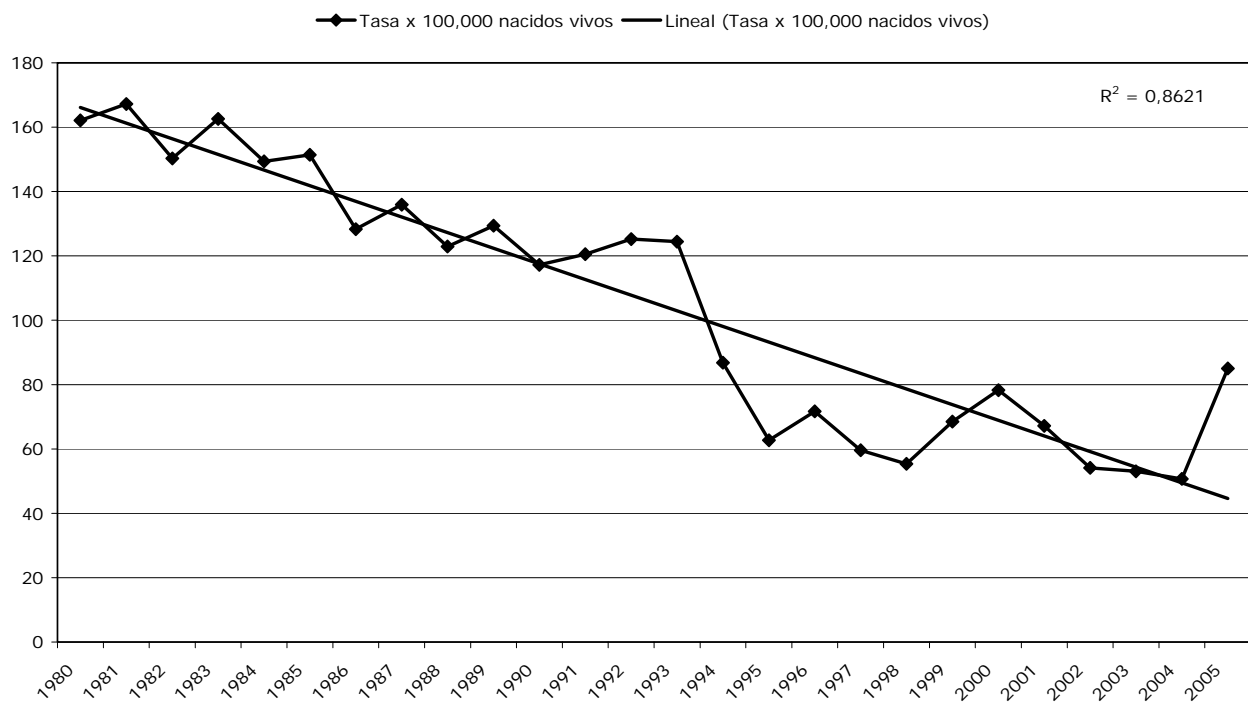
*Born in the USA*. University of California Press, 2006.

World Health Organization "Appropriate Technology for Birth" *Lancet* 2: 436-37, 1985.

World Health Organization. Appropriate technology following birth. *Lancet* 2: 1387-88, 1986

ANEXOS  
SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA

Mortalidad materna en Ecuador, 1980-2005



**RESUMEN GRÁFICO Nº 15**  
**PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA. ECUADOR 2006**  
 LISTA DETALLADA DE LA CIE-10

| ORDEN | CODIGOCIE-10   | CAUSAS DE MUERTE MATERNA  | NÚMERO         | %            | TASA 1/     |
|-------|----------------|---|----------------|--------------|-------------|
|       | <b>000-099</b> | <b>TOTAL DE MUERTES MATERNAS</b>  | <b>135</b>     | <b>465,5</b> | <b>73,0</b> |
| 1     | O15            | ECLAMPSIA   | 29             | 100,0        | 15,7        |
| 2     | O72            | HEMORRAGIA POSTPARTO  | 16             | 55,2         | 8,6         |
| 3     | O62            | ANORMALIDADES DE LA DINAMICA DEL TRABAJO DE PARTO   | 10             | 34,5         | 5,4         |
| 4     | O14            | HIPERTENSION GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA                               | 9              | 31,0         | 4,9         |
| 5     | O36            | ATENCION MATERNA POR OTROS PROBLEMAS FETALES CONOCIDOS O PRESUNTOS  | 8              | 27,6         | 4,3         |
| 6     | O45            | DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA (ABRUPTIO PLACENTAE)   | 8              | 27,6         | 4,3         |
| 7     | O73            | RETENCION DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS SIN HEMORRAGIA  | 7              | 24,1         | 3,8         |
| 8     | O85            | SEPSIS PUERPERAL  | 7              | 24,1         | 3,8         |
| 9     | O71            | OTRO TRAUMA OBSTETRICO  | 6              | 20,7         | 3,2         |
| 10    | O99            | OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO | 6              | 20,7         | 3,2         |
| 11    | O00            | EMBARAZO ECTOPICO   | 5              | 17,2         | 3,7         |
| 12    | O95            | MUERTE OBSTETRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA  | 4              | 13,8         | 3,0         |
| 13    | O90            | COMPLICACIONES DEL PUERPERIO. NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE   | 3              | 10,3         | 2,2         |
| 14    | O06            | ABORTO NO ESPECIFICADO  | 3              | 10,3         | 2,2         |
| 15    | O44            | PLACENTA PREVIA   | 3              | 10,3         | 2,2         |
|       |                | RESTO DE CAUSA MATERNAS   | 11             | 37,9         | 8,1         |
|       |                | <b>TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2/</b>  | <b>185.056</b> |              |             |

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. 2006

1/ Tasa por 1000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2006