

## CAPITULO 1

### ECUADOR:

#### PROGRAMA DE FORMACION, SUPERVISION, EVALUACION Y SERVICIOS DE VIGILANCIA ULTERIOR DE LAS PT

##### HUMBERTO BAQUERO

*Jefe de la División de Salud de la Madre y el Niño,  
Ministerio de Salud Pública, Quito,  
Ecuador*

##### REBECA SOSA

*Enfermera de Salud de la Familia,  
Ministerio de Salud Pública, Quito,  
Ecuador*

##### REBECA BAQUERO

*Directora de Investigaciones, Estudio sobre las PT,  
Ministerio de Salud Pública, Quito,  
Ecuador*

##### ERNESTO PINTO

*DNSF, Ayudante de Evaluación, Departamento de Salud de la Familia,  
Ministerio de Salud Pública, Quito,  
Ecuador*

## INTRODUCCION

En el Ecuador —el segundo país más pequeño de Sudamérica—, las parteras tradicionales ejercen sus funciones principalmente en las zonas rurales aisladas, donde la tasa de fecundidad de las mujeres es elevada y donde raras veces se recurre a los servicios de salud ordinarios. En 1976 el Ministerio de Salud Pública empezó a reclutar, seleccionar y capacitar a las PT con el fin de vincularlas al sistema de atención de salud. En el presente capítulo se expondrán a grandes rasgos las prácticas tradicionales de las PT no adiestradas, se esbozarán los antecedentes que llevaron a la decisión de darles adiestramiento, y se describirán el programa de formación recientemente elaborado, el sistema de supervisión y evaluación de las PT que se ha establecido y los servicios de vigilancia ulterior.

El presente estudio está basado en la documentación siguiente: los datos recogidos por los autores; un manual para la organización de PT en las provincias (2); el material para una tesis reunido por un grupo de estudiantes de sexto curso de la Escuela Normal Carmen Barona, de Ambato, en la provincia de Tungurahua (1); una evaluación del programa de capacitación de PT del Ministerio de Salud Pública (4); y los datos de que dispone la OMS.

El registro de las estadísticas demográficas sigue presentando dificultades en el Ecuador, lo que debe tenerse presente al examinar los datos que se presentan en este capítulo.

## **POR QUE SE ESTABLECIO EL PROGRAMA DE CAPACITACION DE LAS PT**

A pesar de su pequeña extensión, el Ecuador presenta una gran diversidad de características geográficas y climáticas —que van desde zonas costeras hasta montañas e islas—, así como en su composición étnica, ya que su población está compuesta de indios, negros, blancos, españoles y personas de etnia mixta. La alta cadena de los Andes y las selvas tropicales aisladas de las zonas lluviosas, cerca del Amazonas, plantean graves problemas de transporte y de comunicaciones, agravados por la diversidad de las culturas locales. Aproximadamente un 40 % de la población puede considerarse urbana; entre el resto de la población, que es rural, existe una gran diversidad de culturas tradicionales. La religión católica romana es la predominante.

El petróleo, fuente principal de divisas, ha sido un factor de gran importancia en la financiación de los programas de desarrollo económico y social, que han mejorado considerablemente la situación sanitaria del país. Sin embargo, esta situación está lejos aún de ser satisfactoria en las zonas rurales, donde la falta de viviendas adecuadas, de agua y de saneamiento contribuye todavía en gran medida a las altas tasas de morbilidad y mortalidad. No parece que exista una grave penuria de centros de salud en general, pero en las zonas rurales la población apenas hace uso de las instalaciones disponibles. Como ha señalado el Ministerio de Salud Pública:

Una de las más persistentes evidencias surgidas a nivel de las poblaciones rurales del Ecuador, donde se han venido instalando servicios de salud, ha sido el déficit, a veces muy grave, de la demanda de servicios en relación a la capacidad real o estimada de las instalaciones... Los esfuerzos de investigación en este campo del comportamiento de la demanda no han sido muy sostenidos ni sistemáticos... La premisa común de la mayoría de los inten-

tos apriorísticos de explicación de los problemas de falta de demanda pública por los servicios de salud ha estado asociada a las teorías de la modernización que proponían; entre otras cosas, que los campesinos, vencidos moralmente por una gran tendencia al fatalismo esotérico y circunstancial, han desarrollado altos niveles de miedo y suspicacia hacia el hombre de afuera de la comunidad sin generar el «interés» por los programas impuestos mediante la programación vertical y desconfiando del médico y los servicios... En este sentido, nuestro enfoque ha estado dirigido a buscar formas para que el pueblo pueda participar en los procesos de investigación, planeamiento, desarrollo y evaluación de la comunicación, sustentadas en términos pragmáticos de salud (3).

Al parecer, no inspiran la misma desconfianza las PT, quienes operan en sus propias comunidades y conocen profundamente sus valores culturales y creencias tradicionales. Por esta razón, las PT no simbolizan la intrusión de valores extranjeros que parece llevar consigo la medicina convencional y, en consecuencia, no se las considera como una amenaza.

Reconociendo el valor de utilizar esos recursos de la comunidad para la promoción de los servicios de salud mínimos entre la población rural y aislada, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador empezó en 1976 a aplicar una estrategia para reclutar, seleccionar y capacitar a las PT. La estrategia requería que las PT fuesen vinculadas al sistema de atención de salud y que asumieran gradualmente la tarea de fomentar y mejorar esa atención, en particular durante el embarazo, así como la asistencia prenatal, postnatal y durante el parto, los cuidados al recién nacido y a los niños en general y el asesoramiento para la planificación de la familia. El objetivo general era reducir la morbilidad y la mortalidad materna e infantil. Se confiaba además en que la capacitación de las PT permitiría llevar un registro de nacimientos y defunciones y obtener en las zonas rurales la información necesaria sobre morbilidad y mortalidad.

Los objetivos específicos eran los siguientes (2):

- promover la demanda de servicios de salud en la comunidad;
- enseñar a las embarazadas y las madres sus cuidados básicos y los de los recién nacidos;
- conseguir el establecimiento de una coordinación efectiva entre el servicio de salud local y la comunidad, y mejorar así el desarrollo de los programas de salud.

La información que se facilita a continuación sobre la función y las prácticas de las PT no adiestradas y sobre la salud de las madres y los niños y la asistencia de que disponían permite comprender mejor la decisión del Ministerio de iniciar un programa de capacitación de las PT.

## **Funciones y situación de las PT no adiestradas**

En el Ecuador, la PT suele ser una persona de más de 40 años con una larga experiencia en la asistencia a los partos (1). En general realiza su trabajo como un servicio a la comunidad o una responsabilidad social, lo que le ha ganado la confianza y el respeto de su comunidad. Se la retribuye, sin embargo, por sus servicios, según la dificultad del parto, el sexo del recién nacido, el parentesco de la PT con la madre, la situación económica de los padres o la voluntad de éstos.

Algunas PT pasan a ejercer la profesión después de haber aprendido las prácticas de sus abuelas. Otras aprenden las técnicas adecuadas trabajando en algún establecimiento de salud o con un médico, o siguiendo un curso de primeros socorros. Las PT suelen ser mujeres, pero también los hombres pueden ejercer la profesión. La mayoría de las PT se dedican normalmente a otros trabajos, como criadas, campesinas, trabajadoras manuales rurales o artesanas.

### *Prácticas de las PT no adiestradas*

Entre las prácticas tradicionales de las PT no adiestradas (1) figuran, por ejemplo, las de corregir la posición del feto, hacer masaje al abdomen de las embarazadas, asesorarlas acerca de la dieta y administrarles pociones medicas.

Durante las etapas iniciales del parto, la PT se lava las manos. Se administra a la embarazada caldo de gallina y té mezclado con coñac, porque se supone que ello le dará fuerzas durante el parto y contribuirá a acelerarlo. Se estimula a la madre a que ande por la habitación. Se recurre a la palpación vaginal para determinar el tiempo que falta y la rapidez con que progresa el parto, y se aplica una sustancia grasienta en el abdomen de la madre.

La posición que adopta la madre durante el parto propiamente dicho depende de sus experiencias anteriores o de las tradiciones locales. Puede dar a luz de rodillas, recostada, sentada sobre una jofaina, de pie o suspendida por las axilas.

Por el momento no se dispone de más información sobre los procedimientos aplicados por las PT durante el parto ni sobre sus prácticas en caso de surgir complicaciones.

El recién nacido es recibido en un paño limpio, e inmediatamente se le lavan los ojos, las orejas, la nariz y la boca con agua tibia. Para estimular la respiración se le abanica con un trapo y se le azota en las nalgas y el tórax.

Para cortar el cordón umbilical se utilizan distintos instrumentos: tijeras, hojas de afeitar, una planta de filo muy cortante llamada sigse o un cuchillo. Para atar el cordón se usa una fibra local muy resistente, el chillo. Se aplica al ombligo tiomersal, pomada o vaselina y un vendaje de tela limpia que se sujeta mediante una fajita. Los criterios aplicados para decidir el punto donde debe cortarse el ombligo varían según las tradiciones de cada comunidad. Citaremos a modo de ejemplo los siguientes criterios:

- Si se trata de un niño, se mide la longitud de tres dedos: existe la creencia de que, si se le dejara el cordón más largo, el niño, de mayor, sería un bribón.
- Si se trata de una niña, se toma como medida la anchura de una mano: si se le dejara más corto, la niña, de mayor, sería demasiado estrecha de caderas.
- En algunos lugares, el cordón se corta a la distancia de un *geme* (distancia entre la punta del pulgar estirado y la del dedo índice, es decir, unos 12-15 cm), tanto si el recién nacido es niño como si es niña. Si se trata de una niña, una distancia más corta sería causa de que de mayor tuviese el útero muy pequeño.

Si la placenta no se expulsa inmediatamente, puede recurrirse a distintos procedimientos: colocar una jofaina con coñac caliente cerca de la vagina para provocar el desprendimiento de las secundinas, introducir una pluma en la garganta de la madre o hacerle tragar un huevo crudo o aceite de almendras. A menos que sufra hemorragias, a veces se fricciona a la madre con unguento o lociones de belladona y se la envuelve estrechamente en sábanas desde la cintura hasta las rodillas durante 3 días. Se cree que este procedimiento, llamado «encaderamiento», ayuda a los huesos de la pelvis a volver a su posición normal.

Aunque se sabe que algunas PT dan consejos sobre métodos de aborto y tratan algunos trastornos ginecológicos, por regla general se limitan a asistir a los partos. Por término medio, cada PT asiste a unos dos partos al mes. Las PT también pueden participar en los ritos bautismales y funerales.

## **Situación sanitaria de las mujeres y los niños**

El Ecuador, con una población de unos 7 556 000 habitantes en 1977 (5), es un país joven desde el punto de vista demográfico: en 1977, un 43 % de su población tenía menos de 15 años. Con una tasa anual de crecimiento demográfico de un 3,5 % —debido en gran

parte a la disminución de la tasa de defunciones—, el país es uno de los que ven aumentar su población más rápidamente de todo el mundo (7). La tasa de natalidad en 1975 fue del 31,3 por 1 000, lo que representa una disminución en comparación con la de 48 por 1 000 registrada en 1920-1924 (5).

Los problemas de salud de las mujeres y los niños del Ecuador tienen sus raíces en la pobreza, muy generalizada, y que predomina en particular en las zonas rurales. Cabe citar como principales factores determinantes de la mala salud las condiciones insalubres de las viviendas, la insuficiencia de los sistemas de abastecimiento de agua, la inexistencia de redes de alcantarillado, la falta de higiene y la malnutrición. Debe añadirse a esos factores la elevada tasa de fecundidad que se registra en las zonas rurales, donde las mujeres tienen un promedio de 7,7 partos, mientras que es de 4,4 las mujeres con educación secundaria o superior (7). Combinada con la precocidad de la maternidad y con el escaso espaciamiento entre los embarazos, esa elevada tasa de fecundidad contribuye a la elevada tasa de mortalidad infantil y materna. En 1974, la mortalidad materna entre las mujeres embarazadas que fueron registradas fue de 2,3 por 1 000 nacidos vivos (7). Como la proporción de mujeres que se registran es mucho más elevada entre las de las zonas urbanas y las de la categoría económica superior que entre las de las zonas rurales y las pobres, la tasa de mortalidad materna debió de ser muy superior a la mencionada.

Sólo en la mitad de los casos, aproximadamente, se registró la causa de defunción: en un 34 % de los casos, la muerte fue atribuida a toxemia del embarazo; en un 32 %, a hemorragia ocurrida antes o después del parto; en un 18 %, a aborto y causas no especificadas, y en un 16 %, a sepsis puerperal (2). Así pues, una proporción considerable de las defunciones maternas puede atribuirse a la falta de asistencia prenatal adecuada y a prácticas antihigiénicas durante el parto.

También en la salud del niño influyen algunos de los mismos factores que afectan la salud de la madre, a saber: el espaciamiento entre los embarazos, la edad de la madre, el estado nutricional, la asistencia prenatal y postnatal, el ambiente en que se produce el parto y las condiciones de higiene.

En 1977, la tasa de mortalidad infantil notificada fue de 65,8 defunciones por 1 000 nacidos vivos, lo que representa una mejora respecto de la tasa de 180 por 1 000 registrada en 1915 (5, 7). En 1971, las defunciones de niños de menos de cinco años representaron el 50 % del total de defunciones (2). La gastroenteritis y otras enferme-

dades diarreicas figuran como la principal causa de defunción de niños de menos de cinco años, seguida de las enfermedades del sistema respiratorio, el sarampión y el tétanos (6).

En una encuesta realizada hace algunos años por el Instituto Nacional de Nutrición se comprobó que un 40 % de los niños de edad preescolar padecía malnutrición calórico-proteínica, de ellos un 29 % de primer grado, un 9,6 % de segundo grado y un 1,2 % de tercer grado. El problema nutricional que predominaba en el grupo de niños de edad escolar era el bocio endémico, que afecta asimismo a otros grupos de edad.

En el Ecuador, la lactancia natural suele prolongarse durante largos periodos: según la encuesta mencionada, el 80 % de los niños se alimentaban al pecho durante todo un año en las zonas urbanas, y el 87 % en las rurales.

Se dispone de poca información sobre la prevalencia y la incidencia de las enfermedades entre los niños.

### Centros de salud de la madre y el niño, personal y asistencia maternoinfantil

Según el Ministerio de Salud Pública, en 1977 funcionaban los siguientes establecimientos:

| <i>Establecimiento</i>        | <i>Número</i> | <i>Camas para internamiento</i> | <i>Emplazamiento</i>                          |
|-------------------------------|---------------|---------------------------------|---|
| Hospital                      | 37            | 5 730                           | Principales ciudades y capitales de provincia |
| Centro de salud (de hospital) | 64            | 1 952                           | Capitales cantonales                          |
| Centro de salud urbano        | 68            | —                               | Centros urbanos                               |
| Subcentro de salud            | 354           | —                               | Parroquias con más de 1 500 habitantes        |
| Puesto de salud               | 191           | —                               | Aldeas con menos de 1 500 habitantes          |
| Otros                         | 7             | —                               |   |
| <b>Total</b>                  | <b>721</b>    | <b>7 682</b>                    |   |

Los hospitales especializados y universitarios (situados en las principales ciudades), los hospitales para envío de enfermos (en las capitales de provincia) y los centros de salud hospitalarios de las capitales cantonales prestan servicios de pediatría y obstetricia y ginecología en régimen de internado. Muchos de esos establecimientos tienen también ambulatorios para las mismas especialidades.

El personal de los subcentros de salud (situados en las subdivisiones parroquiales) está compuesto de un médico, una enfermera auxiliar, un dentista, un dentista auxiliar y un inspector de saneamiento, que ofrecen sobre todo servicio de ambulatorio. Las aldeas de menos de 1 500 habitantes suelen contar con un puesto de salud dotado de una enfermera auxiliar que efectúa visitas domiciliarias. Dos veces al mes acude al puesto de salud un equipo análogo al que trabaja en los subcentros.

Los puestos de salud envían los casos que lo requieren a los centros de salud o los hospitales, pero son muchos los enfermos que no pueden beneficiarse de ese sistema de envío, principalmente a causa del coste y la escasez de los transportes y de la falta de tiempo.

Las personas que viven en las zonas rurales aisladas —un 25 % de la población, es decir, 1,8 millones de habitantes del país— no tienen acceso a establecimientos de salud fijos, y sólo reciben asistencia de los curanderos y las parteras tradicionales.

Según la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública, en 1977 había en el país los siguientes tipos de personal de salud:

| <i>Tipo</i>           | <i>Número en el país</i> | <i>Número de los que dependen del Ministerio de Salud Pública</i> |
|-----------------------|--------------------------|---|
| Médicos               | 4 664                    | 1 459   |
| Dentistas             | 1 643                    | 325   |
| Tocólogos             | 308                      | 215   |
| Enfermeras graduadas  | 1 388                    | 489   |
| Enfermeras auxiliares | 10 300                   | 2 076   |
| Auxiliares técnicos   | 1 121                    | 446   |

En el Ecuador, la relación médicos/población, que es de 1 : 1 600, resulta muy elevada, habida cuenta del nivel socioeconómico general del país, lo que se explica por el hecho de que la universidad nacional no limita en absoluto el número de ingresos en la facultad de medicina. Como puede verse en el cuadro anterior, en 1977 cerca de una tercera parte de los médicos del país dependían directamente del Ministerio de Salud Pública. Por desgracia son pocos los médicos que se dedican a la salud pública, y menos aún los que renuncian a ejercer en la capital o las grandes ciudades para prestar servicios en las zonas rurales (7).

El Ministerio ha establecido un programa según el cual los estudiantes de medicina deben practicar en las zonas rurales como requisito para conseguir la licencia. Pero para que ese programa sea eficaz

es preciso organizar la formación en salud pública y un sistema de supervisión adecuado, además de orientar previamente a los estudiantes con miras al ejercicio en las zonas rurales. Como por el momento esos requisitos no se cumplen, los servicios médicos que prestan los estudiantes son en realidad muy limitados.

Las cifras que figuran en el cuadro ponen de relieve asimismo la grave escasez de enfermeras diplomadas que se hace sentir en el Ecuador. El Ministerio tropieza con grandes dificultades para retener a la escasa proporción de personal de enfermería de que dispone, ya que los sueldos que paga son relativamente bajos. Una vez cumplido el periodo de servicio fijado en su contrato inicial, las enfermeras y el personal auxiliar (este último adiestrado a cargo del Ministerio) pasan a trabajar para el Instituto de Seguridad Social o para las Fuerzas Armadas, donde los sueldos son más elevados.

### **Políticas y disposiciones legislativas en relación con la asistencia maternoinfantil**

El Ministerio de Salud Pública fue creado en 1967, pero hasta 1977 no asumió la responsabilidad de los asuntos de salud en las zonas rurales. Asesora al Ministerio el Consejo Nacional de Salud. Las funciones se reparten entre la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Higiene del Medio y Obras de Saneamiento. El Departamento Nacional de Salud de la Familia,<sup>1</sup> que depende de la Dirección de Salud Pública, se encarga de ejecutar en todo el país el Programa de Salud de la Madre y el Niño y de Bienestar de la Familia, que goza de alta prioridad en el Plan Nacional de Salud. Los objetivos del plan son los siguientes:

- reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna e infantil asociados a la reproducción humana, aumentando la cobertura de los servicios de asistencia maternal y de regulación de la natalidad;
- organizar un sistema que permita dar formación y estudios avanzados sobre asistencia maternoinfantil, reproducción humana y demografía al personal profesional, técnico, administrativo y auxiliar tanto en el servicio como durante su adiestramiento teórico;
- mejorar la capacitación administrativa y operativa en los escalones de dirección y gestión del programa.

El Gobierno ha fijado metas precisas para los servicios. En 1972, sólo un 13,5 % aproximadamente de las mujeres embarazadas reci-

<sup>1</sup> Antes División Nacional de Promoción de la Asistencia Sanitaria.

bieron asistencia prenatal; en 1977 esa proporción fue de un 33 %, aunque la meta fijada para aquel año era de un 40,2 %. En 1970 un 28,1 % de los partos fueron asistidos por personal profesional; en 1977 la proporción fue de un 36 %, aunque la meta establecida era de un 53,4 % (7).

En principio, los servicios de planificación de la familia deben estar integrados en la red del Ministerio, pero en la práctica todavía no son asequibles para la generalidad de la población. En los reglamentos vigentes se especifica que sólo los médicos pueden facilitar dispositivos para la planificación de la familia. Ni las enfermeras ni sus auxiliares pueden distribuir píldoras ni insertar dispositivos intrauterinos sin supervisión médica. Además no se adiestra al personal de salud para que pueda dar información a la población sobre planificación de la familia, lo que explica en parte la escasa eficacia de los servicios correspondientes, cuya existencia ignoran muchos de sus posibles usuarios. Así pues, puede decirse que en general los establecimientos de salud prestan o no esa clase de servicios según sea la actitud personal del médico que los dirige.

### **APOYO PARA LA FORMACION Y LA UTILIZACION DE LAS PT**

El Departamento Nacional de Salud de la Familia es el servicio técnico de asistencia maternoinfantil del Ministerio que más se ha esforzado por conseguir el apoyo técnico y los fondos necesarios para ejecutar en el Ecuador el programa de formación del PT. En su calidad de órgano de ejecución del programa se encarga de obtener apoyo técnico y fondos mediante el establecimiento de acuerdos con organismos de financiación nacionales e internacionales, tales como el FNUAP y el mismo Gobierno del país.

Aunque las PT adiestradas no forman parte de la estructura sanitaria del Gobierno, se espera que colaboren con ella, enviando a sus servicios los casos difíciles y fomentando el uso de las instalaciones de atención de salud.

### **INVENTARIO DE LAS PT**

No se ha hecho un inventario oficial de las PT del Ecuador. Pero puede obtenerse una cifra aproximada multiplicando los 1,8 millones

de habitantes de las zonas rurales atendidas por personal que ejerce la medicina tradicional por la tasa de natalidad, que es de 31,3 por 1 000, lo que da un total de 56 340 nacimientos al año. En promedio, si cada PT asiste a dos partos al mes, es decir, 24 al año, para ese número de nacimientos harían falta 2 348 PT.

## EL PROGRAMA DE FORMACION

### Planificación del programa de formación

La sección de formación del Departamento Nacional de Salud de la Familia establece los planes de estudios para los cursos de adiestramiento. La instrucción está basada en las funciones definidas para las PT según unos objetivos de formación concretos y una metodología adecuada. Existe un modelo de enseñanza normalizado que se aplica en todo el país.

Las autoridades provinciales son responsables, desde el punto de vista administrativo, de la ejecución de los programas de formación locales. En casi todas las provincias, la responsabilidad de la dirección de los cursos se delega en la enfermera provincial o su ayudante. Para esas funciones de responsabilidad se elige a las enfermeras porque una gran proporción de las técnicas que deben enseñarse a las PT son propias de la enfermería. Además, esas enfermeras poseen los debidos conocimientos técnicos y administrativos de salud pública.

Antes de organizar un curso se procede a recoger en el plano provincial la siguiente información (3):

- antecedentes y justificación del curso (diagnóstico de los problemas de salud de la madre y el niño en la zona);
- identificación de las personas adecuadas y capacitadas para dar el curso;
- información sobre el lugar donde se dará el curso y sobre la disponibilidad de material docente, por ejemplo, medios audiovisuales;
- información sobre las PT seleccionadas: edad, escolaridad anterior, número de partos que asisten al mes, aspecto personal, comunidad donde ejercen, lugar de origen;
- presupuesto completo del curso.

Se incluyen además las fechas previstas y un horario del curso con el número de horas que se dedicarán a la formación teórica y práctica. Toda esta información se transmite al Departamento Nacional

de Salud de la Familia para su aprobación y financiación, así como para obtener del mismo el apoyo técnico y de otra clase necesario. El Departamento determina las provincias a las que se autoriza a organizar un curso de formación, sobre la base de las necesidades comprobadas y de las prioridades en materia de morbilidad y mortalidad materna e infantil.

### **El personal docente**

La persona encargada de dar formación a las PT es, en primer lugar, la enfermera jefe de la provincia u otra persona delegada por ella. Le presta ayuda un tocólogo, cuya presencia pone de relieve la función del médico en la comunidad con el fin de fomentar la coordinación de las actividades. También participa en el programa de formación una ayudante de enfermería. Como la función que ésta ejerce en los subcentros de salud rurales influye también en la prestación de la asistencia sanitaria, la ayudante colabora en la tarea de comprobar si las alumnas dominan los procedimientos y técnicas de enfermería, y define el papel que le corresponde en relación con las funciones de las PT.

Antes de iniciarse un programa de formación se informa al personal docente acerca de las costumbres que prevalecen en la zona, por ejemplo, en lo que atañe a la dieta, el embarazo, el parto y la procreación.

### **Reclutamiento de las PT candidatas a la formación**

Las Jefaturas Provinciales de Salud encargan a los médicos y al personal auxiliar local la tarea de reclutar PT para su adiestramiento, sean hombres o mujeres. También cooperan en esa selección otros dirigentes de la comunidad, por ejemplo, el jefe de la oficina del registro civil, el dirigente político y el cura párroco.

A continuación se establece contacto con las posibles candidatas mediante una invitación escrita firmada por una autoridad local; en otros casos se encarga a personas que las conocen que les transmitan el correspondiente mensaje, y aún a veces es preciso organizar búsquedas casa por casa a cargo del personal de salud para encontrar a algunas de las PT que se trata de localizar.

Una vez que se ha identificado a las posibles candidatas y se ha establecido contacto con ellas, una enfermera entrevista a unas 20 o 25. Para su selección se aplican los siguientes criterios:

- edad (los límites usuales se sitúan entre los 30 y los 65 años, pero el límite superior puede rebasarse en el caso de mujeres de más edad que gozan de buena salud y de respeto general, y cuyos servicios son solicitados aún en la comunidad; la misma flexibilidad se aplica a las de menos de 30 años);
- buen estado de salud física y mental;
- deseo de recibir formación;
- la formación anterior (aunque no se exige que sepan leer y escribir y muchas de las seleccionadas son analfabetas);
- situación personal en la comunidad y relaciones de la candidata con ésta;
- número de partos asistidos por la candidata al mes;
- aspecto personal.

Sobre la base de esos criterios y de una entrevista personal, el equipo docente provincial elige finalmente a las candidatas que considera más adecuadas para la formación. Una vez seleccionadas, las PT raramente renuncian a la oportunidad de recibir adiestramiento. Con frecuencia, el número de aspirantes a seguir el curso es superior al máximo de 15 fijado para la admisión. Sólo en casos excepcionales se rebasa este límite máximo.

### **Contenido del curso y métodos de formación**

De conformidad con las funciones propias de las PT y con los objetivos específicos del programa general de formación (véase la página 21), se trata fundamentalmente de capacitar a las PT para: *a)* reconocer su función en la comunidad; *b)* mejorar sus servicios y tomar conciencia de sus obligaciones y limitaciones, y *c)* ocuparse debidamente del envío de los casos difíciles al servicio de salud más próximo.

El periodo de formación suele durar en total de 10 a 15 días. El contenido del curso se divide en tres secciones principales:

- actividades de promoción;
- asistencia directa a los partos;
- sistema de envío de casos difíciles a los servicios de salud.

La sección de *promoción* consiste en una serie de debates dirigidos y en la representación «teatral», muy sucinta, de distintas situaciones sociales, encaminada a estimular la utilización de los servicios de salud y de sus instalaciones. La PT, como encargada principal de fomentar el uso de esos servicios entre los miembros de la comunidad, aprende a detectar el embarazo en sus comienzos con miras al

envío de la embarazada al servicio correspondiente, y se hace cargo de la importancia de enviar igualmente a los centros de salud a los recién nacidos, los lactantes, los niños de edad preescolar y las personas que necesitan información y ayuda para la planificación de la familia. Esas actividades de promoción ocupan un 20 % aproximadamente del tiempo dedicado a la formación.

La sección de *asistencia directa a los partos* ocupa un 70 % del tiempo de formación y abarca todos los aspectos de la atención prenatal, postnatal, durante el parto y del recién nacido. La instrucción práctica se realiza mediante técnicas de demostración, repetidas después por las candidatas, y mediante prácticas supervisadas en una zona rural.

La tercera sección, que comprende *ejercicios prácticos sobre el sistema de envío de casos*, ocupa un 10 % del periodo de formación.

Hasta ahora los cursos se han realizado sin disponer de ningún manual impreso ni siquiera de material multicopiado, pero actualmente se está preparando un «Manual gráfico para uso de la PT». La información obtenida durante los cursos de formación indica que no se dispone de material didáctico en cantidad suficiente: hace falta, por ejemplo, películas didácticas y un mayor número de muñecos para las prácticas.

### **Otros aspectos del programa de formación**

En general se procura resolver el problema del alojamiento de las PT durante el curso, ya que suelen vivir lejos del centro de formación. Las que viven cerca se desplazan todos los días para asistir a las clases, y las demás se alojan a veces en casa de unos amigos o parientes que vivan cerca.

Aunque en el curso de formación se dan instrucciones básicas sobre paternidad responsable, planificación de la familia, espaciamiento de los embarazos, métodos contraceptivos disponibles en los servicios de salud y la importancia de enviar a esos servicios a las personas interesadas en la regulación de la fecundidad, no se permite a las PT suministrar contraceptivos ni se las informa sobre los posibles efectos secundarios de los métodos de regulación de la fecundidad.

Una vez terminada su formación, las PT reciben en el Ecuador el nombre de Colaboradoras Voluntarias Rurales. Cada una de ellas recibe un maletín de trabajo con los instrumentos necesarios para asistir a los partos a domicilio, que se espera utilice de conformidad con las técnicas y procedimientos que se le han enseñado durante el curso de capacitación.

A cada PT se le entrega un carnet de identificación que se revalida anualmente previa comprobación del estado de salud de la interesada y evaluación de los servicios prestados.

### **Evaluación de la enseñanza y el aprendizaje**

Como la mayoría de las PT son analfabetas, el personal docente evalúa a las participantes en el curso de formación mediante exámenes orales. Antes de iniciarse el curso se procede a una primera evaluación, que servirá de base para medir el aumento de sus conocimientos al término de la formación. Las respuestas se registran debidamente y permiten determinar cuáles son los puntos en que las deficiencias son más acusadas. La segunda evaluación oficial —la evaluación extraoficial de las técnicas de enseñanza y del aprovechamiento de las candidatas se efectúa a lo largo de todo el curso— tiene lugar a mitad del curso, y sirve de base para modificar en lo necesario el plan correspondiente a la segunda mitad. En la evaluación final se miden los conocimientos que la PT ha adquirido durante el curso, así como los sectores en los que se aprecian deficiencias por parte del personal docente o en el material didáctico.

En el Anexo de las páginas 29-34 se reproducen los formularios utilizados en las evaluaciones.

### **Estadística de la formación**

Desde que se inició el programa, en 1976, el Ministerio de Salud ha dado formación a 530 PT; entra en sus planes dar adiestramiento a unas 150 PT cada año. Como no se sabe con precisión cuántas PT ejercen en el país, sólo puede decirse que las 530 adiestradas representan alrededor de un 20 % del total estimado de 2 700.

## **ARREGLOS ADMINISTRATIVOS PARA LA UTILIZACION DE LAS PT ADIESTRADAS**

### **Supervisión**

Las PT son asignadas a establecimientos de salud específicos, pero no se las considera miembros del personal de salud ni son retribuidas

por el Gobierno. Una vez que las PT están adiestradas, pueden ejercer legalmente en las zonas rurales bajo la supervisión del personal de enfermería y partería del subcentro de salud o del hospital local.

Las visitas de supervisión se efectúan cada tres meses durante el primer año subsiguiente a la formación, cada seis meses durante el segundo año y una vez al año o cuando las circunstancias lo aconsejen a partir de entonces. Realizan esas visitas de supervisión las auxiliares de enfermería del subcentro de salud local o la enfermera o la partera del hospital provincial. Los objetivos de esas visitas son los siguientes:

- dar a las PT las orientaciones necesarias para que puedan desempeñar sus funciones correctamente;
- velar por que las PT adiestradas pongan en práctica la experiencia y las técnicas adquiridas y por que se corrijan gradualmente los hábitos tradicionales;
- fomentar una relación más estrecha entre las PT y el personal del subcentro de salud;
- mejorar, mediante la supervisión, la capacidad de las PT para la ejecución de sus tareas técnicas;
- establecer mejores relaciones entre las PT y la comunidad;
- obtener datos para la información estadística sobre las actividades de las PT;
- evaluar los efectos a largo plazo de la extensión de los servicios de asistencia materno-infantil y de bienestar de la familia en las tasas nacionales de morbilidad y mortalidad materna e infantil.

### **Envío de casos**

La función que incumbe a las PT en el envío de pacientes a hospitales, centros de salud de hospitales o subcentros se facilita mediante un sistema de cupones de colores con dibujos sobre las diferentes afecciones. Los cupones blancos se utilizan para el envío de las embarazadas que no presentan complicaciones al subcentro de salud local. Cuando el embarazo presenta alguna complicación se entrega a la mujer un cupón rojo, que deberá presentar directamente en el hospital más próximo. Los cupones azules se utilizan para enviar a los lactantes al subcentro de salud con el fin de que se les haga un simple reconocimiento; los de color rosa son para que se efectúe un control puerperal, y los verdes para indicar que la interesada desea información y ayuda del servicio de bienestar familiar. Los casos que requieren atención especial pueden enviarse directamente a un hospital.

Cada cupón está constituido por dos secciones: el talón y el cupón propiamente dicho. El talón tiene un dibujo sencillo que representa el motivo del envío, y esta sección queda en poder de la PT, quien la entrega al personal del centro de salud durante la próxima visita de supervisión. En la otra parte del cupón, que la interesada lleva consigo al centro de salud, figura en letras mayúsculas la razón del envío de la paciente.

## **RENDIMIENTO DE LAS PT Y EFECTOS DE SU ACCION**

Se ha efectuado un estudio sobre el rendimiento de las PT adiestradas en el Ecuador (4). Aunque no se dispone todavía del análisis de todos los datos, los datos preliminares indican que la PT adiestrada está capacitada para reconocer los primeros signos y síntomas habituales del embarazo y de sus complicaciones. La mayoría de las PT envían a las embarazadas que presentan complicaciones a los escalones superiores; en cuanto a los embarazos normales, suelen ocuparse de ellos personalmente. Algunas PT aplican las técnicas que aprendieron durante su formación, pero otras siguen utilizando los métodos tradicionales.

No se ha hecho ninguna evaluación de los efectos de la acción de las PT adiestradas en la salud de las mujeres y los niños de las zonas rurales.

## **CONCLUSION**

Reconociendo los problemas especiales que se plantean en el Ecuador —inclusive su diversidad geográfica, étnica y cultural—, el Ministerio de Salud ha aplicado un criterio renovador y original con miras a aprovechar al máximo los recursos de las mismas comunidades para la asistencia maternoinfantil, a saber: las parteras tradicionales. En 1976, el Ministerio emprendió un ambicioso programa para dar formación a PT seleccionadas y para evaluar su acción y su educación continua. En sólo tres años se calcula que un 20 % de las PT del país han sido adiestradas en la aplicación de procedimientos apropiados para la atención durante los partos, la asistencia prenatal y postnatal y los cuidados al recién nacido.

Un problema particular del Ecuador es que en algunas partes del país los centros y establecimientos de salud no se utilizan en

bastante medida, habida cuenta de las grandes necesidades existentes. En consecuencia, una de las funciones adicionales que se confía a las PT es la de fomentar la utilización del sistema de atención de salud.

Sería prematuro, manifiestamente, efectuar una evaluación satisfactoria del programa de adiestramiento de las PT o de los efectos de su acción en la salud de la población. Los primeros informes indican que son muchas las PT que adquieren nuevos conocimientos y modifican en consecuencia sus procedimientos, aunque algunas vuelven a sus viejos hábitos. Está en ejecución un estudio cuyos resultados servirán de base para determinar las modificaciones que sería útil efectuar para mejorar el programa.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Las comadronas y su cultura*. Tesis de grado, Escuela Carmen Barona, Ambato, Provincia de Tungurahua, Ecuador, 1975.
2. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD FAMILIAR. *Manual de normas para capacitación de Colaboradoras Voluntarias Rurales*, 1ª ed. Quito, Ecuador, 1977.
3. XX Conferencia Sanitaria Panamericana. 30ª reunión del Comité Regional. *Obstáculos socioculturales en la prestación de los servicios de salud*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC (documento CSP 20/30, 1978).
4. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD FAMILIAR. *Datos parciales del estudio de evaluación de las CVR*. Ecuador, 1979.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Sexto informe sobre la situación sanitaria mundial. Parte II: Reseñas por países y zonas*. Ginebra, 1980.
6. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *World health statistics annual — Annuaire de statistiques sanitaires mondiales, 1977. Vol. I: Vital statistics and causes of death*. Mouvement de la population et causes de décès. Ginebra, 1977.
7. BANCO MUNDIAL. *Development problems and prospects of Ecuador, special report. Vol. III: Technical annexes and statistical appendix*. Washington, DC, junio de 1979 (No. 2373-EC).

## Anexo

### FORMULARIOS QUE SE UTILIZAN PARA LA EVALUACION DE LAS PT ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL CURSO DE ADIESTRAMIENTO

#### Evaluación inicial (antes del curso para PT)

Nombre de la PT (C. V. R.): .....

Fecha: .....

1. ¿Cómo reconoce que la señora está encinta? (embarazada o preñada; em-  
pléese la palabra más conocida por la asistente):

.....  
.....

2. ¿Realiza algún cuidado con la señora encinta? (embarazada o preñada):

SI

NO

(Si la respuesta es afirmativa): ¿Qué clase de cuidados le da?

.....  
.....

3. ¿Le da algunos consejos? .....

SI

NO

(Si la respuesta es afirmativa): Consejos de alimentación: .....

.....; de higiene: .....

Otros (especifique): .....

4. ¿Cómo sabe que faltan pocos días para el parto? .....

.....

5. ¿Sabe calcular usted la fecha posible del parto? .....

SI

NO

(Si la respuesta es afirmativa): ¿Cómo la calcula? .....

.....

6. Antes de atender el parto, ¿qué hace usted? .....

a) ¿En relación con la madre? .....

.....

b) ¿En relación con la casa? .....

.....



18. ¿Para qué visita a la señora? .....

.....  
*Nombre de la persona que interrogó:*

.....  
*Cargo:* .....

**Evaluación intermedia (durante el curso)**

**Nombre de la PT (C. V. R.):** .....

**Fecha:** .....

1. Nombre algunos órganos femeninos de la reproducción: .....

.....  
2. Nombre algunos órganos masculinos de la reproducción: .....

.....  
3. ¿Cómo conoce cuándo la mujer está embarazada? .....

.....  
4. ¿En qué parte de los órganos de la mujer se produce la fecundación? .....

.....  
5. ¿Cuáles son las señales de peligro durante el embarazo? .....

.....  
6. ¿Cuándo debe ir una mujer embarazada a la consulta médica? .....

.....  
7. ¿Qué consejos da usted a la mujer embarazada? .....

.....  
8. a) ¿En qué casos envía usted a una parturienta al hospital? .....

.....  
b) ¿En qué casos al subcentro de salud? .....

.....  
9. ¿Cómo se prepara usted para atender el parto? .....

10. ¿Qué cosas contiene el maletín? .....

Nombre de la persona que interrogó:

Cargo: .....

### **Evaluación al final del curso**

**Nombre de la PT (C. V. R.):** .....

**Fecha:** .....

1. Diga 5 señales de peligro durante el embarazo: .....

2. Diga 5 señales de peligro durante el parto: .....

3. ¿Qué debe hacer usted cuando encuentra una de estas señales de peligro en el embarazo y parto? .....

4. ¿Qué instrumentos deben estar hervidos? .....

5. Diga algunas señales que hacen pensar en un posible aborto: .....

6. ¿Cómo ayuda usted a la madre durante el nacimiento del niño? .....

7. a) ¿Qué cuidados le da al recién nacido? .....



¿Por qué? .....  
.....  
.....

15. ¿Cree importante la planificación familiar? .....

SI

NO

¿Por qué? .....  
.....  
.....

16. Si una pareja le pide consejos sobre métodos de planificación familiar, ¿qué aconsejará usted? .....

.....  
.....

17. Los centros y subcentros de salud distribuyen leche-avena. ¿A quiénes recomendaría usted que se acerquen a solicitar este alimento? .....

.....  
.....  
.....

18. ¿Qué vacuna debe recibir el niño antes de inscribirle en el Registro Civil?

.....  
.....  
.....

*Nombre de la persona que interrogó:*

.....  
*Cargo:* .....

---