

DIAGNÓSTICO SOBRE LA SALUD MATERNA-INFANTIL Y LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL



Proyecto para mejorar la salud materna -infantil en las comunidades indígenas de Cotacachi, Ecuador 2022-2023.

Tabla 117. Análisis de la capacidad resolutiva de las mamas parteras en Cotacachi

Capacidad Resolutiva de la mamas parteras a la salud materna-infantil en integralidad e interculturalidad

Relativos legales que evidencian y reconocen la importancia del rescate y revitalización de la Salud ancestral:

- i) [Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Art. XII Salud y Bienestar;](#)

Art. 1. Los pueblos indígenas tendrán derecho a usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general;
- ii) Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007)

Artículo 24. 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital.
- iii) La Constitución de la República del Ecuador del 2008, reconoce la plurinacionalidad dentro del país, además incorpora el principio del Sumak Kawsay (Buen Vivir), así como los enfoques de género e interculturalidad como ejes transversales en todos sus capítulos. También da paso al enfoque intercultural que contribuye sustancialmente a garantizar la salud sexual y salud reproductiva de mujeres y de los recién nacidos, en base a la articulación y complementariedad entre los sistemas de salud ancestral, alternativos y convencionales.
- iv) [El Ministerio de Salud Pública](#) ha elaborado una serie de documentos normativos desde los años 90, sobre la pertinencia cultural en la atención de la salud materno-neonatal, como es el “Manual de Normas para la atención materno-infantil por niveles de complejidad”, emitido en el año 1992 y que periódicamente se fue actualizando hasta la emisión de la “Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado”, en el año 2008. No obstante, estos documentos contienen relativamente pocas pautas concretas para proveer atención según las particularidades culturales de la población.

El derecho a la dignidad, a la intimidad y a la salud mental de madres y recién nacidos durante el parto y el nacimiento;

Derecho a un embarazo, parto, nacimiento y postparto respetados,
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.

- v) Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2006)
Libro sexto. Jurisdicción, competencia, procedimiento, sanciones y definiciones
Capítulo V De las definiciones;
Art. 259.- Para efectos de esta Ley, se entiende por:
Agentes de las medicinas tradicionales. - Son aquellos sanadores que intervienen en diferentes ámbitos de la salud, cuyas denominaciones son particulares a cada una de las nacionalidades y pueblos, y su reconocimiento proviene de las propias comunidades donde prestan sus servicios. Las condiciones y características formales y temporales de su formación son propias de su tradición y cultura ancestral.
- Medicinas tradicionales. - Son el conjunto de conocimientos y prácticas ancestrales de las nacionalidades, pueblos, comunidades indígenas, mestizas y afro descendientes que a lo largo del tiempo han constituido un saber específico, mantenido y difundido en un contexto cultural, de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales, mentales, psicológicos y afectivos y que se explica y funciona en ese mismo universo cultural. Sus prácticas se corresponden con saberes, técnicas y procedimientos propios de su cosmovisión y son ejercidas por sanadores de las medicinas tradicionales, reconocidos por sus comunidades y registrados por la autoridad sanitaria nacional.



La capacidad resolutiva de la partería, en las comunidades de Cotacachi, Con relación a la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad. Respondiendo a las características y componentes culturales de la zona en estudio. Por lo que es imprescindible:

La construcción de un sistema de salud intercultural garantiza el ejercicio de un diálogo entre los sistemas de medicina ancestral y el sistema de salud convencional. Este diálogo será el que permita resignificar el concepto de salud, superando la visión del campo físico y psicológico, para incorporar la dimensión espiritual y cultural de manera holística en el cuidado y atención de salud. Por ende, la recuperación, reparación y revitalización de la medicina ancestral, es imprescindible para el fortalecimiento y articulación de un sistema de salud integral e intercultural. Las parteras ancestrales son corazón, para la salud de las comunidades rurales.

La vida, desde la ritualización del nacimiento, en las cosmovisiones indígenas, representa un acontecimiento profundamente espiritual; un parto respetado y humanizado para las mujeres representa y es un Derecho humano para los pueblos y colectivos;

Por tanto;

- i) Según el informe de la sala situacional, de enero a septiembre de 2022, del DISTRITO 10D03 COTACACHI – HADLT: Los partos por autoidentificación étnica, en el período de enero a noviembre de 2022 en el HADLT, se atendieron 222 mujeres indígenas, es decir el 54% de las mujeres, de un total poblacional de 413 mujeres, durante su embarazo, parto y puerperio, fueron indígenas.

El Distrito 10D03 cuenta con 14 unidades operativas. Según el informe de la sala situacional, de enero a septiembre de 2022, del DISTRITO 10D03 COTACACHI – HADLT, el hospital en relación a la disponibilidad de los profesionales de la salud, cuenta solamente con 5 obstetras, 0 obstetras rurales, 1 gineco- obstetra, 1 médico pediatra, 6 enfermeras rurales, 6 médicos rurales, 7 médicos residentes, lo que simboliza un nudo crítico respecto a la capacidad y capacidad de asistencia a la salud materna-infantil, ante la demanda en la zona rural, ya que la población rural corresponde a un 77,9%.

Según el [Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural - MAIS-FCI](#), cada TAP atiende 1500 usuarios (as) en población a nivel rural. En las 16 comunidades que revisa este diagnóstico; El centro de salud de Cotacachi cuenta con 17 Técnicos(as) de Atención primaria, en Imantag 5 TAPs, y en Quiroga 7 TAPs.

Observación: Es preciso reconocer el trabajo humanizado y compasivo en la intervención de algunos(as)Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPs), Cotacachi. Quienes pese a la carga de funciones; excesiva cantidad de usuarias por TAP (en algunos casos superando la cantidad de usuarios sugerido en el MAIS) directrices - responsabilidades por cubrir; escases de recursos, y sobre todo dificultades de acceso a movilidad para traslado y visitas a las comunidades. Quienes, desde la autogestión, o recursos propios buscan las posibilidades de acompañar y ayudar a las mujeres gestantes e infancias en condición de riesgo y vulnerabilidad.

Sin embargo, de acuerdo con los resultados, el **95,8% de las madres participantes afirma que su hijo no recibe visitas frecuentes de alguna institución de salud**. Mientras que, el 4,2% indica que sí (TAPS, y del MIES - CNH) Para estos últimos casos, las visitas son realizadas por personal de centros de salud cercanos a su vivienda.

- ii) **Ante esto, el Cantón Cotacachi, registra un total de 80 parteras, de las cuales 35 cuentan con certificación del Ministerio de Salud Pública, por lo que se reafirma que:**



El proceso de atención, cuidado y salud de la mujer gestante y neonatal, desde un parto intercultural contribuye a afianzar la identidad indígena y la pertenencia al territorio.

- iii) 71% de las mujeres gestantes (indígenas – mestizas rurales que participaron de la muestra), prefiere/preferiría hacerlo en casa con una partera

Este ideal no se cumple, ya que el 70% de las participantes fue atendida por un médico en su último parto. Mientras que solamente, el 16,9% fue atendido por una partera y el 5,4% restante recibió asistencia de su madre, el 3% recibió atención de su esposo, el 2,7% registra haber atendido su parto sola, finalmente el 1,9% menciona haber recibido atención de otras personas, como hermana, o cuñada

Respecto a esto, las mujeres encuestadas manifiestan cómo se sintieron durante el parto; el 13,9% se sintieron violentadas y el 6,9% restante se sintieron vulneradas, en vulnerada citan factores como; “vergüenza”, “con miedo”

Mientras, el 33,8% considera que la atención recibida fue tosca, mientras el 29,6% indica que la atención durante el parto fue indiferente

Sumado a que, el **54,84% de las mujeres encuestadas están experimentando un embarazo deseado**

En promedio, las mujeres gestantes encuestadas tuvieron su primer hijo a entre los 17, 18 y 20 años de edad,

En la presente muestra, el 84,6% de las participantes afirmó que su parto fue normal; mientras que, el **15,4% restante indicó que se realizó mediante cesárea**

Se revisa la violencia obstétrica – violencia espiritual, relacionadas, particularmente a la insatisfacción materna durante el embarazo y parto, se toma en referencia en concordancia con las situaciones expuestas por las mujeres de la muestra, mismas que expresan la ausencia de consentimiento informado; habiendo irrumpido el derecho sobre su corporalidad al momento del parto; respecto a la cesárea, testimonios textualmente citados, cómo; “no era necesario que me corten” “hadie me dijo, solo me cortaron”; intervenciones culturalmente violentas e innecesarias; “rasurar las zonas genitales”, representan prácticas agresivas, así mismo, la ausencia de lenguaje y pensamiento culturalmente empático por parte del personal de salud en centros hospitalarios. Así mismo, la mayoría de las mujeres participantes, incide en que se le negó el acompañamiento de sus seres queridos durante el parto.

El 33,8% de mujeres encuestadas, considera que la atención recibida en las instituciones de salud fue tosca. Mientras, el 29,6% indica que la atención durante el parto fue indiferente.

El 54,8% de las mujeres participantes afirma no cuenta con recursos para desplazarse al hospital.

El 61,3% de las mujeres participantes necesita pedir permiso a su esposo-pareja para acudir a una consulta médica o partera.

El 77,42% de mujeres gestantes, afirma que su esposo-pareja es quien administra los recursos económicos del hogar, seguido de un 19,35% que manifiesta, que es ella misma quien los administra, finalmente un 3,23% de las participantes expone que estos son administrados por otros.

El 87,1% de las mujeres gestantes encuestadas no recibe recursos por su trabajo o por otros ingresos autogestionados. Es decir, solo el 12,9% de las participantes percibe ingresos por actividades autogestionadas.

El 38,7% de las mujeres gestantes encuestadas tiene dos comidas al día. El 29% de las mujeres gestantes encuestadas ha sido diagnosticada con anemia durante el embarazo, de estas el 48,4% no ha recibido vitaminas para prevenir la anemia durante el embarazo.

El 45,16% de las mujeres gestantes encuestadas, prefiere recibir atención médica durante el embarazo en un centro de salud u hospital. Mientras que, el 48,39% prefiere recibir atención de cuidado, durante el embarazo con una partera.

Se recalca que el principal criterio para decidirse por un lugar para recibir atención/cuidados, entre las respuestas se observa que por el criterio con mayor prevalencia “seguridad/confianza – conocimientos y prácticas tradicionales” responde a un 35,48% de las mujeres gestantes manifiesta su preferencia de elegir a una partera para sus cuidados y atención durante el embarazo.

Sin embargo, el 41,94% de las mujeres asegura que necesita de la atención de ambos servicios de salud: partera y médico; “Por seguridad propia y del bebé”

El 38,71% de las mujeres gestantes encuestadas, desconocen el para qué y por qué de los exámenes que se realizan durante el embarazo.

Solo el 19,4% de las mujeres gestantes encuestadas sabe lo que es un plan de parto. Mientras que, el **80,6% restante no lo sabe**.

El 61,29% de las mujeres gestantes conoce lo que son las ETS. Mientras que, el 38,71% restante no lo sabe. Mientras, el 48,39% de las mujeres encuestadas, conoce como se previenen las ETS, el **51,61% restante no lo sabe**.

El 9,23% (24 niños y niñas) de la muestra, presenta cuadros de desnutrición. En su mayoría situación que las madres buscan tratar desde el cuidado y respuesta familiar a la alimentación, desde el alcance familiar-comunitario:
“Falta dinero para comprar alimentos que los médicos, dicen que deben darse”

El 47,7% de los casos es la mamá quien se encarga del cuidado del hijo. Mientras que, para el 13,5% es el papá quien lo hace. Por otra parte, para el **21,9% de la muestra son los hermanos mayores quienes brindan el cuidado y, por último, para el 16,9% se hacen cargo los abuelos.**

- iv) Desde las Parteras Tradicionales Comunitarias – se responden asertivamente a las necesidades culturales de los pueblos indígenas, reestableciendo el embarazo desde el acompañamiento, encariñamiento y cuidado, un parto ritualizado, un posparto desde el cuidado a la parturienta (encaderamiento, baño ritual con plantas, alimentación), cuidados del recién nacido (según la diversidad de tradiciones): Rituales de buena llegada del bebé, la ombligada (entrega de dones), el envuelto (maytu), primer baño del bebé y cuidados del bebé y la madre después del parto.
- v) **Correspondiendo significativamente a la mitigación de la insatisfacción materna y disminución de la violencia espiritual y violencia obstétrica, y prácticas de cuidado interculturalmente adecuadas**

Las agentes de la Salud Tradicional, en el desempeño de los servicios de cuidado y atención a la salud materna-infantil, evidencian gran capacidad resolutiva y de respuesta, debido a la correspondencia con los componentes culturales desde la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad en alcance a los Derechos de la mujeres y recién nacidos.

El presente estudio de caso toma como muestra a 28 mamas parteras del cantón Cotacachi.

El 91,7% de las mamas parteras se autodeterminan indígena, mientras que, el 8,3% restante se autodetermina como mestiza

El 75% de las mujeres parteras tiene 20 o más años de experiencia en la atención de partos

El 58,3% de las mujeres parteras encuestadas aprendió la labor a través de las enseñanzas y saberes transmitidos de sus mamas y abuelas. El 33,3% obtuvo su conocimiento mediante el autoaprendizaje, y el 8,3% de la muestra recibió inducción de otras parteras con mayor experiencia

En el 2022, el 37,5% de las mujeres parteras encuestadas ha atendido entre 1 y 5 partos, mientras un 20,8% atendió entre 5 y 10 partos y el 8,3% restante brindó asistencia entre 10 y 20 partos. Durante el mismo año, el 37,5% de las parteras atendió entre 10 y 20 mujeres en posparto. Además, el 29,2% de las parteras brindó sus servicios a entre 1 y 5 mujeres en posparto. Por su parte, un 16,7% de parteras asistió a entre 10 y 20 mujeres en posparto.

Así mismo, las parteras son las agentes de salud comunitaria capaces de responder frente a las enfermedades culturales, el 50% de los casos que atienden refieren a enfermedades culturales como mal aire, o espanto.

Conforme a los resultados, el 37,3% de las madres, aseguran que los malestares en los niños (as) menores de cinco años, se debe a alguna enfermedad cultural,



entre la más frecuente en su hijo(a) está el mal aire, para el 30,8% es el susto, para 26,2% el mal de ojo.

El 91,7% de las mujeres parteras encuestadas atienden los partos en la casa de la paciente, **Es necesario mencionar que ninguna partera ha prestado sus servicios en un centro especializado o casa de salud.**

Es importante recalcar, que el 83,33% de las mujeres parteras encuestadas expresa haber sido víctima de algún tipo de discriminación por la labor que realiza. Según sus explicaciones, esto se debe a su origen indígena y al rechazo que tienen los profesionales de la salud por el trabajo de las parteras.



Terre des hommes
Ayuda a la infancia.

Tabla 118. Orientaciones básicas para ser efectuadas a corto plazo, en territorio.

Mejorar la Salud materna – infantil y las brechas de pobreza en las mujeres gestantes y madres de niños (as) menores de cinco años.

Orientaciones básicas para ser efectuadas a corto plazo, en territorio.

Escenarios comunitarios – institucionales.

Línea de intervención	Objetivo (s)	Componente – actividades	Resultados esperados
Violencia espiritual - Violencia obstétrica En relación con los Derechos de los pueblos y colectivos a decidir sobre sus propias medicinas y prácticas de salud tradicionales. En relación al parto humanizado e interculturalmente respetado.			
<p>Calidad y Calidez en el servicio para la atención de la salud integral/intercultural materna-infantil</p> <p>Reconocer - visibilizar las prácticas de la violencia obstétrica – violencia espiritual</p> <p>Reducir la violencia institucional – reconocimiento de los protocolos de atención interculturalmente adecuada.</p> <p>Talleres a los y las agentes de la salud</p> <p>Talleres interdisciplinarios de intercambio de experiencias, saberes y sentires;</p> <p>Escenarios comunitarios – institucionales</p> <p>Parteras/proveedores de los servicios de la Salud MSP, Cotacachi (TAPs /Enfermeras/médicos/obstetras)</p> <p>Sensibilización sobre las costumbres y raíz cultural en el cuidado de la Salud materna-infantil.</p> <p>Así como, la <u>Aceptación y validación de los componentes culturales</u>. Desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.</p> <p>Ejemplificación de temáticas y preguntas reflexivas: Significado del parto para una mujer indígena. Partos interculturalmente adecuados, libre posición, <u>atención del parto vertical</u>.</p> <p>¿Cómo brindar el servicio de la salud con calidez?</p>			
			Mitigar el rechazo cultural /racismo en las prácticas de cuidado de salud materna-infantil.

	<p>¿Por qué una mujer cuando pare quiere que le devuelvan su placenta? ¿Las enfermedades culturales?</p> <p>Dinámica de Fotoreportajes – ambientación de parto en casa, y parto en el Hospital, para reflexiones sensitivas críticas:</p> <p>Referir, por ejemplo; ¿Por qué las mujeres encuestadas en un 71% inciden preferir su parto en casa con partera?</p> <p>¿Cómo y por qué el parto interculturalmente respetado impacta positivamente la vida de las mujeres y las infancias?</p> <p>Revisar Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado del Ministerio de Salud Pública, y Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural - MAIS-FCI.</p> <p>Elaboración de Cartillas de atención, lenguaje y pensamiento comunitario. Sobre la atención de servicios de salud de calidad con calidez, en pleno reconocimiento de las prácticas interculturales y la salud ancestral. Socialización de normativas, protocolos de atención; Las Parteras dentro de los procesos de atención institucional.</p> <p>Dirigido tanto para las usuarias – como las agentes de la salud de ambos sistemas. Participación de la escuela de partería “Unanchu mamakuna”, Comité Central de Mujeres, UNORCAC - Consejo Indígena de Salud Ancestral “Jampik Warminuna”.</p>	
--	---	--

Violencia de género En relación a la insatisfacción materna			
Disminución de la violencia de género	<p>Abordar los efectos negativos respecto a la maternidad: atención y cuidado de la mujer gestante y de las primeras infancias.</p> <p>Tratar la insatisfacción materna/ Salud y seguridad emocional de las madres.</p>	<p>Talleres de orientación y prevención familias – cabildos comunitarios – personal de Salud.</p> <p>Corresponsabilidad afectiva interrelacionada a la salud emocional-mental madre y primeras infancias: Círculos de diálogo y sensibilización sobre la crianza y acompañamiento desde la responsabilidad afectiva: paternidades y maternidades. Vincular la paternidad activa.</p> <p>Entender desde el escenario institucional – comunitario: la importancia del papá presente en el parto, y en el cuidado neonatal.</p> <p><u>Diálogos sobre masculinidades género-sensibles y prevención de las violencias contra las mujeres y niñez.</u></p> <p>Importante: Orientación no solo hacia el núcleo familiar, es necesario vincular la participación comunitaria: Cabildos, dirigencias comunitarias, personal de Salud, Comité Central de Mujeres, UNORCAC - Consejo Indígena de Salud Ancestral “Jampik Warminuna”.</p>	Reducir significativamente las formas de violencia de género (simbólica, física, emocional, psicológica) contra las mujeres – madres, y la insatisfacción materna.
Violencia emocional	Acompañar y orientar formas de prevención, y cuidado de la	Intervención integral – preventiva	



Salud emocional-mental – salud sexual y reproductiva	salud mental, emocional, y corporal de las mujeres.	<p>Sensibilizaciones y talleres</p> <p>Temáticas como:</p> <p>Orientaciones sobre salud emocional y su correlación con la salud sexual.</p> <p>Trabajar la autoestima – autoconfianza – autoconocimiento desde la psicología afectiva- en mujeres – madres adolescentes y mujeres gestantes.</p> <p>Corporalidad femenina - derecho a decidir sobre su propio cuerpo y a tener relaciones sexuales consensuadas, abordar el tema de las relaciones sexuales a temprana edad (tradiciones culturalmente sensibles)</p> <p>Orientaciones terapéuticas comunitarias para mujeres embarazadas adolescentes (en condiciones situacionales difíciles, madres solteras) hacia la prevención de maltratos a la niñez, y prácticas conscientes de cuidado a la temprana infancia.</p> <p>Sensibilización: “Sanar para criar”, prevenir y reparar el embarazo y la maternidad adolescente.</p> <p>Vinculación: Mesas intersectoriales CCPD, MINEDUC - DECE, vinculación Comité Central de Mujeres, UNORCAC - Consejo Indígena de Salud Ancestral “Jampik Warminuna”.</p>	Reducir las formas en las que se reproduce ypercute la Violencia emocional en la Salud mental, así como su correlación a la vulneración de los derechos de la salud sexual y reproductiva para las mujeres indígenas rurales.
Prevención de violencia económica	Proporcionar espacios de capacitación y empoderamiento de las mujeres-madres, de las comunidades rurales.	<p>Empeoramiento y liderazgo económico hacia el desarrollo económicas circulares-locales y desarrollo sostenible comunitario.</p> <p>Actividades para fomentar el empoderamiento y autonomía económica de las mujeres, y capacidades de autogestión, y organización.</p>	Disminuir la brecha económica y su relación con la violencia de género.



		<p>Emprendimientos, alternativas e iniciativas sostenibles y adaptables al contexto y realidad comunitaria, /estudio de mercados-producción comunitarios.</p> <p>Talleres:</p> <p>Enseñanza sobre cómo comercializar las artesanías, Diversificación de producción de insumos y comercialización.</p> <p>Capacitaciones para explorar, por ejemplo, las potencialidades turísticas de la comunidad - Turismo comunitario gestionado por mujeres-madres.</p> <p>Vinculación: Mesas intersectoriales, dirigencias comunitarias, vinculación Comité Central de Mujeres, UNORCAC - Consejo Indígena de Salud Ancestral "Jampik Warminuna".</p>	
--	--	--	--

Nutrición – salud y desarrollo integral

Revitalización de las prácticas ancestrales de cuidado alimenticio	Desarrollar intervenciones más efectivas para prevenir y disminuir la desnutrición materna-infantil.	<p>Encuentros – talleres de socialización</p> <p>Construir soberanía alimentaria y nutrición desde la agrobiodiversidad del ecosistema rural andino, en Cotacachi. Multiplicar las prácticas de adaptación y mitigación del cambio climático desde la producción y consumo saludable hacia y para:</p> <p>Aprender y sostener el conocimiento y uso de las plantas del entorno, sus propiedades curativas y alimenticias.</p>	Mejorar la calidad nutricional, seguridad alimentaria, y por ende la Salud física y mental de las mujeres y primeras infancias.
--	--	---	---



	<p>Capacitación para la creación Huertas resilientes, Identificando la vocación productiva en la región. para mejorar la calidad y acceso de alimentación, para mejorar la vida en las primeras infancias y comunidad.</p> <p>Talleres de transmisión Oral: Círculos y encuentros de mujeres – yachak mamas (transmisión de saberes respecto a plantas medicinales y nutricionales)</p> <p>Talleres - capacitaciones sobre el Manejo de cultivo, producción agrícola – alimentaria. Recuperación y conservación de las costumbres alimenticias, y las semillas. Enseñar a comer a la comunidad sobre los alimentos nutritivos que pueden consumir. Desde la revalorización de los productos alimenticios que se producen en la zona.</p> <p>Concientización a la comunidad sobre la cultura alimentaria, para recuperar el valor nutritivo de los productos tradicionales.</p> <p>Los talleres son de construcción intersectorial TAPS, nutricionistas, médicos, mujeres de las comunidades, estudiantes de la escuela de partería “Unanchu mamakuna”. Guía y acompañamiento de las mamas parteras.</p>	
--	---	--



Desarrollo integral de las primeras infancias desde la recuperación del valor y raíz cultural identitaria, a las primeras infancias,	Fomentar el respeto a los componentes culturales - revitalización de los saberes ancestrales a las primeras infancias.	Empoderamiento identitario/cultural a las primeras infancias, de sus raíces, de la lengua kichwa, etc. Reivindicar y fomentar el amor a su cultura originaria, la lengua kichwa, aporta al desarrollo integral cognoscitivo, de la personalidad, y de la salud emocional individual y comunitaria. Apuesta a las formas de convivencia comunitarias, con relación al género, y la erradicación de constructores sociales sobre el género, discriminación y racismo. Formación y capacitación: narrativas orales de cuentos, costumbres, tradiciones. Intervención: MINEDUC, Comité Central de Mujeres, UNORCAC - Consejo Indígena de Salud Ancestral "Jampik Warminuna".	Prevención de prácticas de racismo y discriminación en las primeras infancias.
--	--	--	--

Orientaciones y diálogos para tratar con los cabildos comunitarios, las dirigencias.

Promover la inclusión, diversidad e integralidad en todas las actividades y decisiones del cabildo comunitario, esencialmente en la problemática de la salud materna-infantil; abordaje desde un enfoque de género.

La pertenencia, pertinencia y reconocimiento de urgencias en torno a la salud materna-infantil por parte de las dirigencias comunitarias	Involucrar a las dirigencias comunitarias a la búsqueda de soluciones a la problemática de la salud materna-infantil.	Taller Mesas de diálogo con los cabildos comunitarios y sus dirigencias. La pertenencia, pertinencia y reconocimiento de urgencias. La necesidad de incorporar el enfoque de género en la agenda de gestión territorial, desde la concepción del territorio.	Mayor involucramiento y corresponsabilidad de las dirigencias comunitarias a las necesidades de las comunidades desde un enfoque de género.
--	---	--	---



Terre des hommes
Ayuda a la infancia.

	<p>Taller-encuentro y socialización: Cambio de metodologías de planificación, participación igualitaria de las mujeres en las actividades y en las agendas comunitarias, referentes al bienestar y salud materna-infantil.</p> <p>Temáticas como:</p> <p>¿Cómo se puede equilibrar el tema de la interculturalidad, cultura de paz, convivencia armónica, en relación al enfoque de género?</p> <p>Vinculación: Comité Central de Mujeres, UNORCAC - Consejo Indígena de Salud Ancestral “Jampik Warminuna”.</p>	
--	--	--



Diseño de líneas estratégicas

Fases



Gráfica 110. Diseño de líneas estratégicas, distribución por fase.



Terre des hommes
Ayuda a la infancia.