

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**LOS DETERMINANTES DE DERIVACIÓN POR ATENCIÓN  
GINECO – OBSTÉTRICA Y SUS COSTOS EN LA  
COORDINACIÓN ZONAL 5 SALUD**

**AUTORA:**

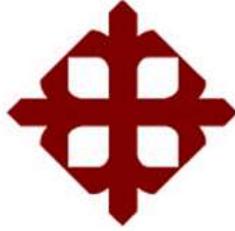
**MD. JOHANNA JESSENIA, OLALLA GARCÍA**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTOR:**

**ING. JÁCOME ORTEGA, OMAR Ph. D.**

**Guayaquil, Ecuador  
2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Md. Johanna Jessenia Olalla García**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**Ing. Omar Jácome Ortega PhD.**

**REVISORA**

---

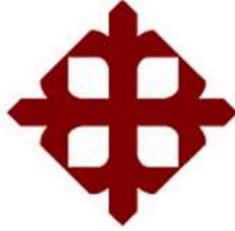
**Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María del Carmen Lapo Maza, PhD.**

**Guayaquil, 06 de enero del 2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Johanna Jessenia Olalla García**

**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación: **Los determinantes de derivación por atención gineco – obstétrica y sus costos en la Coordinación Zonal 5 Salud**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** ha sido desarrollada con base en una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

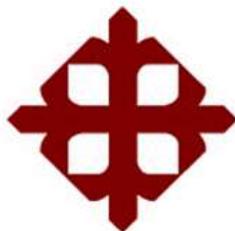
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, 06 de enero del 2020**

**LA AUTORA**

---

**Johanna Jessenia Olalla García**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Johanna Jessenia Olalla García**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Los determinantes de derivación por atención gineco – obstétrica y sus costos en la Coordinación Zonal 5 Salud**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 06 de enero del 2020**

**LA AUTORA:**

---

**Johanna Jessenia Olalla García**



## **Agradecimiento**

En agradecimiento a Dios que fue la guía en este camino que emprendí, a mi familia que me dio fortaleza para continuar este proyecto hasta su culminación, a los catedráticos de la universidad que con su conocimiento impartido me ayudaron al desarrollo de este proyecto de investigación.

**JOHANNA JESSENIA OLALLA GARCÍA**

## **Dedicatoria**

Mi proyecto lo dedico a mis hijas Nathaly y Sofía que son el motor que me impulsa a seguir cada día y continuar en mi crecimiento profesional, logrando subir un peldaño más al culminar este proyecto de tesis.  
A mi madre que con su apoyo incondicional me dio un soporte muy importante para continuar con mi crecimiento académico.

**JOHANNA JESSENIA OLALLA GARCÍA**

## Índice General

Resumen.....	XIV
Abstract .....	XV
Introducción .....	2
Antecedentes .....	4
Problema de Investigación .....	6
Formulación del Problema .....	10
Justificación.....	10
Preguntas de Investigación.....	12
Variables .....	13
Objetivos de la Investigación .....	13
Capítulo I.....	14
Marco Teórico.....	14
Derivación Sanitaria.....	14
Niveles de atención .....	16
Normas técnicas para la derivación y/o referencia sanitaria.....	18
Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud .....	20
Eficiencia hospitalaria.....	23
Ginecología y Obstetricia.....	29
Enfoque de riesgo.....	30
Seguridad clínica y responsabilidad profesional en ginecología y obstetricia .....	31
Complicaciones durante el Parto.....	32
Marco Conceptual .....	35
Capítulo II .....	38
Marco Referencial.....	38
Situación Actual.....	48
Marco Legal .....	52
Capítulo III.....	54
Metodología de la Investigación .....	54

Enfoque de la Investigación .....	54
Método .....	55
Herramientas de investigación .....	55
Tipo de investigación .....	56
Alcance.....	57
Descriptivo .....	57
Población y Muestra.....	57
Análisis de Resultados .....	57
Análisis de las Entrevistas.....	75
Análisis de Costos del Hospital Alfredo Paulson/Hospital Enrique C. Sotomayor .....	79
Análisis General de Resultados.....	81
Capítulo IV.....	84
Propuesta.....	84
Objetivos .....	84
General .....	84
Específicos .....	84
Justificación.....	85
Actividades.....	86
Contratación de personal profesional para las especialidades de ginecología y anestesiología para los Hospitales de la zona 5 .....	86
Campaña de capacitación sobre normas y procedimientos para derivaciones médicas en los Hospitales de segundo nivel. ....	91
Difusión de información por medio de redes sociales .....	92
La creación de una aplicación guía para mujeres gestantes.....	94
Campaña de capacitación sobre los procesos a seguir antes y durante trabajo de parto y puerperio inmediato. ....	96
Programa para identificar a las embarazadas de alto riesgo .....	101
Afiches .....	107
Recursos .....	110
Cronograma.....	110
Conclusiones .....	113
Recomendaciones.....	116
Referencias.....	117

Apéndices.....	126
Apéndice A. Entrevista a profundidad.....	126
Apéndice B. Formulario de Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa N° 053.....	128
Apéndice C. Solicitud de interconsulta.....	129

## Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Factores de muerte materna</i> .....	8
Tabla 2. <i>Establecimientos de salud MSP por tipología</i> .....	49
Tabla 3. <i>Especialistas contratados en ginecología</i> .....	50
Tabla 4. <i>Nacidos por tipo de parto</i> .....	51
Tabla 5. <i>Descripción estadística de edad año 2016</i> .....	66
Tabla 6. <i>Descripción estadística de edad año 2017</i> .....	66
Tabla 7. <i>Descripción estadística de edad año 2018</i> .....	67
Tabla 8. <i>Análisis de costos de Ambulatorio</i> .....	79
Tabla 9. <i>Análisis de costos de Emergencia</i> .....	79
Tabla 10. <i>Análisis de costos de Hospitalización</i> .....	80
Tabla 11. <i>Análisis de costos por derivaciones desde 2016-2018</i> .....	80
Tabla 12. <i>Descripción de puestos requeridos</i> .....	87
Tabla 13. <i>Costos por contratación de personal profesional</i> .....	88
Tabla 14. <i>Perfil profesional de Ginecólogo</i> .....	89
Tabla 15. <i>Perfil profesional de Anestesiólogo</i> .....	90
Tabla 16. <i>Criterios a considerar para la admisión</i> .....	97
Tabla 17. <i>Factores de riesgo que deben ser evaluados</i> .....	104
Tabla 18. <i>Cronología de actividades para consulta prenatal de bajo riesgo</i> .....	105
Tabla 19. <i>Factores de riesgo clasificados por el tipo de intervención que se podría realizar</i> .....	106
Tabla 20. <i>Clasificación de los tipos de riesgos en el embarazo</i> .....	108
Tabla 21. <i>Materiales Necesarios</i> .....	110
Tabla 22. <i>Recursos financieros</i> .....	110
Tabla 23. <i>Cronograma de actividades</i> .....	111

## Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Derivaciones sanitarias .....	16
<i>Figura 2.</i> Algoritmo de toma de decisiones clínicas.....	20
<i>Figura 3.</i> Derivaciones mensuales año 2016 .....	58
<i>Figura 4.</i> Derivaciones mensuales año 2017 .....	58
<i>Figura 5.</i> Derivaciones mensuales 2018.....	58
<i>Figura 6.</i> Derivaciones por provincia solicitante año 2016.....	59
<i>Figura 7.</i> Derivaciones por provincia solicitante año 2017.....	60
<i>Figura 8.</i> Derivaciones por provincia solicitante año 2018.....	60
<i>Figura 9.</i> Unidad médica que solicita año 2016 .....	61
<i>Figura 10.</i> Unidad médica que solicita año 2017 .....	61
<i>Figura 11.</i> Unidad médica que solicita año 2018 .....	61
<i>Figura 12.</i> Zona que brinda el servicio año 2016 .....	62
<i>Figura 13.</i> Zona que brinda el servicio año 2017 .....	63
<i>Figura 14.</i> Zona que brinda el servicio año 2018 .....	63
<i>Figura 15.</i> Unidad médica que brinda el servicio año 2016.....	64
<i>Figura 16.</i> Unidad médica que brinda el servicio año 2017.....	64
<i>Figura 17.</i> Unidad médica que brinda el servicio año 2018.....	64
<i>Figura 18.</i> Promedio de edad año 2016.....	65
<i>Figura 19.</i> Promedio de edad año 2017 .....	66
<i>Figura 20.</i> Promedio de edad año 2018.....	67
<i>Figura 21.</i> Diagnóstico principal año 2016 .....	68
<i>Figura 22.</i> Diagnóstico Principal año 2017 .....	68
<i>Figura 23.</i> Diagnóstico principal año 2018 .....	68
<i>Figura 24.</i> Grupo de enfermedades año 2016.....	69
<i>Figura 25.</i> Grupo de enfermedades año 2017.....	70
<i>Figura 26.</i> Grupo de enfermedades año 2018.....	70
<i>Figura 27.</i> Motivo de referencia año 2016 .....	71
<i>Figura 28.</i> Motivo de referencia año 2017 .....	71
<i>Figura 29.</i> Motivo de referencia año 2018 .....	71
<i>Figura 30.</i> Tipo de servicio año 2016.....	72

<i>Figura 31.</i> Tipo de servicio año 2017 .....	73
<i>Figura 32.</i> Tipo de servicio año 2018.....	73
<i>Figura 33.</i> Subsistema que recibe al paciente año 2016.....	74
<i>Figura 34.</i> Subsistema que recibe al paciente año 2017 .....	74
<i>Figura 35.</i> Subsistema que recibe al paciente año 2018.....	74
<i>Figura 36.</i> Derivación.....	92
<i>Figura 37.</i> Volante sobre diagrama de procesos para derivación.....	94
<i>Figura 38.</i> Aplicación móvil.....	96
<i>Figura 39.</i> Volante informativa lado 1 .....	98
<i>Figura 40.</i> Guía práctica clínica sobre parto y puerperio inmediato parte 1 .....	99
<i>Figura 41.</i> Guía práctica clínica sobre parto y puerperio inmediato parte 2 .....	100
<i>Figura 42.</i> Volante informativo lado 1 .....	102
<i>Figura 43.</i> Volante informativo lado 2 .....	103
<i>Figura 44.</i> Afiche del programa de identificación de riesgos gineco-obstétricos .....	109

## **Resumen**

La ginecología y obstetricia son aplicadas en la ciencia como una forma de atacar las enfermedades, virus y complicaciones que puedan sufrir las mujeres en su aparato reproductor. Cuando los hospitales básicos de la zona 5 no pueden atender ciertos casos debido a la complejidad del caso, son derivadas las pacientes a otras instituciones, ya que en muchos casos estos hospitales no cuentan con un servicio especializado, ni disponen de una unidad de cuidados intensivos para neonatos y adultos. El objetivo general de la investigación fue analizar los determinantes sanitarios que intervienen en la derivación de Pacientes Gineco – Obstétricas y el costo que estos representan a la Coordinación Zonal 5 de Salud para la elaboración de una propuesta técnica. La metodología que se usó fue de enfoque mixto, método deductivo, tipo de investigación no experimental y longitudinal, las herramientas fueron la entrevista y la revisión documental. Se pudo concluir que las derivaciones han ocasionado grandes costos y que entre los motivos están el existir otro nivel de complejidad, la falta de personal especializado y la poca capacidad resolutive al momento de atender al paciente. La propuesta se basó en contratación de personal para las guardias en la especialización de ginecología y anestesiología, capacitaciones al personal de ginecología sobre los procesos para realizar derivaciones y sobre la guía práctica clínica, además de un programa de identificación de riesgos en embarazadas.

**Palabras claves:** Derivación, ginecología, obstetricia, costos, riesgos.

## **Abstract**

Gynecology and obstetrics are applied in science as a way to attack diseases, viruses and complications that women may suffer in their reproductive system. When the basic hospitals of zone five cannot attend to certain cases due to the complexity of the case, the patients are referred to other institutions, since in many cases these hospitals do not have a specialized service, nor do they have an intensive care unit for neonates and adults. The general objective of the research was to analyze the health determinants involved in the referral of Gyneco - Obstetric Patients and the cost they represent to the Zonal 5 Health Coordination for the preparation of a technical proposal. The methodology used was mixed approach, deductive method, type of non-experimental and longitudinal research, the tools were the interview and the documentary review. It was possible to conclude that the referrals have caused great costs and that among the reasons are the existence of another level of complexity, the lack of specialized personnel and the little resolutive capacity at the moment of attending to the patient. The proposal was based on hiring personnel for the gynecology and anesthesiology specialties, training the gynecology staff on the referral processes and the clinical practice guide, as well as a risk identification program for pregnant women.

**Keywords:** Derivation, gynecology, obstetrics, costs, risks.

## **Introducción**

Según el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (2018) la obstetricia y la ginecología son consideradas como dos de las ramas que reflejan una gran importancia en la medicina y en la vida de las mujeres, el objetivo de su desarrollo se enfoca en satisfacer las necesidades en el contexto de salud de las personas de género femenino. Su implicación dentro de la ciencia se desarrolla con la finalidad de atacar toda complicación, enfermedad o virus que aceche a las mujeres. Individualmente se habla de la obstetricia y se pone en consideración que la misma se desarrolla dentro del proceso de fertilidad de la mujer, en cambio la ginecología se encarga de combatir la afección que presenta el órgano reproductor de la persona.

El objetivo de la presente investigación es analizar los determinantes sanitarios que intervienen en la derivación de Pacientes Gineco – Obstétricas y el costo que estos representan a la Coordinación Zonal 5 de Salud para la elaboración de una propuesta técnica, ya que uno de los principales problemas que se producen es que la zona 5 de salud no cuenta con un servicio especializado enfocado en la atención a las mujeres, adicionalmente este centro de salud no dispone de una Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos y Neonatos; por otro lado la zona 5 no ofrece un servicio especializado en materno-neonatal. Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) la zona 5 está compuesta por la provincia de Bolívar, Santa Elena, Los Ríos, Galápagos y Guayas a excepción de los cantones de Guayaquil, Durán y Samborondón (MSP, 2019).

La unidad hospitalaria de la zona de estudio no dispone de los recursos necesarios para controlar situaciones de problemas gineco-obstétrico, lo que muchas veces ha significado que se le brinde un inadecuado servicio a las mujeres que necesitan de cuidados médicos, perjudicando su calidad de vida y en otras

ocasiones provocando la muerte. El motivo por el que se desarrolla el presente trabajo de estudio es porque se quiere impedir que se sigan produciendo situaciones en donde la vida de la mujer y del niño se encuentra comprometida por no brindar un servicio adecuado de acuerdo a sus necesidades. El campo de estudio es el relacionado con los costos en el área sanitaria.

En el primer capítulo se logró desarrollar la adecuada fundamentación teórica, con el objetivo de sustentar el tema de investigación propuesto previamente. Los temas que se investigaron y se impusieron en el presente documento fueron conceptos acerca de la derivación, ginecología y obstetricia, el enfoque del riesgo, seguridad clínica y responsabilidad profesional en estas ramas. Además, se sustentó el tarifario de costos que se cobran por los servicios de salud en todos los hospitales a nivel nacional, se abordó el ámbito de aplicación del tarifario y se conoció sobre las Unidades de Valor Relativo (UVR). También, se citó la teoría acerca de los servicios de salud según los recursos y la atención en los servicios de salud.

En el segundo capítulo se desarrolló el marco referencial, el cual se compuso de diferentes investigaciones, las mismas han tenido lugar alrededor del ámbito de la ginecología y la obstetricia. Las investigaciones citadas tuvieron una significancia importante dentro del proyecto de investigación, por el motivo de que ayudaron a conocer con un poco más de profundidad los acontecimientos dentro de esta área de estudio y el servicio médico otorgado a las pacientes.

En el tercer capítulo se desarrolló la metodología de la investigación, en donde se expusieron temas como el enfoque de la investigación, las herramientas que se utilizaron para la recolección de información, los tipos de investigación, el tipo de estudio; además se determinó la población con la cual se iba a trabajar y finalmente se propuso el formato de preguntas para la entrevista a profundidad.

En el cuarto capítulo se realiza la propuesta de investigación, la cual consiste en la contratación de personal profesional para las especialidades con su perfil del puesto, campaña de capacitación sobre normas y procedimientos para derivaciones médicas, campaña de capacitación sobre los procesos a seguir antes y durante trabajo de parto y puerperio inmediato, y un programa para identificar a las embarazadas de alto riesgo. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

### **Antecedentes**

La derivación sanitaria se pudo establecer en el Ecuador gracias a la reforma de salud que se realizó en el país, es por eso que se deben analizar las fases que tuvo este proceso que empezó con el reconocimiento de la salud como derecho en la Carta Magna, además se articuló la salud en todas las políticas como es el caso del Plan Nacional del Buen vivir, asimismo se dio pie a la creación de la Red Pública Integral de Salud que está conformada por los servicios de salud pública del MSP, Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y otros servicios de menos cobertura de otros ministerios y gobiernos locales, los mismos que funcionan de manera autónoma, es por eso que gracias a la modificación de la Constitución de la República en el año 2008 se pudo agregar en su artículo 360 a la red pública como parte del Sistema Nacional de Salud, brindando de esta manera el respaldo político necesario para que se cumpla el derecho a la salud como debe de ser.

Debido a los distintos organismos públicos que se crearon a partir de la nueva Constitución, el ámbito de la salud ha podido realizar una planificación conjunta sobre la oferta de servicios basándose en las necesidades de salud que sean de

acuerdo al perfil epidemiológico de un territorio con su adscripción poblacional definida, por lo tanto los usuarios podrán ser atendidos por el prestador de servicios cerca de su casa u hospital de cualquier prestador que sea parte de la red de su territorio tenga o no seguro o afiliación, es por esa razón que la red permite el pago de servicios entre prestadores, por lo cual se puso en vigencia un tarifario único de prestaciones, el mismo que regula el pago que se realiza en la compra de servicios a los proveedores privados (Malo & Malo, 2014). Este costo generado, es importante de analizar cuando se realizan las derivaciones.

El Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP) redacta acerca de la historia de la ginecología y muestra que en el año 1800 a.C. se presentaron las primeras escrituras acerca de esta especialidad de la ciencia médica, hoy en día considerada un aspecto muy importante dentro de la medicina. Se conoce que en la Grecia antigua, precisamente en el tiempo en donde existía Hipócrates las mujeres desarrollaban la obstetricia y de una manera oculta la especialidad de la ginecología (CONALEP, 2018).

La ginecología toma participación a medida que se produce el nacimiento del prolapso uterino y también por la existencia de las secreciones genitales. En ese entonces para practicar la ginecología, actividad que se realiza para estudiar los problemas o enfermedades que se producen dentro del órgano vaginal los hebreos utilizaban un espéculo. Se saca a relucir que la ginecología a comparación de la obstetricia se mantuvo estancada. La obstetricia fue la especialidad que desarrolló avances científicos considerables e importantes (CONALEP, 2018). En el momento en que surgió y se presentó el respectivo desarrollo en la ginecología, esta tomó un camino diferente y por separado, alejado de la obstetricia (Sedano, Sedano, & Sedano, 2014).

## **Problema de Investigación**

Según el dictamen de la Asamblea Nacional Constituyente (2008) se conoce que la salud es un derecho de vida, el cual lo garantiza y lo provee el Estado; por lo tanto, se tiene como determinante que todo habitante del territorio ecuatoriano debe tener la oportunidad de gozar de la misma, sin que exista probabilidad de que este derecho sea arrebatado. Se cita como un decreto importante a los artículos 35 y 50 de la Constitución, siendo estos importantes para la investigación puesto que su establecimiento está enfocado a la atención prioritaria y preferencial.

El artículo 35 de la Constitución de la República señala que la atención médica especializada pública y privada será prioritaria para niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad, mujeres embarazadas, personas privadas de la libertad y que sufran de enfermedades de alta complejidad o catastróficas; aquellas personas que tengan enfermedades catastróficas tienen acceso gratuito y preferente en todos los niveles (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

La mortalidad materna es un evento y situación preponderante a nivel mundial, esta situación ha venido presentando un alto impacto dentro del contexto de la salud, es por eso que este escenario negativo es considerado como uno de los desafíos que tiene que afrontar la salud pública a nivel global (Beltrán, Ruoti, & Espinosa, 2018). Según estos autores una gran cantidad de muertes maternas suceden dentro de las instituciones de salud, estas situaciones se presentan cuando las mujeres en estado de embarazo muy complejo y crítico arriban al hospital muy tarde.

Es por ese motivo que se toma de referencia información que proporciona el MSP, el mismo que toma en cuenta a la derivación, referencia inversa, contrareferencia, subsistema de referencia y transferencia como el grupo de

procesos de asistencia y que también son llevados a cabo en el área administrativa de manera secuencial y ordenada. Estos procesos tienden verdaderamente a brindar un servicio oportuno, de manera eficaz y eficiente durante el traslado de la persona hacia la institución de salud con un mayor nivel en cuanto al servicio especializado, esto en comparación al establecimiento donde el paciente fue atendido en primera instancia. También se destaca que se puede realizar el proceso de traslado del paciente cuando se requiera atención adicional, algún tipo de diagnóstico, entre otras determinantes (MSP, 2014b).

Otras de las causas que han causado la muerte materna es cuando las madres no han recibido una atención médica de manera efectiva y oportuna; asimismo las madres han fallecido porque han desarrollado complicaciones crónicas una vez estando a cargo de los médicos dentro del hospital. Se hace referencia a que estas causas son las que comprometen el servicio de atención de los hospitales. Se ha comprobado que la demora en el reconocimiento, identificación y la atención o trato sobre las complicaciones que presentan las madres en estado materno así como también prácticas que son consideradas como no estandarizadas aportan de una forma directa a que se produzca la muerte materna (Beltrán et al., 2018).

Además de las causas mencionadas anteriormente existen tres factores que son considerados como las causas por las que se produce la muerte materna, estas son demora uno, demora dos y demora tres. Las características que componen a la demora uno son la accesibilidad, educación, idioma, y factores socio-culturales. La demora dos se refiere al traslado de las pacientes y la demora 3 está representada por la atención oportuna y de calidad que recibe la paciente. De acuerdo a la representación de cada uno de los factores en la siguiente tabla se ha conocido que la demora tres, con el 39.6% es una de las principales causas por las que se ha

producido la mortalidad en las mujeres que se encuentran en un estado de embarazo (MSP, 2015a).

Tabla 1  
*Factores de muerte materna*

	Año 2014		Año 2015		Total		Reducción porcentual
	No.	%	No.	%	No.	%	
<b>Demora 1</b>	47	75.8	15	24.2	62	23.4	51.6
<b>Demora 2</b>	23	82.1	5	19.9	28	10.6	62.2
<b>Demora 3</b>	54	51.4	51	48.6	105	39.6	2.8
<b>No establecido</b>	<b>31</b>	<b>44.3</b>	<b>29</b>	<b>41.4</b>	<b>70</b>	<b>26.4</b>	

Tomado de *Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna. Gerencia Institucional de Reducción Acelerada de Muerte Materna*, por MSP, 2015.

Ante los diversos factores que se han revisado en la investigación se puede observar que el problema que presentan las instituciones de salud en la actualidad es que cada día realizan una cantidad importante de traslados que se efectúan desde los hospitales de la zona 5 hacia los hospitales de la zona ocho de salud principalmente. Este acontecimiento se produce porque la gran cantidad de pacientes que habitan en la zona 5 producen que los hospitales se colapsen, especialmente en los campos de gineco-obstetricia, partos prematuros y preeclampsia. La mayoría de las veces existen nacimientos prematuros.

De igual manera se debe indicar que se ha presentado una gran problemática que perjudica a las madres y a las personas en general; ya que en los hospitales de la zona 8 de salud no existe el espacio físico suficiente para brindar la atención necesaria y en el hospital de la zona 5 de salud no existe un servicio especializado dirigido a la atención de la mujer, tampoco este establecimiento cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos y Neonatos. Además, no tiene un centro especializado de servicio materno-neonatal y es por eso que todos los

pacientes que se encuentran en esas condiciones tienen que ser trasladados hacia otro hospital.

Asimismo, se conoce que las Unidades Hospitalarias de la Coordinación Zonal 5, no poseen la capacidad técnica y resolutive para manejar casos de complicaciones Gineco-Obstétricas, tampoco cuentan con la infraestructura técnica adecuada, ni el talento humano especializado en el tema, fundamentalmente son hospitales básicos en su mayoría, los cuales terminan generalmente derivando a las pacientes hacia centros hospitalarios de mayor capacidad técnica. Muchas de las ocasiones por la saturación del sistema hospitalario a nivel nacional, resulta difícil brindar una adecuada atención a las pacientes, lo cual muchas veces se traduce en complicaciones, y en ocasiones producen el fallecimiento de la madre y el hijo, o en su defecto pueden existir secuelas por la falta de atención oportuna.

Por otro lado, se debe afirmar que los costos de las atenciones hospitalarias están regulados y establecidos por el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud; también hay que tomar en cuenta que los servicios prestados de atención privados suman, así como también las atenciones por las complicaciones que presentan, ya sea la madre o el hijo. Es por esa razón que los costos por las derivaciones médicas que se efectúan a cotidianos en los establecimientos de salud son parte del problema que se presenta en los casos de muerte materna, ya que los mismos han incrementado durante los años porque la mayor parte de veces son derivados a instituciones privadas, causando un aumento en el presupuesto asignado para la salud, ocasionando demoras en sus trámites y en los tratamientos a los pacientes.

El Hospital de la Mujer Dr. Alfredo Paulson de la Junta de Beneficencia de Guayaquil brinda atención mensualmente a los pacientes que son derivados desde las unidades de salud del MSP, incluyendo las derivaciones de la Coordinación Zonal 5 de salud. La unidad de salud cuenta con servicios de quirófanos, neonatología y cuidados intensivos tanto para la madre como para el niño. Se tiene que señalar que existe una auditoría acerca de la muerte materna, la misma se originó desde agosto de 2013. El proceso de auditoría se la desarrolla de acuerdo a la Metodología del Protocolo de Londres, gracias a la misma se producen causales y se auditan todos los establecimientos de salud donde ha sido atendida la paciente.

### **Formulación del Problema**

¿Cuáles son los determinantes sanitarios que intervienen en la derivación de Pacientes Gineco-Obstétricas y el costo que estos representan a la Coordinación Zonal 5 de Salud?

### **Justificación**

El actual proyecto de investigación acerca de atenciones Gineco-obstétricas se articula a la línea de investigación de costos en la salud, en la cual se identificarán las causas y costos de las derivaciones realizadas por la Coordinación Zonal 5; esto va acorde a los lineamientos del programa de Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El desarrollo de la investigación permitirá brindar una correcta y oportuna atención a este grupo de pacientes; ya que evitará la muerte materna, tema por el cual existe un interés médico y académico y de relevancia estatal.

Otra de las razones por las cuales se llevó a cabo la realización de la investigación fue porque el entorno de la salud es una de las metas del objetivo uno el cual se refiere a garantizar una vida digna para las personas con las mismas

oportunidades para todos es reducir la mortalidad materna a 36.2 fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos en donde se considera de gran importancia los indicadores de seguimiento: conocer la razón por la que se da la mortalidad materna y saber la proporción de partos que existen con asistencia de personal de salud cualificado (SENPLADES, 2017). Se considera de suma importancia tomar en consideración el objetivo y metas planteadas anteriormente ya que se enfocan en un campo muy determinante que existe en la presente investigación, ya que al pasar los años aún se sigue viendo tasas altas de mortalidad materna causadas por diversos factores y que es de vital importancia buscar estrategias que ayuden a reducir considerablemente este problema con base a los resultados que se obtuvieron en la presente investigación.

Conocer sobre factores, variables, nudos críticos, costos, entre otros, favorecerá al desarrollo de propuestas con sustento técnico cuyo objetivo aterrizará en la reducción del riesgo de muerte o morbilidad que pueden afectar a las madres y a sus conyugues, mejorando sus condiciones de vida, y así beneficiando a los usuarios del sistema de salud de la Coordinación Zonal 5.

El presente estudio de investigación se considera indispensable ya que al estar adecuadamente informado sobre las diferentes definiciones teóricas que están relacionadas con la problemática de estudio, permitirá ampliar el conocimiento acerca de los diferentes factores, variables, nudos críticos, costos, entre otros, lo cual favorecerá al desarrollo de propuestas con sustento técnico que tengan como objetivo aterrizar en la reducción del riesgo de muerte o morbilidad materna que pueden afectar a las madres y a sus cónyuges, por lo tanto esta información permite que se tomen medidas correctivas a través del establecimiento de estrategias que

ayuden a la mejora de los servicios de atención de salud para las pacientes de género femenino y lograr de esta manera poder cumplir con los objetivos establecidos.

Además es indispensable indicar que el ámbito de la salud está regido por la Ley Orgánica de Salud en donde menciona en su artículo 8 sobre la atención de salud en condición de emergencia médica, donde establece que las personas que llegan en situación de emergencia deben ser atendidas de forma inmediata, sin condicionamiento previo, de forma obligatoria, sin discriminación alguna, en cualquier establecimiento de salud hasta que sea estabilizada su condición de salud y su continuidad de atención en caso de ser necesario (Asamblea Nacional Constituyente, 2016). El estudio de investigación que se desarrolla va relacionado con el presente artículo ya que entre los factores que se estudiaron se encuentra la derivación hospitalaria, que en ocasiones por falta de recursos económicos no se gestiona de forma rápida ocasionando que las pacientes presentes complicaciones de salud durante este proceso, sin poder recibir la atención que requieren de forma inmediata como se indica en el artículo.

### **Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son los factores que intervienen en la derivación de pacientes Gineco-Obstétricas?

¿Cuáles son las bases teóricas que refuerzan los diversos factores que intervienen en la derivación de las pacientes Gineco-Obstétricas?

¿Cuáles son los costos que implican las derivaciones de pacientes hacia el Sistema de Salud según el tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud?

¿Cuál es la metodología de investigación a emplear para analizar los factores que intervienen en la derivación de las pacientes Gineco-Obstétricas y sus costos?

¿Cuál es la propuesta técnica que permite ofrecer un servicio de atención de calidad a las mujeres en estado de embarazo?

### **Variables**

**Independiente:** Derivación de pacientes por atención Gineco-Obstétrica.

**Dependiente:** Costos de atenciones Gineco-Obstétrica.

### **Objetivos de la Investigación**

#### **Objetivo general**

Analizar los determinantes sanitarios que intervienen en la derivación de Pacientes Gineco – Obstétricas y el costo que estos representan a la Coordinación Zonal 5 de Salud para la elaboración de una propuesta técnica que ayude a reducir los costos y números de derivaciones.

#### **Objetivos específicos**

1. Desarrollar las bases teóricas con referencia a los diversos factores que intervienen en la derivación de las pacientes Gineco-Obstétricas.
2. Identificar los factores que intervienen en la derivación de Pacientes Gineco-Obstétricas en la base de datos de la de la Coordinación Zonal 5-Salud.
3. Determinar los costos que implican las derivaciones de pacientes hacia el Sistema de Salud según el tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud.
4. Establecer la metodología de investigación que se usará para analizar los factores que intervienen en la derivación de las pacientes Gineco-Obstétricas y sus costos.
5. Elaborar una propuesta técnica que permita ofrecer un servicio de atención de calidad a las mujeres en estado de embarazo.

## **Capítulo I**

### **Marco Teórico**

El marco teórico permitirá tener el sustento científico para desarrollar esta investigación. La correcta definición de conceptos relacionados al tema ayudará al lector a comprender el principal objetivo de este trabajo. En esta sección se realizó una revisión de la literatura sobre derivación, derivación comunitaria, ginecología y obstetricia, enfoque de riesgo, seguridad clínica y responsabilidad profesional, complicaciones durante el parto, tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, ámbito de aplicación, UVR, servicios de salud según los recursos y atención en los servicios de salud.

#### **Derivación Sanitaria**

La derivación es un procedimiento que llevan a cabo los médicos cuando no existe la tecnología necesaria o los medicamentos y atención adecuada para brindar un cuidado al paciente de calidad. Este procedimiento o actividad se lo realiza primeramente dentro del establecimiento de salud para que posteriormente el esfuerzo médico con miras al bienestar del paciente pase al exterior, en donde se procede a trasladar a la persona a una diferente institución de salud, ya sea pública o privada; lo importante dentro de esta actividad es que el hospital a donde llegará el paciente debe tener el mismo o un grado de atención mayor al anterior. Hay que dejar en claro que el traslado puede realizarse sólo con autorización del mismo paciente o de un usuario encargado del mismo (MSP, 2013).

La derivación en el ámbito de la salud se la considera como el acto de remitir a los pacientes de una institución de salud a otra, mediante un parte interconsulta, que será realizado en coordinación con otro profesional sanitario, con el fin de poder brindarle una atención complementaria ya sea para un tratamiento, diagnóstico,

rehabilitación, entre otros (We Doctor, 2018). En otras palabras, se puede indicar que la derivación sanitaria se da cuando en la unidad de salud primaria no cuentan con el equipo requerido para el caso que se presenta, por la alta demanda hospitalaria que exista o por no constar con especialistas idóneos para el debido tratamiento, es cuando se realiza una derivación al paciente a otra institución de salud donde cuenten con los equipos y especialistas necesarios para brindarle la mejor atención.

La derivación comunitaria aparece cuando de por medio se encuentra la participación de personas que practican la medicina ancestral. Estas personas obtienen un papel determinante dentro de este proceso de derivación, otro sujeto que expone su desenvolvimiento para que se realice la derivación de las personas son los Técnicos de Atención Integral en Salud (TAPS). Previo a la comunicación del respectivo traslado, estas personas deben de realizar una evaluación profunda al paciente, con el objetivo de tener conocimiento sobre alguna señal de peligro y los aspectos de riesgo que afectan al paciente en determinado momento. La derivación comunitaria radica en el traslado del paciente que pertenece o habita dentro de la misma comunidad hacia un centro o institución de salud con un nivel de atención de alta calidad y que pueda tratar las dolencias o lo que se encuentra afectando a la salud de la persona; el establecimiento al que sea enviado debe de estar ubicado a una distancia relativamente cercana (MSP, 2013).

La derivación, referencia, transferencia y referencia inversa se realiza cuando los pacientes necesitan una atención de mayor complejidad que la ofertada por las instituciones de salud del primer nivel de atención, pero para poder realizarlo debe el personal médico estar debidamente capacitado para ofrecer los servicios de salud acorde el perfil epidemiológico y al nivel de atención, además se debe tomar en

consideración que al ser el primer nivel de atención la entrada al sistema de salud, permite evitar sobrecargar la capacidad hospitalaria y de esta manera ofrecer a los usuarios referidos de otros niveles el apoyo necesario (MSP, 2013).

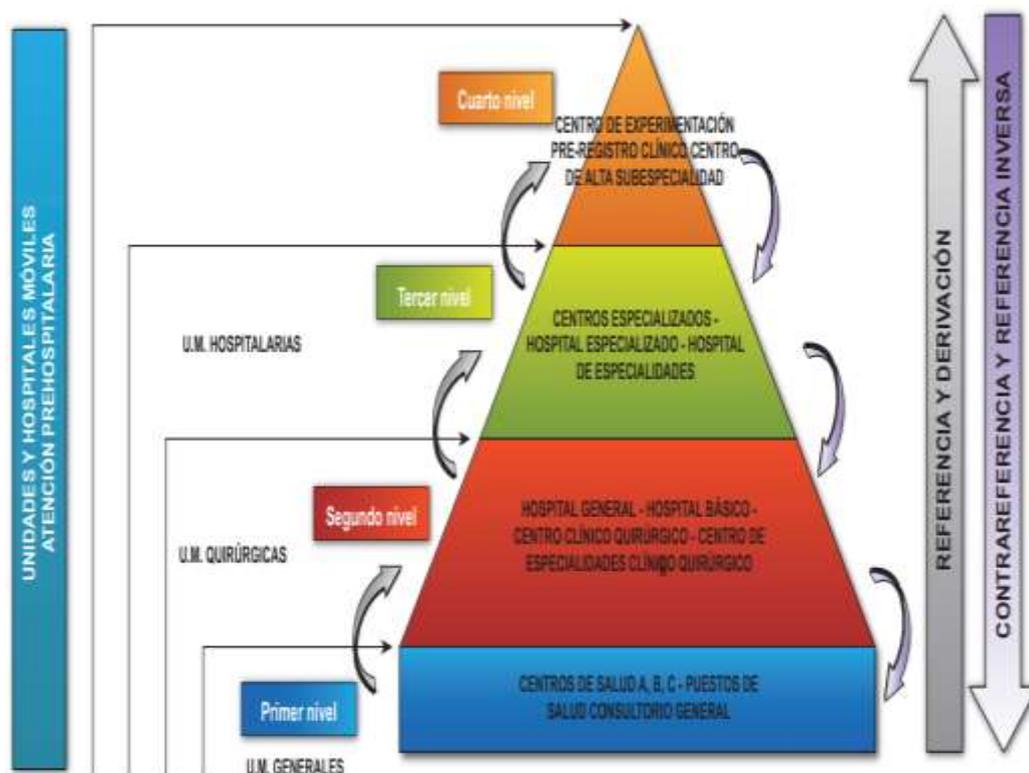


Figura 1. Derivaciones sanitarias. Tomado de *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud*, por MSP, 2014b.

### Niveles de atención

Para realizar las derivaciones sanitarias se consideran antes, los niveles de atención que existen en el país. Estos son el primer nivel de atención, segundo nivel de atención, tercer nivel de atención, cuarto nivel de atención y servicios de apoyo. Es indispensable conocer cada nivel de atención que posee el Sistema Nacional de Salud para poder conocer como es el flujo de las derivaciones médicas que es una parte fundamental para el presente estudio de investigación.

### ***Primer nivel de atención***

En este nivel de atención se facilita el servicio de salud a la población más cercana, por lo tanto, ayuda y coordina el flujo de los usuarios dentro del sistema, estos establecimientos prestan servicios de prevención de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, promoción de la salud y recuperación de la salud. Asimismo, brindan atención de emergencia y de urgencia que se efectúa de acuerdo a su capacidad resolutive, garantizan una referencia inversa, una derivación, una referencia, contrareferencia. Dentro del primer nivel de atención se clasifican según su complejidad en consultorio general (tratamiento en obstetricia, psicología, odontología, medicina general y su diagnóstico, se encuentran en zonas rurales), centro de salud A (atienden hasta 10000 habitantes, atención en enfermería y medicina general, obstetricia), centro de salud B (atienden de 10,001 a 50,000 habitantes, puede contar con trabajo de recuperación y parto, servicios auxiliares de diagnóstico laboratorio clínico, entre otros), centro de salud C (atienden 25,000 a 50,000 habitantes, materno infantil y emergencia, tienen obstetricia, emergencia, maternidad de corta estancia, farmacia) (MSP, 2015c).

### ***Segundo nivel de atención***

Este nivel de atención posee instituciones que ofrecen servicios de atención ambulatoria especializada y de las que necesitan hospitalización, es decir que se trata de un hospital con servicio básico y general que tienen a cargo diferentes grados de complejidad. Este nivel de atención realiza modalidades de atención nuevas, las mismas que no se basan en la hospitalización, sino que más bien se trata del tipo de servicio que brindan. Dentro de este nivel se encuentran los establecimientos como son: ambulatorio (Consultorio de especialidades clínico-quirúrgico, Centro de especialidades, Centro clínico-quirúrgico ambulatorio

“Hospital del Día”), hospitalario (Hospital General y Hospital básico) (MSP, 2015c).

### ***Tercer nivel de atención***

En el tercer nivel de atención se encuentran los establecimientos que ofrecen servicios hospitalarios de especialidad y especializados, y los servicios ambulatorios, en estas instituciones se efectúan procesos que resuelven los problemas de salud que se tratan de alta complejidad, inclusive las mismas pueden ejecutar trasplantes, en estas entidades se encuentran recursos tecnológicos de punta, además de contar con subespecialidades y especialidades clínico-quirúrgicas que tienen reconocimiento por la ley. En este nivel los establecimientos de atención de salud son los siguientes: ambulatorio (Centro especializado) y hospitalario (Hospital de especialidades, Hospital especializado) (MSP, 2013).

### ***Cuarto nivel de atención***

En el cuarto nivel de atención se oferta atención de más alta complejidad, el mismo que se combina con procedimientos experimentales y/o investigación clínica pre registro, en este nivel se encuentran los centros de subespecialidad que poseen casos complejos, los usuarios que serán atendidos deben estar referidos de instituciones de salud del tercer nivel de atención. Este nivel debe contar con una alta tecnología y a la vez estar aprobado por el MSP, por medio del Viceministerio Nacional de Gobernanza y Vigilancia de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2013).

### **Normas técnicas para la derivación y/o referencia sanitaria**

Para poder efectuar un adecuado proceso de derivación se deben seguir las normas técnicas, las mismas que se indican a continuación: (a) Las derivaciones y/o referencias son demandadas por los profesionales médicos de acuerdo a sus competencias, solo en caso de emergencia o de ausencia lo solicitará otro personal;

(b) Los profesionales médicos para derivar deben llenar un formulario N° 053 de derivación, referencia, referencia inversa, contrareferencia y transferencia con letra legible y datos completos; (c) Para ejecutar la derivación o referencia de usuarios se deben efectuar los manuales, normas, protocolos de atención, guías, y guías de práctica clínica requeridas por la Autoridad Sanitaria; (d) elaborar el registro de los datos del usuario en la historia clínica, que justifique el proceso de derivación o referencia; (e) informar a los familiares y usuarios la importancia y motivo de la derivación o referencia (MSP, 2015b).

Asimismo deberá proceder con los demás puntos como: (f) establecer el nivel de complejidad al que será derivado el usuario utilizando los criterios de accesibilidad, capacidad resolutive y oportunidad; (g) debe coordinar el personal administrativo con el servicio de admisión de la institución a la cual se deriva o refiere para agendar la cita; (h) en casos de emergencia el personal administrativo debe comunicar toda información pertinente del usuario a la institución de derivación para su atención inmediata; (i) si en casos de emergencia el nivel receptor no posee espacio físico para la recepción del usuario se debe estabilizar al usuario antes de enviarlo a otra institución; (j) no puede rechazar la cita el personal médico de la institución que agendó la derivación; (k) la institución de salud receptora podrá atender las derivaciones o referencias que sean solicitadas desde el mismo nivel de atención o inferior, tampoco podrá acudir a la institución de salud un usuario que no esté agendado con fecha, hora y especialidad que fue derivado, excepto las emergencias (MSP, 2015b).

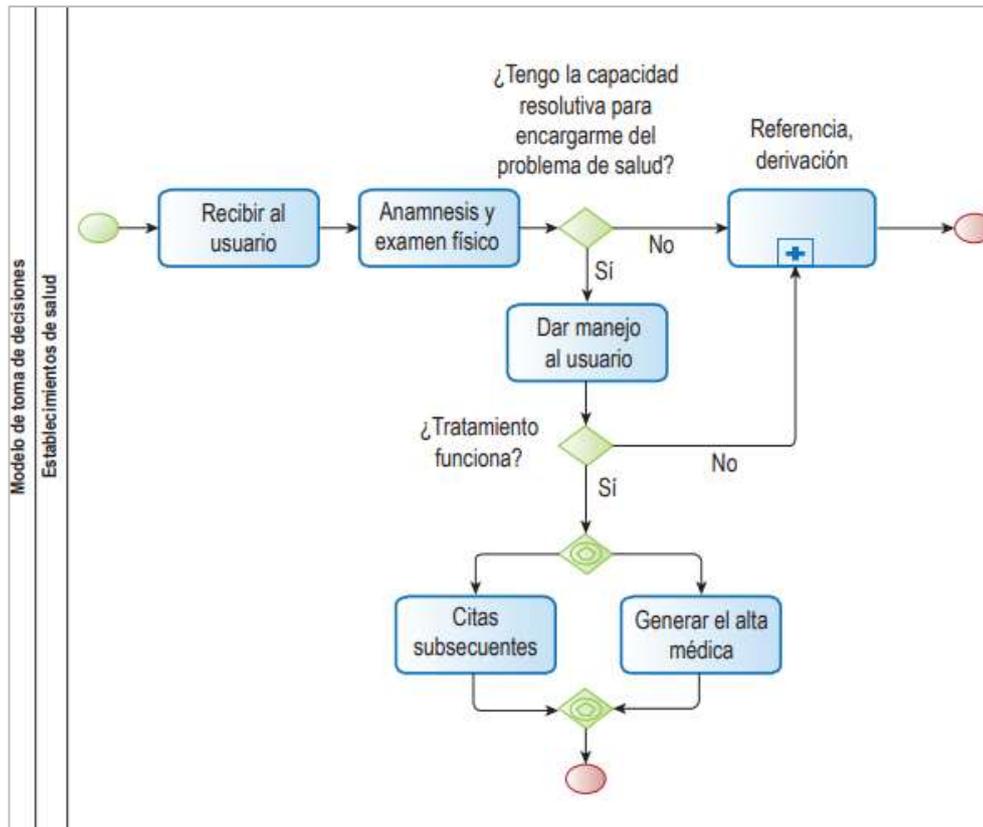


Figura 2. Algoritmo de toma de decisiones clínicas. Tomado de *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud*, por MSP, 2014b.

## Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud

El tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud es una herramienta cuantitativa de origen técnico, este es de gran importancia dentro de las actividades de la rama de la medicina, puesto que su uso sirve para regular económicamente el reconocimiento de todos los servicios que ofrecen las instituciones de salud orientados al sector público y las que están enfocadas y participan dentro del sector privado. Las cifras que presenta el tarifario representan un límite máximo en conceptos del reconocimiento económico que se les brinda a los colaboradores y personas que se han encargado de financiar las actividades dentro del medio sanitario. Este particular tarifario presenta las UVR de cada una de las actividades o servicios que se brinda dentro de los hospitales (MSP, 2014a).

La aplicación de este instrumento regulatorio económico de los servicios de los hospitales públicos y privados es de total obligación. Ninguna de las instituciones de salud, entre las cuales cuentan las entidades prestadoras de servicios y las que están dirigidas a la financiación a nivel nacional debe estar exentas de cumplir con esta responsabilidad. Los seguros que han sido creados para cubrir todo accidente dentro del ámbito automovilístico como el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y el Fondo de Accidentes de Tránsito (FONSAT) también deben de valerse de este reglamento; así como también, los contratos y algunos instrumentos de origen jurídico que hayan sido creados para regular y supervisar el reconocimiento monetario dentro de los servicios de salud en la zona pública del Ecuador (MSP, 2014a).

La tarifa de cada procedimiento se considera el valor monetario, el mismo que es expresado en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica, esta tarifa se reconoce por cada uno de los procedimientos que son mencionados en la normativa, el mismo que es el resultado de multiplicar las UVR de cada servicio y/o procedimiento por el Factor de Conversión Monetario (FCM) que representa el valor máximo de pago (techo). La modificación y vigencia del tarifario se realiza de forma anual en donde se puede efectuar revisión, modificación, actualización, inclusión, exclusión del FCM y de procedimientos, para verificar el responsable del pago de la atención de salud del paciente se usará el manual de ejecución del proceso de relacionamiento entre las instituciones de la Red Pública Integral de Salud (MSP, 2014a).

Las UVR son valores que son estipulados para el cobro de una cifra ponderada por cada servicio que se brinda dentro de la institución de salud. Los valores que se cobran por cada procedimiento que se desarrolla con el objetivo de brindar una

atención y cuidado de calidad son evaluados y propuestos de acuerdo a las actividades y a los recursos que se necesitan para llevar a cabo el tratamiento. La forma en que se llega a analizar cada proceso, cada recurso utilizado para realizar o llevar a cabo el respectivo tratamiento con base en la dolencia o diagnóstico de la persona, se la hace evaluando los siguientes elementos: (a) tiempo de los médicos profesionales; (b) habilidad/capacidad de los médicos; (c) dificultad o complejidad de la enfermedad del paciente; (d) riesgo que presenta el paciente; (e) situación de riesgo para el médico especialista encargado (MSP, 2014a).

El tarifario contiene varias secciones de acuerdo al tratamiento que se le brinda a la persona, las mismas presentan adecuadamente costos diferentes de acuerdo al procedimiento a seguir para llevar a cabo el trato del paciente dentro de la institución. Los servicios que se presentarán son los que más han tenido afinidad con la investigación, estos son: (a) servicios de habitación; (b) servicio de transporte; (c) ultrasonido; (d) ginecología y obstetricia; (e) cuidados en observación; (f) cuidado inicial; (g) cuidado subyacente; (h) recién nacido; (i) sistema genital femenino; (j) vagina; (k) cervix uterino; (l) cuerpo uterino; (m) trompas de Falopio; (n) ovario (MSP, 2014a).

Los servicios que ofertan las instituciones de salud a nivel nacional y a nivel mundial son adaptados de acuerdo a lo que demanda el mercado de la salud, asimismo estos presentan costos estimados de acuerdo al margen de ganancia que desean obtener tomando en cuenta el gasto que han realizado por la utilización de los recursos con el objetivo de brindar una adecuada atención dentro del servicio hospitalario. En lo que respecta a la sintonía cambiante que presenta en momentos el mercado, los hospitales están obligados a adaptar todos sus procedimientos internos al impacto que existe dentro de la industria, cierto ajuste en los procesos

se lo realiza con el objetivo de que exista mayor demanda de los servicios que entrega el hospital, para que de esa manera pueda existir un flujo de dinero positivo para la institución (Villalbí et al., 2017).

El factor de conversión monetaria se trata del valor monetario que es expresado en dólares americanos que se establece para las secciones B, C y D de este tarifario, además es usado para conocer los costos directos e indirectos que deberán reconocerse por ser parte de la producción de los servicios de salud que se brindaron. El factor de conversión monetaria será actualizado solo al considerar ciertos mecanismos, pero realizado por la Autoridad Sanitaria como son: (a) recomendaciones del Comité de Gestión de Red, los mismos que deben considerar la sostenibilidad financiera y técnica del Sistema Nacional de Salud en el largo, corto o mediano plazo; (b) la política de la Autoridad Sanitaria Nacional. Además el tarifario funciona con dos sistemas de conversión: (a) factor de conversión diferenciado que es usado para los servicios institucionales de hotelería y otros, servicios de apoyo diagnóstico y servicios odontológicos; (b) el valor monetario diferenciado que es usado para los servicios profesionales médicos, que se encuentra clasificado por el nivel de complejidad y las áreas de especialidad (MSP, 2014a).

### **Eficiencia hospitalaria**

Es normal que se catalogue a las instituciones del sector público como entidades que no usan eficientemente los recursos financieros disponibles, por la razón de que estos han sido trasladados directamente del presupuesto del Estado, esto crea la posibilidad para que las instituciones estatales no realicen esfuerzos para conseguir y obtener sus propios recursos. Los esquemas estructurales que se utilizaban con anterioridad en finanzas no eran factores generadores de incentivos

con el fin de que cada una de las instituciones tuviera un eficiente control sobre todo lo que les representaba costos y también para que realicen inversiones en recursos de una forma adecuada. Los escenarios citados previamente en el largo plazo produjeron que se experimenten situaciones perjudiciales en las entidades sanitarias, lo que provocó que estas bajen su tasa de productividad y se convirtiesen en instituciones difíciles de sostener financieramente, este escenario negativo que se forjó por malas gestiones conllevaron a que la calidad de los servicios que se prestaban baje, en la peor situación todo esto anteponía una barrera para que la sociedad no pueda ingresar a los servicios sanitarios (Pinzón, 2003).

Pinzón (2003) indicó que el valor de la eficiencia en lo que se refiere a los servicios asistenciales no significa alcanzar los objetivos siendo productivos al máximo, sino que también tiene que ver con maximizar el uso de los insumos y recursos con base en el movimiento de la curva de la demanda de los servicios sanitarios. Al momento de hablar de eficiencia se tiene en mente distintos aspectos que son fundamentales y que no sólo potencian el mercado, sino que también tienen la capacidad para generar que una institución sea más competitiva y tenga mayor oportunidad de ganar una mayor porción dentro de la industria. La eficiencia hospitalaria tiene que mucho ver con la utilización que las instituciones sanitarias hagan de los recursos de los cuales disponen y del costo de los mismos; la eficiencia se define como esa medida de productividad de acuerdo a lo que se alcanza a producir y lo que cuesta hacerlo.

Hace ya varios años el sector de la salud ha tenido que hacerle frente a cambios institucionales importantes, aunque hoy en día todas las instituciones tienen que adaptarse a los cambios que se producen en el mercado, la evolución que ha percibido el sector sanitario ha generado un gran impacto que ha incidido

directamente en la entrega de los servicios asistenciales públicos, junto a esto las finanzas del sistema y el esquema estructural financiero de los centros hospitalarios estatales. Se ha determinado que los costos de los centros hospitalarios del sector público se encuentran superando las tarifas SOAT, estas son las tarifas que corresponden al sistema de pago fijo global por los usuarios que han sido atendidos en acciones finales, este procedimiento no es llevado a cabo en instituciones hospitalarias del sector privado. Al ser tan complejo el sistema de producción y la diferenciación entre los bienes e insumos de la industria sanitaria automáticamente recurren a establecer barreras que restringen el análisis productivo del sector, lo cual es una debilidad para las instituciones (Nupia & Sánchez, 2001).

Se ha constatado que el factor humano ubicado en funciones administrativas y gerenciales se caracteriza por desempeñarse en un entorno muy complejo dentro de la industria sanitaria. Particularmente el sector sanitario no busca cubrir puestos administrativos y gerenciales ya que la mayor cantidad de estos tipos de puestos los cubren profesionales con estudios en la rama de la salud y unos que otros que tienen estudios de maestría en gerencia de la salud. Al existir una alta tasa de rotación en los puestos laborales no es posible conseguir niveles óptimos de eficiencia en el cargo, tampoco permite que se implementen políticas de mediano y largo plazo para elevar la calidad de los servicios y los procesos financieros. Un análisis de eficiencia sobre las instituciones hospitalarias en donde se tomen en cuenta la utilización de insumos y la entrega de servicios relacionado con el esquema estructural de costos e ingresos tiene la oportunidad para crear políticas que ayuden al sector sanitario a ser mayormente productivo (Nupia & Sánchez, 2001).

Por medio de Castro (2007) se ha considerado a la eficiencia como una terminología relativa en el sector sanitario, el Análisis Envolvente de Datos (DEA)

se especifica principalmente como un procedimiento de realizar un análisis comparativo acerca de una referencia de la eficiencia relativa de una unidad de decisión. El análisis a través de la técnica del DEA facilita una medida global, establecida por lo objetivo y lo numérico. El cálculo de la eficiencia tiene que ver mucho con las teorías y las suposiciones que se realicen conforme a ella, partiendo de esta determinante la eficiencia de una entidad hospitalaria se encuentra expresada por dos factores que en promedio son considerados como los principales en el sector salud, estos son: la utilización de los insumos y su costo. El primer factor es conocido como la eficiencia técnica, el mismo se encarga de formar una relación de los insumos que son usados en razón de los bienes que se producen en la institución; es por eso que el análisis de la variable eficiencia que cuenta con la participación del costo de los factores y agrega sugerencias acerca de la baja de costos se encuentra establecido como la eficiencia económica o asignativa.

Particularmente de la medición de la eficiencia se comprende que existen dos acciones que se deben de realizar en caso de que una institución hospitalaria pase por situaciones de ineficiencia, estos son el análisis de insumos y análisis de producción. El análisis de orientación de insumos o uno de producto se encarga de realizar una evaluación a través de la medición del nivel óptimo de insumos con los que debería contar cada hospital para alcanzar los mayores niveles de eficiencia con respecto al nivel de producto, la otra acción tiene que ver con el nivel de producción óptimo que genera que un centro hospitalario se vuelva eficiente en cada una de sus actividades conservando su índice de insumos. Es importante resaltar que no siempre es lo más adecuado que los hospitales del sector público realicen un recorte de nómina. La probabilidad de incrementar los niveles de producción, conservando

los mismos insumos podría perjudicar de forma importante la calidad y la competitividad de los servicios ofrecidos en la institución sanitaria (Castro, 2007).

Según Pérez, Ortega, Ocana y Martín (2017) tener conocimiento del nivel de eficiencia de las instituciones hospitalarias es lo más adecuado para empezar a tomar decisiones con el fin de diseñar reglamentos, parámetros y políticas que puedan llegar a optimizar los recursos públicos, esto no hay que llevarlo a cabo sólo por razones de supervivencia en la industria sino que esta actividad se la lleva a cabo también por ser imperativo ético; la baja eficiencia o ineficiencia describe una inadecuada utilización de los recursos otorgados por los habitantes y crea un compromiso acerca del pacto social.

Con base en la evaluación de los factores que se encuentran relacionados con los hospitales se menciona que la estancia media se hace presente como significativa en cada uno de los modelos de medición de la eficiencia, la misma también se muestra independiente del método de elección de variables. Se ha establecido que a mayor estancia media bajan las probabilidades de que los hospitales puedan establecerse ante toda evaluación como eficientes; por otro lado la posibilidad de que una institución hospitalaria forme parte de un conjunto de hospitales eficientes depende de lo siguiente: (a) la manera negativa del índice de demanda; (b) la manera positiva del volumen de ingresos; (c) sólo con pertenecer a los hospitales regionales ya se encuentran condicionados de manera negativa para ser eficientes. No obstante, la posibilidad de ser una institución hospitalaria eficiente se relaciona de forma negativa con la estancia media, la cantidad de camas, cuestión de ser parte de centros hospitalarios del conjunto de especialidades y la frecuencia hospitalaria (Calzado, García, Laffarga, & Larrán, 1998).

Barahona (2011) determinó que la eficiencia de los hospitales se evalúa de acuerdo a la utilización eficiente de los recursos; la eficiencia en su más amplia definición indica que es el uso de las herramientas, insumos y demás recursos de una forma correcta con la finalidad de captar el más grande beneficio. La teoría ha establecido que una acción puede ser considerada como eficiente cuando se aminora la cantidad utilizada de algún input o también si se puede incrementar la actividad productiva sin usar mayores unidades de input. La utilización de técnicas para analizar la eficiencia hospitalaria ha aprobado que la industria de la salud, ya sea del sector público o privado, proporcione la oportunidad de reevaluar la gestión de la organización para poder utilizar de forma eficiente los recursos disponibles. Evaluar la eficiencia de los servicios sanitarios de los hospitales tiene que reflejar como una actividad prioritaria y primordial que tienen que realizar los profesionales que están encargados de proveer dichos servicios; una de las técnicas que son conocidas para evaluar la eficiencia es el DEA.

Según Seijas e Iglesias (2009) la conducta de cualquier unidad productiva puede estar direccionada por la búsqueda de un óptimo procedimiento que incremente las posibilidades de adquirir un máximo producto. Todo esto tiene que ver con la utilización de estrategias apropiadas sobre los inputs a utilizar en la consecución de los outputs; dentro de esta situación se confirma que un hospital es eficiente al momento en que este se encuentra capacitado para alcanzar lo deseado incluso estando sujeto a los reglamentos y restricciones que implanta la tecnología productiva que se encuentra disponible y es conocido como ineficiente cuando no logra alcanzar lo deseado.

Santelices et al. (2013) Señalaron que en la industria sanitaria las instituciones hospitalarias tienen una actuación de gran importancia en lo que respecta a la

búsqueda de la eficiencia y la calidad en los servicios ofertados a los usuarios que lo necesitan ya sea por las externalidades positivas que produce en la salud de la sociedad como también la oportunidad que se le brinda a las personas en general para que puedan ser beneficiadas equitativamente del acceso a los servicios asistenciales.

### **Ginecología y Obstetricia**

Abordando el concepto del Centro Médico Imbanaco (2018) se entiende a la ginecología y a la obstetricia como una de las especialidades de la medicina enfocada en encargarse de producir un estado integral en la salud de la mujer en todo el tiempo de vida. Sin embargo, aunque exista similitud en cuanto al enfoque de estas dos especialidades, ambas recurren al tratamiento, pero en diferentes periodos. En el caso de la obstetricia los médicos la practican cuando la mujer se encuentra dentro del ciclo de fertilidad; mientras que la especialidad de la ginecología se encarga de atender las enfermedades que el órgano o sistema reproductor femenino presenta.

Según la Red Hospital Clínico de la Universidad de Chile, cuando las mujeres asisten por primera vez al ginecólogo sienten temor debido al escaso conocimiento sobre la atención. Existen cuatro situaciones fundamentales en donde las personas del sexo femenino deberían acudir a un especialista en ginecología. Estas son la primera menstruación, las primeras relaciones sexuales, la necesidad de píldoras anticonceptivas e irregularidades en el período menstrual (Red Hospital Clínico Universidad de Chile, 2018).

La ginecología es la ciencia de la medicina que se encarga de tratar médica y quirúrgicamente los órganos reproductores de la mujer, mientras que la obstetricia

se especializa en el control y evaluación durante el embarazo, parto y puerperio (Amedics, 2018).

Entre las atenciones ginecológicas más comunes se encuentran la evaluación mamaria y genital, análisis citológico de la vagina, ecografía, mamografía, ecografía mamaria, con lo cual se puede realizar el diagnóstico y tratamiento de infecciones e inflamaciones genitales, problemas con la menstruación, tumores, endometriosis, incontinencia entre otras situaciones. Las atenciones obstétricas van enfocadas al seguimiento del embarazo, tratamientos como la rehabilitación del suelo pélvico, anticonceptivos, inseminación in vitro, dispositivos intrauterinos entre otras (Amedics, 2018).

### **Enfoque de riesgo**

El riesgo representa una situación apremiante la cual puede pasar una mujer embarazada si es que no se toman los cuidados y medidas necesarias para entregar una correcta atención y garantizarle una condición de salud óptima. Cuando se habla del enfoque del riesgo dentro de un factor reproductivo tiene que ver con la práctica y el empleo de métodos y procedimientos adecuados que den la posibilidad de conocer la regularidades e irregularidades que pueden presentarse dentro del periodo de gestación (Mora, Ruelas, Arroyo, Tapia, & Uribe, 2005).

El riesgo reproductivo se lo considera como la probabilidad que existe en que uno o más factores presentes o previos causen algún daño a su hijo o a la pareja en edad fecunda, además puede existir casos en que ocurra un embarazo en adolescentes o niños y este pueda afectar su fecundidad futura. Los factores de riesgo reproductivo que se pueden presentar son diversos como la pobreza, residencia en zonas rurales o urbanas con servicios de salud insuficientes, analfabetismo, además de factores universales e independientes del área geográfica y su condición social

como tenemos a continuación: (a) edad, cuando las gestantes son menores de 15 años o mayor de 35 años; (b) paridad, riesgo mayor después de la quinta gestación o en la primera; (c) intervalo intergenésico, riesgo mayor al tener intervalos menores de dos años entre las gestaciones; (d) malos antecedentes obstétricos, riesgo mayor al presentar abortos, cesáreas con anterioridad, parto, hijos nacidos muertos u otras complicaciones en el embarazo (Jinich, Lifshitz, García, & Ramiro, 2017).

Los principales actores de riesgo durante el embarazo son: diabetes, insuficiente o excesivo aumento de peso, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragias del tercer trimestre, riesgos ocupacionales, droga y tabaco, anemia, infecciones, infecciones de transmisión sexual, embarazo múltiple, exposición a radiaciones, abuso de alcohol. Los principales factores de riesgo durante el parto son: (a) infecciones por higiene inadecuada, retención de fragmentos o rotura prematura de membranas; (b) preeclampsia o eclampsia; (c) hemorragias por desprendimiento prematuro de placenta, laceración del canal del parto o rotura uterina, placenta previa; (d) parto obstruido por alteraciones de la presentación, alteración de la dinámica uterina o desproporción cefalopélvica. Los principales factores de riesgo durante el puerperio son: infecciones y hemorragias por atonía uterina (Jinich et al., 2017).

### **Seguridad clínica y responsabilidad profesional en ginecología y obstetricia**

Llevar un proceso seguro dentro de un establecimiento de salud es muy complejo y en ocasiones se torna complicado. Para que dentro de una institución se exponga o exista una cultura de seguridad desde el ámbito médico y clínico tienen que tomar participación conceptos como el liderazgo, el trabajo en grupo para

conseguir una resolución de problemas de una manera eficaz y eficiente, los procesos de la medicina llevados a cabo de acuerdo a la evidencia encontrada; otros de los aspectos que tienen que producirse o deben de tener espacio dentro del entorno de salud de un hospital es la buena comunicación, la necesidad de aprender cosas nuevas o sino mejorar y potencializar las ya aprendidas, por último debe de existir una alta capacidad en la práctica enfocada a los pacientes que son tratados en el hospital (Gómez, Lailla, & Manso, 2016).

Según Gómez et al. (2016) el motivo del desarrollo de la seguridad es porque este aspecto tiene una gran incidencia dentro de las especialidades de ginecología y también de obstetricia; puesto que dentro de esta práctica existen grandes probabilidades de comprometer la salud de la madre y de su hijo en la etapa en la que se encuentra en estado fetal. Desde ya años atrás se han tratado de imponer estrategias para mejorar la seguridad en las dos especialidades en donde la mujer y el feto son protagonistas, una de las tácticas impuestas fue la comunicación de los acontecimientos dentro del proceso ginecológico y obstétrico sin importar el tipo de resultados que se hayan obtenido con respecto al bienestar y salud de los pacientes. Esta estrategia no buscaba inculpar a los médicos responsables, sino que buscaba generar que los mismos aprendan de sus errores con el sentido de prevenir falencias futuras.

### **Complicaciones durante el Parto**

Este trabajo de investigación trata sobre las derivaciones hospitalarias en el área de ginecología y obstetricia. Es importante conocer que los mayores riesgos dentro de esta rama de la medicina se dan durante el parto. Según el National Institutes of Health (NIH), los riesgos pueden perjudicar tanto a la madre como al

feto; cabe destacar que estos riesgos se pueden presentar incluso si la mujer estaba sana antes del parto (NIH, 2018).

Los cuidados prenatales reducen el riesgo de generar problemas luego. Los principales riesgos que se pueden presentar durante el parto son presión arterial alta, diabetes gestacional, preeclampsia, parto prematuro y pérdida del embarazo (NIH, 2018). La hipertensión provoca que el transporte de sangre a la placenta se dificulte; no obstante, se obstaculiza la entrega de oxígeno y nutrientes al feto; esto a su vez coloca a la madre en una situación vulnerable de acarrear preeclampsia y parto prematuro.

La diabetes gestacional es la que se genera durante el embarazo, siendo esta situación antes inexistente. El problema radica en que el embarazo puede provocar cambios en las hormonas que inducen a producir menos insulina desde el páncreas o que no se utilice de manera adecuada. Este escenario logra que se acumule la glucosa en la sangre, presentando un alto nivel de azúcar. La ausencia de control en este aspecto genera preeclampsia y que el neonato tenga una mayor estatura a la deseada, generando un mayor riesgo de parto por cesárea (NIH, 2018).

La preeclampsia está catalogada como una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y fetal, ocasionando mayores probabilidades de un parto prematuro. Entre sus características está la presión alta. Este cuadro da como resultado problemas con el crecimiento intrauterino, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, enzimas hepáticas elevadas, hemólisis, plaquetas bajas y convulsiones en la mujer (Roche, 2018).

En cuanto al parto prematuro, este se considera al que se realiza antes de las 37 semanas. En esta condición el bebé tiene mayores complicaciones y por lo general se lo deriva a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Entre los

problemas que se ocasionan están pulmones inmaduros, síndrome de dificultad respiratoria, la taquipnea transitoria, displasia broncopulmonar, neumonía, apnea, bradicardia, infección, ictericia, hemorragia intraventricular, problemas con la temperatura corporal, con el sistema gastrointestinal, anemia, conducto arterioso persistente, retinopatía, enterocolitis, sepsis, entre otros (American Pregnancy Association, 2018).

La pérdida del embarazo por situaciones naturales antes de las 20 semanas de gestación se conoce como aborto espontáneo. Este viene acompañado de un sangrado vaginal, calambres, manchas, pérdida de líquidos o tejidos en la vagina. Cuando esto sucede después de las 20 semanas se conoce como parto de un niño muerto (NIH, 2018). Estas situaciones generan derivaciones dentro de la institución de salud, por lo que es importante conocer los tarifarios de prestaciones de salud, para conocer los costos que generan estos escenarios.

La atención en los servicios de salud es una actividad desarrollada dentro de un hospital o institución de salud. Una correcta y adecuada atención en los servicios sanitarios es la que satisface las necesidades de los usuarios como de los pacientes, brindando comodidad durante su estadía dentro de la institución. También, su significancia trae a colación el contexto científico y médico; puesto que una buena atención es la que por medio de la aplicación o imposición de la ciencia, capacidades médicas y recursos se logra incrementar el nivel de calidad de vida del paciente y ocasiona que se disminuya el riesgo de que aparezca una situación negativa con respecto a la salud del mismo (Chonga, 2015). Se hace referencia al tema de la atención porque si se habla de la derivación se llega a estipular que una adecuada atención es la que produce que un paciente que sea derivado pueda llegar en un estado estable y sin complicaciones al otro hospital.

En el marco teórico se pudo determinar que la derivación se genera por la ausencia de tecnología, medicamentos o atención adecuada que no garanticen una atención de calidad al paciente. La ginecología es la que se encarga de la salud del órgano reproductor femenino, mientras que la obstetricia es la que se encarga de todo el proceso antes del parto, durante el parto y postparto de la madre. Se identificaron algunos riesgos como la hipertensión, diabetes gestacional, preeclampsia, parto prematuro y aborto espontáneo. Estas complicaciones terminan generalmente en una derivación. El costo de esta viene determinado por el tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, en donde se presenta el UVR de cada actividad y el factor de conversión monetaria.

### **Marco Conceptual**

**Aborto espontáneo.** – Es cuando se da la pérdida del embarazo y se encuentra acompañado de sangrado, manchas, pérdida de líquido amniótico, entre otras dolencias; este se diferencia por presentarse en los primeros cinco meses de gestación, pasado de este tiempo se lo conoce como parto de niño muerto (NIH, 2018).

**Derivaciones.** – Son llamadas de esta manera a los procesos que se realizan de forma ordenada y eficaz sobre los traslados del usuario a una entidad sanitaria de mayor cobertura hospitalaria con el fin de garantizar la atención adecuada y oportuna a los pacientes (MSP, 2014b).

**Diabetes gestacional.** – Se hace referencia a la elevación de los niveles de azúcar durante el embarazo, se indica que es gestacional puesto que se da sólo durante este proceso como parte del cambio que posee la madre en las hormonas causando deficiencia en la producción de insulina; sin embargo, esta debe de ser tratado a tiempo y finaliza junto con el parto (NIH, 2018).

**Ginecología.** – Rama de la medicina que estudia y se encarga de las enfermedades, virus, infecciones, complicaciones y demás afecciones que se puedan presentar en el órgano reproductor femenino (Hospital Clínico Universidad de Chile, 2018).

**Muerte materna.** – En relación a lo citado por Beltrán, Ruoti y Espinosa (2018) la muerte materna se da cuando una mujer en estado de gestación fallece debido a complicaciones en su salud y su embarazo, siendo la principal causa la atención médica tardía, ya sea por falta de profesionales en la institución o porque la madre no acudió a tiempo a una casa médica.

**Niveles de atención.** – Se han denominado niveles de atención al tipo de capacidades físicas, técnicas y médicas que poseen las instituciones, estas han sido seleccionadas por grupo de hospitales o servicios sanitarios, para brindar a la ciudadanía una mayor facilidad para la atención de acuerdo a su necesidad médica (MSP, 2013).

**Obstetricia.** – De acuerdo a lo mencionado por CONALEP (2018) la obstetricia es una rama de la medicina la cual se toma relevancia durante el proceso de fertilidad de una mujer, se considera también que esta rama a lo largo de los años ha logrado el desarrollo de grandes avances importantes en la ciencia.

**Parto prematuro.** – Se refiere al nacimiento del feto en semanas inferiores a la semana 37, que generalmente se da por problemas en el embarazo y exponen al bebé a complicaciones sanitarias, como las pulmonares, respiratorias, sepsis, entre otras afecciones (American Pregnancy Association, 2018).

**Seguridad clínica.** – Está conformada por diferentes aspectos que deben de realizarse de forma conjunta y ordenada como lo es la comunicación, el liderazgo, trabajo en equipo, lo cual permitirá reducir la cantidad de errores en la práctica

médica logrando brindar seguridad a los pacientes que acuden a la institución (Gómez, Laila, & Manso, 2016).

**Preeclampsia.** – Es causada por los cambios hormonales presentados durante el embarazo, los cuales no han sido controlados a tiempo haciendo que la mujer presente presión alta causando plaquetas bajas, elevación de las enzimas hepáticas, insuficiencia hepática en la madre y afectando el crecimiento del feto (Roche, 2018).

**Secreciones genitales.** – Se refiere al fluido vaginal presentado en mujeres, estas se diferencian en normales y anormales, a través de la textura y olores que poseen, una secreción normal muestra una apariencia clara, sin olor; mientras que los fluidos con olores fuertes, tonos amarillentos, verdosos o grises que además es acompañado de dolor o picazón son consideradas secreciones anormales, las cuales deben de ser atendidas por un ginecólogo (Medical News Today, 2019).

Se realizó un marco conceptual compuesto con los temas tratados dentro del proyecto de investigación. En la siguiente sección se presenta el marco referencial con investigaciones de importancia para el tema.

## **Capítulo II**

### **Marco Referencial**

En el marco referencial se pudieron revisar investigaciones importantes dentro del contexto de estudio de este trabajo. Entre las investigaciones que se citaron estuvieron el estudio de parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la mortalidad materna en el mundo; este tema fue abordado debido a que las derivaciones se generan principalmente por problemas en la atención de la madre que ocasionan complicaciones que en muchos casos terminan en la muerte de la mujer y del feto. Se presentó otra investigación sobre mortalidad materna mundial para reforzar el análisis anterior y enlazarlo a los riesgos durante el embarazo, parto y postparto. Se citó una investigación sobre indemnizaciones por el servicio de obstetras y ginecólogos con el fin de identificar problemas en esta actividad. Otra de las investigaciones referenciadas trató sobre el rol de la enfermería frente al duelo en pacientes con aborto, esto con el fin de observar la satisfacción con respecto al servicio brindado por el personal de enfermería en estas circunstancias. Se citó una investigación sobre la atención de enfermería a las usuarias de la Consulta Externa del área de ginecología. Antes de pasar al desarrollo del marco legal se pueden visualizar investigaciones acerca de la eficiencia hospitalaria.

Es importante destacar la investigación realizada por la OMS puesto que esta entidad reconocida a nivel global desarrolló un estudio sobre la mortalidad materna alrededor del globo terráqueo y presentó resultados de una alta relevancia que han servido de gran ayuda para conocer la situación por la que pasan las mujeres que se encuentran en estado de embarazo (OMS, 2016). Los datos son presentados a continuación:

En la investigación realizada por Reátegui (2018) que habla sobre *El análisis del costo de referencia de pacientes de la red asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011-2015*, donde el objetivo principal era analizar el costo de referencia de los pacientes de la Red Asistencial de EsSalud antes mencionada, se estructuró la metodología con base al alcance descriptivo, el diseño de investigación fue no experimental, como instrumento de recolección de datos se utilizó los registros de los archivos de la Red Asistencial de EsSalud Loreto, los mismos que se analizaron por cada año con sus respectivos meses.

Los resultados que se obtuvieron mediante la información registrada en los archivos indicaron que en el año 2011 el mes con mayor porcentaje de costos fue diciembre 18.13%, en todo el año los costos por pasaje fueron mayor a los otros costos representado con el 51.46%, la referencia fue por motivo de tratamientos en un 99.69%; en el año 2012 se pudo saber que el mes con mayor porcentaje fue el mes de marzo con un 14.00%, los mayores costos fueron otros con un 50.05%, el motivo fueron los tratamientos en un 99.64%. Con respecto al 2013 se apreció que el mes de diciembre fue el de mayor porcentaje en costos donde tuvo un 21.88%, y donde otros costos fueron mayores con el 51.17%, el motivo fueron los tratamientos 97.37%. En relación al año 2014 se pudo saber que el mes de diciembre nuevamente fue el de mayor porcentaje en costos, además obtuvo un porcentaje de 55.44% en relación a otros costos, el motivo fueron los tratamientos en un 95.46%. Por último en el año 2015, el mes de abril fue el de mayor porcentaje en costos con un 25.44% y en lo referente al mayor costo del año fue otros costos con un 52.68%, el motivo los tratamientos con un 97.05% (Reátegui, 2018).

En la investigación realizada por Cahua (2015) que habla sobre *El nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los*

*servicios de salud, 2014-2015*, el objetivo general de la investigación fue evaluar el cumplimiento de indicador de referencia generadas en las consultas médicas recuperativas y preventivas por trimestre en el marco de la tercerización de los servicios de salud de una IPRESS en la ciudad de Lima en el periodo entre agosto 2014 y agosto 2015. En cuanto a la metodología usada en la investigación se efectuó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte longitudinal, para el estudio se recolectaron datos de 5832 usuarios que acudieron a consulta externa recuperativa y preventiva de la IPRESS.

Los resultados de la investigación mostraron que el 31.34% pertenece al grupo etario de 40 a 60 años, la mayor cantidad de usuarios fueron del sexo masculino con un porcentaje del 50.40%, en relación al destino de la referencia de los usuarios fue en Hospital III de emergencias GRAU con un número de usuarios de 4,364 (74.83%), en cambio en el tema de la demanda de las especialidades de referencia fue la cirugía/emergencias/urgencias la de mayor cantidad de usuarios con 2,598 usuarios (44.55%) seguido de medicina con 2,147 usuarios (36.81%) y ginecología 793 usuarios (13.60%) (Cahua, 2015).

El trabajo investigativo de Larrea (2017) que trata sobre el *Incremento de referencias desde el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito hacia prestadores de la Red de Salud Privada (complementaria) en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2015*, tuvo como objetivo general determinar el efecto que produce el incremento de las derivaciones del HCAM hacia la red complementaria salud. En relación a la metodología que se propuso, esta fue la analítica y de residuos, se efectuó análisis FODA y mapa de actores.

En la información que registra del hospital mencionado en el tema de la investigación se pudo conocer que las derivaciones tuvieron un total de 7,282 casos

que fueron de enero del 2012 a septiembre 2014 y 224 pacientes que se desconoce el motivo de derivación, las áreas con mayor porcentaje fueron urgencias con 3,278 casos (45.02%) seguido de pediatría 2,891 casos (39.70%), neonatología 442 casos (6.07%), sala de partos 244 casos (3.35%), psiquiatría 240 casos (3.30%), cirugía general 101 casos (1.39%), obstetricia 86 casos (1.17%). En cambio entre las principales causas de derivación, las de mayor porcentaje fueron: falta de espacio físico 61.90%, insumos agotados con un 9.65%, falta de espacio quirúrgico y agenda copada con un 5.361% cada uno, falta de especialista un 5.218% y los que no se realizan en el HCAM con un 4.861% (Larrea, 2017).

Los resultados facilitados por la OMS dieron a conocer que una cantidad total alrededor de 830 personas de origen femenino fallecen diariamente por situaciones que pudieron ser prevenidas durante el proceso de embarazo y parto. En segundo lugar, la mortalidad materna representó el 99% dentro de los países que se encuentran en desarrollo, pero hay que destacar que este escenario presentó mayor fortaleza dentro de las zonas rurales y en los lugares que reflejan una gran pobreza (OMS, 2016).

Conforme a lo compartido por la OMS (2016) se determinó que existe mayor probabilidad de presentar riesgos e inclusive experimentar la muerte en vida por el embarazo, esta probabilidad se origina en las mujeres que están pasando por una etapa de adolescencia. Se conoció que uno de los procedimientos que podrían salvar la vida de las personas que se encuentran en un estado de embarazo y la de sus bebés es la atención brindada bajo parámetros especializados y de carácter especializada, pero esta tiene que ser aplicada previamente, durante el proceso y posterior al parto. Otro dato importante, es que se ha conocido que el porcentaje de

muerres de mujeres embarazadas ha tenido una reducción del 44%, partiendo desde el año de 1990 al 2015.

La OMS (2016) estimó en el 2015 un total de 303,000 mujeres que fallecieron cuando estuvieron embarazadas o dentro del proceso del parto, inclusive esta cantidad comprendió también las muertes que ocurrieron despues del embarazo y posterior al parto. Una noticia que se pudo recabar a través de la OMS fue que entre 1990 y 2015 la cantidad de muertes maternas decreció a una cifra porcentual del 2.3% al año. Sin embargo, en el año 2000 como punto de arranque para la evaluación de este tema particular se consiguió obtener resultados acerca de las reducciones anuales acerca de la mortalidad materna y se determinó que entre el 2000 y el 2010 el decrecimiento de la muerte materna sobrepasó el 5.5%.

A través de la investigación de Beltrán et al. (2018) sobre las causas que producen la mortalidad materna en el mundo se constató que la tasa de muertes maternas representó una cifra importante en el 2006, la cual fue de una cantidad de muertes entre 400 a 1,000 por cada 100,000 niños nacidos con vida. Hay que considerar que la cifra investigada se asemejó a la situación actual de muerte materna en los territorios en desarrollo. Gracias a la investigación de Beltrán et al. (2018) se determinó que uno de los factores que ha causado la muerte del 20% de mujeres durante el periodo del embarazo ha sido la hipertensión, específicamente la preeclampsia, situación conocida como la complicación que se presenta en las mujeres durante el embarazo.

Dentro de una mayor proporción a nivel mundial se ha conocido que la preeclampsia presenta un grado de incidencia del 2% y hasta el 5%; no obstante, se pudo determinar la participación de una segunda situación perjudicial para la mujer en etapa de embarazo y se conoció acerca de los trastornos hipertensivos dentro del

proceso de embarazo, los mismos han tenido un impacto del 4% al 10% dentro de la vida de la mujer (Beltrán et al., 2018).

Se procedió a analizar la investigación sobre el Estudio de las compensaciones económicas acerca de las sentencias contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013), con el objetivo de conocer la indemnización que han recibido las personas que han pasado por una situación perjudicial y así mismo identificar las situaciones que aparecen frecuentemente dentro del área de ginecología, las cuales son provocadas por la mala praxis de los médicos a cargo del área de estudio. La información fue conseguida a través de la base de datos de Westlaw-Aranzandi, los mismos fueron obtenidos por medio del ingreso desde la Escuela de Medicina Legal perteneciente a la Universidad Complutense de la ciudad de Madrid. El análisis de los datos fue realizado por medio de la utilización de la herramienta estadística SPSS 19.0 (García et al., 2017).

A través de la investigación se llegó a notar que la mala praxis dentro del área de ginecología por parte de los médicos encargados ha provocado que exista daño cerebral, equivocado diagnóstico prenatal, distocia de hombros, muerte fetal, muerte materna, histerectomía, patología mamaria y legrado. Se logró determinar que por la provocación de daño cerebral se ofreció una indemnización máxima de 1'627,213 €, el error en el diagnóstico prenatal le costó a la institución de salud un total de 750,000 €, en el caso de la distocia de hombros, la indemnización económica fue de 300,000 €, por muerte fetal y por la demora en el diagnóstico de que existía un caso de cáncer de seno la compensación monetaria que se ofreció fue de 250,000 € por cada situación perjudicial, las complicaciones de histerectomía originaron una indemnización de aproximadamente 850,000 € y la compensación

en cifras monetarias fue de 180,000 € por concepto de complicaciones por legrado (García et al., 2017).

En la investigación de Cayambe y Guamán (2015) se buscó conocer el Rol de enfermería frente al duelo en pacientes con aborto en el área de gineco-obstetricia, en el Hospital General Docente de Riobamba. Para obtener resultados y conocer en realidad cual era el rol que esas personas desempeñaban se desarrolló una investigación utilizando tres tipos de métodos, estos fueron el científico, analítico y descriptivo. El tipo de investigación que se llevó a cabo fue exploratoria, descriptiva, explicativa y con un grado prospectivo. Para conseguir la información se tuvo que revisar la respectiva fundamentación teórica subida en la red y realizar un trabajo personalizado; por lo tanto el diseño investigativo fue documental y de campo.

El tipo de estudio fue transversal; las personas que formaron parte de la investigación fueron las pacientes que habían pasado por una situación de duelo por un acontecimiento de aborto y estaban internadas en el área de gineco-obstetricia. Las técnicas de recolección de datos fueron la guía de observación y cuestionarios, estos últimos fueron dirigidos a las pacientes y a los especialistas (Cayambe & Guamán, 2015).

A través de los resultados se logró comprender que la mayoría de las pacientes que pasaron por una situación de aborto (70%) se sintieron satisfechas con respecto a la atención recibida en el área de gineco-obstetricia. Al parecer esta situación de satisfacción se produjo porque el equipo de enfermería brindó apoyo emocional cuando estas personas pasaban por esa situación tan difícil, este resultado fue obtenido por la respuesta del 95% de las mujeres (Cayambe & Guamán, 2015).

Mediante las preguntas enfocadas al profesional de enfermería que presta sus servicios dentro del área de gineco-obstetricia se tuvo conocimiento sobre los cuidados que la mayoría de ellos prioriza y se confirmó que primordialmente realizan procedimientos para controlar el dolor que las pacientes reflejan al perder al niño, también consideraron muy importante y como factor de prioridad el control hemodinámico, seguida por la administración de medicamentos, estos colaboradores especializados también realizan métodos para la correcta valoración del sangrado y la respectiva administración de líquidos. A pesar de que las enfermeras han ofrecido un servicio adecuado a las pacientes, el 63% de ellas no tuvo conocimiento sobre la significancia de lo que es la atención integral; a su vez el 75% de las mismas no conocía sobre las etapas de duelo (Cayambe & Guamán, 2015).

Dentro de la investigación de Chonga (2015) la cual como trabajo de titulación investigó sobre la Atención a las usuarias de la consulta externa del área de ginecología del Hospital Militar “Segunda División del Ejército” y como objetivo general quiso determinar la atención de enfermería a las usuarias de la Consulta Externa del área de ginecología. El tipo de investigación utilizado fue de origen descriptivo y el método que se desarrolló fue el inductivo-deductivo. Las técnicas para la búsqueda y obtención de información fueron la observación directa y las encuestas. La población estuvo constituida por dos auxiliares, una Lic. jefe, las mismas se desempeñaban en la consulta externa del servicio de ginecología y también fueron partícipes las personas que formaban parte de las pacientes-usuarias que han recibido el servicio del área de ginecología (Chonga, 2015).

Se conoció que el 67% de las usuarias cuando asistieron al hospital objeto de investigación para recibir atención médica por parte de los colaboradores médicos

encargados del área de ginecología, les tocó esperar una hora aproximadamente para ser atendidos, el 27% esperó un tiempo de 30 a 45 min y el mínimo porcentaje sobrante esperó un lapso de tiempo de 20 a 30 min. Una vez que el 67% de las pacientes ingresaron a consulta demoraron un tiempo aproximado entre 20 a 25 min (Chonga, 2015).

De acuerdo con el trato que han recibido las usuarias que acudieron al hospital para adquirir los servicios del área de ginecología, se confirmó que el 60% de los pacientes dijo que el trato de los médicos fue muy bueno. Estas personas gozan de una seguro de salud facilitado por el ISSFA, de las cuales se pudo determinar que el 60% se sintió poco satisfecho con relación a la cobertura que este les brinda. El 40% de las pacientes dijo que recomendaría el lugar y así mismo, igual porcentaje dijo que volvería a la institución de salud pero con desagrado y el 60% adquiriría los servicios pero sólo por el seguro (Chonga, 2015).

En la investigación de Cabello e Hidalgo (2014) con título Análisis de la eficiencia hospitalaria por Comunidad Autónoma en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, el objetivo principal fue realizar un estudio de la eficiencia en los hospitales del Sistema Nacional de Salud por Comunidad Autónoma (CCAA). Para el desarrollo de la metodología se utilizó el DEA el cual es una técnica no paramétrica que su desarrollo se genera con base en una programación lineal, esta técnica tiene la finalidad de realizar un proceso de evaluación acerca de la eficiencia relativa de un grupo de entidades que persiguen similares metas y objetivos. Cada una de las variables y datos han sido rescatados de información que existe en el Portal Estadístico del SNS. La muestra con la que se contó fue de 65 centros sanitarios.

Los resultados reflejaron que las instituciones hospitalarias de cada Comunidad Autónoma reflejaron una tasa de eficiencia relativa y media. De forma más detallada los hospitales eficientes obtuvieron un índice del 0.90 al 1.00, los de eficiencia media alta indicaron una tasa que radicó entre 0.80 y 0.90, mientras que los que fueron clasificados con una eficiencia media-baja representaron índices de 0.70 a 0.80, los hospitales que presentaron una baja eficiencia mostraron índices menores a 0.70. Se conoció que las comunidades que presentaron mejores tasas de eficiencia fueron la Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana y La Rioja. Las comunidades que mostraron un índice de eficiencia medio alto fueron el País Vasco, Galicia, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Canarias, mientras que las que presentaron niveles medio-bajo fueron Región de Murcia, Comunidad de Madrid, Aragón, Cataluña y Cantabria. Adicionalmente las comunidades que son inficientes fueron Islas Baleares, Principado de Asturias y Extremadura (Cabello & Hidalgo, 2014).

En la investigación de Pérez et al. (2017) con título Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español, el objetivo fue analizar la eficiencia técnica y la productividad de los hospitales generales de España en un periodo de 2010 a 2012 e identificar variables hospitalarias y regionales explicativas. El alcance de la investigación fue descriptivo, el enfoque cuantitativo y el diseño fue transversal no exploratorio; la muestra fue de 230 hospitales del Sistema Nacional de Salud; el estudio fue llevado a cabo a través de un análisis envolvente de datos en donde se recurrió a medir la eficiencia técnica global, de escala y el nivel de Malmquist. La robustez del análisis fue evaluado por medio del uso de modelos input-output alternativos, adicionalmente se emplearon modelos de tipo multinivel lineales de diseño transversal con efectos fijos para llegar

a obtener un análisis sobre las variables explicativas de eficiencia. Posteriormente se recurre a presentar los resultados de la investigación.

Por medio de los resultados se evidenció una actividad evolutiva en la que fue partícipe la actividad hospitalaria, allí destacó el decrecimiento en la atención en el área de urgencias no ingresadas (4.15%) y también se pudo observar un alza en los procesos quirúrgicos de carácter ambulatorio (7.46%). Con base en el análisis de la eficiencia de los hospitales objetos de estudio se conoció que la eficiencia técnica en el 2010 fue de 0.762, mientras que en el año posterior la eficiencia disminuyó hasta 0.716 puntos; también se visualizó que en el 2012 la eficiencia media se ubicó en 0.736. Los registros obtenidos revelaron una amplia variabilidad entre comunidades autónomas con respecto al puntaje promedio de la eficiencia técnica global en el periodo entre 2010 y 2012. En el 2012 el valor se ubicó entre 0.590 en Canarias y 0.879 en el País Vasco; en cuanto a los servicios sanitarios que se ofrecen las instituciones hospitalarias de mayor eficiencia fueron Cataluña (14/45 hospitales; 31.11%) y Madrid (6/25 hospitales; 24%). Las características que condicionan el alza de los índices de eficiencia de los hospitales son el envejecimiento, las políticas del gasto público y el factor monetario (riqueza) (Pérez et al., 2017).

### **Situación Actual**

La coordinación zonal 5 de salud, está conformada por cinco provincias del país, entre las que se encuentran Guayas, Bolívar, Santa Elena, Los Ríos y Galápagos, cuenta con 25 distritos de salud, tiene una población asignada de 2'767.841 millones de habitantes.

Tabla 2  
*Establecimientos de salud MSP por tipología*

<b>COORDINACIÓN ZONAL 5 SALUD</b>						
<b>TOTAL ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MSP POR TIPOLOGÍA</b>						
<b>AÑO 2019</b>						
<b>TIPOLOGÍA</b>	<b>Bolívar</b>	<b>Guayas</b>	<b>Los Ríos</b>	<b>Galápagos</b>	<b>Santa Elena</b>	<b>TOTAL</b>
Puesto De Salud	9	1	5	4	2	<b>21</b>
Centro De Salud Tipo A	39	76	65	5	28	<b>213</b>
Centro De Salud Tipo B	3	12	11		1	<b>27</b>
Centro De Salud Tipo C- Materno Infantil Y Emergencia	2	2	2		1	<b>7</b>
Centros Especializados					1	<b>1</b>
Hospital Básico	2	9	5	1	3	<b>20</b>
Hospital General	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>101</b>	<b>89</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>294</b>

Tomado de Número de nacidos por tipo de partos en establecimientos públicos y privados, por Dirección Zonal de Planificación, 2019.

De acuerdo a los niveles de salud de las instituciones sanitarias estas cuentan con médico general, obstetrices y laboratorio básico en el primer nivel. La atención brindada a los usuarios es de ocho horas diarias de lunes a viernes.

En el segundo nivel de salud el hospital básico cuenta cirugía general, medicina interna, ginecología, pediatría y laboratorio, su atención al público es dada de lunes a viernes con una jornada laboral de ocho horas diarias, cuenta con internación, atención de emergencia, servicio de imagenología básico.

Con respecto a los hospitales generales en categoría de segundo nivel, estos poseen profesionales en las áreas de medicina interna, pediatría, obstetricia, ginecología, cirugía general, Neonatología (cunas e incubadoras), hospitalización, laboratorio, emergencia, servicio de imágenes. En cuanto a la atención al público estos brindan atención permanente durante todo el año; el hospital Martín Icaza es el único hospital de esta categoría que no cuenta con el área de Neonatología (cunas e incubadoras).

El número de especialistas contratados para el área en ginecología dentro de la zona 5 de salud es de 91 especialistas distribuidos de la siguiente manera.

Tabla 3  
Especialistas contratados en ginecología

Cuenta De Grupo Ocupacional Denominación De Puesto	EOD	Total
Medico/A Especialista En Ginecología 1	Dirección Distrital 02d02 - Chillanes - Salud	1
	Dirección Distrital 02d03 - Chimbo-San Miguel - Salud	1
	Dirección Distrital 09d12 - Balao-Naranjal - Salud	2
	Dirección Distrital 09d13 - Balzar-Colimes-Palestina - Salud	2
	Dirección Distrital 09d14 - Isidro Ayora-Lomas De Sargentillo-Pedro Carbo - Salud	1
	Dirección Distrital 09d15 - El Empalme - Salud	2
	Dirección Distrital 09d16 - El Triunfo-Gnral Antonio Elizalde - Salud	2
	Dirección Distrital 09d17 - Milagro - Salud	1
	Dirección Distrital 09d18 - Crnel Marcelino Mariduena-Naranjito - Salud	1
	Dirección Distrital 09d19 - Daule-Nobol-Santa Lucia - Salud	4
	Dirección Distrital 09d20 - Salitre - Salud	1
	Dirección Distrital 09d21 - San Jacinto De Yaguachi - Salud	2
	Dirección Distrital 09d22 - Playas - Salud	2
	Dirección Distrital 12d01 - Baba-Babahoyo-Montalvo - Salud	4
	Dirección Distrital 12d02 - Pueblo Viejo-Urdaneta - Salud	2
	Dirección Distrital 12d03 - Quevedo-Mocache - Salud	1
	Dirección Distrital 12d04 - Quinsaloma-Ventanas - Salud	2
	Dirección Distrital 12d06 - Buena Fe-Valencia - Salud	1
	Dirección Distrital 20d01 - San Cristobal-Santa Cruz-Isabela - Salud	1
	Dirección Distrital 24d01 - Santa Elena - Salud	2
	Dirección Distrital 24d02 - La Libertad-Salinas - Salud	5
	Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor	7
	Hospital León Becerra De Milagro	8
	Hospital Nicolás Cotto Infante	3
	Hospital Oskar Jandl	2
	Hospital Provincial Docente Alfredo Noboa Montenegro	6
	Hospital Provincial General Martín Icaza	11
Hospital República Del Ecuador	2	
Hospital Sagrado Corazón De Jesús	10	
Medico/A Especialista En Ginecología 3	Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor	1
	Hospital Provincial General Martín Icaza	1
<b>Total General</b>		<b>91</b>

Tomado de *Posicional Nacional de Salud Zona 5*, por MSP, 2019.

Las estadísticas sobre los nacimientos que se han producido en la zona 5, ya sea por cesárea o parto normal durante el primer semestre del año 2019, se detallan a continuación.

Tabla 4  
*Nacidos por tipo de parto*

<b>COORDINACION ZONAL 5 SALUD</b>			
<b>NUMERO DE NACIDOS POR TIPO DE PARTOS EN ESTABLECIMIENTOS</b>			
<b>PÚBLICOS Y PRIVADOS</b>			
<b>PERIODO DE ENERO-JUNIO 2019</b>			
<b>MES</b>	<b>NORMAL</b>	<b>CESAREA</b>	<b>TOTAL</b>
Enero	1511	1824	3335
Febrero	1390	1673	3063
Marzo	1630	1914	3544
Abril	1696	1879	3575
Mayo	1759	2067	3826
Junio	1566	1794	3366
<b>TOTAL</b>	<b>9552</b>	<b>11151</b>	<b>20709</b>

Tomado de *Número de nacidos por tipo de partos en establecimientos públicos y privados*, por Dirección Zonal de Planificación, 2019.

La Dirección de Gobernanza en la Coordinación Zonal 5 Salud realiza un cronograma de capacitaciones anuales de la guía de práctica clínica y documentos normativos del MSP, y se monitoriza el cumplimiento del cronograma cada cuatro meses. Cada semestre se realiza una evaluación de conocimiento escrita a todos los profesionales médicos y obstétricos con actividades operativas; es decir atención directa al paciente, deben alcanzar una calificación mínima de siete puntos. Estos resultados son informados a la máxima autoridad; sin embargo, no se evidencia una retroalimentación o sanción a los profesionales que obtienen calificación menor a siete que supera el 50% de los evaluados, de acuerdo a los datos obtenidos de la Dirección Nacional de Normatización y Subproceso. Por lo cual a pesar de que se dan capacitaciones teóricas y prácticas no se obtienen los resultados esperados que es disminuir el número de derivaciones por causa de parto prematuro que de acuerdo a los datos estadísticos por diagnóstico en el año 2016 al 2018 son los de mayor relevancia.

## **Marco Legal**

La Constitución de la República del Ecuador es el estamento legal que rige el camino por el que debe seguir el país. Dentro de la sección cuarta dedicada a las Mujeres Embarazadas, establece en el artículo 53 que el Estado garantizará prioridad en la atención y un cuidado integral en su salud, mientras dure el embarazo, el parto e incluso luego de este. Asimismo asegura su recuperación después del parto y en la lactancia (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

De igual forma en el artículo 363 numeral 6 se determina que el Estado asegurará acciones y servicios orientados a la salud sexual y reproductiva de la mujer, poniendo especial énfasis en el embarazo, parto y luego del parto (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

El ámbito de la salud se encuentra regulado por medio de la Ley Orgánica de Salud, la cual en su artículo 21 señala que el Estado reconoce como un problema de salud pública a la mortalidad materna, embarazo de adolescentes y abortos en condiciones de riesgo (MSP, 2012).

En el artículo 8 de la Ley Orgánica de Salud se refiere a:

Atención en condición de salud de emergencia médica. - En situación de emergencia médica todas las personas tienen derecho a ser atendidas de manera obligatoria, inmediata, sin discriminación alguna, ni exigencia o condicionamiento previo, de ningún tipo, administrativo o financiero, en todo establecimiento de salud sea público, privado, autónomo o comunitario, hasta la estabilización de su condición de salud y la continuidad de la atención si fuera necesaria (Asamblea Nacional Constituyente, 2016, p. 15).

En el artículo 6 del segundo capítulo sobre las competencias y responsabilidades que posee la Autoridad Sanitaria indicó que el MSP es el encargado de velar por la salud de los ecuatorianos, así como también de las diferentes acciones y/o programas que ayuden y promuevan una atención de calidad (Asamblea Nacional Constituyente, 2016).

En el artículo 46 de la Ley Orgánica de Salud menciona que todas las instituciones sanitarias ya sean estas de carácter público o privado se encuentran en la obligación de brindar asistencia médica a todos los ciudadanos que sean enviados bajo el régimen de derivación, los mismos que deberán ser atendidos de forma oportuna (Asamblea Nacional Constituyente, 2016). Por tanto, el trabajo de investigación demuestra su importancia social, la que se contempla en la Constitución y la Ley Orgánica de Salud.

## **Capítulo III**

### **Metodología de la Investigación**

El contenido del presente capítulo está conformado por el enfoque de la investigación, en donde se menciona que el mismo fue mixto, también se pudo contar con el método inductivo, las herramientas que se visualizan en el capítulo son la revisión documental y entrevista a profundidad. Se constata que los tipos de investigación que se utilizaron fueron el longitudinal, no experimental y también se desarrolló el estudio a través de lo descriptivo. Para finalizar se identifica la población, la muestra y la guía de preguntas para la entrevista a profundidad.

#### **Enfoque de la Investigación**

El enfoque de la investigación fue mixto, este tipo de enfoque comprende la unión entre lo cualitativo y cuantitativo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014). Existen dos tipos de investigación dentro de un proyecto de estudio, los mismos redactan la forma en cómo se conseguirán los resultados y se llegarán a alcanzar los objetivos propuestos inicialmente. Los enfoques de investigación según Parreño (2016) son cualitativos y cuantitativos. El tipo de investigación cualitativo es el que estudia a los usuarios o sujetos que forman parte del proceso investigativo, el estudio y análisis que se produce se lo realiza a partir de sus características y peculiaridades. En cambio, dentro del contexto cuantitativo se pretende evaluar y estudiar el problema de investigación, pero a través de la consecución de resultados estadísticos, de acuerdo a este concepto se puede dar como pauta que el tipo de investigación cuantitativo se desempeña bajo una situación numérica.

El uso del tipo cuantitativo se lo estableció porque se analizó información totalmente estadística acerca de datos históricos sobre las derivaciones de los pacientes en el área de gineco-obstetricia de los hospitales de la coordinación de la

zonal 5 de salud y a su vez los costos que implicaron por la realización de cierto proceso; esto se realizó para los años 2016, 2017 y 2018. Mientras que lo cualitativo se hizo presente porque se realizaron entrevistas a profundidad a los especialistas de la medicina dentro del área de gineco-obstetricia.

El proyecto de estudio fue llevado a cabo de acuerdo al procedimiento del enfoque mixto, ya que se realizó un estudio de campo para conocer la realidad acerca de las derivaciones y características del fenómeno de estudio, asimismo el problema de investigación fue resuelto por el aporte de la información estadística y documental que ayudó a conocer las cifras de derivaciones, causas y costos que representan para el Estado.

### **Método**

El método deductivo significa iniciar en un escenario general y partiendo de su estudio poder ingresar a lo particular o específico. Por medio de este método se estudian teorías generales para que durante el desarrollo estructural de la investigación lo aprendido pueda ser aterrizado a la realidad y de esa manera obtener conclusiones (Hernández et al., 2014).

Se estudió inicialmente la fundamentación teórica armada con base en las variables de estudio y también se analizaron varios aspectos rescatados en diferentes investigaciones citadas, estas dos secciones generales permitieron que se llegue a desarrollar una investigación adecuada para la obtención de resultados y a su vez llegar a concluir cada detalle de la información adquirida.

### **Herramientas de investigación**

La entrevista a profundidad según Parreño (2016) radica en la consecución de información importante que ayude a entender de una mejor forma el problema de investigación, a través de una conversación con un especialista o profesional guiada

por la elaboración de un cuestionario de preguntas. La entrevista fue dirigida a los especialistas del área de gineco-obstetricia de los hospitales del zonal 5 de salud para conocer su percepción acerca del problema de derivaciones.

La revisión documental es cuando se realiza el proceso de investigación para la resolución de un problema a través de la observación de datos e informes institucionales (Parreño, 2016). La revisión documental fue llevada a cabo de acuerdo a los datos del 2016 y 2017 que presentaron los hospitales del zonal 5 de salud acerca de las derivaciones, sus causas y sus costos.

### **Tipo de investigación**

El estudio investigativo se realizó tomando en cuenta los periodos de tiempo durante los cuales ha venido teniendo incidencia la derivación de pacientes. El tipo de estudio se basa en lo longitudinal cuando se hace referencia al tiempo y se hace uso del estudio analítico cuando se quiere analizar las causas que han incidido en el problema de investigación. Por lo tanto, la definición del estudio longitudinal tiene que ver con el aprendizaje que se adquiere a través del estudio de un sujeto y su impacto durante un espacio de tiempo (Parreño, 2016); en este caso se analizará el año 2016, con respecto al año 2017.

La investigación fue de tipo no experimental; por el motivo de que se realizó el estudio investigativo de los fenómenos, pero sin buscar manipularlos (Hernández et al., 2014). Lo no experimental se implicó en la investigación porque durante todo su desarrollo no se realizaron cambios en lo que respecta a la información de los especialistas en gineco-obstetricia ni a los datos numéricos de las derivaciones para que así no se sesgue la información en cuanto a los costos en la coordinación zonal de estudio.

## **Alcance Descriptivo**

El alcance descriptivo desarrolla su actividad buscando describir de una forma detallada los sucesos, situaciones y aspectos particulares de personas que pueden entregar la información y resultados necesarios para recurrir a tomar las decisiones adecuadas que puedan resolver el problema de investigación. El alcance descriptivo como tal se enfoca en especificar cada rasgo de un fenómeno que forma parte de sucesos importantes, con esto se explica que por medio de este se puede analizar el comportamiento de las personas ante una situación o inconveniente en particular. Los resultados de una investigación pueden ser descritos a través del uso de cuadros estadísticos (Hernández et al., 2014). El alcance fue lo que hizo posible que se desarrolle un análisis a profundidad acerca de los determinantes de derivación por atención gineco–obstétrica y sus costos.

## **Población y Muestra**

En el presente trabajo se realizó la entrevista a tres especialistas del área de ginecología y obstetricia de la Zona 5 del Sistema Nacional de Salud para lograr comprender las principales causas de derivación según su punto de vista (**ver apéndice A**). En cuanto a los datos estadísticos, se procedió a recolectar los datos de la Coordinación Zonal 5 sobre sus derivaciones a instituciones públicas y complementarias, de igual forma se verificaron las principales causas.

## **Análisis de Resultados**

A continuación, se muestran los resultados obtenidos sobre las derivaciones realizadas a las diferentes instituciones de apoyo según lo indicó la coordinación Zonal 5, por medio de gráficos de pasteles por cada una de las preguntas analizadas con su respectivo análisis y el año correspondiente.

**Meses.**

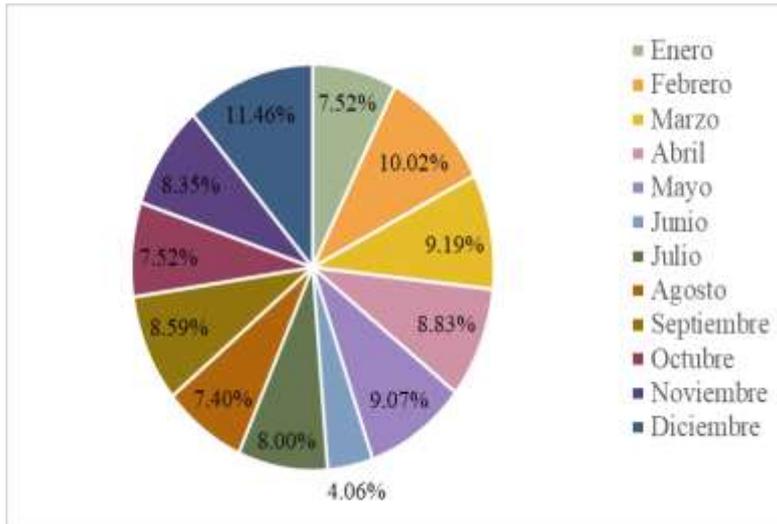


Figura 3. Derivaciones mensuales año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

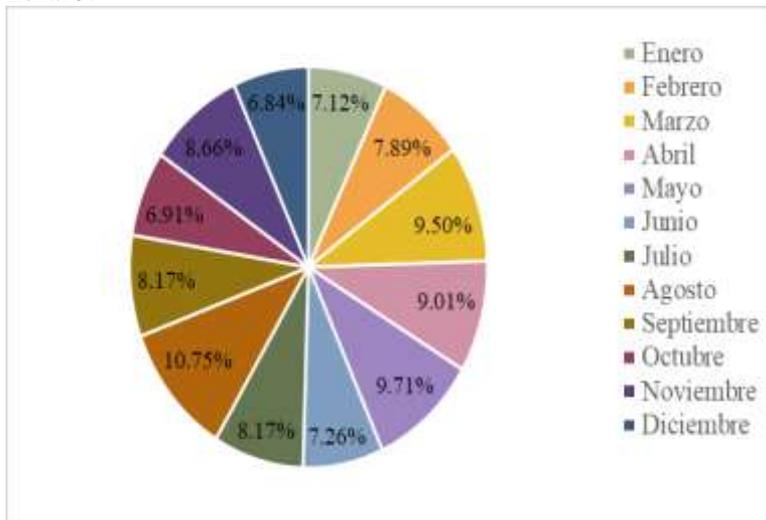


Figura 4. Derivaciones mensuales año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

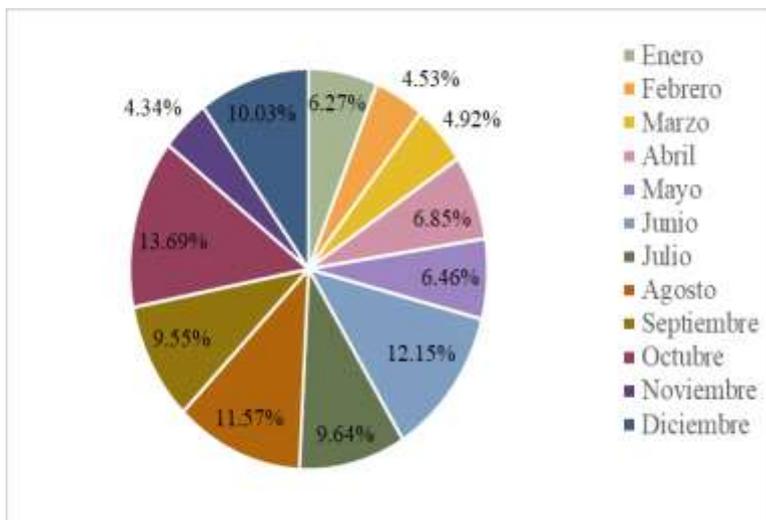
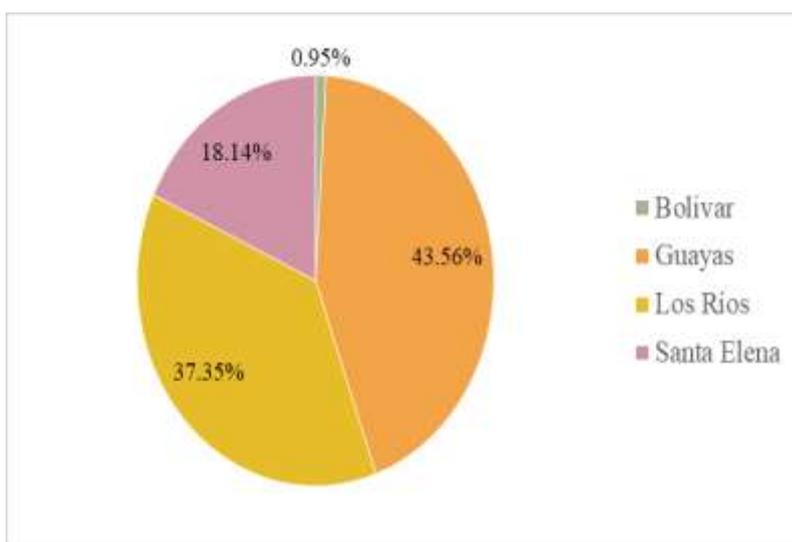


Figura 5. Derivaciones mensuales año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

De acuerdo a las estadísticas, se pudo observar que en el año 2016 hubo 838 derivaciones, en el 2017 1,432 derivaciones, mientras que en 2018 hubo 1,038 derivaciones. Dentro de los meses con mayor cantidad de derivaciones, se evidenció en el 2016 un 11.46% diciembre, febrero con el 10.02% y el mes de marzo con 9.19%. En el 2017, los meses con mayor número de derivaciones fueron el mes de agosto con un 10.75%, seguido de mayo con el 9.71% y marzo con el 9.50% de derivaciones; mientras que, en el 2018 predominaron los meses de octubre con el 13.69%, junio con un 12.15% y agosto con el 11.57%, determinando que los meses en los que mayormente han ocurrido derivaciones en los tres años son los meses de marzo y agosto.

#### **Provincia que solicita.**



*Figura 6.* Derivaciones por provincia solicitante año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

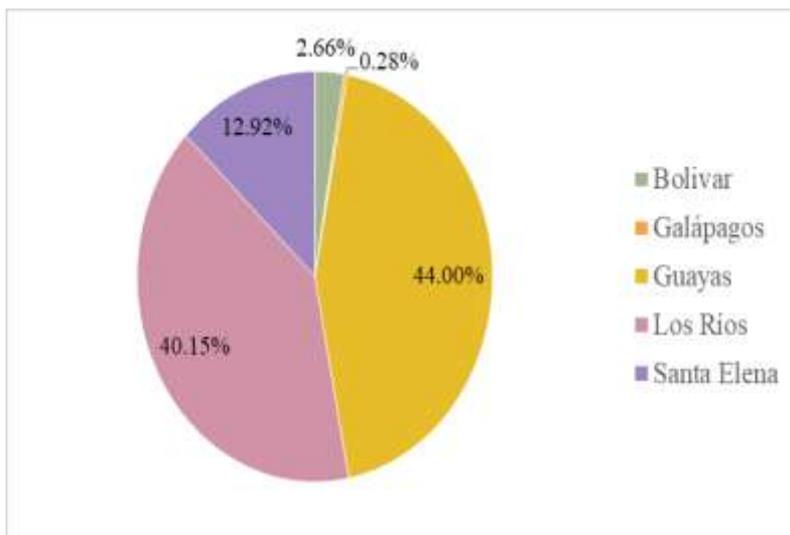


Figura 7. Derivaciones por provincia solicitante año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

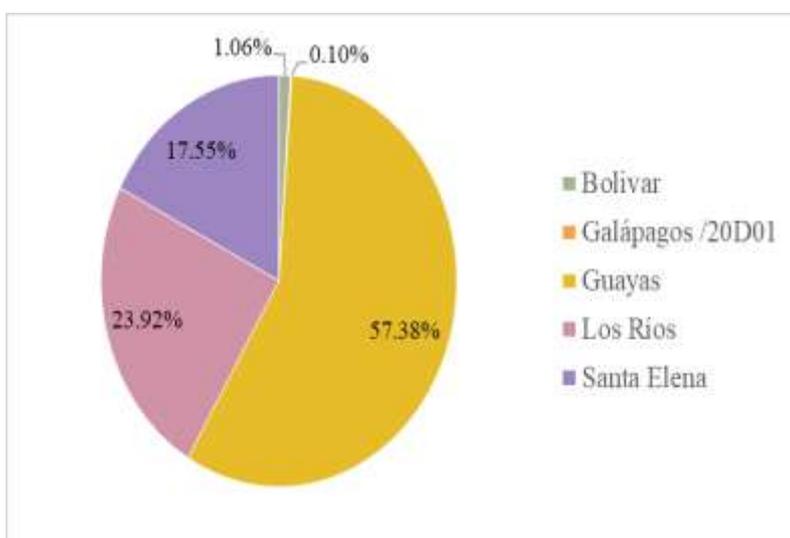


Figura 8. Derivaciones por provincia solicitante año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Con respecto a las provincias que más cantidad de derivaciones solicitaron se encontró en el 2016 a Guayas con un 43.56% y Los Ríos con un 37.35%. En el 2017, Guayas se ubicó primero con 43.99% seguido de Los Ríos con 40.15% de solicitudes. En el 2018 con un 57.38% de solicitudes estuvo Guayas y con el 23.92% Los Ríos; por lo que se pudo determinar que las provincias con mayores peticiones de derivaciones en la zona 5 durante los tres años fueron Guayas y Los Ríos, debido a la cantidad de habitantes que tienen, así como también se observó que en el 2018 el porcentaje de derivaciones aumentó en relación a los otros años.

**Unidad médica que solicita.**

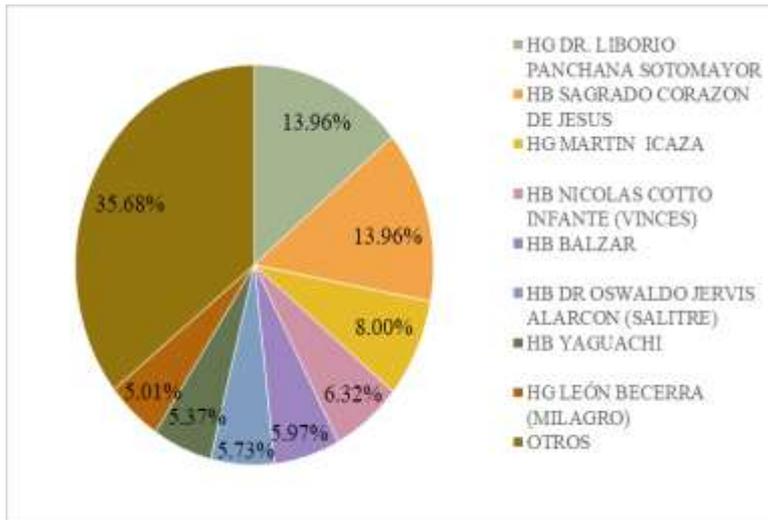


Figura 9. Unidad médica que solicita año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

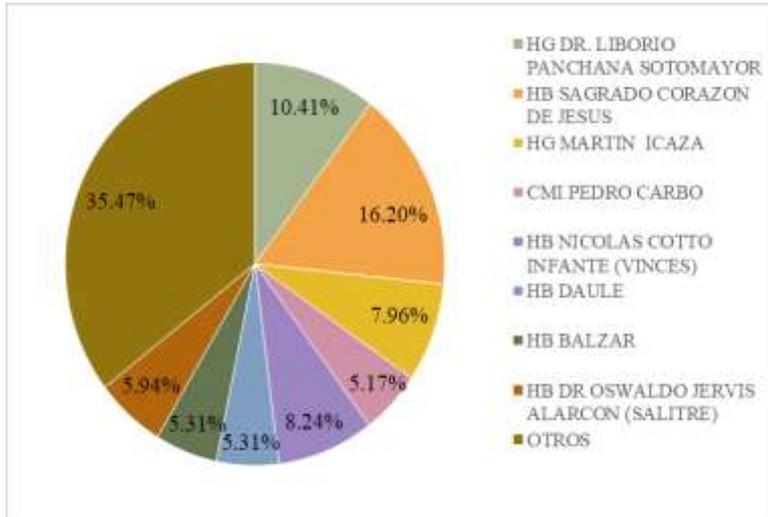


Figura 10. Unidad médica que solicita año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

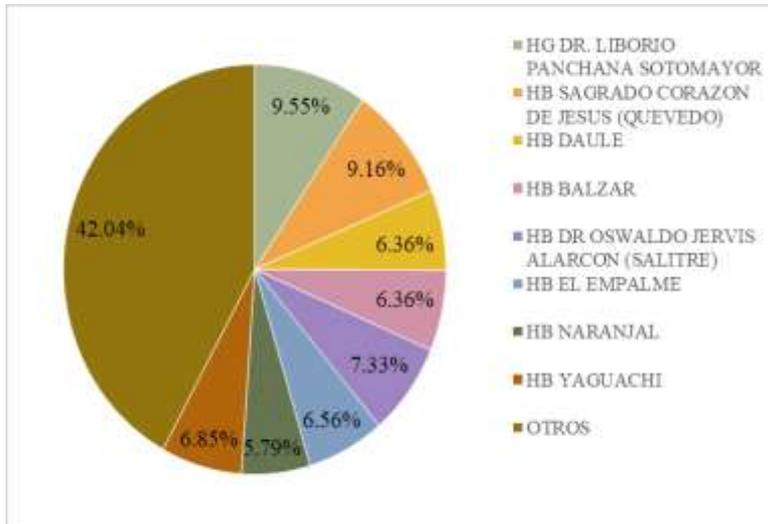
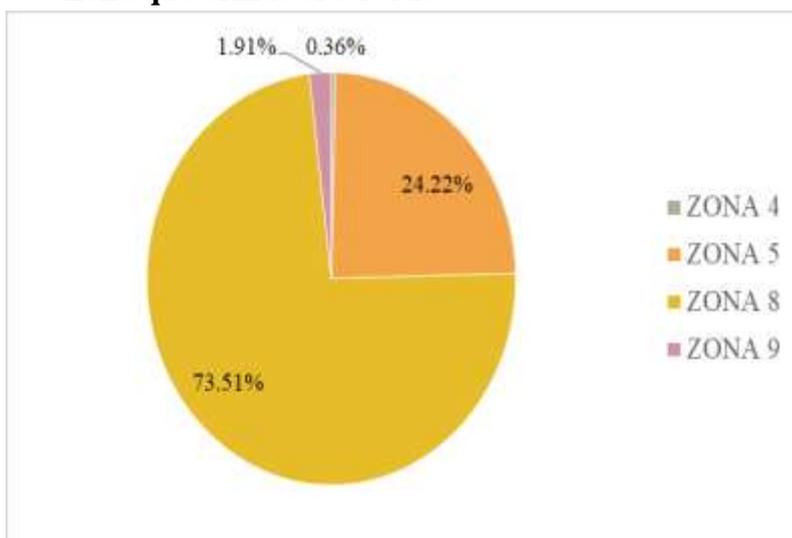


Figura 11. Unidad médica que solicita año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

De acuerdo a los resultados de las unidades médicas que solicitan derivaciones se muestra el HG Dr. Liborio Panchana Sotomayor con un 13.96% al igual que el HB Sagrado Corazón de Jesús, seguido del HG Martín Icaza con un 8% en el 2016. En el 2017 con el 16.20% se encontró el HG Sagrado Corazón de Jesús, con un 10.41%, el HG. Dr. Liborio Panchana Sotomayor y con el 8.24% el HB Nicolás Cotto Infante de la ciudad de Vinces. En el 2018, el HG Dr. Liborio Panchana Sotomayor mostró un 9.55% de solicitudes, seguido del HG Sagrado Corazón de Jesús con un 9.16% y el HB Yaguachi con el 6.85% de solicitudes médicas para derivaciones. Los resultados mostraron en los tres años que los hospitales HG Dr. Liborio Panchana Sotomayor y el HB Sagrado Corazón de Jesús son las unidades médicas que más derivaciones realizaron durante los años analizados. La opción otros, estuvo compuesta por las demás casas de salud que se encuentran en diferentes cantones de la región costa como Playas, Ventanas, etc.

**Zona que brinda el servicio.**



*Figura 12. Zona que brinda el servicio año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.*

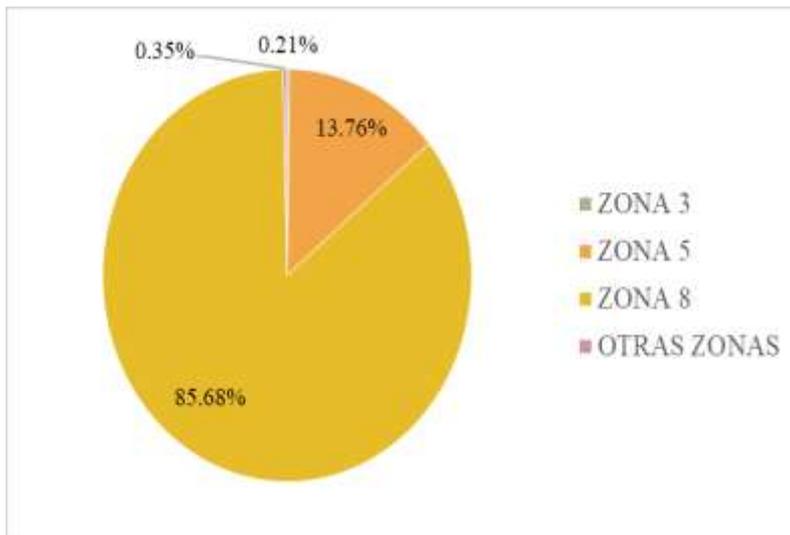


Figura 13. Zona que brinda el servicio año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

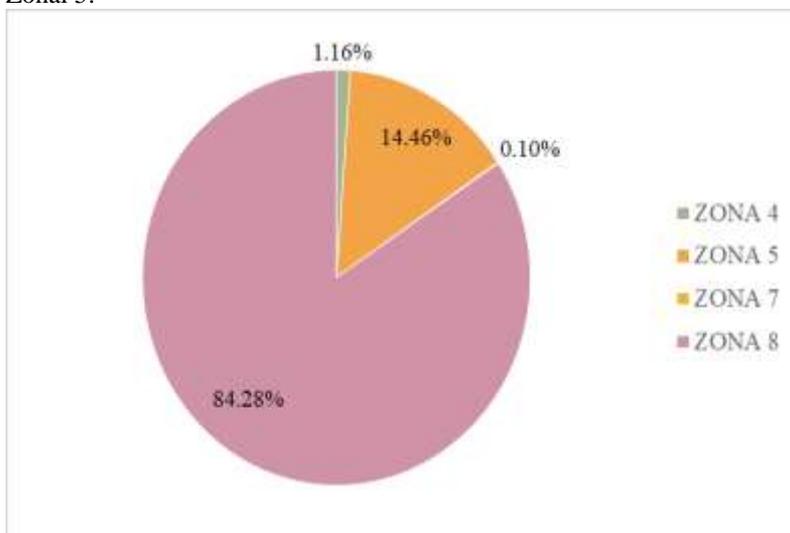


Figura 14. Zona que brinda el servicio año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Dentro de las zonas que cubrieron las derivaciones de las unidades médicas solicitantes se encontró en el 2016 la zona 8 con un 73.51% y la zona 5 con el 24.22%. En el 2017, la zona 8 cubrió el 85.68% de solicitudes mientras que la zona 5 el 13.76%. En el 2018, el 84.28% de derivaciones fue cubierto por la zona 8 y el 14.46% lo cubrió la zona 5. Por lo que se pudo observar que, las derivaciones que realizan las unidades fueron trasladadas a las zonas 8 y 5 del Ecuador.

**Unidad médica que brinda el servicio.**

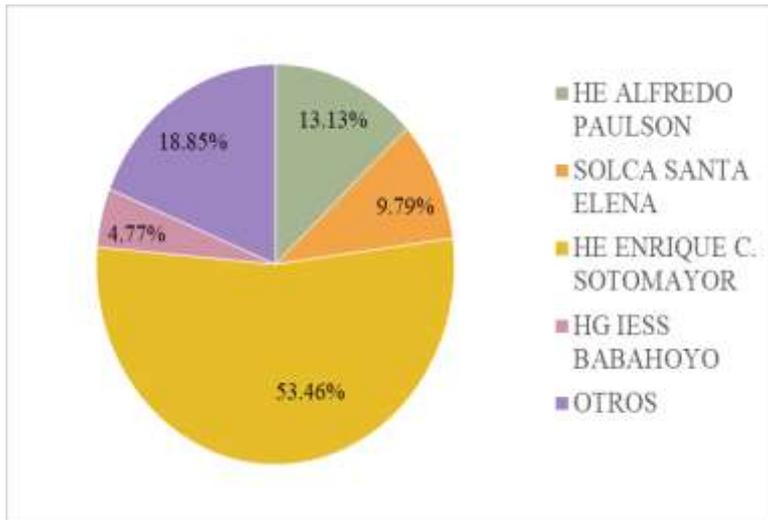


Figura 15. Unidad médica que brinda el servicio año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

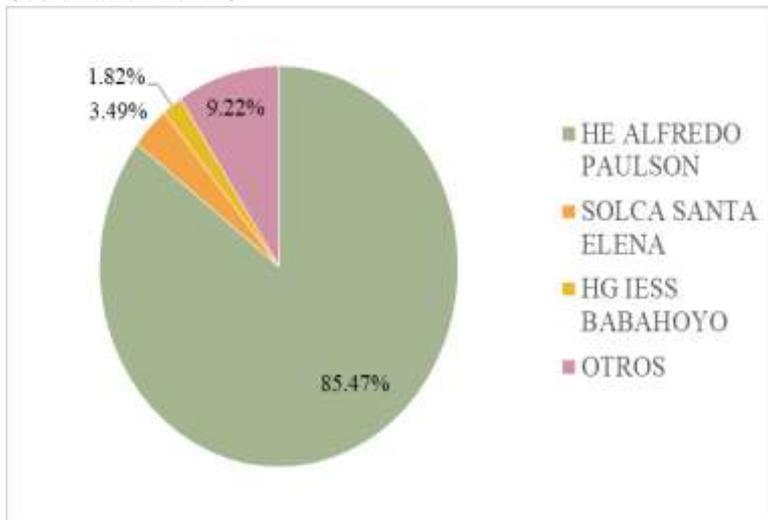


Figura 16. Unidad médica que brinda el servicio año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

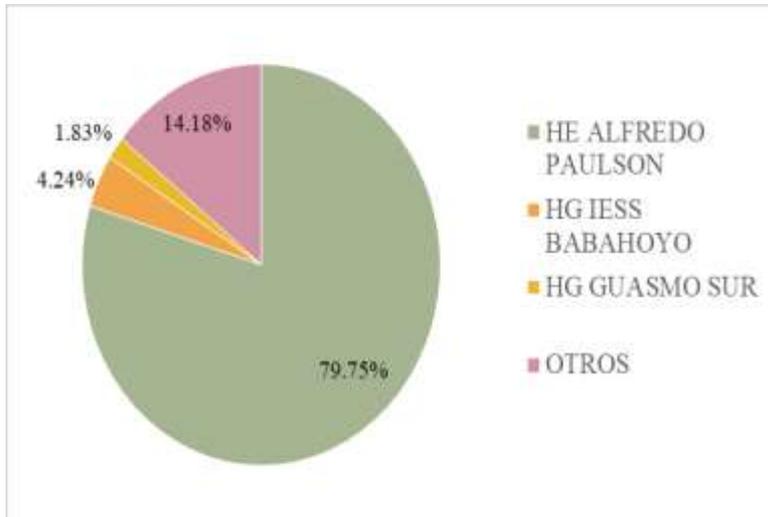


Figura 17. Unidad médica que brinda el servicio año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

De acuerdo a los resultados en el 2016 el HE Enrique C. Sotomayor con un 53.46% fue quien brindó atención a las derivaciones realizadas, con el 13.13% el HE Alfredo Paulson y con el 9.79% se encontró Solca de la provincia de Santa Elena. En el 2017 el HE Alfredo Paulson cubrió el 85.47% de derivaciones, con el 3.49% se encontró Solca de Santa Elena y con el 1.82% estuvo el HG IESS Babahoyo. El 2018 mostró en sus estadísticas que el HE Alfredo Paulson tuvo un 79.75% de coberturas realizadas, seguido del HG IESS Babahoyo con un 4.24% y 1.83% el HG Guasmo Sur. Esto indica que el HE Alfredo Paulson es la unidad que más cantidad de derivaciones recibe. La opción otros, se encuentra conformada por instituciones como el IESS de varias provincias y demás casas de salud que brindan servicio.

## Edad

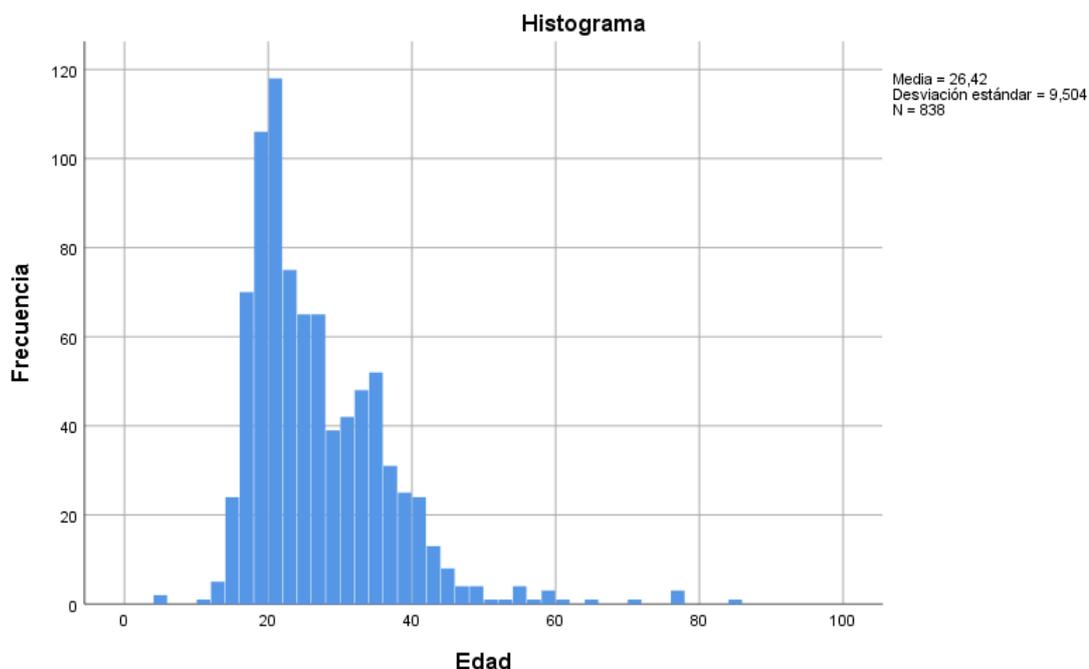


Figura 18. Promedio de edad año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Tabla 5  
*Descripción estadística de edad año 2016*

Descripción	Valor
Media	26.42
Mediana	24.00
Moda	20.00
Desviación	9.50
Mínimo	5.00
Máximo	84.00

Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Tabla 6  
*Descripción estadística de edad año 2017*

Descripción	Valor
Media	25.50
Mediana	24.00
Moda	21.00
Desviación	8.76
Mínimo	12.00
Máximo	83.00

Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

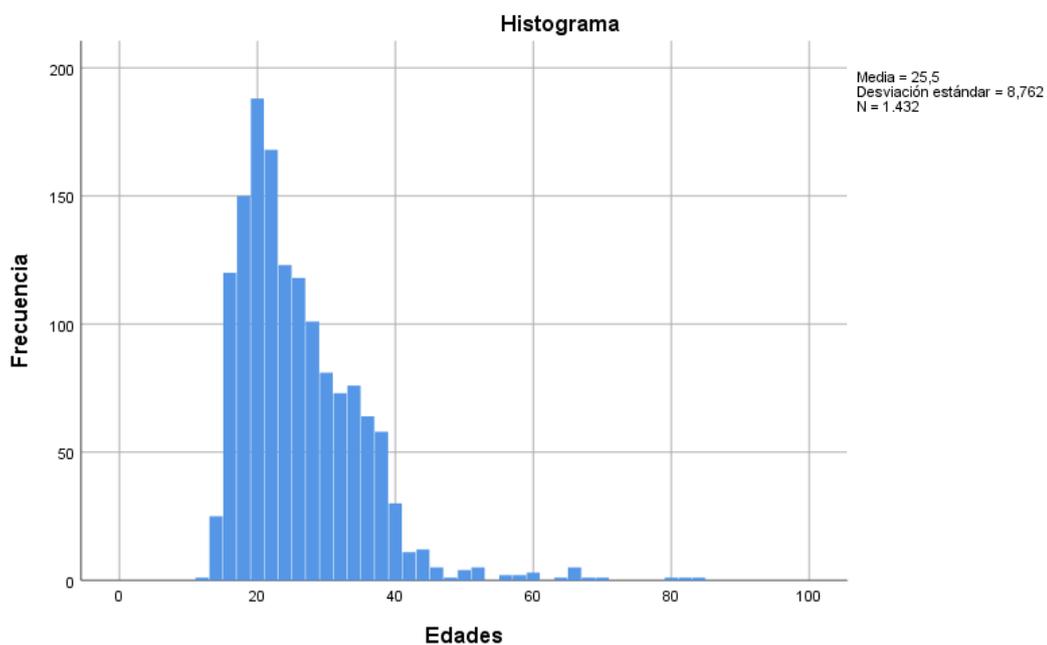


Figura 19. Promedio de edad año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Tabla 7  
*Descripción estadística de edad año 2018*

Descripción	Valor
Media	25.32
Mediana	24.00
Moda	18.00
Desviación	8.60
Mínimo	10.00
Máximo	87.00

Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

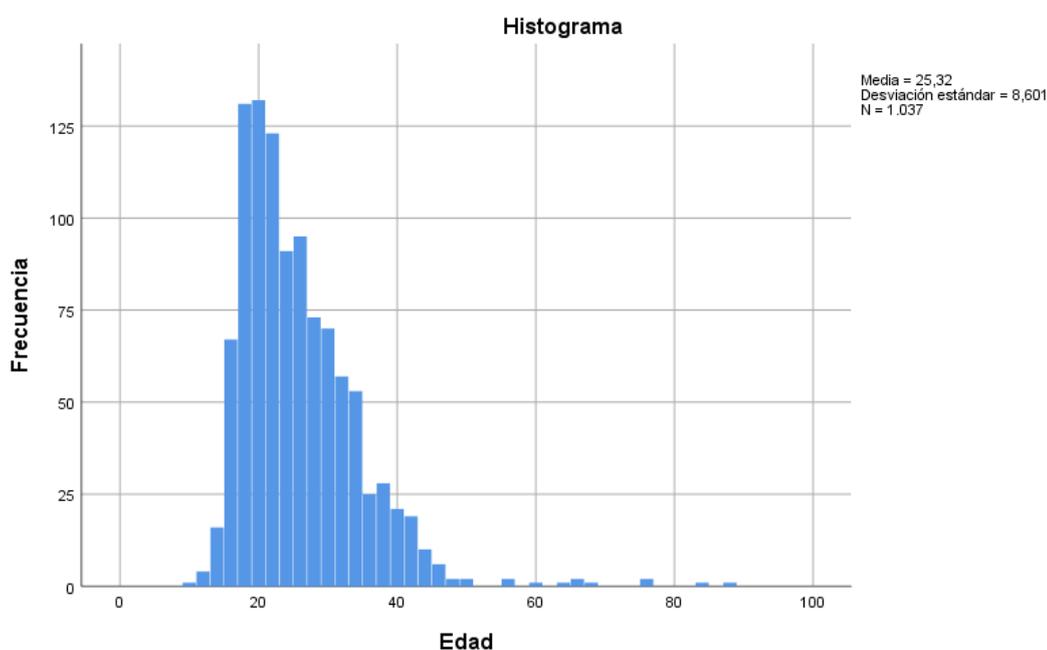


Figura 20. Promedio de edad año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Con relación a las edades de los pacientes derivados a diferentes unidades médicas que mostraron las estadísticas en el 2016 la edad promedio de los pacientes era de 26 años. En el 2017 se obtuvo una media en relación a la misma edad, mientras en el 2018 la edad promedio fue de 25 años. Esto mostró una relación muy significativa de edad entre los tres años analizados. La desviación estándar tuvo un promedio de 8.95 en los tres meses. Esto evidencia que las edades se concentraron de los 16 años hasta los 34.

## Diagnóstico principal

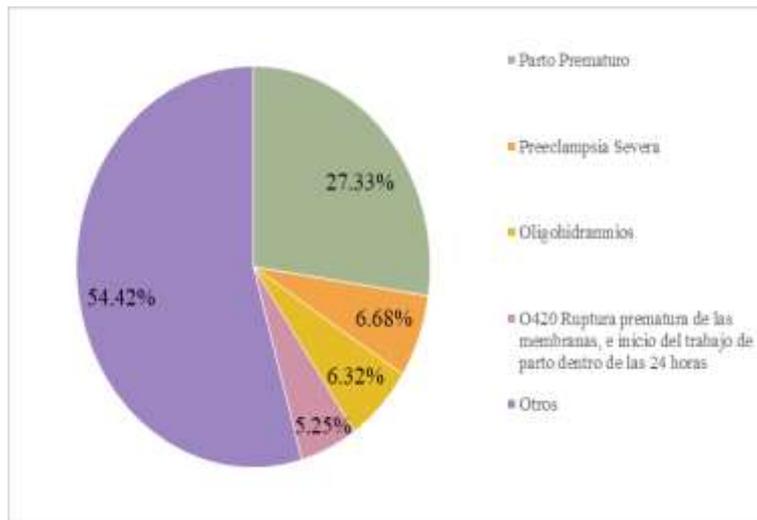


Figura 21. Diagnóstico principal año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

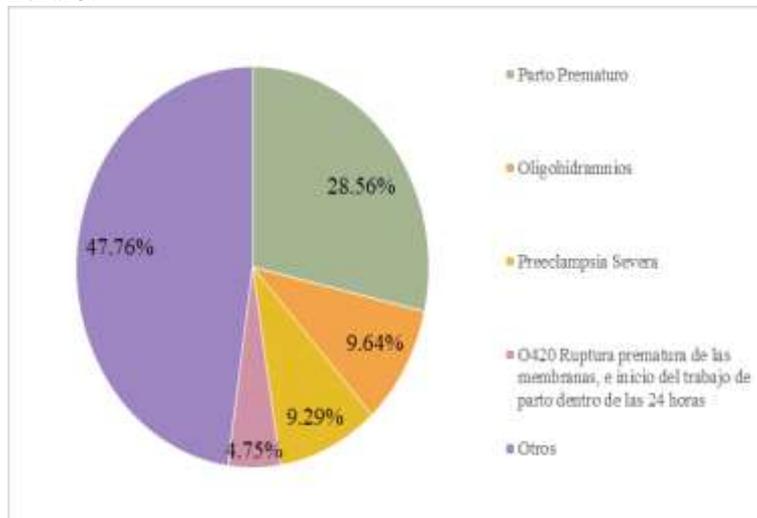


Figura 22. Diagnóstico principal año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

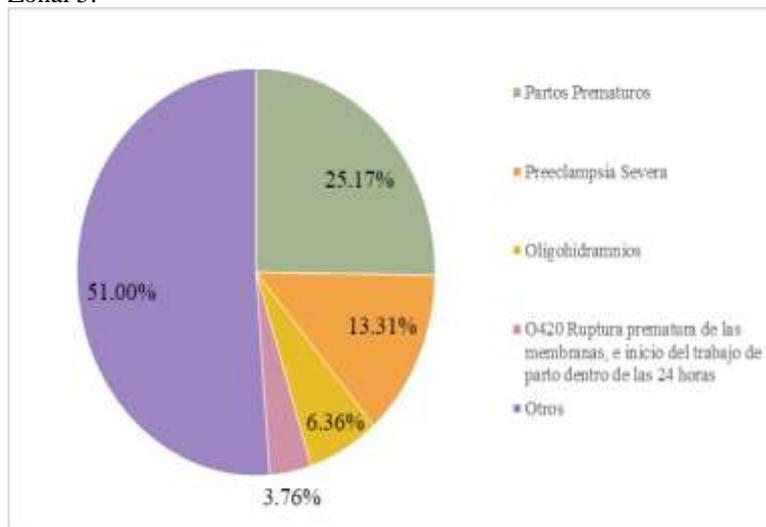


Figura 23. Diagnóstico principal año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Dentro de los resultados obtenidos en el diagnóstico principal se encontró el parto prematuro con un 27.33%, con el 6.68% preeclampsia severa, con el 6.32% los oligohidramnios, con el 5.25% ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas. En el 2017, el diagnóstico que mayor porcentaje obtuvo fue con el 28.56% el parto prematuro, con el 9.64% oligohidramnios, con el 9.29% la preeclampsia severa, con el 4.75% ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas. Mientras que, en el 2018, el mayor porcentaje fue del 25.17% para partos prematuros, el 13.31% correspondiente a preeclampsia severa, el 6.36% para oligohidramnios, en tanto que con el 3.76% ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas. Se evidenció que el diagnóstico de parto prematuro es el que con frecuencia se presentó en las unidades médicas; los otros más representativos fueron la preeclampsia severa y los oligohidramnios. En el grupo de otros, se compuso por diagnósticos como preeclampsia moderada, falso trabajo de partos, placenta previa con hemorragia, entre otros.

### Grupo de enfermedades

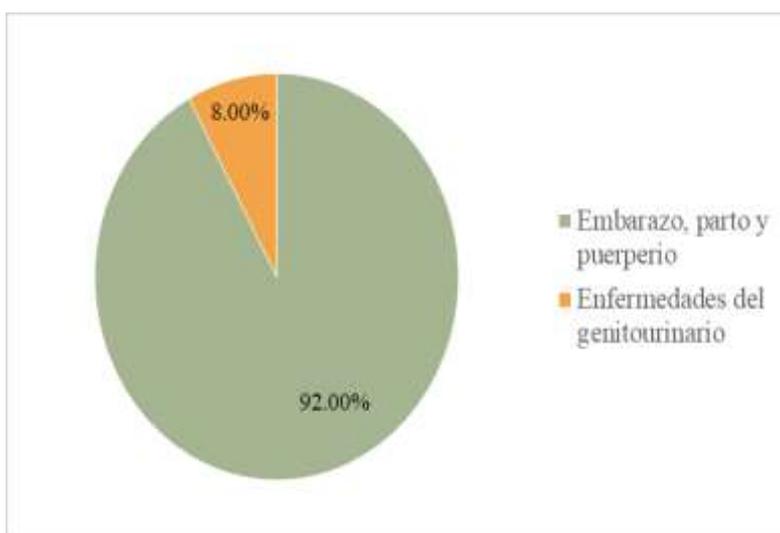


Figura 24. Grupo de enfermedades año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

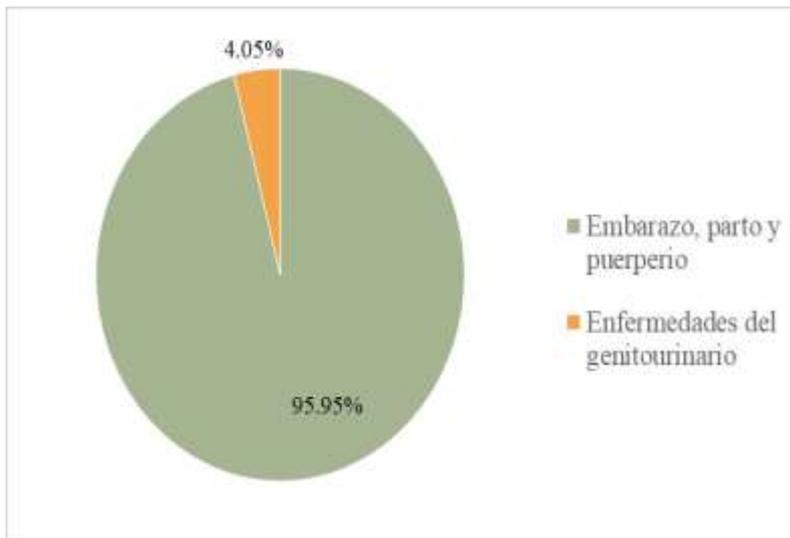


Figura 25. Grupo de enfermedades año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

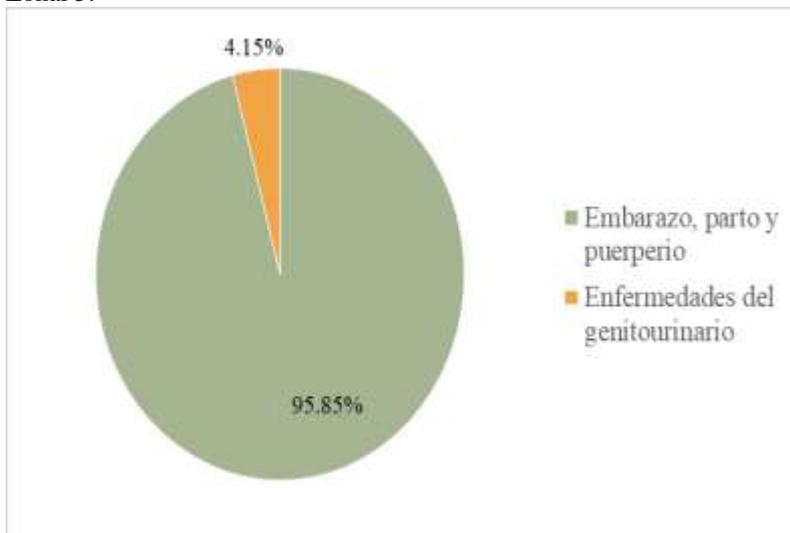


Figura 26. Grupo de enfermedades año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

De acuerdo al grupo de enfermedades presentadas en el año 2016 se encontró el embarazo, parto y puerperio con un 92% y enfermedades del genitourinario con el 8%. En el 2017 el embarazo, parto y puerperio obtuvo un 95.95%, con el 4.05% se encontraron las enfermedades del genitourinario, presentándose en el 2018 con un 95.85% el embarazo, parto y puerperio, mientras que las enfermedades del genitourinario con el 4.15%. Por tanto, el embarazo, parto y puerperio fue el grupo de enfermedades más representativas para las derivaciones.

## Motivo referencia

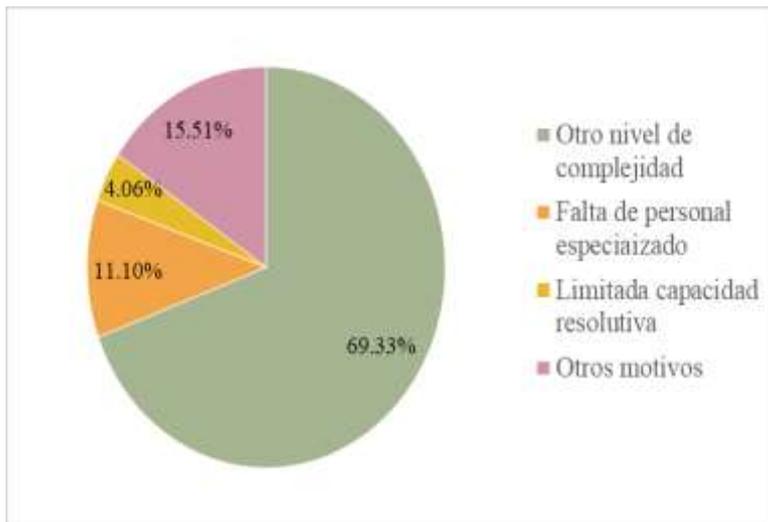


Figura 27. Motivo de referencia año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

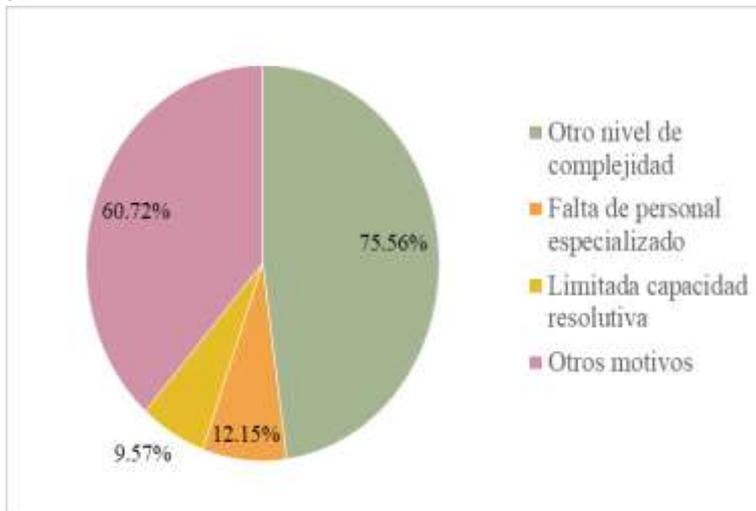


Figura 28. Motivo de referencia año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

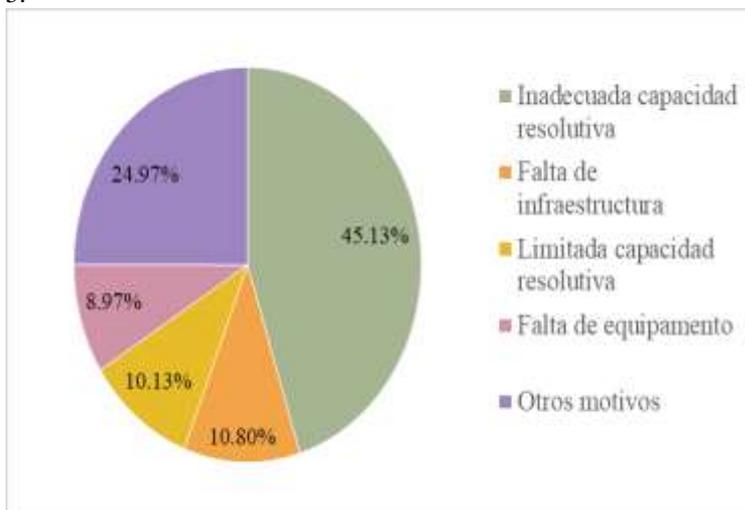


Figura 29. Motivo de referencia año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

De acuerdo a los motivos de referencia, realizadas en el 2016 se encontraron con un 69.33% las correspondientes a otro nivel de complejidad, con un 11.10% a la falta de personal especializado y con un 4.18% otros motivos. En el 2017, el 75.56% correspondió a otro nivel de complejidad, con un 12.15% a la falta de personal especializado y con una limitada capacidad resolutive el 9.57%. En el 2018, la inadecuada capacidad resolutive obtuvo un 45.13%, la falta de infraestructura con el 10.80% y con el 10.13% la limitada capacidad resolutive. Los resultados indicaron que el otro nivel de complejidad, la falta de personal especializado y la poca capacidad resolutive al momento de atender al paciente son los principales motivos de las referencias.

### Tipo de servicio

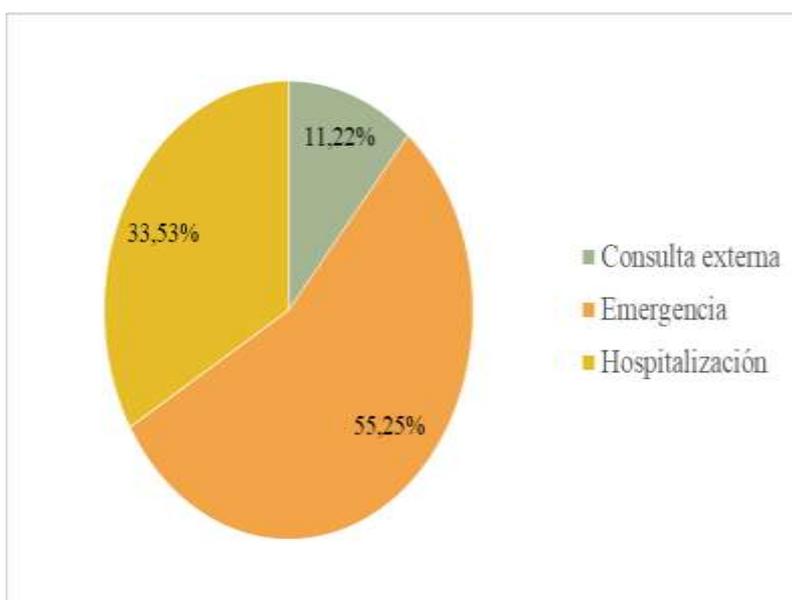


Figura 30. Tipo de servicio año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

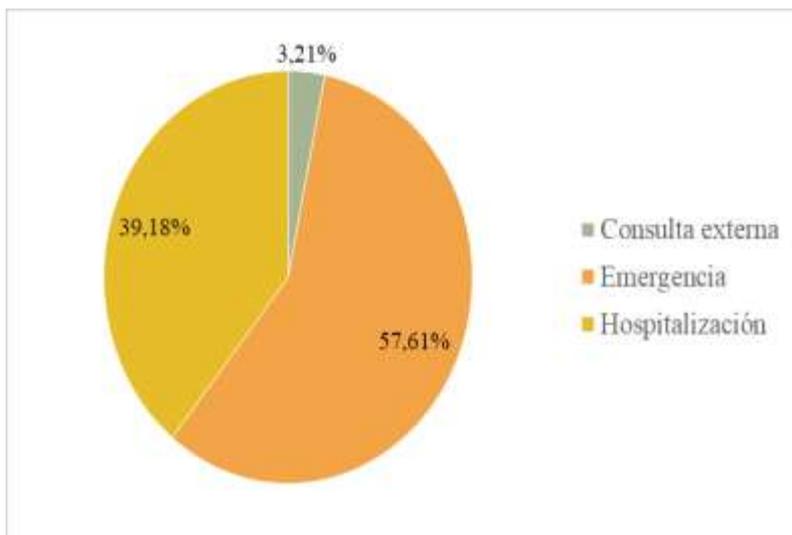


Figura 31. Tipo de servicio año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

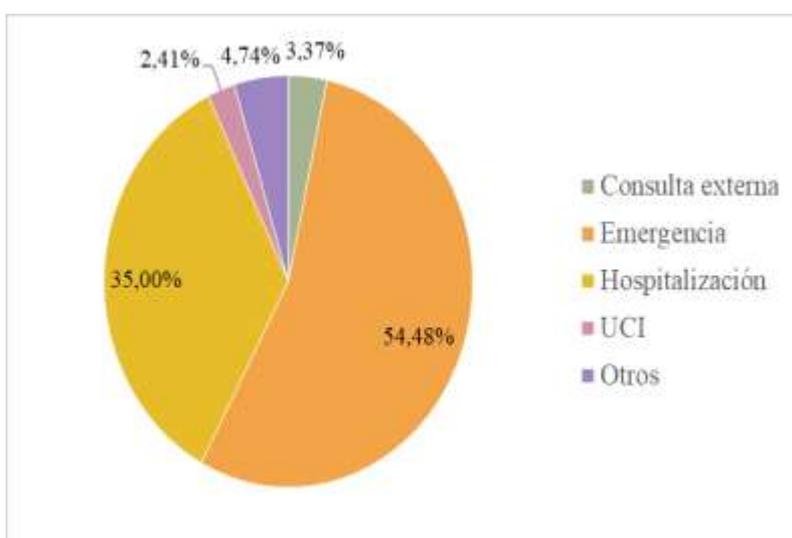


Figura 32. Tipo de servicio año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

De acuerdo al tipo de servicio brindado en el 2016 emergencia tuvo un 55.25%, hospitalización un 33.53% y con un 11.22% pacientes de consulta externa. En el 2017, el 57.61% correspondió a emergencias, con el 39.18% hospitalización y con el 3.21% atención en consulta externa. En cuanto al 2018, el tipo de servicio que más se brindó fue el de emergencia con un 54.48%, seguido del 35% en hospitalización y con el 2.41% la unidad de cuidados intensivos. Por lo que se estableció que la mayor cobertura de servicios cubre emergencia y hospitalización.

### Subsistema que recibe al paciente

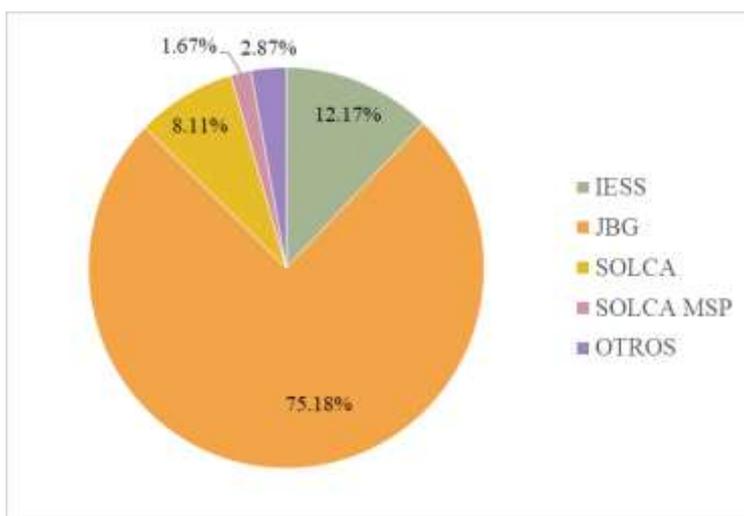


Figura 33. Subsistema que recibe al paciente año 2016. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

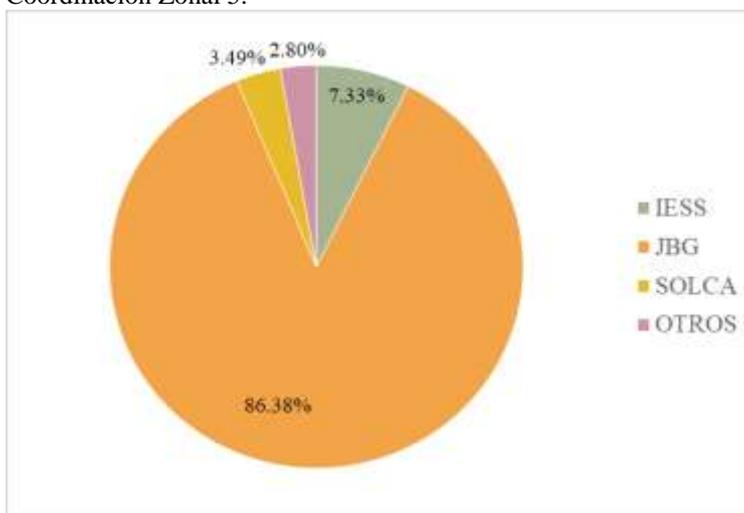


Figura 34. Subsistema que recibe al paciente año 2017. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

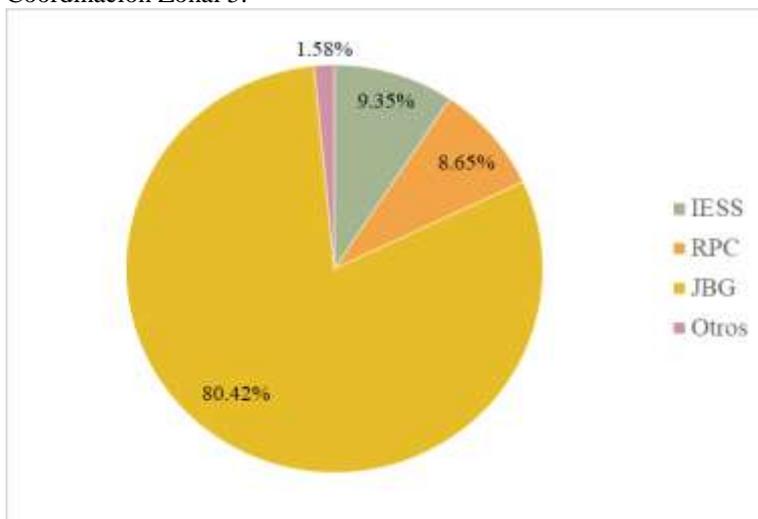


Figura 35. Subsistema que recibe al paciente año 2018. Tomado de información interna de Coordinación Zonal 5.

Dentro de los subsistemas que reciben a los pacientes en el 2016, se encontró la Junta de Beneficencia de Guayaquil con un 75.18%, con el 12.17% el IESS y con el 8.11% Solca. En el 2017, la Junta de Beneficencia de Guayaquil recibió un 86.38% de pacientes, el IESS recibió a un 7.33% y Solca con un 3.49%. Mientras que, en el 2018 la Junta de Beneficencia de Guayaquil obtuvo un 80.42% de pacientes recibidos en su unidad, seguido del IESS con el 9.35% y con un 8.68% las Redes Privadas Complementarias. Siendo la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el IESS quienes reciben la mayor cantidad de pacientes al año.

### **Análisis de las Entrevistas**

De acuerdo a la entrevista a tres especialistas del Hospital General León Becerra de la ciudad de Milagro, se realizó el siguiente análisis.

#### **1. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto a aspectos técnicos y equipos del servicio de ginecología y obstetricia?**

Los especialistas indicaron que la coordinación en la zona 5 es en promedio eficiente, debido que al momento de que ellos realizan los requerimientos para mantenimiento o arreglo de los equipos de servicio del área, no se demoran en obtener solución al problema. Se logra evidenciar que los médicos no tienen problemas al momento de necesitar usar los equipos, por lo cual pueden atender con normalidad a sus pacientes.

#### **2. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto a la atención humana a las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia?**

Los especialistas indicaron que con respecto a la coordinación de la zona 5 en relación a la atención a las pacientes es buena; sin embargo, expusieron que la misma podría ser mejorada con el paso del tiempo y con la mejora en la coordinación y agilidad del Servicio Integrado de Redes de Emergencias Médicas

(SIREM), lo cual consideran como un limitante para poder brindar una atención humana de mejor calidad a las pacientes.

**3. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto al abastecimiento de los materiales necesarios para el servicio de ginecología y obstetricia?**

El abastecimiento de materiales en el hospital es regular, ya que por la cantidad de pacientes que atienden los materiales con los que cuenta la unidad se consumen muy rápido, generando muchas veces la disconformidad de las pacientes en su atención percibida a causa de esta deficiencia en materiales. Por lo que expresaron que la coordinación zonal 5 de Salud debe de considerar enviar una mayor cantidad de materiales para poder cubrir con la demanda que posee el hospital, logrando así una mejor atención.

**4. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto a la cantidad y calidad de profesionales médicos y enfermeras del servicio de ginecología y obstetricia?**

La calidad del personal que poseen es buena, en cuanto a la cantidad de personal con el que cuenta el hospital es insuficiente para la demanda de pacientes que tiene el hospital, lo que hace que en general la calidad percibida por las pacientes en cuanto a la calidad de servicio del personal disminuya, debido a que el personal no es suficiente ocasionando que no puedan brindar un servicio más personalizado y ayudar a todas las usuarias en el momento que requieren de sus servicios profesionales.

**5. ¿Cuáles son las causas por las que se realizan las derivaciones en esta área?**

Los especialistas señalaron que estas se deben por la falta de un área de terapia intensiva y de equipos multidisciplinarios al momento en que se presentan situaciones de emergencia con las que el hospital no cuenta; por este motivo, se realizan las derivaciones a otras unidades médicas más equipadas, siendo terapia intensiva en neonatos y adultos la que se presenta con más frecuencia en el hospital.

**6. ¿Cuáles son las causas por la cual no se puede cumplir con el proceso de derivación?**

Dentro de las causas más comunes que retrasan o por lo que no se puede llevar a cabo las derivaciones es debido a la saturación que presentan las unidades médicas de tercer nivel o por la falta de agilidad en el sistema integrado de redes de emergencias médicas, lo que indispone al paciente, a sus familiares y también a los médicos, ya que debido a esta deficiencia de cupos presentada hace que baje la productividad del hospital.

**7. ¿Cuál es el procedimiento médico y legal del proceso de derivación?**

Dentro del procedimiento que se debe realizar se encuentra como primer punto la evaluación del paciente, luego se le comunica que se va a tramitar la derivación a otra unidad médica de acuerdo a la necesidad médica que tenga el paciente lo cual no se puede cubrir en el hospital; se llena un formulario, en el cual conste el diagnóstico y procedimiento del médico de forma detallada, el mismo que servirá de respaldo legal para ambas partes informando por qué se realiza la derivación, seguido de dar aviso a la red médica para la obtención de un cupo para la derivación en la que se deben de agotar todas las redes de servicio público, en caso que no se encuentre respuesta satisfactoria de ninguna de ellas se procede a dar paso a la

derivación privada por medio de la Zona y del SIREM, por último se entrega al paciente la transferencia a otra unidad médica.

**8. ¿Cuáles son los beneficios de realizar el proceso de derivación, con respecto a aspectos médicos, organizacionales, funcionales y económicos?**

Entre los beneficios, está el que ayuda al paciente a tener una adecuada calidad de atención respecto a su necesidad médica, por medio de un diagnóstico más completo, en lo económico le asegura al paciente la gratuidad, accesibilidad a un hospital de tercer nivel y el bienestar materno-fetal, brindándole la oportunidad de vida que todos merecen.

**9. ¿Qué sucede si no se puede cumplir con el proceso de derivación de una paciente que requiera atención Gineco-Obstétrica?**

Se debe de brindar atención agotando todos los recursos de la unidad hospitalaria, se realiza un reporte a las autoridades y notifica a los familiares de lo que ocurre y se envía la paciente como un código rojo a instituciones privadas, a fin de brindar a la paciente la atención más rápida.

**10. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en las mujeres en estado materno?**

Dentro de las complicaciones más recurrentes en esta etapa se encuentran trastornos hipertensivos, trabajo de parto prematuro, ruptura de membranas prematuras, hemorragias, choque postparto y sepsis. Situaciones que un hospital básico no puede cubrir por lo que se realizan las derivaciones.

**12. ¿Qué propuestas técnicas considera adecuadas para ofrecer un servicio de atención de calidad a las mujeres en estado de embarazo?**

Los especialistas del hospital básico León Becerra de la ciudad de Milagro ponen a consideración para la mejora de la calidad, propuestas como un control y

fortalecimiento adecuado del primer nivel, segmentar los casos de riesgo, brindar atención especializada 24 horas del día en los hospitales básicos, puntualidad en la atención brindada e impartir más información de las normas y procedimientos del MSP. Debido a que estas son las deficiencias con las que cuentan los hospitales básicos de manera general.

### **Análisis de Costos del Hospital Alfredo Paulson/Hospital Enrique C.**

#### **Sotomayor**

Tabla 8  
*Análisis de costos de Ambulatorio*

<b>MES Y AÑO DE SERVICIO</b>	<b>VALOR SOLICITADO</b>	<b>VALOR APROBADO</b>	<b>VALOR OBJETADO</b>
2017	\$ 105,48	\$ 105,48	\$ 0,00
2018	\$ 4.156,38	\$ 1.654,72	\$ 533,36
<b>Total</b>	<b>\$ 4.261,86</b>	<b>\$ 1.760,20</b>	<b>\$ 533,36</b>

Tomado de la Dirección de Gobernanza Coordinación Zonal 8 Salud.

Los costos que se solicitaron en el Hospital Alfredo Paulson con respecto a las derivaciones ambulatorias que se dieron, permitieron apreciar que en el 2017 sólo hubo una derivación con un valor solicitado y aprobado de \$ 105.48; para el año 2018, en cambio, hubo diez derivaciones con un total de valor solicitado de \$ 4.156,38 pero solo fue aprobado un valor de \$ 1.654,72, es decir que durante el último año el costo por derivaciones aprobados fue de \$ 1.760,20 mayor al año anterior en valor y en cantidad de derivaciones.

Tabla 9  
*Análisis de costos de Emergencia*

<b>AÑO DE SERVICIO</b>	<b>VALOR SOLICITADO</b>	<b>VALOR APROBADO</b>	<b>VALOR OBJETADO</b>
2016	\$ 59.281,99	\$ 56.102,74	\$ 3.179,25
2017	\$ 136.643,72	\$ 102.293,87	\$ 20.442,22
2018	\$ 117.592,14	\$ 55.375,84	\$ 34.441,86
<b>Total</b>	<b>\$ 313.517,85</b>	<b>\$ 213.772,45</b>	<b>\$ 58.063,33</b>

Tomado de la Dirección de Gobernanza Coordinación Zonal 8 Salud.

En los costos que se revisaron en el área de emergencia se pudo ver que en el 2016 hubo menor valor solicitado que los otros años \$ 59.281,99 con un total de 26 derivaciones, pero en el valor aprobado, el año 2018 fue menor a este con un valor de \$ 55.375,84 con solo 12 derivaciones. Estos datos permiten identificar que en el 2017 existió mayor cantidad de derivaciones con un total de 26, sin embargo, en el 2016 que tuvo 22 derivaciones su valor solicitado fue menos de la mitad que el anterior. En los tres años el costo por derivaciones en emergencia tuvo un valor de \$ 213.772,45 aprobados.

Tabla 10  
*Análisis de costos de Hospitalización*

<b>AÑO DE SERVICIO</b>	<b>VALOR SOLICITADO</b>	<b>VALOR APROBADO</b>	<b>VALOR OBJETADO</b>
2016	\$ 8.619.209,46	\$ 7.690.412,79	\$ 823.368,52
2017	\$ 7.581.738,00	\$ 6.317.740,87	\$ 662.181,94
2018	\$ 6.145.461,20	\$ 5.600.435,09	\$ 315.215,50
<b>Total</b>	\$ 22.346.408,66	\$ 19.608.588,75	\$ 1.800.765,96

Tomado de la Dirección de Gobernanza Coordinación Zonal 8 Salud.

En los costos que se verifican en el área de hospitalización registra que el año con menor valor solicitado fue el 2018 con \$ 6.145.461,20, de igual manera que el valor aprobado con una cantidad de \$ 5.600.435,09, así como la cantidad de derivaciones que fueron en total 19. El 2016 tuvo más derivaciones que otros años con mayor valor solicitado y aprobado, en total durante estos tres años se ha tenido un costo por derivaciones en hospitalización de \$ 19.608.588,75 aprobados.

Tabla 11  
*Análisis de costos por derivaciones desde 2016-2018*

<b>AÑO DE SERVICIO</b>	<b>VALOR SOLICITADO</b>	<b>VALOR APROBADO</b>	<b>VALOR OBJETADO</b>
Ambulatorio	\$ 4.261,86	\$ 1.760,20	\$ 533,36
Emergencia	\$ 313.517,85	\$ 213.772,45	\$ 58.063,33
Hospitalización	\$ 22.346.408,66	\$ 19.608.588,75	\$ 1.800.765,96
<b>Total</b>	\$ 22.664.188,37	\$ 19.824.121,40	\$ 1.859.362,65

Tomado de Dirección de Gobernanza Coordinación Zonal 8 Salud.

Se efectuó un análisis de los costos que fueron ocasionados por derivaciones en el Hospital Alfredo Paulson durante los años 2016 al 2018 donde se puede apreciar que el área que más costos ha ocasionado fue el hospitalario y emergencia; por lo que se hace indispensable buscar una estrategia que ayude a reducir estos costos excesivos en derivaciones e invertirlos en mejoras que ayuden a mejorar la calidad de atención a las mujeres en estado de embarazo.

### **Análisis General de Resultados**

De acuerdo a los resultados obtenidos, en la base de datos de la zona 5 se pudo determinar que el año con mayor cantidad de derivaciones realizadas a las diferentes zonas fue el 2017 con un total de 1,432 derivaciones, evidenciando que la provincia del Guayas y Los Ríos son las que más solicitaron, entre los hospitales que mayormente realizan el requerimiento de las derivaciones de sus pacientes están el hospital general Dr. Liborio Panchana Sotomayor y el hospital básico Sagrado Corazón de Jesús, Las zonas 8 y 5 del Ecuador, fueron las que más atendieron las derivaciones, siendo el Hospital de la Mujer Alfredo Paulson quien logra cubrir con las necesidades de las unidades médicas por ser un hospital especializado en maternidad, el mismo que está ligado al Hospital del Niño Dr. Roberto Gilbert.

La media de la edad de las pacientes derivadas fue de 26 años, las cuales en su mayoría presentaron partos prematuros, preeclampsia severa y los oligohidramnios. Además, se logró evidenciar que entre las causas de las derivaciones se encuentran, otro nivel de complejidad, la falta de personal especializado y la poca capacidad resolutive.

Por medio de las entrevistas, se pudo evidenciar que no se presentan mayores problemas en el uso de equipos u otras características técnicas; esto genera que las pacientes sean atendidas de manera adecuada desde este aspecto. La parte humana

puede ser mejorada a través de la SIREM, que tiene como principal objetivo la regulación y gestión de la atención sanitaria para personas con estado crítico o que se encuentren en una emergencia.

Los insumos reflejan problemas en cuanto a su abastecimiento; es evidente que estos se consumen de manera acelerada, sin que la provisión tenga el mismo ritmo; esto provoca que se presenten problemas en la atención, debido a que la demanda sanitaria es alta y no se disponen de los materiales adecuados en el momento necesario.

La calidad del personal se considera apropiada; sin embargo, la cantidad presenta deficiencias. El personal sanitario no se abastece para la alta demanda que se presenta. Esta situación genera que la calidad del servicio se vea deteriorada, además de que se tengan que realizar derivaciones, porque no hay forma de atender a tantas pacientes a la vez.

Las causas de las derivaciones se deben a que no se cuenta con un área de terapia intensiva y de equipos multidisciplinarios para atender cierto tipo de emergencias, la terapia intensiva de adultos y neonatos es lo que con mayor frecuencia se derivan. El principal problema para que no se realice una derivación, es el hecho de que las unidades médicas de tercer nivel se encuentren en su máxima capacidad, o también debido a ineficiencia del sistema integrado de redes de emergencias médicas, lo que conlleva a una pérdida de productividad en la institución.

El procedimiento médico y legal para realizar la derivación consiste en la evaluación del paciente, comunicación del proceso de derivación a este, se especifica el diagnóstico y procedimiento médico por medio del sistema, posteriormente se da aviso a la red médica, con lo cual se asigna un cupo para la

derivación. Esta se enfoca principalmente a las redes de servicio público, cuando no es posible, se realiza la derivación privada a través de la zona y del SIREM.

La derivación tiene como beneficio para el paciente el recibir una atención especializada para el problema que adolece, garantizando la gratuidad y la accesibilidad a un servicio sanitario de calidad. Cuando no se puede realizar la derivación, se agotan los recursos de la unidad hospitalaria, se reporta la novedad, se notifica a familiares y se asigna un código rojo para que sea atendido en una institución privada de la forma más urgente posible.

Entre las principales complicaciones se presentan el parto prematuro, los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis, lo cual no puede ser atendido por un hospital básico. Entre las propuestas señaladas, se destacan el control y fortalecimiento de los servicios de salud de primer nivel, una adecuada segmentación de riesgo, atención especializada permanente, puntualidad en la atención y capacitación en cuanto a normas y procedimientos del MSP.

En el análisis de costos que se realizó a las derivaciones médicas del Hospital Paulson se pudo conocer que en el área ambulatoria los costos son los más bajo en comparación a otras áreas y que el año 2018 tuvo mayor valor, porque existió mayor cantidad de derivaciones. En el área de emergencia, en el año 2017, el costo fue el doble que los años anteriores y en el área de hospitalización el año 2016 fue superior a los años posteriores. Con esta información claramente se puede saber que los costos por derivaciones durante estos tres años han sido altos y por lo tanto merece atención oportuna para que se planteen estrategias que ayuden a disminuir las derivaciones, lo que llevará a la reducción de costos a la vez. A continuación, se da paso a la propuesta de este trabajo de investigación.

## **Capítulo IV**

### **Propuesta**

Gracias a los resultados que se obtuvieron por medio de la revisión documental de los casos de derivaciones que se llevaron a cabo desde el año 2016 al 2018 y por medio de la entrevista efectuada a los especialistas de la zona 5, donde se pudo apreciar que las derivaciones han generados altos costos; se ha planteado una propuesta que permite ofrecer un servicio de atención de calidad a las mujeres en estado de embarazo, por lo que se debe priorizar en mejorar la calidad de atención que reciben las usuarias que acuden a los diversos hospitales de la zona 5. Para esto, en los datos de la entrevista se estipuló que entre las causas que ocasionan las derivaciones estaban la falta de personal profesional, por lo que, si se desea mejorar los servicios de atención de las distintas casas de salud, es necesario implementar estrategias que faciliten el correcto desenvolvimiento del mismo.

### **Objetivos**

#### **General**

Elaborar un plan estratégico que permita mejorar la calidad del servicio de atención que se brinda a las mujeres en estado de embarazo y reducir las derivaciones.

#### **Específicos**

- Solicitar la contratación de personal profesional en ginecología y anestesiología para los Hospitales de la zona 5 con el fin de poder disminuir las derivaciones por falta de personal.
- Diseñar una campaña de capacitación para los profesionales de los Hospitales de segundo nivel de la zona 5.

- Crear un programa para identificar a las embarazadas de alto riesgo y poder efectuar un seguimiento.

### **Justificación**

La atención en los servicios de salud es de gran importancia ya que, al no proporcionar a los usuarios una rápida y efectiva atención podría ocasionar complicaciones que en el peor de los casos daría como resultado la muerte, es por eso que es indispensable que se estudie y evalúe la atención de los servicios de salud, para que esto permita corregir y mejorar la calidad de los mismos.

Las derivaciones médicas son parte de los servicios de salud que ofrecen los distintos hospitales que forman parte del Sistema Nacional de Salud y que se realizan como una forma de poder brindar la atención adecuada a los pacientes cuando el hospital no cuenta con el personal, equipos o capacidad para poder atender ciertas situaciones que ameritan una atención más especializada.

La propuesta busca poder mejorar la calidad de los servicios de atención que brindan los diferentes hospitales que forman parte de la zona 5 y a la vez lograr disminuir las derivaciones médicas, lo que conlleva también a la reducción de costos que se emplean para los mismos.

Se debe recordar que es prioritario brindar una atención adecuada y oportuna a las mujeres que se encuentran embarazadas, ya que es uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, debido a que se busca reducir la muerte materna y de los neonatos. La propuesta es fundamental para que las mujeres en estado de embarazo puedan tener una atención de calidad, se busca que a través de las diferentes consultas que se realizan durante su etapa de embarazo logren detectar anomalías o descartar posibles riesgos que puedan conllevar a complicaciones que ocasionen la muerte de la madre o del feto.

## **Actividades**

### **Contratación de personal profesional para las especialidades de ginecología y anestesiología para los Hospitales de la zona 5**

El planteamiento de esta estrategia tiene como meta reducir en un 25 % las derivaciones realizadas por emergencias ginecco-obstétricas en un plazo de cinco años. Por lo que se ha considerado de gran importancia contratar personal especializado para de esta manera poder tener mayor cobertura de atención a los usuarios que acuden a los hospitales básicos y generales en busca de una atención de calidad, ya que mediante la entrevista que se realizó a tres especialistas del Hospital General León Becerra de la ciudad de Milagro, se pudo conocer que entre las causas por las que se efectúan las derivaciones fue por la falta de personal.

Por esa razón, se ha tomado en cuenta este aspecto y se plantea la contratación de profesionales nuevos para las diferentes instituciones que poseen menos de cuatro especialistas, para poder abarcar de esta manera con la demanda presentada, dando un número de 56 especialistas en gineco- obstetricia que serán repartidos en la zona 5, mientras que las instituciones que presentan con mayor demanda de pacientes y poseen más de cuatro profesionales estos cubrirán los turnos a través del incremento de sus horas laborales, en caso de ser necesario. Así como también se plantea la contratación de dos anestesiólogos por cada hospital básico de la zona 5, recordando que dentro de esta zona existen 20 hospitales básicos y cuatro generales, por lo que se debe contratar un total de 104 profesionales.

La contratación del personal médico que se plantea va acorde a las necesidades y falencias que se han determinado, puesto que existen varias instituciones sanitarias que cuentan con poco personal para la atención médica, lo cual limita la

atención de usuarias generando que estas sean derivadas a otras casas sanitarias; sin embargo estas cuentan con espacio físico suficiente, instrumentos, equipos y espacios en óptimas condiciones para albergar más pacientes, es por ello que se considera que elevando el número de especialistas se podrá cubrir las emergencias y casos presentados en las casas sanitarias de forma inmediata sin la necesidad de enviar a las pacientes a casas externas.

Al generar menor cantidad de derivaciones se reducirá en gran cantidad los gastos que se realizan para poder cancelar los valores que genera cada derivación, lo cual beneficiará a la zona 5 puesto que el costo que generará la contratación del personal nuevo, los implementos y utensilios necesarios para la atención serán menores a los que se debe de cancelar por cada derivación realizada. De esta manera se podrá optimizar el presupuesto y los recursos emitidos por el estado.

Tabla 12  
*Descripción de puestos requeridos*

<b>Nivel</b>	<b>Puesto Institucional</b>	<b>Brecha para reclutamiento y formación</b>
II nivel	Médico especialista gineco- obstetricia	56
II nivel	Médico especialista anestesiología	48
<b>TOTAL</b>		<b>104</b>

Tomado de la investigación

Se debe tener en cuenta que la implementación de la propuesta requerirá de un aumento del presupuesto de cada hospital que pertenece a la zona 5, por lo que se ha calculado el costo que se requerirá para poder poner en marcha la misma. Se calculó el costo individual para la contratación y al final se calculó por los 104 profesionales que permitirán cubrir las brechas que existen para las guardias de

dichas instituciones, recalcando que a través de la propuesta se podrá lograr una mejora considerable de la atención de las pacientes, así como la calidad que se ofrece a las mismas.

Tabla 13  
*Costos por contratación de personal profesional*

<b>Costos de contratación</b>	
Sueldo	2.600,00
Aporte personal 11,45%	297,70
Aporte patronal 9,15%	237,90
<b>Total a pagar mensual</b>	<b>2.837,90</b>
<b>Total a pagar anual</b>	<b>34.054,80</b>
Décimo Tercer Sueldo	2.600,00
Décimo Cuarto Sueldo	394,00
Vacaciones	108,33
<b>Total a Pagar anual + beneficios</b>	<b>37.157,13</b>
<b>104 profesionales</b>	<b>3.864.341,52</b>

Tomado de la investigación

Para poder escoger a los profesionales aptos para el puesto se establecerá un perfil profesional y con base en esta información se seleccionará a los profesionales adecuados para el trabajo. Se requiere de anesthesiologists and gynecologists to occupy positions within the basic and general hospitals of zone 5. These professionals will provide a better attention to the users, reducing the quantity of medical referrals due to lack of personnel and costs of the same. Therefore, the proposal will generate job positions, as well as a better attention of the health service to women in state of pregnancy

Tabla 14  
*Perfil profesional de Ginecólogo*

<b>Perfil profesional</b>	
<b>Cargo</b>	Médico ginecólogo
<b>Nivel de estudios</b>	Cuarto nivel
<b>Conocimiento académico</b>	Ginecología Obstetricia Neonatología Medicina preventiva Áreas similares
<b>Experiencia</b>	Dos años

#### **Descripción de actividades**

Atención en consulta externa a pacientes

Visitas a pacientes hospitalizados

Realizar intervenciones quirúrgicas ginecológicas obstétricas

Realizar ecografías gineco-obstétricas y colposcopia

Conocimientos de métodos anticonceptivos y planificación familiar

Dar tutorías a residentes e internos

Efectuará guardias médicas en emergencia y hospitalización

---

Tomado de la investigación

Es importante tener un perfil de los profesionales que se contraten con la finalidad de poder escoger la persona idónea para las diferentes áreas, ya que se espera que con el aumento de profesionales especializados en el área de ginecología y anestesiología se pueda cubrir la demanda de estos servicios en todos los hospitales de la zona 5, los mismos que deben de tener como mínimo dos años de

experiencia en trabajos similares para garantizar que puedan resolver cualquier tipo de emergencia y prevenirlas.

Tabla 15  
*Perfil profesional de Anestesiólogo*

<b>Perfil profesional</b>	
<b>Cargo</b>	Anestesiólogo
<b>Nivel de estudios</b>	Cuarto nivel
<b>Conocimiento académico</b>	Medicina interna Medicina crítica Emergencia Áreas similares
<b>Experiencia</b>	2 años

#### **Descripción de actividades**

Administrar anestesia regional para procesos quirúrgicos

Administrar anestesia local para procesos quirúrgicos

Administrar anestesia general para procesos quirúrgicos

Realizar la visita pre-anestésica

Realizar la visita pos-anestésica

Realizar soporte vital básico y avanzado del paciente crítico que ingresa a emergencia

Supervisar el stock de insumos de sala de partos y quirófano

Realizar las recetas de estupefacientes y psicotrópicos

Dar tutoría sobre reanimación cardiovascular y cerebral

---

Tomado de la investigación

## **Campaña de capacitación sobre normas y procedimientos para derivaciones médicas en los Hospitales de segundo nivel.**

Se ha propuesto una campaña de capacitación dirigida al personal de ginecología y obstetricia, con el fin de poder brindar información sobre el debido proceso, para efectuar las derivaciones de un establecimiento de nivel inferior a uno superior, en casos que sean necesarios. Esto con el fin de que la institución sea más ágil en este proceso y de esa manera lograr el objetivo del Plan Nacional de Desarrollo, que indica en uno de sus objetivos que la atención de los servicios de salud se debe brindar de forma rápida y oportuna.

Para poder brindar la capacitación sobre las normas y procedimientos de derivación se considera importante realizar un poster informativo, donde se especifique los pasos a seguir mediante un diagrama de flujo de procesos, por cada situación como son en caso de una consulta normal y en caso de emergencia. Además, se debe utilizar material digital para proyectar la información que se impartirá, por lo que se usará la ayuda de proyector y el uso de diapositivas por medio del programa Microsoft Power Point, así como la entrega de volantes con la información impresa de dichos procesos para que puedan revisar en cualquier momento (Ver figura 36).

Se ha establecido como meta de esta actividad, que todo el personal que labora en instituciones sanitarias tengan completo conocimiento sobre cómo debe de realizarse una derivación, logrando reducir los errores y demoras en un 80% anual en los posteriores cinco años.

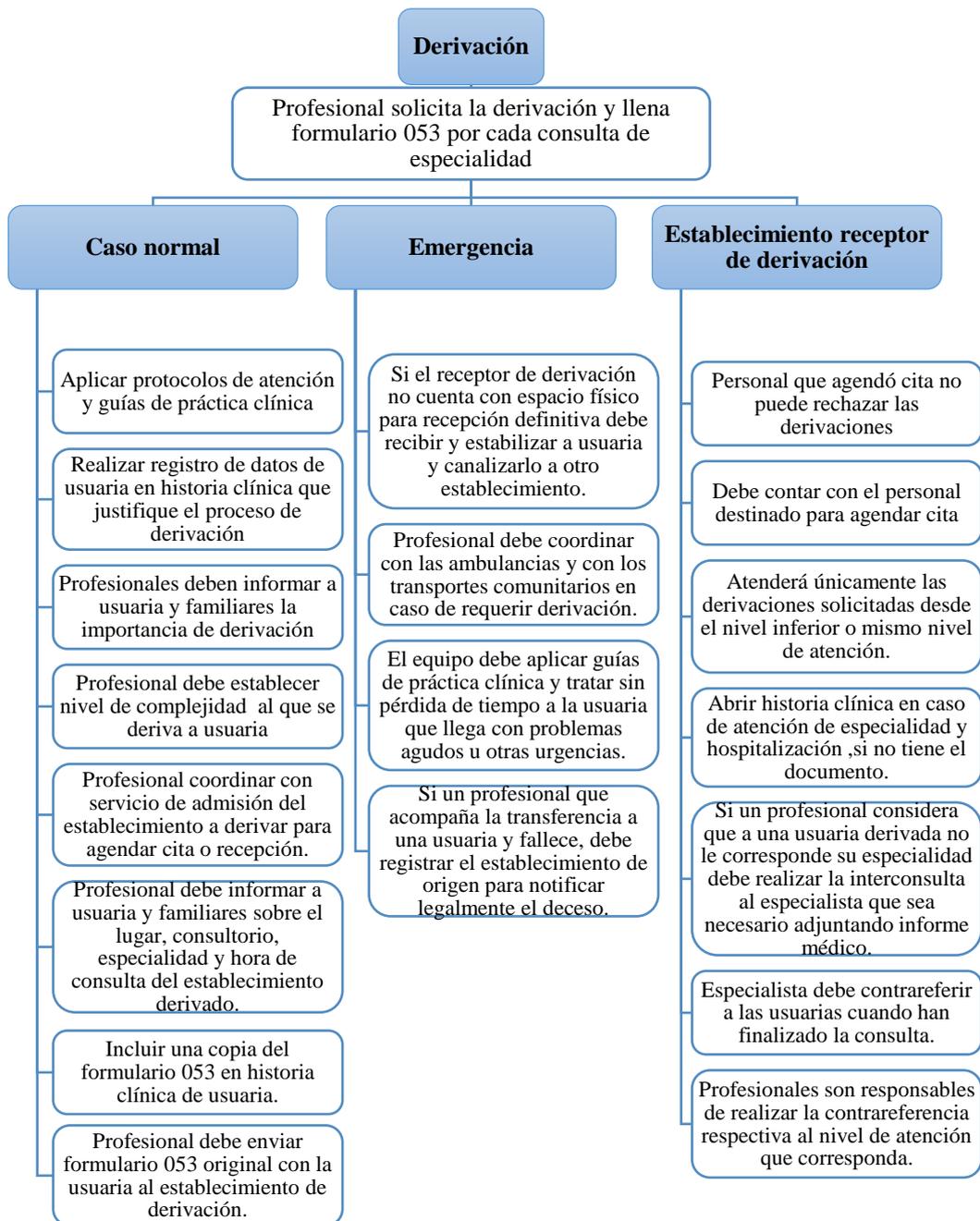


Figura 36. Derivación. Tomado de Normas y procedimientos para la referencia y/o derivación, por el MSP, 2013.

### Difusión de información por medio de redes sociales

Se plantea la creación de una red social dirigida a las mujeres gestantes de la zona 5. En esta red social se brindará información sobre las diferentes actividades, cuidados y chequeos que se debe de realizar durante toda la etapa de gestación. La cuenta deberá ser creada bajo el nombre de la institución indicando que es el área

de gineco-obstetricia y los encargados de difundir y dar a conocer sobre la existencia de la misma, serán los médicos que asisten a las pacientes. Así como también se dará a conocer el proceso que se debe seguir al encontrarse con un caso de derivación donde se plasmarán los casos normales de consultas con especialistas y los casos que se den por emergencia, para que el personal que labora en estas áreas tenga una mejor apreciación de los pasos que deben efectuar para cada uno.

Las publicaciones se realizarán de forma periódica a fin de que cuando una persona ingrese a la página pueda encontrar la información de forma rápida. En cuanto a las inquietudes presentadas por las personas que sigan la red social, estas tendrán la facilidad de poder enviar un mensaje a través de un link el cual los direccionará a un número de WhatsApp el mismo que será atendido por personal capacitado que se encuentre de turno en la institución, generando una atención y solución a sus dudas de forma permanente y oportuna sin tener la necesidad de acercarse físicamente a la casa de salud, reduciendo los traslados innecesarios que suelen presentarse en el momento de tener una duda, lo cual puede poner en riesgo la vida de la madre y del bebé. La meta planteada para la difusión de esta información es poder llegar a un 25% de mujeres embarazadas de forma anual con el objetivo de reducir las inquietudes en un 50% para el año 2021. El diseño de la guía de derivaciones será como se muestra en la figura 37.

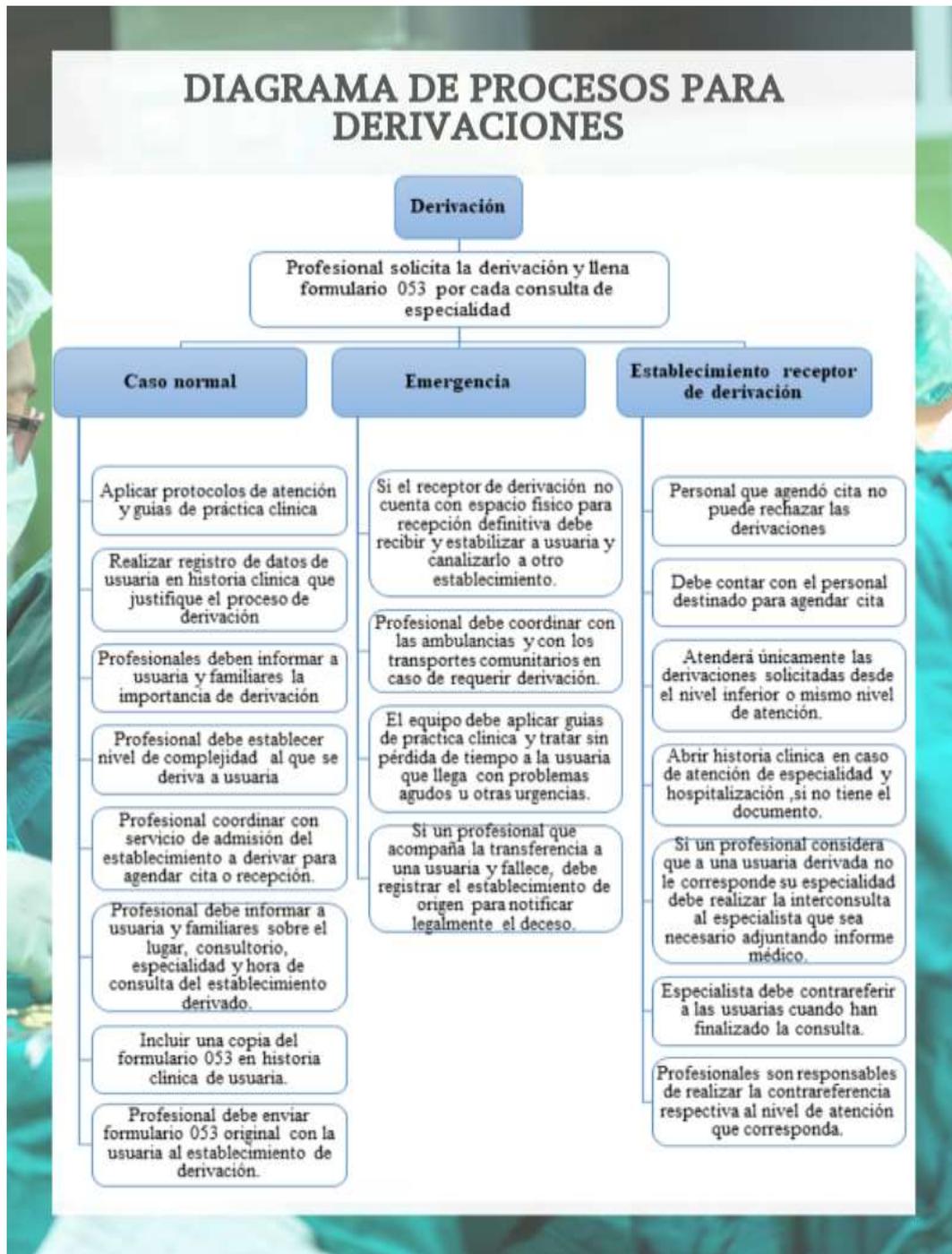


Figura 37. Volante sobre diagrama de procesos para derivación. Tomado de la investigación.

### La creación de una aplicación guía para mujeres gestantes

Se plantea la creación de una aplicación que se encuentre dirigida a las mujeres embarazadas que se atienden en la zona 5, con el objetivo de crear un vínculo y realizar un seguimiento a la vez sobre su estado gestacional. Esta aplicación será

diseñada para ser usada durante todo el proceso de gestación y servirá de guía para las madres ya que en ella podrá registrar las fechas en las que realiza su visita al médico y las indicaciones dadas. Así como los cambios presentados durante el proceso. La opción de conteo regresivo para la próxima consulta es otra de las opciones con las que contará, lo cual mantendrá a la madre en alerta para que pueda asistir a las consultas de forma periódica. La ventaja que se brinda con el uso de esta aplicación será el chat virtual, para poder informar al médico sobre algún cambio o evento sucedido el cual ponga en riesgo la vida de ambos. También contará con un sistema de geolocalizador, el cual al momento de ingresar la ubicación de la paciente y los síntomas percibidos este mostrará la casa sanitaria más cercana de acuerdo a la gravedad de su caso.

La meta que se pretende alcanzar con la creación de esta aplicación es reducir en un 15% anual las complicaciones y riesgos en el embarazo. Por medio de un mejor control prenatal, se reducirán los riesgos y efectos adversos, los cuales en su mayoría se dan por la falta de chequeos o conocimiento sobre las medidas preventivas y de emergencia que se deben de tomar. La aplicación será compatible para todos los sistemas operativos móviles y será gratuita, facilitando el acceso a la misma. En cuanto a la instalación y registro de la cuenta, la mujer embarazada deberá de llenar un formulario básico en el cual detallará la edad, dirección domiciliaria, peso, semanas de gestación, semana de su última regla, fecha de su primera consulta, así como también deberá ingresar si presenta algún tipo de enfermedad, dolencia o contraindicación dada por el médico. El diseño de la aplicación será similar a la mostrada a continuación.



Figura 38. Aplicación móvil. Tomado de Google Imágenes, 2019

Se espera que, a través de la concientización, guía y la información brindada a las madres se reduzca la presencia de complicaciones en la etapa del embarazo y el parto y a su vez disminuir el porcentaje de derivaciones realizadas en la zona 5. Dentro de las personas que se encontrarán a cargo de la creación y el buen funcionamiento de la aplicación, será el personal del departamento de sistemas, puesto que será el encargado de la creación y configuración de la aplicación; mientras que el jefe del área de gineco-obstetricia deberá delegar personal para atender las dudas presentadas en la aplicación.

**Campaña de capacitación sobre los procesos a seguir antes y durante trabajo de parto y puerperio inmediato.**

Esta actividad posee como meta para 4 años es la disminución de muertes y complicaciones materno-fetal en un 25% que se dan a causa del desconocimiento de los pasos que deben realizarse cuando una mujer presenta indicios de trabajo de parto. Para el proceso de atención a las usuarias que acuden a los hospitales básicos y generales de la zona 5, debido a que se encuentran con dolores de parto, se debe seguir la Guía Práctica Clínica (GPC) del MSP, por lo que se ha realizado

en forma de esquema cada fase del parto y puerperio inmediato, con la finalidad que los profesionales puedan seguir el proceso recomendado de manera ágil y sin que se les pase ningún detalle. Esta guía será impartida en la capacitación y se brindará como material de apoyo un volante con dicha información.

Tabla 16  
*Criterios a considerar para la admisión*

<b>Admisión</b>	<b>Retornar a domicilio</b>
Dinámica uterina regular	Tenga < de 3 cm de dilatación, sin dinámica uterina regular y Borramiento cervical < 50%
Borramiento cervical > 50%	Haya estabilidad hemodinámica
Dilatación de 3-4 cm	Viva en el área urbana y fácil acceso a servicio de atención  Se haya ofrecido información y apoyo a embarazadas y acompañantes  No existan antecedentes de gran multiparidad o partos rápidos  Se haya informado claramente sobre signos de alarma

Tomado de investigación

También se ha planteado para la capacitación, la entrega de material didáctico, por medio de volantes informativos que brindarán la información que se impartirá en la capacitación, como son los criterios a considerar para que se efectúe la admisión de las pacientes, solo en caso que estén bajo ciertos parámetros y si no se da el caso se las direccionará a su domicilio dando indicaciones para que se mantengan bien. Al no cumplir los aspectos que se consideran para una admisión, debe ser enviada a casa, porque aún no se encuentran en proceso o no presentan indicios de parto y no se las puede mantener en el hospital debido a que se requiere tener disponible el espacio para verdaderas emergencias gineco-obstétricas.



Figura 39. Volante informativa lado 1

Con el fin de lograr una mejor calidad del servicio de atención de salud en los hospitales de la zona 5, se ha estipulado necesario capacitar sobre la Guía Práctica Clínica (GPC) ya que por medio de los resultados, se pudo establecer que entre los problemas se detectó la falta de seguimiento de manuales y procesos que son establecidos por el MSP, así que en vista que la investigación se realizó al área de gineco-obstetricia, se tomó en cuenta esta guía que trata sobre los procesos que se deben seguir cuando existe una valoración con resultados que indican que la paciente debe ser ingresada para un proceso de parto y puerperio inmediato.

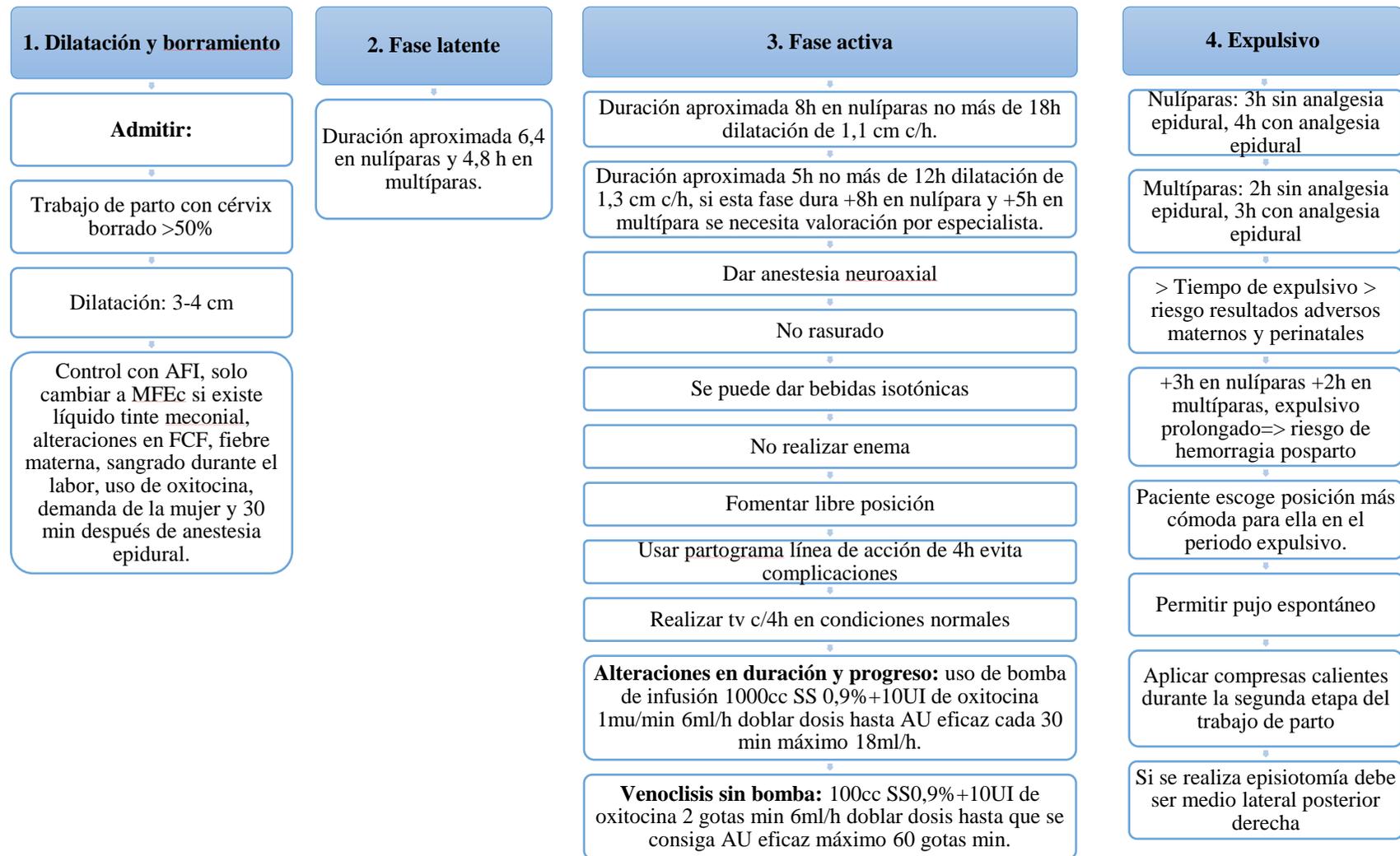


Figura 40. Guía práctica clínica sobre parto y puerperio inmediato parte 1. Tomado de *Guía práctica clínica (GPC)*, por el MSP del Ecuador, 2015.

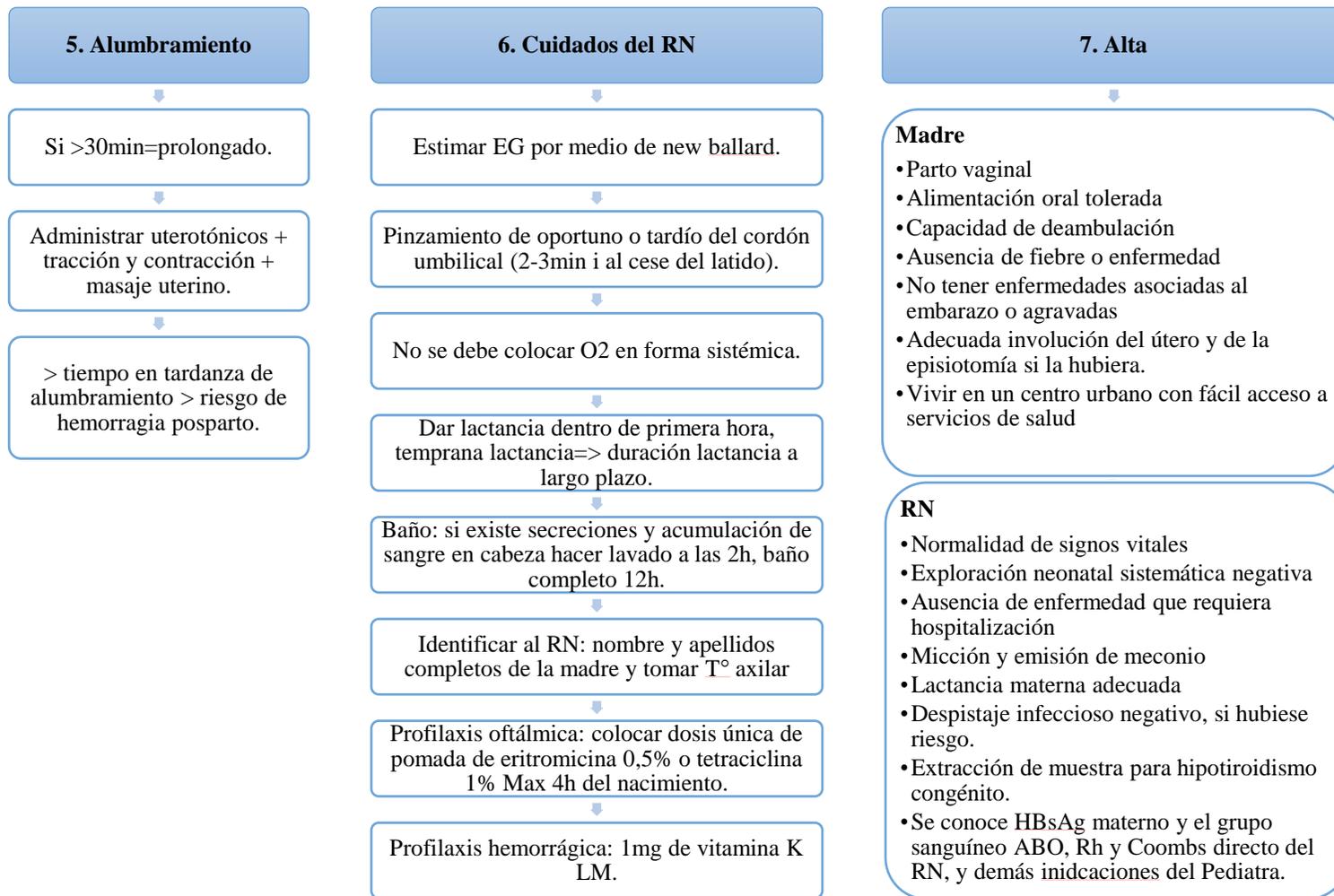


Figura 41. Guía práctica clínica sobre parto y puerperio inmediato parte 2. Tomado de *Guía práctica clínica (GPC)*, por el MSP del Ecuador, 2015.

Además de presentar y explicar cada detalle de la GPC se estableció que sería necesario brindar material de apoyo informativo de dicha guía con el fin que los profesionales puedan revisar la guía de procesos en cualquier momento y desde cualquier parte, de esta manera se logrará que los profesionales lleguen a cumplir a cabalidad la guía y se espera que esto permita lograr los objetivos que se han planteado en la propuesta (ver figura 42 y 43).

### **Programa para identificar a las embarazadas de alto riesgo**

Para que el personal encargado de la salud de las mujeres en estado de embarazo pueda realizar sus evaluaciones e identificar los posibles riesgos que pueda sufrir una embarazada, se ha establecido una guía que recoja la información indispensable sobre los pasos a seguir para detectar a tiempo posibles complicaciones durante el embarazo o a la hora del parto. En el control prenatal se debe descartar posibles factores de riesgo, por lo que debe el profesional consultar a la paciente los datos presentados en la tabla 17.

Una vez que se evaluó los factores de riesgo, se debe tener presente que para la consulta prenatal se debe seguir una serie de actividades durante todo el embarazo con el fin de poder descartar posibles complicaciones. En cada periodo del embarazo se requiere efectuar diversos exámenes para poder descartar alguna enfermedad que pueda interrumpir el crecimiento del feto. Por esa razón, se debe tener establecido una tabla con las actividades que se deben solicitar y efectuar a las pacientes durante cada visita, es importante mencionar que la cantidad de visitas a consulta podrían aumentar en caso de que el profesional lo considere pertinente.

# GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA

1. Dilatación y borramiento	2. Fase latente	3. Fase activa	4. Expulsivo
Admitir:	Duración aproximada 6,4 en nulíparas y 4,8 h en multiparas.	Duración aproximada 5h en nulíparas no más de 18h dilatación de 1,1 cm c/h.	Nulíparas: 3h sin analgesia epidural, 4h con analgesia epidural
Trabajo de parto con cérvix borrado >50%		Duración aproximada 5h no más de 12h dilatación de 1,3 cm c/h, si esta fase dura +8h en nulípara y +5h en multipara se necesita valoración por especialista.	Multiparas: 2h sin analgesia epidural, 3h con analgesia epidural
Dilatación: 3-4 cm		Dar anestesia neuroaxial	> Tiempo de expulsivo > riesgo resultados adversos maternos y perinatales
Control con AFL, solo cambiar a MFEc si existe líquido fútil meconial, alteraciones en FCF, fiebre materna, sangrado durante el labor, uso de oxitocina, demanda de la mujer y 30 min después de anestesia epidural.		No rasurado	+3h en nulíparas +2h en multiparas, expulsivo prolongado => riesgo de hemorragia posparto
		Se puede dar bebidas isotónicas	Paciente escoge posición más cómoda para ella en el periodo expulsivo.
		No realizar enema	Permitir pujo espontáneo
		Fomentar libre posición	Aplicar compresas calientes durante la segunda etapa del trabajo de parto
		Usar partograma línea de acción de 4h evita complicaciones	Si se realiza episiotomía debe ser medio lateral posterior derecha
		Realizar tv c/4h en condiciones normales	
		Alteraciones en duración y progreso: uso de bomba de infusión 1000cc SS 0,9%-10UI de oxitocina 1mu/min 6ml/h doblar dosis hasta AU eficaz cada 30 min máximo 18ml/h.	
		Venoclisis sin bomba: 1000cc SS0,9%-10UI de oxitocina 2 gotas/min 6ml/h doblar dosis hasta que se consiga AU eficaz máximo 60 gotas/min.	



Figura 42. Volante informativo lado 1. Tomado de investigación.

# GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA

## 5. Alambraiento

Si >30min=prolongado

Administrar uterotónicos = tracción y contracción + masaje uterino.

> tiempo en tardanza de alambraiento > riesgo de hemorragia posparto.



## 6. Cuidados del RN

Estimar EG por medio de new ballard.

Pinzamiento de oportuno o tardío del cordón umbilical (2-3min i al cese del latido).

No se debe colocar O2 en forma sistémica.

Dar lactancia dentro de primera hora, temprana lactancia=> duración lactancia a largo plazo.

Baño: si existe secreciones y acumulación de sangre en cabeza hacer lavado a las 2h, baño completo 12h.

Identificar al RN: nombre y apellidos completos de la madre y tomar T° axilar

Profilaxis oftálmica: colocar dosis única de pomada de eritromicina 0,5% o tetraciclina 1% Max 4h del nacimiento.

Profilaxis hemorrágica: 1mg de vitamina K LM.

## 7. Alta

### Madre

- Parto vaginal
- Alimentación oral tolerada
- Capacidad de deambulación
- Ausencia de fiebre o enfermedad
- No tener enfermedades asociadas al embarazo o agravadas
- Adecuada involución del útero y de la episiotomía si la hubiera.
- Vivir en un centro urbano con fácil acceso a servicios de salud

### RN

- Normalidad de signos vitales.
- Exploración neonatal sistemática negativa
- Ausencia de enfermedad que requiera hospitalización
- Micción y emisión de meconio
- Lactancia materna adecuada
- Depistaje infeccioso negativo, si hubiese riesgo.
- Extracción de muestra para hipotiroidismo congénito.
- Se conoce HBsAg materno y el grupo sanguíneo ABO, Rh y Coombs directo del RN, y demás indicaciones del Pediatra.

Figura 43. Volante informativo lado 2. Tomado de investigación.

Tabla 17  
Factores de riesgo que deben ser evaluados

<b>Condiciones socio-demográficas</b>	<b>Patologías del embarazo actual</b>
Edad < 17 años o > de 35 años	Preeclampsia
Alfabetismo	Placenta previa
Obesidad	Oligoamnios/polihidramnios
Tabaquismo	Malformaciones fetales
Hipertensión	Enfermedades infecciosas
Violencia doméstica	Desviaciones en crecimiento fetal
Dependencia de drogas, alcohol y fármacos	Ganancia de peso inadecuado
Peso < 45 kg	Hemorragias durante la gestación
	Madre con factor RH- con o sin sensibilización
Desocupación personal	Diabetes gestacional
Situación inestable de pareja	Embarazo múltiple
	Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Ruptura prematura de membranas ovulares
Hipertensión	Hepatopatías del embarazo
Muerte perinatal en gestación anterior	Órbita fetal
Aborto provocado o habitual	<b>Patologías maternas previas al embarazo</b>
Intervalo intergenésico > de 2 años	Endocrinopatías
Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores	Epilepsia
Nuliparidad o multiparidad	Cardiopatías
Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural	Hemopatías
Recién nacido con peso al nacer > de 2500g, igual > a 4000g	Enfermedades infecciosas
Cirugía uterina anterior	Neuropatías
DBT gestacional en embarazos anteriores	Hipertensión arterial

Tomado de *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*, por Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013.

Tabla 18

*Cronología de actividades para consulta prenatal de bajo riesgo*

Consulta	Consulta preconcep.	> 20 semanas	Entre 22-24	Entre 27-29	Entre 33-35	Entre 38-40
Examen ginecológico, colposcopia y Papanicolaou	X					
Evaluación de riesgos e historia clínica	X	X	X	X	X	X
Recomendaciones para detección de signos de alarma	X	X	X	X	X	X
Asesoramiento en lactancia materna	X	X	X	X	X	X
Actividades para reducir el tabaquismo	X	X	X	X	X	X
Medida de la tensión arterial	X	X	X	X	X	X
Suplementación con hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X	X
Talla	X	X				
Cálculo de edad gestacional		X	X	X	X	X
Diagnóstico de vitalidad fetal		X	X	X	X	X
Medida de la altura uterina		X	X	X	X	X
Peso corporal y examen mamario	X	X	X	X	X	X
Examen clínico completo	X	X				
Cultivo de orina y orina completa		X			X	
Detección de ETS y vaginosis bacteriana	X	X				
Detección de hemoglobina y glucemia	X	X		X		
Detección de sífilis	X	X			X	
Determinar grupo y factor Rh	X	X				
Detección de VIH	X	X			X	
Detección de Chagas		X			X	
Detección de hepatitis B y toxoplasmosis	X	X			X	
Examen odontológico		X				
Vacuna triple bacteriana acelular, antitetánica		X		X		
Estudio ecográfico	X	XX			X	
Descartar embarazo múltiple		X				
Consejería sobre métodos anticonceptivos				X	X	X
Preparación integral para maternidad/paternidad				X	X	X
Vacunación antigripal				X		
Aplicación de gamma globulina anti D (pacientes Rh no sensibilizadas)				X		
Detección de estreptococo grupo B agalactiae					X	
Descartar presentación pelviana						X
Evaluar capacidad pelviana y relación feto-pélvica						X

Tomado de *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*, por Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013.

Tabla 19

*Factores de riesgo clasificados por el tipo de intervención que se podría realizar*

<b>Factores de riesgo modificables</b>	<b>Factores de riesgo no modificables</b>	<b>Factores de riesgo no modificables</b>	<b>Factores de riesgo no modificables</b>
Inadecuado soporte familiar y de pareja	Baja escolaridad	Embarazo no programado	Enfermedades infecciosas de tipo TORCHs
Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática	Vivienda y condiciones sanitarias deficientes	Cirugía uterina previa	Presentación anómala: constatada > semana 38
Anemia moderada (Hb 7 a 10g/dl hcto 21 a 30%)	Baja estatura materna < 1,45 metro	Gran multiparidad > 5	Isoinmunización
Control insuficiente de la gestación > 4 visitas prenatales o 1 visita después de semana 20	Condiciones socioeconómicas desfavorables	Preclampsia con signos de gravedad: TAS $\geq$ 160 mm hg y/o TAD $\geq$ 110 mm hg y/o uno o más criterios de gravedad	Preeclampsia sin signos de gravedad: TAS $\geq$ 140mm hg, < 160 mm hg y/o TAD $\geq$ 90 mm hg, < 110 mm hg
Cambios en la frecuencia cardiaca fetal FCF <110 LPM o > 160LPM	Endocrinopatía controlada (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)	Fecha de última menstruación incierta	Restricción de crecimiento fetal
Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos	Incremento del peso excesivo o insuficiente >15kg o < 5kg	Desocupación personal y/o familiar	Embarazo prolongado > 42 semanas
Violencia familiar, abuso sexual físico y emocional	Malnutrición preconcepcional (OMC <18,5 o >30)	Planificación familiar (embarazo programado)	Cardiopatías 3 o 4 : obligada a limitación de actividad física
Anemia grave (Hcto > 21%, Hb > 7g/ml)	Diabetes gestacional controlada	Incompatibilidad Rh	Polihidramnios u oligoamnios
Síntomas neurovegetativos	Edad menor de 16 años o mayor de 35 años	Enfermedades hereditarias	Placenta previa
Pielonefritis	Múltiples compañeros sexuales	Hemorragia del primer trimestre	Malformación fetal confirmada
Esfuerzo físico excesivo, exposición agentes físicos, biológicos, químicos, carga horaria	Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente	Cardiopatía 1 y 2	Historia obstétrica desfavorable (óbito fetal, malformaciones congénitas, muerte neonatal)
Fumadora habitual	Condiciones psicosociales y estrés	Gestante con Rh negativo	Rotura prematura de membranas
Amenaza de parto prematuro < de 37 semanas	Infertilidad previa: 2 años o más	Bajo peso preconcepcional (IMC < 20)	Embarazo gemelar
Disminución o ausencia de movimientos fetales	Periodo intergenésico < 2 años o > 7 años	Antecedente de sangrado en 2do y 3er trimestre	Sospecha de malformación fetal
	Muerte perinatal recurrente	Patología asociada grave	Incompetencia cervical VIH+ con o sin tratamiento, SIDA

Tomado de *Control Prenatal*, por el MSP del Ecuador, 2015.

Para poder detectar los riesgos a los que está inmersa la mujer en estado de embarazo es importante clasificar los factores de riesgo según su tipo de intervención, como son los modificables y no modificables. Con esta información se podrá tener un mejor panorama de los procesos que se deberán seguir, ya que a través de estos datos se podrá conocer si la paciente presenta riesgo en su embarazo como se pudo observar en la tabla 19.

Además, es importante saber qué tipo de riesgo presentan las pacientes, por ese motivo se han dividido los riesgos por su categoría, para que de esa manera puedan tener una mejor perspectiva de la información y se pueda identificar de una manera rápida si la paciente requiere de atención especializada y por lo tanto una derivación a un hospital de especialidad. A través de esta información se tiene como meta reducir el tiempo que demoran en tomar acciones en este tipo de casos en los próximos cinco años lo cual permitirá ofrecer un servicio de calidad a las pacientes.

### **Afiches**

Se estipuló necesario la colocación de afiches con información indispensable como son los tipos de riesgos y la cronología de actividades para consulta prenatal de bajo riesgo, con el fin de que sirvan como una base indispensable para realizar las evaluaciones médicas a las pacientes. Por lo que la meta establecida para los próximos dos años es mantener un estricto cumplimiento de las normas y procesos que recomienda el MSP del Ecuador. El afiche tendrá un tamaño de formato de 60x40cm, a full color (ver figura 44).

Tabla 20  
*Clasificación de los tipos de riesgos en el embarazo*

<b>Riesgo obstétrico</b>	<b>Riesgo 1</b>	<b>Riesgo 2</b>	<b>Riesgo 3</b>
Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente	X		
Baja estatura materna (< 1,5 metros)	X		
Cardiopatía 1 no limita su actividad física	X		
Patología psicosocial	X		
Control < 4 visitas prenatales o después semana 20	X		
Condiciones socioeconómicas desfavorables	X		
Edad extrema: < 15 años o > 35 años	X		
Fumadora habitual	X		
Gestante con Rh	X		
Esterilidad previa de 2 o más años	X		
Incremento de peso de 5kg o > 15 kg al final embarazo	X		
Fecha de última menstruación incierta	X		
Hemorragia del 1er trimestre	X		
Infección urinaria baja o bacteriuria asistémica	X		
Incompatibilidad Rh	X		
Obesidad(IMC > 30)	X		
Anemia grave Hb<9 g/dl o hematocrito < 25%		X	
Diabetes gestacional		X	
Embarazo prolongado > 42 semanas		X	
Cirugía uterina previa		X	
Historia obstétrica desfavorable: 2 o más abortos, partos distócicos, deficiencia mental, prematuros		X	
Enfermedades endocrinológicas		X	
Infección materna: hepatitis B o C, piel nefritis, sífilis, toxoplasmosis, HIV, estreptococo B		X	
Preeclampsia leve (TAD $\geq$ 90 mm Hg y/o TAS $\geq$ 140 mm Hg)		X	
Hemorragia en segundo y/o tercer trimestre		X	
Sospecha de malformación fetal		X	
Amenaza de parto prematuro < 37 semanas			X
Diabetes mellitus previa a la gestación			X
Muerte perinatal			X
Preeclampsia grave (TAD $\geq$ 110 mm Hg y/o TAS $\geq$ 160 mm Hg)			X
Cardiopatía 3 o 4 limita su actividad física			X
Consumo de tóxicos (drogas, alcohol)			X
Placenta previa			X
Rotura prematura de membranas			X
Malformación uterina			X
Retraso de crecimiento intrauterino			X
Positividad al VIH SIDA			X

Tomado de *Factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas*, por Paulett, R, 2016.

# PROGRAMA DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

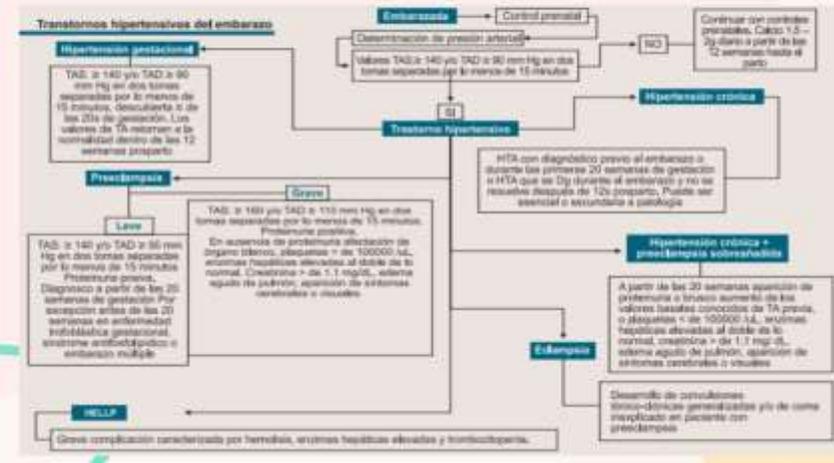
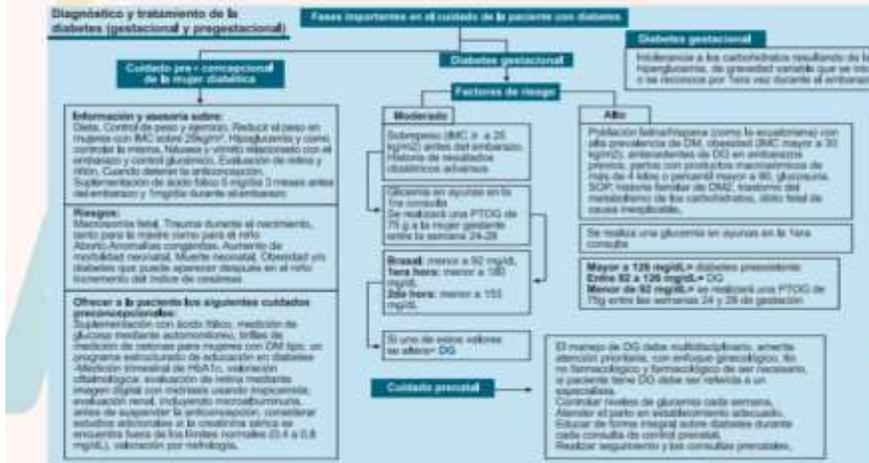
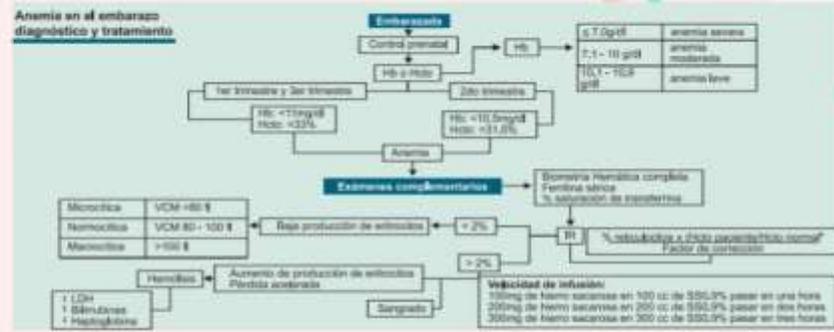
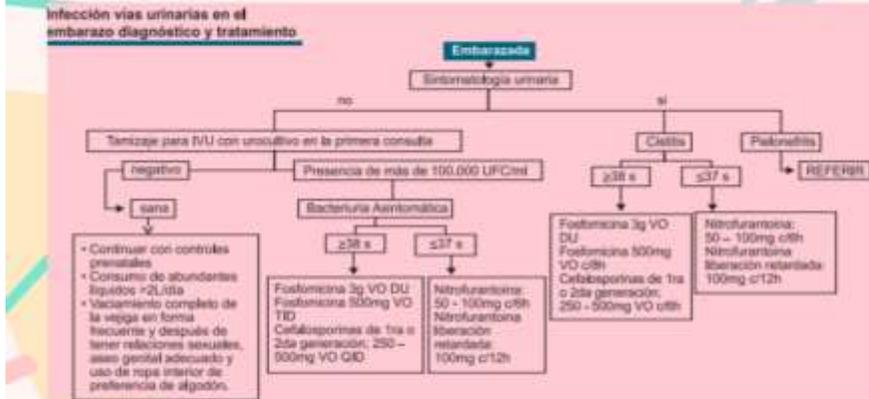


Figura 44. Afiche del programa de identificación de riesgos gineco-obstétricos. Tomado de investigación.

## Recursos

Los materiales que se requieren para poder efectuar la propuesta se valoraron con la cantidad de médicos de ginecología actuales y los que se contratará, así como los afiches se enviarán a impresión uno por cada hospital de la zona 5 y con esos materiales se calculó un costo que se necesita para poder enviar a imprimir dichos materiales.

Tabla 21  
*Materiales Necesarios*

<b>Cantidad</b>	<b>Materiales</b>
300	Volantes
24	Afiches
1	Laptop
1	Proyector

Tomado de investigación.

Tabla 22  
*Recursos financieros*

<b>Cant.</b>	<b>Materiales</b>	<b>Precio</b>	<b>Total</b>
3	Volantes	\$ 45,00	\$ 135,00
24	Afiches	\$ 4,00	\$ 96,00
1	Laptop	Autogestión	
1	Proyector	Autogestión	
	<b>TOTAL</b>		\$ 231,00

Tomado de investigación

## Cronograma

Para el cronograma se revisó cada aspecto que conforma la propuesta y se efectuó un tipo de secuencia necesaria para poder implementarla, por lo que el cronograma de actividades se basó en pasos a seguir durante el año 2020, se puede apreciar por cada actividad se marcó con un color la casilla correspondiente al mes en el que se va a ejecutar dicha actividad.

Tabla 23  
Cronograma de actividades

N o	Actividades	2020											
		E n	F e	M a	A b	M a	J u	J u	A g	S e	O c	N o	D i
1	Publicación del Concurso de Méritos y Oposición por medio del MSP												
2	Proceso de Selección y reclutamiento de profesionales de ginecología y anestesiología												
3	Comunicar a profesionales sobre capacitaciones												
4	Revisión de información que se impartirá en las capacitaciones												
5	Contratación de personal que cumple con requisitos												
6	Diseñar volantes para impresión												
7	Revisión de guía práctica clínica y sobre las derivaciones												
8	Desarrollar diapositivas con la información recabada												
9	Enviar a imprenta modelos de volantes												
10	Capacitaciones de derivación y guía práctica clínica												
11	Entrega de volantes informativas												
12	Puesta en marcha de programa de identificación de riesgos												
13	Colocación de posters sobre tipos de riesgos en área de gineco-obstetricia												

Tomado de investigación.

Para poder hacer una evaluación de la propuesta se ha tomado en cuenta que una vez que se desarrollen las distintas actividades se tomará un tiempo prudencial de un trimestre para realizar en los distintos hospitales una nueva evaluación de las derivaciones y sus costos, también se usará pruebas evaluativas después de

terminadas las capacitaciones donde se podrá observar si causó algún efecto en los profesionales. Para el programa de identificación de riesgos se revisarán las historias clínicas de casos en que se hayan presentados riesgos gineco-obstétricos para poder verificar si se llevaron a cabo los debidos procesos estipulados en las normas y procedimientos que recomienda el MSP del Ecuador. El cronograma presentado en la parte superior deberá ser completado con base a un check-list y será supervisado por la administración para velar por el cumplimiento del mismo.

## Conclusiones

Se pudo concluir que los motivos de referencias fueron por otro nivel de complejidad, la falta de personal especializado y la poca capacidad resolutive al momento de atender al paciente. Es decir que, las causas por las que se evidencian mayor cantidad de derivaciones se dan por existir casos que presentan mayor riesgo de complicaciones y por lo que los hospitales básicos que pertenecen al nivel II no cuentan con el equipo requerido para los mismos o personal altamente calificado, para que pueda atender de manera oportuna y rápida la diligencia médica. Además, se menciona que el personal no cuenta con la capacidad resolutive necesaria para que tome las decisiones correctas al momento de atender a las pacientes, lo que podría generar complicaciones en la salud de la futura madre y el feto, si no se actúa de manera oportuna ante casos de embarazos con alto riesgo, por lo que se necesita que se tome la debida atención al caso para poder mejorar la atención de las pacientes.

Así también se pudo concluir que entre las causas por las que se presentan derivaciones son por parto prematuro, hipertensión, aborto espontáneo, diabetes gestacional, entre otros. Por lo cual se debe tener en consideración que este tipo de complicaciones se deben evaluar en el transcurso del embarazo por parte de su médico tratante de manera constante, para poder revisar que no cumpla con los factores de riesgos, es por eso que la investigación busca tener un amplio conocimiento de los casos que se pueden dar en el transcurso que evoluciona el embarazo y que los profesionales deben contar con todas las capacidades requeridas para que puedan evaluar y dar seguimiento de los mismos con el fin de evitar problemas en su salud o del feto o provocar interrupciones en su embarazo.

Se concluyó que los costos por derivaciones al área de hospitalización son los más altos seguido de los de emergencia, donde en ambos casos en el año 2017 se

reflejó mayor valor de los mismos comparados con los años 2016 y 2018. Estos datos permiten determinar que las derivaciones ocasionan al Estado altos costos en estas áreas, ya que los hospitales básicos y generales del nivel II no cuentan con el equipo y personal idóneo para los casos en donde se registre una complicación, por lo que se debe acudir a la derivación en otras instituciones del sistema, pero cuando no hay capacidad en las mismas se debe efectuar las referencias y derivaciones a instituciones privadas donde los costos por atención son muy elevados.

Se ha podido concluir que se usó un enfoque investigativo mixto, es decir cuantitativo y cualitativo ya que se utilizó datos estadísticos sobre las derivaciones y entrevistas a los especialistas en el área de gineco-obstetricia, se usó el método de investigación deductivo, porque se hizo un estudio de las bases teóricas que están relacionadas con las variables de estudio para luego poder efectuar las debidas conclusiones del caso. Las herramientas para la investigación fueron la entrevista a los especialistas y la revisión documental de los años 2016 al 2018, el tipo de investigación fue longitudinal y no experimental, ya que se efectuó una investigación de las derivaciones y sus costos durante los años 2016 al 2018 y porque se usaron los datos de las derivaciones sin hacer ninguna manipulación de los mismos. El alcance fue descriptivo, debido a que permitió realizar un análisis profundo sobre los determinantes de la derivación en el área de gineco-obstetricia.

La propuesta se basó en la contratación de personal profesional para el área de ginecología y anestesiología para los Hospitales de la zona 5 con el fin de poder disminuir las derivaciones por falta de personal, por lo que se procedió a proponer la contratación total de 192 profesionales donde 96 son profesionales de ginecología y 96 de anestesiología. Otra de las propuestas fue diseñar una campaña de capacitación para los profesionales de los Hospitales de segundo nivel de la zona 5,

donde se consideró importante dos temas a seguir que fueron los procesos para derivación en sus distintos casos y la guía práctica clínica para los procesos de parto y puerperio inmediato.

Se propuso la creación de un programa para identificar a las embarazadas de alto riesgo y poder efectuar un seguimiento, donde se revisó información relevante sobre los factores de riesgo y los tipos de riesgos que se suelen presentar, además de la cronología que se debe seguir en cada consulta a las pacientes, por lo cual se colocarán afiches con estos datos importantes en cada área de gineco-obstetricia de los distintos hospitales que conforman la zona 5.

## **Recomendaciones**

Se recomienda realizar nuevas evaluaciones a los hospitales que conforman la zona 5 con el fin de poder verificar las derivaciones y sus costos, con el propósito de saber si desde que se puso en marcha la propuesta ha habido cambios en los mismos, si han incrementado o reducido los costos y verificar si cambiaron las causas de las mismas.

Se recomienda desarrollar un análisis más profundo desde el punto de vista legal, considerando las consecuencias de realizar mal un proceso de derivación. Es evidente, que esta situación le causa un perjuicio al Estado por cuestiones de costos y le puede perjudicar al paciente, en casos donde se aplique mal el procedimiento, por lo que es necesario este análisis.

Se recomienda que se le dé un seguimiento continuo a los procesos que realizan los profesionales a través de las historias clínicas donde se identifiquen complicaciones y embarazos con alto riesgo para poder conocer si se le ha brindado el debido seguimiento de los procesos para este tipo de casos o no, esto permitirá poder revisar que se esté siguiendo la cronología de las revisiones y evaluaciones a las pacientes.

Se recomienda que se efectúen nuevas capacitaciones al personal con material didáctico sobre los demás procesos que se deben seguir en caso de presentarse factores de riesgo, con el fin que los profesionales se encuentren actualizados con las guías que proporciona el MSP del Ecuador.

Se recomienda tomar este trabajo como referencia para investigaciones posteriores, debido a que no existe un amplio abanico de investigaciones similares, por lo que este trabajo resulta innovador, para futuros análisis sobre derivaciones.

## REFERENCIAS

- Amedics. (2018). *Ginecología*. Obtenido de <https://amedics.net/es/especialidades/ginecologia/>
- American Pregnancy Association. (2018). *Complicaciones del parto prematuro*. Obtenido de <http://americanpregnancy.org/es/labor-and-birth/premature-birth-complications/>
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de [http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal\\_a/base\\_legal/A.\\_Constitucion\\_republica\\_ecuador\\_2008constitucion.pdf](http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf)
- Asamblea Nacional Constituyente. (2016). *Ley Orgánica de Salud*. Retrieved from [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD\\_248332rivas\\_248332\\_355600.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/11/RD_248332rivas_248332_355600.pdf)
- Barahona, P. (2011). Análisis de eficiencia hospitalaria en Chile. *Anales de la Facultad de Medicina*, 72(1), 33-38. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832011000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832011000100006&script=sci_arttext)
- Beltrán, P., Ruoti, M., & Espinosa, A. (2018). *Mortalidad materna – Causas*. Obtenido de <http://www.amolca.com.co/images/stories/amolca/medicina/ginecologia-y-obstetricia/puerperio-alto-riesgo/pag3-puerperio.pdf>
- Cabello, P., & Hidalgo, Á. (2014). Análisis de la eficiencia hospitalaria por Comunidad Autónoma en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. *Investigaciones Regionales*, 28, 147-158. Obtenido de

[https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/26944/an%C3%A1lisis\\_cabello\\_IR\\_2014\\_N28.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/26944/an%C3%A1lisis_cabello_IR_2014_N28.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cahua, V. (2015). Nivel de cumplimiento del indicador de referencia en el marco de la tercerización de los servicios de salud, 2014-2015. Repositorio de la Universidad San Martín de Porres. Recuperado de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2082/1/cahua\\_vj.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2082/1/cahua_vj.pdf).

Calzado, Y., García, T., Laffarga, J., & Larrán, M. (1998). Relación entre eficiencia y efectividad en los hospitales del servicio Andaluz de Salud. *Revista de Contabilidad*, 1(2), 49-83. Obtenido de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/78456/RelacionEntreEficienciaYEfectividadEnLosHospitales-Laffarga.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Castro, R. (2007). Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile. *Expansiva*(108), 1-24. Obtenido de [http://www.expansiva.cl/media/en\\_foco/documentos/04072007104039.pdf](http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/04072007104039.pdf)

Cayambe, C., & Guamán, J. (2015). Rol de enfermería frente al duelo en pacientes con aborto en el área de gineco-obstetricia, en el Hospital General Docente de Riobamba, Junio a Diciembre del año 2014. Repositorio de la Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/314/1/UNACH-EC-ENFER-2014-0014.pdf>.

Centro Médico Imbanaco. (2018). *Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de <http://www.imbanaco.com/especialidad/ginecologia-y-obstetricia/>

- Chonga, M. (2015). Atención a las usuarias de la consulta externa del área de ginecología del Hospital Militar "Segunda División del Ejército", de Noviembre del 2014/Febrero del 2015. Repositorio de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4014/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-156.pdf>.
- CONALEP. (2018). *Historia de la ginecología y obstetricia*. Obtenido de <https://conalep157tux.wordpress.com/2013/10/05/19/>
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. (2013). *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- Dirección Zonal de Planificación. (2019). Número de nacidos por tipo de partos en establecimientos públicos y privados.
- García, N., Sáez, A., Albarrán, M., Labajo, E., & Perea, B. (2017). Estudio de las compensaciones económicas sobre sentencias contra obstetras y ginecólogos en España (1987-2013). *Revista Española de Medicina Legal*, 9(6), 43-64. doi:DOI: 10.1016/j.reml.2016.11.003
- Gómez, E., Laila, J., & Manso, J. (2016). Seguridad clínica y responsabilidad profesional en ginecología y obstetricia. *Revista española de Medicina Legal*, 42(4), 133-135. Obtenido de <https://scihub.tw/https://doi.org/10.1016/j.reml.2016.10.001>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill Education.

Hospital Clínico Universidad de Chile. (2018). *Obstetricia y ginecología*.

Obtenido de

<https://www.redclinica.cl/plantilla/especialidades/ginecologia-y-obstetricia.aspx>

Jinich, H., Lifshitz, A., García, J., & Ramiro, M. (2017). *Síntomas y signos cardinales de las enfermedades 7ma edición*. México: El Manual Moderno.

Larrea, S. (2017). Incremento de referencias desde el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito hacia prestadores de la Red de Salud Privada (complementaria) en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2015. Repositorio de la Universidad de las Américas. Recuperado de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8291/1/UDLA-EC-TEAIS-2017-41.pdf>.

Malo, M., & Malo, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(4), 754-761. Obtenido de <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/130/130>

Medical News Today. (2019). *¿Qué significan los diferentes tipos de secreción vaginal?* Obtenido de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324143.php>

Ministerio de Salud Pública. (2019). Posicional Nacional de Salud Zona 5.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015a). *Control Prenatal*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015b). *Guía de práctica de bolsillo componente materno. Guía práctica clínica (GPC)*. Obtenido de [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC\\_guias\\_practica\\_clinica\\_msp/GPC\\_de\\_bolsillo\\_componente\\_materno\\_2015.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/GPC_de_bolsillo_componente_materno_2015.pdf)
- Mora, J., Ruelas, E., Arroyo, G., Tapia, R., & Uribe, P. (2005). *Modelo de atención de enfermería obstétrica*. Obtenido de [http://ipasmexico.org/biblioteca/material\\_de\\_consulta/modelo\\_de\\_atencion.pdf](http://ipasmexico.org/biblioteca/material_de_consulta/modelo_de_atencion.pdf)
- MSP. (2012). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de [http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Salud-Ley\\_Organica\\_De\\_Salud.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Salud-Ley_Organica_De_Salud.pdf)
- MSP. (2013). *Norma del Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de [http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/downloads/2014/01/norma\\_referencia\\_contrareferencia.pdf](http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/downloads/2014/01/norma_referencia_contrareferencia.pdf)
- MSP. (2014a). *Tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Tarifario.pdf>
- MSP. (2014b). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf>

- MSP. (2015a). *Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna*. Gerencia Institucional de Reducción Acelerada de Muerte Materna. Obtenido de [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-de-noticias&alias=473-implementacion-planes-de-reduccion-de-la-morbi-mortalidad-materna-ecuador&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-de-noticias&alias=473-implementacion-planes-de-reduccion-de-la-morbi-mortalidad-materna-ecuador&Itemid=219&lang=es)
- MSP. (2015b). *Normas técnicas de seguridad del paciente*. Obtenido de <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/Norma-Tecnica-Seguridad-Del-Paciente-Definitivo-jp.pdf>
- MSP. (2015c). *Tipología para la homologar establecimientos de salud por niveles*. Acuerdo Ministerial 5212. Obtenido de <http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerto%20Ministerial%205212.pdf>
- MSP. (2019). *Ministra de Salud posicionó a coordinador de Zona 5 en Guayaquil*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ministra-de-salud-posiciono-a-coordinador-de-zona-5-en-guayaquil/>
- NIH. (2018). *¿Cuáles son algunas complicaciones comunes del embarazo?* Obtenido de <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/complicaciones.aspx>
- Nupia, O., & Sánchez, F. (2001). Eficiencia de los hospitales públicos de Bogotá. *Desarrollo y Sociedad*(48), 101-136. Obtenido de <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.13043/dys.48.3>
- OMS. (2016). *Mortalidad materna*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

- Parreño, Á. (2016). *Metodología de investigación en salud*. Riobamba: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.
- Pérez, C., Ortega, I., Ocana, R., & Martín, J. (2017). Análisis de la eficiencia técnica en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 108-115. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2017.v31n2/108-115/es>
- Pinzón, M. (2003). *Medición de eficiencia técnica relativa en hospitales públicos de baja complejidad mediante la metodología Data Envelopment Analysis (DEA)*. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/245.pdf>
- Reátegui, C. (2018). El análisis del costo de referencia de pacientes de la red asistencial de EsSalud Loreto a la ciudad de Lima, durante el periodo 2011-2015. Repositorio de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Recuperado de [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5642/Carlos\\_Tesis\\_Maestria\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5642/Carlos_Tesis_Maestria_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Red Hospital Clínico Universidad de Chile. (2018). <https://www.redclinica.cl/plantilla/especialidades/ginecologia-y-obstetricia.aspx>. Obtenido de <https://www.redclinica.cl/plantilla/especialidades/ginecologia-y-obstetricia.aspx>
- Reyes, P. (2016). Factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas. Repositorio de Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de

<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/890/1/Reyes%20Arboleda%20%20PAULETT.pdf>.

Roche. (2018). *Preeclampsia*. Obtenido de

[http://www.roche.es/Diagnostics/Productos/diagnostico\\_por\\_patologias/Preeclampsia.html](http://www.roche.es/Diagnostics/Productos/diagnostico_por_patologias/Preeclampsia.html)

Santelices, E., Ormeño, H., Delgado, M., Lui, C., Valdés, R., & Durán, L. (2013).

Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria: el caso de Chile. *Revista médica de Chile*, 141(4), 457-463. Obtenido de

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000400006&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872013000400006&script=sci_arttext&tlng=en)

Sedano, M., Sedano, C., & Sedano, R. (2014). Reseña histórica e hitos de la

obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 866-873. doi:DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70632-7

Seijas, A., & Iglesias, G. (2009). Medida de la eficiencia técnica en los hospitales

públicos gallegos. *Revista Galega de Economía*(18). Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/391/39115707003/>

SENPLADES. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo*. Obtenido de

[http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)

Villalbí, J., Borrell, C., Macía, M., Subirana, T., López, M., Portaño, S., . . .

Casas, C. (2017). Adaptación de los servicios de una organización de salud pública la disminución de los recursos. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 242-245.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.003>

We Doctor. (2018). *La interconsulta o derivación sanitaria*. Obtenido de

<https://we-doctor.com/la-interconsulta-o-derivacion-sanitaria/>

## Apéndices

### Apéndice A. Entrevista a profundidad

1. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto a aspectos técnicos y equipos del servicio de ginecología y obstetricia?
2. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto a la atención humana a las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia?
3. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto al abastecimiento de los materiales necesarios para el servicio de ginecología y obstetricia?
4. ¿Cómo evalúa a la Coordinación Zonal 5 de Salud con respecto a la cantidad y calidad de profesionales médicos y enfermeras del servicio de ginecología y obstetricia?
5. ¿Cuáles son las causas por las que se realizan las derivaciones en esta área?
6. ¿Cuáles son las causas por la cual no se puede cumplir con el proceso de derivación?
7. ¿Cuál es el procedimiento médico y legal del proceso de derivación?
8. ¿Cuáles son los beneficios de realizar el proceso de derivación, con respecto a aspectos médicos, organizacionales, funcionales y económicos?
9. ¿Qué sucede si no se puede cumplir con el proceso de derivación de una paciente que requiera atención Gineco-Obstetrica?
10. ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se presentan en las mujeres en estado materno?
11. ¿Cuáles son las normas legales, procedimentales y técnicas a seguir para realizar la derivación?

12. ¿Qué propuestas técnicas considera adecuadas para ofrecer un servicio de atención de calidad a las mujeres en estado de embarazo?

Apéndice B. Formulario de Referencia, derivación, contrareferencia y referencia inversa N° 053.

<b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b> <b>FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA</b>													
I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA													
Apellido paterno			Apellido materno			Nombres			Fecha de Nacimiento		EDAD	SEXO	
									DD	MM	AA	M	F
Nacionalidad		País		Código de Ciudadanía o Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico			
Identificación		Identificación		Identificación		Identificación		Identificación		Identificación			
II. REFERENCIA: 1 <input type="checkbox"/>			DERIVACIÓN: 2 <input type="checkbox"/>										
1. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hos. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área					
Refiere o Deriva a:								Fecha					
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad		DD	MM	AÑO			
2. Motivo de la Referencia o Derivación:													
Limitada capacidad resolutiva		1 <input type="checkbox"/>		Saturación de capacidad instalada				-4 <input type="checkbox"/>					
Ausencia temporal del profesional		2 <input type="checkbox"/>		Otras /Especifique:				5 <input type="checkbox"/>					
Falta de profesional		3 <input type="checkbox"/>											
3. Resumen del cuadro clínico													
4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos													
5. Diagnóstico													
								CE-01	PRE	DEF			
1													
2													
Nombre del profesional				Código MSP				Firma					
III. CONTRAREFERENCIA: 3 <input type="checkbox"/>			REFERENCIA INVERSA: 4 <input type="checkbox"/>										
1. Datos Institucionales													
Entidad del sistema		Hos. Clínica No.		Establecimiento de Salud		Tipo		Servicio		Especialidad del servicio			
Contrarefiere o Referencia Inversa a:								Fecha					
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Tipo		Distrito/Área		DD	MM	AÑO			
2. Resumen del cuadro clínico													
3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos													
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados													
5. Diagnóstico													
								CE-01	PRE	DEF			
1													
2													
6. Tratamiento recomendado a seguir en el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o de complejidad													
Nombre del profesional especialista				Código MSP				Firma					
MSP/MS/CC/Inval. 06/04/2013													
										7 Defensora Justificada <input type="checkbox"/>			





## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Johanna Jessenia, Olalla García, con C.C: #0918678327 autora del trabajo de titulación: *Los determinantes de derivación por atención gineco – obstétrica y sus costos en la Coordinación Zonal 5 salud*, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 06 de enero del 2020

f. \_\_\_\_\_

Olalla García, Johanna Jessenia  
C.C: 0918678327

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Los determinantes de derivación por atención gineco – obstétrica y sus costos en la Coordinación Zonal 5 salud.		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Olalla García, Johanna Jessenia		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Zambrano Chumo, Laura Jácome Ortega, Omar		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	06 de enero 2020	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	130
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud, Derivación.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Derivación, ginecología, obstetricia, costos, riesgos.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>La ginecología y obstetricia son aplicadas en la ciencia como una forma de atacar las enfermedades, virus y complicaciones que puedan sufrir las mujeres en su aparato reproductor. Cuando los hospitales básicos de la zona 5 no pueden atender ciertos casos debido a la complejidad del caso, son derivadas las pacientes a otras instituciones, ya que en muchos casos estos hospitales no cuentan con un servicio especializado, ni disponen de una unidad de cuidados intensivos para neonatos y adultos. El objetivo general de la investigación fue analizar los determinantes sanitarios que intervienen en la derivación de Pacientes Gineco – Obstétricas y el costo que estos representan a la Coordinación Zonal 5 de Salud para la elaboración de una propuesta técnica. La metodología que se usó fue de enfoque mixto, método deductivo, tipo de investigación no experimental y longitudinal, las herramientas fueron la entrevista y la revisión documental. Se pudo concluir que las derivaciones han ocasionado grandes costos y que entre los motivos están el existir otro nivel de complejidad, la falta de personal especializado y la poca capacidad resolutoria al momento de atender al paciente. La propuesta se basó en contratación de personal para las guardias en la especialización de ginecología y anestesiología, capacitaciones al personal de ginecología sobre los procesos para realizar derivaciones y sobre la guía práctica clínica, además de un programa de identificación de riesgos en embarazadas.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-992530036	E-mail: johanjessi@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Lapo Maza, María del Carmen		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-42206950 / 0999617854		
	<b>E-mail:</b> maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		

#### **SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	