

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

**“ANÁLISIS DE INDICADORES EN GINECO-OBSTETRICIA EN
LAS UNIDADES DE SALUD DEL SECTOR PÚBLICO DE LA
PROVINCIA DEL GUAYAS, PERÍODO 2009-2012”.**

AUTOR:

Dra. Romo Fernández Marjorie Patricia

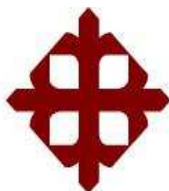
MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTOR

Ing. Ortiz Torres Pablo

Guayaquil, Ecuador

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Dra. Marjorie Patricia Romo Fernández** como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DE TESIS

Ing. Pablo Ortiz Torres

REVISOR(ES)

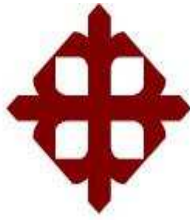
C.P.A. Laura Vera Salas

Mg. Cinthya Game Varas

DIRECTOR DEL PROGRAMA/CARRERA

Ec. Maria del Carmen Lapo Maza

Guayaquil, a los siete días del mes de marzo del 2015



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Marjorie Patricia Romo Fernández

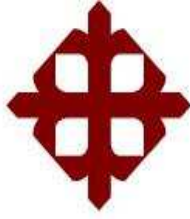
DECLARO QUE:

La Tesis: “**Análisis de Indicadores en Gineco-Obstetricia en las Unidades de Salud del sector público de la Provincia del Guayas, período 2009-2012**”, previa a la obtención del título de Magister en Gerencia en Servicios de Salud, desarrollada en base a 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 de la tesis del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los siete días del mes de marzo del 2015

Marjorie Patricia Romo Fernández



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

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

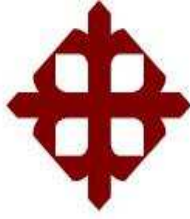
AUTORIZACIÓN

Yo, **Marjorie Patricia Romo Fernández**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución de la **Tesis de Magister en Gerencia de Servicios de Salud**, titulada: **“Análisis de Indicadores en Gineco-Obstetricia en las Unidades de Salud del Sector Público de la Provincia del Guayas, período 2009-2012”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los siete días del mes de marzo del 2015

Marjorie Patricia Romo Fernández



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

← → ↻ <https://secure.orkund.com/view/12929716-611217-206049#DcqxEYRADATBXLHDHYE86cSIVihDeepMid9YYydh+tt9/Oy/taDQK/5AbLly6iXI579P7FGZWRjxiCbJnRR5YGs6sS> ☆ ☰

ORKUND

Document: [Tesis Gady final.docx](#) (D12948829)
Submitted: 2015-01-18 16:14 (-05:00)
Submitted by: Marjorie Patricia Romo Fernandez (maparomof@hotmail.com)
Receiver: maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com
Message: [Show full message](#)
4% of this approx. 57 pages long document consists of text present in 10 sources.

List of sources

Rank	Path/File name
+	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL nlopez.docx
+	TESIS FINAL ANITA.docx
+	http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12...
+	ROSA DEL CARMEN VASQUEZ MARTINEZ.docx
+	http://www.lacamaradequito.com/uploads/tx_documents/prorrogadeplazoparapemisosdef...
+	http://www.activate.ec/sites/default/files/la_constitucion_en_la_practica- cartilla_6.pdf

100% Active ✓ External source: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/2195/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPO-1...> 100%

CERTIFICACIÓN Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por

la (

describir el grado académico que posee previa la incorporación), (nombres, apellidos), como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de (describir grado académico que aspira obtener). DIRECTOR DE TESIS _____ (nombres, apellidos) REVISOR(ES) _____ (nombres, apellidos) _____ (nombres, apellidos) DIRECTOR DEL PROGRAMA/CARRERA _____ (nombres, apellidos) Guayaquil, a los (día) del mes de (mes) del año (año)

FACULTAD DE... / SISTEMA DE POSGRADO) (CARRERA/ESPECIALIZACIÓN/PROGRAMA) DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD Yo, Karla Amada Chambers Quiros DECLARO QUE: La Tesis (Titulo del Trabajo fin de grado)

previa a la obtención del Grado Académico de (mención del grado académico que aspira),

ha sido desarrollada en base a 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

de la tesis del Grado Académico en mención. Guayaquil,

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar y me complace sobre manera a través de este trabajo de tesis exteriorizar mi más sincero agradecimiento en primer lugar a Dios por permitirme hacer realidad este sueño de culminar un logro más en mi vida profesional, así como un sin número de bendiciones.

Agradezco a mis queridos padres, mis mayores ejemplos de vida, por ese apoyo incondicional en todos los años de estudio durante toda mi carrera profesional, por la confianza depositada en mí y sobre todo por ese gran amor que me profesan y que hizo posible que consiga cada meta trazada en la vida. Quienes me guiaron con mucho cariño y paciencia siempre para mantenerme firme en mis objetivos e ideales.

A mi amado esposo, por ser un amigo incondicional, por confiar en mí y quien con su amor y consejos me ha motivado a continuar preparándome para ser cada día mucho mejor, a su constante apoyo y aliento para que siga adelante, que no me permitió desfallecer y me incentivo a la culminación de este gran trabajo.

Agradezco a mi tutor de tesis Ing. Pablo Ortiz por sus conocimientos acertados, por su paciencia y tiempo, por su asesoría y orientación brindada para que este trabajo se convierta en una verdadera realidad.

Marjorie Patricia Romo Fernández

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis se lo dedico a Dios quien me ha concedido la sabiduría y ha sido mi apoyo espiritual en todo momento.

A mis padres quienes me brindan cada día sus sabios consejos y apoyo incondicional y son mi fuente de motivación y de superación.

A mi esposo quien ha sido un gran apoyo en el desarrollo de este proyecto y que sin su valiosa ayuda no hubiese sido posible culminar esta tesis, por su paciencia, confianza, sacrificio, esfuerzo y sobre todo por su gran amor.

A mis profesores de la universidad por sus enseñanzas, sus conocimientos, sus experiencias impartidas hacia nosotros para obtener este gran triunfo.

Marjorie Patricia Romo Fernández

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	8
JUSTIFICACIÓN.....	10
CAPÍTULO I	13
1 MARCO TEÓRICO	13
1.1 TEORÍAS DE LA ADMINISTRACIÓN	13
1.1.1 <i>GESTIÓN DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS</i>	15
1.2 CONCEPTOS	16
1.2.1 <i>SISTEMAS DE SALUD</i>	16
1.2.2 <i>CONCEPTO DE SISTEMA DE SALUD Y SU APLICACIÓN EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS</i>	17
1.2.3 <i>INDICADORES DE SALUD</i>	20
1.2.4 <i>INDICADORES BÁSICOS DE SALUD EN EL ECUADOR Y LA PROVINCIA DEL GUAYAS</i>	21
1.3 CONTEXTO INTERNACIONAL	31
1.3.1 <i>MODELOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD Y SUS INDICADORES</i>	31
1.3.1.1 Modelos de atención en Cuba.....	34
1.3.1.2 Modelo de atención en España	35
1.3.2 <i>El MODELO POR NIVELES DE ATENCIÓN</i>	36
1.3.3 <i>ANÁLISIS DEL ENTORNO</i>	39

1.3.4	<i>TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS</i>	41
CAPÍTULO II		47
2 METODOLOGIA DE ESTUDIO Y ANALISIS DE LOS INDICADORES ORIENTADOS A LA CALIDAD EN GINECO-OBSTETRICIA		47
2.1	PROBLEMA.....	47
	HIPÓTESIS.....	49
2.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	50
2.2.1	<i>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</i>	50
2.2.2	VARIABLES ANALIZADAS	50
2.2.3	<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</i>	51
2.2.4	<i>POBLACIÓN</i>	51
2.2.5	<i>PERÍODO DE INVESTIGACIÓN</i>	52
2.2.6	<i>UNIVERSO</i>	52
2.2.7	<i>RECURSOS EMPLEADOS</i>	54
2.2.8	<i>MANEJO DE LA INVESTIGACIÓN</i>	55
2.3	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	55
2.4	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	56
2.5	INDICADORES DE CALIDAD DE ASISTENCIA EN OBSTETRICIA	57
2.5.1	INDICADORES HOSPITALARIOS	62
2.5	MARCO LEGAL.....	63
2.7	CONSIDERACIONES ÉTICAS	64
CAPÍTULO III		66

3 ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS DE LOS INDICADORES GINECO-OBSTETRICOS EN LAS UNIDADES DE SALUD DEL MSP DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS

3.1	INDICADORES GINECO OBSTÉTRICOS	66
3.1.1	PARTO NORMAL	66
3.1.2	PARTO COMPLICADO.....	71
3.1.3	CESÁREAS.....	74
3.1.4	ABORTOS.....	77
3.1.5	CURETAJES.....	80
3.1.6	NACIDOS VIVOS (PESO < 2500 g).....	83
3.1.7	NACIDOS VIVOS (PESO > 2500 g).....	86
3.1.8	NACIMIENTO GEMELAR.....	89
3.2	APLICACIÓN DE LAS RAZONES.....	92
3.2.1	Razón: Número de cesáreas / número de partos normales.....	92
3.2.2	Razón: Número de partos normales / Total de Partos Atendidos:	94
3.2.3	Razón: Número de Abortos / Total de Legrados.....	95
3.2.4	Razón: Número de Curetajes / Total de Legrados.....	96
3.2.5	Razón: Número de cesáreas / Número Total de Partos (Vaginales + Cesáreas).....	97
3.3	DATOS RELEVANTES: TASA DE NATALIDAD GENERAL POR AÑO X 100.000 HABITANTES	100

CAPÍTULO IV..... 102

4	PROPUESTAS DE INDICADORES DE SALUD PARA MEJORAR LA VIGILANCIA DE LA MORBIMORTALIDAD DE LAS MUJERES GESTANTES.....	102
4.1	PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLOS.	106
4.2	DERECHOS Y GARANTIAS DE LAS USUARIAS.....	109
4.2.1	<i>Gestión de hemoderivados</i>	112
4.2.2	<i>Gestión de seguridad</i>	113
4.2.3	<i>Gestión de residuos biológicos</i>	114
4.2.4	<i>Gestión de riesgos</i>	115
4.3	CRITERIOS TÉCNICOS Y PROTÓCOLOS.....	118
4.4	RECURSOS HUMANOS CALIFICADOS.....	127
4.5	INFORMACIÓN ESTRATÉGICA, AUDITORÍA Y EVALUACIÓN	132
5	CONCLUSIONES.....	138
6	RECOMENDACIONES.....	13941
7	BIBLIOGRAFÍA.....	144
8	ANEXOS	150
8.1	ANEXO 1.- ASPECTOS LEGALES	150
8.2	ANEXO 2.- FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	154
8.3	ANEXO 3.- GRUPOS PROCESALES MÁS COMUNES DE ATENCIÓN GINECO-OBSTÉTRICA EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS.	155
8.4	ANEXO 4.- ESQUEMAS DE NORMAS SUGERIDAS.....	158
8.5	ANEXO 5.- COSTOS DE CESÁREA	161
8.5.1	<i>ANEXO 5.- COSTOS DE PARTO EUTÓSICO</i>	162
8.6	ANEXO 6.- SIGLAS Y ABREVIATURAS POCO USUALES.....	163

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: <i>DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL-AÑO2010</i>	22
TABLA 2: TOTAL DE MUJERES POR ÁREA SEGÚN EDAD	23
TABLA 3: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA PROV. GUAYAS NOTIFICADAS AÑO 2010	26
TABLA 4: DEFUNCIONES NOTIFICADAS POR MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS.	27
TABLA 5: ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN EL ECUADOR.....	28
TABLA 6: EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD ECUADOR 1950-2010.....	29
TABLA 7: NÚMERO DE UNIDADES DE SALUD POR INSTITUCIÓN CON SERVICIO DE CONE.....	39
TABLA 8: FORMATO DE VARIABLES	56
TABLA 9: PARTO NORMAL (%) ATENDIDO EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012).....	68
TABLA 10:PARTO COMPLICADO ATENDIDO EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012).....	72
TABLA 11: CESÁREAS (%) ATENDIDAS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012).....	75
TABLA 12:ABORTOS (%) ATENDIDOS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012).....	78

TABLA 13: CURETAJES (%) ATENDIDOS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012).....	81
TABLA 14: POR NACIDOS VIVOS (PESO < 2500 G) (%)ATENDIDOS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)	84
TABLA 15:POR NACIDOS VIVOS (PESO > 2500 G) (%)	87
TABLA 16: NACIMIENTO GEMELARATENDIDO EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012).....	90
TABLA 17: NÚMERO DE CESÁREAS / NÚMERO DE PARTOS NORMALES (PERIODO 2009 – 2012)	93
TABLA 18: NÚMERO DE PARTOS NORMALES / TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS (PERIODO 2009 – 2012).....	94
TABLA 19: NÚMERO DE ABORTOS / TOTAL DE LEGRADOS (PERÍODO 2009 – 2012).....	96
TABLA 20: NÚMERO DE CURETAJES / TOTAL DE LEGRADOS (PERÍODO 2009 – 2012).....	97
TABLA 21: INDICADORES DE IMPACTO	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PROVINCIA DEL GUAYAS	53
GRÁFICO 2:FRECUENCIA PORCENTUAL DE PARTO NORMAL EN UNIDAD DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012).....	69
GRÁFICO 3:TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE PARTOS NORMALES 2009 - 2012 (UNIDAD DE SALUD GUAYAS).....	70
GRÁFICO 4: FRECUENCIA PORCENTAL DE PARTO COMPLICADO EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012).....	72
GRÁFICO 5: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE PARTOS COMPLICADOS POR UNIDAD DE SALUD (2009-2012).....	74
GRÁFICO 6::FRECUENCIA PORCENTUAL DE CESÁREAS EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)	76
GRÁFICO 7:: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE CESÁREAS POR UNIDAD DE SALUD (2009-2012).....	77
GRÁFICO 8:: FRECUENCIA PORCENTUAL DE ABORTOS EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)	79
GRÁFICO 9: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE ABORTOS EN UNIDADES DE SALUD MSP (2009-2012).....	80
GRÁFICO 10:: FRECUENCIA PORCENTUAL DE CURETAJES EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)	82
GRÁFICO 11:: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE CURETAJES EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012).....	83

GRÁFICO 12:: FRECUENCIA PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS DE < 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)	85
GRÁFICO 13::TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS < 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)	86
GRÁFICO 14: FRECUENCIA PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS > 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)	88
GRÁFICO 15:TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS > 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)	89
GRÁFICO 16: FRECUENCIA DE NACIMIENTO GEMELAR EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)	91
GRÁFICO 17: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE NACIMIENTO GEMELAR EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012).....	91
GRÁFICO 18: NÚMERO DE CESÁREAS / NÚMERO DE PARTOS NORMALES , UNIDAD DE SALUD MSP GUAYAS (PERÍODO 2009 – 2012).....	93
GRÁFICO 19: NÚMERO DE PARTOS NORMALES / TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS UNIDAD DE SALUD MSP GUAYAS (PERÍODO 2009 – 2012)..	95
GRÁFICO 20: NÚMERO DE CESÁREAS /NÚMERO TOTAL DE PARTOS (VAGINALES + CESÁREAS) H.G GUAYAQUIL PERÍODO 2009 - 2012 Y TENDENCIA AL 2013	98
GRÁFICO 21:: NÚMERO DE CESÁREAS /NÚMERO TOTAL DE PARTOS (VAGINALES + CESÁREAS) H.E MARIANA DE JESÚS PERÍODO 2009 - 2012 Y TENDENCIA AL 2013	99
GRÁFICO 22:: NÚMERO DE CESÁREAS /NÚMERO TOTAL DE PARTOS (VAGINALES + CESÁREAS) H.B.M.I GUASMO PERÍODO 2009 - 2012 Y TENDENCIA AL 2013	100

GRÁFICO 23: TASA DE NATALIDAD GENERAL POR AÑO POR 100.000 HAB;
GUAYAS 2009 -2012 Y TENDENCIA AL 2013 101

RESUMEN

El Ecuador presenta pocos datos oficiales como indicadores de salud reproductiva, y de los pocos que se tienen, es difícil establecer un seguimiento de la tasa de cesárea y mortalidad materna, siendo conocido que la tasa de cesárea se ha incrementado con el paso de los años por factores que en su gran mayoría son de aspectos médicos, de género, económicas, sociales y culturales entre otras.

La provincia del Guayas dada la extensión territorial que la conforma, presenta dos hospitales de especialidad en el área gineco-obstétrica lo que resulta insuficiente técnicamente hablando para la cantidad de población que mantiene. Este trabajo se realizó en base a un diseño no experimental u observacional, durante el período 2009 – 2012, sobre la base de la información obtenida en los archivos de las unidades de salud de la red CONE perteneciente a la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

Con este estudio se intenta proponer estrategias para la reducción de cesáreas ayudado de indicadores escogidos para esta naturaleza de investigación, realizando primero la selección de los diagnósticos relevantes de las atenciones gineco-obstétricas y agrupándolas sobre tratamientos quirúrgicos comunes, sobre los que se diseñaron los indicadores a utilizar para la elaboración de la tesis, y poner a disposición de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, indicadores de salud asistencial para medir los avances y el verdadero impacto de la utilización de cualquier sistema de atención en salud dirigida a las mujeres gestantes, dividiéndolas en 5 áreas estratégicas como son: La planificación familiar, los derechos y garantías de las usuarias, los criterios técnicos y protocolos, los recursos humanos, y el estudio de la información.

Palabras claves: tasa de cesárea, mortalidad materna, indicadores de salud asistencial, Red CONE.

ABSTRACT

Ecuador has little official data as indicators of reproductive health, and from the few available, it is difficult to track the rate of cesarean section and maternal mortality, being known that the caesarean section rate has increased over the years by factors that are mostly medical, gender, economic, social and cultural aspects among others.

The province of Guayas, given the land area that conform it, has two specialty hospitals in the gynecological and obstetric area which is technically inadequate for the amount of population it contains. This work was based on a non-experimental or observational design, during the period 2009 - 2012, based on the information obtained from the records of the Red CONE network health units belonging to the Provincial Health Department of Guayas.

This study attempts to propose strategies to reduce cesarean section assisted by indicators chosen for this kind of research, by first selecting the relevant diagnoses of gynecological and obstetric care and grouping them on common surgical treatments, for which indicators were designed used for the preparation of the thesis, and make available to the Provincial Health Department of Guayas, health care indicators to measure progress and the true impact of the use of any health care system aiming at pregnant women, dividing them into five strategic areas such as: Family planning, rights and guarantees of users, technical standards and protocols, human resources, and the study of information.

Keywords: cesarean section rate, maternal mortality, health care indicators, Red CONE.

INTRODUCCIÓN

El modelo de Atención Primaria de Salud incorporado en la Carta Magna del Ecuador en su artículo 360, es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Asamblea Nacional, 2008, pág. 165).

El Análisis de la Situación de Salud, junto a la Atención Primaria de Salud, constituyen las principales herramientas con que cuentan los salubristas para el establecimiento del diagnóstico de salud de una población o una comunidad determinada. Su desempeño enmarcado en el ámbito comunitario se orienta directamente a los problemas de salud que allí prevalecen. Lo complejo y la tendencia abarcadora del análisis precisan aclaraciones sobre sus fundamentos teóricos, evolución histórica, propuestas metodológicas y enfoques vigentes, aunque su aporte no ha sido reconocido en toda su dimensión. Sin duda es el eje conductor de las corrientes y de tendencias que pretenden explicar el comportamiento de la enfermedad y la muerte en cualquier época. En Ecuador, a la salud no se la ha concebido como un bien invaluable de la población, por ello más que de inversión se habla de gasto en salud.

Los servicios de salud, a pesar de la gran inversión económica realizada por el gobierno actual ha demostrado que la atención sanitaria existente continua menos ineficiente, menos ineficaz, y se realizan acciones con el objetivo de fortalecer la calidad a pesar de existir

normas de acreditación con el aval de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y que fue publicada en el Registro Oficial No. 670 del noveno mes del 2002, y que se encuentra en vigencia, ya que tal como dice la ley, para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implemento el Plan Integral de Salud, el mismo que está garantizado por el Estado, como estrategia de Protección Social en Salud, siendo accesible y de cobertura obligatoria para toda la población, por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural. (Registro Oficial, 2002) (Registro Oficial, 2006).

En los derechos fundamentales de la Constitución están plasmados los derechos de las personas y grupos de atención prioritarios como se observa en el Capítulo tercero, sección cuarta en su artículo 43, donde se indica que el Estado garantiza a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, los derechos a no ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos social, educativo, y laboral; la gratuidad de los servicios de salud materna; así como la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto; disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (Asamblea Nacional, 2008, pág. 34).

Con el fin de actualizar una propuesta acorde con los tiempos modernos basado en las experiencias de mejora de la atención llevadas por miembros del control de calidad de Unidades de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), a lo largo de tres años de ejecución en doce provincias desde el 2008, y tomando en esta tesis como muestra la provincia del Guayas, se realiza el análisis del comportamiento de los indicadores gineco obstétricos de la Provincia del Guayas durante los años 2009 al 2012 con el fin de identificar los

procedimientos gineco-obstétricos que se pusieron en práctica y los resultados logrados, en comparación con los estándares referenciados en las normas y procedimientos de la ley de maternidad gratuita.

Se parte de la hipótesis que al ser aplicada la norma se tendrían indicadores que podrían ser comparados con las que nos indica la OMS, lo que nos llevaría a lograr la identificación de los problemas gineco obstétricos de la población y sus verdaderas necesidades en su estado y nivel de salud, de esta manera se podrían sugerir medidas de prevención que se pueden aplicar en las nuevas unidades de salud en fase de expansión y lograr mejoras en la atención materno-neonatal del servicio público.

A partir de estas valoraciones se hace evidente el alcanzar el objetivo de todo sistema de salud, que no es otro que, el de mejorar el estado de salud de la población, y para ello se debe medir la situación en que se encuentra periódicamente para identificar los problemas que lo afectan y aplicar medidas encaminadas a su solución; por lo tanto en este estudio se utilizaran indicadores de salud, los mismos que sirven para evaluar la competencia y desempeño de las diferentes unidades de la salud y el grado de aceptabilidad por parte de la población con los servicios.

De conformidad con la Constitución Política de la República vigente desde Septiembre del 2008, el Ecuador es un estado social, de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, pluricultural y multiétnico. Entre los principales problemas políticos y sociales que afectan directamente a la situación de salud, destacan: los altos niveles de pobreza, aumento significativo de los niveles de indigencia, falta de médicos especialistas, tecnología de punta en el equipamiento de los hospitales.

Un 30% de la población ecuatoriana se encuentra sin cobertura de salud; según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del 2011, en nuestro país se registra un aumento de la población adulta de la fuerza laboral y una disminución de los índices de natalidad; se añade a esto el inadecuado y lento funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, debido principalmente a una fragmentación del sector médico por consideraciones políticas impuestas, y falta de coordinación con las instituciones de salud privadas, sumándose a la falta de infraestructura sanitaria y de especialistas, agravada por la centralización de decisiones en la asignación de recursos.

En el año 2008 el Estado Ecuatoriano promulga una nueva constitución que fue regulada a la Primera Carta Política de 1830 y que garantiza la salud desde el punto de vista del tratamiento individual, de acuerdo a la morbilidad, por etiología clínica regionales sumados a factores de idiosincrasia y culturización de los diferentes grupos poblacionales en sectores urbano- marginales y rurales del país.

Las Leyes Nacionales del Ecuador reconocen la relación que existe entre el derecho a la vida, a la seguridad y a la integridad física y al entorno físico en el que vive el individuo. Es por lo anotado que la Constitución confiere al Estado la responsabilidad de asegurarse el ejercicio de este derecho y establecer con carácter de ley, restricciones sobre los demás derechos y libertades en la medida que sea necesario.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) en procura de revitalizar su gestión ha impuesto la formulación de Políticas Nacionales de Salud para orientar los procesos de reforma sectorial e institucional en este campo, destacándose la redefinición de su rol en función de la rectoría y

modernización del estado, la nueva organización del sector salud, y la desconcentración y descentralización de los servicios, la asignación de recursos orientados a la demanda, la potencialización de la promoción de salud mediante la coordinación intersectorial y rol activo de la sociedad civil, con perspectiva para el desarrollo de la salud pública regida por los principios de equidad, universalidad, integralidad, solidaridad y eficiencia.

Como parte del desarrollo de este trabajo, es de suma importancia revisar los indicadores gineco obstétricos en las unidades de salud pertenecientes a la Dirección de Salud de la Provincia del Guayas, toda vez que el porcentaje señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la tasa de cesáreas no debe sobrepasar el 15% del total de partos atendido en una unidad hospitalaria esta estimación nace de un estudio de cerca de trescientas mil cesáreas y establece los indicadores de calidad de subutilización y de tasas elevadas (Souza et al., 2010), La tasa estimada de cesáreas en el mundo fue de 15%. Si analizamos esta tasa desagregada, encontramos valores como en África de 3,5%, con valores máximos en Sudáfrica (15,4%), Egipto (11,4%) y Túnez (8,0%). En Asia con 15,9%, siendo China el más alto (40,5%), seguido de Hong Kong (27,4%) y Líbano (23,3%). Nepal y Camboya presentaron las menores tasas (1,0%). Europa es un poco más elevado, globalmente tienen 19,0% con Italia y Portugal liderando, 36,0% y 30,2%. En América Latina la situación es la más compleja ya que tienen las tasas más elevadas globalmente, el valor promedio fue de 29,2%, con los valores más bajos en Haití (1,7%) y Honduras (7,9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) y Chile (30,7%). (“Tasas de cesáreas,” 2007)(Morera S, 2013).

Sin embargo se ha podido detectar que en los hospitales públicos el porcentaje de cesáreas supera lo normado por la OMS, como es el caso en algunas provincias del Ecuador. No se

toman en cuenta las unidades de salud privadas porque el porcentaje de atenciones gineco-obstétricas que se realizan en la provincia del Guayas según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), le corresponden el 25% del total de todas las atenciones.

Para esto el Estado ecuatoriano, indica en el Artículo N° 2 de la Ley de Maternidad Gratuita, que está incluida en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud que: "Toda mujer Ecuatoriana tiene derecho a la atención de Salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como el acceso a programas de salud sexual y reproductiva".

De los pocos estudios realizados en nuestro país, es notorio que el porcentaje de cesáreas en la mayoría de las Provincias se ha incrementado por no considerarse los criterios técnicos para realizar dicho procedimiento. El MSP, siguiendo las normas internacionales, recomienda realizar cesáreas en caso de desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, complicaciones en el parto normal, eclampsia, pre-eclampsia, ruptura prematura de membrana entre las causas más frecuentes.

El MSP en el año 2006 mediante el Acuerdo Ministerial N° 028, aprobó y autorizó la publicación del Manual de Estándares Gineco Obstétricos que son indicadores para medir la calidad de atención materno infantil y que se han venido implementando en algunas Provincias por los equipos de mejoramiento continuo de la calidad, con el fin de optimizar la decisión de cuando se debe de realizar una cesárea u otro procedimiento gineco-obstétrico y que pueda influir en la salud de las gestantes, con la finalidad de disminuir las tasas de morbimortalidad materno-infantil, y con esto, poder sugerir las medidas de prevención y

control que permitan disminuir esta problemática de salud pública que ha resurgido en los últimos años como una de las más importantes en el área Gineco - obstétrica.

Se sabe que en la Provincia del Guayas, el estado ha invertido financieramente en salud, dirigida especialmente al área materno infantil, ya que hoy se consideran como las principales responsables de muertes maternas: las hemorragias, infecciones puerperales, pre eclampsia severa, abortos, y legrados como los más comunes, siendo los indicadores adecuados quienes podrán mostrarnos el estado real de la salud de la provincia. Los indicadores gineco-obstétricos que se ofrecen en este estudio y que se desarrollara en los próximos capítulos, tiene por objeto mostrar la tendencia de los indicadores y poder emitir recomendaciones que podrían facilitar a la Dirección Provincial de Salud del Guayas, la elaboración de marcos de vigilancia y evaluación para programas de salud sexual y reproductiva.

ANTECEDENTES

El problema de la mortalidad materna radica en que se asocia fuertemente con la perinatal, además, se ha identificado que el 99% de 5,7 millones de muertes perinatales, ocurren también en el mundo en vías de desarrollo. La muerte perinatal cerca del 50% ocurre en la etapa antenatal y la mayor parte de la otra mitad en los primeros 7 días de vida (mortalidad neonatal precoz). (González P, 2010)

En América Latina, las causas más frecuentes de mortalidad materna corresponden a: hemorragias (20%), pre-eclampsia (22%), otras complicaciones posparto (15%), otras causas directas (17%) y causas asociadas al aborto (11%). Solo en el 15% se identifican causas no prevenibles o morbilidad agravada por el embarazo, por lo que las causas evitables son la mayoría, además de que las brechas de salud y la inequidad se comporta como un indicador de impacto importante en nuestra región (Bähr & Wehrhahn, 1993)(Braveman & Tarimo, 2002)(Victoria, Barros, Huttly, Teixeira, & Vaughan, 1992).

En Ecuador las políticas sanitarias han apuntado a la reducción acelerada de la Mortalidad Materna e infantil, desde este punto de vista ha modernizado sus procesos de normalización e incluido oficialmente a la norma CONE (norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial) , esta estrategia, basada en estudios de campo, según el MSP El CONE es una estrategia que responde al objetivo general del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS2, que coordina a los prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales articulados por territorios: parroquial, cantonal y provincial o a su vez respondiendo a la nueva organización territorial del país: circuito, distrito y zona, con capacidad resolutoria según el

nivel de atención, incluyendo y coordinando a los proveedores de salud de la medicina ancestral. Tiene como propósito asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres y recién nacidos/as que lo requieran. La estrategia CONE ofrece servicios integrados y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año. Además fortalece el sistema de vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna e incorpora la Mortalidad Neonatal definido para el efecto. (“MSP emite la norma CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal,” n.d.)

JUSTIFICACIÓN

Realizar el análisis del comportamiento de los indicadores Gineco obstétricos en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Guayas, es un proceso investigativo prioritario para consolidar la evidencia local y es un rol fundamental en la formación y ejercicio de los Gerentes de servicios y sistemas de Salud. En Ecuador la Constitución de la Republica, menciona explícitamente en la sección cuarta, en el artículo 43 sobre las Mujeres embarazadas, que El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

En el artículo 69, Se promoverá la maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo. En el Artículo 369, explicita la cobertura del seguro universal obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las

contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.

En la política del buen vivir del Estado Ecuatoriano, se menciona explícitamente en la Política 1.1. Garantizar los derechos del Buen Vivir para la superación de todas las desigualdades (en especial salud, educación, alimentación, agua y vivienda), Ampliar la cobertura y acceso de los servicios públicos de salud y educación para toda la población, mejorando la infraestructura física y la provisión de equipamiento, a la vez que se eliminen barreras de ingreso a grupos de atención prioritaria, mujeres, pueblos y nacionalidades.

El establecer un proceso de evidencia de los indicadores en Guayas genera aportes y beneficios en varios niveles:

Nivel social: ya que realizamos un diagnóstico situacional y además de la evolución de la mortalidad materno infantil en las unidades del Guayas, esto puede evidenciar las brechas y los factores que estén incidiendo y así darle un enfoque social, reforzando políticas de inclusión y cobertura.

Nivel académico y de comunidad científica: para que se siga fortaleciendo el portafolio de evidencia científica y así poder tener análisis más complejos y completos, esto resulta en mejores insumos para los tomadores de decisiones.

Nivel de toma de decisión local: tendría un insumo local y de alta calidad para poder definir las líneas estratégicas en el mejoramiento de la calidad de los servicios materno infantiles y adicionalmente de la salud perinatal.

Nivel de profesionales de la salud: podrá conocer cuál es el impacto de las políticas públicas nacionales y realizar procesos de reflexión para el mejoramiento de competencias para aportar en la disminución acelerada de la mortalidad materna infantil.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el comportamiento de los indicadores Gineco-Obstétricos en las Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Guayas, durante los años 2009 al 2012 y sugerir indicadores de salud que fortalezcan la vigilancia en la atención de la mujer gestante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Documentar la Gestión de la Salud y sus Indicadores de las unidades del Ministerio de Salud Pública del Guayas durante el periodo 2009-2012.
2. Determinar los indicadores Gineco-Obstétricos de parto, aborto, curetaje y nacimiento de las pacientes que acudieron a las Unidades de Salud del Sector Público en la provincia del Guayas durante el período 2009-2012.
3. Proponer un plan para mejorar la vigilancia de la morbimortalidad de la embarazada.

CAPÍTULO I

1 MARCO TEÓRICO

1.1 TEORÍAS DE LA ADMINISTRACIÓN

Los orígenes del desarrollo de la Administración en Salud como disciplina se asignan unánimemente a dos hechos genéricos (Mora Morales, 2000)(Castro & Rangel, 1981):

1. El primero a considerar, fue el crecimiento acelerado y desorganizado de las empresas que dificultó las labores de los administradores y obligó a un enfoque científico que sustituyera al empirismo existente. Del aumento del tamaño de las empresas surgen las condiciones para poder plantearse la producción a largo plazo y la necesidad de una planificación no improvisada.

2. Como segundo hecho importante, fue la necesidad de aumentar la eficiencia y la competencia de las organizaciones. Surgió la producción en masa, las empresas entran en un ámbito de competitividad y se hace necesario aprovechar al máximo los recursos al mismo tiempo. Así surgen los primeros intentos de división del trabajo entre quienes piensan y quienes ejecutan.

Surgen entonces dos corrientes, por un lado, la escuela de la administración científica, desarrollada en los Estados Unidos a partir de los trabajos de Taylor, y por otro lado, la corriente de los anatomistas y fisiólogos de la organización, llamada teoría del proceso administrativo, que se desarrolló en Francia a partir de los trabajos de Fayol. El concepto de disciplina, ámbito específico del saber, que a su vez tiene un área específica de la práctica, no

coincide con una única ciencia, sino que se nutre de varias ciencias para su desarrollo, así, en la administración como disciplina, se utilizan conocimientos de ciencias como la sociología, la psicología, la economía, entre otras.(Castro & Rangel, 1981)

El marco conceptual abarca las múltiples corrientes de pensamiento, y su evolución a lo largo del tiempo, en las que los distintos autores han tratado de dar explicaciones científicas a los elementos de interés para una disciplina. Los marcos conceptuales de la administración como disciplina han estado influenciados por los paradigmas vigentes en cada momento dentro de las Ciencias Sociales. El término paradigma (explicaciones a los fenómenos nucleares de una disciplina desde el ámbito científico que gozan de consenso entre los expertos de un determinado campo del saber y en un momento concreto) fue acuñado por Khun, y la comunidad científica lo adoptó rápidamente para calificar las corrientes de pensamiento dominantes en un momento dado. (Chiavenato, 1990)

La palabra administración puede llevar a confusión puesto que su utilización se ha generalizado para aludir a muy diferentes ámbitos; por ejemplo, se habla de administración sanitaria cuando se refiere al sistema sanitario. Desde un punto de vista epistemológico, la Administración es la disciplina que se encarga del conjunto de medidas a través de las cuales se desarrolla la actividad de la dirección. Una de las actividades de los directivos que consiste en la combinación de los medios humanos y materiales en función de la consecución de un fin es la organización. A veces, se usa para definir a la propia empresa cuando, por ejemplo, se habla de organización sanitaria, pero desde el punto de vista disciplinario de salud, nos estaríamos refiriendo a la forma en que se desarrolla la coordinación del trabajo en esa empresa.(Restrepo & Mejía, 2005).

1.1.1 GESTIÓN DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS

El Análisis de la situación de salud, que según Castellanos tuvo poca repercusión en los servicios sanitarios en la mayoría de los países, acompaña al sistema nacional de salud desde sus inicios acuñado como diagnóstico de salud, su uso no se sistematiza en los servicios, y en la década del 70 renace al desarrollarse un nuevo modelo de atención denominado Medicina en la Comunidad, modelo aplicado en base a la buena experiencia de la medicina cubana de dicha época, en la que se incluye como elemento práctico las especialidades básicas de la Atención Primaria en salud. Sin duda, su “refugio privilegiado” fue el ámbito académico, y con el surgimiento del modelo de Medicina Familiar en la década del 80, resurge el análisis de la situación de salud como instrumento técnico-metodológico idóneo y como habilidad singular del médico de familia, que durante los 3 años de su etapa de residente realiza análisis semestrales en la comunidad que atiende (Sansó, 2001).

El Ministerio de Salud Pública, ha notado que para lograr mejorar la atención no basta con tener una norma nacional actualizada, sino que multiplico acciones en gestiones de salud de forma efectiva y sostenida con la finalidad de borrar la imagen del sistema de salud antiguo. Para ello, la Dirección Nacional de Normalización ha introducido los métodos y herramientas de Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) en el proceso de gestión del cumplimiento de la Norma Nacional, el mismo que consiste en un conjunto de actividades específicas a ser desarrolladas en el Nivel Central, Direcciones Provinciales, Direcciones de hospitales y Jefaturas de Área, todas ellas orientadas a socializar el contenido de la nueva Norma Nacional, con la intención de fortalecer las gestiones en salud para su aplicación efectiva, y

poder medir el grado de su cumplimiento a través de indicadores de salud, así como fortaleciendo los diferentes niveles y unidades de salud que muestren deficiencias.

El Ministerio de Salud Pública por medio de un estudio piloto, realizó una investigación en unidades de salud de once provincias iniciales que desarrollaron el proceso de mejoramiento de calidad continuo aplicado a las unidades de cuidados obstétricos y neonatales, con el fin de multiplicar los mejores procedimientos a todas las provincias y unidades de salud del País que atiende el Ministerio de Salud Pública, tratando de convertir la mejora continua de la calidad y la gestión del cumplimiento de la Norma, en uno de los ejes políticos de desarrollo nacional según lo que se manifestó en la ciudad de Quito. (Subsecretaría de Desarrollo Institucional. Gestión para la Calidad en Unidades descentralizadas. Quito, Septiembre 2000).

1.2 CONCEPTOS

1.2.1 SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud son estructuras sociales conformadas por organizaciones, instituciones, recursos, que en conjunto tienen como objetivo el mejoramiento de la salud individual y colectiva. Los sistemas tienen diferentes configuraciones, especialmente desde el punto de vista de pertenencia de las instituciones (públicas o privadas) además se configuran de acuerdo al desarrollo de las funciones básicas.

Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.(Organization, 2010)(*Análisis gerencial de los sistemas de salud*, 1983)(Pardo & Corella, 2001)

1.2.2 CONCEPTO DE SISTEMA DE SALUD Y SU APLICACIÓN EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS

El Sistema de Salud puede entenderse como el conjunto de factores que determina el grado de salud de una población, los agentes que actúan sobre ellos y sus mecanismos de relación. Esta definición es útil para analizar cuáles son los factores que influyen en la salud, así como cuánto y cómo influyen en la misma, pero tiene limitaciones prácticas, porque es difícil establecer dónde empieza y dónde termina el sistema de salud.

Se observa que, la salud depende de muchos factores, entre los que se encuentran la renta de las personas, la educación (especialmente de las mujeres), el acceso al agua potable, el saneamiento básico, el trabajo remunerado, la vivienda y la estabilidad social. Estos factores, que tienen en conjunto una importancia sustancialmente mayor para la salud que los servicios de salud, abarcan un amplio abanico de ámbitos de la sociedad, como la riqueza y su distribución, el modelo económico y las políticas sociales o ambientales.

En su informe del año 2000, la OMS define sistema de salud como el «conjunto de organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo primordial es proteger y mejorar la salud». Aun siendo más concreta, esta definición sigue teniendo limitaciones para una que sirva para identificar funciones, agentes y políticas. Otra forma de definir un sistema de salud

es como el conjunto de instituciones y recursos dedicados a la atención de salud de las personas de una población incluyendo la definición de los derechos de atención a la salud de esta población, cómo se financian y cómo se producen los servicios, su organización y articulación. Incluye, además, la regulación sobre algunos determinantes de la salud relacionados con la higiene de los alimentos y el medio ambiente (World Health Organization, 2000).

En resumen: los sistemas de salud actuales son el resultado de su propia evolución histórica y la de su país. Basados en sus inicios en criterios de beneficencia, los sistemas europeos actuales se han desarrollado sobre dos modelos básicos: el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social. El concepto de sistema de salud no es único, la utilidad de una u otra definición depende del objetivo que se busque con su aplicación. En la práctica, es útil considerar los sistemas de salud como el conjunto de recursos que se dedican a la atención de las personas y que además asumen las funciones de regulación o coordinación de los ministerios de salud, vinculadas a los factores de riesgo para la salud.

En cada país pueden encontrarse uno o varios sistemas de salud. En general, existen por lo menos dos, con distintos grados de organización: el sistema financiado con recursos públicos y el privado. Aunque puede identificarse un objetivo general, que es común en la mayoría de los sistemas de salud pública: «contribuir a la mejora de la salud de la población y hacerlo de la manera más equitativa y eficiente posible», los fines más específicos dependen de cada país y de cada sistema en particular. Las funciones básicas más importantes de los sistemas de salud son la rectoría o dirección del sistema, la financiación y la provisión de los servicios de salud. Los ministerios de salud, los seguros sociales y privados, las administradoras de fondos

públicos, los proveedores de servicios y los productores de insumos son los agentes más habituales.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el marco del cumplimiento de los objetivos del milenio propuestos por la Organización Panamericana de Salud y en concordancia con las prioridades gubernamentales contempladas en el Plan Nacional de Desarrollo, estableció un plan piloto de mejora continua de la calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial. Este plan piloto se lo puso en práctica entre 65 y 70 unidades de salud dedicadas a la atención gineco-obstétrica, en 12 provincias, entre las que estaba incluida la provincia del Guayas.

Este proceso comprendió la conformación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad que calificaban la atención a las mujeres gestantes, antes durante y después del parto, así como la atención brindada a los recién nacidos; se aplicaron protocolos de atención como el uso del partograma, el manejo activo de la tercera etapa del embarazo, la mejora en la atención prenatal y la atención en el recién nacido y en el puerperio inmediato, bajo estándares de calidad.

Actualmente el MSP dentro de los objetivos de mejorar y asegurar la atención a las mujeres gestantes, ha publicado guías de salud como el Manual de Estándares e Indicadores para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, las guías para la Capacitación Clínica en los Centros de atención Obstétrica y Neonatal, La Norma Nacional para el Manejo Activo de la III etapa del Parto y Herramientas para la Capacitación Clínica en la Atención Obstétrica y Neonatal.

Al momento y bajo el control de las diferentes Gobernanzas de salud del país, se observa un dinamismo en las Direcciones Provinciales del país por tratar de que se realicen los procesos en el ámbito gineco-obstétrico, sin embargo se observan limitaciones en cuanto al cumplimiento en la parte de recursos humanos, infraestructura y tecnología ofrecidas por el gobierno, que no permiten que esta política de salud dirigida a las mujeres gestantes, antes, durante y después del parto se encuentren dando los resultados esperados a través de la ejecución de las normas y estándares de la salud materno-neonatal.

1.2.3 INDICADORES DE SALUD

La disponibilidad de información sanitaria con la que se ha podido contar en la última década, respaldada en datos válidos y confiables es condición indispensable para el análisis y evaluación objetiva de la situación sanitaria en la provincia del Guayas, la toma de decisiones basada en evidencia y la programación en salud.

Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud. Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población específica”. (Lengerich EJ, 2001). La Organización Mundial de la Salud los ha definido como " variables" que sirven para medir cambios, en términos generales, los indicadores de salud representan valores resumidos que informan sobre atributos positivos o negativos de algún evento sanitario que necesitan ser estudiados y que vistos en forma absoluta pueden reflejar la situación sanitaria

de una población con el fin de monitorear y tomar decisiones efectivas y oportunas para mejorar la calidad de atención en salud.

1.2.4 INDICADORES BÁSICOS DE SALUD EN EL ECUADOR Y LA PROVINCIA DEL GUAYAS.

En el Ecuador a partir del 20 de Mayo del 2010, se estableció una nueva organización político-administrativa del territorio ecuatoriano, que incluye nueve zonas con gobiernos autónomos descentralizados, distritos y circuitos, la población la componen 14.483.499 habitantes; entre 2001 y 2010 registró un crecimiento poblacional promedio anual de 1,7% (INEC 2010). En el siguiente cuadro que muestra las principales causas de morbilidad en el Ecuador en el año 2010, se nota que en quinto lugar como principal causa de afectación nacional se encuentra el aborto no especificado y en el décimo lugar las infecciones de vías urinarias de mujeres gestantes, acompañado de partos únicos espontáneos o partos únicos por cesárea, constituyéndose en un gran total de aproximadamente 21% de todas las causas de morbilidad en el Ecuador.

Tabla 1: DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL- AÑO 2010

ORDEN	Código CIE-10	CAUSAS	# de Egresos	%
1	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	37.393	3,4
2	J10	Neumonía de organismo no especificado	33.710	3,1
3	K80	Colelitiasis	29.985	2,8
4	K35	Apendicitis aguda	25.634	2,4
5	C06	Aborto no especificado	23.364	2,1
6	O47	Falso trabajo de parto	14.408	1,3
7	K40	Hernia Inguinal	14.143	1,3
8	S06	Traumatismo intracraneal	11.472	1,1
9	O34	Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	10.049	0,9
10	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	9.689	0,9
	O80	Parto único espontaneo	119.353	10,9
	O82	Parto único por cesáreas	68.525	6,3
	O81,O83,O84	Otros partos	522	0
	Cap. XVII	Síntomas y hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte	29.588	2,7
		las demás causas de morbilidad	662.428	60,8
		Total de egresos hospitalarios	1.090.263	100,0

Tomado de: INEC

Elaborado por: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)

En el Ecuador, según los resultados del último Censo de Población y Vivienda en el 2010, el 75,5% de las mujeres tiene 12 años y más de edad, dentro de este grupo el 66,1% ha tenido hijos e hijas nacidos vivos a lo largo de su vida, y en mayor proporción viven en el área urbana. (revista e análisis, 2012)

Se comprende que la salud en el medio urbano y rural depende de muchos factores, entre los que se encuentran la educación (especialmente de las mujeres), la vivienda, el trabajo remunerado, el acceso al agua potable, el saneamiento básico, y la estabilidad social, factores que tienen en conjunto una relativa importancia mayor para la salud que los propios servicios de salud.

Tabla 2: TOTAL DE MUJERES POR ÁREA SEGÚN EDAD

GRUPOS DE EDAD	ÁREA		
	TOTAL	URBANA	RURAL
TOTAL	7.305.816	4.639.352	2.666.464
MENORES 12 AÑOS	1.792.349	1.058.775	733.574
MAYORES 12 AÑOS	5.513.467	3.580.577	1.932.890
MUJERES CON HIJOS NACIDOS VIVOS	3.645.167	2.340.732	1.304.435

Tomado de: Censo de Población y Vivienda 2010

Elaborado por: Autor de la tesis

Un indicador importante en la provincia del Guayas es la densidad poblacional, es decir, el número de habitantes por kilómetro (Km), según el censo del 2010, los cantones con mayor densidad poblacional son: Durán con 711.81 hab/km² seguido por Milagro y Guayaquil con 410.10 hab/km² y 390.06 hab/km² respectivamente. Siendo la causa de este aumento en la densidad poblacional, la migración intercantonal e interprovincial a las cabeceras cantonales y parroquiales rurales con mayor actividad económica y prestación de servicios básicos,

educación, salud, lo que ocasiona la sobrepoblación, incremento del comercio formal e informal, la depreciación de estándar de vida por la tugurización, y crecimiento de cinturones de miseria.

Entre los grupos vulnerables la representatividad de los niños y adolescentes alcanza el 37.57% a nivel provincial, esto es que existen 1.369.714 niños/adolescentes de edad comprendida entre 0 a 18 años. El Índice de pobreza según el censo de Población y Vivienda del 2010, llega al 60% en la provincia del Guayas, siendo Guayaquil y Samborondón con el 47.97% y el 51.87% respectivamente, los cantones con el menor índice, no así, los cantones como Isidro Ayora, Salitre y Pedro Carbo que cuentan con un alto porcentaje de pobreza correspondiente al 94.48%, 94.25% y 94.18% respectivamente, Juan Bautista Aguirre, los Tintos es la parroquia que tiene mayor índice de pobreza con el 100%, y Posorja 73%, entre otros.

La provincia del Guayas cuenta con 1.023 establecimientos de salud, el recurso humano en los establecimientos de salud es de 11.745 distribuidos en médicos, odontólogos, obstetricias, enfermeros y auxiliares de enfermería, donde Guayaquil lidera con el 87.99% de personal, seguido de Milagro con el 3.64%, y en tercer lugar Samborondón con el 1.35%. Es importante dar a conocer que un 75% de la población no cuenta con un seguro de salud por lo que acuden a las unidades de salud pública (MSP, Informe de producción de establecimientos de salud, 2010).

Según el informe de producción de los establecimientos de salud, en el año 2006 las diferentes unidades dieron cobertura al 38,5% de los partos a nivel nacional, cifra que para el 2010 se incrementó a 47,4%. A nivel nacional las mujeres indígenas acuden a realizar los

partos solo un 30,1% en hospitales o centros de salud. Más del 40% de mujeres de las provincias de Esmeraldas, Chimborazo, Bolívar, y Cotopaxi, así como el 30% de las mujeres de toda la región Amazónica dieron a luz en su casa. La concentración promedio de consultas de control prenatal es de 3,3 y, del total de consultas, apenas el 29,9% son primerizas; la cobertura de control de postparto, no inmediato, fue de 41,5 (MSP Informe de producción de establecimientos de salud. 2010).

Por lo anteriormente mencionado se escogió realizar este estudio en las unidades de salud de la red del MSP, dado que las enfermedades ginecológicas no se encuentran dentro de las 20 principales causas de morbilidad notificadas por el departamento de epidemiología de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, se trata de observar el comportamiento de la atención gineco obstétrica en forma general, llevados a partir del año 2009 hasta el 2012.

Las provincias de Guayas y Pichincha actualmente son consideradas referentes de salud y son las que reciben más ayuda del estado y por ser el centro de las migraciones internas; para poder frenar esta desigualdad el Ministerio de Salud Pública creó centros coordinadores zonales siendo la provincia del Guayas perteneciente a la Zona 9 excluyéndose la ciudad de Guayaquil que es Zona 8.

La tabla No. 3 muestra las principales causas de morbilidad en la provincia del Guayas, que son diferentes a las causas de morbilidad general del país mostradas en el gráfico anterior, y en donde notamos que las asociadas a salud reproductiva no se señalan en el listado.

Tabla 3: PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN LA PROV.DEL GUAYAS NOTIFICADAS AÑO 2010

ÍTEM	CAUSA	NUMERO DE CASOS
1	Infección respiratoria aguda	550.012
2	infección diarreica aguda	139.350
3	Hipertensión Arterial	50.901
4	Otras ITS	35.556
5	Diabetes Mellitus	26.738
6	Accidentes domésticos	13.042
7	Obesidad	8.340
8	Accidentes terrestres	4.318
9	dengue clásico	2.895
10	Ansiedad	1.966
11	Tuberculosis pulmonar	1.709
12	VIH	1.560
13	Epilepsia	1.386
14	Síndrome Metabólico	1.236
15	Depresión	1.145
16	Herpes genital	901
17	Víctimas de violencia o maltrato	851
18	Enfermad Pulmonar Obstructiva Crónica	800
19	Gonorrea confirmada	670
20	Accidentes laborales	633

Tomado de: INEC año 2010

Elaborado por: INEC año 2010

En el año 2010 los casos de mortalidad neonatal urbana (hombres y mujeres), excluyendo a la ciudad de Guayaquil (583 casos), son más elevados en los cantones Duran, Milagro y Naranjal que es donde se encuentran los hospitales básicos y generales de la provincia. Las principales causas de muerte neonatal en la provincia, tiene en primer lugar a los trastornos

respiratorios específicos del período perinatal, seguido del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, siendo otro indicador importante, el relacionado con el Número de Defunciones por Mortalidad Materna (Tabla 4), apareciendo un importante incremento del mismo en el año 2009, respecto a los años 2005 al 2008.(Plan de Ordenamiento Territorial de la Provincia del Guayas 2012-2021)

Tabla 4: DEFUNCIONES NOTIFICADAS POR MORTALIDAD MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS.

Año 2002		Año 2003		Año 2004		Año 2005		Año 2006		Año 2007		Año 2008		Año 2009	
No	RMN	No	RMN	No	RMN	No	RMN	No	RMN	No	RMN	No	RMN	No	RMN
24	35,48	16	24,94	43	104,93	28	43,53	44	59,66	32	42,68	37	52,41	56	105,36

Fuente MSP 2009

Elaborado por: MSP

El Indicador “Esperanza de Vida al Nacer” (Tabla 5) Número promedio de años que se espera vivirá un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas, se encuentra en el Ecuador con 72 años para el género masculino y 78 años para el género femenino.

Tabla 5: ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN EL ECUADOR

PERIODOS QUINQUENALES	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
1985-1990	67.5	65.3	69.9
1990-1995	70.0	67.6	72.6
1995-2000	72.3	69.7	75.1
2000-2005	74.2	71.3	77.2
2005-2010	75.0	72.1	78.0

Fuente: (MSP; INEC; OPS., 2012) (MSP; INEC, OPS., 2011)

Elaborado por: Autor de la tesis

La Fecundidad es un componente demográfico que se utiliza para evaluar las tendencias del crecimiento de la población en un país. La evolución de este indicador en el Ecuador se presenta a partir del censo de 1982. Entre 1982 y el 2010, las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) crecen en 98,7%, en tanto que el número de hijos nacidos vivos disminuye en un 12,7% en el período de referencia.

El promedio de hijos de las mujeres en edad fértil tiene una tendencia decreciente, al pasar de 4,0 en 1982 a 1,8 hijos por mujer en el año 2010. La Tasa de Fecundidad General se reduce de 134 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en 1982 a 76 nacimientos en el año 2010. En el período de referencia presenta una disminución del 43,3%.¹ (Censos de Población y Vivienda 1990-2001-2010)

En el año 2010, la Tasa Global de Fecundidad en Ecuador es de 2,6 nacidos vivos, es decir una mujer durante su vida fértil tendría en promedio 2 hijos (Tabla 6). En el ámbito nacional el 50,3% de las mujeres que ha tenido hijos durante toda su vida alcanza educación básica, el

22,7% tiene educación media y el 16,8% posee instrucción superior. El nivel de instrucción alcanzado por las madres de acuerdo al área geográfica, revela que las madres del área urbana presentan mayores niveles de instrucción que las del área rural. (INEC-CEPAL, Ecuador: Proyecciones de Población 1950-2025)

Tabla 6: EVOLUCIÓN DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD ECUADOR 1950-2010



En el Ecuador la razón de mortalidad materna es uno de los indicadores más difícil de estudiar, tanto por la variedad de fuentes como por una imprecisión para ubicar el numerador y fundamentalmente el denominador (Informe Nacional ODM, 2010). Se ha intentado utilizar el Número de Nacidos Vivos estimados para el período, y en otros se ha utilizado como denominador el Número de Nacidos Vivos registrados en un determinado período de tiempo. Según el INEC, en el 2009 la razón de mortalidad materna fue 69,7 por 100.000 nacidos vivos.

Las principales causas de mortalidad según egresos hospitalarios siguen siendo: la eclampsia, la hipertensión gestacional con proteinuria significativa, embarazo ectópico, hemorragia postparto, sepsis puerperal, y aborto no especificado.

Según el INEC-CEPAL, desde el año 1990 al 2010 la población ha ido en incremento, pero a la par también se observa que la tasa de Natalidad número de nacimientos en el año 1990 fue de 263.612 es decir un 25,7 existiendo una disminución de esta tasa en el año 2010 de 219.162 nacimientos equivalente a un 15,4, esto demuestra la tendencia de las mujeres de tener menos cantidad de hijos. Sin embargo pese a esto, es alarmante el incremento de la tasa de Mortalidad Materna que se presentó durante el año 2010 siendo esta del 92,6, lo que nos hace entender que el indicador de mortalidad materna es un indicador de alta importancia y que es necesario su estudio y monitorización, llama la atención la persistente meseta de la muerte materna que esta mantiene. En contraste con la tasa de fecundidad que observamos anteriormente que ha descendido, la tasa de muerte materna aumenta, lo que demanda intervenciones específicas en este grupo de mujeres.

Con los datos estadísticos mencionados se puede determinar que antes del año 2005 no ha existido una política de sanidad que nos lleve a conocer la realidad de la mujer gestante, los números son fríos si no se pueden tomar lecciones y corregir errores por lo que en el capítulo siguiente se realizara la metodología del estudio retrospectivo realizado y se establecerán los indicadores gineco-obstétricos a aplicarse en las unidades de salud de la Red del MSP de la provincia del Guayas, dado que las enfermedades ginecológicas no se encuentran dentro de las 20 principales causas de morbilidad notificadas por el departamento de epidemiología de la Dirección Provincial de Salud del Guayas como se pudo observar en la tabla No 3.

Estos antecedentes sirven de base para iniciar el estudio que se va a desarrollar en el transcurso de la tesis y que va a ser enfocado en la provincia del Guayas por ser la provincia más poblada del Ecuador, en el capítulo siguiente se desarrollara la metodología del trabajo y el análisis de los indicadores orientados a la calidad en gineco-obstetricia.

1.3 CONTEXTO INTERNACIONAL

1.3.1 MODELOS DE ATENCIÓN EN LA SALUD Y SUS INDICADORES

El término modelo de atención se utiliza para describir la forma en que se organizan y relacionan los servicios que prestan atención a la salud para llevar a cabo su cometido, así como sus mecanismos de vinculación con la población. La organización de un sistema de salud viene determinada por las relaciones que establecen los distintos agentes del sistema con el fin de realizar las funciones y los procesos necesarios para alcanzar sus objetivos. (Salud & (orgs.), n.d.) (Jiménez et al., 2003)

Si bien ningún sistema de salud es idéntico a otro, para analizar las ventajas y limitaciones de cada sistema, se pueden clasificar en cinco tipos básicos:

a) Sistema Nacional de Salud, financiado por impuestos y que da cobertura a toda la población de un país, cuyo modelo más representativo es el *National Health Service* (Servicio Nacional de Salud Británico) y al que se acerca con sus peculiaridades, el sistema nacional de salud Español, y de forma sutil al sistema de salud ecuatoriano.

b) Seguros Sociales, como el modelo alemán u holandés, financiado por cotizaciones de trabajadores y empresas que da cobertura a sus afiliados;

c) Sistemas de Salud Atomizados, constituidos por numerosos sistemas de salud organizados de formas diversas y financiados principalmente de forma privada, como es el caso de EEUU;

d) Sistemas Segmentados por grupos de población, formados por varios sistemas de salud, públicos y privados que atienden distintos grupos de población, según su capacidad adquisitiva y condiciones de empleo, del que México es un ejemplo; y

e) Modelo Segmentado por funciones o pluralismo estructurado, que corresponde a una propuesta teórica, que está tratándose de aplicar en Colombia.

El Ministerio de Salud Pública ecuatoriano, como la máxima autoridad sanitaria en salud, para cumplir con los objetivos del Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), organizó y construyó los procesos, con la finalidad de definir la oferta de las prestaciones de salud en los tres niveles de atención, cuya misión es la atención integral de las personas, familias y comunidades en un espacio poblacional determinado. ((PAHO), 2002)

Esta es la parte fundamental en la que se asienta desde el año 2008 la estructura del Sistema Nacional de Salud, y tradicionalmente se organiza según los niveles de complejidad de los establecimientos sanitarios, mientras que en los modelos basados en la atención primaria de salud, ésta se constituye en el centro del modelo de atención y el resto de dispositivos asistenciales complementan sus acciones.

El sistema de salud ecuatoriano tenía la característica de estar dividido en Direcciones Provinciales, centralizado y dependiendo de lo que el Ministerio de Salud en su limitados

recursos podía proveer, siendo el eje de acción el enfoque biólogo curativo hacia los usuarios, esto es, dirigido a la enfermedad y a la atención hospitalaria, siendo los programas de prevención solo prioritarios cuando se sufría una epidemia como cólera, dengue, tifoidea, entre otros, programas que no alcanzaban a dar una atención integral a la población que en un elevado porcentaje no contaban con un seguro de salud.

Si comparamos las políticas de salud antes y después del año 2000, se puede decir que las anteriores por ser de corte neoliberal eran dedicadas a la medicina curativa y en segundo plano a la prevención, debilitando también la capacidad de control y regulación del sistema de salud, si a lo anterior le añadimos la ausencia de un sistema integrado de información, que impedía obtener datos reales y continuos necesarios para la planificación, toma de decisiones, ejecución y control de las acciones sanitarias y de gestión en salud.

Es a partir del año 2008, cuando empieza a iniciarse un proceso de recuperación de mejorar la atención de salud en el Ecuador tratando de que se encuentre organizada en niveles de atención en función de resultados positivos obtenidos en otros países, en donde los niveles I y II de complejidad de atención, puedan resolver más del 90% de los problemas de salud, y solo el 10% dejarlo al nivel III que es predominantemente hospitalario, y es este el que ha sufrido con el tiempo un desmantelamiento progresivo, siendo las clínicas de salud privado las que desarrollaron tecnología con costo para los usuarios.

El modelo de salud ecuatoriano, actualmente se ve limitado a pesar de la inyección económica del estado, porque no se cuenta con el número de especialistas suficientes en los diferentes niveles del sistema de salud, incluyendo la infraestructura que dicen las autoridades

que mejoraran a partir del 2017 sin mencionar la inestabilidad laboral del personal, argumentos que inciden en una limitada e impositiva capacidad resolutive con la consiguiente pérdida de confianza por parte de la población en el Sistema Nacional de Salud.

Ante estos cambios en la política de salud, el proponer indicadores de calidad asistencial se convierte en la manera más idónea de controlar y modificar acciones diagnósticas y terapéuticas, considerando la forma en que dichas acciones son realizadas.

1.3.1.1 Modelo de atención en Cuba

Cuba es un país con un régimen unitario, en muchos textos mencionan que existe democracia en otros lo catalogan como Comunismo, a nivel de salud, solo existe un Sistema Nacional de Salud, en donde el Estado regula, financia y presta los servicios de salud.

El principio de operación o modelo de atención es que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS). A nivel de rectoría, se cuenta con el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), que es el encargado de dirigir, implementar, ejecutar, controlar y vigilar las políticas del Gobierno.

El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal). La prestación de servicios en el SNS es gratuita, garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en todos los establecimientos de salud.

El primer nivel de atención debe dar solución aproximadamente a 80% de los problemas de salud y ofrecer las acciones de prevención, promoción y protección de la salud.

En el segundo nivel de atención se cubren cerca del 15% de los problemas de salud.

Y en el tercer nivel de atención se atienden alrededor del 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. (Domínguez-Alonso & Zacea, 2011) (Álvarez Pérez, García Fariñas, Rodríguez Salvá, & Bonet Gorbea, 2007) (Sintes Jiménez, 2011)

1.3.1.2 Modelo de atención en España

En España, existe un marco sólido para la construcción del Sistema de Salud, esto inicia en 1978 con la Constitución española que garantiza el reconocimiento de los derechos fundamentales de los ciudadanos, luego se confirma con la Ley General de Sanidad y se genera un marco legal que formaron los sistemas de salud hasta la actualidad. La Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986, instaura un Sistema Nacional de Salud mediante la estrategia de integración de diversos subsistemas sanitarios públicos. Con todo este marco legal el Servicio Nacional de salud adquiere e interioriza el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral, genera un sistema de garantías por parte del estado a nivel de gestión y financiamiento.

El Sistema de Salud de España se organiza en tres niveles: central, autonómico y áreas de salud. Este modelo se basa en las siguientes características:

1. Universalización de la atención.
2. Accesibilidad y desconcentración.
3. Descentralización.
4. Atención Primaria.

1.3.2 EL MODELO POR NIVELES DE ATENCIÓN

El modelo de atención más tradicional jerarquiza los servicios por niveles de complejidad, determina los recursos y una capacidad de resolución de problemas de salud para cada nivel, establece un mecanismo de referencia y contra referencia (derivación entre los distintos niveles de atención) y vincula a la población con los servicios de salud a través del territorio. El modelo trata de asegurar la equidad disminuyendo las barreras geográficas de acceso (Sánchez & Servin, 2002).

Esta manera de representar el modelo de salud tiene importantes componentes estructurales, como la definición de los recursos humanos y los materiales de cada nivel, la distancia máxima desde el domicilio de las personas hasta el centro de salud y el hospital o el número de médicos o camas por habitante. El modelo de atención sanitario actualmente en el Ecuador, ha sido de enorme utilidad en una etapa del desarrollo de los sistemas de salud, especialmente para mejorar la equidad de acceso geográfico a pesar de la poca información que da el gobierno, sin embargo, ha servido para dar coherencia a la distribución de la complejidad en tecnología y recursos humanos, pero limita la introducción de nuevos mecanismos de gestión del sistema y los servicios, como son la libre elección del proveedor, los incentivos a la eficiencia y a la autogestión. Puede, además, limitar la eficiencia al tener poco en cuenta la demanda efectiva y las posibilidades de compartir y coordinar recursos.

El Ministerio de Salud por intermedio de las diferentes Direcciones Zonales de salud se encuentra monitoreando las acciones a las cuales tienen acceso todas las mujeres gestantes,

puérperas y recién nacidos, durante las 24 horas del día, a fin de determinar la morbilidad de los mismos a través de los servicios que ofrece el sistema de salud, y que tiene una referencia geo poblacional, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos.

Esta estrategia denominada Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), se basa en la premisa que un porcentaje de mujeres en estado de gestación, así como su producto, pueden desarrollar complicaciones obstétricas y neonatales, que en su mayoría no pueden ser prevenidas, y por consiguiente van a requerir de cuidados obstétricos y neonatales esenciales oportunos y de calidad para salvar la vida de la embarazada o del producto a término, o prevenir la morbilidad a largo plazo.

Siendo nuestro país afectado por la desnutrición o por la falta de infraestructura sanitaria, se entiende que un porcentaje de neonatos tendrá problemas relacionados como: bajo peso al nacer, prematurez, bajo flujo respiratorio, u otros que habiendo nacido sanos, podrían desarrollar procesos sépticos o metabólicos que podrían poner en riesgo su vida, y por lo tanto, habrá que ofrecerles cuidados neonatales especiales basados en la evidencia científica y tecnológica.

Esta estrategia de cuidados obstétricos neonatales se encuentra organizada al igual que el sistema de salud, en tres niveles de atención que se detallan a continuación:

Nivel I: se basa en la atención a la comunidad, donde el equipo básico de salud conformados por los puestos o subcentros de salud, se encargan de realizar actividades de promoción, prevención, detección del riesgo y realizan el mecanismo de referencia oportuna

al siguiente nivel de acuerdo a las normas y protocolos establecidos en el sistema nacional de salud, por lo tanto constituye la puerta de entrada para los niveles de atención de mayor complejidad.

Este nivel va dirigido a brindar cuidados a la mujer gestante y al producto antes de que se produzca una complicación, y si esta ya se ha producido, deberán referir a la madre o al producto a un nivel de atención superior.

Nivel II: le corresponde ejecutar cuidados básicos en los hospitales cantonales, va dirigido a asegurar los cuidados y el tratamiento adecuado a la madre o al producto en cualquier unidad de este nivel y que fue referido del nivel I, si es posible solucionar la complicación a ese nivel se lo realiza, sino es referido a una unidad de mayor nivel de complejidad.

Nivel III: le corresponde ejecutar atención especializada en los hospitales generales provinciales, va dirigida a la madre o recién nacido más comprehensivos, esto es, madres o recién nacidos con complicaciones que fueron referidos de unidades de menor nivel de complejidad.

La siguiente tabla, describe las atenciones que son prestadas en las Unidades de la Red CONE.

Tabla 7: NÚMERO DE UNIDADES DE SALUD POR INSTITUCIÓN CON SERVICIO DE CONE

TABLA 10 | NÚMERO DE UNIDADES DE SALUD POR INSTITUCIÓN CON SERVICIOS DE CONE | ECUADOR 2007

INSTITUCIÓN	Nivel 3: CONE COMPLETO 54 unidades de salud				Nivel 2: CONE BASICO: 85 u.s	Nivel 1: CONE AMBULATORIO 2.380 unidades de salud					Total
	Hospital Especializado		Hospital de Especialidades	Hospital General /Regional	Hospital Básico	Centros de Salud	Subcentros de Salud Rurales	Puesto de Salud	Unidad Móvil		
	Hospital Gineco-Obstétrico	Hospital Pediátrico									
MSP	3	3	1	27	85	152	449	678	434	24	1856
IESS	0	0	3	15	0	62	0	0	0	0	80
SSC	0	0	0	0	0	0	0	581	0	0	581
Junta de Beneficencia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	4	4	4	42	85	214	449	1.259	434	24	2.519

Fuente: SENPLADES 2007 y Sistema regionalizado de Servicios de salud, MSP 2006.

Tomado de: SENPLADES

1.3.3 ANÁLISIS DEL ENTORNO.

Para superar las profundas brechas que históricamente se han generado en el país en cuanto a la garantía del derecho a la salud, el Ministerio de Salud ha establecido estrategias que a corto y mediano plazo contribuyan a enfrentar las desigualdades con mayor eficacia, priorizando las condiciones, problemas y sectores a intervenir, siendo una de ellas, las que tiene que ver con la calidad en la atención materno neonatal. La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños.

Uno de cada cinco embarazos y una de cada diez muertes maternas ocurre en adolescentes. Más de la mitad de las muertes infantiles en menores de un año ocurren en el momento o alrededor del nacimiento. La mayoría de las mujeres y recién nacidos que fallecen son indígenas o afro ecuatorianos, pobres o provenientes de áreas rurales. Siete provincias y once cantones acumulan la mayor parte de los casos.

La Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública del MSP del Ecuador ha desarrollado un modelo de priorización de enfermedades incluyendo las del área gineco-obstétricas, del cual solo se sabe que se orienta a superar enfoques centrados exclusivamente en la carga global de la enfermedad hacia un enfoque de derechos y el logro de mayor eficiencia, eficacia e impacto social y económico en las intervenciones.

Siendo la planificación estratégica una herramienta, para la adaptación de la organización a los cambios que se puedan producir en el futuro, ha de permitir a la administración en salud, optimizar el ajuste entre la organización y el entorno de la misma, por ello, es importante e imprescindible en cualquier proceso de planificación estratégica realizar una valoración del entorno.

La definición de Entorno viene dada por todos aquellos factores que son ajenos a nuestra organización, sobre los cuales difícilmente se puede incidir, pero que por el contrario, pueden afectar de manera decisiva a la misma. En los últimos cuatro años, el Ministerio de Salud con la ayuda de los procesos de MCC, ha acumulado una importante experiencia en el conocimiento de los determinantes sociales y culturales de la salud materna y neonatal, siendo

el entorno económico y social los factores que han detenido el proceso de mejora de la calidad de atención en salud.

Estos factores normalmente se clasifican en función de su naturaleza, así se pueden tener los siguientes tipos de entorno:

- Entorno social.
- Entorno político.
- Entorno legal.
- Entorno tecnológico.
- Entorno económico.

El análisis de todos los imponderables se conoce en la teoría de la Administración como Análisis PEST y engloba todos aquellos aspectos propios de la sociedad. A continuación se determinan aquellos elementos que, en cualquier estudio del entorno, deberían tenerse en cuenta.

1.3.4 TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

Es un factor básico en cualquier estudio del sector sanitario, y que afecta a todas las organizaciones sanitarias, así la dinámica de crecimiento poblacional en la provincia del Guayas ha marcado un constante aumento durante los períodos intercensales desde el año de 1950 hasta el 2010 (INEC), y está dividida políticamente en 25 cantones, 56 parroquias urbanas y 29 parroquias rurales. La población de la zona urbana representa el 84.49% y la

población de la zona rural un 15.51 % a nivel provincial, esta diferencia radica por la amplia cobertura humana dentro del cantón Guayaquil que es del 96.93% frente al área rural que es del 3.07%.(Plan de ordenamiento territorial de la Provincia del Guayas. www.guayas.gob.ec/).

La población provincial, cantonal y en ciudades ha aumentado, de igual manera la tasa de crecimiento cantonal y parroquial tiene un comportamiento similar, aunque entre los diferentes niveles existe una variación mínima. La población provincial en 1950 es de 582.144 habitantes, y en el año 1962 la población llega a 979.223 habitantes, con una tasa de crecimiento de 4.34% siendo la extensión territorial de 20.500 km²; en el año 1990 la población llegaba a 2.515.146 habitantes y en el año 2001 la población con 3.309.034 habitantes, con una tasa de crecimiento de 2.49%. En el periodo censal 2001 a 2010 el crecimiento poblacional es de 1.08%, pero hay que acordarse que en esa etapa existe la disminución territorial y poblacional por la provincialización de la península de Santa Elena en el año 2007 (3.300 km²). (Plan de ordenamiento territorial de la Provincia del Guayas).

En relación a la población cantonal, en el año 2010 se observa que el crecimiento poblacional sigue el ritmo del año 2001, siendo Daule, Milagro y Durán los cantones de mayor crecimiento poblacional, y en los de menor crecimiento se encuentran los cantones de Isidro Ayora, Colimes, Bucay y Palestina. En las parroquias rurales, en el 2010, Laurel, Tarifa, Virgen de Fátima y Posorja son las que registran mayor población y las de menor población son las parroquias Puna, El Morro, Sabanilla y Lorenzo de Garaicoa. (Plan de ordenamiento territorial de la Provincia del Guayas).

En el Ecuador y según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del 2011, en nuestro país se registra un aumento de la población adulta de la fuerza laboral y una disminución de los índices de natalidad. En el 2001 cuando se realizó el censo poblacional, la población ecuatoriana era de 12.481.925 personas, siendo el grupo más numeroso el comprendido entre 0 y 14 años con un 33%, siguiéndole el grupo poblacional de entre 25 y 44 años con un 27 % (INEC, 2002).

La población de niños y adolescentes comprendida en la edad de 0 a 18 años que habita en la provincia alcanza el 37.57%, Guayaquil es el cantón que cuenta con la mayor concentración de adultos mayores, seguido de Milagro y Duran. El porcentaje de población de la provincia es del 53.97% hombres y el 46.03% mujeres (INEC, 2010), pese al incremento de dos millones de ecuatorianos desde el censo del 2001, la composición etaria se aleja de la tendencia de países africanos con alta proporción de infantes y jóvenes, y se acerca a la de los países industrializados con altos índices de población mayor de 65 años.

La pirámide poblacional, muestra una estructura demográfica joven, los grupos etarios de 0 a 24 años constituyen algo más del 50% del total de la población, con más del 30% de menores de 15 años. La expectativa de vida, es de 75 años (72,1 para hombres y 78 para mujeres) y el porcentaje de personas de la tercera edad es del 6,19 %. (INEC, 2010). En términos generales, Ecuador se encuentra en la fase tres de la transición demográfica, conocida como el final de la transición, que se caracteriza por un proceso en el cual la tasa de natalidad inicia un proceso de descenso.

En consecuencia, las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud, como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales son de necesidad creciente para analizar con objetividad la situación de salud de grupos poblacionales y para documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente.

En la actualidad el Sistema Nacional de Salud del Ecuador enfrenta nuevos retos y necesidades que devienen de cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Es así que la tendencia a la disminución de la tasa de fecundidad que en el período 1950-1955 fue de 6,7% y pasó a 2,6% en el período 2005-2010 (INEC 2010).

En cuanto al perfil epidemiológico, el país está experimentando un giro de las causas de mortalidad hacia los problemas crónicos degenerativos, la emergencia de las entidades infecciosas y la presencia de riesgos que favorecen el incremento de las lesiones accidentales, intencionales, los trastornos mentales y emocionales y los vinculados al deterioro ambiental.

Las relaciones y concepciones de género inciden en riesgos diferenciales para mujeres y varones, al comparar las principales causas de mortalidad y morbilidad según sexo, se evidencia que en varones las relacionadas a accidentes y violencia tienen un peso muy importante, mientras que en las mujeres los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva son más evidentes. Merece especial atención el alto porcentaje de embarazos en adolescentes por el impacto en las condiciones de vida y salud de este grupo poblacional, siendo este otro motivo por el que se considera importante estudiar la población femenina en la provincia del Guayas en relación con indicadores gineco-obstétricos.

La falta de servicios básicos se refleja más en la zona rural que en la zona urbana; los cantones Salitre, Colimes y la parroquias Juan Bautista Aguirre (Daule), Junquillal (Salitre) son los asentamientos humanos que presentan el mayor índice de necesidades básicas insatisfechas produciéndose el atraso al desarrollo. (Plan de ordenamiento territorial de la Provincia del Guayas. www.guayas.gob.ec/).

La educación juega un papel importante en la vida de una mujer, especialmente cuando ésta es madre, a medida que el nivel de instrucción aumenta permite acceder en mejores condiciones al mercado laboral. La condición de ser madre restringe a la mujer para alcanzar un nivel más alto de educación, en vista de que dedica parte del tiempo a la crianza de sus hijos, lo que no le permite dedicarse a los estudios o a la inserción en el mercado laboral, la revista E análisis en el 2010, señala que el 43,4% de las madres en el Ecuador trabajan, el 50,3% de las mujeres que ha tenido hijos durante toda su vida alcanza educación básica, el 22,7% tiene educación media y el 16,8% posee instrucción superior. El nivel de instrucción alcanzado por las madres de acuerdo al área geográfica, revela que las madres del área urbana presentan mayores niveles de instrucción que las del área rural. Con educación media, las madres del área urbana representan el 27,6% y el 13,9% en el área rural. Con educación superior son el 22,4% en el área urbana y el 6,1% en el área rural.

La cobertura de servicios de salud estatales es aún insuficiente en la provincia del Guayas, con la necesidad de implementar establecimientos de salud de diversos tipos en: Balao, Duran, El Rosario, Guayaquil, Isidro Ayora, Lomas de Sargentillo, Chobo, Nobol y Palestina.

Los cantones con el menor número de establecimientos de salud son Palestina Balao y Marcelino Maridueña.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA DE ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LOS INDICADORES ORIENTADOS A LA CALIDAD EN GINECO OBSTETRICIA

2.1. PROBLEMA

La tasa de cesáreas en el Ecuador se ha ido incrementando con el correr de los años, tanto que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se están realizando más cesáreas que partos, aumentando así el riesgo de muertes maternas debido a complicaciones posteriores a este procedimiento. Esta mortalidad materna es más elevada en los países en vías de desarrollo, y es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, lo cual lo traduce en la expresión de brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y permite evidenciar las condiciones de desigualdad que afecta a la población y sobre todo a las mujeres y recién nacidos, por tanto la muerte materna, no es solo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social que refleja la exclusión social y la dramática situación en la que viven miles de mujeres, en donde por diversas razones en su gran mayoría de aspectos médicos, de género, económicas, sociales y culturales entre otras, y a pesar de los esfuerzos del Gobierno de implementar el seguro universal de salud no pueden acceder a una atención médica adecuada y eficaz.

De lo anteriormente expuesto, el propósito de este estudio es proponer estrategias para la reducción de cesáreas y el método escogido para este tipo de investigación fue realizar la selección de los diagnósticos relevantes de las atenciones gineco-obstétricas realizadas y agruparlas sobre tratamientos quirúrgicos comunes, sobre los que se van a diseñar los indicadores a utilizarse para el trabajo.

Considerando los antecedentes mencionados se tomó como referencia el listado del Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal, elaborada en el año 2008 por la Dirección Nacional de Normalización, sobre los que se aplicaron criterios de priorización, mencionamos a continuación los utilizados:

- Número de pacientes: cantidad de usuarias en relación a la incidencia del proceso en la especialidad gineco-obstétrica de las unidades de salud en los diferentes niveles de complejidad del MSP.
- Riesgo: Grado de afectación en términos de morbimortalidad, que indica la aplicación de las normas gineco-obstétricas socializadas por los estándares del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad.
- Variabilidad: diferencias de atención de la práctica clínica, en cuanto al proceso diagnóstico - terapéutico, y que esté relacionado con el nivel de complejidad de la atención de la red CONE.

Otro aspecto importante considerado en este documento, fue elaborar los grupos procesales, y en base a este análisis se seleccionaron los siguientes procesos: las atenciones

obstétricas, las atenciones ginecológicas y finalmente los procesos quirúrgicos, y que se mencionan en el Anexo 3.

Si bien es cierto, las patologías descritas en el listado del Anexo 3, constituyen las más frecuentes causas de Morbilidad (proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado) por las que acude una usuaria al centro de salud, el proceso de tratamiento definitivo en su mayor porcentaje se simplifican en legrados, cesáreas, abortos y partos, siendo los indicadores de asistencia los que nos señalarán si la atención brindada en las diferentes unidades de salud de la provincia del Guayas, guarda relación con los estándares de salud y su prevalencia.

Para cada una de las patologías de ginecología y obstetricia, se analizaron los posibles indicadores que contemplaban diversos aspectos del proceso, y que fueron señalados en negrilla en el Anexo 3, resumiéndolas en cinco indicadores gineco-obstétricos que parecen reunir las mejores condiciones de validez, sensibilidad y especificidad, y que serán explicados más adelante.

HIPÓTESIS

Este estudio al ser transversal, es productor de hipótesis, la hipótesis actual es implícita ya que determinaremos un diagnóstico situacional que generara recomendaciones e hipótesis nuevas de intervención.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo analítica, descriptiva y observacional, con un diseño de corte transversal, recopilando información de datos administrativos que constan en los registros estadísticos en la base de datos de las diferentes unidades de salud de la provincia del Guayas.

2.2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo se realizó en base a un diseño no experimental u observacional de corte transversal, durante el período 2009 – 2012, sobre la base de la información obtenida por las unidades de salud de la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

2.2.2 VARIABLES ANALIZADAS

Indicadores gineco obstétricos y su incidencia en las Unidades de Salud de la Red del MSP de la Provincia del Guayas, centrando el estudio en: partos, abortos, curetajes, nacimientos.

2.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para realizar la investigación las personas que participaron en el estudio debieron cumplir los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En la presente investigación se ingresaron los datos de los pacientes que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Pacientes atendidos en la Red CONE de unidades de salud del MSP de la Provincia del Guayas.

- Período 2009 - 2012.
- Unidades de Salud que cuenten con Área Gineco Obstétrica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para la realización del presente trabajo investigativo se excluyeron:

- Pacientes que hayan sido atendidos por otras causas que no sean gineco- obstétricas.
- Red de Hospitales del MSP fuera de la Provincia del Guayas.

2.2.4 POBLACIÓN

Lo conformaron para este estudio, todas las mujeres que recibieron atención gineco obstétrica, en las unidades de salud del MSP de la Provincia del Guayas, de acuerdo a las normas de atención de salud y se realizó la revisión estadística en 15 hospitales de la provincia de los 25 cantones que los conforman y que se mencionan a continuación:

- Hospital General Guayaquil Abel Gilbert Pontón
- Hospital de Especialidades de Infectología
- Hospital de Especialidad Maternidad Mariana de Jesús
- Hospital Básico Materno Infantil Guasmo
- Hospital Básico Balzar
- Hospital Básico Daule
- Hospital Básico El Empalme
- Hospital Básico El Triunfo
- Hospital Básico León Becerra de Milagro
- Hospital Básico Naranjal
- Hospital Básico Naranjito
- Hospital Básico Playas

- Hospital Básico Salitre
- Hospital Básico Tenguel
- Hospital Básico Yaguachi

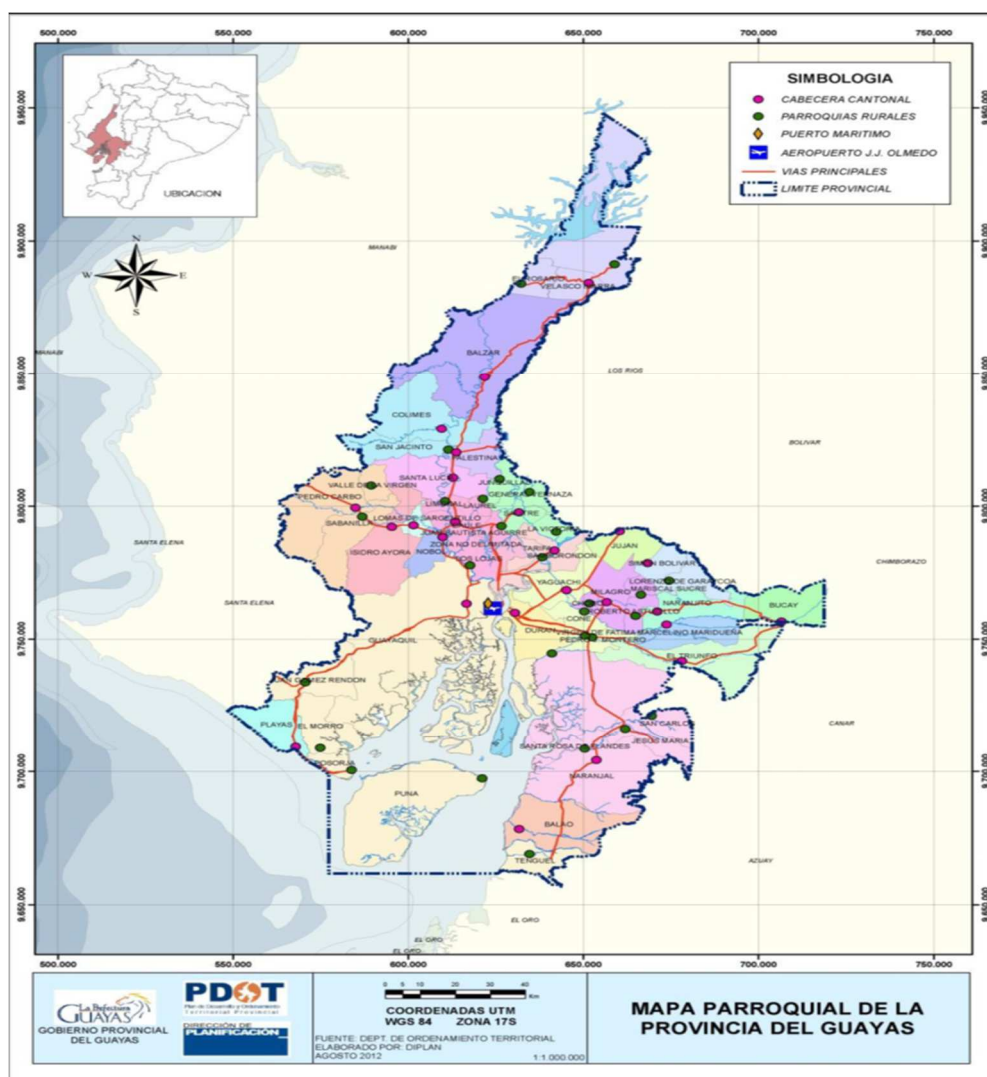
2.2.5 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se circunscribe a la Provincia del Guayas, se realizó con las pacientes gestantes y con las que acudieron a consultas médicas en el área de gineco-obstetricia, atendidas en la Red de Salud Pública del MSP, durante el periodo 2009 al 2012.

2.2.6 UNIVERSO

Red de Clínicas y Hospitales Públicos de la Provincia del Guayas, en donde se analizaron los Indicadores de Salud Gineco Obstétricos , así como la revisión de datos estadísticos del INEC y de la Dirección Provincial de Salud del Guayas.

Gráfico 1: PROVINCIA DEL GUAYAS



Tomado de: Plan de Ordenamiento Territorial de la Provincia del Guayas

La Provincia del Guayas, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador localizada en la región litoral del país, al suroeste del mismo. Su capital es el cantón de Guayaquil. Es el mayor centro financiero y comercial de la República del Ecuador, así como el mayor centro industrial. Con sus 3.645.483 millones de habitantes (Censo 2010), y con una extensión territorial de 18.661km² Guayas es la provincia más poblada del país, constituyéndose con el 30% de la población del Ecuador. Esta provincia está dividida en 25 cantones, que a su vez

están conformados por parroquias, las cuales en total suman 50 parroquias urbanas y 35 parroquias rurales.

Guayas limita con las provincias de Manabí, Los Ríos, Bolívar, Chimborazo, Cañar, Azuay y Península de Santa Elena. Se encuentra geográficamente en la Zona 17 Sur; y la posición astronómica es 2°12' latitud sur, 79°58' longitud occidental.

2.2.7 RECURSOS EMPLEADOS

- **Humanos**

En la investigación participaron Maestrante y personal que trabaja en las diferentes unidades de salud de la provincia del Guayas.

- **Físicos**

Para el procesamiento y tabulación de datos se utilizaron los registros diarios y los siguientes equipos e insumos:

- Una computadora con procesador Intel Core duo de 3.2 GHz.
- Una Impresora Multifunción.
- Hojas de papel bond A4
- Internet Explorer 9
- Ficha Clínica

Instrumento

Para la recolección de datos se utilizó la Ficha Clínica Epidemiológica (Anexo 2) para la información de los casos que participaron en el estudio; así mismo, se hizo uso de la ficha de investigación de cada paciente en el período propuesto.

2.2.8 MANEJO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó, seleccionando a las mujeres atendidas en el área de gineco-obstetricia de la provincia del Guayas, durante el período 2009 - 2012, donde previamente se determinó un protocolo de trabajo para la recolección de datos, comparación con estándares de acuerdo a la norma, y procesamiento de resultados.

Se recolectaron los datos recibidos de pacientes atendidos en el área gineco-obstetricia; además se verifico que debían cumplir los criterios de inclusión y exclusión, para posteriormente llenar la ficha epidemiológica (Anexo 2) de los pacientes atendidos y se procedió a tabular la información, llevando un registro del procedimiento realizado.

Los resultados obtenidos fueron validados y almacenados mediante códigos en un programa de base de datos en la computadora, para luego realizar el análisis estadístico respectivo, con inclusión de tendencia.

2.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Procesamiento de la Información

Con el formato diseñado y mostrado a continuación, se trabajó en las diferentes variables que se tomaron en consideración, las mismas que fueron operacionalizadas previamente y medidas según escalas nominal u ordinal, a partir de la recolección de datos de la fuente primaria o recolección directa de la información.

Tabla 8: FORMATO DE VARIABLES

Código	Variable	2009	2010	2011	2012
OB	Procedimiento obstétrico				
AB	Abortos				
CE	Cesáreas				
PI	Partos Institucionales				
IV	Curetajes				

Fuente: Ministerio de Salud Pública. **Elaboración:** Autora de tesis

2.4 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados fueron tabulados de las variables propuestas con la aplicación de estadísticas descriptivas y analíticas para dar facilidad al cálculo de los indicadores, evitando márgenes de error. De esta manera se incluyó a todas las pacientes que constaron anotadas en los registros de atención de las diferentes unidades de salud de la Dirección Provincial del Guayas.

Se realizó un análisis univariado y bivariado, de los resultados obtenidos en esta investigación. Además se utilizó para la tabulación de la información el programa de Epi Info ver. 3.5.1. / 2008.

2.5 INDICADORES DE CALIDAD DE ASISTENCIA EN OBSTETRICIA

La Organización Mundial de la Salud define calidad de asistencia en el plano de salud, como el proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios sean diagnósticos y/o terapéuticos, en que teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico, se logra obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de complicaciones, efectos iatrogénicos y con la máxima satisfacción del paciente (World Health Organization., 1985).

Por lo tanto, y aunque resulte imposible formular definiciones operativas de la manera de ofrecer una calidad asistencial que logren satisfacer a todos los usuarios, se logrará la máxima calidad si el personal que realiza la asistencia al enfermo tienen conocimientos, destrezas adecuadas y se encuentran permanentemente actualizadas (aspecto científico de la asistencia), si disponen de los medios materiales necesarios (aspecto tecnológico de la atención), al menor costo posible (aspecto económico de la calidad), pero sobre todo, colocando al usuario en todo momento como centro de toda la atención (Salinas, y otros, 2006, págs. 114-120).

En todo sistema de salud, la calidad asistencial es valorada en base a dos componentes: uno intrínseco, resultado de la suma de conocimientos, destrezas y tecnología del talento humano en las diferentes unidades de salud, tanto del personal médico, paramédico y administrativo, y el otro extrínseco, que es el componente humano de la asistencia, que tanto el paciente como los familiares del mismo lo perciben desde el momento en que ingresa para ser atendido, como es la presentación del hospital, , trato del médico y de los auxiliares, tiempo de espera, servicio al cliente, aseo, inclusive lencería y tipo de alimentación.

Para fines de control de calidad en la atención se valora más a este segundo aspecto de la asistencia, ya que son factores más objetivos, y por lo tanto más fácilmente evaluables (calidad percibida), no ocurriendo de igual forma con el aspecto técnico de la prestación de salud.

Es importante notar que en el Ecuador se está dando énfasis a uno de las aristas de atención que promueve la Organización mundial de la Salud y que es la atención a las mujeres en estado gestante de forma gratuita para así tener productos más sanos y con menor índice de mortalidad neonatal y maternal; a continuación se hace una síntesis cronológica de la evolución de las leyes relacionadas con la mujer gestante en el Ecuador.

En el año 2001, la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud (PAÍS) y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (UEMGYAI), desarrollaron una investigación operativa : La Garantía de Calidad en un nuevo modelo de financiamiento en salud dentro de la reforma del sector. Pueden verse sus resultados en: Hermida J, and Robalino M.E. Increasing compliance with maternal and child care standars in Ecuador. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 14, Suppl. 1. December 2002, para demostrar que la aplicación del “Modelo de Gestión para la Calidad” mejora la calidad a través del cumplimiento de estándares clínicos.

En el 2002, se capacitó en el Ecuador a facilitadores de 8 provincias y 14 Áreas de salud para la institucionalización del mejoramiento de la calidad en sus Áreas y provincias respectivas, y se publicó el Manual técnico, operativo, administrativo y financiero del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, con acuerdo ministerial # 537, en

donde se incluye un capítulo del sistema de mejoramiento continuo de la calidad, con estándares para ser medidos por las Unidades Operativas.

En el 2003, el MSP a través de un Equipo Conductor integrado por la Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, inicia la ejecución del Proyecto Colaborativo de mejoramiento de la calidad del Cuidado Obstétrico Esencial (COE) en la provincia de Tungurahua. En los años 2003 y 2004, el Ministerio de Salud Pública expande el proceso de institucionalización a otras Áreas de salud, con la formación y capacitación de equipos de mejoramiento bajo la conducción de facilitadores provinciales.

En el año 2004 y 2005, el Ministerio de Salud Pública actualizó el set de estándares, acogiendo las observaciones y sugerencias nacionales, provinciales y locales. En el año 2005, se integran las provincias de Chimborazo, Carchi, Loja y Manabí y en Agosto del mismo año, se conforma un equipo conductor del mejoramiento continuo de la calidad y de los cuidados obstétricos esenciales en el nivel central del MSP, integrado por funcionarios de Normalización del Sistema Nacional de Salud. Bajo la conducción de este equipo, se integra la provincia de Esmeraldas, con la cuales son 13 las provincias que trabajan mejorando sus procesos de atención mediante la medición de la calidad y aplicando técnicas de mejoramiento continuo.

Para el 2007 el Ministerio de Salud Pública desarrolla: el Proyecto colaborativo para el mejoramiento del manejo de la complicación obstétrica en cinco hospitales provinciales (Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo y El Oro) y la maternidad de Santa Rosa en

El Oro. En estos hospitales se conformaron equipos de mejora continua que trabajaron en el cumplimiento de la norma de atención en las complicaciones obstétricas, obteniéndose lecciones aprendidas para el manejo de las complicaciones. Este colaborativo logró una disminución importante del número de casos de muerte materna intrahospitalaria de causas obstétricas.

En el año 2006, mediante Acuerdo Ministerial N° 0284, se aprobó y autorizó la publicación del Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno infantil, que ha venido siendo utilizado por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC), en muchas provincias. Posteriormente, luego del trabajo constante y de la retroalimentación de los EMCC de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, los estándares e indicadores fueron revisados durante el primer trimestre del 2008. Dicho documento presento un conjunto de nuevos estándares, instrumentos e instructivos, basados en la nueva Norma Nacional y en la evidencia científica, diseñados para que los equipos de mejoramiento continuo de la calidad de las unidades operativas, recojan la información necesaria y puedan a través de los indicadores evaluar el cumplimiento del estándar y por ende de la norma.

Basados en lo anteriormente mencionado, el análisis de situación de esta tesis, se realizan sobre datos numéricos escogidos, considerándose criterios de priorización de indicadores los siguientes:

- Número de pacientes: volumen de gestantes que acudieron a los hospitales del MSP de la Provincia del Guayas.
- Riesgo: Grado de afectación o complicaciones en términos de morbi - mortalidad al aplicar las normas de salud en las gestantes.

- Variabilidad: Diferencias en la atención entre las diferentes unidades de salud, en cuanto al método diagnóstico y terapéutico.

El indicador escogido dependió como se mencionó anteriormente del nivel donde se conformó la situación, y generalmente como en todo estudio, se utilizan indicadores cualitativos o cuantitativos, los números que se puedan encontrar en esta investigación, pueden ser absolutos o relativos, dependiendo del ámbito sobre el que se realiza el análisis.

Las consideraciones respecto a los datos escogidos son fundamentales para su utilización, construcción y particularmente para la interpretación del indicador. El conjunto de indicadores escogidos por referir atributos de atención apropiada de la mujer gestante, provee información para la elaboración de un perfil relevante y originar otros tipos de análisis de salud en la población estudiada. La selección del conjunto de indicadores escogidos se realizó en función de la disponibilidad de sistemas de información, fuentes de datos, recursos, necesidades y prioridades específicas de la provincia del Guayas.

No se tomaron en consideración los indicadores relativos a mortalidad neonatal y materna por tratarse de indicadores ya tradicionales en la especialidad, que son los únicos tal vez que son tabulados por todos los centros de salud y encontrados en cualquier medio de información, pero sobre todo, porque la finalidad de este documento es sugerir estrategias que puedan mejorar los indicadores gineco-obstétricos con el cumplimiento de protocolos socializados; también se valoró la posibilidad de incluir indicadores de perinatología, los que se descartaron por ser algo que si bien es cierto tiene relación directa con el tratamiento de las mujeres embarazadas, nos alejaría del verdadero objetivo de esta tesis.

Se consideraron cinco indicadores para la realización de esta tesis, es importante mencionar que al investigar datos obtenidos por la Dirección Provincial del Guayas, encontramos que los indicadores de Cesáreas, Partos, Abortos, no están registrados en forma continua existiendo datos dispersos entre las unidades de salud en los años 2007 y 2008; en otras unidades de salud de otro cantón, están registrados los años 2007 y 2008 , no encontrándose datos de los años siguientes hasta el año 2011, por lo que técnicamente no es posible realizar un estudio de tendencia, sin embargo para fines estadísticos y de aplicación para los indicadores seleccionados en este estudio se tomaron en cuenta la base de datos existentes a partir del año 2009 ,2010, 2011, y 2012 que nos servirían para poder realizar el análisis de tendencia que se mostrará en el siguiente capítulo.

Por lo tanto se nombran a continuación los siguientes indicadores escogidos para este trabajo:

2.5.1 Indicadores hospitalarios

- Número de Partos.
- Número de Cesáreas.
- Número de Abortos.
- Número de Curetajes.
- Número de Nacimientos

Los indicadores definidos como “números”, sin un denominador determinado, se utilizan para realizar el seguimiento de los cambios en el tiempo. Debido a las dificultades que entraña calcular el volumen exacto de las subpoblaciones pertinentes, la población total es el

denominador de este indicador. (Reproductive health indicator: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005).

2.6 MARCO LEGAL

Como parte del estudio el aspecto legal debe ser tomado en consideración, así tenemos que de acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador, se dispone que las mujeres gozan de derechos en el cual el Estado les garantiza la atención de salud y más aún en el embarazo y período de lactancia; es decir, les brinda la gratuidad de los servicios y la protección y cuidado integral de su vida durante el embarazo, parto y posparto. (Anexo1). La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en su artículo N°2. La Ley de Maternidad Gratuita (reformada) que en su artículo N° 1 dice: *“Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva”*.

Reglamento a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia, menciona en sus artículos 7c (funciones de la Unidad): “Definir criterios técnicos, estándares e indicadores de calidad de los servicios de salud cubiertos por el Programa, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública”; artículo 9 f (funciones del Comité de Gestión): “vigilar el cumplimiento de la gratuidad de la atención de las prestaciones cubiertas, así como su calidad”; y artículo 11 f (funciones del Comité de usuarios): “elaborar un informe trimestral sobre la calidad de

atención de los servicios de salud que será presentado al Comité de Gestión del Fondo Solidario Local, para canalizar las demandas y los incentivos a las unidades ejecutoras”.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado. (Asamblea Nacional, 2008).

De lo anteriormente expuesto en el aspecto legal en esta investigación no se infringirá ningún fundamento reglamentario en la elaboración de este trabajo, pues se hará con la respectiva información que se genere, y no exista el uso de algún tipo de referencia o nombres de las personas involucradas.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este tipo de estudio respeta los reglamentos de los derechos de los pacientes debido a que se basa en datos generados en los reportes Técnicos de Estadísticas de las Unidades Operativas del CONE de la provincia del Guayas.

Del aspecto ético, hay que destacar que mediante diálogo con personal involucrado con el tema, tales como médicos, enfermeras, estadísticos, usuarios de la red CONE entre otros; se llegó al consenso de que el estudio y su aplicación es de fundamental importancia para el

mejoramiento de la calidad de atención a los usuarios que acuden a los Hospitales de la Red del MSP en la provincia del Guayas, aceptándose seguramente esta investigación en vista del buen propósito del estudio.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS DE LA TENDENCIAS DE LOS INDICADORES GINECO - OBSTÉTRICOS EN LAS UNIDADES DE SALUD DEL MSP DE LA PROVINCIA DEL GUAYAS

En este capítulo, se analizan las tendencias de los indicadores sanitarios de las gestantes durante los años 2009, 2010, 2011, 2012, que han sido seleccionados según la disponibilidad actual de los datos obtenidos del modelo de atención Gineco-obstétrica de las Unidades operativas del MSP de la provincia del Guayas y que se los demostrarán en los diferentes gráficos que a continuación presentamos.

3.1 INDICADORES GINECO OBSTÉTRICOS

3.1.1 PARTO NORMAL

La atención que brindaba el MSP según el censo del 2004, llegaba al 27 por ciento en Guayas y 22 por ciento en Guayaquil (CEPAR), y sobresale quizá más en la atención a madres menores de 30 años, con nivel de instrucción bajo, de los dos primeros quintiles económicos y del orden de nacimiento cuarto o más. Igual que en el caso del control prenatal, la clínica o el médico privado se concentra más en dar atención a mujeres de 30 a 49 años de edad, de mayores niveles de instrucción, de los quintiles económicos más ricos y cuando el orden de nacimiento es el primer hijo. Actualmente el 92 por ciento de los partos ocurridos en

Guayas de las usuarias de escasos recursos, a partir de enero del 2012, fueron en instituciones de salud del MSP, llegando al 95 por ciento en la ciudad de Guayaquil, valores que se acercan a los estándares internacionales definidos, y que son a su vez, valores superiores a los registrados a nivel nacional (78.5%). (CEPAR), esto se explica porque los partos en domicilios se encuentran en disminución, y en gran medida a la cobertura en la atención que tiene la madre y el neonato al ser atendidos en las unidades de salud pública.

Las unidades de salud pertenecientes a la Dirección Provincial del Guayas que registraron mayor porcentaje de atención al parto normal durante el periodo de estudio son en orden descendente:

1. H.E.M. Mariana de Jesús
2. Centros de Salud y
3. H.B. M.I. Guasmo.

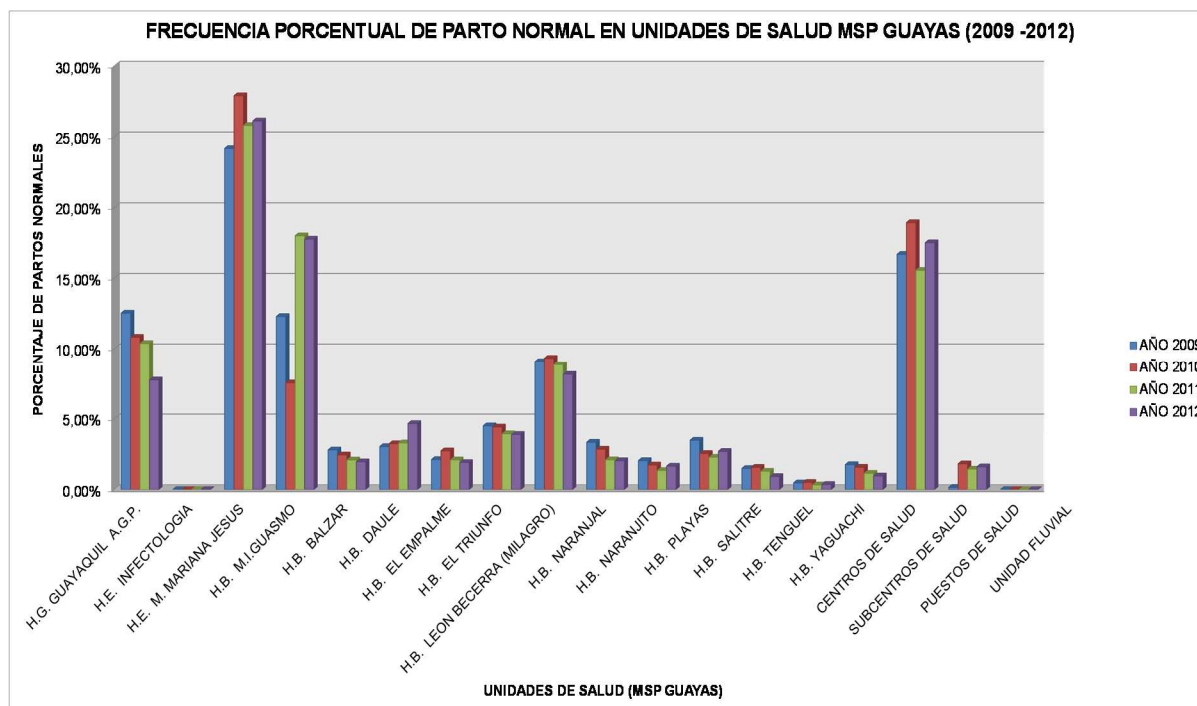
El H.E.M. Mariana de Jesús, incluso durante el período estudiado tiene una frecuencia porcentual de atención de parto normal entre 24,18% al 27,90 %.

Tabla 9: PARTO NORMAL (%) ATENDIDO EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	12,53%	10,82%	10,38%	7,75%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	24,18%	27,90%	25,80%	26,12%
H.B. M.I.GUASMO	12,29%	7,55%	18,00%	17,77%
H.B. BALZAR	2,80%	2,45%	2,10%	1,96%
H.B. DAULE	3,04%	3,24%	3,30%	4,67%
H.B. EL EMPALME	2,12%	2,74%	2,10%	1,91%
H.B. EL TRIUNFO	4,51%	4,42%	3,95%	3,90%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	9,07%	9,32%	8,85%	8,16%
H.B. NARANJAL	3,34%	2,86%	2,11%	2,04%
H.B. NARANJITO	2,05%	1,74%	1,35%	1,65%
H.B. PLAYAS	3,49%	2,55%	2,28%	2,70%
H.B. SALITRE	1,49%	1,57%	1,29%	0,92%
H.B. TENGUEL	0,47%	0,51%	0,33%	0,37%
H.B. YAGUACHI	1,76%	1,58%	1,15%	0,96%
CENTROS DE SALUD	16,69%	18,94%	15,56%	17,51%
SUBCENTROS DE SALUD	0,16%	1,82%	1,45%	1,61%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Gráfico 2: FRECUENCIA PORCENTUAL DE PARTO NORMAL EN UNIDAD DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



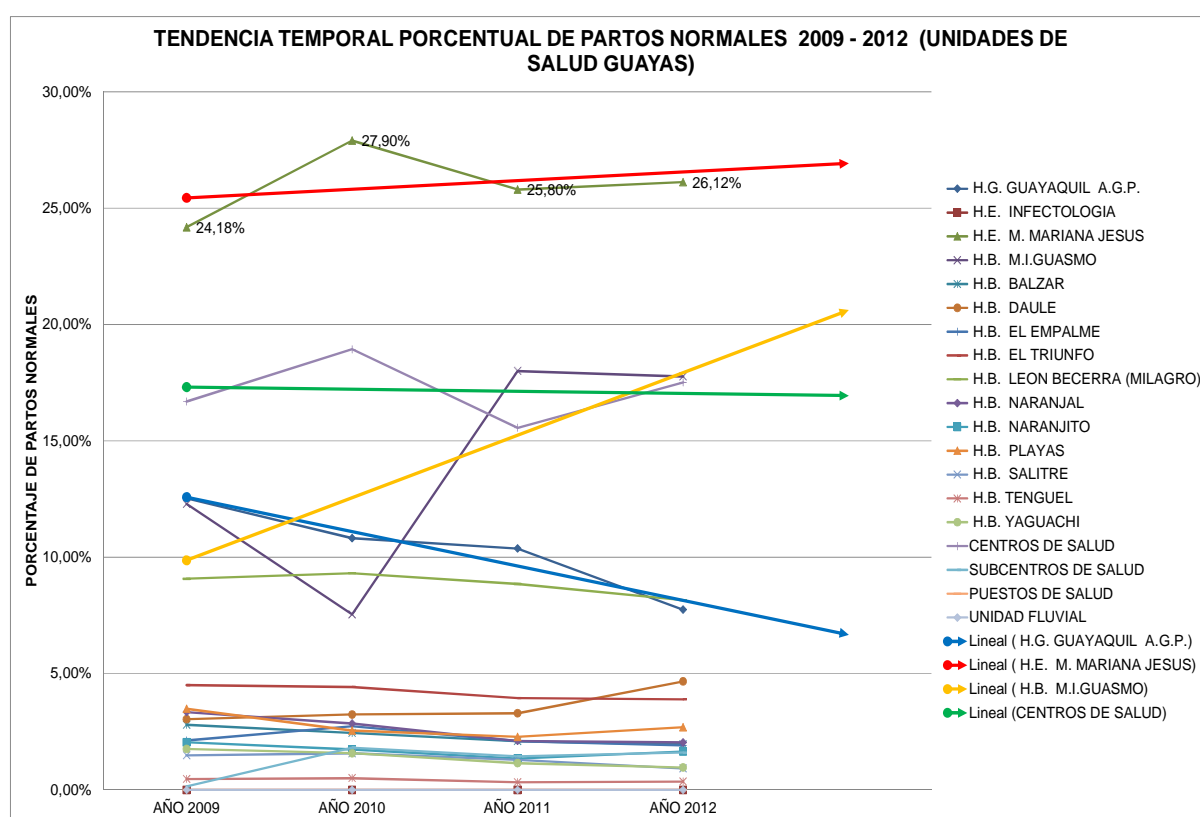
Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Sin embargo las tendencias difieren, mientras que la tendencia a la alza en volumen de atención, se hace evidente en el análisis temporal al 2013 tanto en el H.E. M. Mariana de Jesús (se esperaría un porcentaje de atención cercano al 27% en el 2013) y de igual forma el H.B.M.I Guasmo superaría el 20% de atención de parto normal, sin embargo el H.G. Guayaquil A.G.P. expresaría una tendencia a la baja (aproximadamente 7%).

Esto se explica por la preocupación del gobierno inyectando recursos económicos que han mejorado los centros de salud de atención materno infantil, y porque se está poco a poco concientizando a los usuarios del sistema a no recurrir a los Hospitales Generales directamente, sino que deben seguir el triage, esto es, atenderse según los niveles de atención y especialmente respetar la atención de salud que se encuentra sectorizada. Así observamos

que solo en el año 2010 que la Maternidad del Guasmo se encontraba en proceso de remodelación de las áreas de neonatología, la atención de los partos disminuyó, aumentando su porcentaje de atención en los siguientes años, estimándose que la tendencia se mantendría en el año 2013. Esto se podría comprobar al realizar un estudio de las tendencias obtenidas en este trabajo y compararlas con los resultados obtenidos en las atenciones del 2013.

Gráfico 3: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE PARTOS NORMALES 2009 - 2012 (UNIDAD DE SALUD GUAYAS)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

3.1.2 PARTO COMPLICADO

Las unidades de salud que registraron mayor porcentaje de atención al parto complicado durante el período de estudio son en orden descendente:

1. Hospital General Guayaquil
2. Hospital El Empalme
3. Hospital León Becerra (Milagro)

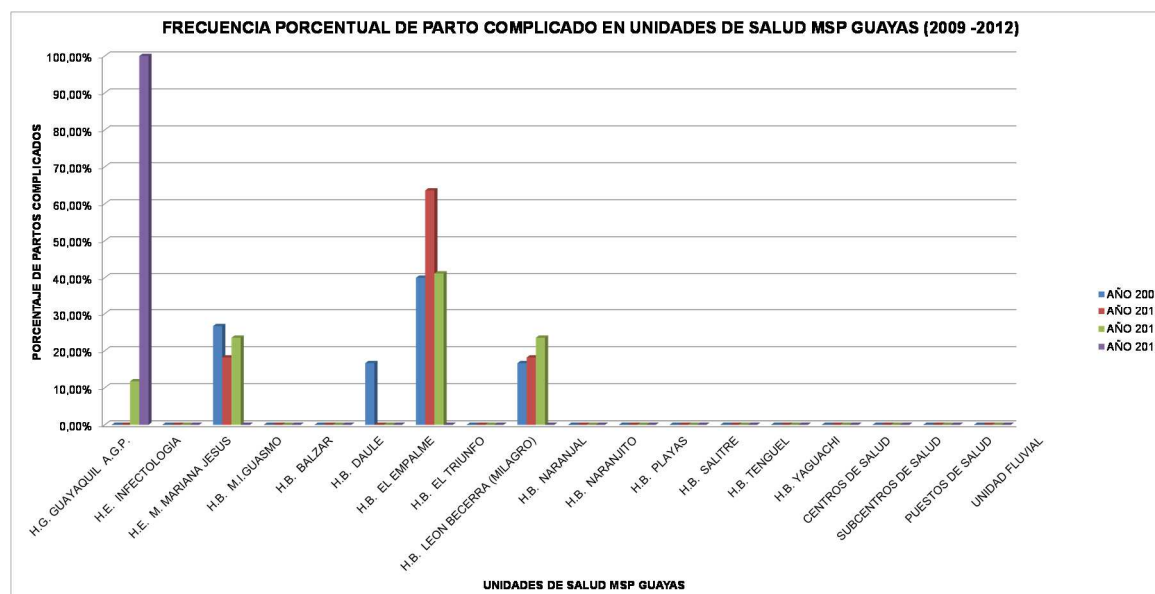
El Hospital General Guayaquil aumenta su registro de atención a partos complicados en el 2012 ocupándose del 100% de los casos, probablemente se trate de un subregistro en otras unidades de salud, o como mencionamos anteriormente, si las gestantes al ser controladas en unidades de salud de Nivel I, y dado que los controles de los embarazos demostraron que podría tratarse de un parto complicado, según las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, dichas pacientes deberían ser referidas para la atención del parto a una unidad de atención de salud de mayor nivel, por lo que técnicamente son derivadas a un hospital de Especialidad o General como lo es el Hospital Guayaquil, dependiendo inclusive de la sectorización

Tabla 10: PARTO COMPLICADO ATENDIDO EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 - 2012)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	0,00%	0,00%	11,76%	100,00%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	26,67%	18,18%	23,53%	0,00%
H.B. M.I.GUASMO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. BALZAR	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. DAULE	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. EL EMPALME	40,00%	63,64%	41,18%	0,00%
H.B. EL TRIUNFO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	16,67%	18,18%	23,53%	0,00%
H.B. NARANJAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. NARANJITO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. PLAYAS	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. SALITRE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. TENGUEL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. YAGUACHI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
CENTROS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SUBCENTROS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Gráfico 4: FRECUENCIA PORCENTUAL DE PARTO COMPLICADO EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)

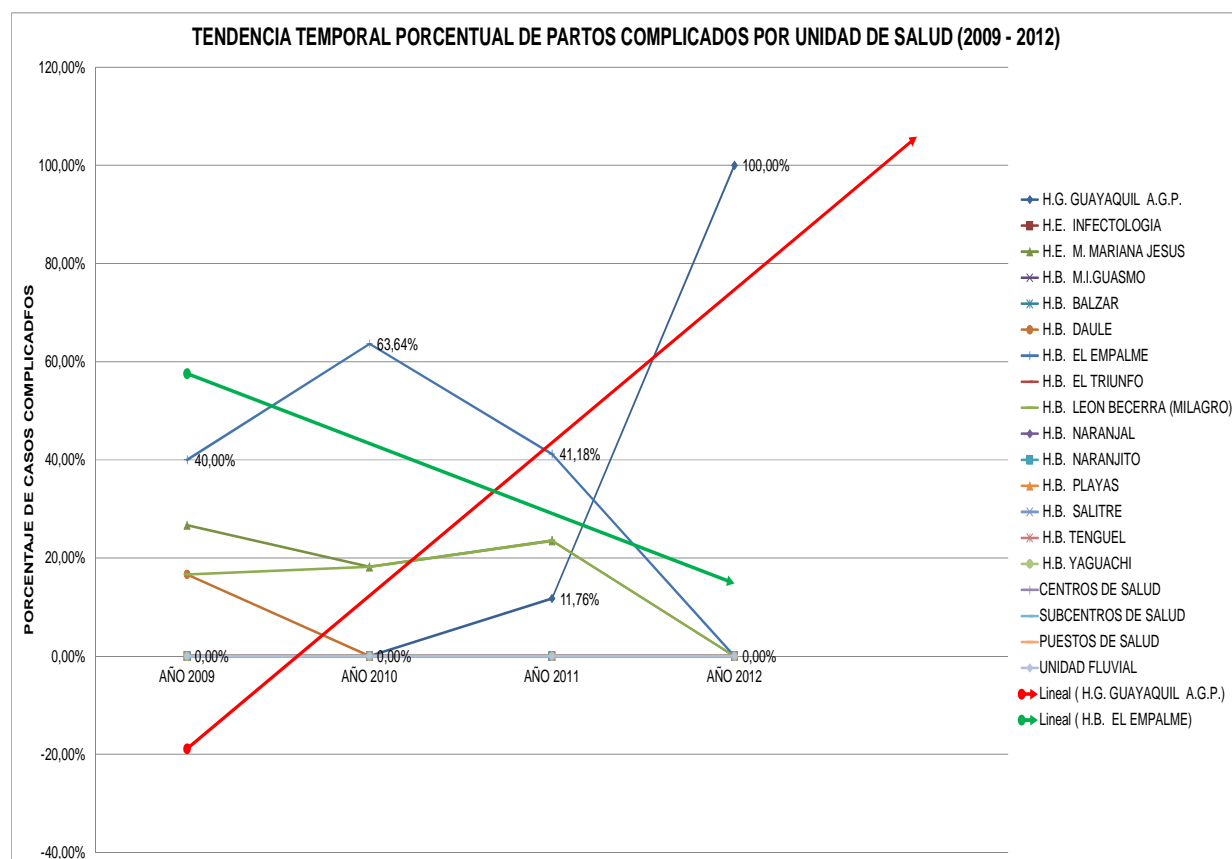


Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

De esta forma la tendencia temporal se ve alterada observándose una proyección exponencial de esta unidad (Hospital Guayaquil), mientras que la segunda unidad en orden descendente (Hospital Empalme) revela una línea de tendencia proyectada al 2013 con un porcentaje inferior al 20%.

Es importante señalar que en la provincia del Guayas, la confianza de las mujeres gestantes especialmente las primerizas, de acudir a ser atendidas en el Hospital Maternidad Enrique Sotomayor (Junta de Beneficencia del Guayas), por la seguridad que ofrecen sus instalaciones y la experiencia de los profesionales que atienden. Sin embargo dadas las prioridades que el gobierno Nacional está dando a la tecnificación y aumentando talentos humanos en la especialidad gineco-obstétrica, el Hospital General Guayaquil, perteneciente a la Dirección Provincial de salud del Guayas, se convierte en centro de referencia para las gestantes con complicaciones.

Gráfico 5: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE PARTOS COMPLICADOS POR UNIDAD DE SALUD (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: autora de tesis.

3.1.3 CESÁREAS

Las unidades de salud que registraron mayor porcentaje de atención a cesáreas durante el período de estudio en la provincia del Guayas, son en orden descendente:

1. Hospital Mariana de Jesús
2. Hospital Guasmo.
3. Hospital Guayaquil.

4. Hospital de el Empalme

De los anteriormente mencionados, los dos últimos no son hospitales de especialidad ginecológica, son considerados hospitales generales; es importante mencionar que el hospital de el Empalme es un hospital que recibe muchos pacientes provenientes de la parte norte de la provincia del Guayas, de igual manera que el hospital del Triunfo, su disminución en la atención de las cesáreas en los años 2010,2011 y 2012 se estima por el hecho de existir una red de ambulancias que los derivaba al hospital de especialidad de Milagro o en Guayaquil al Hospital Marianita de Jesús.

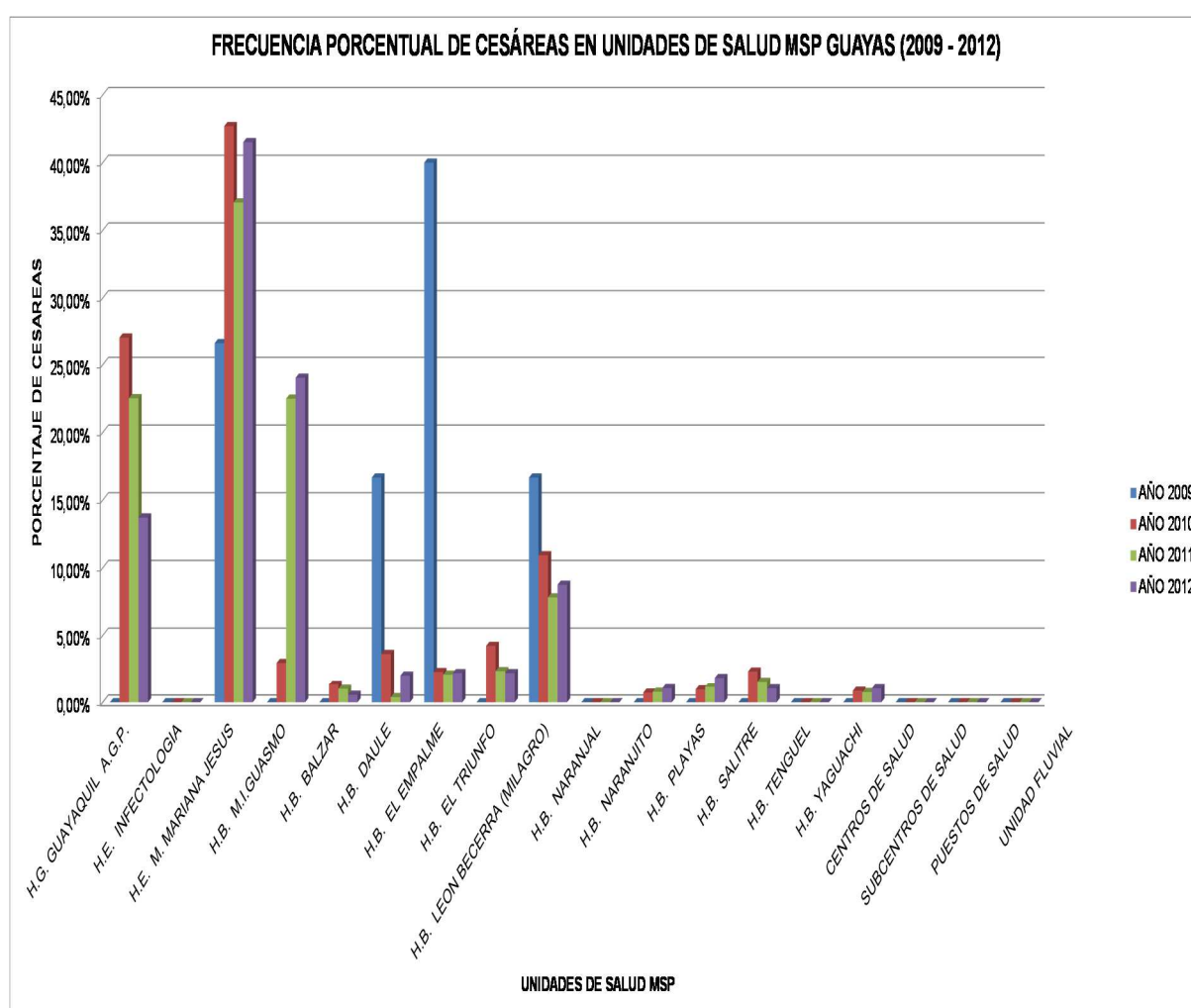
Tabla 11: CESÁREAS (%) ATENDIDAS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	0,00%	27,08%	22,53%	13,72%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	26,67%	42,69%	37,06%	41,52%
H.B. M.I.GUASMO	0,00%	2,96%	22,49%	24,04%
H.B. BALZAR	0,00%	1,34%	1,00%	0,56%
H.B. DAULE	16,67%	3,63%	0,38%	2,03%
H.B. EL EMPALME	40,00%	2,29%	2,10%	2,22%
H.B. EL TRIUNFO	0,00%	4,23%	2,36%	2,22%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	16,67%	10,92%	7,81%	8,75%
H.B. NARANJAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. NARANJITO	0,00%	0,71%	0,78%	1,05%
H.B. PLAYAS	0,00%	0,96%	1,15%	1,85%
H.B. SALITRE	0,00%	2,33%	1,57%	1,04%
H.B. TENGUEL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. YAGUACHI	0,00%	0,85%	0,76%	1,04%
CENTROS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SUBCENTROS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

El Hospital Mariana de Jesús tanto en los años 2010 (42.69%) y 2012 (41,52%), superan el 40% de atenciones a cesáreas, mientras que el Hospital del Empalme únicamente, llega al 40% de atenciones por cesáreas durante el año 2009.

Gráfico 6: FRECUENCIA PORCENTUAL DE CESÁREAS EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)

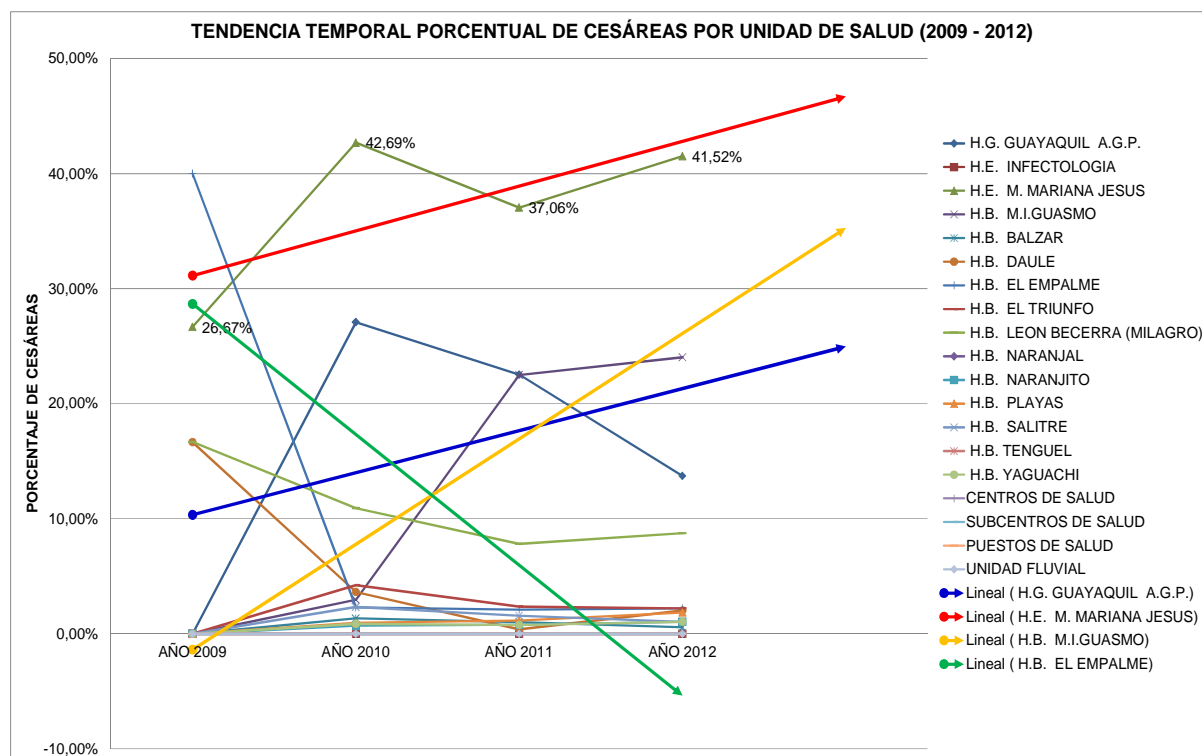


Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

El análisis de la tendencia temporal indica una proyección porcentual ubicada en el 45% de atenciones por cesáreas para el 2013 (Hospital Mariana de Jesús), le siguen en tendencia al

alza proyectada para el 2013, Hospital Guasmo (aproximadamente 35%), y el Hospital Guayaquil (aproximadamente 24%)

Gráfico 7: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE CESÁREAS POR UNIDAD DE SALUD (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

3.1.4 ABORTOS

Se analiza el impacto del aborto en las unidades de salud que registraron mayor porcentaje de atención por aborto durante el periodo de estudio y que evidentemente se estima que exista un subregistro, se citan a continuación en orden descendente:

1. Hospital Mariana de Jesús
2. Hospital Guayaquil

3. Hospital Guasmo

Coincidentemente el mayor porcentaje de atención por abortos en el 2012 se dio en el Hospital Mariana de Jesús.

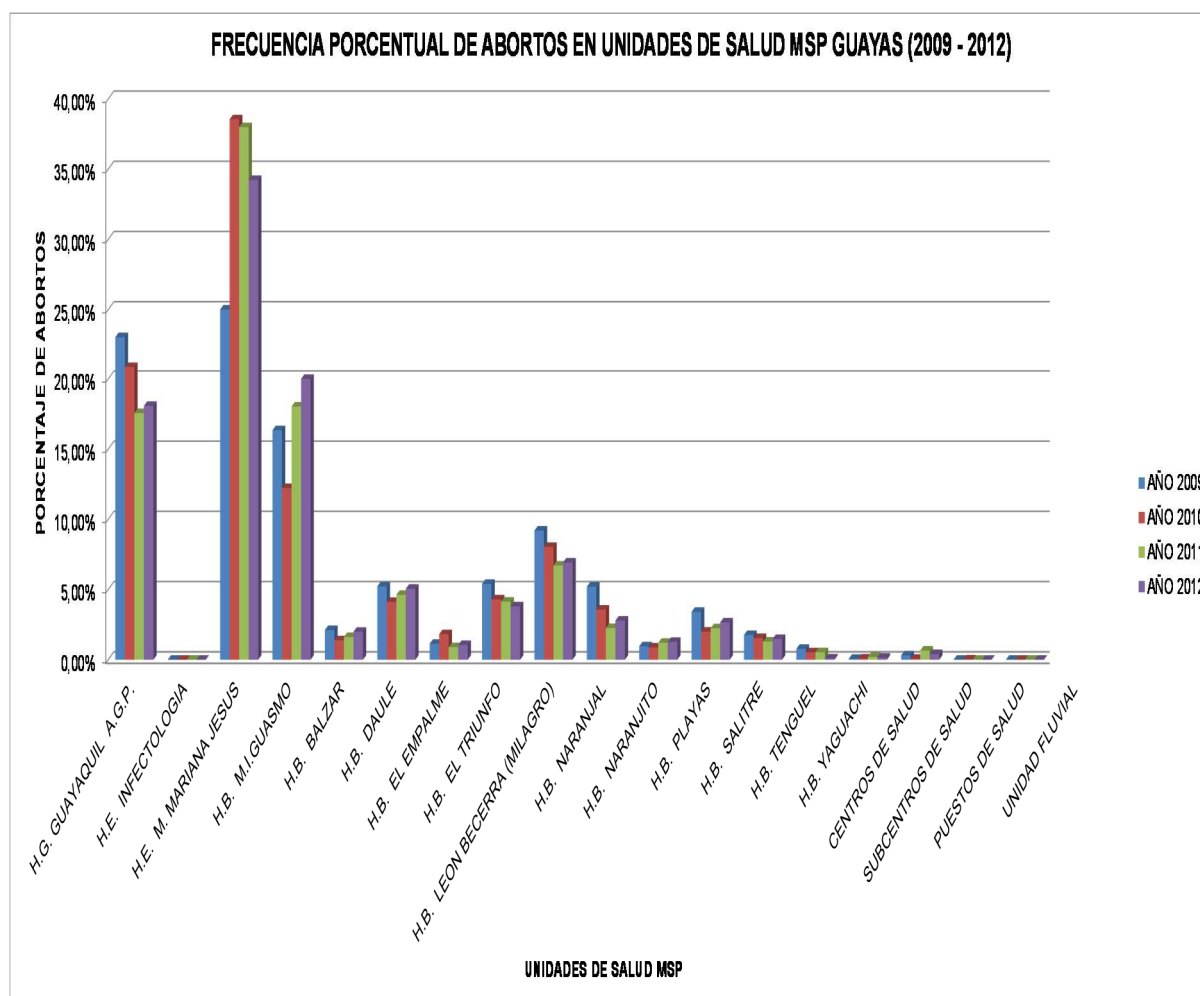
Tabla 12: ABORTOS (%) ATENDIDOS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	23,05%	20,85%	17,57%	18,08%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	25,01%	38,56%	38,00%	34,24%
H.B. M.I.GUASMO	16,35%	12,23%	18,03%	20,00%
H.B. BALZAR	2,12%	1,38%	1,62%	1,99%
H.B. DAULE	5,23%	4,12%	4,62%	5,06%
H.B. EL EMPALME	1,14%	1,82%	0,90%	1,05%
H.B. EL TRIUNFO	5,40%	4,30%	4,14%	3,80%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	9,20%	8,04%	6,71%	6,93%
H.B. NARANJAL	5,20%	3,57%	2,26%	2,79%
H.B. NARANJITO	0,96%	0,87%	1,21%	1,27%
H.B. PLAYAS	3,42%	2,00%	2,24%	2,66%
H.B. SALITRE	1,76%	1,55%	1,29%	1,48%
H.B. TENGUEL	0,78%	0,53%	0,53%	0,09%
H.B. YAGUACHI	0,07%	0,09%	0,21%	0,15%
CENTROS DE SALUD	0,31%	0,07%	0,66%	0,41%
SUBCENTROS DE SALUD	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Sin embargo el Hospital del Guasmo presenta un repunte porcentual del 20%, en la atención de abortos durante el 2012, explicable por el hecho de que las usuarias acuden por el hecho de haber sido remodelado el hospital, así como por la utilización del sistema de la red CONE que las obligaba a acudir a un hospital de especialidad.

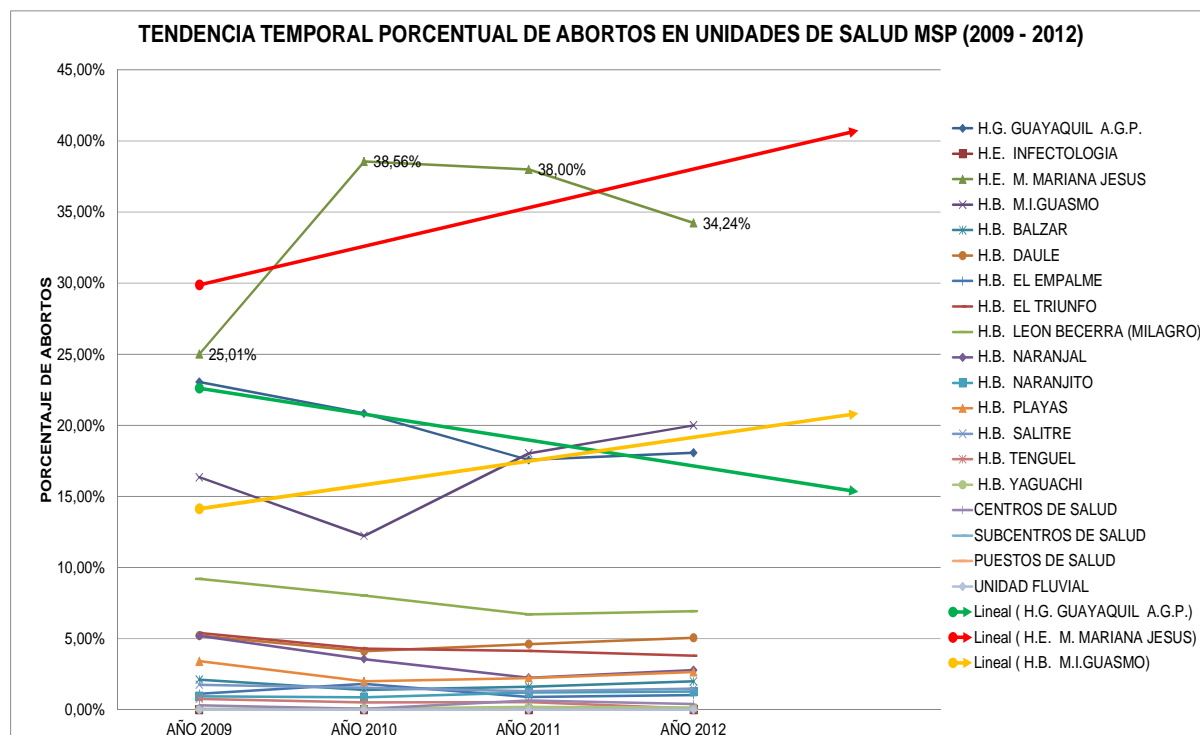
Gráfico 8: FRECUENCIA PORCENTUAL DE ABORTOS EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

El análisis de la tendencia temporal indica una proyección porcentual ubicada en el 41% de atenciones por abortos para el 2013 (Hospital Mariana de Jesús), le siguen en tendencia al alza proyectada para el 2013, Hospital Guasmo (aproximadamente 22%) mientras que se determina una proyección para el 2013 a la baja para el Hospital Guayaquil (aproximadamente 16%) en atención a abortos.

Gráfico 9: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE ABORTOS EN UNIDADES DE SALUD MSP (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

3.1.5 CURETAJES

Las unidades de salud que registraron mayor porcentaje de atención por curetaje durante el período de estudio son en orden descendente:

1. Hospital Mariana de Jesús
2. Hospital Guayaquil
3. Hospital Guasmo

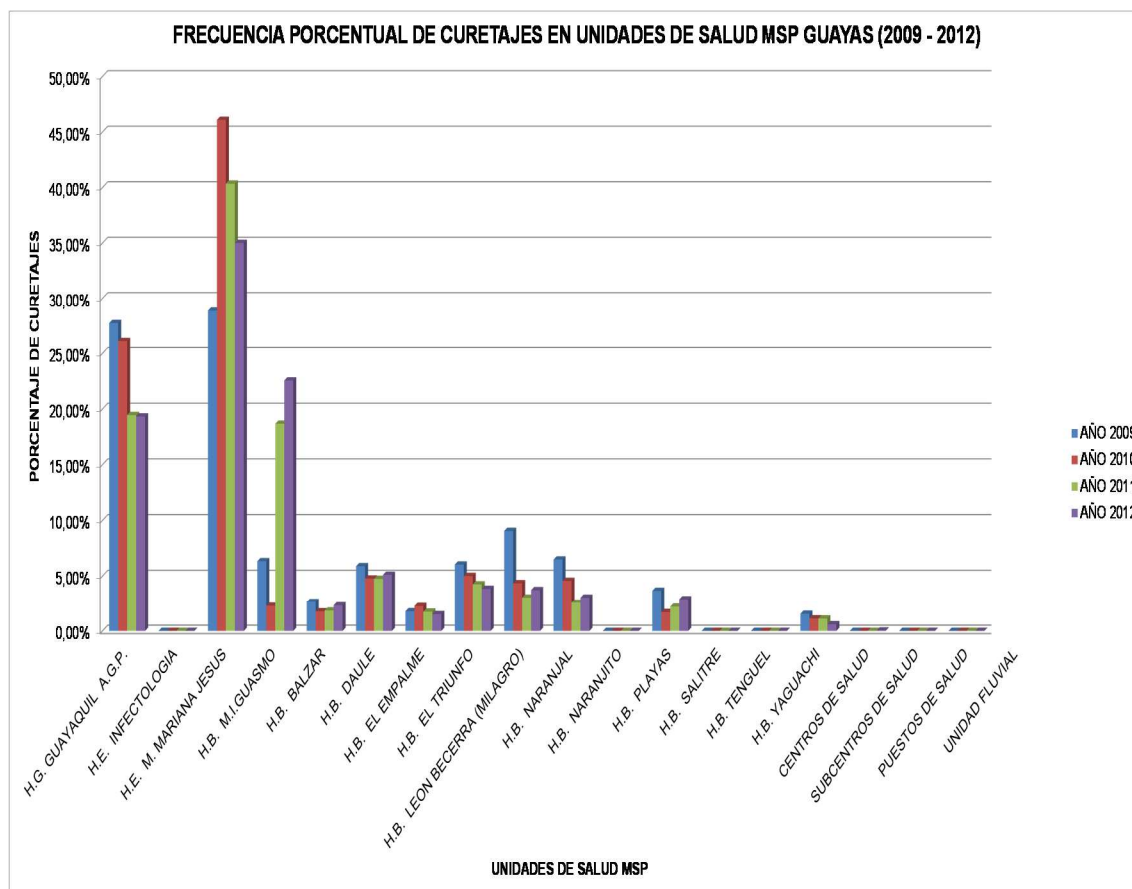
Coincidentemente el mayor porcentaje de atención por curetajes, así como por abortos en el 2012, se dio en el Hospital Mariana de Jesús (35,01%).

Tabla 13: CURETAJES (%) ATENDIDOS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	27,72%	26,09%	19,46%	19,33%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	28,84%	46,09%	40,35%	35,01%
H.B. M.I.GUASMO	6,34%	2,27%	18,68%	22,56%
H.B. BALZAR	2,64%	1,76%	1,84%	2,32%
H.B. DAULE	5,89%	4,78%	4,75%	5,12%
H.B. EL EMPALME	1,77%	2,25%	1,74%	1,51%
H.B. EL TRIUNFO	6,04%	5,01%	4,25%	3,85%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	9,06%	4,35%	3,05%	3,73%
H.B. NARANJAL	6,49%	4,56%	2,57%	3,04%
H.B. NARANJITO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. PLAYAS	3,67%	1,70%	2,20%	2,89%
H.B. SALITRE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. TENGUEL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. YAGUACHI	1,55%	1,13%	1,12%	0,60%
CENTROS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
SUBCENTROS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

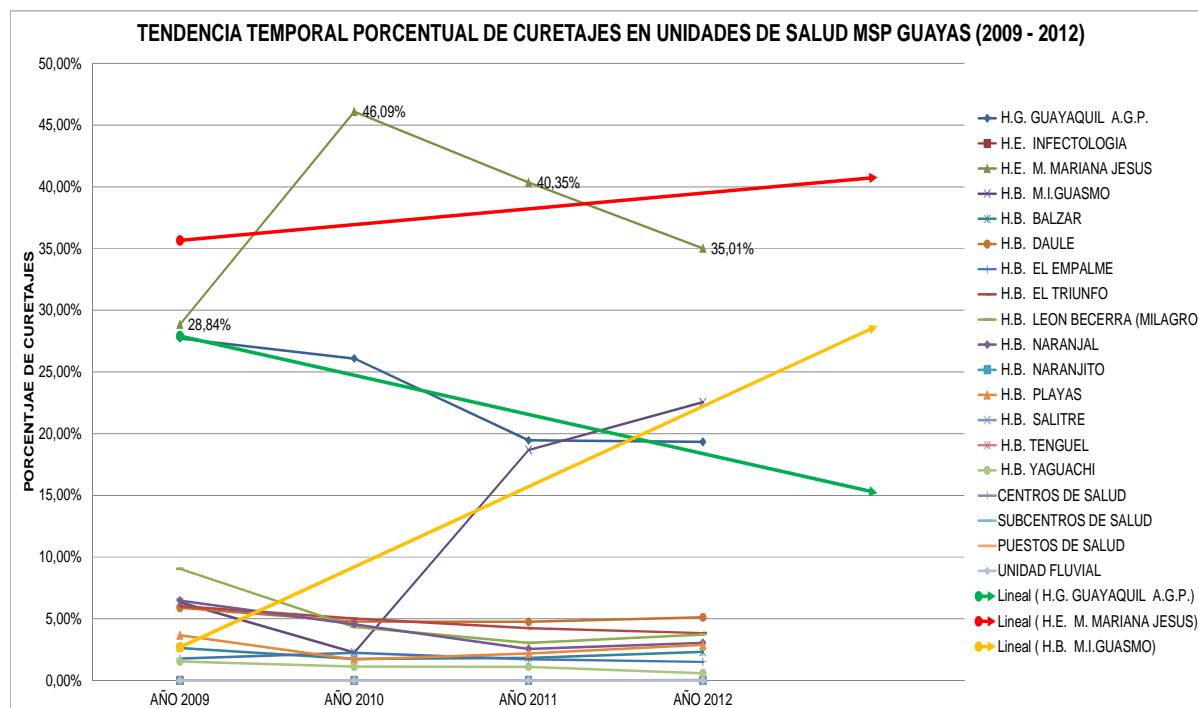
Gráfico 10: FRECUENCIA PORCENTUAL DE CURETAJES EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

El análisis de la tendencia temporal es similar al de los abortos, así tenemos: una proyección porcentual ubicada aproximadamente en el 41% de atenciones por curetajes para el 2013 (Hospital Mariana de Jesús), le siguen en tendencia al alza proyectada para el 2013, Hospital Guasmo (aproximadamente 28%) mientras que se determina una proyección para el 2013 a la baja para el Hospital Guayaquil (aproximadamente 15%) en atención a curetajes.

Gráfico 11: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE CURETAJES EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

3.1.6 NACIDOS VIVOS (PESO < 2500 g)

Las unidades de salud que registraron mayor porcentaje de atención por nacidos vivos (peso < 2500 g) durante el período de estudio son en orden descendente:

1. Hospital Guasmo
2. Hospital Guayaquil

El mayor porcentaje de atención por nacidos vivos (peso < 2500 g) en el 2012 se dio en el Hospital del Guasmo (44,70%). El Hospital MI Guasmo se encuentra ubicado en el sector sur este de la ciudad de Guayaquil, y el Hospital General Guayaquil, se encuentra ubicado en el

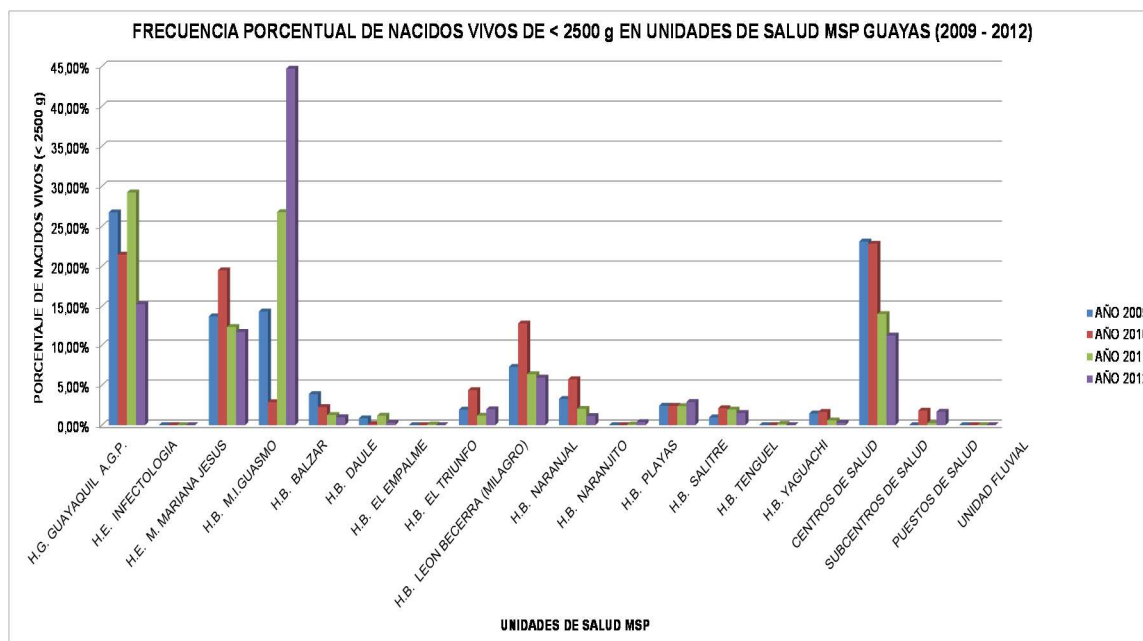
sector sur oeste, cercano al Hospital de especialidad Mariana de Jesús. Es de recordar que durante el año 2010 por encontrarse en remodelación el Hospital del Guasmo la atención a los partos se vio disminuida por lo que se estima que eso influyó en el aumento de las atenciones a las mujeres embarazadas en el Hospital Mariana de Jesús, derivándose los partos complicados al Hospital Guayaquil.

Tabla 14: NACIDOS VIVOS (PESO < 2500 G) (%) ATENDIDOS EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	26,73%	21,45%	29,23%	15,26%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	13,73%	19,49%	12,40%	11,67%
H.B. M.I.GUASMO	14,34%	2,87%	26,76%	44,70%
H.B. BALZAR	3,89%	2,27%	1,27%	0,99%
H.B. DAULE	0,85%	0,15%	1,19%	0,31%
H.B. EL EMPALME	0,00%	0,00%	0,08%	0,00%
H.B. EL TRIUNFO	1,94%	4,38%	1,19%	1,98%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	7,29%	12,84%	6,37%	5,95%
H.B. NARANJAL	3,28%	5,74%	2,04%	1,14%
H.B. NARANJITO	0,00%	0,00%	0,08%	0,38%
H.B. PLAYAS	2,43%	2,42%	2,38%	2,90%
H.B. SALITRE	0,97%	2,11%	1,95%	1,53%
H.B. TENGUEL	0,00%	0,00%	0,17%	0,00%
H.B. YAGUACHI	1,46%	1,66%	0,59%	0,31%
CENTROS DE SALUD	23,09%	22,81%	14,02%	11,21%
SUBCENTROS DE SALUD	0,00%	1,81%	0,25%	1,68%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Gráfico 12: FRECUENCIA PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS DE < 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



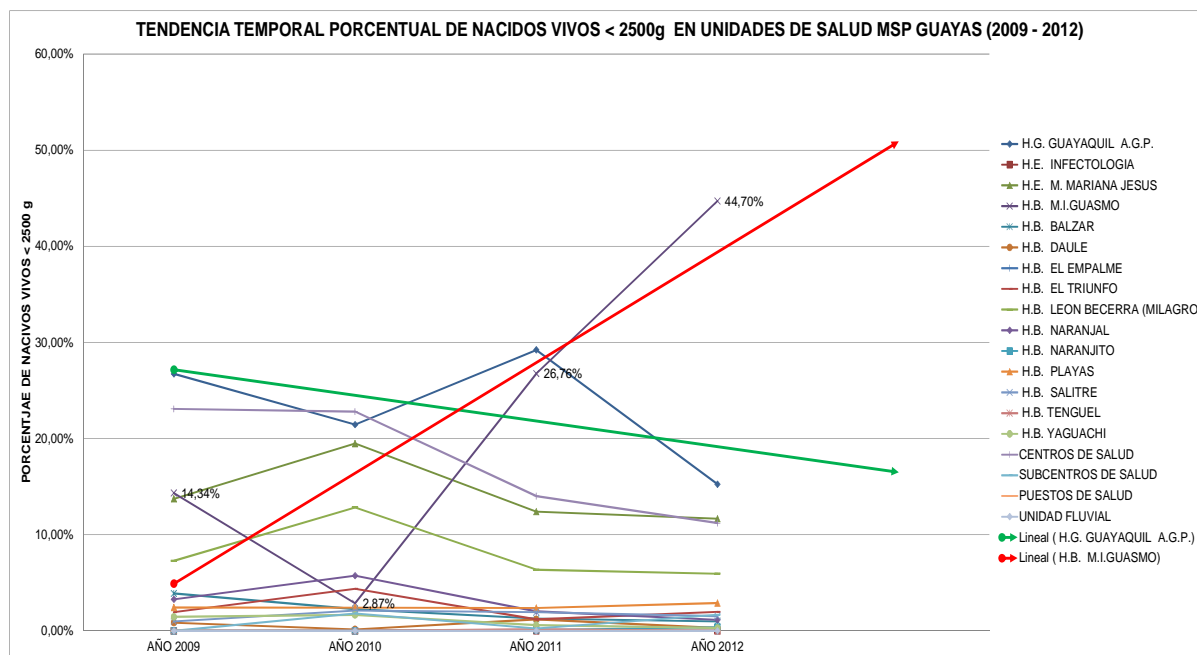
Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

El análisis de la tendencia temporal es significativo en estas dos unidades hospitalarias:

Una proyección porcentual ubica sobre el 50 % de atenciones a nacidos vivos (peso < 2500 g) para el 2013 por parte del Hospital Guasmo.

Tendencia contraria es la registrada por el Hospital Guayaquil, que le ubicaría con un porcentaje de atención al mismo grupo en un porcentaje menor al 20 % como vemos en el gráfico a continuación. Explicable esto porque las usuarias acuden a los hospitales maternos infantiles especializados, y no a los hospitales nivel III como es el caso del Hospital Guayaquil, coincidentemente en el sector donde se encuentran el Hospital del Guasmo, (Sector sur este de Guayaquil) se encuentran las mujeres de más bajos ingresos económicos de Guayaquil, lo que justifica el mayor índice de neonatos nacidos con peso inferior a los 2.500 gr en dicho hospital.

Gráfico 13: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS < 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

3.1.7 NACIDOS VIVOS (PESO > 2500 g)

Las unidades de salud que registraron mayor porcentaje de atención por nacidos vivos (peso > 2500 g) durante el período de estudio son en orden descendente:

1. Hospital Mariana de Jesús
2. Hospital Guasmo
3. Hospital Guayaquil

El mayor porcentaje de atención por nacidos vivos (peso > 2500 g) durante los 4 años de análisis se ha efectuado en el Hospital Mariana de Jesús: así tenemos 2009 (26,72%); 2010

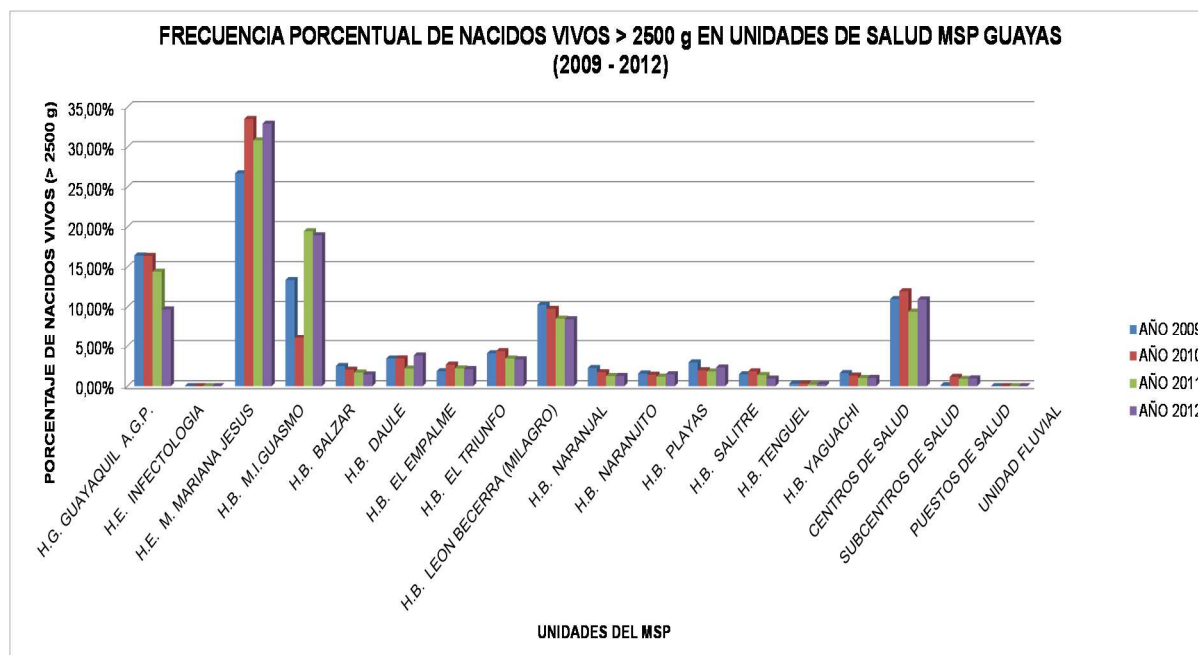
(33,562 %); 2011 (30,84%) y en el 2012 (32,93%). Los resultados explican el éxito de la ejecución de las normas implementadas por el MSP, ya que el Hospital Mariana de Jesús y el Hospital del Guasmo, son los que reciben usuarias gestantes.

Tabla 15: NACIDOS VIVOS (PESO > 2500 G) (%)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	16,44%	16,39%	14,42%	9,70%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	26,72%	33,52%	30,84%	32,93%
H.B. M.I.GUASMO	13,36%	6,04%	19,48%	18,96%
H.B. BALZAR	2,51%	2,05%	1,70%	1,46%
H.B. DAULE	3,44%	3,45%	2,19%	3,82%
H.B. EL EMPALME	1,86%	2,68%	2,21%	2,13%
H.B. EL TRIUNFO	4,09%	4,36%	3,44%	3,34%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	10,26%	9,76%	8,54%	8,47%
H.B. NARANJAL	2,26%	1,73%	1,26%	1,27%
H.B. NARANJITO	1,58%	1,42%	1,18%	1,48%
H.B. PLAYAS	2,95%	1,98%	1,82%	2,32%
H.B. SALITRE	1,48%	1,84%	1,38%	0,94%
H.B. TENGUEL	0,33%	0,33%	0,21%	0,24%
H.B. YAGUACHI	1,63%	1,31%	1,02%	1,03%
CENTROS DE SALUD	10,99%	11,96%	9,41%	10,95%
SUBCENTROS DE SALUD	0,11%	1,16%	0,91%	0,97%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Gráfico 14: FRECUENCIA PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS > 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



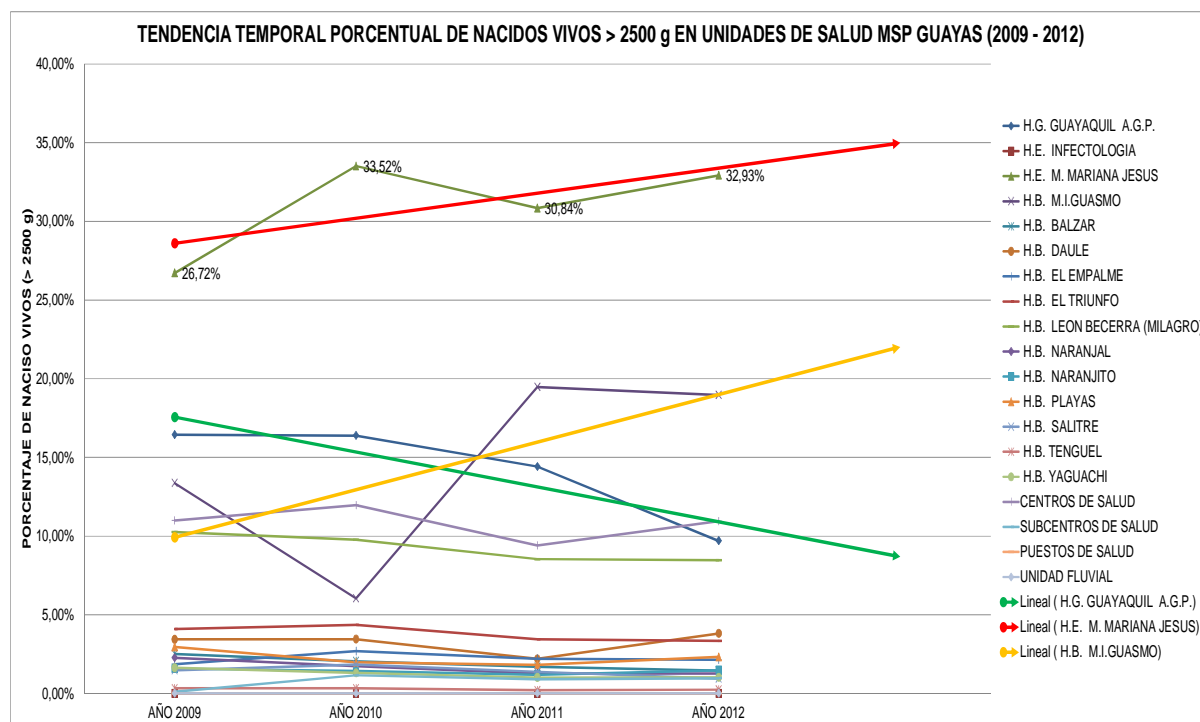
Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

El análisis de la tendencia temporal es significativo en estas tres unidades hospitalarias: para el año 2013 el Hospital Mariana de Jesús se ubicaría en un valor aproximado del 35% (tendencia al alza). Le siguen en esta tendencia, el Hospital del Guasmo con un aproximado de entre el 20 al 25 % para el 2013. Sin embargo el Hospital Guayaquil mantiene como en el caos de la variable anterior una tendencia contraria (a la baja) que le ubicaría con un porcentaje de atención menor al 10% para el mismo período.

Lo anteriormente mencionado explicaría que realizando el triage de salud materna según lo dispuesto en el Manual de Atención Integral de Salud (MAIS), con la aplicación de la red del Control Obstétrico Neonatal (CONE), la atención materno infantil quedaría cubierta en forma

técnica y se podría disminuir la incidencia de morbilidad materna, ya que el Hospital General Guayaquil, se lo utilizaría preferentemente para atender los partos complicados.

Gráfico 15: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE NACIDOS VIVOS > 2500 G EN UNIDADES DE SALUD MSP GUAYAS (2009-2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

3.1.8 NACIMIENTO GEMELAR

Las unidades de salud que registraron mayor porcentaje de atención por nacimiento gemelar durante el período de estudio son en orden descendente:

1. Hospital Guayaquil
2. Hospital Guasmo

3. Hospital Mariana de Jesús

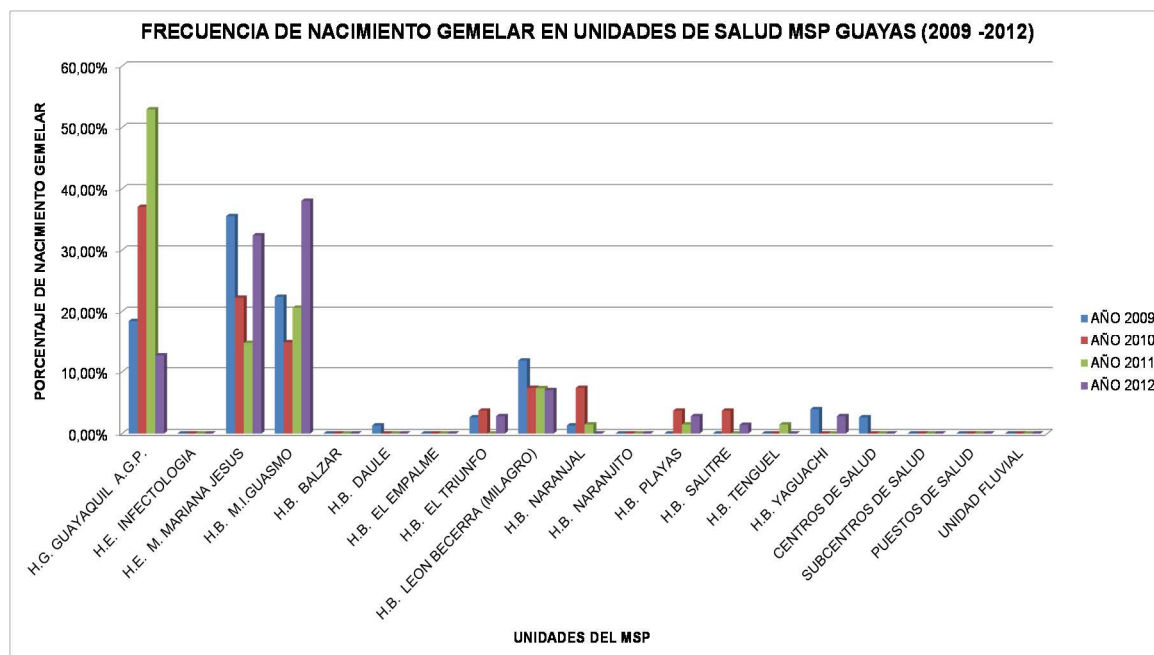
El mayor porcentaje de atención por nacimiento gemelar durante los 4 años de análisis se ha efectuado en el Hospital Guayaquil: así tenemos 2009 (18,42%); 2010 (37,04%); 2011 (52,94%) y en el 2012. (12,68%) Cabe destacar que estos dos últimos valores son el valor más alto y más bajo respectivamente alcanzados de estas tres unidades hospitalarias durante el período de estudio.

Tabla16: NACIMIENTO GEMELAR ATENDIDO EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)

	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012
H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	18,42%	37,04%	52,94%	12,68%
H.E. INFECTOLOGIA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.E. M. MARIANA JESUS	35,53%	22,22%	14,71%	32,39%
H.B. M.I.GUASMO	22,37%	14,81%	20,59%	38,03%
H.B. BALZAR	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. DAULE	1,32%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. EL EMPALME	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. EL TRIUNFO	2,63%	3,70%	0,00%	2,82%
H.B. LEON BECERRA (MILAGRO)	11,84%	7,41%	7,35%	7,04%
H.B. NARANJAL	1,32%	7,41%	1,47%	0,00%
H.B. NARANJITO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
H.B. PLAYAS	0,00%	3,70%	1,47%	2,82%
H.B. SALITRE	0,00%	3,70%	0,00%	1,41%
H.B. TENGUEL	0,00%	0,00%	1,47%	0,00%
H.B. YAGUACHI	3,95%	0,00%	0,00%	2,82%
CENTROS DE SALUD	2,63%	0,00%	0,00%	0,00%
SUBCENTROS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
PUESTOS DE SALUD	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
UNIDAD FLUVIAL	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
TOTAL PROVINCIA	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

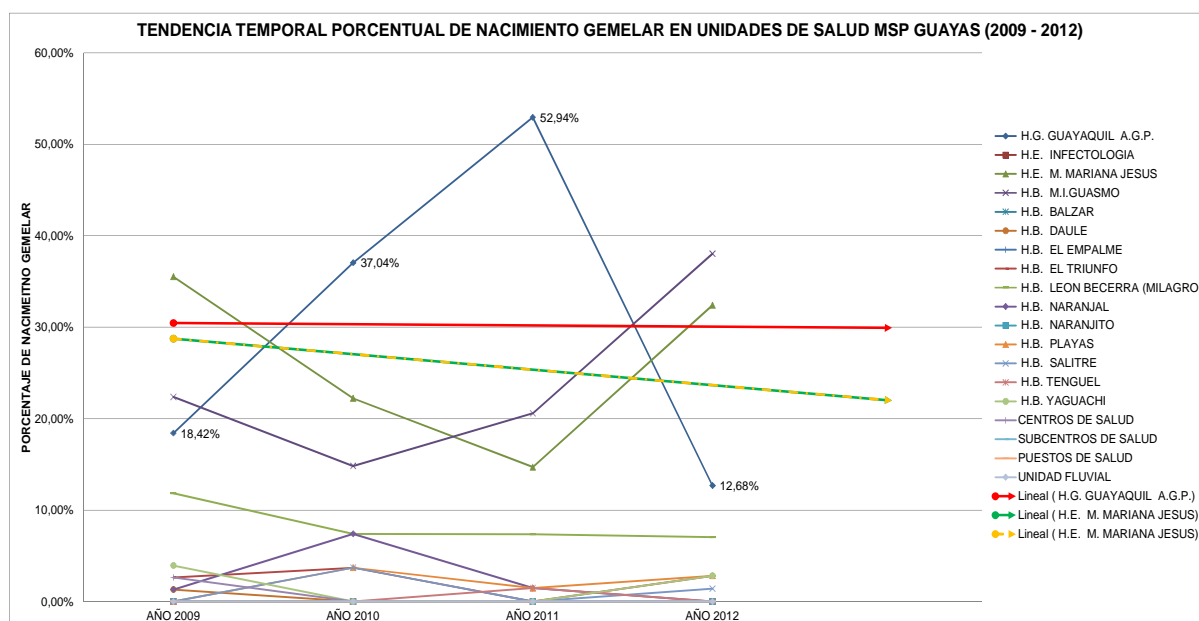
Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Gráfico 16: FRECUENCIA DE NACIMIENTO GEMELAR EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

Gráfico 17: TENDENCIA TEMPORAL PORCENTUAL DE NACIMIENTO GEMELAR EN UNIDADES MSP GUAYAS (2009 – 2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

El análisis de la tendencia temporal es revelador en estas tres unidades hospitalarias: el Hospital Guayaquil mantiene su tendencia porcentual en atención de nacimiento gemelar para el año 2012 en un valor aproximado al 30%. Caso diferente es el de las otras dos unidades hospitalarias: Hospital del Guasmo y Mariana de Jesús que coincidentemente se ubicarían en un valor aproximado de entre el 20 al 25% (tendencia a la baja).

3.2 APLICACIÓN DE LAS RAZONES

Al realizar el análisis mediante el uso de razón / proporción para determinar correlación en las variables se obtienen los siguientes resultados:

3.2.1 Razón: Número de cesáreas / número de partos normales

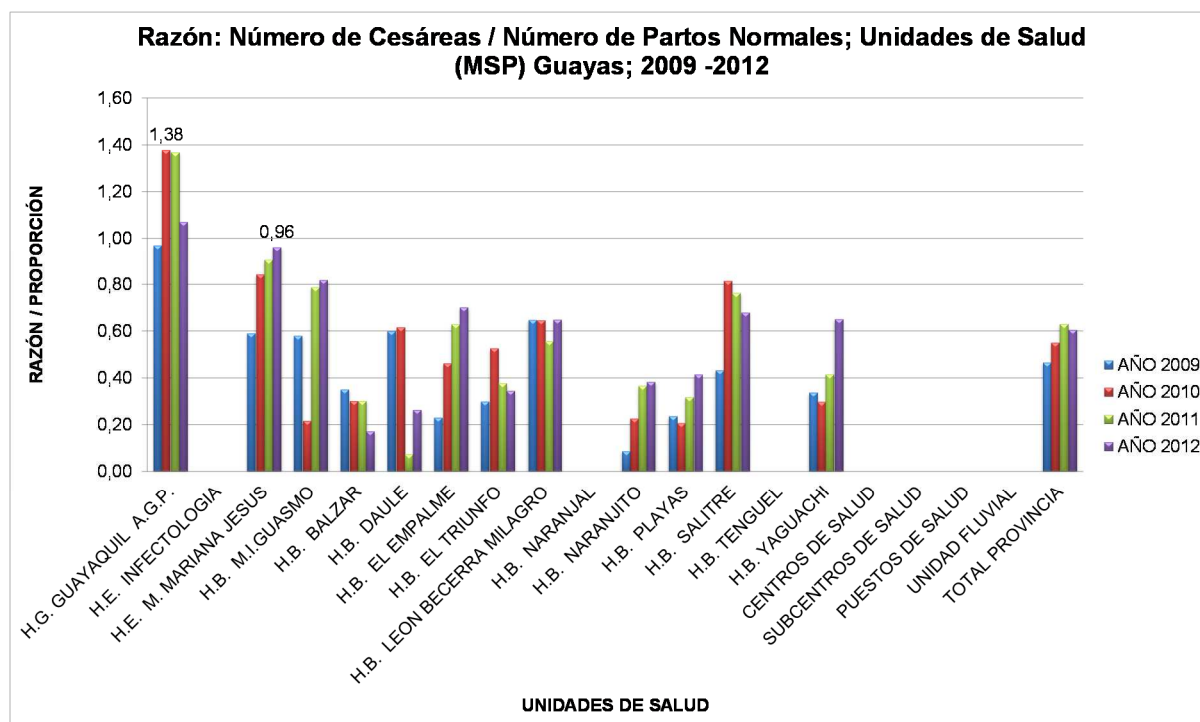
Es decir que por cada parto normal se establecen la proporcionalidad de este dato con relación al número de cesáreas siendo así: el dato que llama la atención se observa en el H.G. Guayaquil donde en el año 2010, por cada parto normal se realizaron 1.38 cesáreas, siguiendo en magnitud el mismo hospital en el año 2011, donde por cada parto se realizaron 1.37 cesáreas. En tanto que el Hospital Mariana de Jesús en el año 2012 su proporción casi llega a ser de 1:1 parto normal / cesárea (0.96). En el resto de unidades operativas los partos normales, primaron sobre la realización de cesáreas.

Tabla17: NÚMERO DE CESÁREAS / NÚMERO DE PARTOS NORMALES (PERÍODO 2009 – 2012)

	H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	H.E. INFECTOLOGIA	H.E. M. MARIANA JESUS	H.B. M.I.GUASMO	H.B. BALZAR	H.B. DAULE	H.B. EL EMPALME	H.B. EL TRIUNFO	H.B. LEON BECERRA MILAGRO	H.B. NARANJAL	H.B. NARANJITO	H.B. PLAYAS	H.B. SALITRE	H.B. TENGUEL	H.B. YAGUACHI	CENTROS DE SALUD	SUBCENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	UNIDAD FLUVIAL	TOTAL PROVINCIA
AÑO 2009	0,97	0,00	0,59	0,58	0,35	0,60	0,23	0,30	0,65	*****	0,09	0,24	0,43	*****	0,34	*****	*****	0,00	0,00	0,47
AÑO 2010	1,38	0,00	0,84	0,22	0,30	0,62	0,46	0,53	0,65	*****	0,23	0,21	0,81	*****	0,30	*****	*****	0,00	0,00	0,55
AÑO 2011	1,37	0,00	0,90	0,79	0,30	0,07	0,63	0,38	0,56	*****	0,37	0,32	0,76	*****	0,41	*****	*****	0,00	0,00	0,63
AÑO 2012	1,07	0,00	0,96	0,82	0,17	0,26	0,70	0,34	0,65	*****	0,38	0,41	0,68	*****	0,65	*****	*****	0,00	0,00	0,61

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: autora de tesis.

Gráfico 18: NÚMERO DE CESÁREAS / NÚMERO DE PARTOS NORMALES, UNIDAD DE SALUD MSP GUAYAS (PERÍODO 2009 – 2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

3.2.2 Razón: Número de partos normales / Total de Partos Atendidos:

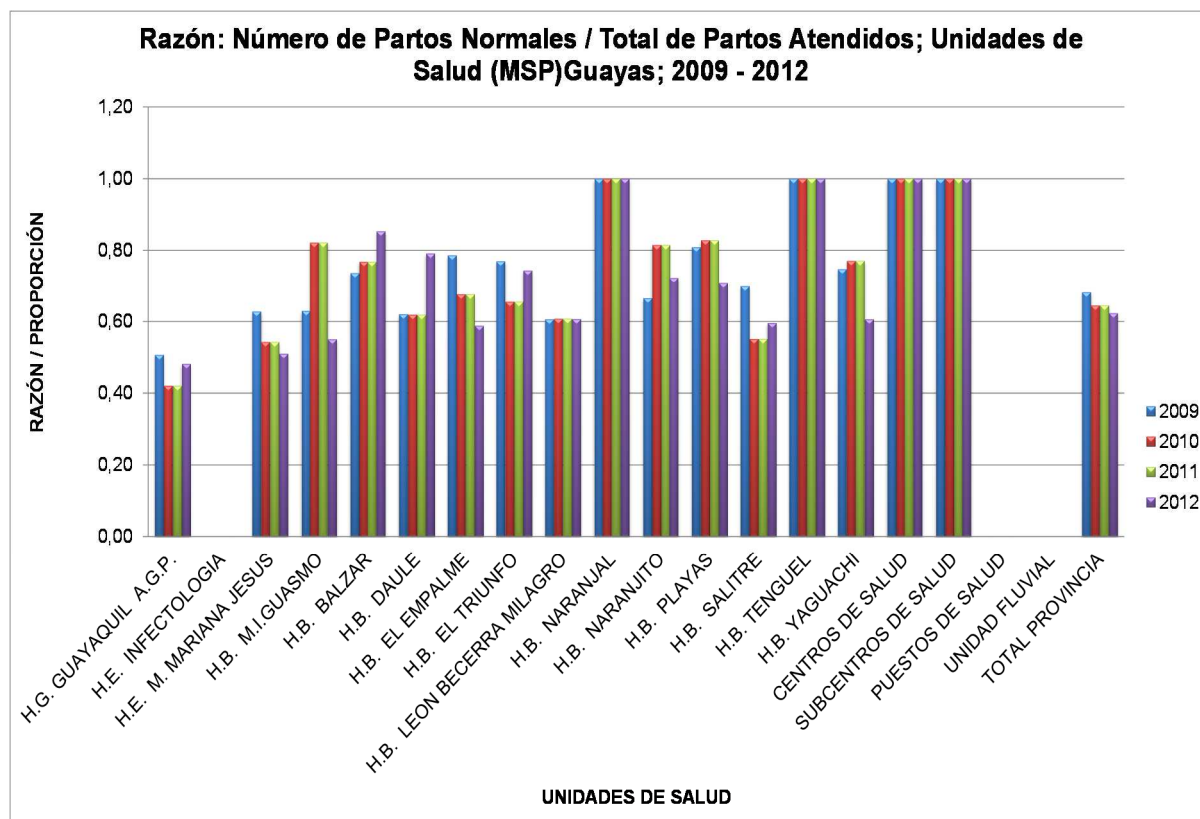
En este indicador destacan unidades como H.B. Naranjal, H.B. Tenguel; Centros de Salud y Subcentros de salud cuya razón / proporción es igual 1:1

**Tabla18: NÚMERO DE PARTOS NORMALES / TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS
(PERÍODO 2009 – 2012)**

	H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	H.E. INFECTOLOGIA	H.E. M. MARIANA JESUS	H.B. M.I.GUASMO	H.B. BALZAR	H.B. DAULE	H.B. EL EMPALME	H.B. EL TRIUNFO	H.B. LEONBECERRA MILAGRO	H.B. NARANJAL	H.B. NARANJITO	H.B. PLAYAS	H.B. SALITRE	H.B. TENGUEL	H.B. YAGUACHI	CENTROS DE SALUD	SUBCENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	UNIDAD FLUMIAL	TOTAL PROVINCIA
AÑO 2009	0,51	0,00	0,63	0,63	0,74	0,62	0,79	0,77	0,61	1,00	0,66	0,81	0,70	1,00	0,75	1,00	1,00	0,00	0,00	0,68
AÑO 2010	0,42	0,00	0,54	0,82	0,77	0,62	0,68	0,66	0,61	1,00	0,82	0,83	0,55	1,00	0,77	1,00	1,00	0,00	0,00	0,64
AÑO 2011	0,42	0,00	0,54	0,82	0,77	0,62	0,68	0,66	0,61	1,00	0,82	0,83	0,55	1,00	0,77	1,00	1,00	0,00	0,00	0,64
AÑO 2012	0,48	0,00	0,51	0,55	0,85	0,79	0,59	0,74	0,61	1,00	0,72	0,71	0,60	1,00	0,61	1,00	1,00	0,00	0,00	0,62

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Gráfico 19: NÚMERO DE PARTOS NORMALES / TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS UNIDAD DE SALUD MSP GUAYAS (PERÍODO 2009 – 2012)



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis.

3.2.3 Razón: Número de Abortos / Total de Legrados

En este indicador se observan unidades como los H.B. de Naranjito, Salitre, Tenguel; y Centros de Salud cuya razón / proporción es igual 1:1.

De forma similar el H.B. M.I. Guasmo para el año 2010 su razón / proporción se elevó a 1:0.86, para ubicarse en el 2012 en 1:0.47 es decir que por cada aborto se realizó 1:0.47 legrados.

Tabla 19: NÚMERO DE ABORTOS / TOTAL DE LEGRADOS (PERÍODO 2009 – 2012)

	H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	H.E. INFECTOLOGIA	H.E. M. MARIANA JESUS	H.B. M.I.GUASMO	H.B. BALZAR	H.B. DAULE	H.B. EL EMPALME	H.B. EL TRIUNFO	H.B. LEON BECERRA MILAGRO	H.B. NARANJAL	H.B. NARANJITO	H.B. PLAYAS	H.B. SALITRE	H.B. TENGUEL	H.B. YAGUACHI	CENTROS DE SALUD	SUBCENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	UNIDAD FLUVIAL	TOTAL PROVINCIA
AÑO 2009	0,48	0,00	0,49	0,74	0,47	0,50	0,42	0,50	0,53	0,47	1,00	0,51	1,00	1,00	0,05	1,00	0,00	0,00	0,00	0,53
AÑO 2010	0,48	0,00	0,49	0,86	0,48	0,50	0,49	0,50	0,68	0,48	1,00	0,58	1,00	1,00	0,09	1,00	1,00	0,00	0,00	0,54
AÑO 2011	0,48	0,00	0,49	0,50	0,47	0,50	0,35	0,50	0,69	0,47	1,00	0,51	1,00	1,00	0,16	1,00	0,00	0,00	0,00	0,51
AÑO 2012	0,49	0,00	0,50	0,47	0,47	0,50	0,41	0,50	0,65	0,48	1,00	0,48	1,00	1,00	0,20	0,92	0,00	0,00	0,00	0,50

Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

3.2.4 Razón: Número de Curetajes / Total de Legrados

En este indicador llama la atención que para casi la totalidad de unidades la razón proporción se encuentre por debajo de 1:0.60, es decir por cada curetaje se realiza 0.60 legrados, excepto en el H.B. Yaguachi, donde el año 2009 esta razón casi alcanza el 1:1 (1:0.95), dato similar se observa para el año 2011 en el H.B. El Empalme donde la razón se ubica en el 1:0.65.

Esto se explica porque los motivos técnicos que llevan como tratamiento un procedimiento como curetaje son menores si las pacientes se encuentran controladas durante su embarazo. En la tabla mostrada a continuación se observa que la razón entre curetaje/legrado se mantiene sin mayor variación entre las unidades de salud.

Tabla 20: NÚMERO DE CURETAJES / TOTAL DE LEGRADOS (PERÍODO 2009 – 2012)

	H.G. GUAYAQUIL A.G.P.	H.E. INFECTOLOGIA	H.E. M. MARIANA JESUS	H.B. M.I.GUASMO	H.B. BALZAR	H.B. DAULE	H.B. EL EMPALME	H.B. EL TRIUNFO	H.B. LEON BECERRA MILAGRO	H.B. NARANJAL	H.B. NARANJITO	H.B. PLAYAS	H.B. SALITRE	H.B. TENGUEL	H.B. YAGUACHI	CENTROS DE SALUD	SUBCENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD	UNIDAD FLUVIAL	TOTAL PROVINCIA
AÑO 2009	0,52	0,00	0,51	0,26	0,53	0,50	0,58	0,50	0,47	0,53	*****	0,49	*****	*****	0,95	*****	*****	*****	*****	0,47
AÑO 2010	0,52	0,00	0,51	0,14	0,52	0,50	0,51	0,50	0,32	0,52	*****	0,42	*****	*****	0,91	*****	*****	0,00	0,00	0,46
AÑO 2011	0,52	0,00	0,51	0,50	0,53	0,50	0,65	0,50	0,31	0,53	*****	0,49	*****	*****	0,84	*****	0,00	0,00	0,00	0,49
AÑO 2012	0,51	0,00	0,50	0,53	0,53	0,50	0,59	0,50	0,35	0,52	*****	0,52	*****	*****	0,80	0,08	0,00	0,00	0,00	0,50

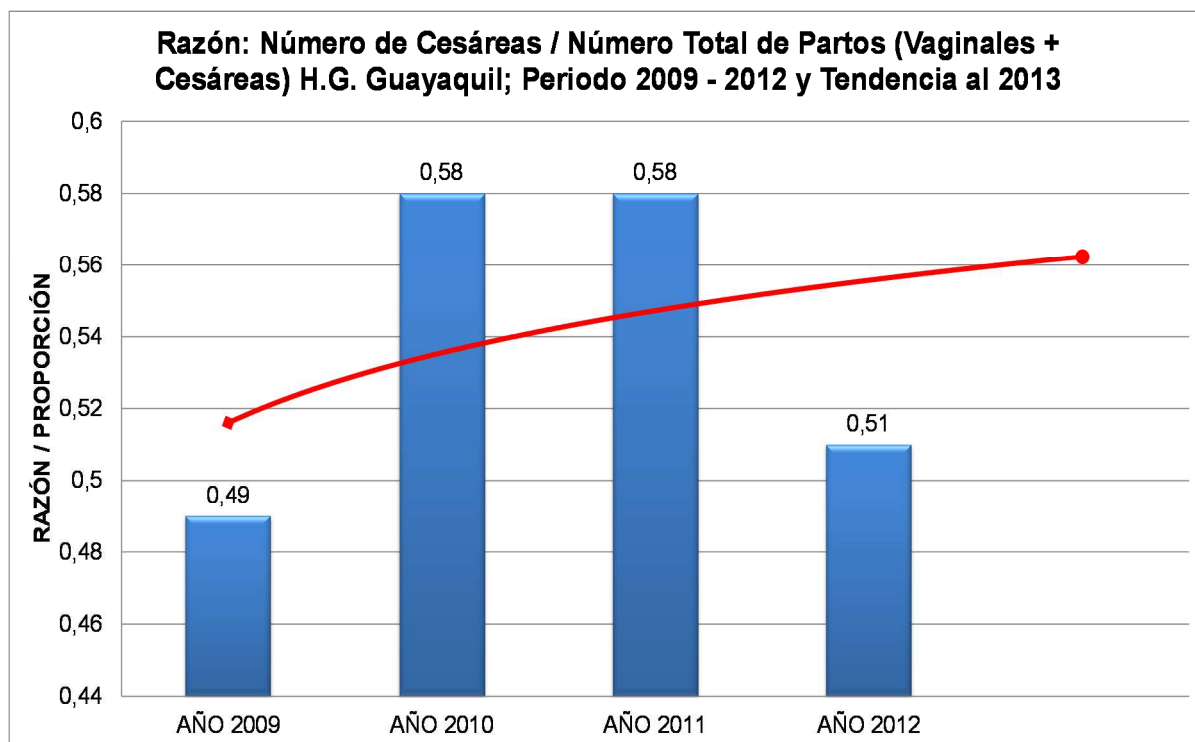
Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

3.2.5 Razón: Número de cesáreas / Número Total de Partos (Vaginales + Cesáreas)

Este indicador permite estimar el número total de cesáreas por cada parto realizado, cuyo análisis fue realizado en las unidades hospitalarias de mayor concentración, obteniéndose los siguientes datos:

En el H.G. Guayaquil, para el año 2012 se observó una disminución en la proporción de cesaras sobre partos siendo su valor de 0,51: 1 sin embargo y a pesar de que la tendencia es al alza, la tendencia para el 2013 no superaría el 0,56:1 valor inferior obtenido en el año 2011.

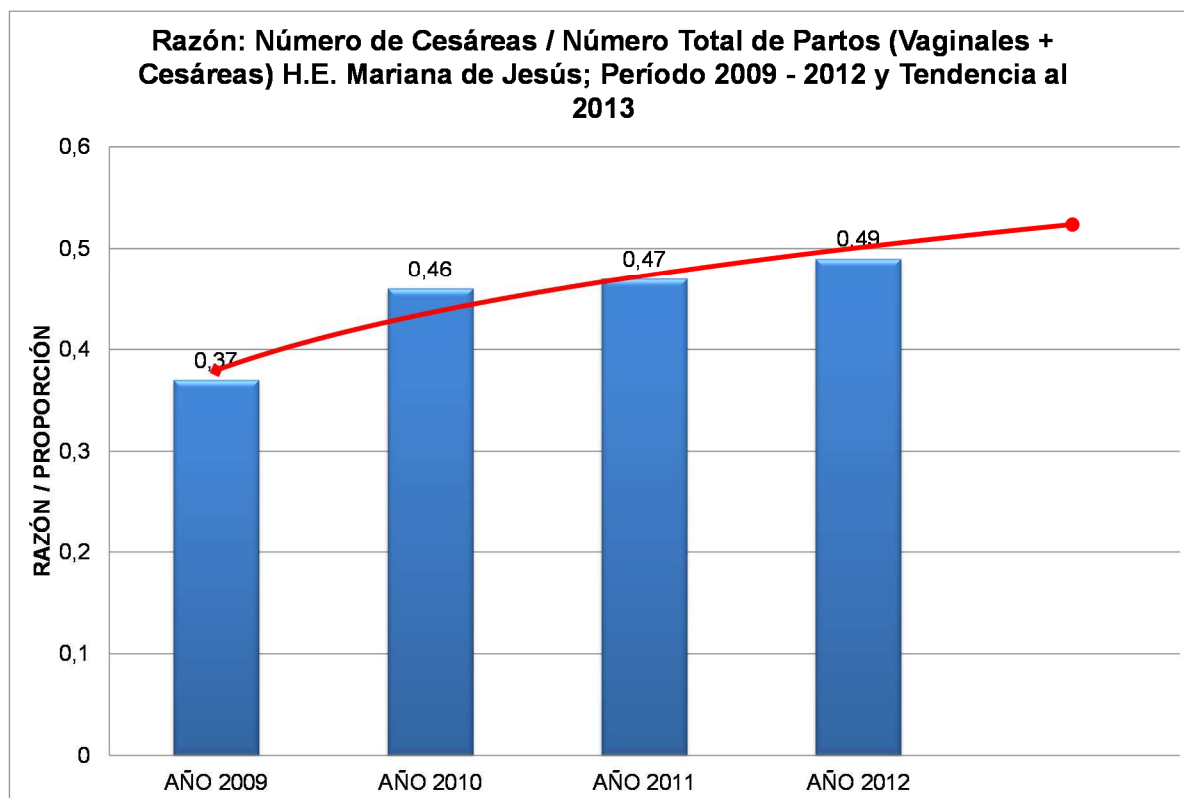
Gráfico 20: NÚMERO DE CESÁREAS /NÚMERO TOTAL DE PARTOS (VAGINALES + CESÁREAS) H.G GUAYAQUIL PERÍODO 2009 - 2012 Y TENDENCIA AL 2013



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

En el H.E. Mariana de Jesús, la tendencia en el cuatrienio estudiado es al alza por lo que el valor de la razón a esperarse sería superior a 0,5:1 en el año 2013.

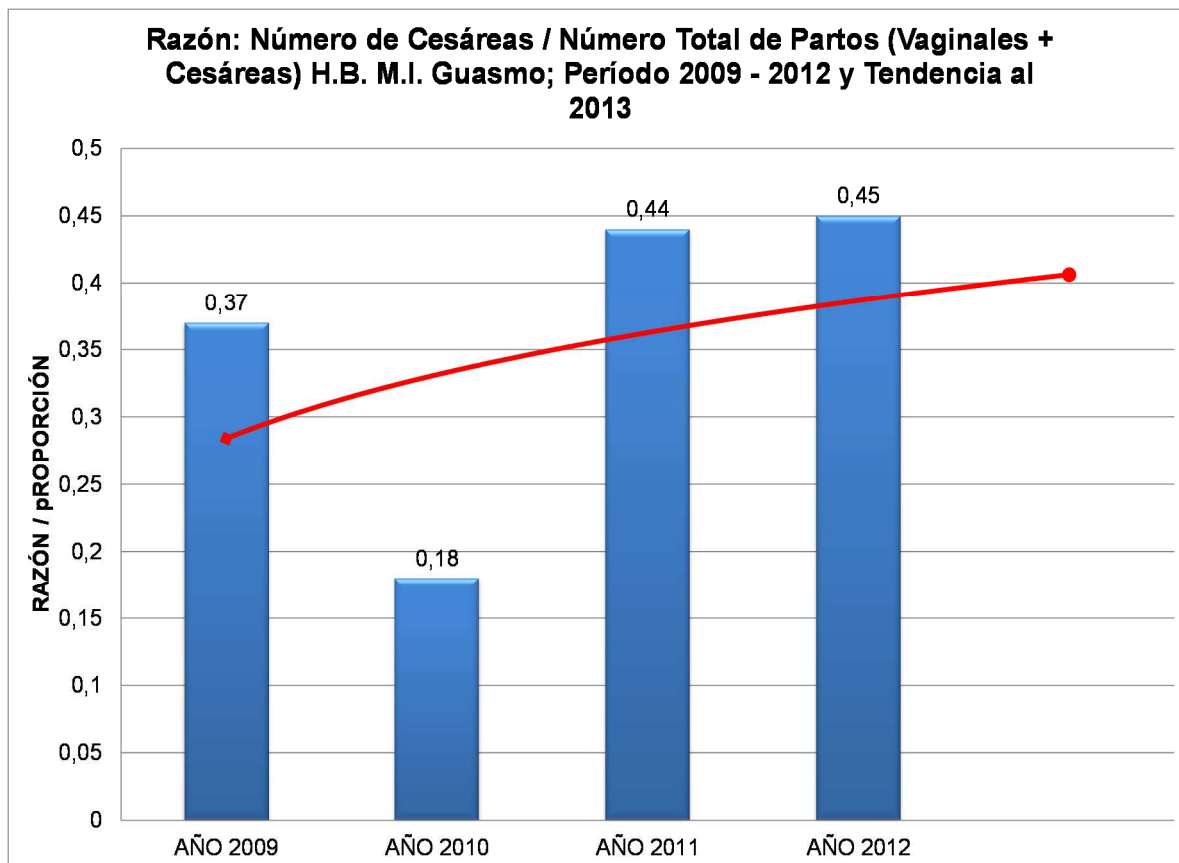
Gráfico 21: NÚMERO DE CESÁREAS /NÚMERO TOTAL DE PARTOS (VAGINALES + CESÁREAS) H.E MARIANA DE JESUS PERÍODO 2009 - 2012 Y TENDENCIA AL 2013



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

En el H.B. M.I. Guasmo, sin embargo de expresar una tendencia al alza, los valores proyectados para 2013 (aproximadamente 0,40:1) no superaría los obtenidos en el año 2012 (0,45:1)

Gráfico 22: NÚMERO DE CESÁREAS /NÚMERO TOTAL DE PARTOS (VAGINALES + CESÁREAS) H.B.M.I GUASMO PERÍODO 2009 - 2012 Y TENDENCIA AL 2013



Fuente: Historias Clínicas, Unidades de Salud, MSP. Elaboración: Autora de tesis

3.3 TASA DE NATALIDAD GENERAL POR AÑO X 100.000 HABITANTES

La tasa de natalidad se obtuvo al dividir el número de nacidos vivos por año sobre el total de la población de la provincia del Guayas para el mismo año y luego este valor multiplicado por la constante 100.000, durante el cuatrienio que incluye el estudio (2009 – 2012), obteniéndose los siguientes valores:

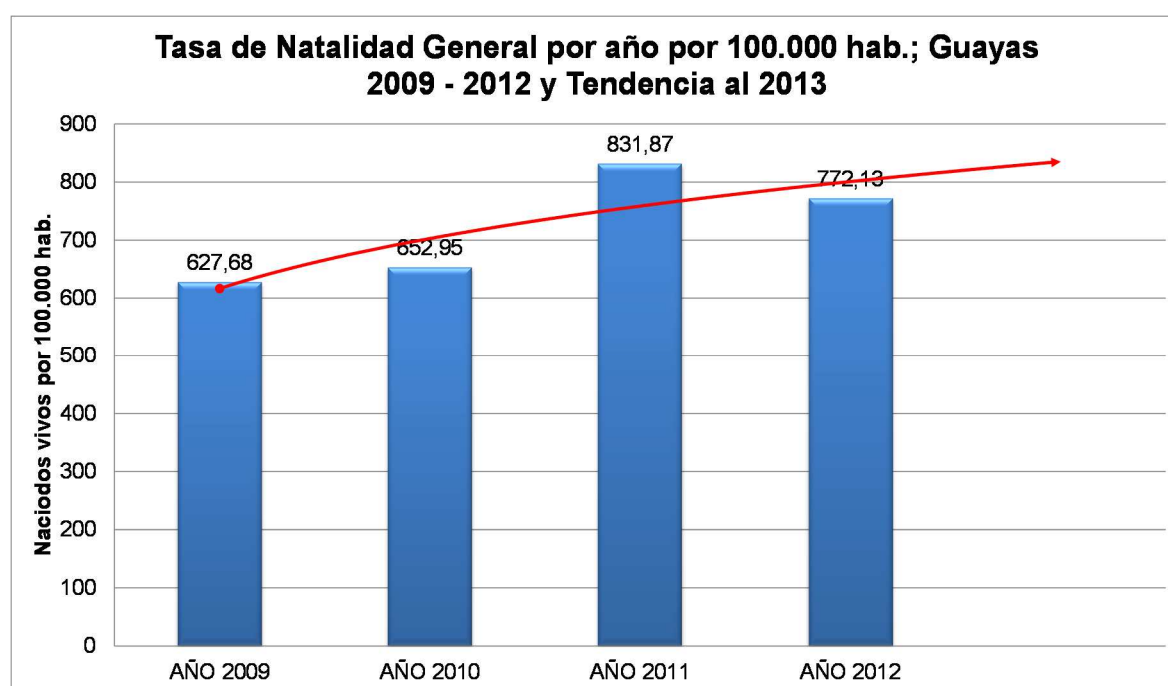
Año 2009: 627.68 x 100.000 habitantes.

Año 2010: 652.95 x 100.000 habitantes.

Año 2011: 831.87 x 100.000 habitantes.

Año 2012: 772.13 x 100.000 habitantes.

**Gráfico 23: TASA DE NATALIDAD GENERAL POR AÑO POR 100.000 HAB;
GUAYAS 2009 -2012 Y TENDENCIA AL 2013**



Fuente: INEC, Unidades de Salud, MSP. **Elaboración:** Autora de tesis.

Esto indica un crecimiento sostenido de la población durante los años 2009 a 2011 y luego en el 2012, una disminución de aproximadamente el 7% con relación al valor de tasa obtenido en el 2011.

Con los datos obtenidos la tendencia de la tasa de natalidad general esperada para el 2013 sería superior a 800 nacidos vivos por 100.000 habitantes.

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA DE INDICADORES DE SALUD PARA MEJORAR LA VIGILANCIA DE LA MORBIMORTALIDAD DE LAS MUJERES GESTANTES

Como se mencionó en los capítulos anteriores, la provincia del Guayas dada la extensión territorial que la conforma, presenta 2 hospitales de especialidad en el área gineco-obstétrica lo que resulta insuficiente técnicamente hablando para la cantidad de población que mantiene, si bien es cierto la mayor población de usuarias se encuentran en la ciudad de Guayaquil, no es menos cierto que muchas de las cesáreas se podrían haber evitado si existieran centros primarios equipados con personal especializado en áreas estratégicamente localizadas de la provincia.

La red CONE que trata de implementar el Ministerio de Salud Pública no está cumpliendo en su totalidad los objetivos que ellos pensaban obtener, por circunstancias que no calcularon, al realizar la implementación del plan de mortalidad materna neonatal, esto incluye: gestiones administrativas, recursos humanos, capacidad física, y lo más importante las connotaciones jurídicas, claro está, que todo va inmerso dentro de la inyección de recursos económicos, hechos que se traducen en el análisis de los indicadores de cesáreas y partos en la provincia del Guayas.

Para el Estado en cuanto a costo económico, la cesárea resulta más cara porque hay más recursos que utilizar (anexo 5). Existen también muchas veces una presión hacia la parte

médica a realizar una cesárea vs parto vaginal debido a dos factores, el primero que es cultural existiendo la sensación de que la cesárea es más segura lo cual no es cierto, y el otro factor es el privilegio a la comodidad tanto para los médicos como para las pacientes al estar enteradas del día y la hora en que va a nacer el producto y todo se programa para este fin. Las madres deben estar conscientes de que el parto vaginal es una experiencia fortalecedora y gratificante a pesar del dolor que experimentan, teniendo el control de su cuerpo, que la recuperación es rápida, que las infecciones tanto para la embarazada como para su bebe son menores, no quedan cicatrices, ella se reincorpora rápidamente a sus labores, y psicológicamente estrecha más el lazo afectivo entre madre e hijo.

Los hospitales y establecimientos del primer nivel que dan atención obstétrica se encuentran en un proceso de reforma, la Dirección Nacional de Normalización ha generado nuevos enfoques de tipología del sistema de salud, con conceptos lógicos y modernos de equipamiento y capacidad resolutive, esta nueva propuesta genero un plan de construcción y dotación de recursos, lo cual ocurre a mediano y largo plazo, por lo que en los momentos actuales, la brecha y los problemas de acceso funcional y tecnológico son importantes.

Por lo mencionado anteriormente se puede decir que no existe una tasa de cesárea ideal, ya que la misma va a depender de las características culturales y calidad de los médicos de la población. El Ecuador presenta pocos datos oficiales como indicadores de salud reproductiva, y de los pocos que se tienen es difícil establecer un seguimiento de la tasa de cesárea y mortalidad materna, por lo que el objetivo del presente documento, es poner a disposición de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, indicadores de salud que sirvan para medir los avances y el verdadero impacto de la utilización de cualquier sistema de

atención dirigida a las mujeres gestantes, lo que nos permitirá comparar la información más allá de las tendencias políticas o adaptaciones locales a nivel provincial, sino que pueden ser considerados como referente nacional para que estos datos puedan ser valorados por los organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud.

El Plan de acción que se propone y que debería ejecutárselo en el periodo comprendido 2015-2020, tiempo suficiente para poder realizar las acciones recomendadas en este documento y poder en base a los indicadores sugeridos comprobar la eficacia de las acciones tomadas para reducir la morbilidad materna, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios.

Los aspectos que se abordarán se han identificado según lo que promulga la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud dividiéndolos en 5 áreas estratégicas y sugiriendo indicadores para cada una de las áreas, así tenemos:

1. Planificación familiar para la prevención de embarazos no deseados y de las complicaciones derivadas de ellos.
2. Los derechos y garantías de las usuarias.
3. Criterios Técnicos y Protocolos.
4. Recursos Humanos calificados.
5. Información estratégica, Auditoria y Evaluación de la información.

En términos generales los indicadores de salud puestos en consideración en el siguiente cuadro, son los que evidenciaría la realidad de las acciones tomadas para disminuir la morbimortalidad materna durante el periodo señalado anteriormente, y que podrían ser comparados con los indicadores que maneja la Organización Panamericana de la Salud.

Tabla 21: INDICADORES DE IMPACTO

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINICIÓN
Razón de mortalidad materna(RMN) total por causas y por edad	$\frac{\text{No de muertes maternas}}{\text{No de nacidos vivos}} \times 100.000$	Mortalidad materna es toda muerte que se produce por causa de embarazo, aborto, parto y/o puerperio hasta los 42 días de finalizado el evento obstétrico, independiente de la duración y el lugar del embarazo debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo su manejo pero no debida a causas accidentales o incidentales
Razón de morbilidad materna grave total, por causas y por edad	$\frac{\text{No de casos de morbilidad materna grave por embarazo, parto y puerperio hasta los 42 días de finalizado el evento obstétrico}}{\text{No de nacidos vivos}} \times 100.000$	Morbilidad materna grave es aquella que presenta una mujer que casi muere pero sobrevive a una complicación que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de terminado el embarazo
Tasa de mortalidad materna	No de muertes maternas por embarazo, aborto, parto y puerperio hasta	No es estrictamente una tasa ya que el denominador no contempla el No de mujeres embarazadas, pero permite evaluar el efecto de la contracepción ya que toma

	los 42 días de finalizado el evento obstétrico/ No de mujeres de 15 a 44 años x 100.000	mujeres en edad fértil
No de provincias con RNM menor de 75 x 100.000 nacidos vivos para el año 2020	No de provincias con RNM menor de 75 x 100.000 nacidos vivos/ x100	Este indicador pretende evaluar la brecha en mortalidad materna entre provincias
No de provincias con subpoblaciones según etnia (indígena, montubia, no indígena) o localización geográfica (urbana o rural) con RNM mayor a 125 x 100.000 nacidos vivos	No de provincias con subpoblaciones con RNM mayor a 125 x 100.000 nacidos vivos	Este indicador pretende evaluar la brecha en mortalidad materna intra país y las desigualdades existentes entre grupos de diferente vulnerabilidad

4.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS Y DE LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE ELLOS.

El Ministerio de salud en los últimos 6 años ha fortalecido la medicina preventiva, y en materia de planificación familiar se ha sabido que existen charlas educativas tanto a nivel zonal como a nivel escolar, ya que con ello se fortalecen las acciones del conocimiento de los diferentes métodos de planificación familiar como también se llega a las adolescentes; con esto se trata de combatir dos de los grandes problemas que a pesar de las acciones tomadas por los diferentes gobiernos, son causales importantes en la morbimortalidad de la mujer gestante en la población ecuatoriana.

En cuanto a la planificación familiar nacional, se cuenta con un organismo regulador conocido como ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente). Al realizar las investigaciones y tratar de obtener cifras en relación a las acciones de planificación familiar en la provincia del Guayas notamos que a pesar de que los promotores de salud realizan charlas, y se reparten trípticos para conocimiento de las mujeres, hasta el momento no contamos con información que nos muestren resultados concretos, o que nos oriente a potencializar acciones que hayan delimitado el esfuerzo que realiza el Ministerio de Salud, o si las acciones tomadas están llegando al área rural, al área urbana, o a mujeres de qué edad, o cual es el método de planificación que más se utiliza en la provincia del Guayas.

Como intervención de impacto en esta área estratégica se lograría:

- Aumentar la difusión de métodos anticonceptivos, incluyendo los métodos anticonceptivos llamados de emergencia como la píldora del día siguiente, en el caso de los embarazos productos de violaciones, reforzados con servicios de consejería en planificación familiar antes de la concepción y luego de la gestación.
- Disminución de la tasa de cesáreas.
- Disminución de la tasa de abortos.
- Disminución del porcentaje de muertes maternas debidas al aborto.

A continuación sugerimos los indicadores que deberían aplicarse en esta área.

INDICADOR	FÓRMULA	OBSERVACIÓN
Tasa de uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia urbana	No. de mujeres de 15 a 44 años que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su compañero lo está usando / Total de mujeres de 15 a 44 años por 100	Desglosar según grupos etarios 15 a 19; 20 a 24; 25 a 44 y residencia urbana y con una línea base de 60%
Tasa de uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia urbana	No. de mujeres de 15 a 44 años que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su compañero los está usando / Total de mujeres de 15 a 44 años por 100	Desglosar según grupos etarios 15 a 19; 20 a 24; 25 a 44 y residencia rural con una línea base de 60%
No de centros de salud que tienen datos sobre consejería de anticonceptivos postparto y/o post aborto por los servicios de salud	No. de centros con datos de consejería anticonceptiva post parto y/o post aborto	Este indicador debe ser elaborado por separado (consejería postparto y consejería postaborto). La línea base debe definirse
Porcentaje de muertes maternas debidas al aborto reducidas en 60%	No. De muertes maternas por aborto / No. Total de muertes maternas por 100	La línea base sugerida por la OPS es del 13%

4.2 DERECHOS Y GARANTIAS DE LAS USUARIAS

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor, en la que su objetivo es la extracción de un producto viable a través de una incisión en la pared abdominal, y otra en la pared uterina para reducir las complicaciones asociadas al nacimiento de un neonato. La tasa de cesáreas según el análisis realizado en este trabajo nos habla de un 32% en la Provincia del Guayas. Es importante destacar que una tasa elevada de cesárea no significa menor tasa de mortalidad, se pone de ejemplo a Haití que siendo uno de los países con la menor tasa de cesárea tiene la mayor tasa de mortalidad materna (95 fallecimientos por 1000 nacimientos) y Chile en Latinoamérica, fue el país con la mayor tasa de cesáreas, con el 40% (Belizan, & Alexande, 1999).

Es indispensable que la madre gestante conozca las ventajas y desventajas de un Parto Vaginal vs un Parto por cesárea para que sea ella quien decida sobre cual procedimiento elegir. Sabiendo que en un parto por cesárea, su hijo tendría mayores posibilidades de no eliminar el líquido de los pulmones, lo que aumenta las posibilidades de problemas respiratorios en el niño, sobre todo en aquellos bebés que están al término de su nacimiento, al igual que hay muchas posibilidades de tener potenciales complicaciones.

Cabe recalcar que en las gestantes el procedimiento de cesárea aumenta los riesgos de infecciones y hemorragias, siendo un factor que incrementa el riesgo de morbilidad materna, otro motivo más que se suma a que la madre no opte por esta intervención.

Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores de forma importante en la morbilidad materna de cualquier país, son las medidas de

salud concretas como, contar con servicios de atención materna de calidad en función de los derechos y garantías de las usuarias en cuestiones de planificación familiar, atenciones en el embarazo, en el periodo prenatal, en el parto, en el puerperio las que influyen directamente en la disminución de la morbimortalidad de la mujer gestante.

Todo centro sanitario en donde exista área de atención gineco obstétrica, dispondrá de un código ético adaptado al mismo, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad, de acuerdo con la deontología profesional, y en especial, el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Debe respetarse la decisión de las mujeres, y aplicar la mejor tecnología posible y apropiada, esto es, utilizar las herramientas necesarias para resolver un problema específico y tendiente a reducir tecnología compleja cuando procedimientos simples pueden ser los mejores.

Así tenemos que en el Ecuador no existe una norma para el uso del Sulfato de Magnesio en mujeres con riesgo de parto prematuro, por lo que los diferentes centros de atención obstétrico pertenecientes o no a la red CONE no disponen de un protocolo técnico para el uso de esta medicina, a pesar de conocerse que el sulfato de magnesio es un fármaco seguro y económico para la neuroprotección de los neonatos en el caso de las mujeres pre eclámpicas o eclámpicas, sin embargo si su uso no está siendo monitorizado cuidadosamente por personal capacitado puede complicarse con sobredosis, por lo que debe garantizarse el uso correcto y controlado de este fármaco.

La información sobre la técnica de analgesia epidural, así como el uso de la oxitocina durante el tercer periodo del trabajo de parto debe ser informada a la paciente, y si es necesario se debe facilitar su acceso a una visita anestésica, especialmente cuando se adviertan posibles factores de riesgo: obesidad, tatuajes en zona lumbar, alteraciones de columna lumbar, dificultad para intubación, etc, a fin de poderla incluir en los indicadores de salud.

En cada una de las Unidades de Salud el personal médico y paramédico que atiende a las mujeres son los responsables directos de brindar la correcta información y de recordarles a cada una de las usuarias de la atención a la que tienen derecho, el cumplimiento de esta labor será monitoreado a través de formatos de quejas por falta de información a las mismas.

El hospital deberá tener a disposición de los usuarios hojas de Reclamos y Sugerencias que permitan dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas a su funcionamiento que estimen conveniente, su existencia se señalará de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para hacer posible su identificación y uso.

Los reclamantes de las unidades de salud tienen derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte de la persona responsable del centro, o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente y en base a la ley del buen vivir. Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

Se han hecho innumerables estudios en que influye el temor de la mujer embarazada para tomar la decisión de terminar un embarazo, uno de los más conocidos es el temor

principalmente al dolor o ruptura uterina, encontrándose que la orientación Psicológica era factible para disminuir el dolor, pero muchas mujeres les tenían miedo a las consecuencias de la hemorragia, y especialmente en las mujeres de escasos recursos, otros en cambio a las condiciones higiénicas de determinados centros de salud, o al cambio de neonatos en los cuneros de las unidades de salud, por lo que se menciona a continuación las diferentes gestiones que deberían exigirse en todas las unidades de salud con el propósito de dar seguridad a la gestante en la elección del procedimiento con el que necesite terminar su embarazo.

4.2.1 Gestión de hemoderivados

Las diferentes unidades de salud dispondrán de un Programa de Vigilancia y Prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes. El Estado puede financiar el desarrollo de un Programa Nacional de Capacitación Integral que promueva los derechos de salud sexual y reproductiva con malla curricular bajo las Normas y Protocolos del Ministerio de Salud Pública dirigido tanto a Administradores hospitalarios, Médicos especialistas de las diferentes unidades de salud, como estrategia de promoción y prevención.

Siendo el banco de sangre controlado por el Gobierno debería priorizar para las gestantes un convenio para implementar un Programa de Optimización de hemoderivados en

la red CONE con el objetivo de ofrecer terapias transfusionales ágiles y oportunas en base a protocolos hematológicos en colaboración con los hospitales privados. Asimismo, es recomendable la existencia de un circuito analítico especial para los casos de hemorragias muy graves, que permitan responder de forma adecuada e inmediata a la pérdida sanguínea, que puede superar los 150 mL/min.

4.2.2 Gestión de seguridad

Los centros sanitarios en donde se brinde atención a gestantes y con mayor razón los hospitales maternos infantiles como el Hospital del Guasmo y Marianita de Jesús, deberán velar por el cumplimiento de las medidas de seguridad, calidad y adecuación tecnológica, así como de la gestión de riesgos para las pacientes.

En los procedimientos quirúrgicos que se desarrollen se seguirán las prácticas de seguridad quirúrgica que son aprendidas en la Universidad y apoyada con la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. En los hospitales de especialidad, debe existir una comisión o, en su caso, una unidad encargada de la identificación y registro de los efectos adversos que se produzcan como consecuencia de la atención sanitaria, así como la aplicación y evaluación de acciones de mejora en relación con los mismos.

Se elaborarán pautas de seguridad institucional para evitar el robo/ cambio de niños/as.

Como métodos seguros se recomienda:

a) Identificación mediante pulseras (madre-hijo/a) y pegatinas con códigos de barras + pelmatoscopia (análisis de las crestas papilares de los dedos y planta de pies) + gota de sangre del cordón del RN en la tarjeta de la huella.

b) Identificación mediante pulseras y pegatinas con código de barras y toma de la huella dactilar materna y del recién nacidos por sistema biométrico, siempre que sea posible la inversión económica para este sistema (Identificación y Custodia Neonatal).

Las usuarias de las unidades de salud en los diferentes niveles de atención, deben tener un papel activo en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento.

4.2.3 Gestión de residuos biológicos

Actualmente el Ministerio de Salud Pública ha dictado normas a todos los hospitales para eliminar los residuos orgánicos, pero eso no se cumple en su totalidad por lo que se sugiere que todas las unidades de salud deben estar dotadas de un sistema de gestión de los residuos biológicos sanitarios acorde a la normativa vigente. Estos centros de salud deben contar con los medios necesarios para la correcta manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador.

De esta manera se evitaría lo que ocurrió hace 3 años en un hospital de la provincia de Manabí donde existieron muertes de neonatos por la contaminación de residuos biológicos al

no existir un protocolo de gestión de residuos biológicos, que no se soluciona cambiando al Director de turno que se encuentre en ese momento.

4.2.4 Gestión de riesgos

Las buenas prácticas en términos de seguridad del paciente requieren un control y evaluación de la unidad de salud para la gestión del riesgo. En esta política se incluye la revisión de la estructura organizativa, evaluación del riesgo, entrenamiento, inducción, protocolos, comunicación, auditoría y aprendizaje de los efectos adversos, reclamaciones y quejas.

La gestión del riesgo debe ser supervisada y coordinada por un grupo de gestión de la unidad hospitalaria presidido por el Subdirector Administrativo, el jefe del área de ginecología con una representación multidisciplinar, que deben reunirse al menos cada 6 meses, para lo cual debe haber un entrenamiento multidisciplinar en gestión del riesgo.

La evaluación de los riesgos debe ser proactiva y constante con una periodicidad anual. Se menciona como ejemplo comunes, el uso de la oxitocina y el sulfato de magnesio en el control del parto, medicamentos que si no son monitoreados su uso mientras se lo utiliza podrían llevar a la sobredosis y por consiguiente aumentar las cifras en los indicadores de morbilidad materna y neonatal.

Por lo tanto debe existir un documento de registro disponible de incidentes extraídos del proceso de evaluación, debiendo ser un documento informativo que ha de contener las

acciones tomadas para reducir el riesgo, lo que se llama actualmente la aplicación de la medicina basada en la evidencia.

Es preciso poner en funcionamiento sistemas para registrar los incidentes, con asesoramiento específico sobre qué incidentes deben informarse, incluyendo incidentes centinelas para el sistema de registro de los efectos adversos. Tienen que existir auditorías regulares de los indicadores obstétricos, tales como cesáreas de urgencia e indicadores neonatales, retrasos o fracasos en la resucitación.

Mientras que muchas revisiones de incidentes identificarán cambios en prácticas y sistemas que probablemente mejoren los resultados sin incremento de costes, como se trata el de preferir partos vaginales (menor costo) a cesáreas (mayor costo) (anexo 5), algunas pueden requerir cambios que precisen mayores recursos.

Es importante que los médicos documenten adecuadamente los incidentes, es crucial, no sólo por razones médico-legales sino también para mejorar la práctica clínica, disponer de sistemas para documentar y registrar las decisiones clínicas e incidentes. El archivo de todos los datos es vital. El archivo de resultados de estudios de ultrasonidos, partogramas y hoja anestésica deben ser obligatorios.

Como intervención de impacto en esta área estratégica obtendremos:

- Ofrecer una atención segura y de calidad para los periodos pre gestacional, prenatal, durante el parto y post-parto en los diferentes niveles de atención

materna y perinatal considerando un enfoque geo estacional en las diferentes zonas de la asistencia a la mujer gestante.

- Seguridad en la aplicación de procedimientos basados en pruebas científicas.
- Asegurar la atención oportuna en los diferentes niveles de atención en las mujeres gestantes con el mecanismo de referencia y contra referencia oportuna.
- Prevenir y detectar acciones de violencia intrafamiliar durante el embarazo.
- Disminuir la tasa de cesáreas.
- Disminuir las tasas de abortos.

A continuación se describen los indicadores de esta área:

INDICADOR	FÓRMULA	DEFINICIÓN
No de centros de salud que tienen 70% de cobertura prenatal con un mínimo de cuatro controles	No de centros de salud con 70% o más de cobertura prenatal con 4 o más controles/ Total de centros de salud	No de mujeres que han utilizado servicios de atención prenatal al menos cuatro veces durante el embarazo / No total de nacimientos estimados (línea base 50%)
Cobertura Institucional del parto	No de nacimientos (vaginal y cesárea) registrados en las unidades de salud / Total de nacimientos estimados x 100	
No de unidades de salud que tienen como mínimo un 70% de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto	No de mujeres con control puerperal entre el alta y el 7mo día post parto (vaginal o cesárea) / Total de nacimientos estimados por 100	No de unidades de salud con 60% o más de control puerperal al 7mo. día (línea base por definirse)
No de centros de salud con muertes	No de centros de salud con muertes	Línea base por definirse. la meta es tener 0

maternas debidas al mal trabajo de parto	maternas debidas a trabajo de parto obstruido	
No de unidades de salud con tasa de cesárea superior a 30% que reducen su tasa en por lo menos 25% para el 2020	No de unidades de salud que en el 2013 tenían tasa de cesárea superior al 25% y que en el 2020 la redujeron en un 20% o mas	La meta en el 2020 es que el 100% de las unidades lo reduzcan
No de centros de salud que usan oxitócicos en el 80% de los nacimientos institucionales durante el 3er periodo de trabajo de parto, una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical	No de centros de salud que usan prevención de la hemorragia postparto con oxitócicos en un 75% o más de los partos / Total de partos institucionales(incluye cesáreas) por 100	No de partos institucionales (incluye cesáreas) en los que se uso oxitócicos para prevenir la hemorragia postparto una vez que ha cesado de latir el cordón umbilical. Línea base por definirse, la meta debe ser 90%
No de centros de salud que utilizan sulfato de magnesio en el 95% de los casos de preclampsia grave/eclampsia	No de mujeres embarazadas con preclampsia/eclampsia que reciben sulfato de magnesio en los servicios de salud / Total de mujeres embarazadas con casos de preclampsia/eclampsia por 100	Línea base por definirse, la meta debe ser 90%
No de centros de salud con disponibilidad de sangre segura en el 90% de los establecimientos que suministran cuidados de urgencia en el parto	No de Centros de salud con disponibilidad de sangre segura/ Total de centros de la red CONE por 100	Línea base por definirse, la meta debe ser 100%

4.3 CRITERIOS TÉCNICOS Y PROTOCOLOS

La Atención Hospitalaria al Parto culmina el proceso del embarazo y se continúa con el del puerperio, el cual se inicia una vez producido el parto o realizada la cesárea. Durante el seguimiento del embarazo se precisa una estrecha relación entre el nivel de atención primaria y especializada. Asimismo, durante el seguimiento del embarazo realizado en el nivel de

atención primaria debe identificarse el riesgo del embarazo y parto, pues el nivel de riesgo condicionará qué nivel de atención de salud debe seguir y atender el proceso del parto, así como las urgencias obstétricas que requieren derivación al hospital.

Por lo tanto debe respetarse la sectorización de la atención obstétrica cumpliendo en forma continua y adecuada el sistema de referencia y contra referencia de la red CONE entre los centros de atención de salud de nivel I a nivel III, y viceversa.

El riesgo durante el embarazo puede clasificarse en cuatro (4) niveles:

Bajo riesgo. Este grupo está integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se definen en los apartados siguientes. Para catalogar a una usuaria como de “bajo riesgo” los factores de riesgo deben ser investigados correctamente.

Riesgo I o medio. Pertenecen a este grupo aquellas embarazadas que poseen factores de riesgo de baja sensibilidad y especificidad, los factores de riesgo de este grupo son bastantes frecuentes y no se asocian necesariamente con un mal resultado del embarazo, pero su presencia hace más probable la aparición de complicaciones. Estas gestantes no necesitan por lo general recursos muy especializados, sin embargo las consultas prenatales deben ser mínimo de 4 citas. En circunstancias o situaciones excepcionales, estas gestantes podrán ser derivadas a consultas de Tercer Nivel.

Entre las causas de riesgo I se mencionan:

1. Anemia leve o moderada.
2. Anomalía pélvica.
3. Cardiopatías I y II.
4. Cirugía genital previa (incluida cesárea).
5. Condiciones socioeconómicas desfavorables.
6. Control gestacional insuficiente: primera visita > 20 semanas de gestación. o <de 4 visitas o sin pruebas complementarias.
7. Diabetes gestacional con buen control metabólico.
8. Dispositivo intrauterino y gestación.
9. Edad extrema: < 16 o > de 35 años.
10. Edad gestacional incierta: FUM desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante.
11. Embarazo gemelar.
12. Embarazo no deseado: situación clara de rechazo de la gestación.
13. Esterilidad previa: pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos. Fumadora habitual.
14. Hemorragia del primer trimestre (no activa).
15. Incompatibilidad D (Rh).
16. Incremento de peso excesivo IMC > 20% o > de 15 kg.
17. Incremento de peso insuficiente: < de 5 kg.
18. Infecciones maternas: infecciones sin repercusión fetal aparente.
19. Infecciones urinarias.

20. Intervalo reproductor anómalo: período intergenésico < de 12 meses.
Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 s. g. Obesidad: IMC > de 29 kg/m². Presentación fetal anormal: presentación no cefálica > 32 s. g.
21. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: factores de riesgo asociados a CIR. Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.
22. Riesgo laboral: trabajo en contacto con sustancias tóxicas.
23. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas.

Riesgo II o alto. Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con una gran especificidad y/o sensibilidad, estas gestantes tienen un mayor porcentaje de complicarse durante el embarazo y el parto. Además, suelen requerir recursos médicos habitualmente no disponibles en asistencia ambulatoria, por lo que el control del embarazo debería realizarse por un Hospital de especialidad o de tercer nivel desde el inicio del mismo o desde el momento en que se detecte el factor de riesgo. Entre las causas de riesgo II se mencionan:

1. Abuso de drogas: consumo habitual de drogas, fármacos.
2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).
4. Anemia grave: Hb < de 7,5. Cardiopatías grados III y IV.
5. Diabetes pre gestacional.
6. Diabetes gestacional con mal control metabólico.
7. Embarazo múltiple: gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina.

8. Endocrinopatías: alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo.
9. Hemorragias del segundo y tercer trimestre.
10. Trastorno hipertensivo del embarazo: hipertensión gestacional, HTA crónica. Pre eclampsia leve.
11. Infección materna: cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN.
12. Isoinmunización.
13. Malformación uterina.
14. Antecedentes obstétricos desfavorables: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, recién nacidos con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales.
15. Pielonefritis.
16. Patología médica materna asociada: cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular).
17. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: biometría ecográfica fetal < que la edad gestacional.
18. Tumoración genital: uterina, anexial.
19. Embarazo gemelar.

Riesgo III o muy alto. Gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con muy alta sensibilidad y/o especificidad. Las patologías referidas a este grupo han sido mencionadas

en los grupos de riesgo anteriores, pero en este grupo las gestantes suelen requerir atenciones especiales, recursos médicos de alta tecnología, vigilancia por el servicio de Ginecología y hospitalización casi sistemática.

Entre las causas de riesgo III se mencionan:

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
2. Malformación fetal confirmada.
3. Incompetencia cervical confirmada.
4. Placenta previa.
5. Desprendimiento prematuro de placenta.
6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preclamsia grave y preclamsia sobreañadida a hipertensión crónica.
7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas).
8. Rotura prematura de membranas en gestación pre término.
9. Embarazo prolongado.
10. Patología materna asociada grave.
11. Muerte fetal anteparto.
12. Otras.

Viabilidad: Es importante la detección de los factores de riesgos potencialmente modificables que pueden aparecer a lo largo de la gestación que pueden favorecer la utilización de la cesárea y disponer de los medios necesarios para corregirlos. Al revisar las historias clínicas al azar, nos dimos cuenta que dentro del sistema nacional de salud no parecen existir diferencias relevantes entre la atención brindada a una gestante con embarazo

normal, embarazo con complicaciones, embarazo con cesárea anterior o parto eutócico o parto distócico, y que adolecen de muchas fallas, por lo que se propone:

- La gestión de la documentación clínica que debe ser competencia de la unidad de admisión o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.
- La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la terminación de cada proceso asistencial como actualmente se lo realiza en la mayoría de hospitales públicos y privados.
- La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. La información asistencial recogida en la historia clínica única, podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad y en donde se centralizarán los datos de acuerdo al protocolo que garantice su aplicación.
- En los diferentes centros de salud de los diferentes niveles que tengan habilitada un área obstétrica, deberá existir un registro actualizado de los médicos especialistas con los siguientes datos: Nombre y Apellidos, Titulación, Especialidad, Función, Teléfonos tanto del móvil y convencional, este registro se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos una vez cada año,

Las unidades de salud deberán disponer de un esquema que se ajuste a los requisitos organizativos y en el que estén descritos secuencialmente los actos del proceso asistencial, así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos, esto no se realiza en los hospitales a pesar de ser parte de la norma emitida por el MSP.

En el anexo 4 se señalan los requisitos estructurales y organizativos, que deberían existir en todas las unidades de salud dependiendo del nivel de complejidad, siguiendo el esquema de circulación clásico.

La intervención de impacto en esta área sería:

- Disminuir la tasa de cesáreas
- Disminuir la tasa de abortos
- Disminuir la tasa de legrados
- Establecer Comités de Análisis de la mortalidad materna

INDICADOR	FÓRMULA	OBSERVACIÓN
<i>No de centros de salud que tienen cobertura de la atención de parto del 85% con personal calificado, de acuerdo a definición de OMS</i>	<i>No de centros de salud que tienen cobertura de atención del parto de 85% o más por personal calificado / Total de centros de salud del país</i>	Línea base por definirse , se estima 50%
No de centros de salud que tienen tasas de cobertura de la atención del puerperio iguales o superiores al 85% por personal calificado de acuerdo a definición de OMS	No de centros de salud que tienen tasas de cobertura de atención del puerperio iguales o superiores al 85% por personal calificado / Total de centros de salud del país	Línea base por definirse, se estima 50%
Porcentaje de centros de salud de la red CONE que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas	No de centros de salud de la red CONE que realizan auditoría de las muertes maternas / Total de instituciones que asisten partos	Línea base por definirse, meta 90%

4.4 RECURSOS HUMANOS CALIFICADOS

La incidencia de cesáreas en los hospitales públicos se ha mantenido en una constante del 30% sin haber tenido efecto el mayor número de horas que deben permanecer los facultativos en los hospitales, ya que antes trabajaban 4 horas y se dirigían a sus consultorios privados. Desde el año 2011 la ley los obliga a trabajar 8 horas diarias, esto ha ocasionado que la actividad médica se vaya incrementando y por consiguiente la exigencia de la responsabilidad a los profesionales de la medicina.

Los trabajadores de la salud con las nuevas disposiciones del gobierno se encuentran muy presionados institucionalmente y al dialogar con los ginecólogos refieren que la cesárea es la constante, ya que desde su punto de vista esta cirugía se practica por “miedo de incurrir en una negligencia, pues si no se atiende de manera oportuna el parto se puede incurrir en una responsabilidad legal”. Los médicos residentes durante su aprendizaje lo que más practican son cesáreas, y así tenemos que por ejemplo, si el parto se complicara con la disminución de líquido amniótico aunque el bebé no muestre indicios de sufrimiento fetal, muchas veces el médico a nivel institucional llega a optar por la cesárea. Es por la situación de estrés, al querer evitar un escenario de índole legal.

Actualmente se encuentra en la Asamblea Ecuatoriana un proyecto de ley sobre la implementación de un nuevo Código Orgánico Integral Penal donde el médico y el paciente están unidos por una relación jurídica contractual o extracontractual, y con dicho contrato se originan los derechos y obligaciones de las partes, que genera en el peor de los casos cuando se produce daño alguno, la obligación de repararlo, bien por el incumplimiento de las

obligaciones o por imputarse al médico una acción culposa o negligente, acción que en determinados supuestos puede ser calificada de delito, falta imprudente y que igualmente genera la obligación de resarcimiento del daño causado.

En esta nueva normativa legal en estudio se crea una figura delictiva en torno al médico que estando obligado a actuar denegare asistencia de salud o abandonare los servicios de salud, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas. En este campo es el Estado con la Federación Médica ecuatoriana quienes tienen que cualificar el consentimiento informado de la pareja, a fin de que la decisión tomada, se fundamente ante todo en la decisión de la familia.

Para que esto funcione son útiles las normativas y los protocolos médicos diseñados para que las gestantes decidan dependiendo de cada caso particular si aceptan o no el procedimiento de la cesárea sin que sus beneficios sean totalmente claros.

Para una buena evaluación de las gestantes las unidades de salud deben contar con personal facultativo y de enfermería que dependiendo de la calificación del centro de salud trabajen hasta 24 horas, debiendo tomarse en cuenta el número de la población, además de un currículo profesional adaptado a las necesidades de las usuarias, el personal debe trabajar en equipo, idealmente multidisciplinario, para atender las diversas necesidades de las usuarias.

El Ecuador se ha caracterizado por no tener estadísticas de las actividades de salud que ha realizado, hecho que ha incidido en la incorrecta planificación de la actividad sanitaria del

MSP, por lo que se debería conocer y guardar los datos epidemiológicos de nuestra realidad, basada en la evidencia, para enfocar nuestras acciones a los problemas prioritarios.

Como un objetivo de la mejor práctica, más del 95% de las mujeres debería recibir anestesia regional para la cesárea programada y más del 85% para la cesárea urgente, al ser más segura la anestesia regional que la general. Se tenderá a garantizar la disponibilidad de un/a anesthesiólogo/a que realice la analgesia epidural a las mujeres parturientas que lo soliciten u otras técnicas de analgoanestesia, así como atender a las urgencias/emergencias del parto que precisen analgesia/anestesia (cesárea, parto instrumental, otros procedimientos quirúrgicos).

Como vemos la atención de una gestante sea para un procedimiento de parto vaginal o cesárea debe tener un componente de evaluación al especialista que atiende estos casos, de la misma manera a lo que el Ministerio de Educación realizó a nivel de los profesores de educación básica, esto fue, obligando a los profesores de las diferentes unidades educativas del país, a rendir un examen de conocimientos y por ende de ubicación de los docentes; de igual manera se debería realizar una revisión de las atenciones realizadas por los diferentes especialistas en las unidades donde atendieron a las gestantes, estas evaluaciones serían en base a un conjunto de Indicadores enfocados a los resultados o lo que se denomina Medicina Basada en la Evidencia y que se sugiere a continuación:

- Partos normales sin intervención.
- Inducciones, indicaciones, resultados y éxito.
- Partos prolongados.

- Porcentaje de partos con más de 18 horas de duración.
- Partos instrumentales, uso de ventosa y fórceps
- Desgarros de III y IV grado.
- Tasas de anestesia/analgesia epidural.
- Intubación materna fracasada.
- Total número de nacimientos.
- Tasa de parto vaginal después de cesárea
- Cesárea programada —incidencia e indicaciones—.
- Cesárea urgente —incidencia e indicaciones—.
- Mortalidad perinatal intraparto.
- Test de Apgar < 7 después de 5' en RN por debajo de 37 semanas de gestación.
- Necesidad de reanimación neonatal en RN por debajo de 37 semanas de gestación.
- Admisiones en una unidad de neonatología para RN con peso > 2,5 kg.
- Incidencia de hemorragia primaria posparto.
- Derivación de la madre a una unidad de cuidados intensivos.
- Derivación de la madre a otras unidades.
- Derivación del RN a otras unidades.
- Histerectomía y otros métodos hemostáticos.
- Tasa de lactancia al nacimiento y alta.
- Mortalidad materna.
- Mortalidad neonatal.

Por lo tanto el Ministerio de Salud Pública por intermedio de las diferentes Direcciones Provinciales de Salud, debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la

realización de actividades de formación continuada, de investigación y docencia de sus profesionales.

Las Direcciones Provinciales deben disponer de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la seguridad de las y los pacientes y la calidad, adaptado a las características de atención gineco-obstétrica.

Las diferentes unidades de salud de los tres niveles de atención, con su personal médico y paramédico, deben colaborar con la docencia de los internos y profesionales adscritos en el desarrollo de su capacitación, para ello se debe proveer, cuando se requiera:

- Entrenamiento específico para los médicos especialistas y demás personal paramédico, tanto en las técnicas relacionadas con los tratamientos incluidos en la cartera de servicios de cualquier unidad de salud, como en los criterios de organización y funcionales precisos para su desarrollo y aplicación, así como sobre las ventajas que éstas técnicas aportan a las usuarias.
- Oportunidades para asistir y practicar en la unidad de salud de referencia.
- Incentivos locales para los médicos que realizan menos cesáreas manteniendo la calidad en la atención.
- Se debe promover el desarrollo multiprofesional y entrenamiento para todos los miembros del equipo de la unidad de salud, incluyendo a los médicos residentes de Gineco-obstetricia.
- Instalar, difundir y utilizar la Biblioteca Electrónica de Salud Reproductiva elaborada por la OMS.

- Fortalecer la capacitación del personal médico y paramédico en técnicas de comunicación interpersonal y de orientación y consejería en salud reproductiva.

La intervención de impacto en esta área estratégica sería:

- Fortalecer la disponibilidad de especialistas de salud calificados para la atención pre gestacional, prenatal, del parto, y del puerperio en los diferentes niveles de complejidad de atención gineco - obstétrica.
- Aumentar la contratación de talento humano calificado que durante 24 horas se encuentre preparado para la atención a la mujer gestante, las complicaciones obstétricas y puerperio.
- Disminuir las tasas de cesáreas.
- Disminuir las tasas de abortos.
- Disminuir las tasas de Morbimortalidad.
- Asegurar la Referencia y Contra referencias oportunas.

4.5 INFORMACIÓN ESTRATÉGICA, AUDITORÍA Y EVALUACIÓN

La recolección de toda información de salud que se pueda obtener en base a tecnología informática nos proporciona información útil que sirve para evaluar las acciones de cualquier programa sanitario, hecho que permite realizar ajustes a un plan de acción durante la ejecución del mismo. Está muy en boga en los últimos tiempos entre los gerentes de salud, de

aplicar las herramientas que la auditoría médica posee para mejorar la calidad del servicio al paciente; en lo relativo a los eventos obstétricos se sugiere la auditoría de eventos adversos críticos y la auditoría basada en la evidencia, siendo la segunda la más apropiada para reducir la tasa de cesáreas. En Vietnam se instauró este tipo de auditorías con retroalimentación con resultados positivos como lo señala Bailey y colaboradores en el 2009.

Para realizar este tipo de auditorías es necesario contar con personal de auditores propios de la unidad de salud, con una unidad de auditores externos que no tengan relación política para evitar sesgos en el transcurso de las auditorías a los procesos y al personal involucrado en este tipo de atenciones, este personal debe tener exclusividad en el tiempo para realizar sus actividades programadas, el involucramiento de la parte directiva del hospital que pueda colaborar y actuar profesionalmente ante expedientes deficientes.

El desarrollo y la secuencia de este tipo de auditoría, debe empezar formando la infraestructura requerida con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, en la misma manera como se formó el grupo de mejoramiento de la calidad continua de la red CONE, esto es:

- Estableciendo a la autoridad responsable del comité médico y del equipo de auditoría que debe estar integrado por el obstetra, ginecólogo, enfermera de cuidados directos, epidemiólogo, neonatólogo o pediatra dependiendo del nivel de atención y el auditor médico.
- Definición de los criterios de interpretación de los indicadores de parto y cesárea.

- Definición de la metodología para aplicar, elaboración de herramientas a utilizar en la Auditoría Médica, variables, indicadores, estándares, entrevistas, registros, etc.
- Diseño de la forma de recolección de datos que dependerá de la tecnología de cada nivel de salud y de la ayuda de los residentes.
- Coordinación de la logística a utilizar en la auditoría
- Recolección de datos
- Presentación de datos al comité de auditoría
- Análisis de resultados en base a criterios normativos como pueden ser los productos del conocimiento científico, por patrones elaborados por grupos de expertos, o por patología que garanticen un adecuado servicio.
- Recomendación o ejecución del plan de reacción
- Información de resultados en reuniones clínicas con personal médico y paramédico involucrado.

Según el Ministerio de Salud Pública, como uno de los componentes de cada institución está la gestión de calidad hospitalaria. Actualmente en nuestro país no existen auditores médicos con capacidad científico-técnica demostrada, preparados académicamente y certificados, por lo que el Gobierno debe conjuntamente con la Secretaria Nacional de Educación Superior abrir la especialidad de auditoría médica para apoyar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, evaluación de guías médicas y protocolos de pertinencia médica de los servicios asistenciales.

En esta área estratégica se obtiene como intervención de impacto:

- Crear y consolidar sistemas de información encaminados a la vigilancia Materna y Perinatal.
- Implantar la creación de Comités de Análisis de la mortalidad materna en cada unidad hospitalaria, con participación comunitaria.
- Contar con datos de morbilidad materna actualizados.
- Crear la especialidad de Auditor médico en las universidades del País, que al momento no existe.
-

Los Indicadores que nos sirven para valorar las acciones tomadas de esta área son:

INDICADOR	FÓRMULA	OBSERVACIÓN
Número de centros de la red CONE que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna, que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMN a nivel provincial	Número de centros de la red CONE Guayas que presentan anualmente informes públicos sobre salud materna, que incluyen estadísticas de mortalidad materna y la RMN / total de centros CONE provincial por 100	Línea base por definirse, meta 100%
Número de centros de salud que presentan	Número de centros de salud que vigilan violencia familiar en el 95% o más de de los casos de	Número de partos institucionales (incluye cesárea) en los que se

vigilancia de violencia familiar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales	partos institucionales / Total de centros de salud por 100	interrogatorio y consigno búsqueda de violencia intrafamiliar. Línea base por definir, meta 80%
Porcentaje de muertes maternas por falla en la atención de la red CONE	Total de muertes por falla en la atención de la red CONE / Total de muertes maternas	Línea base por definirse, meta 0
Número de centros de salud donde el sistema CONE lleva un registro de la morbilidad materna grave	Número de centros de salud donde el sistema CONE lleva un registro de de la morbilidad materna grave / Total de centros CONE por 100	Línea base por definirse, meta 80%

Con la implementación de las estrategias e indicadores sugeridos en esta tesis, estamos seguros que se contribuiría con el objetivo de disminuir las tasa de cesáreas y de abortos en la provincia del Guayas en forma gradual ya que las mismas analizadas son factibles y adecuadas de ejecutarse al momento político y de cambio que se vive en el sistema nacional de salud, ya que esto generara como producto:

- Estandarizar las normas de atención en el embarazo con fines de mejorar los índices de morbi-mortalidad de las mujeres de este grupo de atención en la provincia del Guayas.

- Reducir el número de conflictos entre los Ginecólogos, Obstetras y mujeres en estado gestacional, por la forma de interpretación de las indicaciones relativas para cesárea.

5. CONCLUSIONES

1. En el proceso de recopilación de la información para documentar la gestión de salud y los indicadores se evidencio que no existe un verdadero sistema informático de las atenciones y procedimientos realizados a las mujeres gestantes, debido a que el sistema estadístico está guardado en archivos de papeles cuyo personal administrativo no lo protege correctamente lo que limita el estudio y correlación estadística entre los diferentes centros de salud, por lo que el Ministerio de Salud junto con el Ministerio de Economía deberían presupuestar un generoso aporte para dotar a los centros de salud de la Red CONE un sistema informático que permitiría monitorizar y evaluar la atención brindada y en base a los indicadores obstétricos mejorar la calidad de vida de las mujeres gestantes, y por ende la disminución de la morbi-mortalidad.
2. Las diferentes unidades de salud de la Red CONE de la provincia del Guayas actualmente cubren el 70% de la atención a las mujeres gestantes, sin embargo no son suficientes para la demanda, debido a falta de infraestructura, talento humano y sistema de gestión, estas debilidades son supuestos para poder implementar las recomendaciones estratégicas descritas en la propuesta de mejoramiento
3. Los sistemas de gestión de la información son insuficientes, el MSP está en un proceso de informatización, lo cual es el escalón inicial hacia el desarrollo de verdaderos sistemas de gestión y administración, que a su vez facilitarían la labor de vigilancia de buenas prácticas en la atención de la mujer embarazada y contar con indicadores dinámicos en

tiempo real. Este sistema de gestión permitiría además la utilización de los Indicadores obstétricos verdaderos en los Servicios de Salud mencionados en el presente estudio.

4. Dentro de la tendencia de los indicadores, tenemos una tasa de Natalidad en crecimiento sostenido, que para el 2013 sería superior a 800 nacidos vivos por 100.000 habitantes. La razón de partos sobre cesárea que es 1:38, es preocupante, ya que significa que no estamos dentro de los indicadores que la OMS permite y el indicador de la tasa de cesárea en la Provincia del Guayas en los diferentes centros de atención de la red CONE es de más del 30%. Según el análisis de la tendencia temporal del indicador de cesárea, en la provincia del Guayas nos indica una tendencia al alza del 45% para el Hospital Mariana de Jesús, un 35% para el Hospital del Guasmo y 24% para el Hospital Guayaquil para el año 2013. A nivel de los abortos, la razón abortos sobre legrados es elevada en la ciudad de Guayaquil si se la compara con los otros centros de salud de la provincia del Guayas.
5. La falta de definición de habilidades y destrezas en personal que realiza valoración obstétrica de riesgo es alta, ya que la deficiencia de especialistas obligan a que dicha valoración sea realizada por Médicos Generales a nivel de los centros de atención de Nivel I y de los hospitales básicos.
6. Resolver un Parto por Cesárea resulta muy costoso porque conlleva a un mayor gasto de insumos y una prolongación de la hospitalización siendo el costo de insumos que el Estado gasta de \$40,69 dólares por este método, mientras que en el Parto por vía vaginal el estado solo invierte \$13,47 dólares, por lo que se debe elegir lo óptimo en términos de costos, siendo el parto vaginal la opción más adecuada y económica. El parto por vía

vaginal es de corta hospitalización , siendo un día de estancia hospitalaria lo que produce una disminución de la morbimortalidad materno neonatal.

7. La educación sobre la sexualidad es aún deficiente en el país limitándose solo al conocimiento del funcionamiento del cuerpo o del aparato reproductivo según el género, o adicionalmente promulgando el uso de condones, y actualmente muy en boga el uso de la píldora del día después. Las alianzas realizadas con el Ministerio de Educación y otras instituciones del Estado no han funcionado adecuadamente lo que hasta el momento y según las cifras obtenidas en este documento no han mejorado la calidad de vida, la de salud sexual ni reproductiva en las mujeres en sus diferentes ciclos de vida.

8. Con la información obtenida en este trabajo se ha notado que existen falencias que podrían ser mejoradas con ciertas estrategias mencionadas como socializar las garantías y derecho de las usuarias, seguridad en la gestión del paciente, criterios técnicos y protocolos que deben implementarse y socializarse en todas las unidades de salud dependiendo del nivel de atención, no olvidándose de reforzar la formación continua del equipo multidisciplinario que atiende el parto o la cesárea, en la que actúan personal médico y paramédico; todo lo anterior dentro de un marco jurídico que los proteja y no que los deje vulnerable ante cualquier denuncia. No se puede negar la importancia del uso continuo de la Auditoría basada en criterios, lo que permitirá al MSP mejorar y estandarizar la interpretación de los indicadores de salud sexual y reproductiva que adopten.

6. RECOMENDACIONES

1. La calidad de la atención en las unidades de salud obstétrica está dada por la capacidad técnica de los profesionales para el reconocimiento precoz y tratamiento inicial o completo de las complicaciones, lo que debería garantizarse al realizar un sistema de capacitación clínica continua en alianza con Universidades locales y nacionales, esto no existe en la red provincial y se agrega la deficiente tecnología, talento humano, y la falta de gestión de hemoderivados, insumos, gestión de seguridad, protocolos, y auditores en las unidades de la red CONE.
2. Se recomienda para mejorar la estrategia CONE: Socializar las garantías y derecho de las usuarias, Seguridad en la gestión del paciente, Criterios técnicos y Protocolos que deben implementarse en las unidades de salud dependiendo del nivel de atención, el Reforzamiento de la formación continua del equipo multidisciplinario que atiende el parto o la cesárea, todo lo anterior dentro de un Marco jurídico justo para el personal médico.
3. No se puede tampoco negar la importancia del uso continuo de la Auditoria basada en criterios, lo que le permitirá al Ministerio de Salud Publica mejorar y estandarizar la interpretación de los indicadores de salud sexual y reproductiva.
4. Fortalecer la vigilancia y control del cumplimiento de las normas y protocolos de la atención materno-neonatal en las instituciones que conforman el sector salud, pero sobre todo, crear el compromiso y la responsabilidad en los profesionales y trabajadores de la

salud, para basar las intervenciones y atenciones, en las mejores prácticas científicas y humanas, que garanticen embarazos, partos y nacimientos seguros para todas y todos.

5. Romper el paradigma de primera cesareada, siempre cesareada, para esto se debe evitar científicamente la incidencia de la cesárea primaria, porque la práctica asistida del parto vaginal después de cesáreas no ha dado los resultados que se esperaba.
6. Establecer el consentimiento informado como medio para dialogar con las pacientes que soliciten la culminación de su embarazo por cesárea, bien sea primaria, o por existir ya una cesárea previa.
7. Organizar grupos de diálogos, promotores de salud, entre las autoridades médicas del Ministerio de Salud Pública y la comunidad, con respecto a analizar las normas con tendencias a disminuir las cesáreas primarias, con el objeto de socializar las ventajas del parto natural.
8. Realizar estudios que evidencien de manera científica los beneficios del parto normal, además que se esclarezcan los criterios de indicación de cesárea basados en evidencia científica y adicionalmente en seguridad del binomio madre e hijo. Realizar este tipo de investigación de manera multicéntrica nacional, con la inclusión de profesionales de la salud, establecimientos de salud y academia. Este proceso debe producir una base de datos nacional que promueva la lectura de cohortes a largo y mediano plazo.

9. Desarrollar un modelo de gestión local de los establecimientos de salud para así poder analizar de forma periódica los resultados o complicaciones inherentes a la atención del embarazo y notificarlas al comité de auditoría de la unidad de salud.

10. Desarrollar medidas orientadas a obtener una disposición favorable por parte de las madres y familiares hacia un parto vaginal.

11. Fortalecer y potenciar las capacidades de las unidades de salud rural con la dotación de infraestructura, tecnología, especialistas gineco-obstetras, para que así disminuya la concentración de la atención materna neonatal en los Hospitales del área urbana y así poder dar una atención oportuna y con calidad, resolviendo las emergencias de las mujeres gestantes en su misma área de influencia.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Nacional de Salud del Ecuador, CONASA. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito, 2006.
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo de Población y Vivienda 2010. Datos preliminares [Internet].
3. Julio Palomeque, Epidemiología, 2012, pág. 334
4. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial; Año II - Quito, Viernes 22 de Diciembre del 2006 - Nro. 423; pp 2-27
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normatización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI.
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal 2008.
7. Plan de Ordenamiento Territorial de la Provincia del Guayas 2012-2021, versión 004.
8. (PAHO), P. A. H. O. (2002). La Salud en Las Américas. Pan American Health Org.
9. "Lengerich EJ (ed). Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASDTCDDP, and CDS. Atlanta, GA: Council of States and Territorial Epidemiologist, November 1999. en: Indicadores de salud: Elementos Basicos para el Analisis de la Situacion de Salud. Boletin Epidemiologico, Vol 22, No. 4, PAHO, Diciembre 2001.
10. Álvarez Pérez, A. G., García Fariñas, A., Rodríguez Salvá, A., & Bonet Gorbea, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Revista Cubana de Higiene Y Epidemiología, 45(3), 0-0.
11. Análisis gerencial de los sistemas de salud: discusiones técnicas de la XXI

- Conferencia Sanitaria Panamericana. (1983). Organización Panamericana de la Salud.
12. ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Quito.
 13. Bähr, J., & Wehrhahn, R. (1993). Life expectancy and infant mortality in Latin América. *Social Science & Medicine*, 36(10), 1373–1382. doi:10.1016/0277-9536(93)90230-2
 14. Belizan, Altahabe, Barros, & Alexande, 1999
 15. Braveman, P., & Tarimo, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, 54(11), 1621–1635. doi:10.1016/S0277-9536(01)00331-8
 16. Castro, R. B., & Rangel, J. C. (1981). Administración en salud. F. Méndez Oteo.
 17. Chiavenato, I. (1990). Introducción a la teoría general de administración. México DF:: Interamericana McGraw-Hill, 3ª Edición.
 18. Constitución de la República del Ecuador. Capítulo Segundo, Sección séptima: Salud, Artículo 360. Septiembre 2008. Pág. 165
 19. Domínguez-Alonso, E., & Zacea, E. (2011). The health system of Cuba. *Salud Pública de México*, 53, s168–s176. doi:10.1590/S0036-36342011000800012
 20. Dr. Mario Pardo, Hugo Salinas, Patricio Veloz. Auditoría por indicadores económicos aplicados a prestaciones de cirugía de mamas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Versión On-line ISSN 0717-7526. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* V.68 (1):1-6. Santiago, 2003. Doi: 10.4067/S0717-75262003000100001. Ecuador.
 21. EDEMDU, 2009 (INEC); SIISE, 2010.
 22. ENDEMAIN 2006
 23. Estadísticas Vitales, 2008 INEC

24. Ferrer, I. B., Sanchez, M., & Álvarez, J. (2001). La participación de la comunidad en la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 268-273.
25. González P, R. (2010). SALUD MATERNO-INFANTIL EN LAS AMÉRICAS. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 75(6), 411–421. doi:10.4067/S0717-75262010000600011
26. Jiménez, C., Gabriel, M., Madriz, L., María, C., Vargas, M., María, L., ... Rodríguez Picado, C. (2003). Nuevo modelo de atención integral en salud: la problemática de falta de cupo por morbilidad. *Revistas de Ciencias Administrativas Y Financieras de La Seguridad Social*, 11(1), 51–70.
27. La participación de la comunidad en salud. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.* 2001; 17(3): pág. 268-73.
28. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Registro Oficial No. 670 de Septiembre del 2002.
29. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Registro Oficial; Año II - Quito, Viernes 22 de Diciembre del 2006 - Nro. 423; pp 2-27
30. Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e intercultural
31. Martínez, S. (2001). Análisis de la situación de salud: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Imprenta MINSA.
32. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno Neonatal. Componente Obstétrico de la Norma Materno Neonatal, Quito, Junio 2008.
33. Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Dirección Nacional de Normatización. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para la Calidad de la Atención Materno-Infantil. Quito, Septiembre 2006.

34. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de estándares que son indicadores para medir la calidad de atención materno infantil. Acuerdo Ministerial N° 028. Ecuador, Quito.2006.
35. Ministerio de Salud Pública. Informes de producción de establecimientos de salud. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2010.
36. Mora Morales, E. (2000). Reflexiones sobre la importancia de la administración en la prestación de los servicios de salud. *Revistas de Ciencias Administrativas Y Financieras de La Seguridad Social*, 8(2), 75–76.
37. Morera S, M. (2013). Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 78(2), 119–125. doi:10.4067/S0717-75262013000200008
38. MSP - HCI/USAID. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de atención de atención materno – neonatal. Ecuador, 2008.
39. MSP emite la norma CONE como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonatal. (n.d.). Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>
40. ONU Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivos No.4 y No.5 en lo pertinente a la reducción de muerte materna e infantil. Nueva York, Septiembre 2000. www.un.org/spanish/
41. OPS. Las condiciones de salud de las Américas. Washington, 1990, vol. 1: pág. 269-73.
42. Organización Panamericana de la Salud, 1990, págs. 269-273)
43. Organization, W. H. (2010). Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento

- de los sistemas de salud. World Health Organization.
44. Pardo, I. de V., & Corella, J. M. (2001). *Sistemas de salud: diagnóstico y planificación*. Ediciones Díaz de Santos.
 45. Restrepo, J. H. B., & Mejía, J. M. M. (2005). *Administración de Servicios de Salud*. Corporación para Investigaciones Biológicas CIB.
 46. ROBBINS, S.P., COULTER, M (2000). *Administración*. México: Prentice Hall, 6ta edición
 47. Salud, I. S. de G. en, & (orgs.), L. G., Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar. (n.d.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad*. ISAGS.
 48. SANCHEZ,R.;SERVIN,M.L. (2002) *Sistema de Salud de México*. Documento Técnico de CHC Consultoría y Gestión, SA
 49. Sansó, F. (Diciembre de 2001). El proceso de análisis de la situación de salud no debe ser privativo del nivel primario de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 517-519.
 50. Sintés Jiménez, M. (2011). Evolución del Sistema de Salud cubano. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 556–563.
 51. Souza, J., Gülmezoglu, A., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., ... the WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2010). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*, 8(1), 71. doi:10.1186/1741-7015-8-71
 52. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. (2007). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(4), 251–251. doi:10.1590/S1020-

49892007000300008

53. Toledo, Borroto, Flores, & Núñez, 1996, págs. 7-10
54. Victora, C. G., Barros, F. C., Huttly, S. R. A., Teixeira, A. M. B., & Vaughan, J. P. (1992). Early Childhood Mortality in a Brazilian Cohort: The Roles of Birthweight and Socioeconomic Status. *International Journal of Epidemiology*, 21(5), 911–915. doi:10.1093/ije/21.5.911
55. Victora, C. G., Barros, F. C., Huttly, S. R. A., Teixeira, A. M. B., & Vaughan, J. P. (1992). Early Childhood Mortality in a Brazilian Cohort: The Roles of Birthweight and Socioeconomic Status. *International Journal of Epidemiology*, 21(5), 911–915. doi:10.1093/ije/21.5.911
56. WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) (2000) The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra

8. ANEXOS

a. ANEXO 1. ASPECTOS LEGALES

Constitución de la República del Ecuador

Sección séptima. Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección cuarta. Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.

3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Sección segunda. Salud

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. 8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

**c. ANEXO 3. GRUPOS PROCESALES MÁS COMUNES DE ATENCIÓN
GINECO-OBSTÉTRICA EN LA PROVINCIA DEL GUAYAS.**

Obstetricia

- **Embarazo normal**
- Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos
- Control fetal anteparto
- Gestaciones extrauterinas
- **Embarazo y parto gemelar**
- **Amenaza de parto pretérmino**
- **Rotura prematura de membranas**
- **Trastornos hipertensivos del embarazo**
- Asistencia a la gestante diabética
- Crecimiento intrauterino retardado (CIR)
- Infección por VIH y gestación
- **Asistencia al parto normal**
- **Inducción al parto**
- **Parto podálico**
- **Cesárea**
- Neonato
- Puerperio normal y patológico

Ginecología

- Consejo contraceptivo
- Inducción de la ovulación
- Técnicas de reproducción asistida
- Vulvovaginitis
- **Mioma uterino**
- **Endometriosis**
- **Hiperplasias endometriales**
- **Enfermedad inflamatoria pélvica**
- Disfunción del suelo pélvico
- **Menopausia**
- Infección por VIH y ginecología
- Oncología general
- Cáncer de vulva
- **Lesiones pre invasoras de cuello uterino**
- Carcinoma de cérvix
- Adenocarcinoma de endometrio
 - Carcinoma de ovario
 - Carcinoma de mama

Procesos quirúrgicos

- Cuidados preoperatorios
- Cirugía Laparoscópica
- **Lgrado**
- Histerectomía
- Seguimiento postoperatorio

d. ANEXO 4.- ESQUEMAS DE NORMAS SUGERIDAS

Esquema de normas				
Secuencia del Proceso	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que Intervienen
Sala de dilatación	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción y preparación de la gestante para el periodo de dilatación • Aplicar protocolos de alivio de dolor • Período de dilatación • Valoración de la gestante y del RN: identificación de problemas, planificación de cuidados, información y vigilancia clínica • Eventualmente (complicaciones) derivación a bloque quirúrgico 	Sala de dilatación	<ul style="list-style-type: none"> • Parto “normal ” • Parto inducido • Parto con anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetra • Anestesiólogo/a • Neonatólogo/a • Especialistas consultores/as

<p>Sala de Parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia al período expulsivo • Eventualmente (complicaciones) derivación a Quirófano • Asistencia del RN 	<p>Sala de Parto</p>	<p>epidural</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo analgesia • Complicaciones • Protocolo de atención al RN 	
<p>Sala de vigilancia al posparto Inmediato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia en el posparto inmediato • Alta a hospitalización convencional • Eventualmente (complicaciones) derivación a Quirófano 	<p>Sala de recuperación</p>		

Esquema de normas				
Secuencia del Proceso	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que Intervienen
<p>A cirugía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento quirúrgicos programados (cesárea programada), o de urgencia 	<p>Quirófano (incluye despertar y unidad de Recuperación Post-Anestésica)</p>	<p>Protocolos de procedimientos quirúrgicos específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anestésico/a • Enfermeros/as • Auxiliares de enfermería • Otros/as

	(desde el área de emergencia obstétrica, o derivados de un proceso de parto vaginal)			Consultores/as Ginecólogo, cirujano General o no)
	<ul style="list-style-type: none"> • Atención al RN 		Atención al RN	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatólogo/a • Pediatra
Hospitalización Convencional	<ul style="list-style-type: none"> • Acogida en planta de hospitalización puerperal • Prestación de cuidados durante el puerperio inmediato • Atención en el puerperio precoz • Control de calidad analgesica • Atención al RN • Alta hospitalaria 	Salas de enfermería de hospitalización convencional (preferiblemente habitaciones individuales)	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de atención inmediata al posparto • Protocolo de atención al RN • Protocolo de lactancia materna • Protocolo de alta de la mujer puerpera y del RN 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstetra • Neonatólogo/a • Anestesiólogo/a • Enfermeros/as y auxiliares de enfermería • Ginecólogo

e. ANEXO 5.- COSTOS DE CESÁREA

Material	Cantidad	V. Unitario	Total
Material Anestesia			
320004 BUPIVACAINA 0.5 CONJE X 20 ML	1	2.88	2.88
320032 PERIFIX 300 # G18	1	15.84	15.84
320124 ELECTRODO RED ADULTO	3	0.14	0.42
320126 ROXICAINA SIN EPINEFRINA 20ML 2%	1	1.75	1.75
320127 ROXICAINA CON EPINEFRINA 20 ML 2%	1	1.80	1.80
	SubTotal	>>	22.47
Material Cirugia			
420365 BISTURI NO. 24	3	0.10	0.30
420215 BRAZALETES	1	0.17	0.17
420082 CLAM UMBILICAL	1	0.22	0.22
420154 TEGADER 10 X 12 X 50 UNID	1	2.08	2.08
420173 TEGADER + PAD. 9 X 20 X 25 UND.	2	3.14	6.28
420007 CEPILLO QUIRURGICO DESCARTABLE	3	1.20	3.60
420118 COMPRESAS QUIRURGICAS ESTERIL	15	0.77	11.55
420006 GUANTES ESTERIL # 6.5	1	0.33	0.33
420007 GUANTES ESTERIL # 7	2	0.34	0.68
420008 GUANTES ESTERIL # 7.5	2	0.35	0.70
420009 GUANTES ESTERIL # 8	3	0.31	0.93
420054 FUNDA COLECTORA CON VALVULA	2	4.24	8.48
420072 SONDAS NELATON # 12	1	0.28	0.28
420076 SONDA NELATON # 8	1	0.26	0.26
420391 VICRYL PLUS 1	3	5.23	15.69
420492 NOVOSYN VIOLET 2/0 70 CM HR 26 (M) DDP	1	4.27	4.27
420492 NOVOSYN VIOLET 3/0 70CM HR 26 (M) DDP	1	4.38	4.38
420513 DAFILON 3/0 DS 24	2	1.91	3.82
420393 VICRYL PLUS 3/0	1	4.22	4.22
	Total		90.69

i. ANEXO 5.- COSTOS DE PARTO EUTÓSICO

18-Septiembre-20 2:34:10 pm	ARMADA DEL ECUADOR	
Cirugía: Emergente	HOSPITAL GENERAL HOSNAG	Factura # 2013/ 715
	Hoja De Consumo	# I.Q.:1674
	Material Centro Quirurgico Tipo : Cirugia	Seguro:AFILIADO
PACIENTE : CARRIEL VERA BETSY LORENA	# ISSFA:2090009211	# C.I.:0925805210
GRADO: SLDO Depend. de: CARRIEL VERA BETSY LORENA	HCU: 105707	Fecha: 14/09/2013
Habitación: 1 Diag.: SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	Edad: 28 Quirofano:0	DEPENDIENTE SA
Operación: Panto vaginal únicamente (con o sin episotomía y/o forceps)	Reparto: BASUIL	Diag #: Z34
Hora Inicio Anestesia : 0:00:00	Anestesia: LOCAL	Cod #:59409
Hora Inicio Cirugia : 22:05:00	Hora Fin Anestesia : 0:00:00	Cirugia: 14/09/2013
Cirujano: DRA.CALDERON MARIA	Hora Fin Cirugia : 0:45:00	Anestesiologo : Dr.NO
	Observación:	
Ayudante Cirujano : IR.MERCADO MARIA		
Procedimiento 2:	Procedimiento 3:	

Material	Cantidad	V. Unitario	Total
Material Anestesia			
320126 ROXICAINA SIN EPINEFRINA 20ML . 2%	1	1.75	1.75
	SubTotal	>>	1.75
Material Cirugia			
460215 BRAZALETES	1	0.17	0.17
490082 CLAM UMBILICAL	1	0.22	0.22
480007 CEPILLO QUIRURGICO DESCARTABLE	2	1.20	2.40
440007 GUANTES ESTERIL # 7	3	0.34	1.02
440008 GUANTES ESTERIL # 7.5	3	0.35	1.05
490054 FUNDA COLECTORA CON VALVULA	1	4.24	4.24
490076 SONDA NELATON # 8	1	0.26	0.26
490077 SONDA NELATON # 10	1	0.25	0.25
420272 CATGUT CRONICO 2-0 SH.	2	1.93	3.86
	SubTotal	>>	13.47

f. ANEXO 6.- SIGLAS Y ABREVIATURAS POCO USUALES

OPS. Organización Panamericana de Salud

OMS. Organización Mundial de Salud

MSP. Ministerio de Salud Pública

MAIS-FCI. Manual de Atención Integral de Salud, familiar, comunitario e intercultural

INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

AVPP. Años de vida potencialmente perdidos

IMS. Índice de Masa Corporal

CONE. Cuidados obstétricos neonatales esenciales

HTA. Hipertensión Arterial

PAIS. Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud

UEMGYAI. Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

COE. Cuidado Obstétrico Esencial.

1. Documentar la Gestión de la Salud y sus Indicadores de las unidades del Ministerio de Salud Pública del Guayas durante el periodo 2009-2012.
2. Determinar los indicadores Gineco-Obstétricos de parto, aborto, curetaje y nacimiento de las pacientes que acudieron a las Unidades de Salud del Sector Público en la provincia del Guayas durante el período 2009-2012.
3. Proponer un plan para mejorar la vigilancia de la morbimortalidad de la embarazada.