UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

ESCUELA DE POSTGRADO

DR. JOSE APOLO PINEDA

ATENCION PRIMARIA DE SALUD APLICADA EN MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA

MED. MARCOS AURELIO SALINAS DOMINGUEZ

2012

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

ESCUELA DE POSTGRADO

DR. JOSE APOLO PINEDA

TRABAJO DE INVESTIGACION COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TITULO DE DIPLOMA SUPERIOR EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD APLICADA EN MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA

2012

AUTORIA

LOS CONCEPTOS PROCEDIMIENTOS Y RESULTADOS VERTIDOS EN EL PRESENTE TRABAJO SON DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL AUTOR

MED. MARCOS AURELIO SALINAS DOMINGUEZ

CERTIFICO

QUE HE ANALIZADO EL TRABAJO DE INVESTIGACION COMO REQUISITO PREVIO PARA OPTAR POR EL TITULO DE DIPLOMA SUPERIOR EN ATENCION PRIMRIA DE SALUD

EL TRABAJO DE INVESTIGACION SE REFIERE

ATENCION PRIMARIA DE SALUD APLICADA EN MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA

DR. MEDARDO LASSO PEDROSO

AGRADECIMIENTO

AGRADEZCO A DIOS POR ESTA OPORTUNIDAD ILUMINARME DIA A DIA PARA PODER CULMINAR MI TRABAJO .

AGRADEZCO A MI ESPOSA E HIJO POR ESTAR SIEMPRE A MI LADO APOYANDOME EN CADA ETAPA DE MI VIDA.

AGRADEZCO A MIS PADRES QUE ME DIERON LA VIDA PARA COMPARTIR ESTA PROFESION CON LOS SERES QUE MAS NECESITEN.

INDICE

CARATULA
CARATULA
AUTORIA
CERTIFICACION
AGRADECIMIENTO

CONTENIDOS
INTRODUCCION PG 1
OBJETIVOS PG 2-3
MORTALIDAD MATERNA CAUSAS PG 4-5
RECOMENDACIONES PG VI -X
MARCO JURIDICO Y NORMATIVO PG XI – XIV
REGLAMENTOSYOBJETIVOS PG XV_ XIX
SERVICIOS A ESTABLECIMIENTOS PG XX- XXX
ANALISIS DE MORTALIDAD PG XXXIV XLII
COMPLICACONES RIESGOS PG XLIII- XLVIII

Resumen

El I Estado Ecuatoriano en calidad de garante del derecho a la salud, su promoción, protección, acceso
permanente e ininterrumpido a los servicios de salud y el avance científico y tecnológico, le corresponde a
través de los organismos centrales y locales del MSP otorgar los recursos humanos, económicos y
materiales necesarios, así como también realizar auditorías de gestión con asesoría, a las autoridades y
sus servidores, para garantizar la legalidad, transparencia y eficiencia de los resultados institucionales
2. A las mujeres junto con sus familiares y líderes comunitarios les corresponde organizarse para reclamar el
ejercicio del derecho a la salud, como parte de os derechos humanos, los mismos que están garantizados
por la Constitución y las Leyes.
3. Es urgente buscar y ampliar alianzas internas e internacionales que integren esfuerzos sociales, políticos y
económicos que beneficien a las mujeres en el área de la salud sexual y reproductiva, como medio para
su desarrollo integral.
4. Es necesario contar, para las funciones administrativas y de atención de la salud sexual y reproductiva,
con personal calificado y en número adecuado para que participe en la solución de los problemas de salud
referidos.
5. Se debe propiciar un diálogo dinámico, primero, entre los diversos niveles de atención de los servicios de
salud, luego, entre las instituciones públicas de salud y, finalmente, entre las instituciones de salud y los
sectores sociales organizados a fin de mejorar la vigilancia epidemiológica y los procesos de contraloría
social.
6. El Estado debe invertir significativamente en salud para mejorar y completar la infraestructura, mobiliario y

equipos de los hospitales públicos, la dotación de medicamentos, en especial, en la atención del COE para
incidir en la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
7. Los hospitales generales deben funcionar con COE Completo y los hospitales base con COE básico. Así
disminuirá la concentración de la atención en los hospitales de Guayaquil y se incidirá en la disminución de
la segunda demora de la atención de emergencias obstétricas.
8. A las autoridades locales les corresponde propiciar una mejor organización de los servicios de salud, con
la conformación de equipos de dirección y equipos de atención, la renovación de personal en la dirección y
mandos medios; la capacitación administrativa y en el campo profesional de la salud sexual y reproductiva.
Esto determinará el encuentro de soluciones permanentes frente a problemas críticos concretos como el
parto asistido, banco de sangre, la gestión de recursos, la capacitación del personal de salud, etc.
9. El equipo de salud debe conformar una red de servicios de cuidados obstétricos y neonatales de
emergencia contando con la participación de organizaciones comunitarias, tomando en consideración los
niveles de complejidad creciente, y considerando a las Maternidades Matilde Hidalgo y Enrique Sotomayor
como las unidades principales de referencia.
10. Propiciar el perfeccionamiento y la actualización permanente del personal de salud desde el ámbito
administrativo y el campo profesional, tomando en consideración a las personas que conforman los
equipos de trabajo y de atención y que están en contacto directo y permanente con los problemas de salud
como las enfermeras, auxiliares de enfermería, médicos residentes, internos de medicina y enfermería, y
las personas vinculadas al proceso administrativo. Es necesario mayor contacto y coordinación con las

Facultades de Ciencias Médicas para que los perfiles profesionales respondan a las necesidades sentidas
de la población y al perfil epidemiológico.

11. Hace falta un plan de perfeccionamiento del personal, en el marco de una política institucionalizada,
teniendo como eje las evidencias científicas, tanto en el campo administrativo como en la atención de los
problemas de salud. La toma de decisiones en la administración y en la atención deben estar guiadas por
la investigación y las evidencias científicas ya existentes.
12. Se debería fortalecer y potenciar las capacidades de la Maternidad Matilde Hidalgo, desde el punto de
vista físico, material y de competencia de sus profesionales e incrementar el personal de salud, por ser la
institución referente en la atención de la salud pública y gratuita, a nivel local, provincial y regional. Es
necesario la organización y funcionamiento de un Centro Obstétrico de primer orden, con una sala de
cuidados intermedios, con la finalidad de que se atienda y resuelva las emergencias obstétricas y
neonatales de su área de influencia.
13. Al personal del equipo de salud y técnico administrativo les corresponde mejorar y automatizar la
información, en razón de que ésta sirve de sustento para el análisis y la toma de decisiones.
14. El personal de trabajo social debería mejorar la coordinación horizontal con las organizaciones
comunitarias, en la perspectiva de observar y vigilar la salud materna y evitar toda posibilidad de muerte
materna.
15. Cada persona en su ámbito de influencia debería mejorar el trato a los pacientes y sus familiares,
compartir el conocimiento científico, informar sobre las funciones y acciones del personal.

16. A las autoridades les corresponde fortalecer los servicios de neonatología con criterios de humanismo,
calidad y eficiencia, como ejercicio de los derechos de las personas a una atención de calidad, ética y
humana.
17. Es necesario conformar una red de servicios con distintos niveles de complejidad, en el que sea factible:
en primer lugar, una organización y coordinación con mejoramiento de la comunicación y traslado de los
pacientes con equipos adecuados; en segundo lugar, la firma de convenios interinstitucionales para
propiciar la solidaridad entre las unidades de salud, de tal manera que permita la optimización y el
intercambio de equipos y recursos que sean factibles entre las instituciones; en tercer lugar, mejorar las
competencias del personal vinculado al servicio de neonatología, de acuerdo con las necesidades que se
plantea en cada uno de los niveles de complejidad, sobre todo, en reanimación neonatal en todos los
niveles y en el manejo de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal, mediante un plan de
capacitación; en cuarto lugar, mejorar la implementación de equipos, insumos y medicamentos sobre la
base del análisis estadístico de la morbilidad y mortalidad, así como de las evidencias científicas; y, en
quinto lugar, implementar un sistema de monitoreo y evaluación con participación ciudadana para el
mejoramiento de la calidad técnica y humana.
del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna.
División promoción y protección de la salud. Programa de salud de la familia y población.

Overview

The Ecuadorian State I as a guarantor of the right to health, its promotion, protection, access
permanent and uninterrupted to the health services and the scientific and technological progress, belongs to
Central and local agencies of the MSP through grant resources human, economic and
materials needed, as well as also carry out audits of management with advice, authorities and
their servers, to ensure the legality, transparency and efficiency of the institutional results
2 Women together with their family members and community leaders them to organize themselves to claim the
exercise of the right to health, as part of I human rights, which are guaranteed
by the Constitution and the laws.
3. It is urgent to find and expand domestic and international partnerships that integrate social, political efforts and
economic that benefit women in the area of sexual and reproductive health, as a means to
their integral development.
4. It is necessary to have, for the administrative functions and the sexual and reproductive health care,
with qualified personnel and appropriate number to participate in the solution of health problems
referrals.
5 Should lead a dynamic dialogue, first, between different levels of care of services of
health, then among the public institutions of health and, finally, among the health institutions and the
social organized sectors in order to improve epidemiological surveillance and controlling processes
social.
6. The State should invest significantly in health to improve and complete infrastructure, furniture and

teams of public hospitals, the provision of medicines, in particular, in the care of the COE to
influence on the reduction of maternal and neonatal mortality and morbidity.
7 General hospitals must work with COE full and base with basic EOC hospitals. Like this
decrease the concentration of care in hospitals in Guayaquil and impact on the decrease of
the second delay of emergency obstetric care.
8. The local authorities are responsible promote better organization of health services, with
the formation of management teams and support teams, the renewal of staff in the direction and
Middle managers; the administrative and training in the field of sexual and reproductive health.
This will determine the meeting of permanent solutions to critical problems such as assisted delivery, Bank of blood, the management of resources, training of staff, etc.
9. The health team must conform a network of obstetric and neonatal care services of
emergency with the participation of community-based organizations, taking into consideration the
levels of increasing complexity, and considering the maternity Matilde Hidalgo and Enrique Sotomayor
as the main reference units.
10 Encourage the improvement and updating of health from the field staff
Administrative and professional field, taking into consideration the people who make up the
teams and care and are in direct and permanent contact with health problems
as nurses, auxiliary nurses, resident physicians, internal medicine and nursing, and persons related to the administrative process. Need more contact and coordination with the
Faculties of medical sciences so professional profiles meet the felt needs
of the population and to the epidemiological profile.

11 Need a plan for staff development, in the context of an institutionalized policy,

having as axis the scientific evidence, both in the administrative field and the attention of the
health problems. Decision making in the management and care should be guided by research and existing scientific evidence.
12. It should strengthen and enhance the capabilities of the maternity Matilde Hidalgo, from the point of
view physical, material and competition of its professionals and increase health personnel, to be the
reference institution in the attention of free, and public health at the local, provincial and regional level. Is
necessary to the Organization and functioning of an obstetrical Center of the first order, with a room of
intermediate care, with the aim that it meets and resolve obstetric emergencies and neonatal in its area of influence.
13. The staff of the health and administrative technical team is incumbent improve and automate the
information, on the grounds that it serves as support for analysis and decision-making.
14. The staff of social work should improve horizontal coordination with organizations
community, in the perspective of observe and monitor maternal health and prevent any possibility of death
maternal.
15. Every person in its sphere of influence should improve the treatment to patients and their families,
sharing scientific knowledge, reporting functions and actions of the staff.
16. The authorities are responsible strengthen services of Neonatology with criteria of humanism,
quality and efficiency, as an exercise of the rights of persons to care for quality, ethical and
human.
17. It is necessary to form a network of services with different levels of complexity, where feasible:
First, an organization and coordination with improvement of the communication and transfer of the

patients with appropriate equipment; Secondly, the signing of inter-institutional agreements for
promote solidarity between health units, in such a way that allows the optimization and the
Exchange of equipment and resources that are feasible between the institutions; Thirdly, improving the
competence of staff at the service of Neonatology, needs to be
raises in each of the levels of complexity, particularly in neonatal resuscitation in all the
levels and in the management of the main causes of neonatal morbidity and mortality, through a plan of
training; in fourth place, improving the implementation of equipment, supplies and medications on the
based on the statistics of morbidity and mortality, as well as the scientific evidence; and, in
Fifth, implement a system of monitoring and evaluation with citizen participation for the
improvement of the technical and human quality.
of the regional plan of action for the reduction of maternal mortality.
Division of health protection and promotion. Health of the family and population program.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD APLICADA EN MORTALIDAD MATERNA EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA

INTRODUCCION

El Estado garantiza el derecho a la salud, su promoción, protección, seguridad alimentaria, provisión de agua, saneamiento, promoción de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios conforme a Principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia, de acuerdo a lo que textualmente dictamina nuestra constitución, en su artículo 42.

De la misma manera la Ley Orgánica de Salud, enfatiza en su artículo 3, que la salud es el completo estado de bienestar

físico, metal y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Es un derecho humano, irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

En nuestro país, a pesar de las diversas acciones emprendidas en estos últimos años, sin embargo la mortalidad materna sigue siendo alta y por ende un problema para el sector de la salud y la comunidad.

La mayoría de esas defunciones ocurre en los países en desarrollo como el nuestro consecuencia de complicaciones derivadas del embarazo y del parto.

En la definición de la OMS se establece la muerte materna cuando ocurre en una mujer embarazada, durante el parto o durante un lapso de hasta 42 días después de finalizar el embarazo.

Recientemente se ha sugerido un nuevo modelo para diseñar y evaluar los programas para reducir la

mortalidad y discapacidad materna, basado en la cadena causal que vincula las muertes maternas con las

actividades de los programas.

Este modelo es llamado las tres demoras y se basa en la premisa de que cualquier demora que impida que la mujer embarazada reciba un tratamiento adecuado, le

puede costar la vida. Según este modelo, los tres tipos de demoras que pueden contribuir a la muerte materna son:
1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda.
2. Demora en llegar a la unidad de salud.
3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la unidad de salud.
.

Objetivo
Identificar el acceso, utilización y calidad de la atención de las complicaciones obstétricas y neonatales en los
hospitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad, Fuerzas Armadas
(FF.AA.) y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) en la provincia del Guayas, con el propósito de brindar
insumos para la formulación de un proyecto que contribuya a mejorar la salud de las mujeres, incrementando la
accesibilidad, utilización y calidad de los servicios para el tratamiento de complicaciones durante el embarazo,
el parto y el puerperio.
Para la realización del estudio se aplicaron varias técnicas de investigación:
1) análisis documental,
2) entrevistas,
3) observación directa, y
4) grupos focales.
Resultados
El Ministerio de Salud Pública ha participado en la elaboración de varios instrumentos legales orientados a
mejorar la salud sexual y reproductiva, no obstante el marco jurídico y político persisten insuficiencias en la
ejecución que limitan las posibilidades de garantizar servicios integrales con calidad, trato digno y equitativo.
Ninguno de los hospitales de la provincia de Santa Elena investigados brinda COE completo, debido a que carecen
de parto asistido o instrumental; aunque el modelo COE no ha sido considerado dentro de las normas

establecidas por el MSP; sin embargo, teniendo en cuenta que los estándares aplicados para esta
investigación se sustentan en evidencias científicas, el parto asistido o instrumental, se decidió aplicar este criterio para evaluar los servicios que atienden
emergencias obstétricas y neonatales.
Los esquemas en el manejo de todos los fármacos varían de una unidad a otra, en ninguna de las instituciones
se administra la medicación sustentada en guías clínicas basadas en evidencias científicas, como política
institucional.
En los hospitales del MSP existen serias deficiencias en la infraestructura, mobiliario, equipo y ropa,
especialmente, así como también en el abastecimiento de ciertos medicamentos inyectables esenciales, como
petidine, salbutamol, halotano, diazepan, sulfato de magnesio, hydralacina, adrenalina, hidrocortisona,
ampicilina, ceftriaxona, gentamicina, etc., estas carencias constituyen factores limitantes para la atención de
emergencias obstétricas y neonatales.
Aunque la comunidad y el personal de salud entrevistados refieren que la comunicación es aceptable y el
transporte para el traslado de las emergencias, desde los hospitales cantonales a los hospitales ubicados en las provinciales o hospitales de primer nivel , con la implementación de ambulancias y el perfecto llenado de las referencias y contrareferencias y otros.

En los hospitales cantonales se manifiestan dificultades en la disponibilidad de sangre y derivados.
En cuanto se derivan paciente a hospital de primer nivel para resolver el problema en conjunto con la cruz roja que provee dicho derivado .más aún por su ubicación en un importante centro de referencia de un sector densamente poblado, no dispone de banco de sangre para atender la demanda que va en incremento.
El abastecimiento y distribución de medicamentos e insumos no se sustentan en un análisis estadístico de los

problemas locales ni tampoco en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos elaborado por el CONASA y
menos en una práctica clínica basada en investigaciones científicas.
La atención de las emergencias obstétricas y neonatales en la mayoría de las unidades de salud investigadas
recae sobre los médicos residentes e internos de medicina, con el acompañamiento de enfermeras y auxiliares
de enfermería. La relación entre personal médico y de enfermería en la asignación al COE es de 3 a 1, lo
contrario de la norma.
Los temas en los que mejor se ha preparado el personal son: la hipertensión inducida por la gestación, sepsis y
hemorragias, aunque la participación ha sido insuficiente en los últimos tres años. Los gíneco-obstetras
manifiestan que han participado en cursos de capacitación apenas en un 50% y el personal de enfermería en
menos del 15%. En resucitación neonatal únicamente se ha preparado el 40% del personal médico y el 15.3%
del personal de enfermería.
En ninguno de los servicios de obstetricia y neonatología de las unidades estudiadas, los registros
estuvieron totalmente disponibles, accesibles, conservados, actualizados y completos.
. Las causas de muerte consideradas inevitables por los comités de muerte materna fueron:

sepsis puerperal , preeclampsia y eclampsia , hemorragia ante y postparto , rotura uterina y otras complicaciones obstétricas
,las complicaciones más frecuentes fueron: aborto
espontáneo, parto obstruido , hipertensión inducida por el embarazo, aborto en condiciones
inseguras , hemorragia , otras complicaciones, parto prolongado , embarazo ectópico ,
sepsis puerperal y rotura uterina .
Las causas fueron consideradas como evitables. El 48% de los fallecimientos fue por demora en el acceso a la
unidad de salud, 14% en tomar la decisión y 12% en recibir atención. En el 54.8% de los casos se registra que
la responsabilidad de la muerte fue de la propia madre. El 45.2% de las mujeres fallecida llegaron a las
unidades de salud en malas condiciones. En el 92.9% de los registros no existe información sobre el control
prenatal. El 28.6% de las complicaciones se iniciaron en la casa, 11.9% en el hospital.
Aunque las mujeres prefieren ser atendidas por profesionales especializados, persiste la idea de acudir a las comadronas. Con respecto a las condiciones de riesgo, las mujeres y líderes comunitarios además de
identificar aquellas priorizadas por el MSP (cefalea persistente, hiperhemesis, edema, fiebre, ausencia de
movimientos fetales, hemorragia y pérdida de líquido por vagina) consideran como peligro las relaciones
sexuales durante el embarazo, el VIH, la falta de información sobre los cuidados personales durante el
embarazo, las anormalidades fetales, el embarazo gemelar, las edades mayores o menores.
Los grupos focales con mujeres que sobrevivieron a una emergencia obstétrica, familiares y líderes
comunitarios, manifestaron que las cosas que les gustaría cambiar en los hospitales son el trato que da el
personal, la eficiencia, recursos e insumos y el mejoramiento de la infraestructura, en orden de prioridad,

principalmente en los servicios del MSP.
En otro grupo focal realizado con el personal de salud, se manifestó que las decisiones de las autoridades,
tanto para la gestión como para el manejo de los casos, no se sustentan en información estadística sobre la
morbilidad y la mortalidad maternas. Los datos están centralizados en los jefes de servicios y no se difunden.
En los servicios del MSP los sistemas de control no han servido para mejorar la atención debido a los
compromisos personales que se imponen. Se enfatiza en las debilidades organizativas, carencia de recursos,
falta de compromiso y poco interés por el cambio en las unidades del MSP y reconocen que las actitudes son
distintas cuando esas mismas personas laboran en otras instituciones privadas.
En los servicios de neonatología también se pone en evidencia que las elevadas tasas de morbilidad y
mortalidad obedecen no solamente a la deficiente infraestructura, carencia de recursos materiales e insumos,
sino también a que las acciones terapéuticas no se sustentan en guías clínicas basadas en evidencias científicas.
La tasa de mortalidad neonatal es de 17.8 x mil n.v., la muerte neonatal precoz, con una tasa de 12.8 x mil n.v.,
es mayor que la tardía y la probabilidad de muerte se incrementa casi cuatro veces en los niños que presentan
alguna patología. El 26.2% de los recién nacidos presentan morbilidad. Las principales cusas de muerte se
relacionan con la prematurez, las infecciones y problemas congénitos. Entre las cinco primeras causas de
morbilidad neonatal están: Membrana hialina (26.7%), Sepsis (22.9%), Inmadurez pulmonar (16.6%), Síndrome
de aspiración meconial (5.4%) y Distres Respiratorio (1.4%). La hemorragia intraventricular representa el 7%
de la morbilidad total, las infecciones nosocomiales el 5% de las patologías, la retinopatía del prematuro el
2.5% y la displasia broncopulmonar 0.3%.

En neonatología los cuidados que mejor se cumplen son: la prevención de infecciones, factor de
neurodesarrollo, técnicas de respiración y monitorización clínica, en más de 80%; las que se cumplen
medianamente son: cuidado de la piel, termo regulación, lactancia, prevención de retinopatía, cuidados
respiratorios, en un 50% y más; y, aquellas que se cumplen con muchas limitaciones son la valoración del dolor
y el cuidado centrado en la familia.
Las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal debido en su mayoría a causas prevenibles,
ocurrieron principalmente como consecuencia de la tercera demora, esto es, en recibir el tratamiento adecuado
en las unidades de salud, no solamente por escasa preparación y actualización del personal, deficiencias en la
infraestructura, carencias en equipos, medicamentos, materiales e insumos, especialmente en los servicios del
MSP, sino fundamentalmente por aplicación de prácticas no sustentadas en evidencias científicas y por la falta
de planificación sustentada en un sistema de vigilancia epidemiológico, junto con un sistema de control y
asesoría.

Los servicios COE que se brindan en las instalaciones de salud se clasifican según las funciones brindadas:
1. Se identifica como una unidad que brinda COE básico cuando se administra antibióticos, oxitócicos,
anticonvulsivantes por vía parenteral y cuando se realiza retiro manual de placenta y de productos
retenidos, así como el parto vaginal asistido (con fórceps o vacum).
2. Se define que la unidad brinda COE completo cuando, además, se suministra sangre y se realiza operación cesárea.
En general se espera que a nivel de hospital base en los cantones de la provincia se brinden los servicios COE

básicos y a nivel de hospital general y especializados en la ciudad de Guayaquil se brinden los servicios COE completos.
Funciones principales de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE):

Hospital Base
Hospital General
COE BASICO=
Antibióticos (inyectable)
Oxitócicos (inyectable)
Anticonvulsivantes (inyectables)
Retiro manual de placenta
Retiro de productos retenidos
Parto vaginal asistido
COE COMPLETO=
Todas las funciones de COE básico, más
Cesárea
Transfusión de sangre
El seguimiento de la aplicación de los COE se realiza mediante Indicadores2 de Proceso, los cuales son de
bajo costo. Se obtienen a partir de información que brindan los establecimientos de salud y, por tanto, se
pueden medir de forma frecuente; pero además, poseen la ventaja de reflejar los cambios de manera
inmediata, y permiten la retroalimentación a las unidades en un período corto.
Los indicadores utilizados para el monitoreo son los siguientes:

1 Cantidad de establecimientos para la atención obstétrica de
emergencia (COE básico y completo).
Por cada 500 mil habitantes debería
haber:
Al menos 4 servicios básicos COE y al
menos 1 servicio completo COE.

2 Distribución geográfica de los establecimientos que brindan
COE.
100% de áreas tienen las cantidades
mínimas aceptables de instalaciones
COE básicas y completas.
3 Porcentaje de nacimientos en establecimientos para la
atención obstétrica esencial.
Al menos 15% de los nacimientos
totales de la población.
4 Necesidad satisfecha de asistencia obstétrica de emergencia. 100% de las mujeres estimadas a
tener complicaciones obstétricas son
tratadas en servicios COE.
5 Cantidad de servicios críticos (total de cesáreas) No menor del 5% ni mayor del 15%.
6 Calidad de atención (tasa de letalidad) Uno por ciento (1%)

Marco Jurídico y Normativo con relación a la atención de las emergencias obstétricas

Durante siglos la atención materno-infantil fue considerada como asunto doméstico y competencia exclusiva de
madres y matronas. En el siglo XX esta preocupación se convirtió en prioridad de salud pública. En los
primeros años del siglo XXI los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) la han colocado en el centro de la
lucha contra la pobreza y la desigualdad, como una cuestión de derechos humanos. Este cambio de énfasis es
trascendental para determinar cómo debe responder el mundo a los muy desiguales progresos registrados en
diferentes países en ese sentido (OMS 2005).
Con respecto a algunos derechos humanos ya establecidos, entre ellos el derecho a la vida, el derecho a la
salud, el derecho a no ser discriminado por cuestiones de género y el derecho a decidir el número y el
espaciamiento de los hijos, respaldan el derecho de la mujer a quedar embarazada y dar a luz sin correr riesgo

de muerte o de sufrir lesiones graves. Cuando la mortalidad materna y las lesiones sean evitables los
gobiernos y, en particular, las autoridades de salud deberán asumir la responsabilidad de no haber cumplido
con las condiciones necesarias para evitarlas. Los derechos reproductivos constituyen la base de la
autodeterminación de las mujeres sobre sus cuerpos y su vida sexual y por lo tanto son decisivos para que
éstas alcancen su máximo potencial; en consecuencia, es obligación de los gobiernos y de los equipos de
salud trabajar para que la mujer tenga las mejores condiciones en la atención y promoción de su salud sexual y
reproductiva.
Mujeres, niñas y niños, sufren y mueren por falta de acceso a cuidados básicos de salud a los que tienen
derecho. A escala mundial sólo la mitad de las embarazadas reciben asistencia capacitada y cuentan con
alguien cerca para ayudarlas en caso de presentarse algún problema durante el parto y sólo algunos países en
desarrollo han logrado reducir la mortalidad de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el
puerperio. ***El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El***
Cairo en 1994, reconoce que satisfacer las necesidades de salud reproductiva de la mujer y del hombre es un
requisito básico para el desarrollo humano y social, y que, por tanto, éste debe ser un componente integral de
la atención primaria de la salud.

En la Iniciativa Mundial del Programa para una Maternidad Segura aprobada en 1987 se consideró que existen
cuatro pilares fundamentales en los que los países deben trabajar para poder reducir la mortalidad materna:
1. Planificación familiar.
2. Atención prenatal.

3. Parto limpio y seguro.
4. Cuidados Obstétricos Esenciales o de Emergencia.

La operacionalización de estos objetivos generales requiere de una conceptualización apropiada para las condiciones socio-culturales específicas de cada país, que se disponga del respaldo legal suficiente para asegurar su cumplimiento por parte de los diferentes actores sociales. Asimismo, se requiere de normas técnicas y administrativas que garanticen la aplicación de criterios modernos de la salud pública y del conocimiento clínico en la práctica cotidiana de los prestadores de servicios de salud especializados.

Cuerpo Jurídico con Relación a la Atención Obstétrica

• La Constitución Política:

La Constitución Política de la República encarga al Estado la protección moral, social y económica de la familia. Con respecto a la salud, la Constitución Política vigente, en la sección 4, artículo 42 a 46 establece que:

"El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia" (artículo 42).

"Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la

participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas
tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías" (artículo 43).
"El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las
entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa,
cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con
sujeción a principios bioéticos" (artículo 44). Por esta razón se deberán buscar mecanismos de integración y
coordinación entre el sistema comunitario e institucional, brindando particular atención a la adaptación cultural
de los servicios de Salud Reproductiva buscando la integralidad en la atención y la cooperación entre el
personal de salud y los proveedores tradicionales de la salud.
"El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas,
privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa"
(artículo 45).
"El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios,
suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que
tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley" (artículo 46).
La Constitución vigente ha consolidado en el capítulo V, sección tercera, denominada de la familia, lo
establecido en la anterior Constitución, que en esencia señala el reconocimiento y la protección del Estado de
los principios fundamentales de la familia, del vínculo del matrimonio, el reconocimiento de la unión
monogámica de hecho, de la maternidad, de los hijos, el patrimonio familiar, se promulga la maternidad y

paternidad responsables y la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres.
También está establecido en la Constitución vigente, sección quinta del mismo capítulo, la obligación del
Estado, de la sociedad y de la familia, de brindar protección a los niños y adolescentes, a las mujeres en
estado de gravidez, las personas con discapacidad y los adultos mayores.
En la Carta Política, a más de la protección del Estado a los menores, se les considera como ciudadanos y se
les asegura el pleno ejercicio de sus derechos.

Programas, Reglamentos y Normativas del MSP

• Aspectos Jurídicos de la Política Nacional de Población:

Entre los objetivos de la Política Nacional de Población están los siguientes:

- Ofrecer información sobre los diferentes métodos anticonceptivos para la mujer.
- Instruir a la mujer sobre métodos anticonceptivos existentes, tanto para el cuidado de ella como el de
su pareja.
- Elaborar conjuntamente con las direcciones provinciales la programación funcional de actividades del
nivel nacional y los planes de inversión en el equipamiento e insumos de planificación familiar y
detección oportuna del cáncer.

La política Nacional de Población está encaminada a lograr una paternidad y maternidad responsables y de
este modo evitar los embarazos no deseados y las prácticas abortivas.
Se estableció la ley de la Sexualidad y el Amor, que tiene por objeto la educación de los estudiantes a nivel
primario, secundario y técnico, en el conocimiento y respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida y
de los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes.
La Ley Orgánica de la Salud, en su respectivo capítulo de Salud Sexual y Reproductiva, ratifica las
disposiciones expresadas en la Constitución Política ecuatoriana. En el artículo 23 dice: "Los programas y
servicios de planificación familiar garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre,

voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que
puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras
personas; así como a acceder a la información necesaria para ello".
En el artículo 27 se manifiesta que: "El Ministerio de Educación y Cultura en coordinación con la autoridad
sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y
programas educativos, de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional,
para la difusión y orientación de la salud sexual y la salud reproductiva, la prevención de embarazos en
adolescentes, VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad
responsables y la erradicación de la explotación sexual; y asignarán los recursos suficientes para ello". El
Estado ecuatoriano al ser un Estado laico, otorga, como corresponde, la rectoría de la elaboración del currículo
en esta materia al Ministerio de Educación y Cultura.
El artículo 29 señala: "Esta ley faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo,
única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a
atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional
responsable de la atención". El Código Penal vigente en el Ecuador desde 1938, en su art. 447, dice: "El aborto
practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer o de su marido o familiares íntimos, cuando ella no
estuviere en posibilidad de prestarlo, no será punible, si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o salud
de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; y, si el embarazo proviene de una

violación o estupro cometido en una mujer idiota o demente. En este caso, para el aborto se requerirá el
consentimiento del representante legal de la mujer". La ley no amplía las causales ni despenaliza el aborto
indiscriminado, simplemente garantiza el cumplimiento de lo expresado en el Código Penal, por tanto, no se
permite la práctica abierta del aborto como dicen algunas agrupaciones políticas y religiosas.

OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar una Evaluación sobre el acceso, utilización y calidad de atención de los servicios de salud que ofertan
Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia.

Objetivos Específicos

1. Evaluar unidades de salud pública y de otros organismos que actualmente ofertan servicios obstétricos y neonatales esenciales con el fin de identificar las necesidades para mejorar la atención y tratamiento de las complicaciones obstétricas y neonatales. Asimismo, proveerá información sobre la morbilidad y mortalidad materna, sus causas, factores que inciden incluyendo aquellos ligados a la
calidad de atención.
El estudio se basa en el levantamiento de las necesidades y recursos para la atención obstétrica y
neonatal en las unidades de salud seleccionadas que atienden partos en la provincia deSanta Elena
2. El Segundo objetivo del estudio es servir de base para el establecimiento de prioridades, estrategias y
actividades claves que buscarán la reducción de la mortalidad materna y neonatal a través de la
implementación de un plan de acción que contribuya a mejorar el monitoreo de la accesibilidad,

utilización y calidad de los servicios obstétricos y neonatales esenciales en el sector público.
Esta evaluación proveerá evidencia sobre cuantas unidades de salud ofrecen cuidado obstétrico y
neonatal de emergencia e identificará las condiciones y los vacíos existentes de manera que el Ministerio de Salud pueda priorizar la habilitación de las unidades de salud públicas y la selección de estrategias.

Tipo de Estudio

Se trata de una investigación descriptiva cuantitativa y cualitativa realizada en una muestra representativa de
unidades de salud de la provincia de Santa Elena, teniendo en cuenta las diferentes instituciones que brindan
atención de la emergencia obstétrica y neonatal: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de
Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas (FA), Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG); de uno de los
centros de salud del MSP en la ciudad de Guayaquil; y de los hospitales cantonales. Los criterios de selección
fueron aquellos que influyen negativamente en las condiciones de vida de la población, tales como altas tasas
de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, altos índices de pobreza, insuficiente acceso a los servicios
básicos, altas tasas de fecundidad y prevalencia de problemas epidémicos, entre otros.

4.2. Universo de Estudio

Para el estudio se consideraron las siguientes unidades de análisis:

- Hospitales especializados, generales y básicos del MSP, IESS, Fuerzas Armadas y de la Junta de
Beneficencia de Guayaquil.
- Las muertes maternas ocurridas durante el período julio de 2006 a junio de 2007.
- Mujeres que en algún momento presentaron una emergencia obstétrica y que fueron atendidas en los
hospitales antes mencionados; familiares de algunas mujeres fallecidas; líderes y agentes

comunitarios relacionadas con el sector salud y los prestadores de servicio ligados a la atención de la
emergencia obstétrica.
• Servicios de Neonatología de las unidades seleccionadas.
.

Entrevistas semiestructuradas

• Al personal de las unidades de salud.

Observación directa:

• De la infraestructura, documentación estadística, equipamiento, mobiliario, vestuario, insumos
médicos de los diferentes servicios involucrados en la atención de la emergencia obstétrica y
neonatal.

Grupos focales con

• Mujeres que sobrevivieron a complicación obstétrica y que fueron atendidas en los servicios de salud
por emergencia obstétrica.
• Familiares, líderes y agentes comunitarios.
• Personal de salud que atendieron complicaciones y emergencias obstétricas.

. Instrumentos de recolección de información

Descripción de los instrumentos de recolección de información.

Para este grupo de análisis se utilizó una guía de grupos focales, mediante los cuales se exploraron los
siguientes temas:
a. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los signos y síntomas de la emergencia obstétrica.
b. Percepción de las barreras para la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud.
c. Satisfacción de la mujer con respecto a la calidad de la atención en la emergencia obstétrica brindada
en las unidades de salud.
d. Participación interinstitucional y comunitaria para mejorar la calidad de la atención y la protección
social a las mujeres en su etapa reproductiva.

Adecuación de los instrumentos

. Gracias a las estrategias fue posible recolectar la información dentro del tiempo establecido, aunque se presentaron algunas dificultades por varias causas, entre las que se destacan: retraso en el inicio de las tareas por tener que cumplir con otras actividades laborales, la falta de comunicación oportuna a las autoridades de algunos hospitales, la falta de coincidencia en los tiempos disponibles de investigadores con el personal de los hospitales participantes, la no disponibilidad de información requerida para la investigación, la coincidencia en el desarrollo de actividades de evaluación y auditoría en uno de los hospitales.

Cabe recalcar que en todos los hospitales, tanto las autoridades como los profesionales y personal administrativo nos brindaron un trato cordial, respetuoso y de gran apertura para el desarrollo del estudio. En el desarrollo del trabajo la información fue brindada de forma espontánea y entusiasta, con una manifiesta esperanza en el cambio.

La Dirección Provincial de Salud garantizó el acceso a los establecimientos seleccionados, a través de comunicaciones a los directores de los hospitales. Además, el director del proyecto realizó visitas a las unidades de salud para informar sobre los detalles de la investigación a autoridades y al personal de salud que participó en el estudio.

Las preguntas de las entrevistas fueron respondidas en su mayoría por el equipo responsable de la unidad o por personal en delegación del director

Para determinar el nivel de resolución de la emergencia obstétrica en las unidades de salud, se tomó en consideración las funciones principales de Cuidados Obstétricos realizados por la institución en los últimos tres

meses. Esta información fue obtenida mediante entrevistas con el personal de salud y posteriormente se
confrontó con la información de los registros de las atenciones brindadas.

Población asignada según hospitales.

Horarios de Atención

Todas las unidades de salud seleccionadas atienden las 24 horas, durante los siete días de la semana.

Servicios que ofrecen los establecimientos de salud.

Disponibilidad de servicios para la emergencia obstétrica en las unidades seleccionadas.

Las unidades de salud de la Provincia de Santa elena cuentan con servicios de: emergencia, admisión, labor de
parto, quirófano, hospitalización, farmacia, laboratorio, rayos X y reanimación al recién nacido; los servicios de
cuidados Intensivos . Con respecto al servicio de reanimación al recién nacido en los hospitales de Guayaquil, la atención es
realizada por pediatras y neonatólogos/as, mientras que en los hospitales básicos de los cantones esta
actividad es cumplida por médicos generales y residentes.

Servicios básicos en los establecimientos de salud

Los hospitales seleccionados cuentan con los siguientes servicios básicos: alcantarillado, disposición de
desechos sólidos, luz y agua las 24 horas. Únicamente los hospitales Teodoro Maldonado, Naval y Vicente
Pino disponen de incinerador.

Disponibilidad de medios de comunicación

Todas las unidades investigadas disponen de teléfono y fax.

Referencia y contrarreferencia

. Si bien la mayoría de hospitales cuentan con ambulancias, el traslado de los pacientes se dificulta, en unos casos por el horario de los choferes y en otros por deterioro del vehículo. La contrarreferencia no existe en ninguno de los hospitales.

Cuidados obstétricos de emergencias según tipo de hospital

Las acciones que realizan los servicios para la atención de cuidados obstétricos de emergencia consisten en:

la administración de antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes, extracción manual de placenta, legrado uterino,
transfusión sanguínea y cesárea, se aplican de diversa manera en los hospitales
En ninguna de las instituciones se administra la medicación teniendo en cuenta guías clínicas basadas en
evidencias científicas.
.

Cuidados obstétricos ofrecidos según tipo de unidad.

Cabe recalcar que el parto asistido o instrumental que constituye uno de los criterios para determinar el nivel
del COE, en completo, básico o incompleto, no ha sido considerado dentro de las normas establecidas por el
MSP, que es el organismo rector en el área de salud del país y por lo tanto en ninguna de las instituciones
investigadas se encontró el uso de esta práctica . No obstante, teniendo en cuenta que los
estándares aplicados en esta investigación se sustentan en evidencias científicas, donde se muestran las
ventajas de la ventosa o fórceps en el parto asistido o instrumental, se decidió aplicar este criterio para
establecer el nivel de las unidades que brindan COE, en virtud de que la finalidad es el mejoramiento de la
salud materna y neonatal con prácticas adecuadas, aunque las políticas de salud y experiencias profesionales,
no se ajusten con las evidencias científicas.
Independiente del tipo de unidad, en todos los hospitales y en el centro de salud se realiza legrado uterino. La
transfusión de sangre se realiza en todos las unidades, en coordinación con la Cruz Roja.

Cuidados obstétricos por institución

En todas las instituciones se administra antibióticos y oxitócicos.

El legrado uterino se realiza en todas las instituciones, el parto asistido en ninguna de las unidades; la
transfusión de sangre en el 60% de unidades del MSP y la cesárea se realiza en los hospitales de todas las
instituciones,

Cuidados Obstétricos ofrecidos según unidad.

Nivel de cuidado obstétrico de emergencia alcanzado

Como se indicó anteriormente, aunque la norma establecida por el MSP no considera la organización de los
servicios de obstetricia de los hospitales según el modelo COE, se aplicaron dichos criterios para evaluar el
nivel de cuidados obstétricos de emergencia, teniendo en cuenta las evidencias científicas. En este marco,
ninguna de las unidades tiene COE completo. Todas las unidades se ubican en el nivel de COE Incompleto.

- El estudio se realizó en ocho hospitales pertenecientes al MSP, IESS, Fuerzas Armadas y a la JBG. De los
hospitales seleccionados dos son generales,3 basicos y uno pronto de especialidad materno infantil.

.

- Todos los hospitales atienden las 24 horas durante los 7 días a la semana. En los hospitales cantonales
los servicios de laboratorio y Rx atienden entre 6 a 10 horas diarias y durante 5 a 6 días a la semana. Esto
dificulta la atención de pacientes con emergencias obstétricas.

- Todos los hospitales atienden en los servicios de emergencia, admisión, labor de parto, quirófano,
hospitalización, farmacia, laboratorio, rayos X y reanimación al recién nacido.
- Todos los hospitales disponen de servicios básicos de saneamiento.
- El sistema de referencia y contrarreferencia funciona, si bien los hospitales cantonales realizan de forma completa.
- Ningún hospital brinda COE básico, brindan COE incompleto, debido a que no realizan el parto asistido o
instrumental.

Disponibilidad de infraestructura, mobiliario y equipos de los hospitales seleccionados

El análisis de los resultados se realizó tomando en consideración la disponibilidad y los componentes que
faltan de infraestructura, mobiliario, equipo básico, equipo e instrumental y ropa, en los servicios de sala de
emergencia, sala de partos, sala de operaciones, bodega, central de esterilización y hospitalización.

Infraestructura de sala de emergencia

Tienen infraestructura completa en Sala de Emergencia. Áreas importantes que faltan son: lavabo para material e
instrumental (área de atención al paciente crítico), lavamanos (área de atención al paciente crítico) 87,5% cada
uno, área de paciente crítico, servicios higiénicos (área de observación) 62.5% cada uno, área de admisión,
área de clasificación de pacientes, estación de enfermería, área de observación, lavamanos (área de
observación) 50% cada no, lavabo para material e instrumental (en área de enfermería) , lavamanos (en área
de enfermería)

Infraestructura de sala de partos de unidades.

Completa Lavamanos en estación de enfermería
Iluminación natural
Vestidores
Suministro de energía eléctrica alterna
(generador) .

Solamente el 12.5% de los hospitales tiene infraestructura completa en sala de partos. Entre las áreas y
servicios que falta con mayor frecuencia son: lavamanos en estación de enfermería 75%; estación de
enfermería e iluminación natural 50% cada uno; vestidores y suministro de energía eléctrica alterna
(generador) 25% cada uno

Mobiliario de sala de partos

El 12.5% de las unidades de salud seleccionadas de la provincia tienen mobiliario completo en sala
de partos. 62% cada
uno; mesa de preparación de labor, anaquel o estante en sala de labor, gradillas en sala de labor 50% cada
uno; reloj de pared (en estación de enfermería), mesa de preparación de medicamentos (en estación de
enfermería), basurero con tapa (en estación de enfermería), sillas en sala de labor, lámpara cielítica en sala de
partos, banco giratorio en sala de partos 37.5% cada uno; gabinete para medicamentos (en estación de
enfermería), camas para labor y reloj en sala de partos 25% cada uno)

.

Mobiliario de sala de operaciones

Ninguna de las unidades dispone de mobiliario completo en sala de operaciones. Los componentes más
frecuentes que faltan son: escritorio (área de anestesia) 75%; gabinete con gaveta (en estación de enfermería),
teléfono (en estación de enfermería), silla (área de anestesia), carro de transporte de instrumental 62.5% cada
uno; mesa de trabajo (en estación de enfermería), sillas (en estación de enfermería) 50% cada uno; camilla
rodante (área de trasferencia de camillas), armario para drogas (área de anestesia), banco giratorio, mesa para
los instrumentos / medicamentos de emergencia 25% cada uno

Disponibilidad de equipo AMEU

En uno solo de los hospitales existe equipo AMEU completo. Los componentes que con mayor frecuencia
faltan en las demás unidades son: recipiente pequeño de acero inoxidable 75%; lubricante de silicona,

adaptadores (café, azul, amarillo, blanco, verde) y riñonera pequeña 62.5% cada uno; cánula flexible, 3 - 12
mm 50%; extensor 37.5%; y, jeringa de aspiración al vacío (válvula doble) 25%

.

Disponibilidad de equipo AMEU en unidades.

Equipo básico para anestesia

.

Disponibilidad de equipo básico de cesárea y laparotomía
Disponibilidad de equipo básico de cesárea y laparotomía en unidades
Disponibilidad de maleta de parto
Disponibilidad de maleta de ropa quirúrgica.
Disponibilidad de Maleta de Ropa Quirúrgica en Hospitales
Disponibilidad de equipo básico para legrado en hospitales
Disponibilidad de equipo básico para legrado en unidades

.

Disponibilidad de equipo de resucitación neonatal en hospitales

Ninguno de los hospitales seleccionados dispone de equipo completo de resucitación neonatal.

Disponibilidad de equipo de resucitación neonatal en unidades
Disponibilidad de lencería
Disponibilidad de lencería en unidades.
Resumen de la disponibilidad de recursos materiales en unidades.

se encontró que los componentes de infraestructura en emergencia y sala de partos, equipo para AMEU y
ropa quirúrgica están completos.

- Los recursos materiales tales como mobiliario en emergencia, infraestructura en sala de operaciones,
mobiliario en sala de operaciones, equipo básico en todos los niveles, equipo para anestesia, equipo para
cesárea, equipo para parto, maleta de parto, equipo para resucitación neonatal y lencería están
incompletos en todas las unidades estudiadas

• La carencia total o parcial de recursos materiales repercute negativamente en la calidad de la atención,
pues a pesar de que podría existir el número suficiente de personal y con un buen nivel de competencias
no sería posible cumplir las funciones a cabalidad.

• Disponibilidad de infraestructura, suministros y equipos de laboratorio clínico y de banco de sangre

Disponibilidad de Áreas de Trabajo en Laboratorio Clínico según Hospital.

Disponibilidad de equipos de laboratorio clínico

Distribución de equipos laboratorio clínico y banco de sangre en unidades seleccionadas

Disponibilidad de áreas de trabajo en laboratorio clínico por tipo de institución

Disponibilidad de áreas de trabajo en laboratorios clínico por tipo de institución

Disponibilidad de equipos de transfusión de sangre en unidades

No Todas las unidades estudiadas disponen de algunos equipos para realizar transfusión de sangre en caso de
emergencia, pero su distribución es inequitativa, con carencias mayores en las unidades del MSP.

Disponibilidad de medicamentos

Para el análisis de la disponibilidad de medicamentos se seleccionaros de cada grupo a los más importantes y
frecuentemente usados, teniendo como referente las evidencias científicas de mayor fuerza como los
metaanálisis y las investigaciones clínicas aleatorias (ICA).

Disponibilidad de medicamentos inyectables por unidad.

Cantidad de medicamentos inyectables* por unidad

• Los hospitales mejor equipados, en cuanto a infraestructura, insumos y equipos de laboratorio pertenecen
a la JBG, IESS y Fuerzas Armadas; en tanto que las unidades del MSP presentan carencias en más del
50%, de acuerdo con los estándares, lo que genera serias dificultades para atender las emergencias
obstétricas.

- Ninguna de las unidades del MSP dispone de banco de sangre. Los hospitales que pertenecen a las otras
instituciones disponen de un banco de sangre.
- En los laboratorios de las unidades del MSP existen deficiencias en las áreas de espera, recepción,
química sanguínea y hematología.
- En las unidades del MSP se realizan transfusiones sanguíneas con serias deficiencias en cuanto a
equipos e insumos.
- Existen deficiencias en el abastecimiento de medicamentos inyectables importantes en algunos hospitales
como petidine, salbutamol, halotano, diazepan, sulfato de magnesio, hydralacina, adrenalina,
hidrocortisona, ampicilina, ceftriaxona, gentamicina, etc.

5.2.6. Disponibilidad de recursos humanos y capacitación

La presente información sobre recursos humanos y capacitación se obtuvo mediante entrevistas realizadas a
directivos, jefes de personal y al propio personal de salud de los hospitales seleccionados, acerca de las
personas que laboran en las áreas obstétricas.

Médicos y enfermeras disponibles y vinculados al COE por categoría según hospitales.

Dentro del personal médico que labora en el COE se incluye profesionales gíneco – obstetras, pediatras,
obstetrices, médicos generales, otros especialistas, médicos residentes, médicos rurales e internos de
medicina. Los internos y residentes en su mayoría son estudiantes de pregrado y postgrado de las varias
facultades de medicina que existen en la ciudad de Guayaquil.

Del personal médico asignado al COE en los hospitales seleccionados, el 7.4% son especialistas gíneco –
obstetras, 66% residentes, 2.5% médicos generales, 2.5% son médico rurales y el 21.6% son internos de
medicina. Como se puede observar el mayor peso cuantitativo en la asignación del personal médico a los

hospitales para labores del COE constituyen los residentes e internos de medicina, que es personal en
formación .

Personal médico disponible y vinculado al COE, por categoría, según unidades de salud.

Personal de Enfermería vinculado al COE por Hospitales

Personal de Enfermería disponible y vinculado al COE por Categoría según Hospitales

Personal del COE según condición laboral

Del total del personal médico y de enfermería, asignado al COE, el 43.1% tienen contrato temporal y el 56.9%
contrato permanente

A los médicos residentes, rurales, e internos/as de medicina y enfermería
se les incluyó dentro del grupo de contrato temporal. Para determinar el tipo de contrato en temporal o
permanente se tomó como criterio la permanencia del resto del personal en la institución el tiempo de un año y
más de manera ininterrumpida.

Personal de COE según condición laboral por unidades.

Turnos Nocturnos

Los turnos nocturnos de atención en las unidades estudiadas las realizan médicos residentes, rurales, internos
de medicina, enfermeras, auxiliares de enfermería e internos/as de enfermería.
. En los hospitales, algunos médicos tratantes
y especialistas son "de llamada", es decir, que deben acudir a la unidad en momentos distinto a su horario de
trabajo para cubrir emergencias obstétricas que no pueden ser resueltas por el personal médico de turno.

Disponibilidad de personal médico y de enfermería en turnos nocturnos por hospitales.

Capacitación del personal de medicina y enfermería

Para conocer el grado de capacitación, dentro de los tres últimos años, en la encuesta se preguntó sobre los
siguientes temas: aborto, embarazo ectópico, mola hidatidiforme, desprendimiento prematuro de placenta

normalmente inserta, placenta previa, retención placentaria, acretismo placentario, atonía/hipotonía uterina,
parto obstruido, parto prolongado, rotura de útero, sepsis, hipertensión inducida por la gestación y resucitación
neonatal.
En general, en los últimos tres años, se observan índices más elevados de capacitación en el personal de
medicina que en el de enfermería en todos los temas considerados y estas diferencias son muy llamativas. La
frecuencia de la capacitación en el personal de enfermería es muy limitada, comparada con el personal de
medicina.

Capacitación del personal de medicina

En promedio, el personal médico ha sido capacitado en un 55.4% en todos los temas, aunque presenta un
comportamiento diferente.
capacitación en temas relacionados con la
emergencia obstétrica y neonatal, presentan, en orden descendente, los médicos residentes, internos de
medicina y especialistas gíneco – obstetras; y en menor porcentaje las obstetrices y los pediatras. Es probable
que mientras más cercana sea su relación a las aulas universitarias los niveles de participación en actividades
de capacitación sean mayores.

Personal médico capacitado por temas según categoría

Únicamente el 40% de los pediatras han recibido preparación en resucitación neonatal, los demás temas
compete menos a su especialidad.
Entre los médicos Gíneco – Obstetras las temáticas más abordadas en procesos de capacitación giran en
torno al aborto, embarazo ectópico, parto obstruido e hipertensión inducida por la gestación, en un 71.4% cada
uno, resalta el tema en el que han recibo menor preparación que es la resucitación neonatal con un 28.6%.

Los médicos generales han recibido capacitación en todos los temas de la lista, de manera similar, alrededor
del 60%.
En los médicos residentes las temáticas más abordadas fueron: aborto, parto prolongado, sepsis e hipertensión
inducida por la gestación en más del 70% y en menor porcentaje, pero con poca diferencia los demás temas,
excepto en resucitación neonatal que alcanza apenas el 40.9%.
Mas del 70% de los internos se han preparado en embarazo ectópico, mola, placenta previa, parto prolongado
e hipertensión inducida por la gestación; en tanto que menos del 50% ha recibido adiestramiento acerca de
55
retención placentaria, atonía/hipotonía uterina, parto obstruido y resucitación neonatal; los demás temas
presentan porcentajes intermedios.
Las obstetrices son las que menos se han preparado en los contenidos para la atención del COE, en promedio
alcanzan al 26.2% en todos los temas, con una frecuencia mayor (71.4%) en hipertensión inducida por la
gestación y en aborto (33.3%) y en todos los demás en un porcentaje inferior al 30% (Cuadro Nº 46).

Capacitación del personal de enfermería

La frecuencia de capacitación del personal de enfermería es más baja aún con respecto a las obstetrices; en
promedio solamente el 20.6% de las enfermeras y el 9.5% de las auxiliares de enfermería han recibido
capacitación para el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales.
Los porcentajes más altos se refieren a temas de hipertensión inducida por el embarazo, en el 48%, sepsis y
embarazo ectópico en un 32%; en los demás temas los porcentajes son inferiores al 30%. Menos de 2 de cada
diez auxiliares de enfermería han recibido preparación en los diferentes temas relacionados con el COE.

Personal de enfermería capacitado en los últimos tres años, por temas.

- La asignación del personal médico y de enfermería al COE no obedece a ningún criterio técnico ni
responde a las necesidades locales de los servicios.
- El 25.2% del personal médico y de enfermería está asignado a labores del COE; el 39.4% del personal
médico y el 13.8% del personal de enfermería. Proporcionalmente la asignación al COE del personal
médico es mayor que el de enfermería, la diferencia es casi de 3 a 1. Lo mismo ocurre cuando realizamos
el análisis al tener en cuenta el tipo de institución.
- Dentro del personal médico el grupo que tiene mayor peso en la asignación al COE en cuanto a número
es el de los médicos residentes con el 66%, le siguen los internos con 21.6%, luego los gíneco – obstetras,
con 7.4% y los médicos rurales y médicos generales, con 2.5% cada uno.
- Dentro del personal de enfermería, tiene mayor peso en la asignación a labores en el COE las auxiliares
de enfermería con el 59.1%.
- El personal médico que realiza turnos nocturnos y que tienen relación con el COE son 267 personas. El
mayor porcentaje corresponde a médicos residentes e internos de medicina. La participación de médicos
rurales en la realización de turnos nocturnos se da en los hospitales cantonales.
- La participación en actividades de capacitación en las temáticas necesarias para la atención de las
emergencias obstétricas y neonatales es substantivamente mayor en el personal médico que en el de
enfermería.
- Dentro del personal médico los que más han participado en actividades de capacitación en los temas
seleccionados, son quienes tienen mayor cercanía a las aulas universitarias como residentes e internos.
- El personal de enfermería ha participado muy poco en actividades de capacitación en las temáticas
importantes para el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales.

- Los temas que más han sido tratados en los procesos de capacitación han sido: hipertensión inducida por
la gestación, aborto, embarazo ectópico y placenta previa.
- El tema en el que menos se han prepara tanto el personal médico como de enfermería es resucitación
neonatal.
- Los médicos gíneco–obstetras, en cuyas manos está la toma de decisiones para la resolución de las
emergencias obstétricas, refieren haber recibido capacitación técnica en un 60%, en los últimos 3 años,
por lo que sería conveniente desarrollar programas de capacitación con mayor frecuencia y con visión
integral.

Sistema de registros en los establecimientos de salud

Registros de admisión general

El 100.0% de unidades seleccionadas disponen de registro de admisión general, son de fácil acceso, están
bien conservados y actualizados. El 87.5% están completos

Registro de partos

En todas las unidades los registros de partos, son de fácil acceso, están bien conservados y actualizados.

Registro de sala de obstetricia

El 75% de las unidades disponen de registros en la sala de obstetricia; son de fácil acceso, están actualizados,
en aceptable estado de conservación;

Registro de emergencias

Todas las unidades disponen de registro de emergencias, son de fácil acceso, están conservados y
actualizados;

Registros de sala de operaciones

El 100% de unidades disponen de registro en sala de operaciones, son de fácil acceso, están bien
conservados y actualizados.

Características del sistema de registros de las unidades seleccionadas

Registro de ginecología

Todas las unidades seleccionadas disponen de registro de la sala de ginecología, en un 87.5% son de fácil
acceso, están conservados y actualizados; y, en un 62.5% están completos

Registro de abortos

El 87.5% de las unidades seleccionadas disponen de registro de abortos, son de fácil acceso, están
conservados y actualizados; y, en un 75% están completos

Registro de historia clínica

El 100% de unidades disponen de historias clínicas, son de fácil acceso, están bien conservados y
actualizados. El 75% tienen completas

Registro de egresos

En el 87.5% de las unidades los registro de egresos están disponibles, son de fácil acceso, están conservados,
actualizados y completos

Registro de muerte materna

En el 62.5% de las unidades los registro de muerte materna están disponibles, son de fácil acceso, están bien
conservados, actualizados y completos.

Registro de morgue

Solamente dos hospitales disponen de Registros de Morgue (25%), y son de fácil acceso, están bien
conservados, actualizados y completos

Registro del SIP

El 37.5% de unidades disponen de registros del Sistema Informático Perinatal, los cuales son de fácil acceso,
están conservados, actualizados y completos).

Registro de referencia y contrarreferencia

El 50% de unidades dispone de registros de referencia y contrarreferencia, el 37.5% son de fácil acceso y en
un 50% tienen conservados, completos y actualizados **Registro de control de puerperio**

El 37.5% de unidades disponen de registros de control de puerperio y tienen conservados, de fácil acceso,

actualizados y completos

Registros estadísticos de neonatología

Los registros evaluados en los servicios de neonatología fueron: hoja de balance, observaciones, hoja de
control de signos vitales, evolución de enfermería, hoja de indicaciones médicas, forma de indicación de la
medicación en mg/dosis.
En todas las unidades, las hojas de balance, de control de signos vitales, evolución de enfermería, de
indicaciones médicas, y la forma de indicación de la medicación en mg/dosis, están disponibles, de fácil
acceso, bien conservadas, actualizadas y completas.

- Los registros estadísticos con menor disponibilidad, accesibilidad, conservación, actualización e
incompletos son los de egresos, muertes maternas, morgue, sistema informático perinatal,
referencia/contra referencia y control de puerperio.
- Ninguno de los registros están totalmente completos; los formularios que más faltan son, en orden
de frecuencia: registro de la morgue, control de puerperio, sistema informático perinatal,
referencia y contrarreferencia.
- En neonatología los registros que presentan más dificultades son las hojas de observaciones.
- En ninguno de los servicios de neonatología los registros estuvieron totalmente disponibles,
accesibles, conservados, actualizados y completos.

Descripción de la morbilidad y la mortalidad obstétrica disponible en los registros de información estadística de los servicios estudiados

En las ocho unidades seleccionadas se revisaron los registros estadísticos que fueron proporcionados por el
personal encargado. En todos los casos la información disponible fue entregada sin restricciones, luego de las

gestiones realizadas por las autoridades.

5.3.2. Análisis de la Mortalidad

Índices de muertes maternas por admisiones y partos ocurridas en unidades de salud seleccionadas

Mortalidad materna por causa en hospitales seleccionados.

Sepsis puerperal
Preeclampsia y Eclampsia
Hemorragias ante y post parto
Rotura uterina
Otras complicaciones obstétricas
Total

.

- **Análisis de la letalidad**

La letalidad por todas las complicaciones identificadas en la muestra estudiada es de 0.26%.
La letalidad más alta se produce por sepsis con el 26.47%; en segundo lugar, rotura uterina con el 4%; en
tercer lugar, otras complicaciones obstétricas con el 2.53%; en cuarto lugar, hemorragias ante y postparto con
0.39%; y en quinto lugar, preeclampsia y eclampsia con 0.35%

Morbilidad Materna por causas según Instituciones

Aborto espontáneo

Parto obstruido
Hipertensión ind. embarazo
Abortos cond. inseguras
Hemorragia
Otras complicaciones
Parto prolongado
Embarazo ectópico
Sepsis puerperal
Rotura uterina

.

Comportamiento de la morbilidad por patologías

- **Aborto espontáneo**

Ocupa el primer lugar de las complicaciones

- **Parto obstruido**

Ocupa el segundo lugar en la lista

- **Hipertensión inducida por el embarazo**

Ocupa el tercer

- **Aborto en condiciones inseguras**

Ocupa el cuarto lugar

- **Las hemorragias**

Ocupan el quinto lugar

- **Otras complicaciones**
- **Parto prolongado**

Ocupan el séptimo lugar

- **Embarazo ectópico**

Ocupan el octavo lugar

- **Sepsis puerperal**

Ocupan el noveno lugar

- **Rotura Uterina**

Ocupan el décimo lugar

Tratamiento y procedimientos

El tratamiento en el hospital fue calificado como adecuado en el 85.78% de los casos y no se encontraron
referencias registradas en el 14.28%.

Controles y aplicaciones realizadas a mujeres fallecidas

Teniendo en cuenta que la mayoría de las mujeres fallecidas llegaron en malas condiciones, los datos no se
registraron en 11 de los 15 items que constan en el formulario de muerte materna.
Entre los controles que con mayor frecuencia se realizaron están: control de signos vitales, frecuencia cardíaca
fetal y contracciones uterinas; y entre las aplicaciones tenemos: canalización de vena y administración de
antibióticos.

.

Los conocimientos con relación a las emergencias obstétricas fueron explorados investigando sobre las
situaciones que pueden poner en peligro la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

- **Identificación de condiciones de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.**

Además de los factores de riesgo en los que pone énfasis el MSP en los eventos educativos, las mujeres
consideran como peligro las relaciones sexuales durante el embarazo, el VIH, la falta de información sobre los
cuidados personales durante el embarazo, las anormalidades fetales, el embarazo gemelar, las edades muy
mayores o menores

Percepción de las mujeres sobre riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

- **Tipo de atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio ante un signo o síntoma de riesgo o peligro.**

En cuanto a la atención solicitada, tiene mayor valor para las mujeres, en primer lugar, el control del embarazo
por los profesionales de la salud; en segundo lugar, cuando enfrentan un parto prematuro; y en tercer lugar,

para recibir medicación en caso de presentar algún problema .

Percepción de las mujeres sobre el tipo de atención recibida.

- **Tipo de persona al cual demandan atención durante el embarazo, el parto o el puerperio, ante una situación de peligro.**

Pese a que se sobrevalora el papel de los especialistas como miembros principales en la atención materna y
perinatal, persiste la idea del papel de la comadrona en la atención del parto en el domicilio

Percepción de las mujeres sobre el personal al cual demanda atención.

Las mujeres identifican con precisión el tipo de atención que pueden dar los agentes de salud no formal y los
profesionales. Cuando el embarazo ha cursado sin problemas graves y desean ser atendidas en casa, ven a la
partera o comadrona; en tanto que si la madre ha presentado enfermedades graves o hay dudas de que el niño
tenga problemas, acuden donde los especialistas. Manifiestan que el centro de salud y el hospital están
fundamentalmente para atender las emergencias

. Tipo de atencion recibida
. Control prenatal por profesional de salud
. Reposo en parto prematuro
. Medicación
. Personal al que demanda atencion
. Atención por partera en casa
. En hospital para prevenir enfermedades graves
. En Centro de Salud para emergencias
. El especialista debe prevenir que salgan niños enfermos
. Al hospital para emergencia

- **Aceptación o rechazo a la atención en las unidades de salud**

Entre las razones para acudir a un hospital se señalan tres, unas relacionadas con los problemas que se espera sean
resueltos por los profesionales especialistas para salvar la vida, mediante cesárea, para combatir el dolor, el uso de

tecnología y equipos; otras, con actitudes y valores como la confianza en los servicios públicos, experiencias previas
positivas y negativas, buena atención, seguridad, necesidad de información; y otras, por causas económicas (
Porque mi esposo confía también aquí, yo también porque he tenido mis cuatro niños, todo los he dado aquí, y hasta
ahora todo ha sido bien normal, el primer niño salió con problemas respiratorio en de ahora igual, por eso no me lo han
dado todavía, ahora lo fui a ver y dicen que esta mejor y ahora de noche lo tengo conmigo. Dice la compañera que hay de
todo, a la niña principalmente, estamos con las criatura sanas

Razones planteadas por las mujeres para acudir al Hospital

Al referirse a las cosas que les gustaría cambiar en los hospitales ponen énfasis en el trato que reciben por
parte del personal, no les gusta el trato grosero de enfermeras, médicos y estudiantes de medicina
(practicantes), la falta de comunicación, la existencia de personas de "mala fe", el no reconocimiento de sus
derechos como personas, el irrespeto a su privacidad, pudor y autonomía. Por otro lado, manifiestan su deseo
de mejorar la eficiencia de los servicios en cuanto al tiempo de espera, trámites burocráticos, disponibilidad de
equipos médicos, infraestructura e higiene de los espacios
. Razones para acudir al hospital
1. Para cesárea
2. Confianza en el servicio
3. Atención por especialistas
4. A veces hay mala práctica médica
5. Por razones económicas
6. Temor por la muerte materna y neonatal
7. Por mala experiencia en el Seguro
8. Es mejor la información en la maternidad que en el Seguro
9. El esposo tambíen confia en el
servicio
10. Experiencias anteriores positiva,

sobre todo con niños
11. El hospital da buena atención
12. Tienen los mejores equipos
13. Por recomendación de familiar
14. Por seguridd que ofrece el servicio
15. Las parteras no lo hacen bien
16. Cuando está con bastantes dolores
17. Los profesionales saben y pueden
salvar la vida de la madre

Lo que a las mujeres les gustaría cambiar en los servicios de salud.

Lo que les gusta a las mujeres de los servicios es la atención por especialistas y más aún cuando el trato es amable,
cuando la actitud es positiva y ser atendidas en un ambiente limpio; la importancia de la atención especializada se focaliza
en la posibilidad de realizarse una cesárea si el caso lo amerita

Lo que más les gustó a las mujeres en los servicios de salud.

Entre las razones por las que no acudirían las mujeres al hospital están: el trato despótico, discriminatorio,
insensible, irrespetuoso que da el personal en el momento de la atención. Las pacientes esperan del personal,
5. Lo que cambiaria en los servicios
5.1. La falta de algunos equipos
5.2. Le regresan y no atienden
5.3. A las malas personas de mala fe
5.4. Exigen certificado para recibirle
5.5. Enfermeras groseras
5.6. Enfermeras que trabajan con mala
gana
5.7. A la trabajadora social que demora
mucho y no puede resolver problemas
económicos
5.8. Mujeres que lloran por no poder
pagar
5.9. Los estudiantes que hacen muchos

tactos y lastiman
5.10. Actitudes morbosas de los
hombres que atienden
5.11. Los practicantes que no tienen
experiencia
5.12. Nos retan
5.13. El trato de los médicos a los
pacientes
5.14. Hacer cosas que una no quiere
5.16. Más médicos en quirófanos
5.15. La falta de comunicación
5.17. Adecuación de la infraestructura y
más recursos
5.18. Privacidad para mujeres
5.19. Se debe mejorar la higiene
6. Lo que más le gutó del servicio
6.1. La atención por profesionales
6.2. La cesárea
6.3. Atención adecuada
6.4. Que dan tranquilidad
6.5. Trato amable
6.6. Tratan de ayudar
6.7. La limpieza
máxima consideración; también se enfatiza en la calidad del servicio, en la falta de sensibilidad de algunas
personas del equipo de salud y en las barreras geográficas, por las largas distancias y por tener que pagar la
atención).

. Percepción referida por el personal de salud

- **Conocimientos sobre información estadística**

La información estadística está centralizada únicamente en los jefes de servicio; en general, el personal que
cotidianamente atiende a las pacientes no conoce los datos con precisión, tratan de explicar indicadores

erróneos; en todo caso, las decisiones tanto para la gestión como para el manejo de los problemas, no se
sustentan en la información estadística. Las actitudes frente al valor de los datos son favorables, expresan la
necesidad de disponer de la información estadística para emprender acciones; pero también otro grupo de
profesionales considera que aun conociendo los datos, no se toman las decisiones debido a compromisos
personales
7. Razones para no ir al hospital
7.1. Dan mala atención
7.2. Son déspotas
7.3. No saben escuchar a la paciente
7.4. Va sangrando y dicen que regrese
mañana
7.5. Irrespeto al sufrimiento de la mujer.
Bailan mientras la paciente llora
7.6. Por tener que pagar la atención
7.7. Por la gran distancia que se debe
recorrer
7.8. Hay discriminación por venir de otra
área
7.9. Hay mala propaganda por malas

Percepción del personal de salud sobre información estadística y cómo evitar las muertes maternas.

- **Identificación de principales factores de riesgo y posibles complicaciones que pueden enfrentar las mujeres, durante el embarazo, parto y puerperio**

Entre los factores de riesgo que presentan las mujeres se identifican cuatro tipos de problemas, en primer
lugar, los relacionados con las patologías durante el embarazo, tales como: preeclampsia y eclampsia,
embarazo ectópico, hipertensión, nutrición inadecuada, infección de vías urinaria, anemia, trabajo extenuante;

en segundo lugar, anomalías en el parto como desprendimiento de placenta normoinserta, parto prematuro,
parto distócico, retención placentaria, hemorragia, la cesárea complicada; en tercer lugar, los aspectos
relacionados con la atención formal no formal, entre los que se destacan manipulación por partera, la falta de
sangre, medicación en otras instituciones, tratamientos inadecuados; y en cuarto lugar los problemas
económicos y familiares como el descuido por parte de los esposos y la pobreza
Aquí en la maternidad una de las principales causas de la mortalidad son aquellas mujeres que vienen
referidas por problemas más por pre-eclampsia que se transforma en una eclámptica (...) Otra de las causas
son pacientes que vienen con embarazo ectópico, pacientes que vienen muy complicadas aquí hay un banco
de sangre (...) Otras causas son pacientes complicadas que vienen de otra institución; por un parto difícil que
tuvieron las pacientes o por una cesárea o por una hemorragia (...) Las pacientes que vienen por una
1. Informacion estadistica
1.1. Indicadores inadecuados
1.10. No hay eventos de difusión de las
estadísticas
1.2. Dicen conocer pero no saben el dato
1.3. Los datos tienen solamente pocas
personas
1.5. No conocen
1.6. Se conoce de fuentes externas
1.7. Buena predisposición para procesar
y conocer los datos
1.8. La información no permite tomar
decisiones por compromisos
1.9. Conocimiento incompleto sobre
concepto de muerte materna
1.4. La muerte materna ourre por mal

manejo en otras instituciones

Factores de riesgo que enfrenta la embarazada según el personal de salud.

2. Factores de riesgo y complicaciones
2.1. Preeclampsia y eclampsia
2.2. Embarazo ectópico
2.3. Complicaciones originadas en otras instituciones
2.4. Parto distócico
2.5. Cesárea complicada
2.6. Hemorragia
2.7. Hipertensión inducida por el embarazo
2.8. No disponer de sangre en hospitales cantonales
2.9. Manipulación por partera
2.10 Desprendimiento normoplacentario
2.11. Medicación en otra institución
2.12. Retención placentaria
2.13. Parto pretérmino
2.14. Inadecuada nutrición
2.15. Infección de vías urinarias
2.16. Descuido de los esposos
2.17. Trabajo extenuante
2.18. Anemia
2.19. Pobreza
2.20. Multiparidad
2.21. Control prenatal inadecuado
2.22. Parto prematuro
2.23. Desprendimiento de placenta normoinserta
2.24. Tratamientos de IVU incompletos

- **Condiciones de los servicios de salud para dar respuesta adecuada a la demanda de atención de mujeres que presentan algún tipo de riesgo o complicación**

Son notorias las inequidades en cuanto a disponibilidad de recursos e insumos. En el extremo de la carencia se
encuentran los hospitales del MSP y en el otro, con todo lo necesario, la maternidad de la JBG, por lo que la demanda
está en incremento y el espacio resulta reducido. El hospital del IESS se ubica en un plano intermedio, también presenta
carencias en algunos rubros, lo que se hace más notorio debido al proceso de remodelación en el que se encuentra
actualmente. Por otro lado, también es notoria la diferencia en cuanto a la actitud del personal por el mejoramiento de la
calidad, mientras en el Hospital Enrique Sotomayor se percibe positivamente la aplicación de las normas ISO para la
acreditación de los servicios, y en el hospital del IESS se aplican protocolos para el manejo de algunos problemas
(aunque no basados en evidencias científicas), en la maternidad Matilde Hidalgo del MSP se advierte conformismo en
unos e indiferencia en otros, frente a las debilidades y amenazas del servicio .

Hay médicos residentes de guardia bien preparados y jefes de guardias que siempre están pendientes de las
derivaciones

Opiniones del personal de salud sobre las condiciones que cambiaría en el Hospital

5. Lo que cambiaria del hospital
5.1. La carencia de personal
5.2. Interrupciones en la consulta
5.3. La falta de privacidad para las
pacientes
5.4. La falta de cuidados intesivos e
intermedios
5.5. No hay respuesta a pedidos de
recursos
5.6. El reducido espacio para la atención
5.8. Los baños que no sirven
5.7. La falta de un banco de sangre
5.9. Carencia de insumos

5.10. El excesivo calor en invierno con
aire acondicionado
5.11. El solapamiento de las faltas del
personal (en unidades del MSP)
5.12. El incumplimiento de las normas
5.13. Actitudes negativas
5.14. La actitud positiva depende del
control institucional
5.15. Necesario optimizar los recursos
5.16. Control inaecuado de los insumos
84
4. Coordinacion con otros sectores
4.1. Con el MSP para las pruebas de VIH
4.2. Con los dispensarios del Norte y
Guasmo, para evitar las colas
4.3. Con el Hospital Luis Vernaza para
otros tratamientos
4.4. El comité deusuarias
4.5. Organizaciones de religiosas
4.6. Municipio
4.7. Servicios del primer nivel del MSP
4.8. Las transferencias se dan cuando
las pacientes agotan el dinero

Los profesionales de las tres instituciones del MSP, IESS y JBG están de acuerdo en que es necesario mejorar
las relaciones humanas entre el personal y con las mujeres atendidas; en tanto que el análisis de las falencias
es mucho más notorios en el personal del hospital Matilde Hidalgo. En esta unidad del MSP el personal
enfatiza las dificultades como: conseguir sangre, la falta de una unidad de cuidados intermedios, carencia de
personal, desorganización, escasez de insumos y falta de control en el manejo de los mismos, baños que no
sirven, espacios incómodos que no ofrecen privacidad para las pacientes, entre otros.

• Coordinación con otros sectores para mejorar la capacidad de respuesta a los problemas que
presentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

La coordinación de los hospitales varía de acuerdo con el tipo de institución, dada la naturaleza de las
necesidades planteadas por las usuarias.

Criterios del personal de salud acerca de la coordinación con otros sectores.

Percepción referida por líderes y agentes comunitarios

• Identificación de condiciones de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio.

Identificación de condiciones de riesgo por líderes y agentes comunitarios

Si bien entre los signos de alarma identificados por líderes y agentes comunitarios están los establecidos por el
MSP (hemorragia y pérdida de líquido por vagina, cefalea persistente, hiperhemesis, fiebre, edema, ausencia
de movimientos fetales) se enfatizan otros que se originan en los propios servicios, tales como: control
inadecuado y negligencia del médico, falta de controles pre y postnatales por el personal de salud y la
administración de medicinas para abortar, así como también en situaciones que dependen del entorno familiar
y social como el maltrato, la soledad, estrés y la violación de las mujeres

1. Identificacion de riesgo
1.1. Esfuerzos bruscos
1.10 Falta de controles pre y postnatales
por el médico
1.11. Mujeres solas
1.12. Alcohol y drogas
1.13. Medicinas para abortar
1.14. Control inadecuado por el médico
1.15. El estres
1.16. Negligencia del médico
1.2. No saber como alimentarse
1.3. Viajes largos
1.4. Maltrato

1.5. Enfermedades de transmisión sexual
1.6. VIH
1.7. La preeclampsia
1.8. Violación
1.9. Embarazo no deseado

- **Tipo de atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio ante un signo o síntoma de riesgo o peligro.**

La atención de la mujer embarazada, desde la perspectiva de líderes y agentes comunitarios se establece en tres escenarios, familiar, comunitario e institucional; el rol afectivo y los conocimientos sobre el auto cuidado y la alimentación se circunscriben en el ámbito familiar; en tanto que en la comunidad sobresale la imagen de la partera; y, a las instituciones formales se les atribuye la responsabilidad para resolver las complicaciones mediante cesárea y otros tratamientos médicos especializados. Aunque se identifiquen los riesgos, la familia y la comunidad no siempre actúa para que la mujer sea atendida por profesionales

Percepción de líderes y agentes comunitarios sobre el tipo de atención recibida

- **Participación en el proceso de búsqueda de atención y resolución al problema presentado**

. Tipo de atencion recibida
1. La familia
2. Parto normal ningún peligro
3. Cesárea si requiere cuidado
4. Las parteras donde no hay atenciónmédica
5. Control y tratamiento oportunos
6. Información sobre alimentación adecuada

. Participacion en solucion de problemas
.1. Ayuda de los vecinos
.2. Entregar un mapa con ubicacion de los servicios
.3. Control permanente en el puerperio

.4. Los paramédicos deben tomardecisiones
.5. Primero el esposo y luego los padres
3.6. La familia debe participar en los
cuidados
3.7. Los hijos deben apoyar a la madre
Entre los actores que deben participar en la solución de problemas para la atención del embarazo y el parto se
han identificado a los vecinos, paramédicos y familiares, cada uno con roles complementarios; a los vecinos y
personal de salud, se atribuye la responsabilidad de disponer de una adecuada información acerca de la
ubicación de las unidades de salud; al esposo e hijos, el cuidado, supervisión en el cumplimiento de las
indicaciones médicas y apoyo para que la madre acuda al servicio y sea bien atendida; y al personal de salud,
las decisiones acertadas sobre el manejo de las complicaciones obstétricas

• Percepción de la atención que se ofrece en los servicios de salud

Los líderes y agentes comunitarios manifiestan que en los servicios no se da la suficiente información acerca
de los cuidados a la madre y al niño, lactancia y las enfermedades, tampoco sobre los turnos y horarios de
atención. En la atención falta calidad y los profesionales muestran poco interés con respecto a las actividades
que realizan. Con respecto al lugar de atención, enfatizan en la falta de limpieza.

Percepción de la atención por parte de líderes y agentes comunitarios.

• Participación de otros sectores sociales para mejorar la atención y protección a las mujeres
durante el embarazo, parto y puerperio, en aquellas que enfrentan alguna situación de riesgo

Participación de otros sectores sociales para proteger a mujeres en riesgo

5. Percepcion de la atencion
5.1. No dan información sobre
enfermedades
5.2. Poca orientación

5.3. Escasa información sobre lactancia
y cuidados al bebe
5.4. Poca calidad humana
5.5. Falta limpieza
5.6. Poco interés por las pacientes
5.7. Algunos médicos causan trauma
psicológico
5.8. Falta información sobre servicios y
horarios
6. Participacion de otros sectores
sociales
6.1. Los vecinos
6.2. Importante la auda económica
6.3. El seguro para los afiliados
6.4. Organización popular
6.5. Grupos de mujeres

Los actores sociales más importantes que intervienen en la solución de problemas para la atención y
protección a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio constituyen los vecinos del lugar, si es que no
están presentes los familiares, sobre todo en el traslado de las mujeres, que presentan una emergencia
obstétrica, a los servicios de salud. No siempre los intentos de solución son momentáneos, pues a veces las
propuestas son de mayor cobertura y duración .

CONCLUSION

- Es evidente la necesidad sentida que tienen las mujeres por recibir atención durante el embarazo, parto y
puerperio, de manos de profesionales, sobre todo de especialistas, aunque persiste la idea de acudir a las
comadronas.
- Con respecto a las condiciones de riesgo, las mujeres y líderes comunitarios además de identificar

aquellas priorizadas por el MSP (cefalea persistente, hiperhemesis, edema, fiebre, ausencia de
movimientos fetales, hemorragia y pérdida de líquido por vagina) consideran como peligro las relaciones
sexuales durante el embarazo, el VIH, la falta de información sobre los cuidados personales durante el
embarazo, las anormalidades fetales, el embarazo gemelar, las edades muy mayores o menores.

• Se sobrevalora a los especialistas en la atención materna y perinatal, quedando de lado el rol del personal
que labora en el primer nivel, debido a que en los servicios básicos sobresalen las falencias más que en
las potencialidades.

• En cuanto a las cosas que les gustaría cambiar en los hospitales, se focalizan en el trato que da el
personal, en todas las instituciones y la eficiencia, recursos e insumos y el mejoramiento de la
infraestructura, en orden de prioridad en los servicios del MSP.

• Las decisiones del personal de salud, tanto para la gestión como para el manejo de los casos, no se
sustentan en información estadística sobre la morbilidad y la mortalidad maternas. Los datos están
centralizados en los jefes de servicios y no se difunden.

• En los servicios del MSP los sistemas de control no han servido para mejorar la atención debido a los
compromisos personales que se imponen.

• Entre los factores de riesgo identificados por el personal de salud, además de las tradicionales causas de
morbilidad que se presentan durante el embarazo y el parto, se visualiza a la atención por la partera,
escases de insumos, falta de sangre en unidades del MSP y la pobreza de las mujeres.

• En lo que se refiere a condiciones de los servicios de salud para dar respuesta adecuada a la demanda de

atención de mujeres que presentan algún tipo de riesgo o complicación, son notorias las inequidades en
cuanto a la calidad de la atención; por un lado se enfatiza en las debilidades organizativas, carencia de
recursos, falta de compromiso y poco interés por el cambio en las unidades del MSP; y por otro lado, la
creciente demanda debido a la suficiencia de recursos, equipos e insumos en las instituciones de la JBG,
aunque con problemas también en las relaciones humanas, entre el personal y con las usuarias. El IESS
se encuentra en una situación intermedia, por sus fortalezas y debilidades, aunque su personal ha
expresado un sentimiento de esperanza hacia el mejoramiento luego de que concluya el proceso de
remodelación.

- El control institucionalizado de las acciones y actitudes del personal se muestra como un recurso válido
para lograr calidad en la atención y buen trato.
- La coordinación de las unidades de salud con otros sectores sociales no es propositiva sino únicamente
utilitaria, para conseguir apoyos puntuales ya sea en recursos o gestiones para la atención de ese
momento.
- Aunque se identifiquen los riesgos, la familia y la comunidad no siempre actúan para que la mujer sea
atendida por profesionales.
- Las debilidades que caracteriza a los servicios del MSP, tales como: la escases de personal, recursos e
insumos, desorganización, falta de coordinación interinstitucional y sobre todo el no uso de criterios
basados en evidencias científicas para la toma de decisiones, constituyen factores fundamentales en el
origen de la tercera demora que a su vez es causa de la no resolución adecuada de la emergencia
obstétrica.

Recomendaciones

Al Estado ecuatoriano, en calidad de garante del derecho a la salud, su promoción, protección, la posibilidad de
acceso permanente e ininterrumpido y el avance científico y tecnológico, le corresponde, a través de los
organismos centrales y locales del MSP, otorgar los recursos humanos, materiales y económicos necesarios,
realizar auditorías de gestión con asesoría a las autoridades y sus servidores, para garantizar la legalidad,
transparencia y eficiencia de los resultados institucionales.

A las mujeres usuarias de los servicios, junto con sus familiares y líderes comunitarios, junto con el personal de
los servicios, les corresponde organizarse para ejercitar y reclamar su derecho a la salud, como parte de los
derechos humanos.

Con relación al maltrato y la violencia las tasas de incidencia son claramente ascendentes, desde una tasa de
34,27 en 1995 hasta 53,58 por 100 000 habitantes en el 2005; es urgente una capacitación selectiva del
personal de salud para abordar el tratamiento de víctima y victimario.

El Plan de Reducción de la Muerte Materna pone en evidencia que la tasa de mortalidad materna en el país es
muy alta si se compara con otros países de la región. Entre las principales causas se señalan: eclampsia
(30.2%), hipertensión inducida por el embarazo (10.1%), hemorragia (8.5%), desprendimiento prematuro de la
placenta (7.8%) y otros traumas obstétricos (5.4%). Según los registros hospitalarios, el aborto también figura
entre las causas de muerte en los servicios de salud

El país se caracteriza por tener una población multiétnica y pluricultural con grandes diferencias y limitaciones
de carácter cultural, social y económico, por lo que es urgente ofrecer respuestas integrales y específicas en

concordancia con la cosmovisión de los diferentes pueblos y las necesidades locales.
El plan del MSP pretende satisfacer las necesidades de equidad por género, equidad generacional, por etnia y
equidad geográfica promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y
reproductivos.

En el "Plan de Acción de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos 2006-2008" se plantea como objetivo:
Garantizar la aplicación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos como
componente de los Derechos Humanos y de la salud integral; que permita el desarrollo pleno de los hombres y
mujeres del Ecuador y el mejoramiento de su calidad de vida, incluyendo la capacidad de disfrutar una vida
sexual satisfactoria y sin riesgos, la de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué
frecuencia, respetando la diversidad étnica y cultural.
Y, como fundamentos estratégicos y líneas de acción,
los siguientes:
1) Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos,
2) Intersectorialidad,
3) Promoción de la equidad de género e interculturalidad,
4) Construcción de ciudadanía y participación social,
5) Disminución de la Mortalidad Materna, y
, 6) Reforma del Sector Salud para el acceso universal

Segura se definieron acciones simultáneas en tres
frentes con el fin de garantizar su ejecución:

a. Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo.
b. Reducir el número de complicaciones obstétricas.
c. Reducir la tasa de mortalidad en las mujeres que presenten complicaciones obstétricas.

Como respuesta a estos objetivos se definieron algunas estrategias de intervención entre las que se destacan:

el aumento de la disponibilidad y el acceso a la información sobre los servicios de planificación familiar; el

acceso a servicios de atención prenatal de calidad, el parto limpio y seguro, y, el acceso a Cuidados

Obstétricos de Emergencia (COE) para embarazos de alto riesgo y con complicaciones.

En la actualidad, respecto a la prevención de la mortalidad materna, se ha visto la necesidad de reorientar

programas en intervenciones prioritarias y movilizar suficientes recursos para su implementación. Hasta el

momento la mayoría de los recursos han sido dirigidos más al cuidado prenatal, a la atención del parto y

posparto inmediato que al manejo de las complicaciones.

Todavía la mayor parte de complicaciones y muertes se presentan durante e inmediatamente después del

parto por complicaciones repentinas e inesperadas. Los estudios muestran que la mayor parte de las

complicaciones obstétricas no pueden prevenirse o evitarse; sin embargo, pueden ser tratadas, siempre y

cuando se tenga acceso a Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE). La atención oportuna de las unidades

que brindan COE puede salvar muchas vidas.

En los últimos años la experiencia ha mostrado que la prevención de la mortalidad materna debe orientarse a

la implementación de atención de los COE para el manejo de las complicaciones obstétricas en las unidades

de salud.

Este enfoque se sustenta en las siguientes premisas:

a. Una proporción de mujeres embarazadas desarrollará complicaciones obstétricas.
b. La mayor parte de estas complicaciones no pueden ser prevenidas o evitadas.
c. Por lo tanto, las mujeres que sufren complicaciones necesitarán de Cuidados Obstétricos de Emergencia rápidos para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA

- Organización Panamericana de la Salud (2007) Salud en las Américas 2007. Publicación Científica y Técnica
  No. 622 OPS: WDC
- Organización Panamericana de la Salud (2007) Datos Básicos de Salud en las Américas 2007. OPS: WDC
- Organización Panamericana de la Salud (2006) Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. OPS: WDC