



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
ESCUELA DE MEDICINA  
DIPLOMADO EN DESARROLLO LOCAL Y SALUD**

---

**FACTORES QUE INCIDEN EN LAS EMBARAZADAS A NO  
ACUDIR AL SERVICIO MÉDICO DEL HOSPITAL  
ASDRÚBAL DE LA TORRE, PERÍODO AGOSTO 2010**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL DIPLOMADO EN DESARROLLO LOCAL Y SALUD.**

**AUTOR:  
OBSTA. ABATA QUISPE OSCAR MAURICIO**

**TUTOR:  
MG. JULIO MORILLO CANO**

**IBARRA – SEPTIEMBRE 2010.**

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
INTRODUCCIÓN.....	III
RESUMEN.....	IV
SUMARY.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VIII

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1-4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	5
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.6 HIPÓTESIS.....	6
1.7 JUSTIFICACIÓN.....	7-8

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1 MUJER Y EMBARAZO.....	9-13
2.2 DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PRENATAL.....	14
2.3 ENFOQUE DE RIESGO EN EL CONTROL PRENATAL.....	14-15
2.4 CARNET PRENATAL.....	15
2.5 FICHA DE CONTROL PRENATAL.....	15
2.6 ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL CONTROL PRENATAL.....	16
2.6.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.....	16
2.6.2 SIGNOS DE ALARMA.....	16-17
2.6.3 PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA.....	17

2.6.4 NÚCLEOS DE CONTENIDOS CON PROGRAMAS DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS EN SALUD PRENATAL.....	17-19
2.7 DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL.....	19-20
2.8 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL.....	20-21
2.9 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	21
2.10 FLUJO DE LA ATENCIÓN.....	22
2.11 CITAS DE SEGUIMIENTO.....	22-23
2.12 CLASIFICACIÓN DE MUJERES INASISTENTES.....	23
2.12.1 INASISTENTES AL CONTROL PRENATAL.....	24
2.12.2 INASISTENTES AL CONTROL PUERPERAL.....	24
2.12.3 INASISTENTES AL CONTROL POSTNATAL.....	24
2.13 SEGUIMIENTO DE LAS INASISTENTES.....	24-25
2.14 CAUSAS DE INASISTENCIA.....	26-27
2.15 FACTORES DETERMINANTES.....	27
2.15.1 ACTITUDES PERSONALES.....	27
2.15.2 CULTURALES.....	27
2.15.3 SOCIALES.....	28
2.15.3.1 EDAD.....	28
2.15.3.1.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA.....	28
2.15.3.1.2 ADOLESCENCIA MEDIA.....	28
2.15.3.1.3 ADOLESCENCIA FINAL.....	29
2.15.3.1.4 JOVEN.....	29
2.15.3.1.5 ADULTA.....	29
2.15.4 INSTRUCCIÓN.....	29
2.15.5 OCUPACIÓN.....	29
2.15.6 ESTADO CIVIL.....	29
2.15.7 GEOGRÁFICOS.....	30
2.15.7.1 PROCEDENCIA.....	30
2.15.8 ECONÓMICOS.....	30
2.15.8.1 CLASE SOCIAL.....	30
2.15.9 SERVICIOS DE SALUD.....	30
2.16 ATENCIÓN CON CALIDAD Y CALIDEZ.....	30-31
2.17 PROGRAMA MATERNO INFANTIL.....	31

2.18 ETAPA PRE - CONCEPCIONAL.....	31-33
2.19 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR.....	33
2.19.1 DERECHOS SEXUALES.....	33
2.19.2 DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	33
2.20 LA ASAMBLEA GENERAL DE DERECHOS HUMANOS.....	34
2.21 ASPECTOS POLÍTICOS.....	34
2.22 LEY DE MATERNIDAD GRATUITA.....	34-36
2.23 ÁREAS DE ACCIÓN PRIORITARIAS.....	36
2.23.1 AMPLIAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	36
2.23.2 FORTALECER LAS POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA.....	36
2.23.3 AMPLIAR EL ACCESO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	37
2.23.4 AMPLIAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRENATAL.....	37
2.23.5 FORTALECER LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	37
2.24 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	38
2.24.1 VARIABLE DEPENDIENTE.....	38
2.24.2 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	38

### **CAPÍTULO III**

METODOLOGÍA.....	39
3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	40
3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	40
3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	40
3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	40
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	41-43
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.7 TABULACIÓN DE DATOS.....	44

### **CAPÍTULO IV**

MARCO ADMINISTRATIVO.....	45
4.1. RECURSOS HUMANOS.....	45
4.2 RECURSO FINANCIEROS.....	45
4.3 MATERIALES DE ESCRITORIO.....	45
4.4 RECURSOS TECNOLÓGICOS.....	45
4.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	46

## **CAPÍTULO V**

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	47-67
--	-------

## **CAPÍTULO VI**

6.1 CONCLUSIONES.....	68-75
6.2 RECOMENDACIONES.....	76-77

## **CAPÍTULO VII**

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	78-81
ANEXOS.....	
ANEXO 1. FORMULARIO O ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	
ANEXO 2. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PRENATAL .....	
ANEXO 3 FOTOGRAFÍAS.....	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA No 1</b> MUJERES QUE ACUDIERON A LA ATENCIÓN MÉDICA DEL SERVICIO DEL HADLT, PERÍODO AGOSTO 2010.....	47
<b>TABLA No 2</b> PARIDAD.....	48
<b>TABLA No 3</b> EDAD.....	49
<b>TABLA No 4</b> ESTADO CIVIL.....	50
<b>TABLA No 5</b> INSTRUCCIÓN.....	51
<b>TABLA No 6</b> OCUPACIÓN.....	52
<b>TABLA No 7</b> CLASE SOCIAL.....	53
<b>TABLA No 8</b> ETNIA.....	54
<b>TABLA No 9</b> RELIGIÓN.....	55
<b>TABLA No 10</b> USUARIAS QUE ACUDEN CON LA PARTERA.....	56
<b>TABLA No 11</b> RAZONES POR LAS QUE ACUDIERON CON LA PARTERA.....	57
<b>TABLA No 12</b> RAZONES PERSONALES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	58
<b>TABLA No 13</b> PROCEDENCIA.....	59
<b>TABLA No 14</b> RAZONES POR LAS CUALES ES DIFÍCIL TRASLADARSE A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	60

<b>TABLA No 15</b>	
TIEMPO DE TRASLADO DEL HOGAR DE LA USUARIA A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	61
<b>TABLA No 16</b>	
INGRESO MENSUAL QUE PERCIBE LA USUARIA, CUBRE LAS NECESIDADES DE SU FAMILIA.....	62
<b>TABLA No 17</b>	
CANTIDAD DE DINERO GASTADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.....	63
<b>TABLA No 18</b>	
GASTOS DE LAS USUARIAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.....	64
<b>TABLA No 19</b>	
ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE SALUD QUE INCIDEN EN LA EMBARAZADA A NO ACUDIR A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	65
<b>TABLA No 20</b>	
TRATO RECIBIDO POR EL SERVICIO DE SALUD EN GENERAL.....	66
<b>TABLA No 21</b>	
RAZONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA ES DE MALA CALIDAD.....	67

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO No 1</b> MUJERES QUE ACUDIERON A LA ATENCIÓN MÉDICA DEL SERVICIO DEL HADLT, PERÍODO AGOSTO 2010.....	47
<b>GRÁFICO No 2</b> PARIDAD.....	48
<b>GRÁFICO No 3</b> EDAD.....	49
<b>GRÁFICO No 4</b> ESTADO CIVIL.....	50
<b>GRÁFICO No 5</b> INSTRUCCIÓN.....	51
<b>GRÁFICO No 6</b> OCUPACIÓN.....	52
<b>GRÁFICO No 7</b> CLASE SOCIAL.....	53
<b>GRÁFICO No 8</b> ETNIA.....	54
<b>GRÁFICO No 9</b> RELIGIÓN.....	55
<b>GRÁFICO No 10</b> USUARIAS QUE ACUDEN CON LA PARTERA.....	56
<b>GRÁFICO No 11</b> RAZONES POR LAS QUE ACUDIERON CON LA PARTERA.....	57
<b>GRÁFICO No 12</b> RAZONES PERSONALES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	58
<b>GRÁFICO No 13</b> PROCEDENCIA.....	59
<b>GRÁFICO No 14</b> RAZONES POR LAS CUALES ES DIFÍCIL TRASLADARSE A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	60



<b>GRÁFICO No 15</b>	
TIEMPO DE TRASLADO DEL HOGAR DE LA USUARIA A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	61
<b>GRÁFICO No 16</b>	
INGRESO MENSUAL QUE PERCIBE LA USUARIA, CUBRE LAS NECESIDADES DE SU FAMILIA.....	62
<b>GRÁFICO No 17</b>	
CANTIDAD DE DINERO GASTADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.....	63
<b>GRÁFICO No 18</b>	
GASTOS DE LAS USUARIAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.....	64
<b>GRÁFICO No 19</b>	
ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE SALUD QUE INCIDEN EN LA EMBARAZADA A NO ACUDIR A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	65
<b>GRÁFICO No 20</b>	
TRATO RECIBIDO POR EL SERVICIO DE SALUD EN GENERAL.....	66
<b>GRÁFICO No 21</b>	
RAZONES DE LA ATENCIÓN MÉDICA ES DE MALA CALIDAD.....	67

## **DEDICATORIA**

*A DIOS, quien dirigió mi camino, el que me dio la fortaleza, las bendiciones, el don de servir y el privilegio de culminar mi investigación.*

*A MIS PADRES; quienes desde niño me formaron, me enseñaron la importancia de ayudar siempre a los demás siendo mi ejemplo, fortaleza para impulsarme y apoyarme sin condición alguna en todo momento de mi vida.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Doy gracias a Dios sobre todas las cosas, por la sabiduría necesaria durante todos los años de estudio.*

*Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional y comprensión que día a día me brindaron durante toda mi vida.*

*A todos los maestros, quienes constituyen uno de los pilares fundamentales en mi formación ya que estuvieron siempre dispuestos a enseñarme. Y de manera especial a mi tutor el Dr. Julio Morillo Cano.*

## INTRODUCCIÓN

Se entiende por Control o Atención Prenatal, a la serie de consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del Equipo de Salud, a fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

La atención prenatal de alta calidad incluye la selección de portadores de ITS y tratamiento de las mismas, anemia, detección y tratamiento de la hipertensión. También debiera proporcionarse a las mujeres información sobre una dieta apropiada y otras prácticas de salud sanas y sobre donde acudir en busca de atención para las complicaciones del embarazo. El conjunto de servicios de atención prenatal recomendado por la Organización Mundial de la Salud puede llevarse a cabo en cuatro visitas prenatales durante el embarazo.

La salud materna hoy en el mundo a pesar de la reducción a nivel mundial, cada minuto muere una mujer en los países más empobrecidos del mundo como consecuencia de complicaciones surgidas durante el embarazo o el parto (medio millón de mujeres al año).

Junto a ellas existen diez millones más que sufren lesiones, infecciones y otras complicaciones relacionadas con el embarazo.

Prevenir la muerte materna, embarazos muy frecuentes y los daños asociados a este proceso empieza por la detección de todas las mujeres en este estado.

El embarazo implica riesgos muy precisos para una mujer y por tal razón son priorizadas. Esto significa darles un seguimiento muy especial para lograr no solo el bienestar y sobrevivencia de la mujer sino también la del producto. <sup>(1)</sup>

La atención prenatal periódica, continua y completa a embarazadas es una de las actividades que ha sido priorizada desde hace dos décadas aproximadamente por el Ministerio de Salud, pues está demostrado que su aplicación incide en la disminución de las complicaciones del embarazo y de la mortalidad materna y perinatal.

Se han implementado algunas estrategias para el seguimiento de aquellas embarazadas que no asisten a las citas de seguimiento, como la búsqueda activa en trabajo de terreno a través de la visita domiciliar y además coordinación con las brigadas de salud, acciones que se realizan con la participación del personal de salud, los cuales van a los hogares de las embarazadas que no acudieron y les reprograman su cita, sin embargo los resultados no han sido los óptimos y el problema aún persiste. (2)

La presente investigación se realizó en el Hospital Asdrúbal de la Torre, perteneciente al Área No3, fue un estudio cuantitativo - cualitativo donde se investigo acerca de las causas de no cumplimiento a las citas de seguimiento en atención prenatal, desde la perspectiva de las embarazadas en el período Agosto 2010.

Los resultados señalan que desde la perspectiva de las embarazadas las causas de inasistencia se relacionan más a los servicios de salud como, la organización de los servicios, dado por largos tiempos de espera y falta de coordinación entre los diferentes servicios que se ofertan, la relación personal con el médico que les atiende y el trato que reciben en todo el proceso de atención. El personal de salud valora más los aspectos relacionados a actitudes personales y situación económica de las embarazadas, así como también el prolongado tiempo de espera.

El Ecuador ha suscrito y ratificado tratados internacionales fundamentales en el ámbito de derechos humanos en general, de derechos humanos de las mujeres y de los niños, niñas y adolescentes, entre los que están: el derecho a la vida; a la libertad y a la seguridad e integridad física; a la autonomía; el derecho a la igualdad y no discriminación; el derecho a la salud, a la salud sexual y la salud reproductiva y el derecho a la intimidad. Algunos de estos derechos están consagrados en los tres instrumentos internacionales de derechos humanos más importantes: la Declaración Universal de Derechos Humanos (Declaración Universal), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de

Derechos Civiles y Políticos) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de Derechos Económicos y Sociales).

El primer capítulo de esta investigación describe, el Problema: planteamiento del problema, formulación del problema, delimitación del problema, objetivos: general, específico, justificación, hipótesis.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico referente a la investigación.

El tercer capítulo conformado por la metodología que se siguió para investigar como es la población y muestra; criterios de inclusión de exclusión, consideraciones éticas, técnicas e instrumentos de recolección de datos; operacionalización de las variables; tabulación de datos.

En el cuarto capítulo, denominado marco administrativo, señalamos los recursos humanos, financieros y materiales indispensables para el desarrollo de la investigación como también el cronograma a seguir.

El capítulo cinco, se señala el análisis e interpretación de resultados; para llegar a las conclusiones y recomendaciones.

Para el capítulo sexto se ha creído plantear una programación de actividades educativas en relación con la salud prenatal a mujeres del Cantón Cotacachi, teniendo como referencia los resultados obtenidos de la investigación.

Con el presente estudio, se pretende conocer los factores que inciden en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención médica del Hospital Asdrúbal de la Torre, período 2010.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**DIPLOMADO EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**FACTORES QUE INCIDEN EN MUJERES EMBARAZADAS A NO ACUDIR A LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE, AGOSTO DEL 2010.**

**AUTOR:** Obstetra Oscar Abata  
**TUTOR:** Dr. Julio Morillo  
**COTACACHI-ECUADOR 2010.**

**RESUMEN**

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Asdrúbal de la Torre en el cantón de Cotacachi para conocer los factores que inciden en mujeres embarazadas a no acudir a la atención médica, en referencia a usuarias que acudieron al servicio de admisión o estadística a la toma de un turno para el servicio de consulta externa para el área de gineco-obstetricia durante el período Agosto del 2010.

El objetivo es determinar los factores que inciden en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención médica; conocer las causas que dificultan el acceso a la unidad de salud, distinguir sus barreras y proponer un plan de educación prenatal a mujeres según los factores y barreras identificados. Del estudio realizado y la propuesta planteada serán beneficiarios esta unidad de salud y las mujeres de esta comunidad principalmente las que se encuentran en período de gestación.

Este estudio es de tipo retrospectivo, descriptivo, explicativo, documental, aplicable, de los factores que inciden al acceso a la atención médica de mujeres embarazadas que acudieron a admisión a tomar un turno para su Control Prenatal en el Hospital Asdrúbal de la Torre, período Agosto 2010 con la aplicación de una Encuesta, estructurada con preguntas cerradas, con el apoyo de las autoridades del establecimiento. Del total de 320 mujeres que representan el 100% que acudieron al servicio de admisión para la toma de un turno para la atención en el área de gineco-obstetricia el 45% (143 pacientes) corresponde a mujeres que acudieron para su respectivo control prenatal, mientras que 98 usuarias acudieron para Planificación Familiar que concierne al 30%, 79 usuarias acudieron por patologías ginecológicas que corresponde al 25%, durante el período Agosto del año 2010.

Los resultados de la investigación reportan con mayor frecuencia el (46%) de usuarias laboran en diferentes áreas, el (41%) de mujeres embarazadas son de clase social baja, el (51%) fueron de etnia mestiza, el (47%) de las usuarias no accedían a la atención médica por Vergüenza, el (74%) de las usuarias consideran que es difícil llegar al servicio de salud por su localización geográfica, el (64%) gastó dinero para realizarse algunos exámenes complementarios y medicación, el (57%) refirió que le trataron "mal" por parte del Servicio de salud en general, el (41%) refirió dificultad en obtener un turno. Por lo tanto para asegurar que una cantidad adecuada de atención médica sea accesible a las embarazadas se requiere un entendimiento de aspectos individuales, económicos, sociales y culturales de la comunidad, más aún en cantones como Cotacachi en donde el (30%) de la población habla quichua.

**Palabras Claves** gestantes, atención médica, planificación familiar, morbi-mortalidad.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
DIPLOMADO EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**FACTORES QUE INCIDEN EN MUJERES EMBARAZADAS A NO ACUDIR A LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE, AGOSTO DEL 2010.**

**AUTOR:** Obstetra Oscar Abata  
**TUTOR:** Dr. Julio Morillo  
**COTACACHI-ECUADOR 2010.**

**SUMMARY**

The present investigation was carried out in the Hospital Asdrúbal of the Torre in the canton of Cotacachi to know the factors that impact in pregnant women to not going to the medical care, in reference to users that went to the admission service or statistic to the taking of a shift for the service of external consultation for the gineco-obstetrics area during the period August of the 2010.

The objective is to determine the factors that impact in the pregnant women to not going to the attention it prescribes; to know the causes that hinder the access to the unit of health, to distinguish their barriers and to propose an education plan in Sexual and Reproductive Health to men and women according to the factors and identified barriers. Of the carried out study and the outlined proposal they will be beneficiaries the HADL and the women in reproductive age mainly those that are in period of gestation.

This study is of retrospective, descriptive, explanatory, documental, applicable type, of the factors that impact to the access to the attention it prescribes of pregnant women that went to admission to take a shift for its Prenatal Control in the Hospital Asdrúbal of the Torre, period August 2010 with the application of a Survey, he/she Interviews Structured with closed questions, with the support of the authorities of the establishment. Of the total of 320 women that you/they represent 100% that you/they went to the admission service for the taking of a shift for the attention in the area of gineco-obstetrics of the HADL 45% (143 patients) they correspond women that went for their respective prenatal control, while 98 users went for Family Planning that concerns to 30%, 79 users they went for gynecological pathologies that it corresponds to 25%, during the period August of the year 2010.

The results of the investigation report with more frequency the (46%) of users they work in different areas, the (41%) of pregnant women they are of low social class, the (51%) they were of mestizo ethnos, the (47%) of the users they didn't consent to the attention it prescribes for Shame, the (74%) of the users they consider that it is difficult to arrive to the service of health for their geographical localization, the (64%) I spend money to be carried out some complementary exams and medication, the (57%) he/she referred that they treated him "bad" on the part of the Service of health in general, the (41%) he/she referred difficulty in obtaining a shift. Therefore to assure that an appropriate quantity of medical care is accessible to the pregnant ones an understanding of individual, economic, social and cultural aspects of the community is required, stiller in cantons like Cotacachi where the (30%) of the population he/she speaks quichua.

**Words Key** gestantes, attention prescribes, family planning, morbi-mortality.



**ANEXOS**

## ANEXO 1.

### FORMULARIO DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

#### UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

FACTORES QUE INCIDEN EN LAS EMBARAZADAS PARA NO ACUDIR AL SERVICIO MÉDICO DEL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE, PERÍODO AGOSTO 2010.

#### OBJETIVOS:

Determinar los factores que inciden en las embarazadas para no acudir al servicio médico del Hospital Asdrúbal de la Torre, período agosto 2010.

#### DATOS INFORMATIVOS:

1. **LUGAR;** Hospital Asdrúbal de la Torre
2. **INVESTIGADOR;** Obsta. Oscar Abata

#### INSTRUCCIONES:

MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA QUE LA PACIENTE CREA CORRECTA.

#### ENCUESTA DE OPINIÓN A USUARIAS DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE.

##### A.) Razón por la que acude al Ginecólogo - Obstetriz;

- a.) Control del Embarazo , b.) Planificación Familiar , c.) Patología G.

- B.) Paridad de la usuaria;** a.) Primigesta  b.) Multigesta

##### 1. FACTORES SOCIALES:

##### A.) Edad de la usuaria;.....

- B.) Procedencia de la usuaria;** a.) Urbano  Rural

##### C.) Estado civil de la usuaria;

- a.) Casada. , b.) Soltera. , c.) Unión libre. , d.) Separada–Divorciada

##### D.) Nivel de instrucción de la usuaria;

- a.) Primaria.  b.) Secundaria.  c.) Superior.  d.) Ninguno.

##### E.) Ocupación que tiene la usuaria actualmente;

- a.) Comerciante.  b.) Agricultora.  c.) Estudiante.  d.) Otros.   
e.) Quehaceres domésticos

**F.) Clase social de consideración de la usuaria;**

- a.) Alta       b.) Media       c.) Baja

**G.) Que etnia se considera la usuaria;**

- a.) Indígena    b.) Mestiza    c.) Afro ecuatoriana    d.) Blanca

**H.) A que Religión pertenece la usuaria;**

- a.) Católica    b.) Evangélica    c.) Otro

**2. FACTORES CULTURALES**

**A.) Acude la usuaria con la partera para su control del embarazo;**

- a.) Si       b.) No

**B.) ¿Porque razón acude la usuaria con la partera?**

- a.) Tradición familiar    b.) Confianza    c.) Privacidad

**HÁBITOS – NORMAS**

**A.) Razones personales por lo que no acudió a la atención médica;**

- a.) Vergüenza.       d.) Falta de apoyo de la familia   
b.) Actitud machista de su pareja   
c.) Percepción de no gravedad.

**3. FACTORES GEOGRÁFICOS;**

**A.) ¿Cuanto tarda la usuaria en llegar de su hogar a la atención médica?**

- a.) 0 – 1 hora    b.) 1 – 3 horas    c.) 3 – 5 horas    d.) No sabe

**B.) Razones por las cuales es difícil trasladarse para la atención médica;**

- a.) Localización lejana del hogar al servicio médico.   
b.) Falta de transporte.   
c.) Otro.

**4. FACTORES ECONÓMICOS.**

**A.) ¿Considera la usuaria que el ingreso mensual que percibe cubre las necesidades de su familia?      a.) SI       b.) NO**

**B.) ¿Cuanto de dinero gasta la usuaria para la atención médica?**

- a.) 1 – 5 dólares.  b.) 6 – 10 dólares.  c.) Más de 10 dólares.  d.) Gratis

**C.) Los gastos para la atención médica correspondieron;**

- a.) Gasto de Transporte.   
b.) Gasto de alimentación al permanecer en el servicio médico.   
c.) Gasto de exámenes médicos.   
d.) Gasto de medicinas.

**5. ANTECEDENTES REFERENTE AL PERSONAL MÉDICO Y AL SERVICIO DE SALUD.**

**A.) ¿Trato que recibió por parte del personal médico que le atendió en su último Control Prenatal fue?**

- a.) Buena.  b.) Mala

**B.) ¿Trato que recibió por parte del servicio de salud en su última visita del control prenatal fue?**

- a.) Buena.  b.) Mala.

**C.) Razones por las cuales considera que la calidad del servicio de salud es mala;**

- a.) Dificultad en obtener turno.   
b.) Tiempo de espera para la atención médica   
c.) Falta - Ausencia de personal médico.   
d.) Otros.

OBSERVACIONES:.....  
.....

Programación de actividades educativas  
en relación con la salud prenatal

## ANEXO 2.

### UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA DIPLOMADO EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

#### TEMA: CONTROL PRENATAL

**OBJETIVO GENERAL:** Informar a la pareja sobre la importancia y responsabilidad de asistir a los controles prenatales de manera que disminuyan la morbi-mortalidad materno-infantil.

RESPONSABLES	HORA (min.)	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	RECURSOS	EVALUACIÓN
Obstetriz	5	Inauguración del taller	Presentación del taller	Exposición Dinámica	Infocus Computadora	
Obstetriz	15	Dar a conocer la importancia del Control Prenatal.	Concepto, características del Control Prenatal	Exposición	Infocus Computadora Proyección de diapositivas	Oral participativa
Obstetriz	20	Informar sobre los principales alimentos y la cantidad adecuada que debe consumir la mujer en el período de gestación.	Pirámide de los alimentos, ejemplos de cada uno	Dinámica Exposición	Maquetas Papelotes	Oral Participativa
Obstetriz	25	Orientar a la pareja sobre la higiene y conservación de los alimentos que se deben consumir en el embarazo.	Higiene y conservación de los alimentos	Exposición Socio drama	Maquetas Papelotes Humanos	Oral Participativa
Obstetriz	20	Exponer a la pareja la importancia de la higiene personal para la prevención de enfermedades.	Explicar sobre la Higiene personal y el medio en el que habita	Trabajo de grupo Exposiciones Proyección de diapositivas	Papelotes Marcadores Infocus Computadora	Oral
Obstetriz	25	Conocer e identificar de forma inmediata los signos de alarma que se presentan a lo largo de la gestación.	Explicar cuáles son y la forma en cómo se presentan	Pancartas Dinámicas Socio drama	Papelotes Marcadores	Práctica Oral

**ANEXO 3.  
FOTORRELATORIA.**

**MEDICINA TRADICIONAL DEL CANTÓN COTACACHI.**



**Hospital Asdrúbal de la Torre, aplicando la Atención Primaria en Salud a través de Estrategias como Feria de la Salud en Medicina General, Salud Sexual y Reproductiva, Control Prenatal, Medicina Tradicional, mejorando la atención en calidad y calidez para la población de esta comunidad.**

**FERIA DE LA SALUD DEL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE.**



**Profesionales de la Salud del servicio de Obstetricia, colaborando en la Feria de la Salud del Hospital Asdrúbal de la Torre del Cantón Cotacachi, en Salud Sexual y Reproductiva, Control Prenatal, en beneficio para la comunidad.**



## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las consecuencias de la mortalidad y morbilidad maternas no afectan sólo a la mujer sino también a su familia y comunidad. Los niños que quedan huérfanos de madre corren mayor riesgo de morir o de tener otros problemas, tal como la desnutrición. La pérdida de las mujeres durante sus años más productivos significa también una pérdida de recursos para la sociedad entera.

De acuerdo con la **OMS**, del medio millón de muertes anuales, más de la mitad (308.000) de las muertes maternas ocurren en Asia, 150.000 en África y 34.000 en América Latina. Cabe recalcar que existe una desigualdad enorme entre países en vías de desarrollo y países desarrollados, que la mortalidad materna en los primeros es igual al total mundial, o sea que las mujeres tienen mayor riesgo de morir por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; por ejemplo: el riesgo de muerte durante el embarazo y parto en Bolivia es de 1 en 50, mientras en Canadá es de 1 en 130.000 mujeres.

Según la **OPS**, "la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio".

En 1996 se iniciaron acciones conjuntas con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), concretadas en un proyecto que determina acciones para la prestación de cuidados obstétricos esenciales. La Iniciativa de Maternidad Segura beneficia actualmente a Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú

y la República Dominicana, los 11 países de América Latina que tienen las más altas cifras de mortalidad materna.

La Organización considera que la actitud y compromiso de quienes toman las decisiones políticas que determinan la situación de salud de las personas, familias y comunidades son fundamentales para asegurar que toda mujer tenga acceso a servicios de calidad, a la atención por personal capacitado, a no sufrir discriminación por razones de género, edad, condición económica, raza o religión y para promover el marco legal que permita el ejercicio de los derechos reproductivos y la participación de toda la comunidad.

De acuerdo al **MSP** del Ecuador, 188 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos ocurridas anualmente en promedio durante la década de los 70, Ecuador bajó a 142 en los 80, a 75 en los 90 y a 55 entre 2001 y 2007, según cifras del INEC.

El índice latinoamericano promedio de 2007 fue de **130 mujeres muertas** por 100.000 nacimientos exitosos, y organismos internacionales y organizaciones feministas alertan que es el indicador con inercia más negativa para las mujeres de la región.

El principio de la ley es simple. “Toda mujer tiene derecho a la atención de **salud gratuita y de calidad** durante el embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva”, dice el primer artículo de su codificación. Fuente: MSP.

Entre los problemas de accesibilidad de los usuarios/as al servicio médico destaca el **MSP** a la gratuidad, especialmente de cara a la realización de exámenes médicos y de medicación.

Esta situación debe ser tomada en cuenta por que afecta a la integralidad de la atención en salud dentro del sistema público.

Para cobertura de necesidades en atención en salud, las madres combinan servicios de atención en salud públicos y privados, lo cual depende de varios factores como la disponibilidad de recursos económicos, del estado de salud de ellas, sus hijos o familiares, la hora, distancia y nivel de especialidad de atención requerida.

Una primera consideración que marca la forma como las mujeres evalúa la atención que reciben centros y subcentros de salud, así como hospitales públicos, esta relacionada con la distancia, el horario de atención y el tiempo de espera previo a la atención en salud.

La falta del establecimiento o consolidación de un proceso de asignación de turnos o de citas previas, ha dado lugar a prácticas informales entre la población o con personal de las unidades de atención de salud con la finalidad de acceder a la atención.

Otro elemento destacado en la evaluación según el MSP, de los servicios de atención en salud esta relacionado con el trato y tipo de atención que reciben por parte del personal de las unidades.

Dentro del sistema de atención de salud, uno de los elementos claves es la relación entre el personal médico con los usuarios, ya que dependiendo del nivel de confianza y credibilidad, las personas dan o no continuidad a los tratamientos, consejos de prevención, entre otros elementos que les permiten cuidar su estado de salud.

Las principales referencias de atención materna se concentran en la atención del parto, en segundo lugar se concentra la atención de consulta durante el embarazo y en último lugar la atención de posparto, que en algunos casos parece ser inexistentes.

Se han encontrado referencias de prácticas de atención de salud alternativas, especialmente en zonas con población indígena, sobre todo de la atención del parto. El uso de servicios de parteras tiene antecedentes que responden al contexto social y cultural de diferentes localidades en nuestro país. La recepción por parte de las parteras esta relacionado con la confianza y conocimientos atribuida a esta práctica, pero también como alternativa a las limitaciones que perciben las mujeres en la atención en las unidades de atención pública o por el maltrato que recibe.

De acuerdo a la **Dirección Provincial de Salud de Imbabura** y Área de Salud No 3, Cantón Cotacachi conocemos que más de la mitad de la población (56.4%) que tuvo un problema o malestar de salud no demandó (buscó o no

recibió) atención médica por varias razones. El 23.9% no recibió atención médica por razones económicas, es decir no tienen acceso económico a <sup>1</sup>servicios de salud aún cuando los servicios del Ministerio de Salud son gratuitos. El gasto que implica la atención médica (pago por consulta, medicamentos, exámenes, etc.) en el país puede ser un factor que determina que la población no acceda a un servicio de salud.

En el Hospital Asdrúbal de la Torre, se determinó un total de 320 pacientes que acudieron a la atención médica del servicio de consulta externa del área de Gineco – Obstetricia, de las cuales acudieron un total de 143 usuarias para su Control Prenatal que equivale al 45%, 98 usuarias acudieron para Planificación Familiar que concierne al 30%, 79 usuarias acudieron por patologías ginecológicas que corresponde al 25%, durante el período Agosto del año 2010.

Las mujeres que acudieron a la atención médica al servicio de estadística o admisión para obtener un turno para la consulta de externa de G – O de esta unidad de salud se determinó que el (45%) acuden por su Control Prenatal es decir que las usuarias escogieron esta unidad de salud porque pueden tener acceso al servicio, sin embargo existen factores que inciden en las mujeres embarazadas no acudir a la atención médica, por lo que se ha decidido realizar esta investigación ya que la atención prenatal es una de las prioridades del Ministerio de Salud a través de la cual se propone contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La satisfacción del usuario depende de varios aspectos como: la percepción que puede tener el usuario acerca del trato que recibe, el tiempo de espera, etc. (1).

---

1/ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, Protocolo de investigación elaborado a solicitud de OPS – OMS en el Ecuador, 2006.

2/ Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN -2004. pág. 508

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores que inciden en las embarazadas para no acudir al servicio médico del Hospital Asdrúbal de la Torre, período agosto 2010?

## 1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

**Campo:** Gineco-obstetricia

**Espacio:** Hospital Asdrúbal de la Torre

**Área:** Sala del servicio de Estadística o Admisión.

**Aspecto:** factores que inciden en las embarazadas para no acudir al servicio médico.

**Delimitación:** temporal de agosto del 2010.

## 1.4 OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores que inciden en las embarazadas a no acudir al servicio médico del Hospital Asdrúbal de la Torre, período agosto 2010.

### **1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ◆ Determinar las causas de la embarazada para el no cumplimiento a citas médicas de atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas.
  
- ◆ Identificar las causas relacionadas con el Servicio Médico que inciden al no cumplimiento a citas médicas de atención prenatal desde la perspectiva de las embarazadas.
  
- ◆ Proponer una programación de actividades educativas en relación con la salud prenatal a mujeres del Cantón Cotacachi, teniendo como referencia los resultados obtenidos de la investigación.

### **1.6 HIPÓTESIS:**

Los factores sociales, económicos, culturales, geográficos, y los antecedentes del servicio de salud inciden en las embarazadas para no acudir al servicio médico del Hospital Asdrúbal de la Torre, desde la perspectiva de las embarazadas.

## 1.7 JUSTIFICACIÓN

La morbi-mortalidad materna y perinatal es uno de los principales problemas de salud pública a resolver. Sin embargo la reducción no se da únicamente en garantizar la atención, se debe garantizar la calidad de los servicios haciendo posible el fortalecimiento del sistema en los diferentes niveles, una atención más humana y de mejor calidad.

El Hospital Asdrúbal de la Torre, Cantón Cotacachi, a través de su red de servicios garantiza atención gratuita a la población priorizando a la mujer y al niño e implementa en la mayoría de sus unidades la metodología de gestión de la calidad y organiza actividades de seguimiento para inasistentes de los programas como el de visitas domiciliarias, sin embargo gran parte de esta población no asiste y esto se evidencia cuando se realizan análisis de mortalidad y se identifica que no acudieron adecuadamente o al menos después de un primer contacto abandonaron los servicios de salud. A pesar de muchos esfuerzos por mejorar esta realidad, el problema aún persiste.

La mortalidad materna en Ecuador, al igual que en todos los países en vías de desarrollo ocurre principalmente en las mujeres pobres o extremadamente pobres, de procedencia rural o urbano marginal, sin acceso económico, geográfico o cultural de los servicios de salud y con bajo nivel de instrucción. Las diferencias entre las tasas de mortalidad materna están relacionadas con la calidad, accesibilidad y grado de cobertura de los servicios prenatales y atención del parto y puerperio. (3).

Según los datos obtenidos en el Hospital Asdrúbal de la Torre del Área de Gineco-Obstetricia del servicio de Consulta Externa acudieron 320 pacientes, de las cuales se encontró un total de 143 usuarias que acudieron por su

<sup>2</sup>Control Prenatal que equivale al 45%, 98 usuarias acudieron para Planificación Familiar que concierne al 30%, 79 usuarias acudieron por patologías ginecológicas que corresponde al 25%, durante el período Agosto del año 2010.

Debido a las diversas razones que existen en las mujeres embarazadas en no acudir o cumplir a su Control Prenatal en el Hospital Asdrúbal de la Torre y la ausencia de estudios relacionados a los factores que inciden en la mujeres embarazadas a esta problemática, como sus barreras consideramos realizar esta investigación, la misma que nos permitirá conocer los factores determinantes y proponer una guía de capacitación, información y educación a las mujeres de esta unidad de salud.

Este estudio, indagara las posibles causas de no cumplimiento a las citas en atención prenatal desde las perspectivas de las embarazadas, con el propósito de fortalecer la calidad y calidez en la atención del Servicio de Salud, asegurando la detección precoz de los riesgos, extender la cobertura sin perdida de efectividad, y con posibles beneficios adicionales a partir de una atención culturalmente mas aceptable y efectivamente satisfactoria del seguimiento que se realiza para dar continuidad a la atención prenatal <sup>(14)</sup>.

Servirá también de apoyo para el personal de Salud que labora en el Hospital Asdrúbal de la Torre, para su intervención como profesional de la Obstetricia, me sentiré enriquecido científicamente y también como ser humano por aportar con esta investigación, para buscar soluciones y disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil.

---

3/Cabero, L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Pág.: 500.



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO:

#### 2.1 MUJER Y EMBARAZO

<sup>3</sup>La participación de la mujer es decisiva en el desarrollo social y económico. La salud y el bienestar de las mujeres son de suma importancia por ellas mismas, sus familias y la comunidad, además decisivos para las generaciones futuras.

(4)

El nacimiento de un niño o niña es un acontecimiento que se celebra con alegría por que significa la culminación exitosa del proceso de reproducción en términos de bienestar para la madre y el niño o niña. Sin embargo alrededor del 15% de mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. (4)

Las complicaciones que afectan a las mujeres durante el embarazo, afectan al feto también. Anualmente mueren alrededor de 8.1 millones de recién nacidos, la mitad de ellos durante el primer mes de vida y gran parte dentro de los primeros días. Muchas de estas muertes neonatales son consecuencia directa de la mala atención durante el embarazo y el parto. Las causas son similares alrededor del mundo: los recién nacidos mueren o quedan lesionados por asfixia al nacer, traumas o infecciones.

La mayoría de las complicaciones relacionadas con el embarazo pueden prevenirse o tratarse sin necesidad de recurrir a tecnologías o medicamentos

---

4/ Fuchf, S. Ginecología y Obstetricia. Pág.: 681

<sup>4</sup>caros o sofisticados. La experiencia demuestra que la mortalidad materna y neonatal puede reducirse cuando la comunidad está informada sobre los signos y síntomas de peligro cuando existe disponibilidad y acceso a los servicios, incluyendo un sistema de referencia a los niveles más altos para poder tratar las complicaciones. <sup>(5)</sup>

Toda mujer debe tener acceso al cuidado materno básico durante el embarazo y el parto. Estos cuidados comprenden la atención prenatal de calidad y un parto limpio y seguro entre otros.

La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo, del parto o del aborto, es fiel reflejo del grado de desarrollo de un país, expresa importantes inequidades derivadas de la condición de subordinación de las mujeres, así como las dificultades que enfrentan en las sociedades más tradicionales. Debe ser motivo de preocupación nacional el hecho de que la gran mayoría de las muertes que ocurren pudieron ser evitadas en el 95% de los casos, aun con las limitadas tecnologías disponibles. <sup>(5)</sup>

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica

---

5/ Fuchf, S. Ginecología y Obstetricia. Pág.: 689

y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. (5)

De acuerdo al Manual de Estándares de Calidad del MSP, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin riesgo, llevada a cabo en 1987, convocada por OPS/OMS, lanzó la iniciativa mundial por una Maternidad Segura, la Vigilancia de la mortalidad materna fue declarada una prioridad Nacional en los Planes de Salud en muchos países del mundo. Esta iniciativa fue basada en la preocupación de que cada año mueren 585,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y posparto, proceso que se describe como saludable y normal. Además ocurren casi 8 millones de muertes

<sup>5</sup>neonatales tempranas y de nacidos muertos, estos ocurren como consecuencia de los mismos factores que causan la muerte y la discapacidad en la madre. Entre los principales factores que condicionan la elevada morbilidad y mortalidad materna e infantil se encuentran: factores socioeconómicos, inadecuadas condiciones de higiene, alto riesgo reproductivo, alto riesgo obstétrico y los factores asociados a la deficiente calidad en la atención. (6)

En este sentido, en Ecuador el Ministerio de Salud es la institución estatal que tiene la responsabilidad, por mandato de la Ley General de Salud vigente y que ya está incluida dentro de la Política Nacional de Salud 2004-2015 desarrollar los componentes de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud y en el caso particular de las mujeres en estado de embarazo tiene que asegurar su atención prenatal.

Esta institución impulsa acciones tendientes a dar cumplimiento a los acuerdos internacionales que contribuyan a mejorar la salud de las mujeres, las familias y la niñez, en un marco de promoción del desarrollo humano mediante acciones concretas en el ámbito de la salud integral y especialmente en la salud reproductiva.

En la actualidad este Ministerio a través de la Política Nacional de Salud elaboró el Plan Nacional de Salud, el cual incorpora el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), entendido como la asistencia sanitaria esencial en el cual se define como métodos y tecnologías científicamente fundamentados y socialmente aceptadas, puesta al alcance de los individuos, familias y comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar con su espíritu de auto responsabilidad y

---

5/Idem.

6/ Kroeger, Axel. Atención Primaria de Salud, Principios y Métodos. Pág.; 39.

autodeterminación. Concretiza los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad, participación social y responsabilidad de los ciudadanos.

Esta nueva Reforma en el Ministerio de Salud, conlleva a una nueva reorganización en servicios, mejorando la calidad en la oferta de la atención, generando iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer necesidades priorizadas contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital.

Otro de los propósitos de este Modelo es responder a las expectativas de la población en relación al aspecto no médico de los servicios: atención de calidad, calidez, respeto a las personas y orientación al usuario.

El Hospital Asdrúbal de la Torre, perteneciente al Cantón Cotacachi, actualmente promueve este Modelo (MAIS) como el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en el individuo, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados en forma sinérgica, a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población ecuatoriana.

Describe además en sus acciones, una que se relaciona con el fomento del cuidado individual y colectivo de la salud, en esta se encuentra contenida la atención prenatal que tiene como población blanco a las embarazadas.

El Hospital Asdrúbal de la Torre, por medio de la red de servicios (Centros y Puestos de Salud) de todos sus municipios brinda atención prenatal, cuyo objetivo fundamental es tratar de garantizar un proceso de atención integral, completo y periódico que concluya con el nacimiento de un niño o niña sano y con una madre que no sufra complicaciones producto del mismo, según sea la causa prevenible.

Esta unidad de salud tiene un total de 28 trabajadores de los cuales 12 son médicos, 1 Obstetrix y 15 son recursos de enfermería. Del total de trabajadores en la sede se encuentran ubicados 5 médicos y de estos un médico (Ginecólogo) y una Obstetrix brindan atención prenatal.

**2.2 DEFINICIÓN CONTROL O ATENCIÓN PRENATAL,** la serie de consultas, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del Equipo de Salud, a fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Para el buen logro de este objetivo es necesario considerar la aplicación del enfoque de riesgo y de tecnologías apropiadas para la ejecución de los contenidos del control.

El control prenatal eficiente debe tener cuatro requisitos básicos:

**OPORTUNO:** En el 1º trimestre (Antes de las 16 semanas)

**DE AMPLIA COBERTURA:** Deberá abarcar a todas las embarazadas del área programa.

**PERIÓDICO:** La frecuencia variará según el riesgo de la embarazada.

**COMPLETO:** Los contenidos mínimos del control deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de salud.

### **2.3 ENFOQUE DE RIESGO EN EL CONTROL PRENATAL:**

El enfoque de riesgo se basa en el hecho de que no todas las embarazadas (y sus bebés), tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar o morir, sino que para algunas dicha probabilidad es mayor que para otras.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que van desde un mínimo para las embarazadas de bajo riesgo, hasta un máximo,

necesario para aquellas embarazadas con alta probabilidad (o alto riesgo) de sufrir un daño.

La identificación del alto y bajo riesgo requiere que el equipo de salud tenga un instrumento discriminador que debe ser sencillo de usar por el personal que normalmente presta la atención. Este además debe ser representativo de la realidad, basado en el estudio de los problemas de salud y de los factores de riesgo de la población en la que se lo aplicará.

#### **2.4 CARNET PERINATAL:**

Es un instrumento que constituye el nexo entre los distintos períodos de la atención y el mismo debe estar siempre en poder de la embarazada, quién lo utilizará para toda atención que reciba en su estado grávido puerperal. Cuando se marcan casilleros sombreados, esto indica mayor riesgo.

Deberá llevarlo al momento del parto a fin de proceder al llenado en la Historia Clínica Perinatal Base.

#### **2.5 FICHA DE CONTROL PERINATAL:**

Es una ficha que posee casi los mismos datos que el carnet, pero a diferencia de éste, queda en el Centro de Salud, en su defecto se puede usar la historia clínica.

Se utiliza para:

- a) Seguimiento, abandono y recaptación de la embarazada.
- b) Identificación de las embarazadas con riesgo mayor de concebir un niño con Bajo Peso al Nacer (menor de 2500 gr)
- c) Identificación de factores de riesgo psicosociales que no estuvieran contemplados en el Carnet Perinatal.

d) Evaluación del control del embarazo en tres aspectos: individual, poblacional y aspectos relacionados con la calidad de los controles (captación, Número de<sup>6</sup>controles, etc.)

## **2.6 ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN EN EL CONTROL PRENATAL.**

### **2.6.1 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

Considerando la actual situación perinatal de la provincia de Imbabura, se observa, con relación a los principales daños (mortalidad materna, fetal y neonatal, y bajo peso al nacer), que los factores de riesgo de mayor peso son: falta de control prenatal, controles insuficientes, edad menor de 20 años, ser primigesta (primer embarazo) y madre sola.

Teniendo en cuenta esto, la programación de actividades educativas en relación con la salud prenatal deberá incluir, además de actividades con embarazadas, acciones dirigidas a la población joven (aún no embarazadas) y al personal de instituciones que se relacione con adolescentes.

En la atención de la salud de la embarazada de bajo riesgo es de fundamental importancia la acción educativa que le permita cuidar responsablemente su salud (no fumar, no beber alcohol, alimentación adecuada y suficiente, evitar tareas pesadas, descanso adecuado) y enseñarle a detectar los signos de alarma ante los cuales debe consultar enseguida al médico. (7)

### **2.6.2 Signos de alarma:**

- ◆ Metrorragia (sangrado vaginal)
- ◆ Fiebre alta.
- ◆ Flujo mal oliente.
- ◆ Contracciones uterinas.

---

7/ Schwarz, R. Obstetricia. Pág.: 175.



- ◆ Ausencia de movimientos fetales.
- ◆ Disuria (ardor al orinar)
- ◆ Pérdida de líquido claro por genitales.

### **2.6.3 Promoción de la lactancia materna:**

Es de fundamental importancia promover la lactancia materna (idealmente exclusiva hasta los 6 meses de vida, luego complementada con alimentación nutritiva oportuna hasta los dos años como mínimo y después continuar el mayor tiempo posible) enseñando a la paciente a familiarizarse con sus pechos, la técnica correcta de colocación al pecho y las ventajas de la leche materna (ver práctico de Lactancia Materna).

Es conveniente sobre todo en adolescentes embarazadas conversar sobre la planificación familiar futura.

### **2.6.4 Núcleos de contenidos y temas que podrían integrar programas de actividades educativas en salud prenatal.**

- a) El embarazo como situación y proceso de significación individual, familiar y social:
  - El embarazo y las implicancias sociales: costumbres, creencias, valores.
  - Embarazo: deseado, aceptado, rechazado.
  - Influencia del embarazo en la familia y modificaciones que genera en su funcionamiento.
  - Aspectos legales, laborales, etc.
  - Rol paterno y de la familia en el proceso del embarazo, parto y crianza.
  
- b) La salud en el embarazo:
  - Los estilos de vida y la salud en el embarazo.
  - Proceso de gestación, modificaciones fisiológicas. Ansiedades y temores del embarazo.

- Cuidados maternos: Actividad y descanso; relaciones sexuales; alimentación; preparación para la lactancia; consumo de alcohol y drogas; vestimenta; apoyo familiar. Importancia del auto cuidado.
- Control prenatal: Importancia de la captación oportuna. Finalidad del control;

Actividades que comprende e importancia de cada una de ellas. El carnet perinatal, su utilidad. Horarios, modalidades y organización del Programa.

- Enfermedades que pueden afectar al hijo: Enfermedad de transmisión sexual, SIDA, desnutrición materna, etc.
- Enfermedades del embarazo: Hemorragias, gestosis, infección urinaria, amenaza de parto prematuro, etc.
- Síntomas y signos que requieran consulta inmediata: disuria, pérdida de sangre o líquido por genitales; hipertensión; edemas; contracciones; etc.

c) El Parto:

- Características y períodos de trabajo de parto.
- Preparación para el parto: Aprendizaje de conductas adecuadas (respiración, relajación, ejercicio físico, etc.) Conocimiento de la sala de partos. Signos de comienzo.
- Organización de la familia para el momento del parto.

d) El puerperio (postparto inmediato y hasta los 30 o 40 días):

- Control médico.
- Higiene y alimentación de la puérpera.
- Planificación familiar.

e) Lactancia Materna:

- Importancia de la alimentación a pecho.
- Preparación de los pechos para la lactancia.
- Beneficios para el recién nacido, la madre, la familia y la sociedad.
- Prevención y manejo de las complicaciones de la lactancia.
- Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF sobre la alimentación del recién nacido.

f) Cuidados del Recién Nacido:

- Interacción precoz, alimentación, higiene, cuidados del cordón, vestimenta, afecto, prevención de accidentes, etc.
- Controles de Salud.

g) Planificación familiar:

- ¿Qué es planificar una familia?
- Métodos anticonceptivos.
- Es importante considerar que en la comunicación presencial las actividades individuales y grupales se refuerzan y complementan mutuamente. Las primeras aportan indicaciones, consejos e información específica y oportuna para cada persona, las segundas dan lugar a la puesta en común de problemas y soluciones, hacen posible la reflexión y surge de allí el conocimiento y el sentimiento de compartir situaciones que ayudan a adoptar las conductas más apropiadas.

## **2.7 DETECCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL.**

Los cambios observados en los perfiles epidemiológicos de la población, también afectan al grupo de embarazadas, y producen una creciente

complejización y profundización de los problemas sociales que requieren de la intervención de otras disciplinas.

Los factores de riesgo psicosocial deben ser contemplados por el equipo de salud existente aún en aquellos establecimientos que no cuenten con personal específico, debiendo localmente determinar la estrategia para abordar estas situaciones.

Se detectarán básicamente, los siguientes factores de riesgo que obligan a prestar un “Alerta”

- Adolescente (menor de 18 años).
- Sin pareja y/o continencia familiar.
- Con antecedentes de otros hijos entregados en adopción.
- Embarazo fuertemente rechazado.
- Familia sin ingresos fijos.
- Violencia familiar.
- Adicciones.
- Analfabeta o analfabeta funcional con inicio tardío de controles prenatales.
- Antecedentes de psicosis puerperal y o depresión postparto.
- Pérdidas de embarazos o hijos anteriores con duelo no resuelto.
- Antecedentes de tratamiento psiquiátrico.
- Malformaciones detectadas en este embarazo.
- Otros que solos o asociados configuren una situación de riesgo (como por ejemplo: sin residencia fija, migración reciente, familia numerosa, con antecedentes de otros embarazos sin control, etc.)

## **2.8 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL**

La atención prenatal es importante porque al verla en forma regular su proveedor de atención médica tiene la oportunidad de descubrir los problemas

<sup>7</sup>en forma temprana para que puedan ser tratados lo antes posible. También es posible prevenir otros problemas. Muchos estudios demuestran que la atención prenatal temprana y regular es importante tanto para la salud de las madres como para la de sus bebés. <sup>(8)</sup>

Con la atención prenatal se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible. También se describe como la atención proporcionada a la mujer embarazada, con el objetivo de prevenir complicaciones y disminuir la incidencia de mortalidad materna y perinatal. Es uno de los servicios que sirve de indicador para medir el avance en la Reforma del Sector Salud. <sup>(9)</sup>

En Ecuador, según las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio, define a la misma como una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad. Entre los requisitos básicos que debe cumplir la atención prenatal se describen: precoz, periódico, completo, amplia cobertura y gratuito. <sup>(9)</sup>

En Ecuador, con la actualización de los protocolos y Normas de Atención del embarazo, parto y Puerperio, se incluye el término de atención prenatal tomando en consideración que la embarazada asiste a una atención integral y no solamente al control de su embarazo.

## **2.9 ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.**

La organización de los servicios se orienta a que toda persona que reciba una atención integral independientemente del motivo de consulta, el personal debe

---

8/ Varley, H, y Kriebs, J. Partería Profesional. Pág.: 693 - 698.

9/ Asamblea de la Salud de Los Pueblos, Declaración para la Salud de los Pueblos, 2000.

<sup>8</sup>realizar acciones integrales, asegurando que toda persona (mujer y niñez) reciba todos los servicios necesarios. Esto implica que todo trabajador de la salud que brinda la atención practique el proceso de integración de las diferentes normativas de los programas. <sup>(10)</sup>

## **2.10 FLUJO DE LA ATENCIÓN**

Para la atención prenatal se amerita de una serie de pasos, para que la usuaria reciba la prestación del servicio desde que ingresa a la unidad de salud solicitando atención hasta que egresa:

- 1) Admisión
- 2) Clasificación
- 3) Espera
- 4) Atención propiamente dicha. (Incluye referencia).
- 5) Exámenes de laboratorio.
- 6) Entrega de medicamentos.
- 7) Seguimiento.

Este flujo de atención deberá ir acompañado de un proceso de educación en salud. <sup>(10)</sup>

Para recibir una atención subsiguiente, se les da una cita a los servicios de atención o clínicas de atención prenatal a través de una agenda de citas.

## **2.11 CITAS DE SEGUIMIENTO**

La frecuencia de las citas varía y tendrá visitas más frecuentes a medida que se acerca al final de su embarazo, un embarazo promedio dura alrededor de 40 semanas y la programación típica incluye visitas a su proveedor de atención médica: alrededor de una vez por mes durante sus primeros seis meses de embarazo, luego cada dos semanas durante los dos meses siguientes y luego una vez por semana hasta el día del parto.

---

10/ UNFPA. El estado de la población mundial 2000, Capítulo 5.

<sup>9</sup>Si la embarazada tiene más de 35 años de edad o su parto es de alto riesgo porque tiene ciertos problemas de salud (como diabetes o hipertensión arterial), es probable que su proveedor de atención médica decida verla más frecuentemente. (11)

El servicio recibido por las usuarias de los servicios de atención prenatal en el primer nivel de atención en México, refiere que se puede relacionar con algunas características del proveedor y del servicio. La satisfacción de las usuarias de los servicios de atención prenatal está relacionada con el trato recibido durante la consulta y el tiempo que esperó para recibirla, pero no con la capacidad de resolución clínica del profesional, ni con su edad o género. El trato recibido durante la consulta por la paciente también se asoció con su nivel socioeconómico y se encontró que las usuarias más pobres reciben proporcionalmente, peor trato.

Los Servicios de Salud podrían realizar evaluaciones de la satisfacción de sus pacientes en relación con la consulta recibida, en especial en aquellos lugares en los que existe escasez de recursos y/o condiciones de desigualdad económica. En estos casos la prestación de los servicios puede profundizar las diferencias entre la población y afectar más a la población más pobre. (25)

En el Ministerio de Salud, se define que la atención prenatal debe ser completa, es decir, con un contenido mínimo de consultas que garanticen acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Además se describe como una de las tareas a realizar la importancia del cumplimiento de las próximas citas.

## **2.12 CLASIFICACIÓN DE MUJERES INASISTENTES.**

Según disposiciones del Programa de la Mujer del Ministerio de Salud, las mujeres inasistentes al Programa de Atención Integral se clasifican en:

---

11/ Ídem.

### **2.12.1 Inasistentes al control prenatal:**

- ◆ Mujeres que han acudido a la consulta prenatal pero dejaron de asistir.
- ◆ Mujeres que no han acudido al control prenatal pero que ya han sido captadas y reportadas por el agente comunitario.

### **2.12.2 Inasistentes al control puerperal:**

<sup>10</sup>Mujeres que han dejado de asistir o que no asistieron a la Unidad de Salud y se encuentran entre la fecha probable del parto y los 42 días después de esta o de la terminación del embarazo y no han recibido control puerperal.

### **2.12.3 Inasistentes al control postnatal:**

Mujeres que ya tienen más de 42 días después de la terminación del embarazo que dejaron de asistir o que no asistieron a la atención prenatal, parto o al puerperio y que no han recibido atención para la promoción de la planificación familiar o para la lactancia materna exclusiva. <sup>(12)</sup>

## **2.13 SEGUIMIENTO DE LAS INASISTENTES**

Existe diversidad de problemas por los cuales las personas no acuden a las unidades de salud oportunamente, en algunos casos no pueden siquiera acudir a ellas, sufriendo complicaciones graves o la muerte.

Esta situación es más sentida en poblaciones con inaccesibilidad cultural, geográfica y socioeconómica, siendo en estos lugares donde se produce el mayor número de muertes maternas, perinatales e infantiles.

---

<sup>12/</sup> González, Miriam, Muerte Materna: El precio de ser madre.



El Ministerio de Salud por medio de la estrategia de seguimiento a inasistentes tiene como objetivo proporcionar al personal de salud una herramienta <sup>11</sup>gerencial que le permita identificar las comunidades con el mayor número de mujeres inasistentes a los servicios de salud reproductiva , de tal forma que se incremente el acceso de las mujeres a estos servicios, realizando un trabajo de terreno técnicamente enfocado y con la finalidad de contribuir a la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal. (13)

También se sugiere fortalecer la búsqueda de gestantes inasistentes de otras comunidades a través de la actividad del personal comunitario, solicitándoles que las visiten y las refieran a fin de evitar estas muertes.

Se han descrito muchas causas por las cuales una usuaria deja de acudir a una unidad de salud pública (inasistencia), algunas de las cuales podrían tener o no relación con la calidad del servicio que se le brinda, constituyéndose como necesario e importante, el poder identificar la distinción entre las causas. La literatura revisada, expresa que no es aconsejable decidir que quien no asistió a una cita, o quien no regresó a recibir la atención en la fecha esperada, sea automáticamente dada de baja por la clínica, debido a una amplia gama de motivos, todos ellos fáciles de entender; una usuaria podría faltar a una cita un mes, pero luego regresar a la clínica al mes siguiente. La decisión clave a tomar se relaciona con el tiempo que puede permanecer ausente de la clínica una usuaria activa antes de decidir que ha abandonado el programa. (13)

Según la Norma de Atención Prenatal, en caso particular, del programa de Atención Integral a la Mujer- Niñez- Adolescencia se considera incumplimiento a la cita de seguimiento de atención prenatal a aquella embarazada que después de la fecha de la cita programada según agenda, ésta no avisa o no acude a la misma. (13)

---

13/ ídem.

## 2.14 CAUSAS DE INASISTENCIA

Desde el punto de vista de las embarazadas que se les ha realizado visitas domiciliarias por no cumplimiento a sus citas de seguimiento, así como de personal de salud que realiza búsqueda activa de las mismas se han identificado, algunas causas entre las que podemos mencionar:

1. Insatisfacción con los servicios de salud: tiempo de espera largo para la atención, falta de privacidad durante el proceso de atención.
2. Preocupación sobre los cambios del embarazo y embarazo no deseado
3. Falta de dinero
4. Objeción de un miembro de la familia
5. Uso de otros centros alternativos de atención: Empresas Médicas Previsionales, etc.
6. Divorcio o disolución de la unión
7. Traslado a otro lugar de residencia
8. Inaccesibilidad geográfica: por déficit de medios de transporte. <sup>(14)</sup>

En las Normas de Atención Prenatal se describen las siguientes barreras para no lograr una atención efectiva:

Su costo. Aranceles a la usuaria, gastos de transporte, pérdida de horas laborables.

- ◆ Inadecuada capacidad del equipo de salud. (Calidad y accesibilidad)
- ◆ Problemas en la organización para brindar la atención prenatal.
- ◆ Barrera de orden cultural y religiosa.
- ◆ Inaccesibilidad geográfica.
- ◆ Falta de confianza en las bondades del sistema de salud y la necesidad de la atención prenatal.
- ◆ Falta de promoción en las comunidades.
- ◆ Sobrecarga de trabajo doméstico que impide a las mujeres asistir a su consulta prenatal.

<sup>12</sup>En un país sudamericano se menciona que de forma general las causas de inasistencia a los centros de salud se encuentran relacionadas con la accesibilidad de la población a los servicios de salud, siendo las principales las de origen económicas y geográficas, y para los adolescentes, además, la ausencia de servicios especializados que desarrollen una atención integral considerando los aspectos biológicos y psicosociales, propios de la edad. Otro tema que incide en la inasistencia a los servicios de salud, es la falta de adecuación cultural y trato humanizado en los centros de salud.

Como se sabe, Ecuador es un país pluricultural y multiétnico, donde la única estrategia para lograr una mejora en el sistema de atención de salud, es orientarse a promover un trato más humanizado en los servicios de salud, respetando las prácticas culturales y atendiendo las demandas de los diferentes grupos étnicos. <sup>(14)</sup>

## **2.15 FACTORES DETERMINANTES**

**2.15.1 ACTITUDES PERSONALES.** Son todas aquellas relacionadas a la motivación personal de cada embarazada.

**2.15.2 CULTURALES:** aquellas relacionadas a normas o hábitos en la familia como, su pareja no la deja-temor-vergüenza-traumas anteriores y relacionadas con la medicina tradicional.

**2.15.3 SOCIALES:** Son todas aquellas causas relacionadas con el tiempo disponible para la consulta, cuidado de niños y en la casa, laboral o bien acude a clínica previsional.

---

14/ ídem.

**2.15.3.1 Edad:** la mayoría de las mujeres embarazadas en la actualidad son <sup>13</sup>adolescentes de entre 14 y 18 años debido a una relación sexual indebida y lo que hace suponer que la adolescente no acude por la falta percepción de importancia del embarazo. (15)

#### **2.15.3.1.1 Adolescencia temprana o inicial - 10 - 13 años**

El impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

#### **2.15.3.1.2 Adolescencia media - 14 - 16 años**

Como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*.

Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poderoso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

---

15/ Germain, Adrienne, Primero emancipar.

**2.15.3.1.3 Adolescencia final o tardía - 17 - 19** (El límite superior depende del criterio de cada país para otorgar el estatus de mayoría de edad)

<sup>14</sup>Es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

**2.15.3.1.4 Joven, 20 – 24 años;** Según la OMS empieza la consolidación del rol social. El embarazo no tiene muchos inconvenientes.

**2.15.3.1.5 Adulto, 25 años en adelante.** Según la OMS corresponde con la consolidación del rol social.

**2.15.4 Instrucción:** se observa con mayor frecuencia el no cumplimiento del control prenatal en mujeres analfabetas y con escolaridad baja, lo que les priva de educación sexual en sus centros de estudio.

**2.15.5 Ocupación:** la mayoría de las mujeres recurren a trabajar para mejorar en algo la mala situación económica en sus hogares y muy pocas estudian. (UNFPA. Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. 2001). <sup>(15)</sup>

**2.15.6 Estado civil:** Las mujeres solteras, separadas o disolución de su unión con su pareja tienen tres veces más posibilidades de no acudir a la atención médica. Por eso el matrimonio reduce la accesibilidad a la atención prenatal. <sup>(14)</sup>

**2.15.7 GEOGRÁFICOS;** Son todas aquellas causas relacionadas con el área de ubicación de la embarazada que le dificulta el acceso a la unidad de salud como la lejana ubicación de su hogar a la casa de salud.

---

15/ González, Román, IMSS e ISSSTE, instituciones con más quejas ante la Conamed : INSP

**2.15.7.1 Procedencia:** son más frecuentes las citas de embarazo no cumplidas en mujeres que residen en áreas rurales.

**2.15.8 Económico:** Es todo lo que representa para ellas el costo o gasto para acudir a la atención prenatal.

**2.15.8.1 Clase social:** La pobreza y la extrema pobreza son grupos <sup>15</sup>vulnerables y que se encuentran en riesgo en este tipo de eventos.

Este aspecto se involucra mucho con la cultura y la sociedad porque es un sector en la cual la economía cuenta para la sobrevivencia del ser humano; la pobreza, que junto a ello le acompaña la miseria, la ignorancia, etc.; los cuales son problemas socioeconómicos. <sup>(16)</sup>

**2.15.9 Servicios de salud:** Son todas aquellas causas atribuibles directamente al centro de salud, al personal de salud y organización de los servicios.

## **2.16 ATENCIÓN CON CALIDAD Y CALIDEZ.**

Dentro de la evaluación de los servicios de MSP, es importante referirse a un elemento sobre el que esta institución ha promovido dentro de las unidades de atención de salud, que se relaciona con la atención de calidad y calidez en, que se ha visto acompañado por el establecimiento de una estrategia de comunicación, razón por la que este estudio indago sobre el nivel de conocimiento de esta campaña. En general se observo que 77% no ha leído o escuchado la frase atención con calidad y calidez; el alto porcentaje de desconocimiento sobre la campaña puede responder a dos aspectos, el primero por problemas en la estrategias de comunicación pero también por la falta de comunicación con el slogan que se esta promocionando.

---

16/ UNFPA, El estado de la población mundial 2000, Capitulo 6.

<sup>16</sup>Únicamente el 33% ha leído o escuchado sobre esta campaña y la relacionan con el aspecto afectivo en el trato (7%), la calidad y organización en la atención (6%) y con la igualdad en el trato (3%).

Al establecer una relación entre el grado de aplicación de la atención con calidad y calidez, con el sentido que tiene esta campaña para los/as usuarios/as externos, se observa que principalmente se relaciona con un cambio en el trato afectivo del personal con las unidades de salud.

Para cobertura de necesidades en atención en salud, las madres combinan servicios de atención en salud públicos y privados, lo cual depende de varios factores como la disponibilidad de recursos económicos, del estado de salud de ellas, sus hijos o familiares, la hora, distancia y nivel de especialidad de atención requerida. (17)

## **2.17 PROGRAMA MATERNO INFANTIL.**

El MSP desde el año 2000 ha implementado dos programas orientados para la atención de la población materna infantil, con la finalidad de reducir la morbilidad y mortalidad de este grupo, y garantizarle el acceso a atención en salud. Lo que a su vez está íntimamente relacionado con los objetivos del Desarrollo del Milenio de “reducción de la mortalidad infantil” y de “mejoramiento de la salud materna” (17).

## **2.18 ETAPA PRE - CONCEPCIONAL.**

La decisión de tener un hijo debe estar fundamentada en las metas de la pareja, la capacidad o madurez para ser padres, la seguridad del empleo y la situación económica, la salud de la madre, la disponibilidad de atención médica y el apoyo de la familia, por mencionar sólo algunos aspectos.

La madurez de la pareja se demuestra a través de la capacidad para dialogar sobre la decisión del número de hijos a tener y el espaciamiento de los

---

17/ INSP. Inequidad de los servicios de salud a la población abierta en México, 1993. Capítulo 6.

embarazos, ya que si bien, el embarazo es una condición natural del ser humano, la posibilidad de que se presenten complicaciones siempre va a estar latentes.

Por este motivo, planear un embarazo, siempre será de mayor seguridad y bienestar para la madre y su bebé, por lo que se recomienda lo siguiente:

1. Acudir al médico / obstetrix para orientación acerca del deseo de un futuro embarazo.
  
2. Mientras se decida el mejor momento para el embarazo, planificar la familia con alguno de los métodos anticonceptivos de uso temporal recomendados por el médico / obstetrix como son: las pastillas, la inyección, el dispositivo intrauterino (DIU) o el condón.
  
3. El personal de salud capacitado en Salud Sexual y Reproductiva: Valora el Riesgo que tenga la mujer de presentar posibles complicaciones de acuerdo a algunos antecedentes como:
  - Edad: menor de 20 años o mayor de 35 años.
  - Enfermedades crónicas: presión alta, obesidad, reumatismo, convulsiones, Diabetes Mellitus, etc.
  - Enfermedades agudas: fiebre de origen desconocido, enfermedades de transmisión sexual, etc.
  - Abortos, más de 4 embarazos, 2 o más cesáreas.
  - Complicaciones presentadas durante el embarazo o nacimientos anteriores.
  - Defunción del Recién Nacido.
  - Realiza interrogatorio de posibles síntomas y efectuar examen físico general: Peso, Talla, Presión Arterial, Pulso y Temperatura.
  - Solicitar exámenes generales de sangre y orina.
  - Recetar Ácido Fólico.



- Orientar sobre los beneficios de una alimentación nutritiva, ejercicio e higiene general.
- Aplicación de la vacuna para la prevención del Tétanos y Detección de Cáncer Cérvico Uterino (de acuerdo a cada caso).
- Notificar a la pareja el mejor momento para el embarazo (desde el punto de vista biológico).
- Citar a la mujer con la frecuencia que cada caso lo requiera. (17)

## **2.19 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR**

**2.19.1 Derechos Sexuales.-** Toda persona tiene derecho a tomar decisiones <sup>17</sup>libres, informadas y responsables sobre su sexualidad y vida sexual, incluida la identidad sexual y de género, la elección de pareja y la orientación sexual. El Estado sancionará todo acto de violencia sexual, prostitución forzada y esclavitud sexual o cualquier otra forma o expresión que atente contra los derechos sexuales. (18)

**2.19.2 Derechos reproductivos.-** Toda persona tiene derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántos hijos/as tener y cada qué tiempo. El Estado garantizará a todas las personas el acceso a servicios de educación, información y Salud Sexual y Reproductiva, necesarios para el ejercicio de estos derechos, acorde a los avances de la ciencia y la tecnología. (18)

**(Artículo 36)** El Estado velará por el respeto a los derechos laborales y reproductivos de las mujeres, para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, y por el acceso a los sistemas de seguridad social, especialmente en el caso de la madre gestante y en período de lactancia.

**(Artículo 39)** Se propugnará la maternidad y paternidad responsables. El Estado garantizará el derecho de las personas a decidir sobre el número de

---

18/ Staff Wilson, Mariblanca, Mujer y Derechos Humanos.

<sup>18</sup>hijos que puedan procrear, adoptar, mantener y educar. Será obligación del Estado informar, educar y proveer los medios que coadyuven al ejercicio de este derecho.

**(Inciso segundo del artículo 43)** 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.

La inclusión de estos derechos, implicó un arduo trabajo dentro y fuera de la Asamblea, pues había mucha resistencia a abordar estos temas, por lo que fue necesaria la conformación de alianzas y conversaciones con representantes de diferentes tendencias y grupos, incluida la Iglesia que miraban con recelo las propuestas. <sup>(17)</sup>

**2.20 La Asamblea General proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos** como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción. <sup>(19)</sup>

## **2.21 ASPECTOS POLÍTICOS**

## **2.22 LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA**

Art. 1.- Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se

---

<sup>18/</sup> ídem.

<sup>19</sup>otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, tóxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.

b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros - prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública. (19)

---

19/ El Congreso Nacional del Ecuador. Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia. 1998. Capítulo 2.

Art. 2-A.- Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública.

Art. 3.- Incrementense en el tres por ciento (3%), las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial No. 341 del 22 de diciembre de 1989.

## **2.23 ÁREAS DE ACCIÓN PRIORITARIAS**

Las intervenciones que se detallan a continuación han demostrado mejorar la salud materno-neonatal y debieran tomarse en consideración en los esfuerzos que Ecuador dedica a fortalecer las políticas y programas de salud materno-neonatal:

**2.23.1 Ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva, salud sexual y planificación familiar, especialmente en áreas rurales.** Debido a la falta de acceso en las áreas rurales, las tasas de mortalidad materna son más altas en las áreas rurales que en las urbanas. Además, son muchos los hombres y mujeres en áreas rurales y urbanas que carecen de acceso a información y servicios relacionados con el VIH/SIDA y otras ITS.

**2.23.2 Fortalecer las políticas de salud reproductiva y planificación familiar y mejorar la planificación y asignación de los recursos.** A pesar de que las evaluaciones del MNPI demuestran que muchos países cuentan con fuertes políticas de salud materna, tal vez la implementación de estas políticas no sea adecuada. A menudo, las existencias de recursos son insuficientes o se usan ineficientemente. En otros casos, debieran eliminarse las <sup>20</sup>barreras

---

20/ MNPI. Índice de esfuerzo de Programa Materno y Neonatal. 2002. Capítulo 3.

operativas, o sea, barreras que se interponen a la implementación y el pleno financiamiento de las políticas de salud reproductiva y planificación familiar.

**2.23.3 Ampliar el acceso y educación de planificación familiar.** Otro aspecto estrechamente relacionado con la prevención de la mortalidad materna es la prestación de servicios de planificación familiar. La planificación familiar ayuda a la mujer a evitar embarazos imprevistos y espaciar el nacimiento de los hijos; y de esta manera hace que esté menos expuesta a los riesgos del embarazo, el aborto y el parto. Un suministro fiable de métodos anticonceptivos puede ayudar a evitar muertes maternas relacionadas con los embarazos imprevistos.

**2.23.4 Ampliar el acceso a la atención prenatal de alta calidad.** La atención prenatal de alta calidad incluye la selección de portadores de ITS y tratamiento de las mismas, anemia y detección y tratamiento de la hipertensión. También debiera proporcionarse a las mujeres información sobre una dieta apropiada y otras prácticas de salud sanas y sobre donde acudir en busca de atención para las complicaciones del embarazo.

**2.23.5 fortalecer las actividades de promoción de la salud.** Los medios de comunicación masivos debieran utilizarse para educar al público acerca del embarazo y el parto, y las organizaciones comunitarias debieran contribuir a esto a través de programas sistemáticos. Un paso importante en la promoción de la salud, a fin de evitar resultados negativos en la salud materna, es hacer que el ministerio de salud suministre materiales educativos adecuados en cuanto a prácticas sanas y seguras. (20)

## **2.24 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**

### **2.24.1 VARIABLE DEPENDIENTE:**

**Inaccesibilidad de las embarazadas a la atención médica;** Razones por las cuales las Mujeres embarazadas que no acuden al servicio médico, según los antecedentes referentes a la atención de la unidad médica.

### **2.24.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:**

**Factor que inciden:** son características que presentan una asociación significativa en la mujer embarazada y que interfieren en la accesibilidad a la atención médica.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

El programa a seguir en el presente estudio investigativo es retrospectivo, explicativa, documental, aplicable y descriptivo.

Investigación de tipo cuantitativa-cualitativa; en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi período Agosto 2010.

Es una **Investigación Retrospectiva**; ya que indagamos sobre los hechos ocurridos en el pasado.

Es **Descriptiva**; por consistir en la caracterización de un hecho, fenómeno con el fin de establecer su estructura o comportamiento, describiendo su realidad tal como es.

Es **Explicativa**; porque se remite a establecer la causalidad de los hechos. Es necesario determinar la causa-efecto.

Es **Documental**; ya que posibilita la obtención de datos a través de la utilización de materiales impresos con el desarrollo de un instrumento pre-estructurado con 5 ejes: sociales, culturales, geográficos, económicos, antecedentes del personal médico y del servicio de salud.

Es **Aplicable**; porque está encaminada a resolver o a disminuir problemas prácticos de acuerdo a resultados obtenidos, dando un valor agregado en promover una programación de actividades educativas en relación con la salud prenatal a hombres y mujeres del Cantón Cotacachi, teniendo como referencia los resultados obtenidos de la investigación.

### **3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La **población**; Es 320 mujeres que acudieron al servicio de estadística o admisión del Hospital Asdrúbal de la Torre a la toma de un turno para la atención Gineco – Obstétrica período Agosto del 2010.

La **Muestra**; Es 143 mujeres embarazadas que acudieron al servicio de estadística o admisión del Hospital Asdrúbal de la Torre a la toma de un turno para el control prenatal período Agosto 2010, determinada por los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Mujeres embarazadas que acudieron a admisión a tomar un turno para su Control Prenatal en el Hospital Asdrúbal de la Torre, período Agosto 2010.
- Mujeres embarazadas que cursan diferentes semanas de gestación (primigestas y multigestas).

### **3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Mujeres que tomaron turno para el servicio de Consulta Externa de Gineco – Obstetricia, por otro motivo que no es el control prenatal.
- Mujeres que rehúsan a participar.

### **3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Una vez definido el tema a investigar, se dio a conocer a las autoridades del hospital, quienes dieron el consentimiento para la realización de dicha investigación.



**3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES-VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES QUE INCIDEN EN LA EMBARAZADA A NO ACUDIR A LA ATENCIÓN MÉDICA.**

**VARIABLES: FACTORES QUE INCIDEN:** son características que presentan una asociación significativa en la mujer embarazada y que interfieren en la accesibilidad a la atención médica.

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	CATEGORÍA
Factores Sociales	Edad materna	Adolescencia media: 14 a 16 años	Cuantitativa
		Adolescencia tardía: 17 a 19 años	
		Joven: 20 a 24 años	
		Adulta: 25 años en adelante	
	Estado civil	Soltera	Cuantitativa
		Casada	
		Unión libre	
	Instrucción	Primaria	Cuantitativa
		Secundaria	
		Superior	
		Ninguna	
	Procedencia	Urbano	Cuantitativa
		Rural	
	Ocupación	Comerciante	Cuantitativa; Cualitativa
		Quehaceres domésticos	
		Estudiante	
		Agricultora	
		Otros	
	Clase social	Alta	Cuantitativa
Media			
Baja			
ETNÍA	Indígena	Cuantitativa; Cualitativa	
	Mestiza		
	Blanca		
	Negra		
Religión	Católica	Cuantitativa; Cualitativa	
	Evangélica		
	Otro		

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	CATEGORIA
Factores Culturales	Medicina Tradicional	Partera	Cuantitativa; Cualitativa
		Chaman	
		Otro	
	Normas o hábitos	Falta de apoyo de la familia	Cuantitativa; Cualitativa
		Actitud machista de la pareja	
		Vergüenza	
		Traumas anteriores	
Factores Geográficos	Tiempo de traslado	0 - 1 hora	Cuantitativa.
		1 - 3 horas	
		3 - 5 horas	
		Otro	
Factores Económicos	Costos para la atención	1 - 5 dólares	Cuantitativa
		6 - 10 dólares	
		mas de 11 dólares	
		Gratis	

**VARIABLE DEPENDIENTE: Inaccesibilidad de las embarazadas a la atención médica;** Razones por las cuales las Mujeres embarazadas que no acuden al servicio médico, del Hospital Asdrúbal de la Torre, Cotacachi.

<b>VARIABLE; Inaccesibilidad de las embarazadas a la atención médica;</b> Razones por las cuales las Mujeres embarazadas que no acuden al servicio médico, según los antecedentes referentes a la atención de la unidad médica			
DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	CATEGORIA
Antecedentes del Personal Médico	Relación Médico - Paciente	Buena	Cuantitativa; Cualitativa
		Mala	
		No sabe	
Antecedentes del Servicio Médico	Calidad de atención	Buena	Cuantitativa; Cualitativa
		Mala	
		No sabe	
	Razones de la mala calidad de atención	Dificultad en el turno	
		Tiempo de espera	
		Mala actitud del médico	
		Falta de información	
		Falta de organización	
		Otro	

### 3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas e instrumentos para la recolección de la información son estrategias que ayudan a que se cumplan los objetivos.

**Técnica, registro de datos** que se emplea de manera sistemática para estudiar y analizar un propósito.

**Instrumento;** Una Encuesta, Entrevista Estructurada con preguntas cerradas que son de respuesta múltiple, formuladas para registrar las respuestas sobre el problema en estudio estructurado con 5 ejes (antecedentes sociales, económicos, culturales, geográficos, antecedentes del personal medico y del servicio de salud). Para las mujeres embarazadas.

### 3.7 TABULACIÓN DE DATOS

En la tabulación de datos se precisa los porcentajes y la frecuencia, por medio de las tablas estadísticas, utilizando el programa Excel con la finalidad de realizar el análisis previo el conocimiento del marco teórico y la práctica realizada en el Hospital Asdrúbal de la Torre, Cotacachi y con base del marco teórico a través de los resultados llegaremos a las conclusiones y recomendaciones, que servirán a su vez para diseñar una programación de actividades educativas en relación con la salud prenatal a hombres y mujeres del Cantón Cotacachi.

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO ADMINISTRATIVO**

#### **4.1. RECURSOS HUMANOS**

1. Mujeres embarazadas que acudieron al servicio de admisión a la toma de un turno para la atención médica.
2. Obstetras del Hospital Asdrúbal de la Torre, pertenecientes a la Provincia de Imbabura 2010.
3. Tutor de la Universidad Técnica Particular de Loja.
4. Digitador

#### **4.2. RECURSOS FINANCIEROS**

1. Aporte económico individual en transporte y refrigerio.
2. impresiones bibliográficas
3. Impresiones para borrador
4. Copias bibliográficas
5. Copias de formularios de recolección de datos de las 143 mujeres en estudio
6. Alquiler de Internet.

#### **4.3. MATERIALES DE ESCRITORIO**

1. Esferográficos
2. Lápices
3. Borrador para papel
4. Cuadernos espirales

#### **4.4. RECURSOS TECNOLÓGICOS**

1. CD Regrabable
2. Calculadora
3. Memory Flash
4. Computador: programas Word, Excel, Power Point

#### 4.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema a estudio.			X									
Realización del instrumento				X								
Aplicación del instrumento (Encuesta con 5 ejes)					X							
Introducción del tema							X					
Revisión Bibliográfica			X									
Hipótesis			X									
Objetivo general y específicos			X									
Marco teórico				X								
Justificación			X									
Selección del personal para analizar el avance de la investigación				X								
Recopilación del instrumento aplicado					X							
Tabulación y análisis de los datos estadísticos						X						
Conclusiones de la investigación							X					
Recomendaciones							X					
Presentación preliminar de la investigación								X				
Presentación de la investigación a las autoridades correspondientes										X		

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

**Mujeres que acudieron a la atención médica del servicio de consulta externa de G - O del HADLT, período agosto 2010.**

**TABLA No 1.**

Datos Obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
Control Prenatal	143	45%
Planificación Familiar	98	30%
Patologías Ginecológicas	79	25%
<b>TOTAL</b>	<b>320</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 1.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres que acudieron a la atención médica.

**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las mujeres que acudieron a la atención médica al servicio de estadística o admisión para obtener un turno para la consulta de externa de G – O de esta unidad de salud se determinó que el (45%) acuden por su Control Prenatal es decir que las usuarias escogieron esta unidad de salud porque pueden tener acceso al servicio.

## ANTECEDENTE OBSTÉTRICO

### PARIDAD

TABLA No 2.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	41	29%
Multigesta	102	71%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO No 2.



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.

**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal el (71%) fueron mujeres multigestas, sin embargo el (29%) corresponde a mujeres primigestas este dato es preocupante debido que estas mujeres se las considera como grupo de riesgo obstétrico debido a su capacidad anatómico-funcional del aparato reproductor femenino, a esto se suma factores socioculturales, económicos, geográficos y del servicio de salud que pueden incidir en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención prenatal. (9).



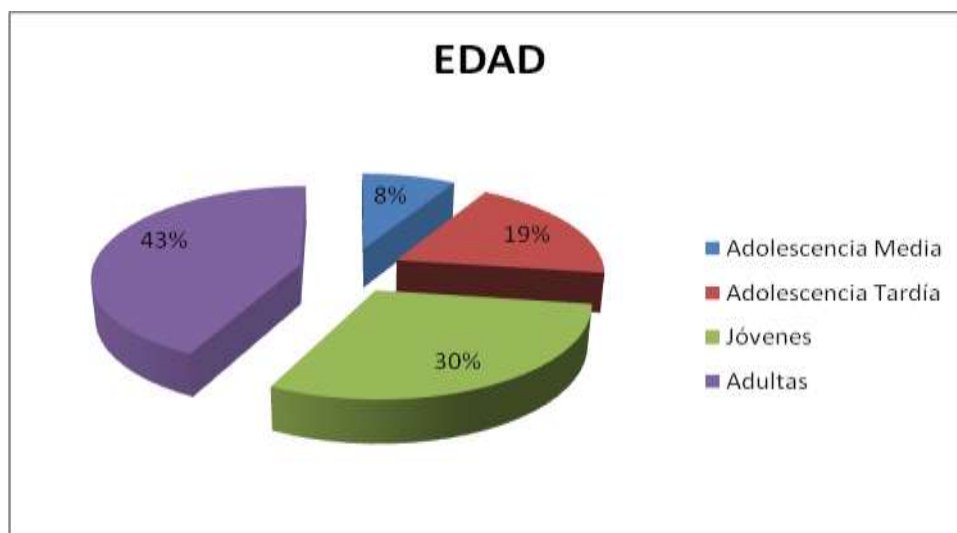
## FACTORES SOCIALES

### EDAD

TABLA No 3.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia Media	12	8%
Adolescencia Tardía	27	19%
Jóvenes	43	30%
Adultas	61	43%
<b>TOTAL</b>	143	100%

GRÁFICO No 3.



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

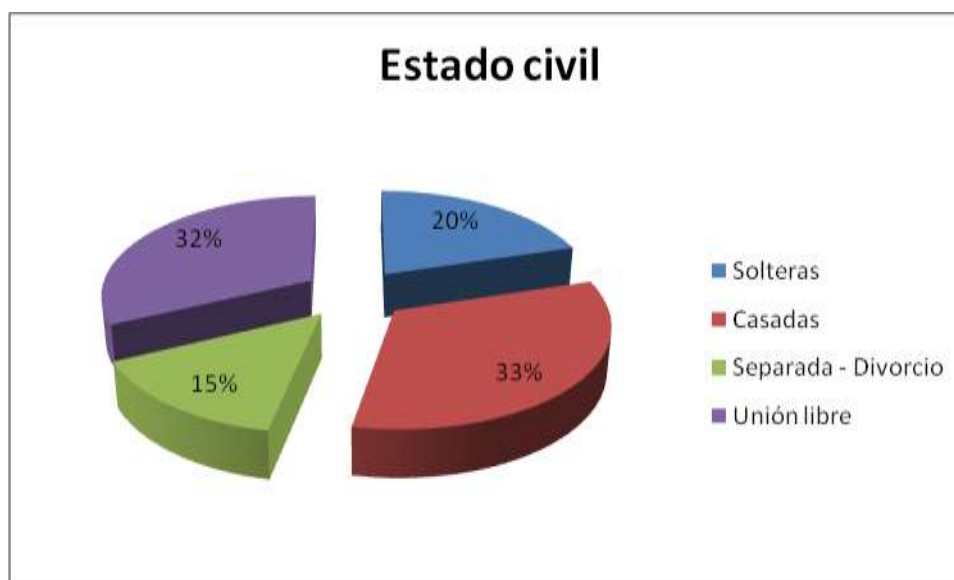
El (73%) de las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal corresponden a edades comprendidas entre las mujeres adultas y jóvenes, mientras el (27%) corresponden a las mujeres de edades relacionadas con la adolescencia media a tardía, este grupo debe ser muy considerado ya que las adolescentes embarazadas pertenecen a sectores sociales muy desprotegidos y tienen características particulares. (19)

**TABLA No 4.**

**ESTADO CIVIL**

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Solteras	29	20%
Casadas	47	33%
Separada - Divorcio	21	15%
Unión libre	46	32%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 4.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

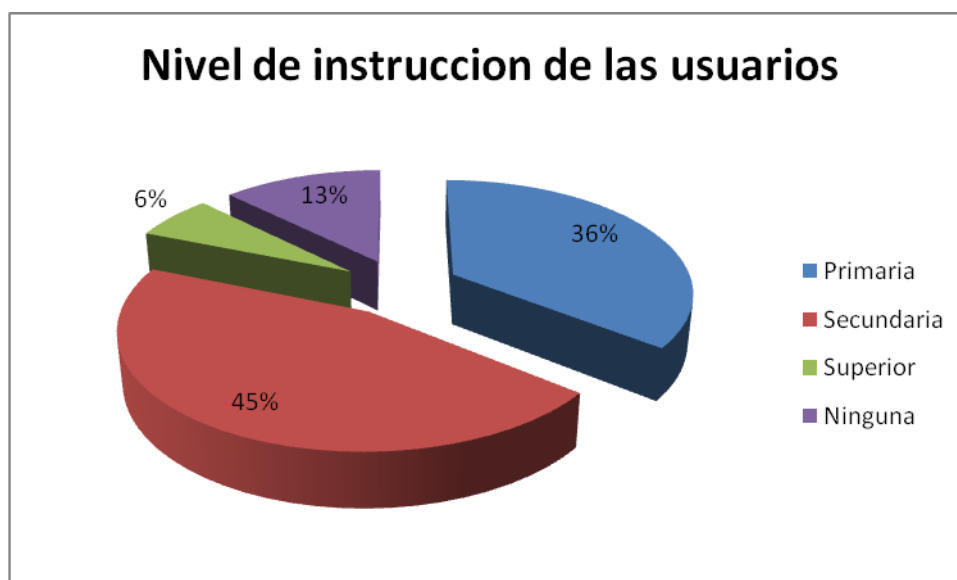
En relación al estado civil se puede observar un alto porcentaje del (33%) que correspondió a usuarias casadas, el (32%) en Unión libre aunque no, acuden a la atención prenatal, lo que llama la atención es el (20%) de mujeres solteras y el (15%) de mujeres separadas o disolución de su unión, al carecer de una relación conyugal estable, puede ser una causa que incide en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención prenatal, tal es el caso de los grupos identificados de riesgo como las mujeres solteras. (4)

**TABLA No 5.**

**INSTRUCCIÓN**

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	51	36%
Secundaria	65	45%
Superior	9	6%
Ninguna	18	13%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 5.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

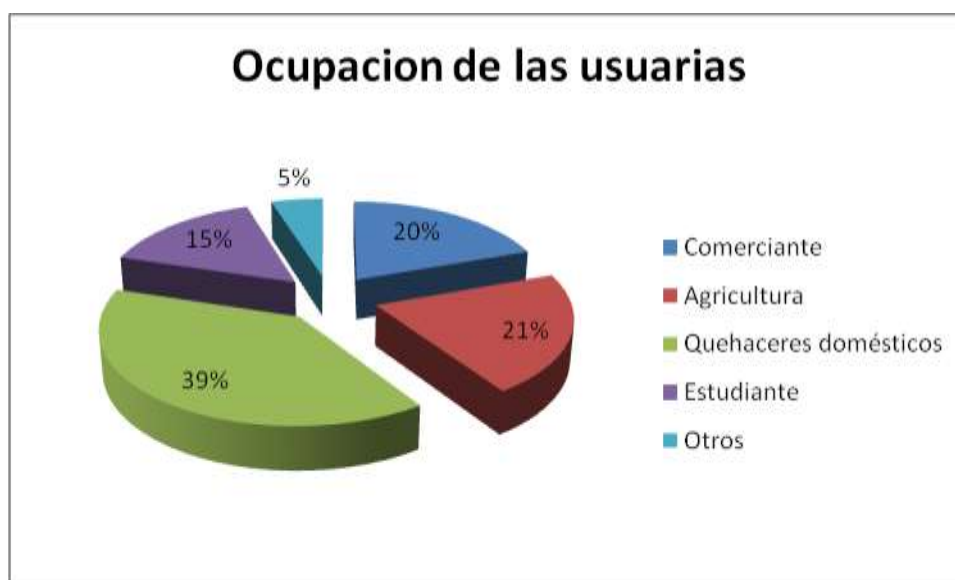
Se Observa que el (45%) corresponden al nivel de instrucción secundaria, sin embargo con bajo porcentaje resultaron mujeres con nivel de instrucción primaria con (36%) y de ninguna instrucción o analfabetas con el (13%) ya que la instrucción educacional es establecida por la OMS como factor de riesgo, debido en que menor sea el nivel de instrucción educacional aumentan los riesgos durante la gestación. (9).

**TABLA No 6.**

**OCUPACIÓN**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	28	20%
Agricultura	30	21%
Quehaceres domésticos	56	39%
Estudiante	22	15%
Otros	7	5%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 6.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Referente a la ocupación existe un considerable porcentaje con el (46%) correspondió a usuarias que laboran en diferentes áreas, donde consideramos que la mujer a pesar de estar embarazada trabaja y no puede perder un día por tener obligaciones que la comprometan, mientras que el (15%) de estas estudian es decir la ocupación de las embarazadas influyen a no acudir a la atención prenatal por lo que es importante considerar este aspecto sociocultural de las mujeres embarazadas. (1)

**TABLA No 7.**

**CLASE SOCIAL**

<b>Clase social</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alta	0	0%
Media	84	59%
Baja	59	41%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 7.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

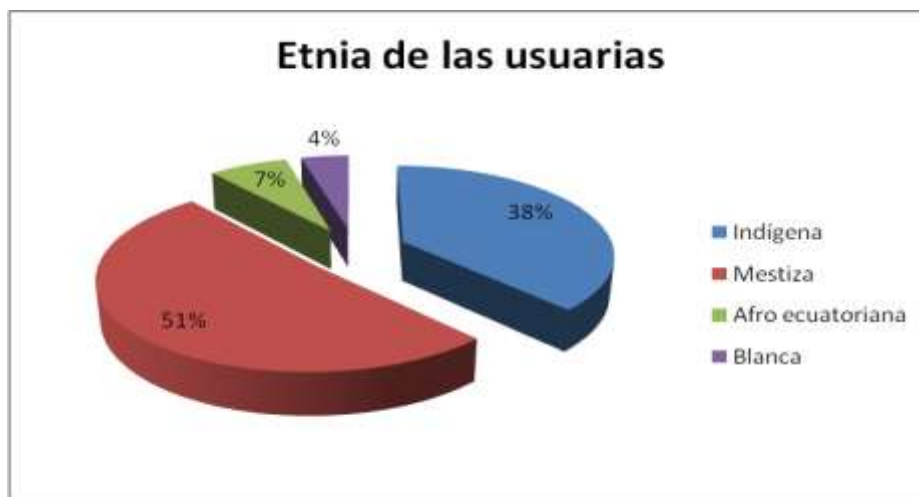
Se puede observar que el (59%) de las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal pertenecen a la clase social media es decir tienen mayor acceso a los servicios de salud pública, sin embargo con un bajo porcentaje del (41%) corresponde a mujeres embarazadas de clase social baja, Este aspecto se involucra mucho con la cultura y la sociedad de la embarazada ya que es un sector en la cual la economía influye en la sobrevivencia del ser humano, dando lugar a la pobreza (29).

**TABLA No 8**

**ETNIA**

<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Indígena	54	38%
Mestiza	73	51%
Afro ecuatoriana	10	7%
Blanca	6	4%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 8.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

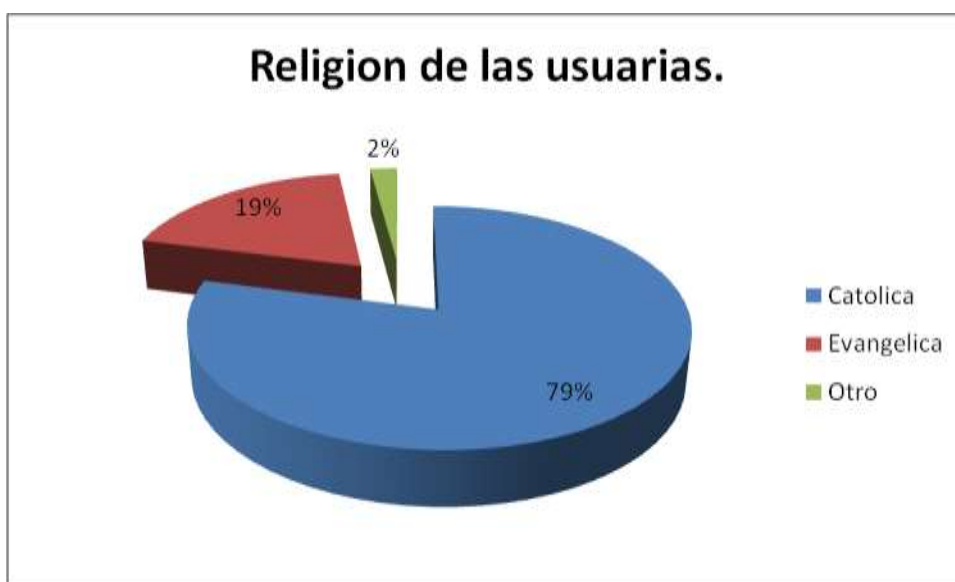
De acuerdo a la etnia de las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal el (51%) fueron de etnia mestiza, sin embargo recalcamos que el (38%) de mujeres embarazadas que acudieron fueron indígenas y el (7%) Afro ecuatorianas estableceremos entonces que la etnia de alguna manera inciden en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención prenatal debido a su aspecto cultural involucradas con sus creencias y tradición (Medicina tradicional – partera) que le hacen abandonar el servicio médico. (4)

**TABLA No 9.**

**RELIGIÓN**

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	113	79%
Evangélica	27	19%
Otro	3	2%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 9.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Se observa que el (79%) de las usuarias pertenecen a la religión Católica, sin embargo el (19%) son evangélicos o testigos de Jehová donde podemos deducir que independiente de sus religiones necesitan la atención médica ya que existen Investigaciones relacionadas con la problemática que han demostrado que la satisfacción de las usuarias al acudir los servicios de atención prenatal no está relacionada con la religión. (19).

## FACTORES CULTURALES

TABLA No 10.

### USUARIAS QUE ACUDEN CON LA PARTERA

Datos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
SI	32	22%
NO	111	78%
<b>TOTAL</b>	143	100%

GRÁFICO No 10



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se refleja que el (78%) de las usuarias “NO” acuden con la partera para su atención prenatal es decir que las usuarias escogieron esta unidad de salud porque pueden tener acceso al servicio, sin embargo el (22%) de las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal refirió que “SI” acuden también con la partera entonces este aspecto cultural si influye de alguna manera a que la mujer embarazada no acuda a la atención médica ya que el uso de servicios de parteras tiene antecedentes que responden al contexto social y cultural de diferentes localidades en nuestro país. (4)



**TABLA No 11**

**RAZONES POR LAS QUE ACUDIERON CON LA PARTERA**

Datos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
Confianza	28	54%
Tradicición	14	27%
Privacidad	10	19%
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 11.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Del 100% de las usuarias que refirieron que si acudían con la partera, el (54%) de estas mujeres refirió que acudían por confianza, el (27%) por tradición y el (19%) por privacidad, considerando que la recepción por parte de las parteras esta relacionado con la confianza y conocimientos atribuida a esta práctica, pero también como alternativa a las limitaciones que pueden percibir las mujeres en la atención en las unidades de atención pública. (4)

**TABLA No 12.**

**RAZONES PERSONALES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A LA ATENCIÓN MÉDICA.**

Datos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
Vergüenza	67	47%
Actitud Machista de la pareja	40	28%
Percepción de no Gravedad	23	16%
Falta de apoyo familiar	13	9%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 12**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.

**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Las Razones personales por las que las mujeres embarazadas no acuden a la atención médica se presento con el (47%) por Vergüenza, sin embargo el (37%) refirió que no acudió por la actitud machista de su pareja y falta de apoyo de sus familiares convirtiéndose estas actitudes en barreras que dificultan el acceso a la atención médica. (3)

## FACTORES GEOGRÁFICOS

TABLA No 13.

### PROCEDENCIA

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	112	78%
Rural	31	22%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO No 13.



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

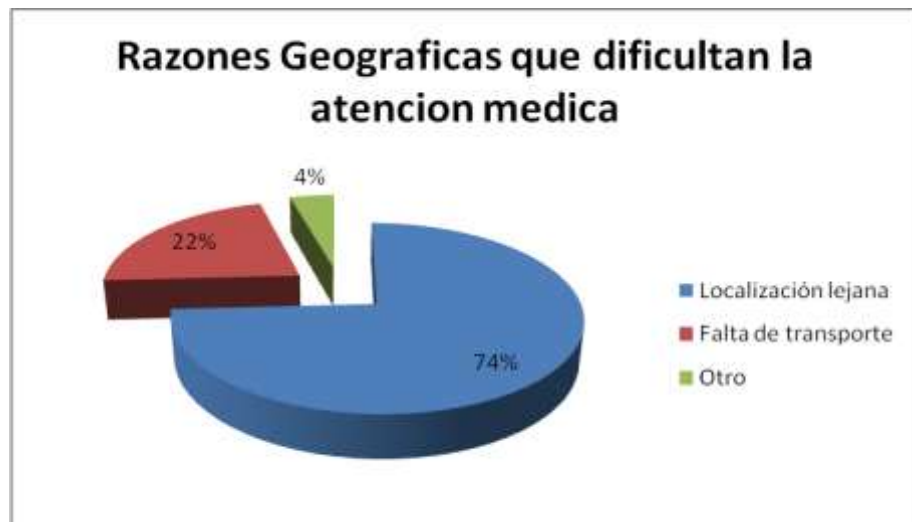
El factor geográfico respecto a la procedencia o lugar de residencia de la usuarias, también considerado como factor social, se observa que de las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal el (78%) corresponde al sector urbano, supuestamente por la facilidad de acceso en llegar a la unidad médica, sin embargo el (22%) refirió que pertenece al sector rural considerada difícil en llegar a los servicios de salud por diferentes causas debido al factor geográfico, por ende este factor puede incidir en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención médica. (4)

**TABLA No 14.**

**RAZONES POR LAS CUALES ES DIFÍCIL TRASLADARSE A LA ATENCIÓN MÉDICA**

<b>Datos obtenidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Localización lejana	106	74%
Falta de transporte	31	22%
Otro	6	4%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 14.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Se puede observar que la localización geográfica de los servicios de salud es la razón por la cual el (74%) de las usuarias consideran que es difícil llegar al servicio de salud, sobre todo aquellas que viven en el área rural. Mientras que el (22%) refirió que es el transporte. El transporte, que podría ser público o privado. Existiendo concordancia con investigaciones anteriores las cuales determinan que en las zonas rurales del país, la distancia entre el domicilio y unidades de atención en salud se convierte en un limitante en el acceso a la atención en salud, por las dificultades de movilización. (4)

**TABLA No 15**

**TIEMPO DE TRASLADO DEL HOGAR DE LA USUARIA A LA ATENCIÓN MÉDICA.**

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
0 - 1 hora	57	40%
1 -3 horas	72	50%
3 - 5 horas	8	6%
No sabe	6	4%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 15.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En referencia al tiempo de traslado de las usuarias de su hogar a esta Unidad de salud, se puede observar que el (50%) tarda en llegar de 1 a 3 horas y el (6%) de 3 a 5 horas en donde estas usuarias supuestamente tuvieron que madrugar para acceder a la atención médica, por causas asociadas como su localización geográfica y el transporte, afectando principalmente al sector rural por su aislada ubicación, el (40%) tarda entre 0 a 1 horas, considerando a las usuarias que pertenecen al sector urbano por su fácil accesibilidad al servicio médico. (4)

## FACTORES ECONÓMICOS

TABLA NO 16

¿INGRESO MENSUAL QUE PERCIBE LA USUARIA, CUBRE LAS NECESIDADES DE SU FAMILIA?

Datos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
SI	27	19%
NO	116	81%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO No 16



Fuente: Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
Elaborado por: Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Referente al ingreso mensual que percibe la usuaria refieren que el (81%) “NO” cubren las necesidades de su familia, mientras que le (19%) respondió que “SI” cubre sus necesidades, existiendo entonces razones económicas relacionadas con las embarazadas y su familia por las que no acuden a los servicios médicos por lo tanto el factor económico es un aspecto importante a considerar ya que no solo perturba a las necesidades en salud, sino en varias necesidades de la sociedad en nuestra vida cotidiana. (1)

**TABLA No 17**

**CANTIDAD DE DINERO GASTADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.**

<b>Cantidad de dinero</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1 - 5 dólares	8	6%
6 - 10 dólares	32	22%
Mas de 10 dólares	7	5%
Gratis	96	67%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 17**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

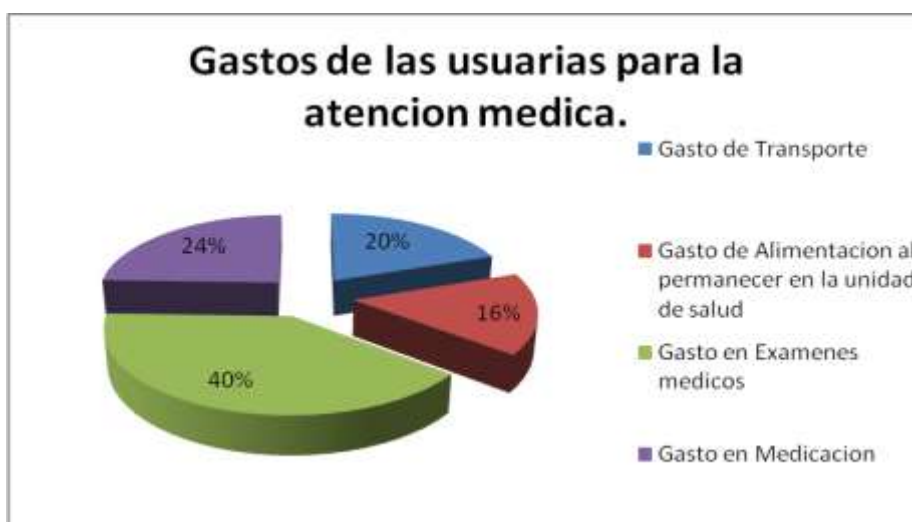
Se observa que en relación a la cantidad de dinero gastada por las usuarias que acudieron a la atención prenatal corresponde al (67%) a la atención gratuita, es decir que no se aplica en su totalidad la Ley de Maternidad Gratuita en esta unidad médica, mientras el (28%) gasto entre 6 a 10 dólares y entre 1 a 5 dólares y el (5%) gasto mas de 10 dólares, es decir que existe un gasto económico considerable que dificultan el acceso a la atención médica debido a la existencia de barreras económicas. (3)

**TABLA NO 18**

**GASTOS DE LAS USUARIAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.**

Datos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
Gasto de Transporte	28	20%
Gasto de Alimentación al permanecer en la unidad de salud	23	16%
Gasto en Exámenes médicos	57	40%
Gasto en Medicación	35	24%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 18.**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Considerando las barreras económicas, se observa que el gasto dinero para realizarse algunos exámenes complementarios y de medicación, corresponden al (64%), sin embargo existen razones económicas propias de las usuarias que dificultan el acceso a la atención médica como el gasto del transporte para su movilización con el (20%), el gasto de la alimentación durante la estancia en la Unidad de Salud con el (16%), estas barreras económicas se convierten en causas que incide en la embarazada para no acudir a la atención médica.(4)



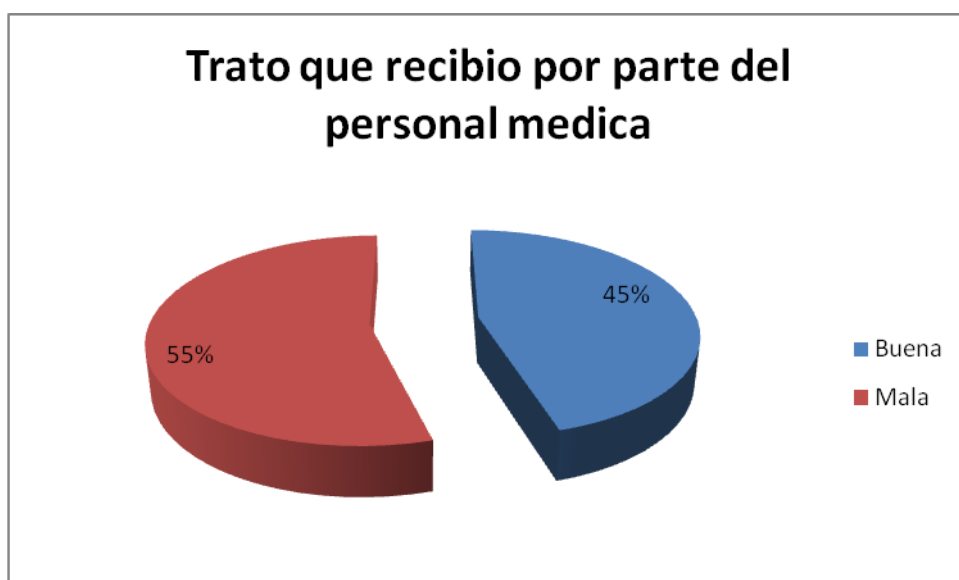
## ANTECEDENTES DEL SERVICIO DE SALUD QUE INCIDEN EN LA EMBARAZADA A NO ACUDIR A LA ATENCIÓN MÉDICA.

TABLA No 19

### TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO

Datos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
Buena	65	45%
Mala	78	55%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO No 19



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

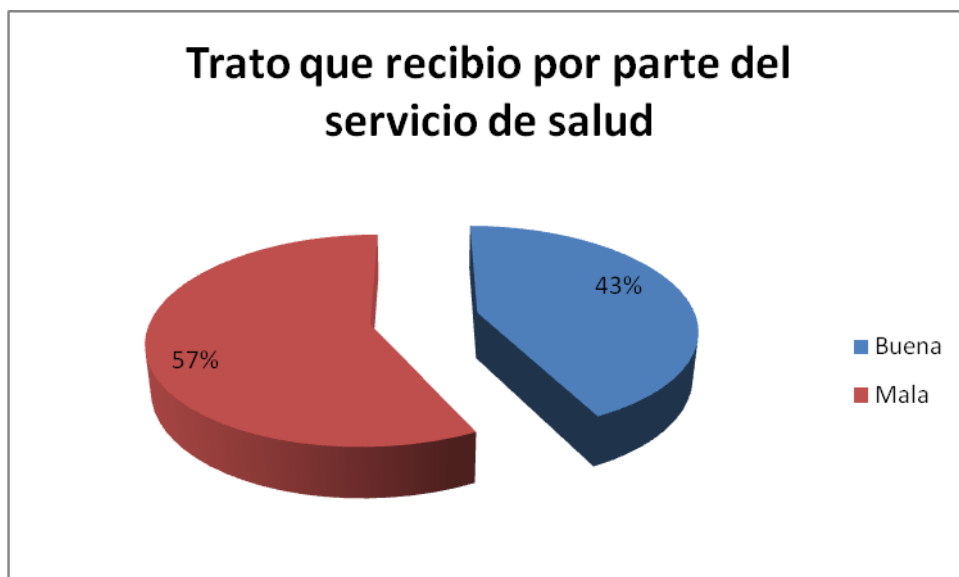
Refiriéndonos al trato que reciben las usuarias por parte del personal de salud de esta unidad médica la mayoría refirió que fueron tratadas “mal” correspondiendo al (55%) de los resultados obtenidos, considerando que el personal de salud tienen actitudes inadecuadas con las usuarias, y alrededor de un (45%) consideran que le trataron “bien”, Por ende la usuaria que no acude a la atención médica lo hace por insatisfacción al ser atendida. (1)

**TABLA No 20**

**TRATO RECIBIDO POR PARTE DEL SERVICIO DE SALUD EN GENERAL**

Datos obtenidos	Frecuencia	Porcentaje
Buena	61	43%
Mala	82	57%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 20**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En relación al trato que recibieron las usuarias por parte del Servicio de salud de esta unidad médica, se observa que el (57%) refirió que le trataron “mal”, sin embargo el (43%) refirió que le trataron “bien” entonces de los resultados expuestos, se evidencian la existencia de problemas en el trato de las usuarias, el cual no necesariamente puede concentrarse en el personal de salud, puesto que se puede centrar nuestra atención en otros grupos de trabajadores o empleados del Ministerio de Salud Pública.

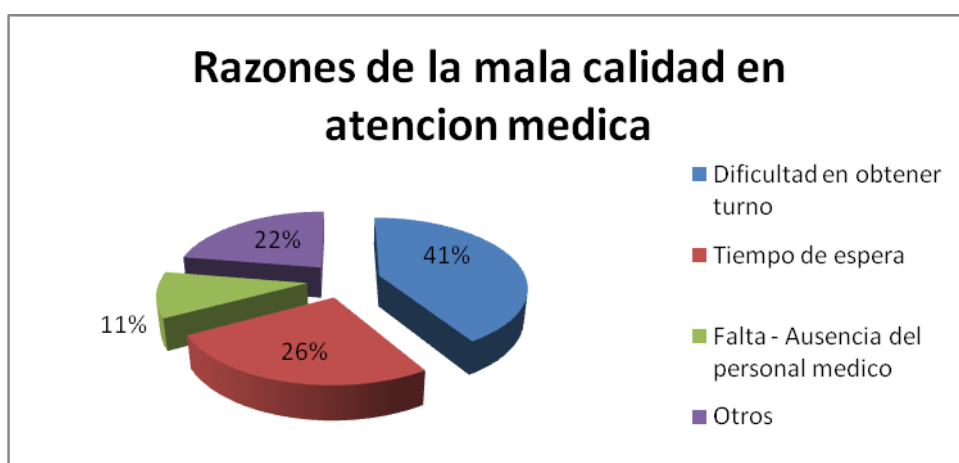
(4)

**TABLA No 21**

**RAZONES POR LAS QUE LA ATENCIÓN MÉDICA ES DE MALA CALIDAD**

<b>Datos obtenidos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Dificultad en obtener turno	59	41%
Tiempo de espera	37	26%
Falta - Ausencia del personal médico	15	11%
Otros.	32	22%
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO No 21**



**Fuente:** Grupo focal de mujeres embarazadas que acudieron a la atención médica.  
**Elaborado por:** Obsta. Oscar Abata, Imbabura 2010.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En referencia a las razones o causas de la mala calidad en atención médica observamos que la principal causa corresponde con el (41%) a la dificultad en obtener un turno, el (26%) corresponde al tiempo de espera previa a la atención médica, el (22%) a la falta o ausencia del personal de salud por no disponer del personal médico necesario para la atención médica y el (11%) corresponden a otras causas como la poca organización de este servicio de salud. La forma como las usuarias evalúan la calidad de atención médica esta relacionada con estas barreras. (1).

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 Conclusión.**

1. En esta investigación se determinó que los factores que inciden en las embarazadas a no acudir al servicio médico del Hospital Asdrúbal de la Torre, del Cantón Cotacachi, durante el período 2010 fueron los factores, sociales, culturales, geográficos, económicos y relacionados con los antecedentes de los servicios de salud, que dificultaron el acceso a la atención médica desde la perspectiva de las embarazadas. Por lo tanto la satisfacción o insatisfacción de las embarazadas para acudir a la atención prenatal pueden estar influenciadas por varios factores los cuales pueden ser modificados para mejorar la atención médica en este servicio de salud.

#### **Factores Sociales, Conclusiones**

2. La edad considerada en esta investigación como aspecto social se observó que el (27%) correspondió a las mujeres en edades relacionadas con la adolescencia media a tardía, obteniéndose un pequeño porcentaje que demostró la poca accesibilidad de las adolescentes embarazadas a la atención prenatal este grupo debe ser muy considerado ya que las adolescentes embarazadas pertenecen a sectores sociales muy desprotegidos y tienen características particulares. Aunque investigaciones realizadas en México sobre esta problemática han demostrado que la satisfacción de las usuarias al acudir los servicios de atención prenatal no está relacionada con su edad o género, pero debe

tenerse en consideración ya que la edad influye a la morbi-mortalidad materno e infantil.

3. Uno de los factores sociales relevantes en esta investigación es el estado civil de las mujeres embarazadas en donde se observo que el menor porcentaje correspondió al (20%) de mujeres solteras y el (15%) de mujeres separadas o disolución de su unión, supuestamente al carecer de una relación conyugal estable, contribuyendo a una causa social que incide en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención prenatal, ya que son identificadas como grupo de riesgo, trayendo como consecuencia, adolescentes embarazadas, embarazos no deseados que pueden dar lugar incluso al aborto donde juega un papel importante los aspectos personales, socioculturales, económicos de las usuarias.
4. En relación al nivel de instrucción educacional de las mujeres embarazadas los resultados obtenidos demostraron que el nivel de instrucción primaria correspondió al (36%) y de ninguna instrucción o analfabetas con el (13%) dando lugar a la falta de concientización de la importancia del control prenatal por lo que la instrucción educacional es una causa que incide en la embarazada a no acudir a la atención prenatal debido a su bajo nivel educacional establecida por la OMS como factor de riesgo, debido en que menor sea el nivel de instrucción educacional aumentan los riesgos durante la gestación.
5. Referente a la ocupación existe un considerable porcentaje con el (46%) correspondiendo a usuarias que laboran en diferentes áreas, donde consideramos que la mujer a pesar de estar embarazada trabaja, demostrándose así que las mujeres de este Cantón son mujeres económicamente activas pertenecientes a sectores populares como la agricultura, la artesanía, etc. mientras que el

(15%) de estas estudian es decir la ocupación en las embarazadas influyen a no acudir a la atención prenatal, es decir que la problemática de la mujer ecuatoriana es grave, no solo en el ámbito de la salud, sino en el ejercicio de otros derechos como en lo laboral.

6. En relación a la Clase Social a la que pertenece la mujer embarazada, los resultados obtenidos demostraron que el (41%) corresponden a mujeres embarazadas de clase social baja, Este aspecto se involucra mucho con la cultura y la sociedad de la embarazada ya que es un sector en la cual la economía influye en la sobrevivencia del ser humano, dando lugar a la pobreza, que junto a ello le acompaña la miseria, la ignorancia, etc.; por ende la clase social es un problema socioeconómico en donde la clase social baja incide en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención prenatal.
7. De acuerdo a la etnia de las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal el (51%) fueron de etnia mestiza, sin embargo recalcamos que el (38%) de mujeres embarazadas que acudieron fueron indígenas entonces la etnia o raza de alguna manera inciden en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención prenatal. Dado que el Ecuador es un país multiétnico y pluricultural, en donde existe una diversidad de estilos de vida, modernos y tradicionales, con comportamientos diferenciados frente a la salud sexual y salud reproductiva.

### **Factores Culturales, Conclusiones.**

1. En relación a los Factores Culturales es decir aquellas relacionadas a normas o hábitos de las mujeres embarazadas en esta investigación se considero el uso de la Medicina Tradicional en

donde los resultados obtenidos demostraron que el (22%) correspondieron en relación a las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal refirió que “SI” acuden también con la partera entonces este aspecto cultural si influye de alguna manera a que la mujer embarazada no acuda a la atención médica ya que el uso de servicios de parteras tiene antecedentes que responden al contexto social y cultural de diferentes localidades en nuestro país.

2. Es importante también tomar en cuenta las Razones personales por las que mujeres embarazadas no acuden a la atención médica, en donde los resultados obtenidos demostraron que el (47%) de las usuarias no accedían a la atención médica por Vergüenza, supuestamente por varias razones personales de la embarazada por ejemplo de que las vean embarazadas sobre todo las primigestas ya que están expuestas a embarazos no deseados, etc. Sin embargo el (37%) refirió que no acudió por la actitud machista de su pareja y falta de apoyo de sus familiares convirtiéndose estas actitudes en barreras que dificultan el acceso a la atención médica. Estas razones se deben considerar ya que inciden en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención médica.

### **Factores Geográficos, Conclusiones.**

1. Referente a los Factores Geográficos es decir aquellas causas relacionadas con el tiempo disponible para la atención médica, como la procedencia o lugar de residencia de la usuarias, también considerado como factor social, se observa que de las mujeres embarazadas que acudieron a la atención prenatal el (78%) correspondieron al sector urbano, supuestamente por la facilidad de acceso en llegar a la unidad médica, supuestamente por

pertenecer a una población económicamente activa y centros de polos de desarrollo, sin embargo el (22%) refirió que pertenece al sector rural considerada difícil en llegar a los servicios de salud por diferentes causas, ya que es considerada como situación de pobreza absoluta o crítica, por ende este factor puede incidir en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención médica.

2. Es importante la localización geográfica de los servicios de salud ya que es la razón por la cual el (74%) de las usuarias consideran que es difícil llegar al servicio de salud ya que dentro de las principales barreras que dificultan la atención médica por esta razón puede ser por la distancia que tiene que recorrer la usuaria para llegar a la Unidad de Salud, asociado al mal estado de los caminos y las carreteras, sobre todo aquellas que viven en el área rural. Mientras que el (22%) refirió que es el transporte. El transporte, que podría ser público o privado, es importante en el sector rural lo cual significa que acceden a los servicios si hay transporte. Existiendo concordancia con investigaciones anteriores de esta problemática las cuales determinan que en las zonas rurales del país en general, la distancia entre el domicilio y unidades de atención en salud se convierte en un limitante en el acceso a la atención en salud, por las dificultades de movilización.
3. En referencia al tiempo de traslado de las usuarias de su hogar a esta Unidad de salud, se puede observar que el (50%) tarda en llegar de 1 a 3 horas y el (6%) de 3 a 5 horas en donde estas usuarias supuestamente tuvieron que madrugar para acceder a la atención médica, por causas asociadas como su localización geográfica y el transporte, afectando principalmente al sector rural por su aislada ubicación, el (40%) tarda entre 0 a 1 horas, considerando a las usuarias que pertenecen al sector urbano por su fácil accesibilidad al servicio médico. El tiempo de trasladarse a



la unidad de salud es por lo tanto una barrera mas a considerar como limitante en las mujeres embarazadas para no acudir a la atención médica.

### **Factores Económicos conclusiones.**

1. Uno de los factores mas importantes en esta investigación es el Factor Económico debido a que representa para las usuarias el costo o gasto para acudir a la atención prenatal. Un aspecto relacionado con este factor en relación a la cantidad de dinero gastada por las usuarias que acudieron a la atención prenatal corresponde al (67%) a la atención gratuita, es decir que no se aplica en su totalidad la Ley de Maternidad Gratuita en esta unidad médica, mientras el (28%) gasto entre 6 a 10 dólares y entre 1 a 5 dólares y el (5%) gasto mas de 10 dólares, es decir que existe un gasto económico considerable que dificultan el acceso a la atención médica debido a la existencia de barreras económicas como el no disponer de dinero para realizarse algunos exámenes complementarios, medicación y de otras causa que se deben considerar, como el costo del transporte para su movilización, el costo de la alimentación durante la estancia en la Unidad de Salud y además de otros gastos, afectando a la integralidad de la atención en salud dentro del sistema público.
2. De los resultados obtenidos, se observo que el gasto dinero para realizarse algunos exámenes complementarios, corresponden al (64%), supuestamente por exámenes médicos que no lo realizan en la Unidad de Salud y de medicación, aparentemente por escases de estos, consideraremos nuevamente que no se cumple en su totalidad la Ley de Maternidad Gratuita responsabilidad del Gobierno Ecuatoriano y del MSP, sin embargo existen razones económicas propias de las usuarias que dificultan el acceso a la

atención médica como el gasto del transporte para su movilización con el (20%), el gasto de la alimentación durante la estancia en la Unidad de Salud con el (16%), convirtiéndose estas en barreras que inciden en la embarazada para no acudir a la atención médica.

**Conclusiones referentes a los antecedentes del servicio de salud que inciden en la embarazada a no acudir a la atención médica.**

1. En referencia a los Antecedentes del Servicio de Salud que inciden en las embarazadas a no acudir a la atención Médica, es decir aquellas causas atribuibles directamente al centro de salud, al personal de salud. Entre ellas resaltamos el trato que reciben las usuarias por parte del personal de salud del Hospital Asdrúbal de la Torre la mayoría refirió que fueron tratadas “mal” correspondiendo al (55%) de los resultados obtenidos, considerando que el personal de salud tienen actitudes inadecuadas con las usuarias, y no se preocupan por facilitarles el acceso a la atención prenatal, lo cual demuestra la influencia que tiene el comportamiento del personal de salud en las usuarias. Por ende la usuaria que no acude a la atención médica lo hace por insatisfacción al ser atendida en su consulta prenatal. Mientras que en relación al trato que recibieron las usuarias por parte del Servicio de salud en general de esta casa de salud, se observó que el (57%) refirió que le trataron “mal”, entonces de los resultados expuestos, se evidencian la existencia de problemas en el trato de las usuarias, el cual no necesariamente puede concentrarse en el personal de salud, puesto que se puede centrar nuestra atención en otros grupos de trabajadores o empleados del Ministerio de Salud Pública de esta Unidad de Salud.
2. En referencia a las razones o causas de la mala calidad en atención médica desde la perspectivas de las mujeres

embarazadas que acudieron a la atención prenatal de los resultados obtenidos se determinó que el (41%) refirió a la dificultad en obtener un turno, aparentemente por tener que madrugar para acceder a un turno, el (26%) corresponde al tiempo de espera previa a la atención médica, relacionado con el tiempo asignado a la obtención del turno, y al horario de atención, es decir el tiempo de espera es prolongado para las usuarias, el (22%) a la falta o ausencia del personal de salud por no disponer del personal médico necesario para la atención médica.

3. Los resultados obtenidos demostraron que la forma como las usuarias evalúan la calidad de atención médica que reciben en esta unidad de salud, esta relacionada con estas barreras descritas ya que inciden en las mujeres embarazadas a no acudir a la atención prenatal debido a que sus demandas de salud no son satisfechas y los servicios no aseguran la prioridad en la atención.
4. Por lo tanto para asegurar que una cantidad adecuada de atención médica sea accesible a las embarazadas se requiere un entendimiento de aspectos individuales, económicos, sociales y culturales de la comunidad, más aún en cantones como Cotacachi en donde el 30% de la población habla quichua. (4)
5. En base a los resultados de la presente investigación se plantea un programa de Educación Prenatal con énfasis en su importancia, a través de actividades, en un momento: concepcional respetando la cultura, con equidad de género. (Adjunto en anexos).

## 6.1 Recomendaciones

### Para el Personal de salud:

- ◆ Proponer a las autoridades del Hospital Asdrúbal de la Torre la aplicación de una programación de actividades educativas en relación con la salud prenatal a mujeres del Cantón Cotacachi, teniendo como referencia los resultados obtenidos de la investigación dirigida a hombres y mujeres con énfasis en Educación Concepcional, teniendo como estrategias principales el concientizar la importancia del control prenatal; identificación de los signos y síntomas de riesgo, contribuyendo a mejorar la calidad en la atención médica.
- ◆ Promover la calidez de la atención en toda la unidad de salud de manera que las embarazadas y resto de usuarios se sientan satisfechos con el personal que les atiende.
- ◆ Promover de manera continua los clubes donde se imparten charlas a las embarazadas, y se pueda abordar temas de interés que ellas requieran conocer o profundizar

### Para el Equipo de Dirección:

- ◆ Mejorar la organización de los servicios con el objetivo de reducir tiempos de espera y abordaje integral optimizando oportunidades en los contactos que hace la embarazada a la unidad de salud.
- ◆ Planificar el trabajo de terreno, con personal que presta atención directa, para el seguimiento de embarazadas inasistentes en coordinación con los Brigadistas de Salud y organizar otras acciones de seguimiento a las embarazadas.

- ◆ Supervisar y Monitorear de manera continua la calidad de los servicios específicamente los dirigidos a la atención integral a la mujer que mejor en la oferta y la demanda de la atención prenatal, así como la planificación familiar, promoviendo a su vez embarazos planificados y deseados.
  
- ◆ Gestionar recursos e insumos necesarios para garantizar a las embarazadas, los exámenes de laboratorio, medicamentos esenciales, ambientes adecuados de consulta y espera, así como las relacionadas al desarrollo del personal asistencial, y con ello fortalecer las buenas prácticas de prescripción y de atención.
  
- ◆ Adecuar la oferta de servicios de salud a la demanda de la población que permita que el porcentaje de población que está excluida del sistema, como las embarazadas que no acceden a servicios de salud, puedan tener atención médica de calidad y oportuna a través de la conformación de una red de servicios de salud que permita la mejor utilización de los prestadores de servicios de salud públicos y privados, respetando las prácticas de Medicina Tradicional de la zona y propiciando la complementariedad de los dos sistemas.

## CAPÍTULO VII

### FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Andino, P. Investigación Social, Teórica, Métodos y Técnicas (2da, ed.) Quito: 2002. Pág.: 13 – 45.
2. Báez, Sara. Cotacachi Capitales Comunitarios y Propuestas de Desarrollo Local. Primera Edición, Quito, Editorial Ana María Larrea, 2002. Pág. 43 – 45.
3. Cabero, L. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción Tomo 1, Madrid, España. Ed. Médica Panamericana. 2005 Pág.: 500 – 518.
4. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social CEPAR. Encuesta Demográfica de Salud materna e Infantil ENDEMAIN - 2004. Ecuador 2005. pág. 508.
5. Fuchf, S. Ginecología y Obstetricia, Barcelona, Ed. Salvat. 2002, Pág.: 681-704.
6. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, Protocolo de investigación elaborado a solicitud de OPS – OMS en el Ecuador. (2006).
7. Kroeger, Axel. Atención Primaria de Salud, Principios y Métodos. Segunda edición, México D.F., Editorial Pax México, 2005. Pág.; 39 – 44.
8. Pineda, Elia. Metodología de la Investigación. Tercera edición, Loja – Ecuador, Editorial UTPL, 2009.
9. Romero, Servio. Investigación en Salud. Primera edición, Loja – Ecuador, Editorial UTPL, 2009.
10. Schwarz, R, (2005). Obstetricia, (6ta, ed.) Buenos Aires, Argentina. Ed. El Ateneo. Pág.: 175 – 179.
11. Varley, H, y Kriebs, J, (2006). Partería Profesional (4ta, ed.) Ed. OMS, OPS. Pág.: 693 - 698.

**WEB:**

12. Amnistía Internacional México. Informe al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 19 de agosto de 2006. Disponible en Web: <http://web.amnistia.org.mx/prensa/section.php?name=articulo&id=382>
13. Asamblea de la Salud de Los Pueblos. Declaración para la Salud de los Pueblos, Declaración Aprobada por primera vez y abierta para respaldo en la reunión de la Asamblea en Savar, Bangladesh en diciembre 2007. Disponible en Web: <http://www.phmovement.org/charter/pch-spanish.html>
14. Becerril, Julita. Plan estratégico 2001-2006 en LETRA S, Septiembre 6 de 2006. Disponible en Web: [www.notiese.com](http://www.notiese.com)
15. Camila Chaparro Chessa Lutter / A Virginia Camacho Hubner. Prácticas esenciales del parto para la salud y la nutrición de la madre y el recién nacido. 2007- 11-01. Disponible en la Web: [www.paho.org/Spanish](http://www.paho.org/Spanish).
16. Catino, Jennifer y Langer, Ana. Un Análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano, en The Lancet, 2007. Disponible en Web: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
17. Comisión de Derechos Humanos de la ONU, en la Página de Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres. 14 de abril de 2005. Disponible en Web: <http://espanol.iwhc.org/recursos/akenova.cfm>
18. Comisión Académica. Resumen de Normas APA – UPEL. 2008. Disponible en Web: <http://www.scribd.com/doc/6507756/Normas-Apa-Upel>.
19. CLAP/SMR OPS/OMS. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. 2005. Disponible en la Web: [www.clap.ops-oms.org](http://www.clap.ops-oms.org)
20. De la Cruz Dora Alicia. La discriminación a mujeres en trabajo de parto, viola *DH*, en CIMAC, México DF, 6 de abril de 2006. Disponible en Web: [Victoriacimacnoticias.com/noticias/06abr/06042802.html](http://Victoriacimacnoticias.com/noticias/06abr/06042802.html)
21. El Congreso Nacional del Ecuador. Ley de Maternidad Gratuita y atención a la Infancia. 9 de septiembre del 2006. Disponible en Web: <http://eva.utpl.edu.ec/door/uploads/197/197/index.html>

22. Ferraz Dobarro; María, Conceptualización de la violencia de género, S/C de Tenerife, abril de 2006 Disponible en web: [www.periodismosocial.org.ar/documentos/Herramientas%20bis3.doc](http://www.periodismosocial.org.ar/documentos/Herramientas%20bis3.doc)
23. Germán, Adrienne. Primero emancipar, en Revista "Our Planet", octubre de 2005 tomado de la página de Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres. Disponible en Web: <http://espanol.iwhc.org/recursos/akenova.cfm>
24. González, Miriam. Muerte Materna: El precio de ser madre, en CIMAC, México, DF 6 de marzo de 2006. Disponible en Web: [cimacnoticias.com/noticias/06mar/06.html](http://cimacnoticias.com/noticias/06mar/06.html)
25. INSP. Inequidad de los servicios de salud a la población abierta en México, en Sitio del Instituto Nacional de Salud Pública, México 2008. Disponible en web: [www.Insp.mx](http://www.Insp.mx)
26. Ipas. La salud de la mujer, en IPAS. 2007. Disponible en web: [http://www.ipas.org/spanish/womens\\_health/default.asp](http://www.ipas.org/spanish/womens_health/default.asp)
27. La Interculturalidad en el Sistema Cantonal de Salud. Ecuador. Concepto de atención prenatal. 11 de abril del 2005. Disponible en la Web: [www.Larchsr/org/es/thesaurus](http://www.Larchsr/org/es/thesaurus).
28. Magali Silva. Violan servicios de salud los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, en CIMAC, México DF, 29 de octubre de 2006. Disponible en web: <http://www.cimac.org.mx/noticias/99oct/99102901.html>
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención prenatal en el primer nivel de atención. 11 de abril 2005. Disponible en la Web: [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención Materno – Neonatal. Junio del 2008. Disponible en la Web: [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec).
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Transformación Sectorial de la Salud en el Ecuador (TSSE). Agosto 2009. Disponible en la Web: <http://www.msp-tsse.gov.ec/docs/doc5.pdf>



32. MNPI. Herramienta para la Incidencia Política en la Salud Materna de Ecuador. Índice de esfuerzo de Programa Materno y Neonatal. 2005. Disponible en Web:  
[http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Ecuador\\_MNPI.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Ecuador_MNPI.pdf)
33. Nacer Latinoamericano: Medicina, materno, feto neonatal. Información de Latino América y El Caribe. Causas de Mortalidad Neonatal. 2008. Disponible en la Web:  
[www.nacerlatinoamericano.org/](http://www.nacerlatinoamericano.org/)
34.  
Staff Wilson, Mariblanca. Mujer y Derechos Humanos, KO'AGA ROÑE'ETA se.viii 2004. Disponible en web:  
<http://www.derechos.org/koaga/viii/staff.html>
35. S.P. investigación y Estudios Quito. Estudio para la determinación del Grado de Satisfacción de los usuarios de los Servicios que presta el Ministerio de Salud. 2008. Disponible en la Web:  
<http://bvs2.insp.mx/componen/svirtual/boprime/v2n0900/02.htm>
36. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. No cumplimiento a citas en atención prenatal de las embarazadas. Junio 2006. Disponible en Web: <http://>
37.  
UNFPA. El estado de la población mundial 2004, Fondo de Población de las Naciones, 2004. Disponible en web:  
[unfpa.org/SWP/2004/español.htm](http://unfpa.org/SWP/2004/español.htm)



