

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ECUADOR**

**MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS CON MENCIÓN EN GESTIÓN DEL
DESARROLLO**

CONVOCATORIA 2002 - 2004

Adaptación de los procesos de implementación de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia a las necesidades de atención de emergencias obstétricas,
En el cantón Tulcán – Provincia del Carchi, estudio de caso.

AUTOR:

EDISON WILMER IPIALES CELÍN

NOVIEMBRE 2008

ASESOR DE TESIS:

Dr. Edgar Rojas

LECTORES DE TESIS:

Dr. Marcos Maldonado

Dr. Nelson Laspina

Tulcán, Febrero – Octubre 2005

ÍNDICE

RESUMEN	1
----------------------	----------

CAPÍTULO I

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
--	----------

CAPÍTULO II

2 MARCO TEÓRICO	13
2.1 LOS MUNICIPIOS.....	24
2.2 LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.....	25
2.3 EL GOBIERNO CENTRAL.....	29
2.4 LOS Y LAS USUARIAS.....	30

CAPÍTULO III

3 OBJETIVOS.....	32
-------------------------	-----------

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA	33
----------------------------	-----------

CAPÍTULO V

5 RESULTADOS.....	41
5.1 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PROPOSICIONES PROBLEMÁTICAS.....	41
5.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO A MUJERES QUE UTILIZARON EL SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL GABRIEL DÁVILA.....	44
5.3 RESULTADOS OBTENIDOS EN ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES	60
5.4 RESPUESTAS OBTENIDAS DE LOS INFORMANTES CLAVES DEL HOSPITAL LUÍS GABRIEL DÁVILA	60
5.5 RESPUESTAS OBTENIDAS DE INFORMANTES CLAVES - ORGANIZACIÓN DE MUJERES	65

CAPÍTULO VI

6 CONCLUSIONES.....	66
----------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	78
ANEXOS	80
ANEXO 1	81
ANEXO 2	83
ANEXO 3	88
ANEXO 4	89
ANEXO 5	90

RESUMEN

Al fin del estado de bienestar y de los sucesivos procesos de reforma del estado, ha seguido el crecimiento progresivo de los mercados que desde la década de los ochentas se han convertido, cada vez más, en el mecanismo de distribución de la riqueza de los últimos tiempos; sin embargo, por ser individualista y competitivo, ha generado desigualdades en esta distribución, así, los grupos con mayores capacidades han obtenido mayores riquezas, mientras los más vulnerables poco a poco han sido excluidos económicamente y luego socialmente.

En este contexto, las poblaciones maternas e infantiles se encuentran en condición de vulnerabilidad, a más de enfrentar las adversidades económicas y sociales de este sistema basado en los mercados, se ven sometidas a adversidades originadas en procesos de discriminación estructural de las instituciones del estado.

Estos fenómenos han sido identificados y estudiados ampliamente, los resultados obtenidos demandan del estado la generación de Políticas Sociales que mejoren las capacidades y oportunidades de estos grupos poblacionales.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) se ha convertido en una de estas Políticas Sociales que en esencia busca reducir la mortalidad materna e infantil, emitida en 1996, operativamente dispone dar atención sanitaria a las mujeres en periodo de gestación, niñas y niños menores de cinco años a través de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública.

De esta forma, el cumplimiento de los objetivos de la LMGAI dependerá del nivel de desempeño de los servicios del MSP, sin embargo, es conocido ampliamente que esta red pública apenas logra cubrir entre el 30 y 35 % de la población y a esta población se le ofrece servicios algunas veces cuestionados

Desde este punto de vista, el presente trabajo buscó evidenciar, a través del estudio de un caso, el nivel de desempeño de un servicio frente a las necesidades de atención de

una de las prestaciones que garantiza la LMGAI, la atención de las emergencias obstétricas.

Para esto se eligió al servicio de emergencia del Hospital Luís Gabriel Dávila, este es el hospital de referencia de la provincia de Carchi, ubicado en la ciudad de Tulcán de donde se seleccionaron 45 atenciones de emergencias obstétricas realizadas durante el 2003.

De los casos seleccionados se analizaron, la accesibilidad (resultado de la disponibilidad y calidad de los recursos) como variable del servicio de salud; y el acceso o capacidad de uso, como variable de las usuarias.

La relación de las variables planteadas determinó el uso y satisfacción, en última instancia fue el parámetro utilizado para determinar la adaptabilidad del servicio a las demandas de la LMGAI y de las usuarias.

Los hallazgos encontrados evidencian una alta inadaptabilidad del servicio a las demandas de la LMGAI, a pesar de haberse usado el servicio y por tanto ser beneficiarias de la Ley, factores identificados como el tipo de atención y la forma como lograron obtener esta atención, no estarían aportando con mejores capacidades y oportunidades para este grupo con características de vulnerabilidad.

A partir de estos hallazgos se sugieren algunas acciones orientadas al mejoramiento de la accesibilidad del servicio de emergencia del Hospital Luís Gabriel Dávila que permitan una mejor adaptabilidad a los mandatos de la Ley, así como, a las necesidades de las mujeres que demandan este tipo de servicio, solo de esta manera se estaría aportando elementos para lograr los objetivos de la LMGAI.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Históricamente, las sociedades han ido moldeando los cuerpos, identidades y conductas de sus integrantes; para esto, se han implementado complejos procesos biopolíticos que, en última instancia, han buscado satisfacer los intereses de los grupos hegemónicos.

Si bien los modelos sociales en la actualidad son estructuras polimorfas y prostéticas, una especie de cyborg¹ síntesis de fragmentos importantes y vitales de las culturas del mundo, importadas por procesos globalizantes sobre el territorio imaginario y político, continúan respondiendo a grupos hegemónicos que han consolidado su poder en la información y la globalización, moldeando las estructuras sociales, los cuerpos e identidades, de género, de raza o nacionalidad, a través de complejas tecnologías biopolíticas. (1)

En este contexto, conforme los grupos hegemónicos progresivamente homogenizan las sociedades y culturas, las personas han ido adoptando conductas que responden a los intereses de estos grupos, las mismas que a lo largo del tiempo se han convertido en una de las condiciones económicas, sociales, biológicas y políticas de desigualdades sociales muchas de las cuales han sido calificadas como injustas.

Estos fenómenos son el resultado de la progresiva reducción del mantenimiento social de la vida, que demanda insistentemente el proceso de globalización de los mercados, transfiriendo esta responsabilidad desde el Estado hacia las familias y, en particular, para las mujeres (2, 3, 4). Estas desigualdades, cada vez más visibles, han generando conciencia en las poblaciones más vulnerables que resisten frente a fenómenos como la discriminación, la exclusión, la marginalidad y la permanente violación de los derechos humanos.

¹ Nombre dado en 1960 por Mandred Clynes a una rata de laboratorio a la que se le había implantado un sistema de control cibernético.

Esta redistribución de la responsabilidad social del cuidado de la vida ha afectado directamente a las mujeres, ya que mientras más intensa es su incursión en el ámbito productivo-público, más reducido es el apoyo recibido por el Estado para enfrentar el ámbito reproductivo-doméstico, donde la mujer ha seguido desempeñándose.

Frente a estas circunstancias, en la mayor parte de los casos, ellas ven duplicadas sus actividades, encontrándose en la necesidad de desarrollar múltiples estrategias que les permitan desempeñarse tanto en el ámbito productivo, como en el reproductivo; por lo que, intensifican su jornada laboral, realizan varias tareas simultáneamente, reducen su tiempo de ocio o de compran servicios en el mercado, donde a menudo quienes ofertan estos servicios son mujeres de generaciones anteriores o en peores condiciones socioeconómicas.

Esta reducción progresiva de la responsabilidad social del Estado, ha afectado principalmente las mujeres más vulnerables, deteriorando sus recursos internos (autoestima, confianza en sí misma, habilidad de liderazgo, capacidad para expresar intereses propios y para planificar) y la posibilidad de apropiación de los derechos sexuales y reproductivos;² lo que, en definitiva, influye directamente en su estado de salud. (5)

La afectación del estado de salud generalmente se expresa a través de los niveles de mortalidad o morbilidad, sin embargo, la discapacidad es más frecuente, pero difícil de medir por lo que casi siempre se infra-representa e invisibiliza (6); otro motivo de invisibilización, sobre todo de la salud sexual y reproductiva, es la habitual reducida notificación (Faveau y Blanchet 1989) y en este contexto, reducida disponibilidad de datos (Heise, Pitanguy y Germain 1994; World Health Organization 1998).

La reducida notificación probablemente sea consecuencia del temor al rechazo, estigmatización social y a la dificultad de los servicios de salud para atender estos problemas y sus factores de riesgos, como la desnutrición, violencia intrafamiliar,

² Derecho a la maternidad sin riesgo, a planificar la familia, a conocer a fondo todos los aspectos de la salud reproductiva y la sexualidad.

enfermedades de transmisión sexual, VIH SIDA, aborto, depresión y trastorno por estrés postraumático. (6)

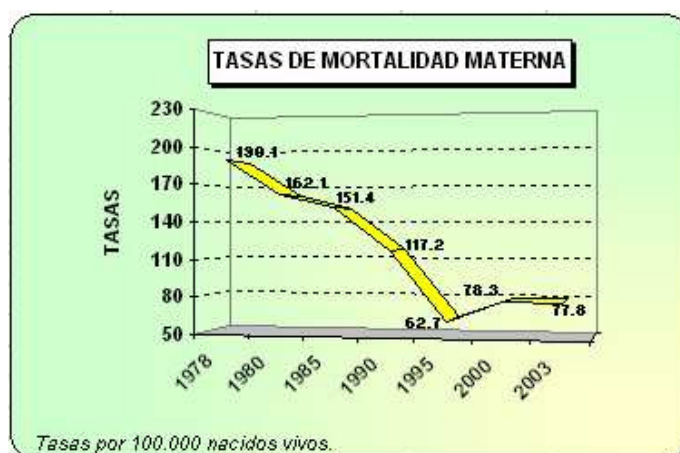
En este contexto, la visibilización de esta problemática debería ser el paso previo que permitiría un mejor entendimiento de las necesidades de salud de las mujeres, y una adecuada atención en los servicios de salud, que por estas circunstancias, ha presentado una reducida accesibilidad. (7, 8, 9, 10)

Por estos motivos, pero además, por el fraccionamiento y la segmentación del Sistema de Salud ecuatoriano, unos servicios de salud son más inaccesibles que otros a la población más vulnerable, lo que ha determinado desigualdades injustas en la accesibilidad. Por esta razón, las instancias involucradas del estado de han visto impulsadas a generar políticas públicas que reduzcan estas desigualdades de la accesibilidad de los servicios públicos de salud.

De políticas públicas generadas en los últimos años, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), se ha convertido en la vanguardia de la expresión social que busca mejorar las capacidades y oportunidades de grupos poblacionales vulnerables como los niños y niñas menores de cinco años y las mujeres gestantes.

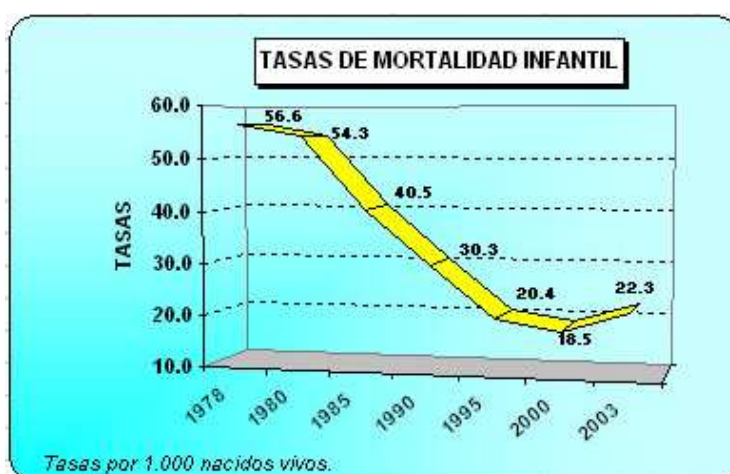
La LMGAI se ha implementado desde hace once años en el país, en un contexto de reformas de Estado, de movilización social por la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de gran inestabilidad política (11). La esencia de esta Ley es que su cumplimiento mejorará: la accesibilidad económica al garantizar la gratuidad de los servicios; la disponibilidad permanente del servicio; la accesibilidad geográfica al disponer que los municipios asignen recursos para el transporte de las emergencias obstétricas y pediátricas; lo que, en definitiva, incrementaría la utilización de los servicios públicos de salud y a través de estos se mejorarían el estado de salud de las mujeres, niños y niñas menores de cinco años, expresándose en el mejoramiento de indicadores de morbilidad y mortalidad (11, 12). Sin embargo, tras un periodo de implementación de 11 años, la tendencia de los indicadores de morbilidad materna e infantil no ha variado significativamente.

Gráfico 1. Tendencia de la Tasa Mortalidad Materna a nivel nacional durante los últimos veinte años, tasa por 100000 nacidos vivos.



Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones - INEC 2007

Gráfico 2. Tendencia de la Tasa de Mortalidad Infantil a nivel nacional durante los últimos veinte años, tasa por 1000 nacidos vivos.



Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones - INEC 2007

Los resultados mostrados son contradictorios ya que, por una parte, se ha observado una tendencia ascendente en la mortalidad materna e infantil a partir del año 2000, y por otra parte, las autoridades sanitarias aseguran haber beneficiado a 4'500.000 personas hasta el 2002 con las prestaciones del la LMGAI (12), lo que significa que entre 1995 y 2002 se habrían beneficiado entre 600.000 y 700.000 personas por año, es decir 5,4% de la población por año, 34,6% de la población cubierta durante este periodo de tiempo.

Por otra parte, la tasa de mortalidad materna presenta gran dispersión, así, mientras el promedio nacional en los últimos años no ha superado las 100 muertes por 100,000 nacidos vivos (13, 14), en cantones como Tulcán en el 2002, fue de 204 muertes por 100.000 nacidos vivos.³ Esta alta tasa de mortalidad materna en el Cantón Tulcán durante el 2002, fue consecuencia de cuatro muertes maternas registradas durante este año.

Un análisis de las muertes presentadas en el cantón Tulcán durante el 2002 muestra que estas resultaron de complicaciones obstétricas, que desencadenaron una emergencia obstétrica, que requirió atención urgente.

Tabla 1. Muertes Maternas reportadas en el cantón Tulcán durante el año 2003

Años de edad	Lugar de la muerte	Residencia habitual	Causa de la muerte
34	Ibarra	Tulcán	Eclampsia*
39	Tulcán (Hospital Luis Gabriel G. Dávila)	Tulcán	Sangrado genital placenta previa
16	Tulcán (Hospital Luis Gabriel G. Dávila)	Sucumbíos	Aborto completo sepsis
40	Chical	Chical	Hemorragia vaginal**

*En el trayecto de transferencia desde el hospital G. Dávila hacia el hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra.

**Muerte sin certificación médica, informado al registro civil a través del teniente político de la parroquia.

Fuente: Registros del Comité de Vigilancia de Muerte Materna del Área de Salud N° 1 del Carchi, 2003.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín.

³ $4 \text{ (muertes maternas en el 2003)} \times 100.000 = 204 \text{ muertes maternas} \times 100.000 \text{ nacidos vivos } 1965$
(número de nacidos vivos el 2003)

Tasas de Mortalidad Materna nacionales y de la provincia del Carchi entre 1995 y 2001. Número de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Fuente: Anuarios INEC.

Años	Carchi	País
1995	368.5	93.8
1996	74.5	106.5
1997	256.2	95.4
1998	238.8	76.9
1999	204.2	95.8
2000	164.2	114.7
2001	361.3	97
Promedio periodo	238.2	97.2

La revisión de las historias clínicas de estas muertes maternas mostró que:

- La primera muerte sucedió por retraso en la transferencia desde el hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, al Hospital de la ciudad de Ibarra.
- En la segunda muerte no se realizó oportunamente el diagnóstico.
- En la tercera, no se contó con los medios tecnológicos para una atención adecuada.
- En la cuarta no se contó con transporte oportuno para acceder a la atención hospitalaria.

Estas observaciones arrojaron evidencia que llevan a concluir que en el cantón Tulcán existen problemas en el diagnóstico, tratamiento y transporte oportuno de las emergencias obstétricas.

La atención de las emergencias obstétricas es estratégica en la reducción de la mortalidad materna, ya que su cumplimiento requiere, fundamentalmente, disponibilidad permanente de recursos e infraestructura, oportuna y adecuada. Ya que, generalmente, las emergencias obstétricas son consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o postparto que requirieron atención médica o quirúrgica inmediata (15, 16, 17, 18).

Adicionalmente, la atención de las emergencias obstétricas requiere el cumplimiento efectivo de procesos que operacionalizan la LMGAI:

- Gestión de recursos: transferencias, justificaciones, adquisiciones e información.
- Prestación de los servicios de salud, que debe garantizar:
 - La accesibilidad económica al garantizar la gratuidad de los servicios.
 - La disponibilidad permanente del servicio.
 - La efectividad del servicio.
 - La calidez humana en la realización del servicio.
 - La continuidad de la atención.
 - La globalidad e integralidad de la atención.

- Transporte de las emergencias obstétricas, que debe ser financiado con recursos de los Municipios, lo cual garantiza la accesibilidad geográfica.
- Promoción de los servicios como un derecho.

Estos procesos deberían cumplirse como un medio para satisfacer las necesidades de las usuarias, para lo que se requerirá un mejoramiento continuo de la utilización de los servicios públicos de salud y de participación ciudadana.

Las muertes maternas referidas se presentaron en el cantón Tulcán⁴ donde funciona el Hospital Luis Gabriel Dávila que es el único centro de atención público de segundo nivel.⁵ Este hospital fue construido a inicios del siglo XX, por lo que gran parte de su infraestructura tiene más de 60 años. Cuenta con una sola planta, donde funcionan al menos cuatro especialidades (cirugía, clínica, pediatría y gineco-obstetricia) circunstancialmente y dependiendo de la disponibilidad de recursos humanos calificados (generalmente especialistas devengantes de beca), se habilitan otras especialidades, entre las que se encuentran: traumatología, fisioterapia, terapia intensiva, psiquiatría y otras.

A cada servicio se le ha asignado un número de camas para hospitalización, denominadas camas de dotación normal. Este número fue calculado de acuerdo a la población de cobertura.

⁴ El cantón Tulcán es uno de los seis cantones que conforman la provincia del Carchi, su cabecera cantonal es la ciudad de Tulcán que también es la capital provincial. Se encuentra ubicada al extremo norte de la sierra ecuatoriana, limita al norte con Colombia, al sur los cantones de Mira, Espejo, Montúfar y Huaca, al este, la provincia de Sucumbíos y al oeste, la provincia de Esmeraldas.

⁵ Segundo nivel de atención, aquí se realizan procedimientos de mayor complejidad, solucionando los problemas que en el primer nivel no pudieron ser resueltos, generalmente corresponde a hospitales cantonales y provinciales.

En este cantón, funcionan servicios de salud de varios tipos: públicos, entre los que se cuentan los del Ministerio de Salud Pública, Seguro Social, dispensarios del ejército; privados, sin fines de lucro (Cruz Roja Ecuatoriana) y con fines de lucro (consultorios y clínicas).

TABLA 2. Número de camas hospitalarias de dotación normal por servicios del H. G. Dávila para el 2000.

Tipo de camas	Total	Clínica	Cirugía	Ginecología y obstetricia	Pediatría y neonat.
Camas de dotación normal	115	30	40	20	25

Fuente: anuario de estadísticas hospitalarias –egresos y camas- INEC 2000

Como la LMGAI se operacionaliza en la red de servicios del MSP, que hasta la fecha son los únicos (con raras excepciones)⁶ que la implementan, entonces, en el cantón Tulcán la atención de la emergencias obstétricas (garantizadas por la Ley) se realizan en el hospital Luis Gabriel Dávila, único servicio permanente en el cantón Tulcán.

En este contexto, tanto por que el MSP a través de su red de servicios de salud entregan las prestaciones garantizadas por la LMGAI; como por que la información disponible revela que no se ha visto mejoramiento en la reducción de la mortalidad materna, resulta pertinente investigar el proceso de implementación de la LMGAI en una caso concreto, “la atención de la emergencias obstétricas en el hospital Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán.

Para llevar adelante esta investigación se realizará un análisis del nivel de desempeño del servicio de emergencias del Hospital Luis Gabriel Dávila; este tipo de análisis involucra factores de diferente naturaleza, sin embargo, los relacionados con la variable utilización del servicio resulta clave es este análisis.

La utilización de un servicio de salud es un tipo específico de acción social, es una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos

⁶ Cabe aclarar que, a pesar de existir la permisibilidad legal para que la prestación de servicios sea realizada por ONGs sin fines de lucro u otros organismos públicos, hasta la fecha, salvo pocas excepciones, la implementación de la LMGAI se la hace a través de los servicios del Ministerio de Salud Pública (MSP).

construyen a través de la interacción social,⁷ mientras mejor adaptados se encuentren los factores de esta interacción habrá mayores probabilidades de que los servicios de salud sean utilizados, con lo que el nivel de desempeño sea mayor e indirectamente se podría intuir el impacto de la implementación de la LMGAI.

Para alcanzar un nivel de utilización que influya en el nivel de desempeño la atención de las emergencias obstétricas, el Servicio de Salud debe dar cumplimiento efectivo de procesos que operacionalizan la LMGAI, así como, adoptar ciertas características que influyan en la conducta de utilización como mecanismo de respuesta frente a las necesidades de atención. En este contexto, se podría decir que del como los servicios se hallen estructurados, dependerá la conducta de su utilización, la primera pregunta es ¿Los servicios de salud del MSP han sido creados para promover una conducta de utilización?

Con estos antecedentes, este trabajo pretende aportar con una metodología de análisis, así como elementos que permitan identificar causas de los resultados hasta ahora disponibles en la implementación de la LMGAI, que como se argumenta, estarían fuertemente determinados por el nivel de adaptación del servicio a las necesidades de la población.

⁷ El término utilización se define como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada, igualmente la utilización de un servicio sanitario es la sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa su utilización. Mechanic formuló, el concepto de la conducta del enfermo (*illness behavior*), definido como la forma en que los síntomas, diferencialmente percibidos, pueden llevar a diferentes reacciones en los individuos; si bien es cierto, la enfermedad es un motivante para utilizar los servicios de salud, sin embargo, no es el único, en esta conducta entran en juego una intrincada red de factores que una vez activados conllevan a la decisión de utilizar o no un servicio, en este sentido, Anderson sugirió que la utilización de servicios es el resultado de tres variables, agrupadas de la siguiente manera: a) la necesidad de atención médica (desde el punto de vista tanto del paciente como del personal de salud); b) los factores predisponentes, conformados por variables sociodemográficas asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como edad, sexo, composición familiar, clase social, ocupación, etcétera; c) los factores capacitantes, que se asocian a la condición socioeconómica, ya sea en el ámbito familiar (ingresos, ahorros, seguros médicos), o comunitario (disponibilidad, accesibilidad, etc.) A partir de estas reflexiones es claro que la utilización de los servicios de salud es, esencialmente, un campo de la conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental, por este motivo, las características de los servicios manifestadas objetiva o subjetivamente, explícita o implícitamente, serán determinantes en la toma de decisión de uso del servicio. Por lo tanto, la utilización de los servicios se debe considerar no sólo como un hecho social (determinado por variables externas a los individuos), sino como un tipo específico de acción social, es decir, como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social.

En este contexto, se plantea las siguientes preguntas:

- ¿Cómo es el proceso de implementación de la LMGAI en el servicio de emergencias obstétricas del Hospital Luis Gabriel Dávila del cantón Tulcán?
- ¿Cuál es el nivel de adaptación entre la atención entregada por el Servicio de Salud y las necesidades de atención de las usuarias?
- ¿Cuáles serían los factores y correlaciones causales de una inadecuada atención de las emergencias obstétricas en el Hospital Luis Gabriel Dávila del cantón Tulcán?

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La afectación de la salud sexual y reproductiva influye directamente en el estado general de la salud de las mujeres. Se ha podido determinar que, en los países en desarrollo, tanto la morbilidad asociada al parto obstruido, como la infección por clamidia, la sepsis puerperal y el aborto, representan alrededor del 12 % del total de años de vida perdidos asociados a discapacidad (AVAD). (6)

Tabla 3. Diez causas principales de AVAD perdidos durante 1990 por mujeres y hombres adultos (15–44 años) de las regiones en desarrollo

Mujeres	AVAD (‘000)	% acu- mulativo	Hombres	AVAD (‘000)	% acu- mulativo
Todas las causas	177.227	100	Todas las causas	180.211	100
Depresión mayor unipolar	22.740	12,8	Depresión mayor unipolar	12.658	7,0
Tuberculosis	8.703	17,7	Accidentes de tráfico	11.387	13,3
Anemia ferropénica	7.135	21,8	Tuberculosis	10.747	19,3
Lesiones autoprovocadas	6.526	25,5	Violencia	9.844	24,8
Parto obstruido	6.033	28,9	Consumo de alcohol	8.420	29,4
Infección por clamidia	5.364	31,9	Guerra	7.448	33,6
Trastorno bipolar	5.347	34,9	Trastorno bipolar	5.601	36,7
Sepsis puerperal	5.226	37,8	Lesiones autoprovocadas	5.478	39,7
Guerra	4.934	40,6	Esquizofrenia	5.068	42,5
Aborto	4.856	43,4	Anemia ferropénica	4.898	45,3

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadro 5.4. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

Por otra parte, en los países desarrollados, las principales causas de AVAD en mujeres en edad reproductiva, no están asociadas a problemas en la salud sexual o reproductiva.

Tabla 4. Diez causas principales de AVAD perdidos durante 1990 por mujeres y hombres adultos (15–44 años) de las regiones desarrolladas

Mujeres	AVAD ('000)	% acumulativo	Hombres	AVAD ('000)	% acumulativo
Todas las causas	24.674	100%	Todas las causas	36.943	100
Depresión mayor unipolar	4.910	19,8	Consumo de alcohol	4.677	12,7
Esquizofrenia	1.450	25,7	Accidentes de tráfico	4.167	23,9
Accidentes de tráfico	1.137	30,3	Depresión mayor unipolar	2.664	31,1
Trastorno bipolar	1.106	34,7	Lesiones autoprovocadas	2.072	36,8
Trastornos obsesivo-compulsivos	933	38,5	Esquizofrenia	1.578	41,0
Consumo de alcohol	801	41,7	Abuso de sustancias	1.404	44,8
Artrosis	783	44,9	Violencia	1.196	48,1
Infección por clamidias	599	47,3	Cardiopatía isquémica	1.160	51,2
Lesiones autoprovocadas	569	49,6	Trastorno bipolar	1.135	54,3
Artritis reumatoide	549	51,8	VIH	911	56,7

Fuente: Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996) *The global burden of disease series*, cuadro 5.4. Boston, MA: Harvard School of Public Health.

Esta evidencia hace pensar que el estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres está directamente relacionado con factores asociados al nivel de desarrollo de los países, como, los vinculados al cuidado de la vida, contextos conductuales, sociales, económicos y patrones de comportamiento muy dependientes del género. (6)

Sin embargo, lograr evidenciar estas relaciones de causalidad del estado de salud de las mujeres ha resultado sumamente complicado, entre otras, por las siguientes razones:

- Utilización de metodologías que invisibilizan la causalidad del estado de salud de las mujeres, al utilizar enfoques que no logran capturar la realidad completamente, limitándose al análisis individualizado y parcial, que no considere aspectos, tales como las tareas habituales de las mujeres, la atención a los demás y su particular responsabilidad en la reproducción (Anand y Hanson 1997), entre estas metodologías se mencionan:
 - La determinación de la Carga Global de Morbilidad.
 - Estudios de incidencias y prevalencias, que producen resultados sesgados. (7)

- La mayoría de los análisis no utilizan variables, como la de la discapacidad.⁸
- Reducida notificación de casos, consecuencia de:
 - Diagnósticos inadecuados e inoportunos de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), debido a casos asintomáticos o presencia de síntomas difíciles de reconocer.
 - No uso de los servicios por el temor a la estigmatización social.

A pesar de las dificultades de visibilizar las causas del estado de salud de las mujeres, los efectos son bastante evidentes. Así se ha logrado determinar que, del total de las muertes maternas, el 25% se producen por hemorragias genitales, el 15% por sepsis, el 12% por desórdenes de hipertensión durante el embarazo, el 8% por trabajo de parto obstruido, el 13% por aborto y el 20% por exacerbación de enfermedades⁹ durante el embarazo. (19)

Estos efectos se hacen visibles en mujeres que se encuentran en estado de gestación o embarazo, parto o puerperio; que son estados vitales que en cualquier momento pueden presentar complicaciones o eventos patológicos que perturban el normal desarrollo (18).

Las complicaciones pueden ser enfermedades o accidentes del embarazo, parto patológico y alumbramiento patológico (anexo 1). Es posible que se presenten una o varias complicaciones en cualquier momento y generalmente son motivos de búsqueda de atención sanitaria.

⁸ Respecto a la morbilidad debe considerarse la afectación (La ICIDH define la afectación según el órgano o aparato, la magnitud de la secuela que produce y el impacto ejercido en el funcionamiento de la persona), el impedimento (conjunto de consecuencias de la enfermedad, que dependen del entorno social). El ejemplo citado por Murray (1994) resulta útil para diferenciar las tres entidades: "... la pérdida de un dedo o de un ojo es una afectación. La discapacidad consiguiente puede ser la pérdida de la función motora fina o de la visión... según esta terminología, la pérdida de la función motora puede ser un impedimento mayor para un violinista que para el cajero de un banco" (Murray 1994, pág. 11).

⁹ Tales como malaria, la anemia por deficiencia de hierro, la hepatitis, la tuberculosis o enfermedades cardíacas.

Muchas de estas complicaciones pueden identificarse o predecirse durante los controles prenatales, y en este sentido, tienen una gran oportunidad de ser prevenidas; sin embargo, un porcentaje reducido de ellas pueden evolucionar a emergencias obstétricas, mismas que se presentan inesperadamente y requieren atención urgente, ya que ponen en peligro la vida de la mujer gestante. (18)

Por lo general, las emergencias obstétricas, al igual que cualquier emergencia, no suelen identificarse a tiempo, son de difícil predicción y pueden agravarse súbitamente, a pesar de no existir factores de riesgo. Por este motivo, difícilmente pueden ser prevenidas, por lo que su atención requiere de Servicios de Salud permanentes, eficaces y accesibles.

A menudo, estas emergencias son causadas por factores y complejas relaciones biológicas, sociales y culturales (World Health Organization 1998a), (World Health Organization 1998a) (12), pero además, en nuestro sistema de salud, estas emergencias pueden tener desenlaces fatales, puesto que los servicios de salud no logran responder a las necesidades de atención, sobre todo en los grupos sociales más vulnerables.

Esta problemática ha sido analizada y reconocida por actores nacionales, regionales y globales, a partir de lo cual se ha impulsado la construcción e implementación de acuerdos, planes y políticas con cobertura nacional, regional y mundial; todos orientados a la reducción de la mortalidad materna. Algunos ejemplos de estos acuerdos, planes y políticas se enumeran a continuación:

- La Campaña, fundada en Londres en 1972 por la activista Selma Jones, que proponía a los gobiernos que “inviertan en cuidar y no en matar” y dediquen el gasto militar mundial a reconocer y pagar el trabajo sin sueldo.
- La I Conferencia Internacional de la Mujer de Naciones Unidas, celebrada en México en 1975, propuso por primera vez que se reconociera el trabajo no remunerado de cada país en cuentas satélite, una estimación alternativa de la contribución del trabajo doméstico y familiar al Producto Interior Bruto (PIB).

- En Islandia, se convocaba la primera huelga de mujeres, creándose en 1980 la petición “Las mujeres cuentan: cuenten el trabajo de las mujeres”.
- En 1985 se constituye la Red Internacional (RILMC), formada por entidades de 23 países, como el Sindicato Nacional de Empleadas Domésticas de Trinidad y Tobago, el de Amas de Casa de Perú, o el de Santa Fe, en Argentina, el Colectivo Internacional de Prostitutas, Mujeres Negras por un salario para el Trabajo de Casa.
- Ese mismo año, los gobiernos asistentes a la Conferencia de la Mujer en Nairobi, se comprometen a incluir el trabajo no asalariado en casa dentro del PIB.
- En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en septiembre de 1994, representantes de 179 países cambiaron la visión acerca de la relación entre el Estado y el individuo, interpretado como portador de derechos. Se reubicó el ámbito de los derechos de las mujeres dentro de los derechos humanos, donde se incluyen el derecho de cada mujer y pareja a determinar el número, espaciamiento y momento propicio para el nacimiento de sus hijos y el derecho a tomar estas decisiones libres.
- En 1995, y con motivo de la Conferencia Internacional sobre la Mujer en Beijing, China, la comunidad internacional acuerda valorar el trabajo no asalariado. Una promesa incumplida por todos los gobiernos. En esta ocasión, se ratificaron los compromisos de la CIPD.
- En 1999, cinco años después del compromiso de El Cairo, la comunidad internacional llevó a cabo la primera evaluación de los logros alcanzados y los rezagos en las cuestiones prioritarias para avanzar hacia una mejor salud sexual y reproductiva.
- A su vez, en España, la Ley de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar (1999) introduce cambios legislativos en el ámbito laboral para que los trabajadores puedan participar en la vida familiar, a través de permisos y excedencias relacionadas con la maternidad y el cuidado de la familia.
- En el año 2000 los países del mundo acuerdan alcanzar hasta el 2015, los denominados Objetivos del Milenio de Naciones Unidas, entre ellos se destacan: el objetivo 3 “Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”; el objetivo 5 “Mejorar la salud materna”.

- Constitución Política del Estado Ecuatoriano, consagra los Derechos Civiles en el Artículo 23 numerales 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 25 y 26.
- La Ley orgánica del Sistema Nacional de Salud y su política, el Código de la Salud, el Código de la Niñez y la Adolescencia, la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, la Ley sobre Educación en Sexualidad y el Amor, la Ley de VIH – SIDA.

A partir de estos acuerdos, generalmente producto de movilizaciones sociales, los países del mundo se han comprometido a generar políticas que mejoren tanto las condiciones de inequidad, como la igualdad de los derechos sexuales y reproductivos, las oportunidades de las mujeres, la responsabilidad del cuidado de las necesidades domésticas, la participación laboral y el cuidado de salud de las mujeres, convirtiéndose en las vías para lograr la reducción de la mortalidad materna y, en definitiva, para mejorar el estado de salud de las mujeres. (20, 21, 22)

Si las últimas décadas se han creado gran cantidad de instrumentos legales, orientados al mejoramiento de las condiciones de la salud de las mujeres, sin embargo, su cumplimiento ha resultado problemático y difícil, algunas causas se han identificado:

- Mantenimiento de un sistema de derecho social, que todavía sigue anclado a un modelo familiar nuclear tradicional, que frente al apareamiento de nuevos modelos de convivencia, como la diversificación de las familias o el mejoramiento del acceso laboral de las mujeres, se ha reducido la capacidad de respuesta pública, generando a su vez una desprotección social, en particular de los más vulnerables.
- Deterioro del Estado de bienestar, que después de su desmantelamiento, redujo significativamente su responsabilidad social de garantizar los cuidados a la población. Este resultado ha sido una consecuencia de los cambios originados en las filosofías económicas de los países socialistas de Europa oriental y China, que debilitaron la fe en los modelos de desarrollo dirigidos por el Estado.
- Implementación de nuevos modelos sociales, basados en el mercado y el individualismo competitivo, proceso que se inició en los 70s con el progresivo

recorte del gasto público, reduciéndose la cantidad y calidad de los servicios públicos y fomentando su trasvase hacia un mercado del cuidado.

- Dificultades económicas de muchos países pobres, que han impedido la provisión de servicios de salud públicos y gratuitos.
- Redefinición del rol del Estado e implementación de estrategias, como la focalización que privilegiaban la eficiencia abandonando la integralidad y la equidad. (7)

Estas y otras causas llevaron al fracaso de la implementación de una serie de acuerdos, planes y políticas orientadas al mejoramiento del bienestar de la población. Un ejemplo de este fracaso fue el de la estrategia de “La Atención Primaria de Salud”, que planteaba la meta: “Salud Para Todos Hasta el Año 2000”.

Esta estrategia definía la *Atención Primaria de Salud* (APS) como un planteamiento integral para cubrir las necesidades de salud de todas las personas mediante acciones participativas y equitativas, este concepto persuadió a los gobiernos del mundo para que aprobaran un planteamiento potencialmente revolucionario, al menos sobre el papel (Declaración de Alma Ata), lo que se constituyó inicialmente como un logro extraordinario.

De esta forma, en Alma-Ata, el interés se orientó hacia la colectividad y los gobiernos apoyaron o alentaron el desarrollo de servicios de atención sanitaria gratuitos para la población en su conjunto. Esta visión iba orientada a solucionar la problemática que afectaba a los grupos poblacionales vulnerables con respuestas que irían más allá de las causas médico-biológicas, para lo que era necesario entender a los problemas de salud como multifactoriales.

Sin embargo, la propuesta no logró ser implementada como originalmente estuvo planteada, ya que su cumplimiento significaba dar poder a las comunidades, lo que amenazaba a las estructuras políticas y organizacionales jerarquizadas donde los médicos eran las figuras que dominaban los sistemas.

Tanto la organización comunitaria, como la forma de despertar conciencias dirigidas a ese fin, eran vistas a menudo por las autoridades políticas y sanitarias locales como una fuente de amenaza. Su aversión a abandonar este control, así como los procedimientos burocráticos de los gobiernos, acarrearón grandes obstáculos al desarrollo de nuevos programas.

Este ataque a la estrategia de la APS surgió incluso del mismo sector de la salud pública. Ya, en 1979, antes de que la crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural fueran usados como argumento en contra, Julia A. Walsh y Kenneth S. Warren de la Fundación Rockefeller argumentaban que la versión *integral* de la Atención Primaria de Salud (APS-I), enunciada en la declaración de Alma Ata, era demasiado cara y poco realista, por lo que, si se querían mejorar las estadísticas de salud, habría que “apuntar” a los grupos de alto riesgo, mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta nueva intervención más limitada se conoce como Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S).

Esta posición de los grupos hegemónicos despojó a la APS de sus conceptos claves, desapareciendo la piedra angular que era la participación de las comunidades en la planificación, decisión y control de la APS.

Este proceso de ataque a la APS dejó una versión selectiva y sin contenido político, por tanto inofensiva, por la que solamente se dejaron unas pocas intervenciones tecnológicas de alta prioridad, no propuestas por las comunidades, sino por expertos de la salud.

Así, la APS modificada, fue rápidamente aceptada por gobiernos nacionales, ministros de salud y muchas de las organizaciones internacionales más grandes e importantes. El péndulo comenzó a alejarse de la idea de “salud para todos”, para oscilar hacia una serie de programas selectivos, cuyo interés era la eficiencia y la optimización de la relación eficacia/costo.

Este ejemplo ilustra como, a pesar de existir una serie de instrumentos jurídicos y acuerdos mundiales orientados hacia el mejoramiento del bienestar de la población, los intereses opuestos, que generalmente son quienes ostentan el poder, articulan una serie de acciones para impedir ser afectados.

De esta forma, como sucedió con la implementación de la estrategia de la APS, existen una serie de leyes, políticas y planes, en el ámbito nacional, orientados al mejoramiento de la salud de las mujeres, como La Constitución del Estado ecuatoriano, El Código de la Salud, La Política Nacional de Salud, La Ley de Seguridad Social y una serie de programas y proyectos que intentan alcanzar este objetivo, entre ellas, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI).

La LMGAI se ha convertido en uno de los instrumentos más importantes en la lucha por la reducción de la mortalidad materna, sin embargo, a pesar de contener una serie de instrumentos operativos y acuerdos nacionales, después de once años de implementación sus resultados no son alentadores.

La implementación y su cumplimiento a presentado una serie de obstáculos desde su origen que se encuentra en un contexto de hegemonía neoliberal, que había centrado su accionar en una agenda de reforma del sector salud, como parte de la reforma del Estado, que produjo y difundió modelos que fueron divulgados como nuevos paradigmas de reestructuración de los Sistemas de Servicios de Salud. (7)

En este escenario, las políticas sociales y, específicamente, la LMGAI, se han adaptado a circunstancias dominantes. En Ecuador, a inicios de los 90s, las políticas públicas estaban inundadas de contenidos reformistas, que se habían consolidado en las élites políticas y tecnocráticas del sector salud. De esta manera, el partido Social Cristiano, tanto en el Congreso Nacional ecuatoriano, como en las campañas electorales, proponía la creación de servicios de salud gratuitos para atender a las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, una focalización a un grupo vulnerable, a usanza de los modelos neoliberales. (19,21)

Este discurso fue tomado por los movimientos sociales que, motivados por las recientes Conferencia de México, El Cairo y Beijing, tenían intereses por impulsar políticas públicas que beneficien a las mujeres gestantes y menores de cinco años. Dichos intereses fueron el origen de la creación y promulgación de la Ley e Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI).

Al final, luego de amplios e intensos debates, se emitió la LMGAI en el Registro Oficial No. 523 del 9 de septiembre de 1994, este fue el inicio a partir del cual se ha generado un intenso debate alrededor de su contenido y operacionalización que ha llevado a varias reformas¹⁰ y una intensa campaña de promoción e implementación¹¹ en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública (12). Sus principales características son:

- Es un instrumento legal convertido en una política de Estado.
- Contiene un fuerte componente de género al reivindicar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
- Una adecuada implementación podría tener un impacto importante en la reducción de la morbilidad, discapacidad y mortalidad, por razones de la gestación, parto y puerperio en las mujeres.
- Fue emitida y se está implementando en un contexto de reforma del Estado y del sector salud:
 - Es una política focalizada: se centra en grupos específicos, una de las características del enfoque economicista orientado a la eficiencia y sostenibilidad del proceso de reforma del estado.
 - Contribuye al proceso de descentralización en el país. Prevé una gestión descentralizada.

¹⁰ Publicadas en los Registros Oficiales: 667 del 3 de abril de 1995, 98 del 30 de diciembre de 1996, 120 del 31 de julio de 1997, 381 del 10 de agosto de 1998, en la denominada Ley Trole II del 18 de agosto del 2000 y una última que se encuentra en discusión desde agosto del 2005.

¹¹ De una manera resumida, se podría señalar que, durante este período, han existido tres fases en la aplicación de la Ley: una primera en que se cuestionó la aplicación de la misma en los años 1.999 y parte del 2.000; una segunda fase, en la que se cuestionó el financiamiento anual del Fondo de Solidaridad y se asignaron escasos recursos para su cumplimiento y una tercera etapa de consolidación de los mecanismos administrativos, técnicos y financieros, así como el apoyo político de autoridades y sectores sociales.

- La provisión de recursos es de acuerdo a la producción de los servicios de salud.

- Promueve la participación ciudadana desde una perspectiva de control social, pero también aumentando la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud.
- Ofrece un mecanismo de participación, regulado con otros proveedores de servicios de salud para la atención de las mujeres, niñas y niños, para aumentar el acceso y la cobertura.
- Provee un financiamiento que permite brindar atenciones básicas de salud sin costo a las mujeres, niñas y niños del Ecuador, como parte de un sistema social de protección básica y de redistribución de la riqueza.
- Obliga a una interacción con los gobiernos locales para un manejo integral de la salud entre servicios de atención médica, complementados con actividades de promoción, prevención y traslado de emergencias obstétricas y pediátricas, facilitados por los municipios.
- Se enfoca hacia la satisfacción de usuarias y usuarios con el mejoramiento de la calidad y pago por producción a los servicios.
- Trabajo interinstitucional de apoyo, retroalimentación y control cruzado de información, a través de la formación del Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley, con la participación del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Consejo Nacional de Salud, Instituto Nacional del Niño y la Familia.
- Continúa siendo motivo de discusión y debate en las esferas política, técnica y operativa de la gestión pública.

La descripción de esta Ley permite identificar elementos de mercado, así como, otros orientados hacia la reducción de inequidades; un rompecabezas formado por piezas originadas en diferentes paradigmas, un producto de la adaptación de las políticas a la constante transformación social, que en esos momentos se vivía.

Así, emitida e implementada la LMGAI, según voceros gubernamentales hasta el 2002, había beneficiado alrededor de 4'500.000 de personas de escasos recursos, con

prestaciones de diferente índole, como el control prenatal, parto, cesárea, emergencias obstétricas, detección oportuna del cáncer, planificación familiar, atención a los recién nacidos y nacidas normales y con patologías, control de crecimiento y desarrollo y las enfermedades más frecuentes de la infancia.¹²(12)

Sin embargo, con toda esta carga operativa su implementación a resultado dificultosa, una serie de obstáculos se han presentado desde entonces: retardo de la asignación de recursos económicos desde el Ministerio de Finanzas, reducido involucramiento de los municipios, ausencia de la rectoría del Ministerio de Salud Pública, pero sobre todo, reducida accesibilidad de los Servicios de Salud.

En los Servicios de Salud se han identificado una serie de problemas operativos en la implementación del LMGAI, uno de ellos es la atención de las emergencias obstétricas cuya causalidad es multifactorial, este trabajo pretende hacer un análisis a través de un estudio de caso en el cantón Tulcán, en un contexto donde cada uno de los actores involucrados tiene responsabilidades.

LOS MUNICIPIOS

Los Municipios son los responsables de emitir las ordenanzas que financien el transporte de las emergencias obstétricas. El artículo 3 del Reglamento a la LMGAI manifiesta que: “A cada Municipio le corresponde, de conformidad con lo dispuesto en la LMGAI, la implementación dentro de su jurisdicción y con sus recursos, de mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención fortaleciendo el sistema de

¹² Manual Técnico, Operativo, Administrativo y financiero. PROGRAMA DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA. COMITÉ DE APOYO Y SEGUIMIENTO MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR INNFA – CONAMU – CONASA – AME 2002.

Los servicios que la LMGAI ofrece a las mujeres y hombres en edad reproductiva, son: control prenatal y de las enfermedades de transmisión sexual (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragia y sepsis del embarazo, parto y posparto, así como la donación de sangre y hemoderivados. Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y al acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública. Reglamento de la LMGAI 2005.

referencia y contrarreferencia de pacientes. Esta actividad la desarrollará en coordinación con las unidades operativas locales de salud y ciudadanía”.

Pero además, el literal c) del artículo innumerado de la LMGAI dice: “Créase en cada Municipio, los Fondos Solidarios Locales de Salud, que recibirán los recursos financieros del Fondo Solidarios de Salud, para garantizar la aplicación de la Ley”.

Continúa diciendo: “Confórmase el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el Alcalde o su representante legal, el o los Jefes de Área de Salud correspondientes en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres y, en área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas. Para la utilización de los recursos se requerirán dos firmas registradas, la del Alcalde y la del Jefe de área de salud”.

La conformación y funcionamiento de este comité garantizan la gestión adecuada de la información y recursos financieros, para que los Servicios de Salud estén proveídos permanentemente.

LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

El derecho a la atención de salud gratuita de calidad durante el embarazo, parto y postparto, que garantiza la LMGAI, se concreta en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, por lo que estos deben estar permanentemente disponibles, con un nivel adecuado de calidad y garantizándose su gratuidad.

El cumplimiento de este derecho requiere mayor rigurosidad cuando se trata de la atención de las emergencias obstétricas, que incluye la atención de: toxemia, hemorragia, sepsis del embarazo, parto y postparto, a nivel ambulatorio y hospitalario, exámenes de laboratorio y medicamentos sugeridos por las normas de salud reproductiva, y la dotación de sangre o hemoderivados en todos los estados de los procesos reproductivos. Para todo esto, el MSP definirá las políticas de salud y las normas técnicas, que garanticen una atención de calidad.

De cumplirse las disposiciones de la Ley, se espera, como resultado, la utilización de los servicios de salud, entre ellos, el servicio de atención de las emergencias obstétricas.

El término “utilización” se define como una interfase de un proceso dinámico y complejo, que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada, que para el caso, se trata de las emergencias obstétricas.

Igualmente, la utilización de un servicio sanitario es definida como la sucesión esquemática de acontecimientos que se inician en el momento en que surge una necesidad de atención médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios médicos. Ha sido ampliamente estudiada. Mechanic formuló el concepto de la conducta del enfermo (*illness behavior*), definido como la forma en que los síntomas, diferencialmente percibidos, pueden llevar a diferentes reacciones en los individuos.

De esta forma, si bien, la enfermedad es un motivante para utilizar los servicios de salud, no es el único, ya que en esta conducta entran en juego una intrincada red de factores que, una vez activados, conllevan a la decisión de utilizar o no un servicio.

Por lo anterior, la utilización de los servicios de salud es esencialmente un campo de la conducta, que se caracteriza por ser muy dinámico y donde entra en juego la capacidad interpretativa de los individuos. Esta interpretación estará supeditada a las características de los servicios de salud, manifestadas objetiva o subjetivamente, y a su vez, explícita o implícitamente.

Al final del proceso interpretativo, las usuarias tendrán suficientes elementos para tomar la decisión de uso del servicio. En este sentido, la utilización de los servicios de salud se debe considerar no sólo como un hecho social (determinado por variables externas a los individuos), sino como un tipo específico de acción social, es decir, como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen, a través de la interacción social.

De esta forma, el significado positivo o negativo que se da a un servicio, como producto de la interpretación de las características del mismo, será el resultado de la adaptabilidad de estos a las necesidades de las usuarias, lo que en última instancia definirá la utilización o no utilización de los Servicios de Salud.

Entonces, en la construcción del significado que las usuarias den al servicio estarían involucrados algunos factores, los analizados en este trabajo fueron:

En el servicio, la accesibilidad¹³ que es el resultado de la relación de dos variables:

- Disponibilidad y calidad de recursos:¹⁴ insumos, medicamentos, equipamiento, profesionales capacitados, infraestructura, etc.

¹³ El concepto de *accesibilidad*, es simplemente un recurso mental para comprender la esencia de una realidad que es en sí misma una totalidad compleja e indivisible, para fines didácticos, una parte, un dominio estrecho, del conjunto de esta realidad compleja se denomina accesibilidad. En el proceso de búsqueda y obtención de la atención, decir que algo es accesible, significa que algo que está fuera del individuo, es deseado, se lo busca y, finalmente, lo alcanza. En este contexto, el servicio de salud es algo externo al individuo, es una persona u organización a quien se ha delegado la función de realizar atención. La accesibilidad entonces tiene su propio nicho empírico y se refiere a un conjunto muy específico de fenómenos restringidos al proceso de buscar y recibir atención; suele ser el resultado de la relación entre la disponibilidad de los recursos y la resistencia de estos para ser utilizados. (23, 24, 25, 26).

¹⁴ La disponibilidad de los recursos es una expresión de la capacidad de producir servicios. La disponibilidad de recursos en los servicios juega un papel importante en su utilización. Varios factores contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna en Europa Occidental entre 1870 y 1910 incluidos: La disponibilidad de los recursos y el análisis de estadísticas demográficas fidedignas, que llevaron a tomar conciencia sobre la magnitud del problema de la mortalidad materna y sus causas, y crearon presión para tomar medidas; La adopción de una legislación que exigió o promovió la atención calificada durante el parto; La implementación de programas nacionales para capacitar y asignar estratégicamente un número adecuado de personal calificado; y La profesionalización de la atención durante el parto y la elaboración y aplicación de normas de atención. Luego entre 1937 y fines de los años 1960, acontecieron rápidas reducciones en los números de muertes maternas en todos los países industrializados, alcanzando su nivel actual de alrededor 10 muertes maternas por cada 100000 nacimientos. En este periodo, influenciaron factores, como: mejor anestesia, el desarrollo de antibióticos, las transfusiones de sangre, menos intervenciones en partos normales y un uso adecuado de la cesárea. La disponibilidad de estos recursos, ayudaron de manera importante en la reducción de las muertes maternas causadas por infecciones, hemorragias, la eclampsia y partos obstruidos. De esta forma la disponibilidad de recursos en los servicios se la ve como una expresión del desempeño de los sistemas de salud que guarda estrecha relación con la mortalidad materna. Este factor ha asegurado la reducción de las muertes por causas maternas en Malasia y Sri Lanka, dos países exitosos en esta área en las últimas décadas, lo que confirma su efectividad (18). Los datos por país muestran una relación inversa entre la tasa de mortalidad materna y la proporción de partos atendidos por personal calificado. (27)

- Las Resistencias de los recursos disponibles a ser utilizados:¹⁵
 - Accesibilidad física o geográfica, ubicación de las fuentes de atención a la salud: Tiempo utilizado para trasladarse desde el domicilio hasta el hospital.
 - Accesibilidad económica: costo del servicio.
 - Accesibilidad socio cultural o adaptabilidad: percepción de trato, comodidad, privacidad.
 - Accesibilidad organizacional: tiempo de espera en la emergencia.

La disponibilidad efectiva es la relación de la resistencia y la disponibilidad, se expresa como la medida de la presencia de obstáculos externos en el proceso de uso de ciertos recursos, en este sentido se determina si estos recursos están o no están totalmente disponibles. Por tanto, conviene, de ser necesario, ajustar la cantidad o calidad de recursos disponibles en función de su resistencia. Debe tenerse claro que disponibilidad, resistencia y disponibilidad efectiva son conceptos que se refieren a las características de los recursos de atención a la salud.

En las y/o los usuarias (os), el Acceso a los servicios de salud, características de la población que determinan la capacidad de las usuarias del servicio para buscar y obtener atención. Se propone reservar el término acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención. Un término alternativo es el de poder de utilización, análogo al de poder de compra, que se usa para designar la capacidad de una persona para adquirir algún bien o servicio (29), las características analizadas fueron:

- Edad
- Nivel educacional
- Capacidad de pago
- Disponibilidad de recursos económicos

¹⁵ La resistencia se define como el conjunto de obstáculos o **barreras** que los recursos ofrecen a ser utilizados en el proceso de búsqueda y obtención de la atención. Entre los obstáculos o factores disuasivos están los costos de los servicios, la ubicación de las fuentes de atención a la salud y ciertas características de las formas en que organizan los recursos, tales como las demoras que generan para obtener citas o para recibir atención.

- Lugar de residencia
- Frecuencia de transporte en el lugar de residencia
- Disponibilidad de teléfono
- Ocupación
- Ayuda social

El análisis de la relación *accesibilidad – acceso*, se constituyó en el instrumento para determinar el nivel de adaptabilidad del servicio garantizado por la LMGAI a las características de sus usuarias/os, este análisis se lo realizó considerando los siguientes supuestos:

- La LMGAI no ha logrado cubrir a la totalidad de la población objetivo
- El impacto de la LMGAI no ha sido el esperado.
- El reducido impacto obtenido se debe a un bajo nivel de desempeño de los servicios de salud del MSP donde se operacionaliza la LMGAI.
- El desempeño de los servicios de salud del MSP es una consecuencia de su adaptabilidad a las necesidades de la población beneficiaria.
- Una inadecuada adaptación de los servicios de salud del MSP a las necesidades de las usuarias, generará conductas inadecuadas respecto a la búsqueda de atención.

EL GOBIERNO CENTRAL

El gobierno central debe garantizar el financiamiento. En este sentido, las fuentes de recursos se describen en el artículo 3 de la Ley: “increméntese en el tres por ciento, 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 N°. 341 del 22 de diciembre de 1989.

De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la Población Ecuatoriana creado mediante ley, publicada en el Registro Oficial N°. 661, de marzo de 1995, asignase anualmente el valor correspondiente a 15.100.000 dólares estadounidenses.

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional y Protección a la población infantil ecuatoriano, publicada en el Registro Oficial N° 132 del 20 de febrero de 1989 y, los recurso que el INFFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva, se utilizarán preferentemente para el financiamiento de lo previsto en la Ley”.

Los recursos financieros de la cooperación internacional y los contratados a través de créditos externos para el sector salud priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente con la aplicación de esta Ley.

Los valores, producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores, serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar únicamente y exclusivamente lo establecido en la presente Ley.

La unidad ejecutora administrará los recursos asignados a la cuenta Fondo Solidario de Salud. Los gastos de funcionamiento serán asignados a través del Presupuesto General del Estado, en base al presupuesto solicitado por la Unidad y a los criterios de programación presupuestaria del Ministerio de Economía y Finanzas.

La Unidad Ejecutora, ejecutará y administrará el Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

LOS Y LAS USUARIAS

En el párrafo final del literal c) del artículo innumerado de la LMGAI, se establece que: “Se conformarán Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley”.

Se establecerá un Comité de Usuarios/as por cantón, que contará con representación de sus parroquias. El Comité de Usuarios/as estará conformado por un mínimo de cinco y máximo de nueve miembros, preferentemente integrado por mujeres, en calidad de beneficiarias del programa.

Entre sus funciones se recogen las siguientes: acceder a la información relativa a las prestaciones de salud; identificar y priorizar las necesidades y aspiraciones comunitarias; participar en la evaluación local de actividades, conjuntamente con las unidades operativas; canalizar las demandas de salud de la población, a través del Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud; denunciar ante el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, casos de maltrato, negligencia, discriminación, uso indebido de los fondos asignados y cobros indebidos, o cualquier otra acción u omisión que implique incumplimiento de la Ley; notificar a las unidades operativas casos de muerte materna e infantil que se presenten en su comunidad.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

- Identificar el proceso de implementación de la LMGAI en el servicio de emergencias obstétricas del Hospital Luis Gabriel Dávila del cantón Tulcán.
- Determinar el estado de adaptación entre la atención entregada por el Servicio de Salud y las necesidades de atención de las usuarias.
- Identificar los factores y correlaciones causales de la inadecuada atención de las emergencias obstétricas en el Hospital Luis Gabriel Dávila del cantón Tulcán.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

El presente estudio utilizó como metodología el estudio de caso. Se trata de una metodología cualitativa, a través de la cual se desarrolló un diálogo que pretende evidenciar los problemas generados en la implementación de la LMGAI en el servicio de emergencias obstétricas en el hospital Luis Gabriel Dávila del cantón Tulcán provincia de Carchi y, a partir de los problemas identificados, plantear una teoría explicativa de la causalidad de los mismos.

Durante la aplicación de esta metodología se adoptó la posición del **modelo realista** de la explicación, que es una alternativa al enfoque positivista. Ambos modelos comparten la búsqueda de explicaciones, que respondan a la pregunta del “por qué” de los fenómenos, a través de una búsqueda objetiva y racional, sometida a las reglas del método científico. Sin embargo, el modelo positivista no contesta “a fondo” la pregunta del por qué, sino que descansa en regularidades predecibles entre eventos antecedentes y eventos consecuentes.

Para subsanar este problema, el modelo realista explica tratando de “delinear las características de la conexión entre las causas de un fenómeno y su cambio de estado” (Bagozzi, 1980: 26). Además, busca identificar “cómo” una causa y unas circunstancias dan lugar al fenómeno que llamamos efecto.

Algunos enfoques de las ciencias sociales han adoptado el enfoque realista, por ejemplo, el modelo de procesamiento de información. Little (1998) incluye las siguientes proposiciones en su caracterización del realismo causal para las ciencias sociales:

1. Hay relaciones causales entre los fenómenos sociales. La explicación causal es la forma principal de explicación social.
2. Las relaciones causales no están constituidas por regularidades o leyes que conectan clases de eventos o fenómenos sociales. Las regularidades del mundo

social están lejos de las leyes predictivas y estrictas de la naturaleza que caracterizan a muchos dominios de los fenómenos naturales.

3. Las relaciones causales en las ciencias sociales están constituidas por la potencia causal de varios eventos, condiciones y estructuras sociales, y por los mecanismos causales singulares, que llevan de las condiciones antecedentes a los resultados. Según esto, un objetivo central de la investigación social es identificar los mecanismos causales de los resultados. A esto le llama **“realismo causal”**: los mecanismos sociales son reales y pueden investigarse con los métodos empíricos normales de las ciencias sociales.
4. No hay una causalidad social que vaya de un macroestado a otro. Las hipótesis sobre los mecanismos sociales de causalidad deben construirse sobre la base de explicar los “microfundamentos” de los procesos postulados.

El estudio de caso, según la definición (Yin, 1994: 13): “es una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.”

Como el estudio de caso es un proceso continuo que se origina en una teoría y va hacia ella, en la fase inicial del presente caso se recopiló información que sirvió de insumo para el desarrollo de una teoría, cuyo contenido es de actualidad, aceptado y formalizado en documentos legales y técnicos; esta teoría de arranque orientó hacia las fases subsiguientes de recolección de información, análisis de causalidad e inferencia lógica. A medida que el caso avanzó, emergieron nuevos elementos que robustecieron la teoría, que fue madurando hasta la conclusión del caso.

La teoría es una respuesta a un porqué. Para el lenguaje coloquial, es un conjunto organizado de ideas referentes a cierta cosa o que tratan de explicar un fenómeno. Más técnicamente, una teoría científica es “un sistema de leyes empíricas relacionadas con un sistema formal.” Es una estructura de ideas sistemáticas de amplio alcance que explica regularidades, observadas o postuladas, en los objetos y los eventos. Algunos términos de una teoría pueden no ser observables, de donde se comprende que la mente humana, por razones observacionales o filosóficas, y hasta estéticas, es la que construye las teorías.

La teoría de arranque se construyó correlacionando proposiciones que describen la implementación de la LMGAI en un servicio de atención de emergencias obstétricas de un hospital de cobertura provincial; esta teoría relaciona unidades observadas y unidades aproximadas. Las unidades observadas se denominan variables y pueden ser medidas. Las unidades aproximadas son las construcciones conceptuales (*constructos*), creaciones de la mente, que no pueden observarse directamente. Por ser una metodología cualitativa, el análisis se centró en las correlaciones de las construcciones conceptuales expresadas en proposiciones.

Sutton et al. (1995) hacen hincapié en la relación de la teoría con los procesos causales. La teoría, escriben, “trata con las conexiones entre fenómenos, es un relato de porqué ocurren los actos, eventos, estructura y pensamientos”. La teoría hace hincapié en la naturaleza de las relaciones causales, identificando qué viene primero, así como la temporalidad de estos eventos, indaga en los procesos subyacentes, el modo de entender las razones sistemáticas de una ocurrencia particular o de una no ocurrencia.

Desde esta perspectiva, la teoría planteada como base, fue construida a partir de proposiciones correlacionadas entre sí en el Marco Teórico, el análisis de estas correlaciones permitió identificar correlaciones de proposiciones contradictorias a los objetivos de la LMGAI.

Las correlaciones de proposiciones contradictorias a los objetivos de la LMGAI fueron consideradas como correlaciones problema, a las que se les plantearon las preguntas ¿por qué? y ¿cómo?, con el objetivo de obtener los factores causales de la contradicción.

Para la búsqueda de factores causales se emplearon cuestionarios y entrevistas a mujeres que utilizaron el servicio de emergencia obstétrica del Hospital Luis Gabriel Dávila y a informantes claves.

Los cuestionarios, que buscaban encontrar los porque de correlaciones problemáticas identificadas, fueron aplicadas a 45 mujeres que utilizaron el servicio de emergencia del Hospital Luis Gabriel Dávila durante el 2003, las mismas que fueron seleccionadas según el siguiente procedimiento:

- Identificación de emergencias obstétricas atendidas en el 2003 en el libro de registro de atención de emergencias.
- De este primer listado, se seleccionaron las atenciones que cumplían los siguientes criterios de inclusión:
 - Haber residido durante el año 2003 en el cantón Tulcán.
 - Haber sido hospitalizada para recibir tratamiento de la emergencia.
 - Que el diagnóstico haya sido realizado en la emergencia.
 - Que el diagnóstico corresponda al considerado como emergencia obstétrica.¹⁶

¹⁶ **EN EL EMBARAZO:** HEMORRAGIAS: - De la primera mitad de la gestación: embarazo ectópico (accidentado y no accidentado), mola hidatiforme, aborto (amenaza de aborto, aborto en curso, aborto incompleto, aborto completo, aborto diferido, aborto séptico, aborto habitual). - De la segunda mitad de la gestación: placenta previa (total o central, previa parcial, baja o marginal), desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina (ruptura completa e incompleta), enfermedad hipertensiva del embarazo (hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia), ruptura prematura de membranas.

PROCESOS FEBRILES: Infección de vía urinarias; Malaria; Corio amnionitis.

PROCESOS QUIRÚGICOS: Apendicitis; Tumoraciones anexiales; Colesistopatías.

EN EL PARTO: Parto obstruido; Prolapso de cordón; Contracciones uterinas anómalas disturbios de la fuerza impulsora (distosia dinámica), alteraciones del canal del parto (distosia ósea y distosia de las partes blandas), distosia ovular (anomalías por exceso de volumen fetal, anomalías y enfermedades del cordón umbilical, prociencia del cordón); Sufrimiento fetal agudo; Hemorragias intraparto.

POSTPARTO INMEDIATO: Hemorragias postparto (retención de placenta o restos placentarios, atonía uterina, inversión uterina, desgarro del canal genital); Procesos febriles (infección puerperal, mastitis).

- Historias clínicas que contengan información clara y completa, cumpliendo los requisitos enumerados a continuación:
 - Deben contener el formulario de atención de la emergencia 008.
 - Los documentos no deben contener información ambigua y la caligrafía debe ser legible.
 - Deben contener datos de información clave como lugar de residencia, teléfono y dirección completa.
 - Se conformó el grupo de estudio, que posteriormente fue ubicado en sus residencias, donde se aplicó el cuestionario de búsqueda de causalidad (Anexo 2).

Las entrevistas fueron realizadas a un informante clave del servicio hospitalario (Jefa de la oficina de estadística del hospital LGD), y del Comité de Gestión Local de los Fondos Solidarios (representante de organización de mujeres) con ellas se realizó una entrevista con preguntas abiertas (Anexo 3) sobre la problemática identificada y el ¿por qué? ¿cómo? se presenta.

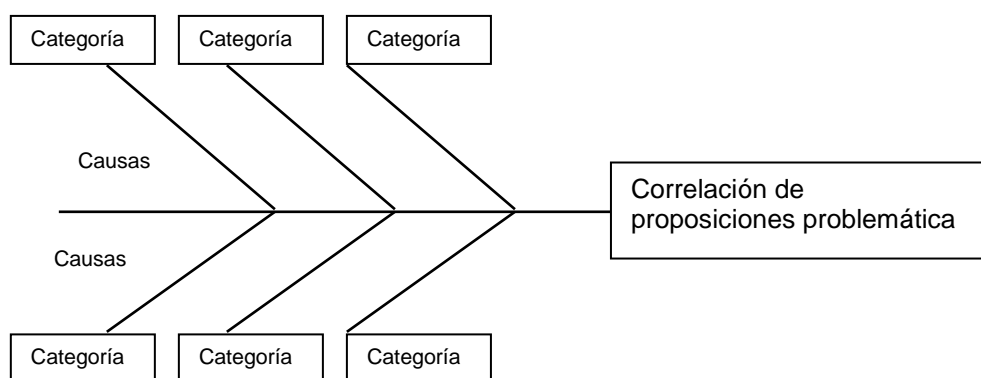
De los cuestionarios y de las entrevistas a informantes claves se extrajeron factores considerados como causales de las correlaciones de proposiciones problema. Estos factores fueron organizados en un diagrama de espina de pescado o diagramas de Ishikawa.

El diagrama de Ishikawa es una representación gráfica sencilla, en la que puede verse de manera relacional una especie de espina central, que es una línea en el plano horizontal, representando el problema a analizar que se formula a su derecha.

A este eje horizontal, van llegando líneas oblicuas -como las espinas de un pez- que representan las causas identificadas, a su vez, cada una de estas líneas representa una posible causa, que recibe otras líneas que representan las causas secundarias. Cada grupo formado por una posible causa primaria y causas secundarias, que se le relacionan, forman un grupo de causas con naturaleza común.

La construcción de la espina de pescado siguió los siguientes pasos:

- Se dibujó un diagrama en blanco.
- Se escribió la correlación de proposiciones identificadas como una problemática
- Se identificaron los grupos de causas de naturaleza común, asociándolos con categorías apropiadas al problema.
- Las causas identificadas fueron ubicadas en el trayecto de las líneas oblicuas, que corresponden a una categoría de causas, fueron organizadas de acuerdo a su importancia, causas principales y subcausas, hasta llegar a las causas raíz (fuente original del problema).
- Así se fue ampliando el diagrama causa – efecto, hasta haber verificado que todas las causas posibles de la correlación de proposiciones problema estaban incorporadas al diagrama.
- Se comprobó la validez lógica de la cadena causal, es decir, estableciendo claramente las relaciones causa – efecto.



Este diagrama causa – efecto, permitió visualizar de qué forma se correlacionan las causas identificadas, las que fueron extraídas como insumo para la elaboración de las conclusiones que fortalecerá “la teoría inicialmente planteada”.

Vale aclarar que las conclusiones obtenidas no pretenden generalizar a otros “casos”, sino considerar a este caso como un aporte a etapas preliminares de estudios, que luego buscarán resultados generales, a través de los medios estadísticos propios de la econometría, así como aportar con una lógica de análisis que resulte plausible y sirva de

base para desarrollar una nueva teoría alrededor del proceso de implementación de la LMGAI en los servicios de salud. A este procedimiento, Mitchell (1983) lo denominó como “la inferencia lógica”, que es epistemológicamente bastante independiente de “la inferencia estadística”.

La inferencia de tipo lógica, a diferencia de la inferencia estadística, que basa la generalización en la variación de la correlación de dos o más características o variables, se basa en el análisis teórico sobre cómo relacionar características entre sí. En este contexto, la inferencia *lógica* de la correlación de características no está basada en la representatividad de la muestra y por lo tanto, en cuán típica es, sino más bien en la plausibilidad o en el grado de lógica del nexo entre factores causales.” (Mitchell, 1983)

El proceso de inferencia lógica utilizó las relaciones causales obtenidas en el diagrama causa – efecto, las mismas que fueron acomodadas en una matriz desde donde se plantearon conclusiones.

Problema percibido	Causa inmediata	Cadena causa – efecto secundaria	Causa lejana	Causa raíz

Las causas raíces dieron los elementos necesarios para la inferencia lógica, las conclusiones generadas por este estudio de caso no evaluaron la incidencia del fenómeno, sino que analizaron el fenómeno y su contexto.

La validez del estudio se sustenta en el rigor con el que fue llevado a cabo, así como en su relevancia respecto a sus objetivos y la coherencia lógica entre sus componentes. En este sentido, la validez se fue desarrollando a lo largo de todo el estudio.

La validez de las construcciones conceptuales se buscó operacionalizando las métricas que se utilizaron durante el estudio, para poder inferir legítimamente, a partir de estas métricas, hacia las construcciones conceptuales que les dieron origen.

Siguiendo un enfoque realista, suponemos que es posible medir, aunque imperfectamente, las construcciones conceptuales. En otras palabras, suponemos que, cierta construcción conceptual realmente existe, y la validez de la construcción conceptual es precisamente una medida de cuán bien el fenómeno observado corresponde al fenómeno de la teoría.

Esta validación se cumplió siguiendo las tácticas sugeridas por Yin (1994) para aumentar la validez de las construcciones conceptuales. Por ello, en la recolección de los datos, se utilizaron múltiples fuentes de evidencia y se establecieron una cadena de evidencia; durante la preparación del informe se solicitó la revisión de un actor externo al proceso.

La validez interna se buscó cumpliendo estrictamente los pasos de la construcción de la matriz causa – efecto, con lo que se logró la lógica de la causalidad del estudio, y a partir de ésta, obtener la mayor plausibilidad de las inferencias que se realizaron en las conclusiones. Un aspecto a destacar es que, adicionalmente para alcanzar validez interna, se evitaron las correlaciones no causales y las correlaciones ecológicas.

La validez externa se buscó a través del cumplimiento estricto del proceso de generalización analítica, para lo que se tuvo mucho cuidado con la selección de los resultados y sus conclusiones de generalizarse hacia la teoría más amplia, lo cual permitiría que en el futuro estos resultados sean válidos, al desarrollar otros casos.

La fiabilidad de este estudio se cumplió, describiendo el mayor detalle del procedimiento metodológico, con el objetivo de que éste pueda ser repetido con los mismos resultados.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE PROPOSICIONES PROBLEMÁTICAS

A partir del Marco Teórico se identificaron proposiciones consideradas claves y sus correlaciones, de esta revisión se identificaron aquellas correlaciones que resultaban contradictorias con los objetivos de la LMGAI, se las describe a continuación.

Tabla 5. Correlaciones contradictorias a los objetivos de la LMGAI identificadas en el Marco Teórico

Objetivos de la LMGAI	Proposiciones problema, contradictorias a los objetivos de la LMGAI
La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia se ha convertido en uno de los instrumentos más importantes en la lucha por la reducción de la mortalidad materna e infantil.	Tras un periodo de implementación de 11 años, la tendencia de los indicadores de mortalidad materna e infantil no ha variado significativamente.
Incrementar la utilización de los servicios públicos de salud a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la accesibilidad económica a través de la gratuidad de los servicios de salud públicos. • Accesibilidad geográfica al disponer que los municipios asignen recursos para el transporte de las emergencias obstétricas y pediátricas • La disponibilidad permanente del servicio. Promover la participación social, en procesos de veeduría y promoción de la Ley.	<i>Existe evidencia que llevan a concluir que en el cantón Tulcán existen problemas en el diagnóstico, tratamiento y transporte oportuno de las emergencias obstétricas.</i>
El Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 2 de la Ley que se reglamenta, asume entre otras prestaciones: La asistencia de las emergencias obstétricas incluye: toxemia, hemorragias, sepsis del embarazo, parto y postparto, a nivel ambulatorio y hospitalario, incluyendo los exámenes de laboratorio y medicamentos sugeridos por las normas de salud reproductiva, y la dotación de sangre o hemoderivados, en todos los estados de los procesos reproductivos. La atención de las emergencias obstétricas es estratégica en la reducción de la mortalidad materna, por que: su cumplimiento requiere la disponibilidad permanente de recursos, infraestructura y una correcta atención que evite potenciales muertes maternas que, generalmente, son consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o postparto, que se vuelven emergentes y urgentes.	En el Cantón Tulcán durante el año 2003 se reportaron cuatro muertes maternas, todas resultantes de complicaciones obstétricas, que desencadenaron una emergencia obstétrica, que requería atención urgente. La revisión de las historias clínicas de las muertes maternas descritas en el cuadro mostró que: <ul style="list-style-type: none"> - La primera muerte sucedió por retraso en la transferencia desde el hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, al Hospital de la ciudad de Ibarra. - En la segunda muerte no se realizó oportunamente el diagnóstico. - En la tercera, no se contó con los medios tecnológicos para una atención adecuada. - En la cuarta no se contó con transporte oportuno para acceder a la atención hospitalaria.
Para que la atención de las emergencias obstétricas se cumpla, el Manual Administrativo Financiero de la LMGAI, dispone entre otros pasos los siguientes, considerados como importantes para este estudio de caso: <ul style="list-style-type: none"> • Los Comités de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud (CGFSLs), implementarán dentro de su jurisdicción y con sus recursos mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes y la integración de Redes que tiendan a la formación del Sistema Nacional de Salud, esta actividad se desarrollará en coordinación directa con la Unidades Operativas Locales de Salud y la ciudadanía. • Los CGFSLs, impulsarán y coordinarán con el Municipio y el MSP actividades de promoción, difusión, educación y comunicación sobre prevención de enfermedades y 	Los hallazgos encontrados muestran que, en el cantón Tulcán no se ha implementado un sistema adecuado transporte y atención de las emergencias obstétricas. Esta observación, resulta sumamente difícil evidenciar, entre otras razones por: diagnósticos inadecuado e inoportuno, no uso de los servicios por el temor a la estigmatización social o por desconfianza a los mismos. A pesar de las dificultades de visibilización se ha logrado determinar que, por lo general, las muertes maternas son una consecuencias de emergencias obstétricas, que al igual que cualquier otra emergencia, puede no ser identificada a tiempo, son de difícil predicción, pueden agravarse súbitamente a pesar de no existir factores de riesgo, son difícil de prevenir y su atención requiere que los servicios de salud sean permanentes, eficaces y accesibles. Estas emergencias, muchas veces son causadas por factores y complejas relaciones

<p>riesgos de la salud sexual y reproductiva y la salud infantil de acuerdo a las directrices emitidas por el MSP.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los CGFSLS impulsarán la creación de redes de servicios de salud para la aplicación de la LMGAI que garanticen una atención integral a la población. • Los CGFSLS, analizarán la evolución de las enfermedades relacionadas con las mujeres, los niños y las niñas y la mortalidad materna e infantil, proponiendo y ejecutando las acciones que corrijan estos problemas. • Los CGFSLS, garantizarán la pronta transferencia de los recursos correspondientes tanto de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a Infancia, como la asignación de fondos municipales para el traslado de emergencias obstétricas y pediátricas y promoción de la salud. • Los CGFSLS, implementaran mecanismos de supervisión, monitoreo y control para garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad en la utilización de los recursos asignados de acuerdo a los lineamientos de la UEPMGAI. • Presentar a fin de cada año, un informe público sobre los recursos percibidos y la utilización de los mismos. • La planificación técnica de las prestaciones de la LMGYAI será responsabilidad del Jefe de Área correspondiente en representación del Director Provincial de Salud quienes conforman el Comité de Gestión y en coordinación con el delegado para tratar temas de salud del Municipio. • Envío mensual de informes de producción, análisis sobre el cumplimiento de las prestaciones de la LMGAI y comportamiento de la mortalidad materna e infantil en el cantón, información sobre la satisfacción de las usuarias de los servicios y solicitud de transferencia de fondos a la UEPMGAI para cumplimiento de actividades. • Para justificación de la utilización de recursos en los rubros previstos en la Ley, las unidades deberán basarse en los Protocolos de atención, los procedimientos y especificaciones estandarizadas de materiales, insumos, medicamentos, exámenes de laboratorio y complementarios para las prestaciones establecidas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia que la UEPMGAI ha preparado para el efecto. • Cada Unidad Ejecutora que presta servicios de salud, realizará una programación anual de las necesidades de insumos, medicamentos, materiales y suministros para las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita en base de la producción y a la cobertura que realice cada una de ellas y tomando en cuenta stocks máximos y mínimos. Dicha programación se desagregará mensualmente. 	<p>biológicas, sociales y culturales, pero además en nuestro sistema de salud estas emergencias pueden tener desenlaces fatales, puesto que los servicios de salud no logran responder a las necesidades de atención sobre todo en los grupos sociales más vulnerables.</p>
--	---

Fuente: Marco Teórico de Tesis de Maestría de Políticas Públicas con Mención en Gestión del Desarrollo. FLACSO sede Ecuador. Convocatoria 2002 – 2004.

Las correlaciones de proposiciones problemáticas que se encontraron en el Marco Teórico fueron:

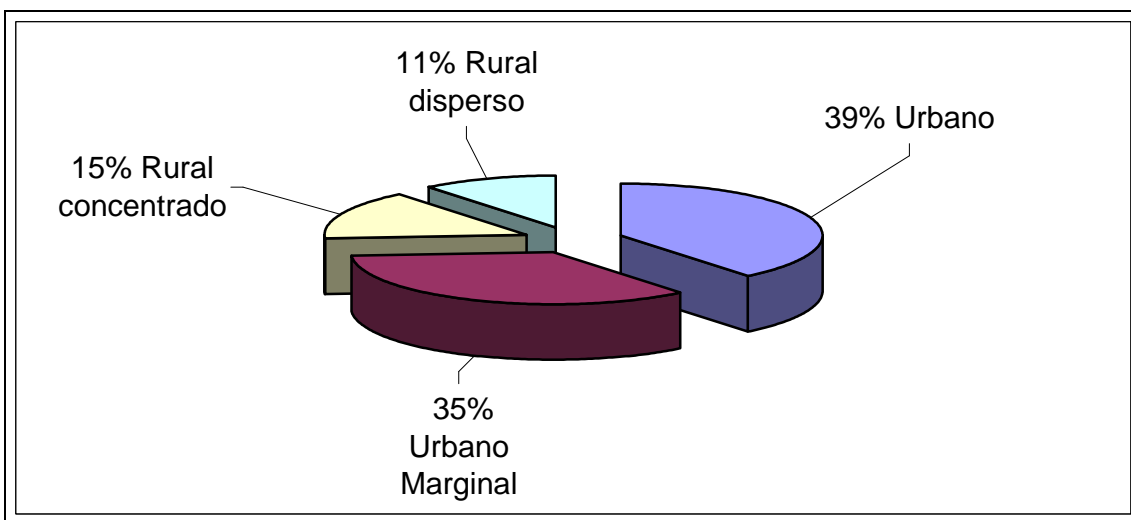
- A nivel nacional no se observa una reducción significativa de la mortalidad materna;
- Se ha observado dificultades en la utilización del servicio de emergencias obstétricas en el Hospital Luís Gabriel Dávila por obstáculos en la accesibilidad y acceso al servicio;
- Alta tasa de mortalidad materna en el cantón Tulcán durante el año 2003;
- Reducida capacidad administrativa y organizativa de los actores del cantón Tulcán involucrados en la implementación de la LMGAI.

Estas relaciones fueron consideradas los problemas identificados a partir de los cuales inició la búsqueda de factores causales a través de la aplicación de un cuestionario a mujeres que utilizaron el servicio de emergencia obstétrica del Hospital Luis Gabriel Dávila, así como a través de entrevistas a informantes claves.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO A MUJERES QUE UTILIZARON EL SERVICIO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL GABRIEL DÁVILA

Se aplicó un cuestionario (anexo 2) aplicado a 45 mujeres seleccionadas del total que utilizaron el servicio de emergencia obstétricas del HLGD del cantón Tulcán durante el año 2003, las preguntas formuladas buscaban identificar el ¿por qué? y el ¿cómo? de las proposiciones problemáticas identificadas en el planteamiento teórico inicial, los hallazgos encontrados se detallan a continuación.

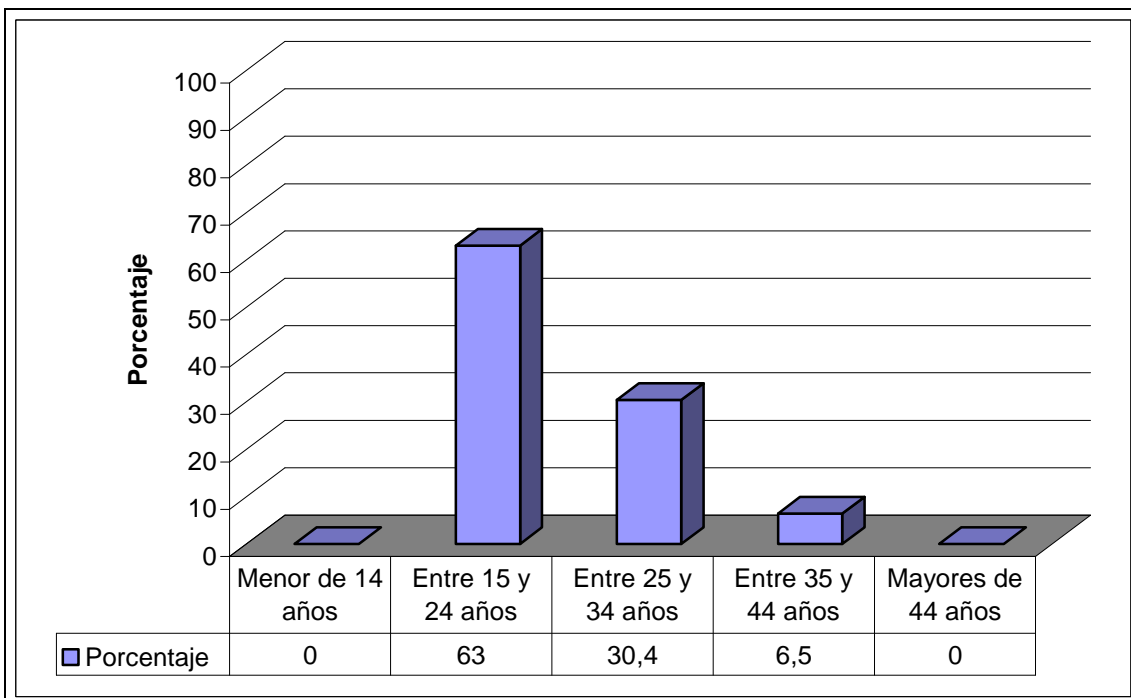
Gráfico 3. Lugar de residencia de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

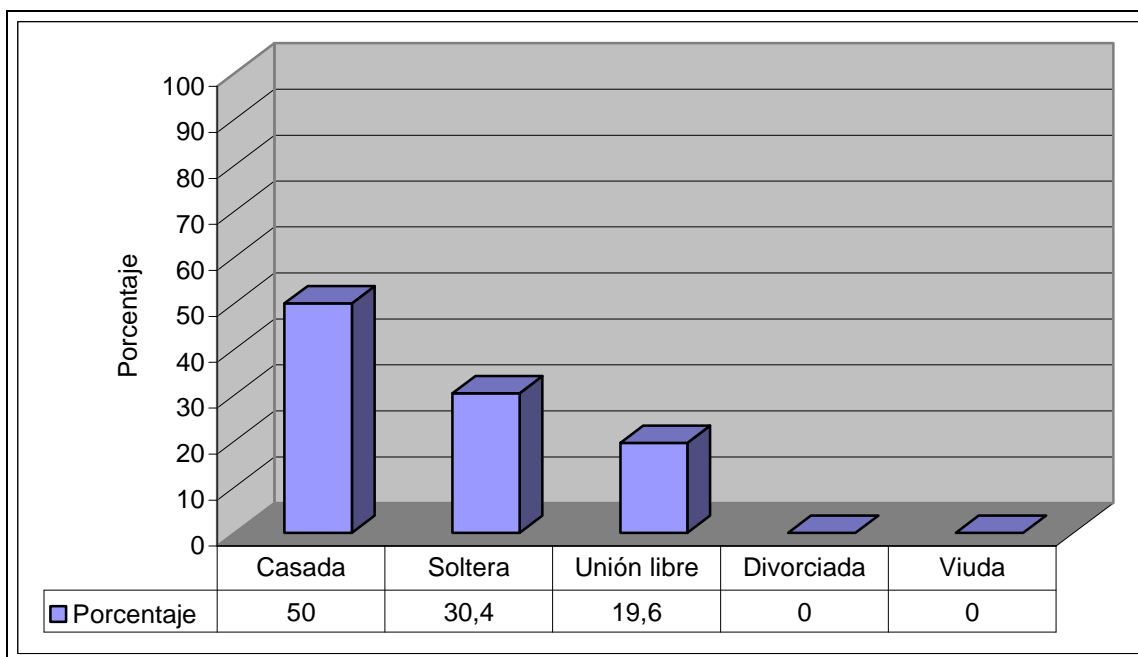
Gráfico 4. Edad de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

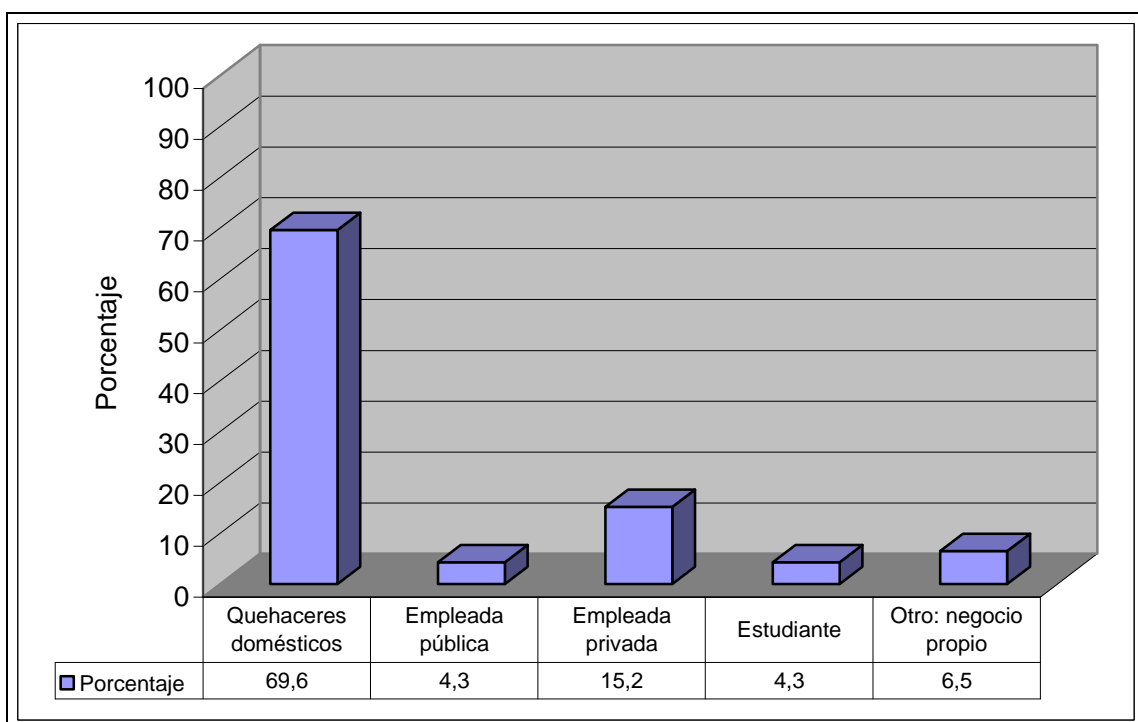
Gráfico 5. Estado civil de la mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

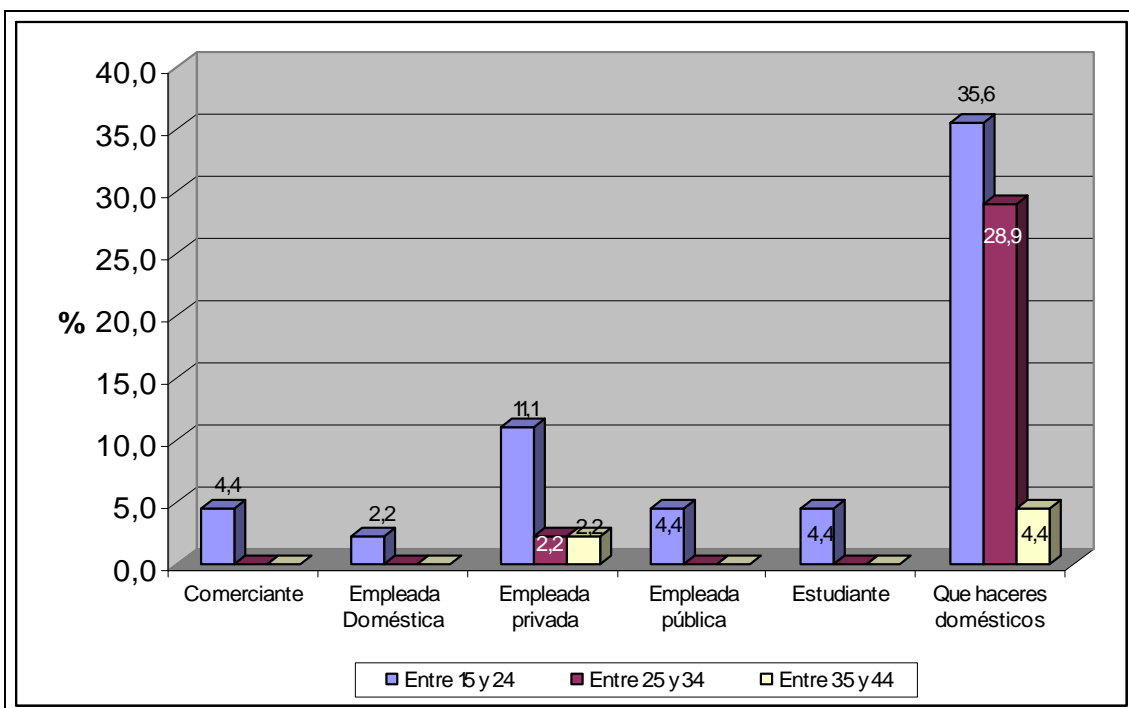
Gráfico 6. Ocupación de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

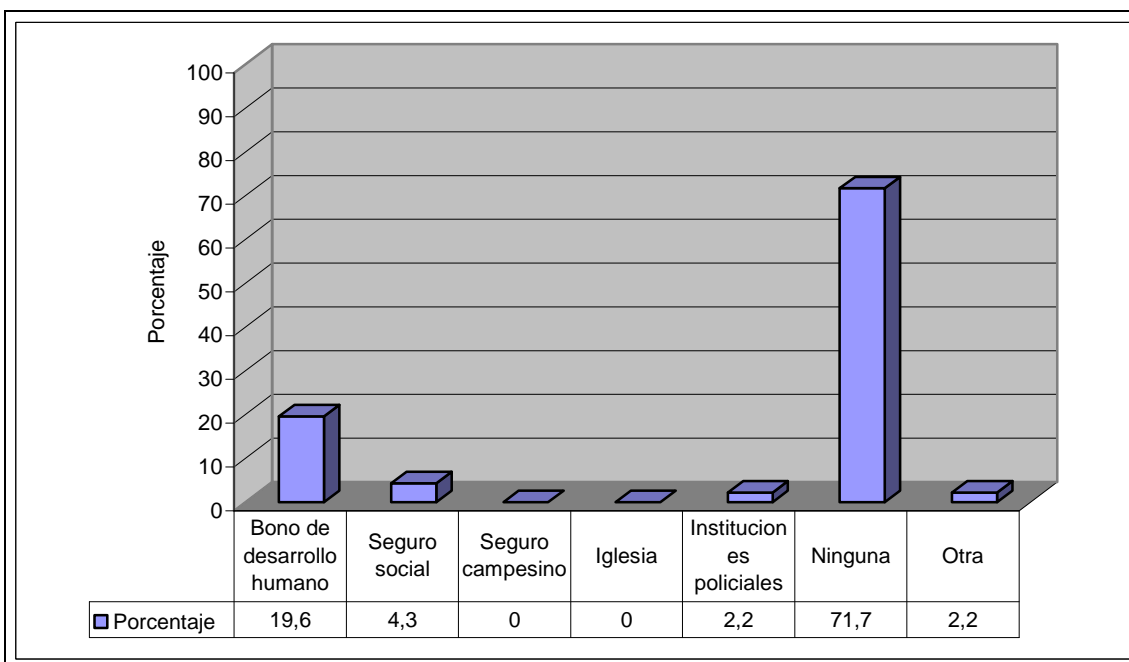
Gráfico 7. Ocupación de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según su edad.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

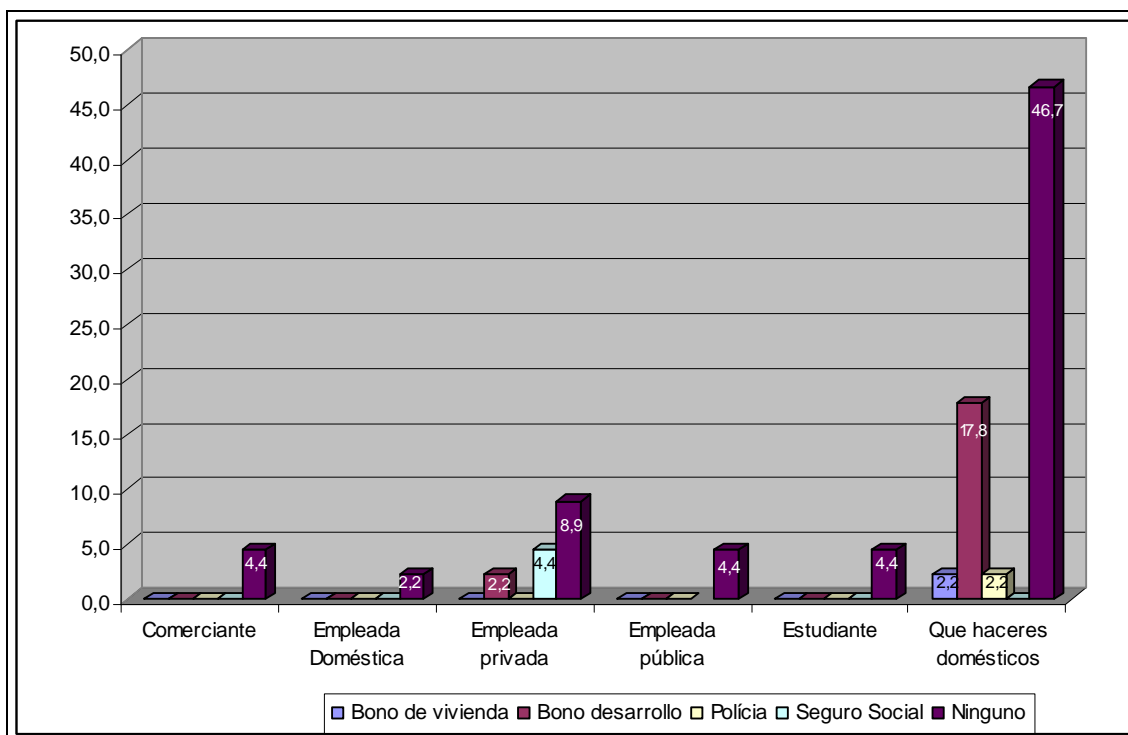
Gráfico 8. Ayudas sociales en las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

Gráfico 9. Mujeres que reciben ayuda social, que fueron atendidas en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según su ocupación.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

Tabla 6. Escolaridad de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	0	0
Primaria incompleta	11	23.9
Primaria completa	13	28.3
Secundaria incompleta	8	17.4
Secundaria completa	10	21.7
Superior	2	4.3
Educación técnica	2	4.3
Total	46	100

Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

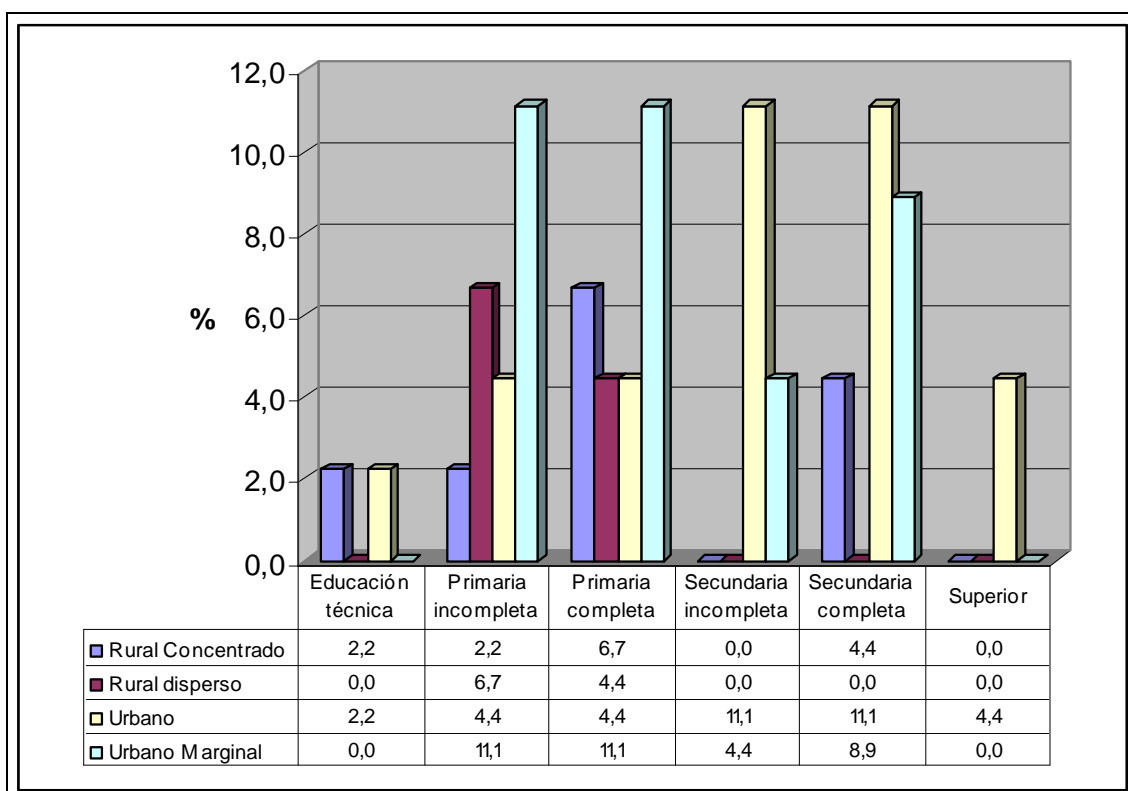
Tabla 6. Número de embarazos de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.

Número de embarazos: paridad	Frecuencia	Porcentaje
1	19	41.3
2	12	26.1
3	7	15.2
4	5	10.9
5	1	2.2
6	2	4.3
Total	46	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison IpiALES Celín

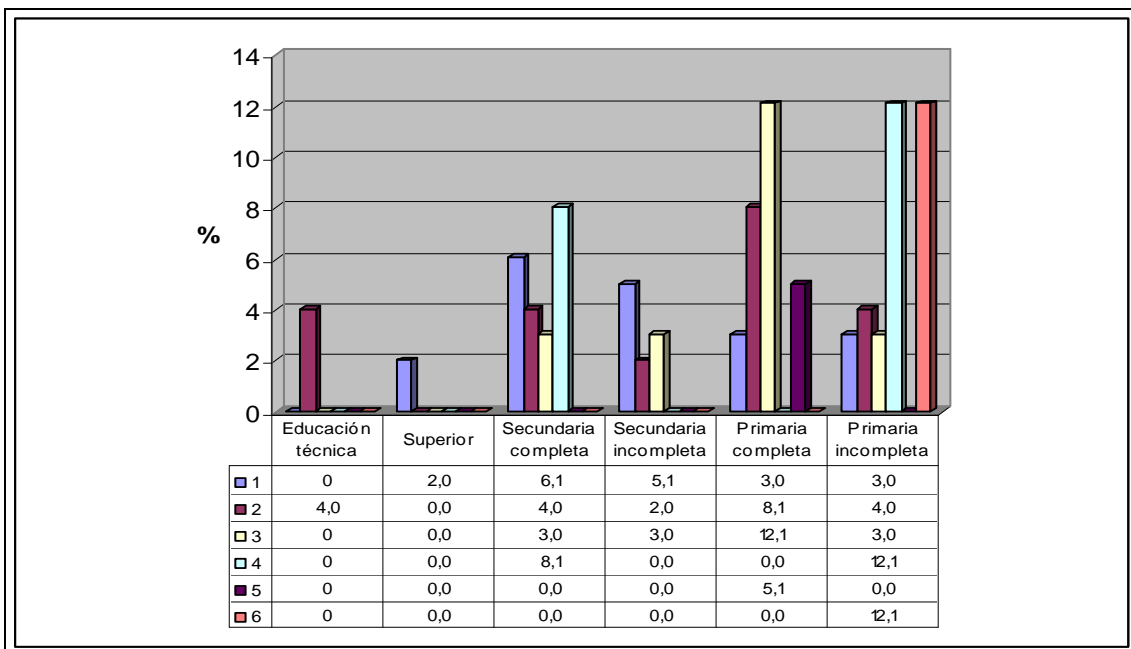
Gráfico 10. Instrucción de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003 según su lugar de residencia.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison IpiALES Celín

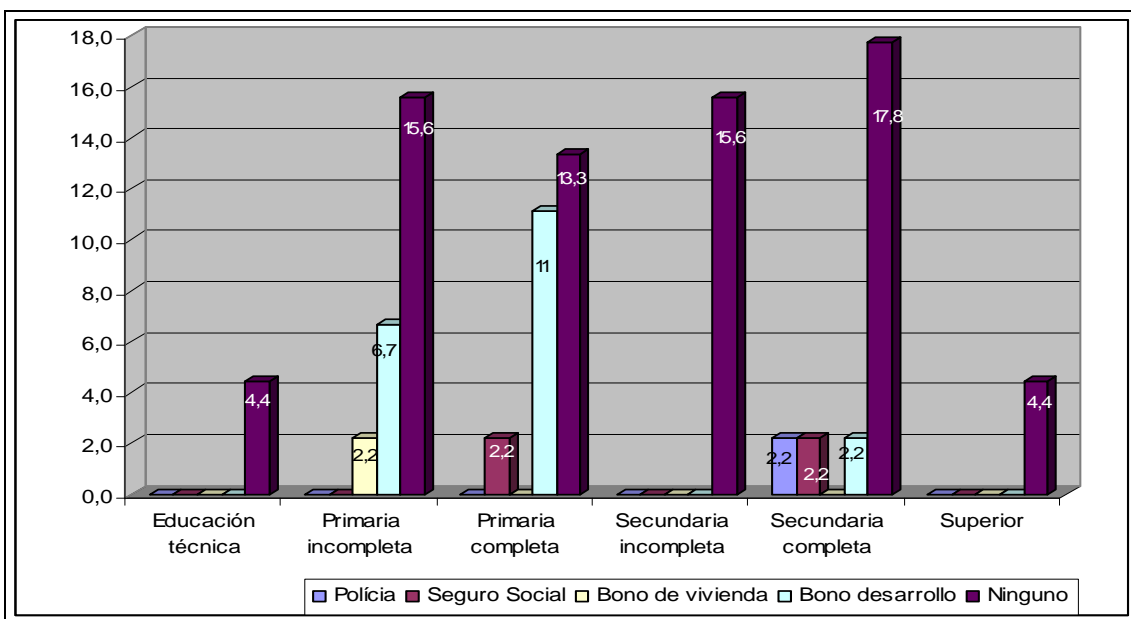
Gráfico 11. Nivel de escolaridad de las mujeres que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según el número de hijos.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

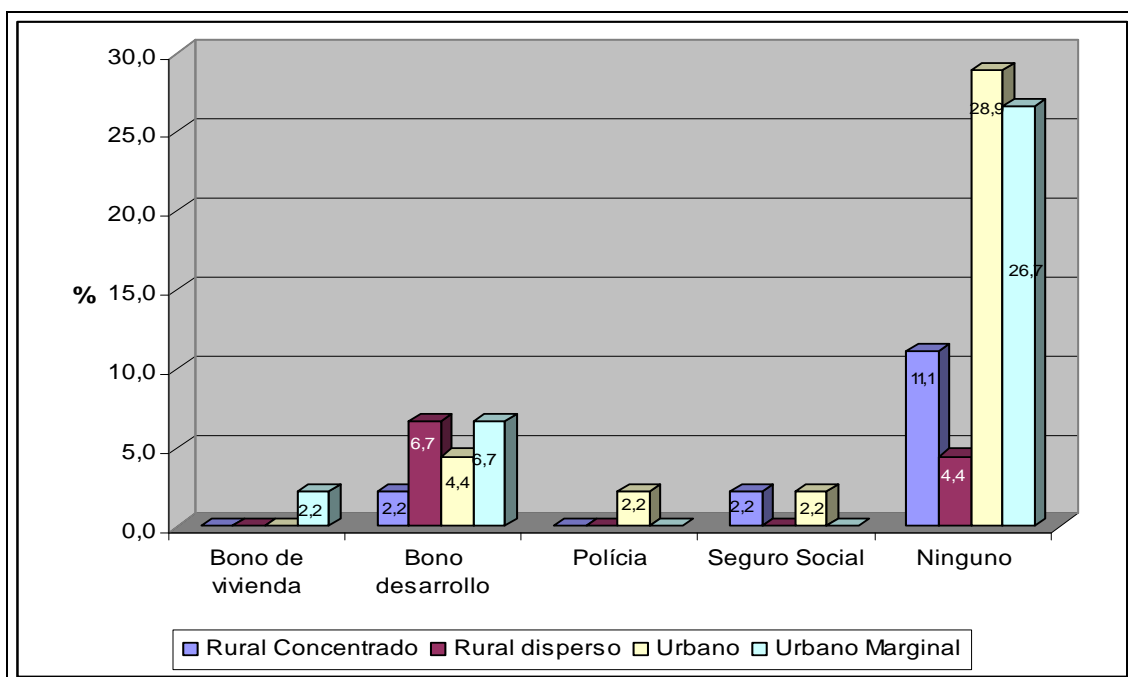
Gráfico 12. Nivel de escolaridad de las mujeres que fueron atendidas en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según el tipo de ayuda social que reciben.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

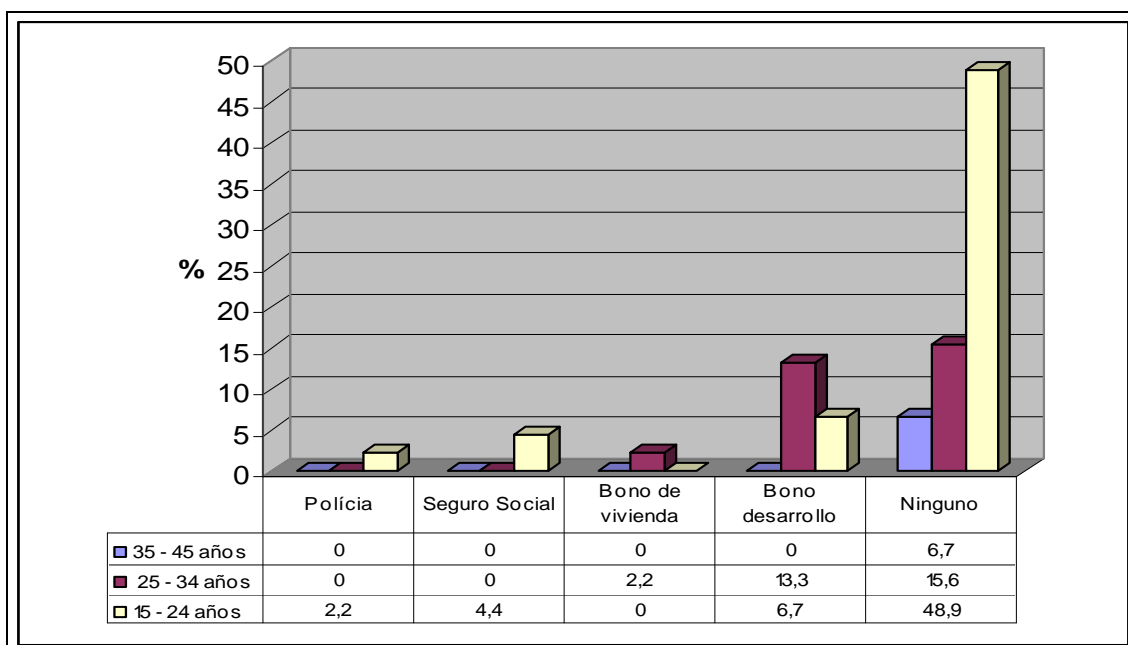
Gráfico 13. Mujeres que reciben ayuda social, que fueron atendidas en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según su lugar de residencia.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison IpiALES Celín

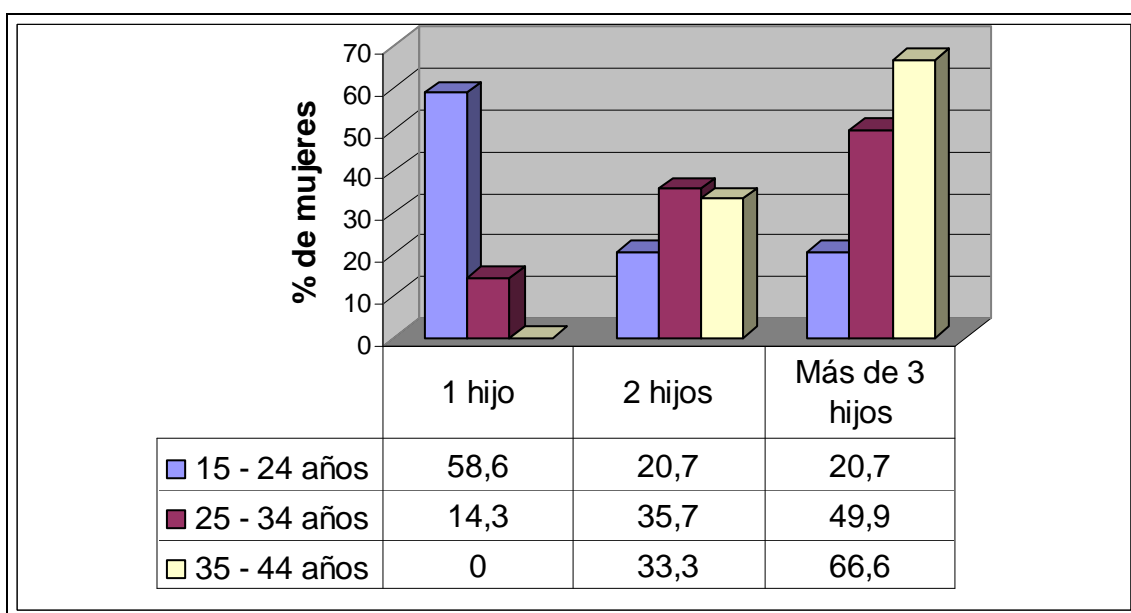
Gráfico 14. Mujeres que reciben ayuda social, que fueron atendidas en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según grupo de edad.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison IpiALES Celín

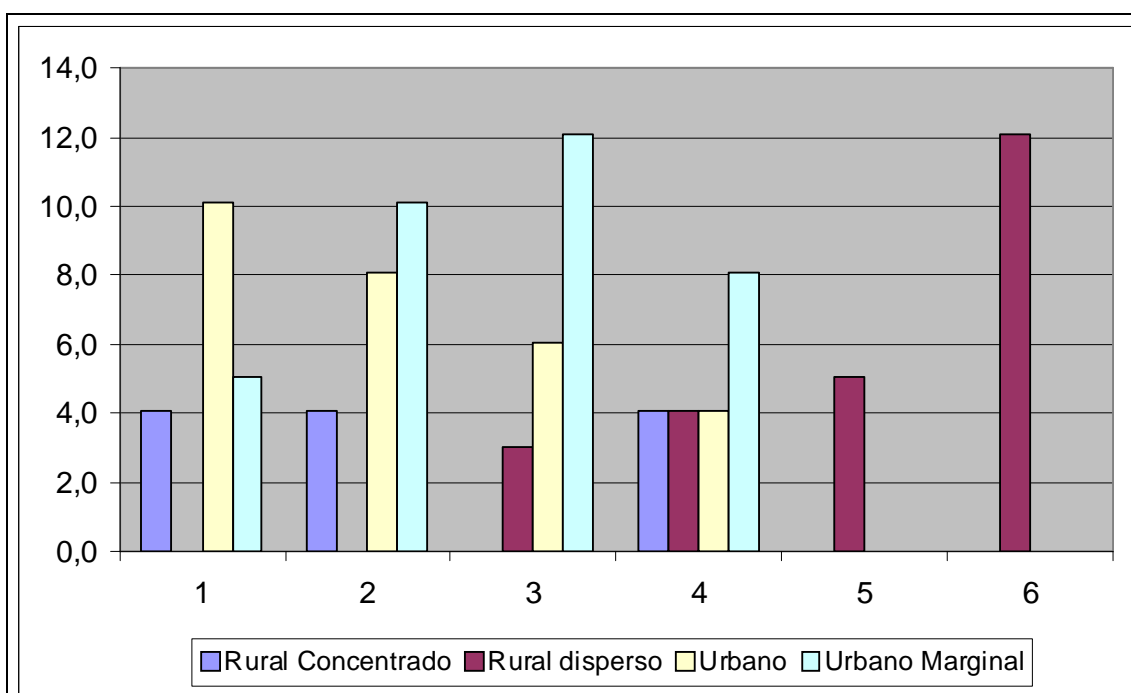
Gráfico 15. Número de hijos de las mujeres que recibieron atención de emergencia obstétrica en el H. G. Dávila durante el 2003, según grupo de edad.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

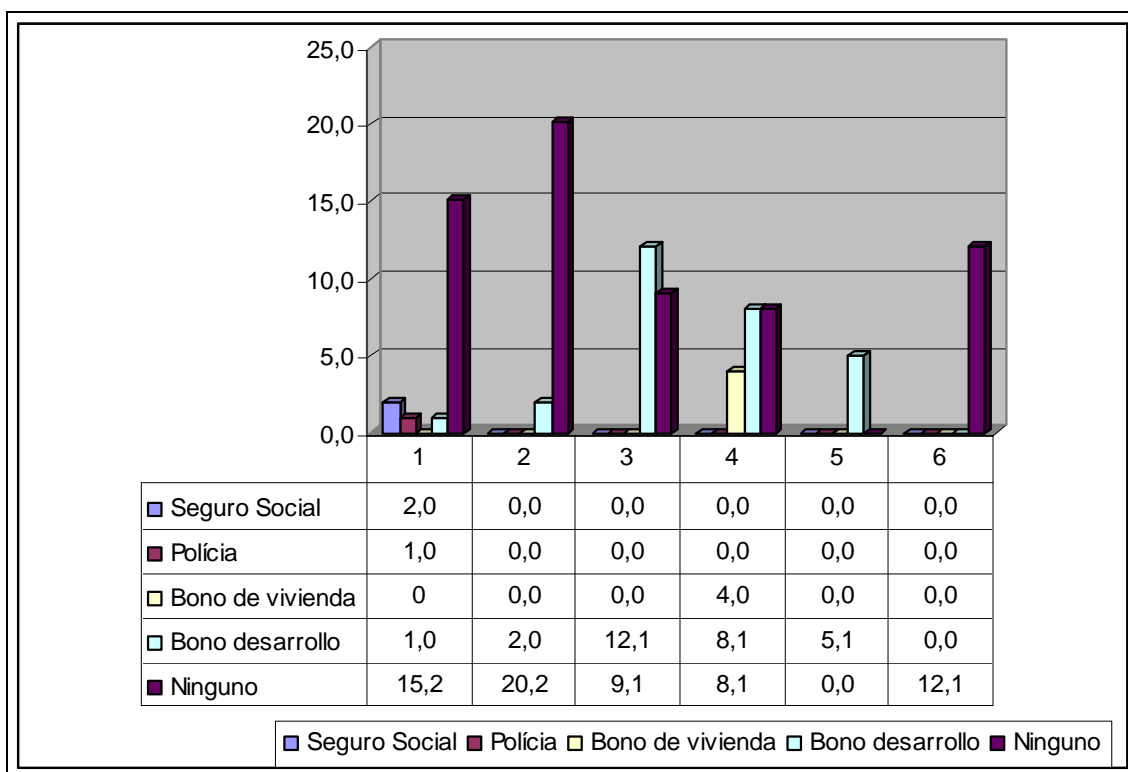
Gráfico 16. Número de embarazos de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según su lugar de residencia.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

Gráfico 17. Número de hijos de las mujeres que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según el tipo de ayuda social que reciben.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

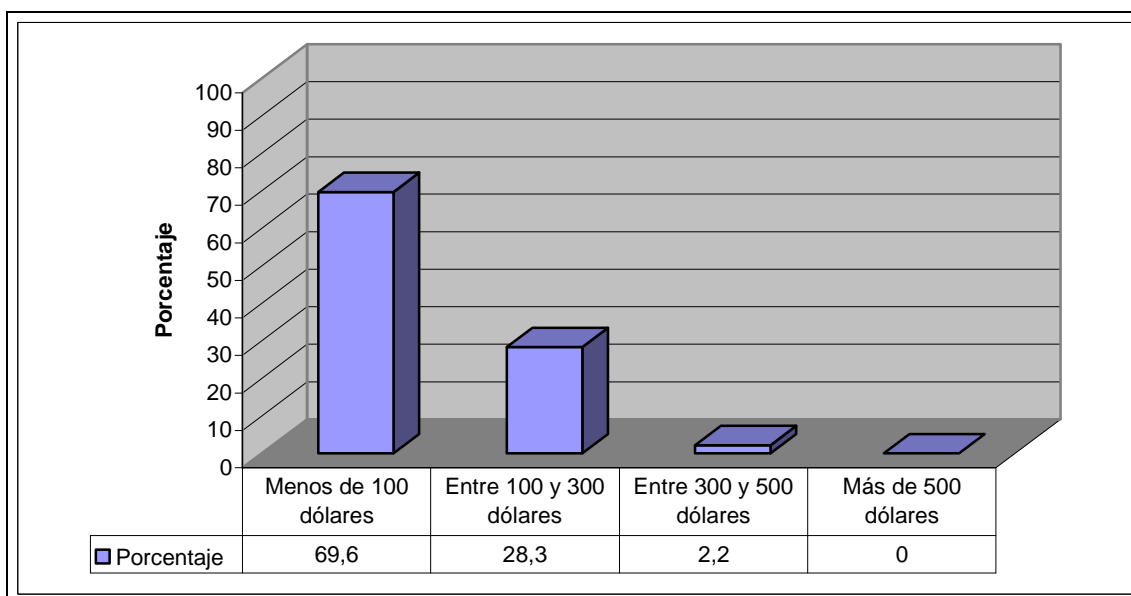
Las 45 mujeres consultadas **tuvieron que cubrir altos costos para utilizar el servicio de emergencia** del HLGD, entre los costos incurridos se encontraron:

- Pagos en el hospital: 10.9% de las mujeres preguntadas manifestó haber pagado algún rubro en el hospital, los valores pagados van desde 1 dólar hasta 13 dólares, con un promedio de 7.25 dólares;
- Pagos fuera del hospital, por diferentes servicios: 78.3% manifestó haber pagado por servicios fuera del hospital como: exámenes de laboratorio, medicamentos o insumos; estos pagos se encontraron entre 3 y 440 dólares, con un promedio de 51.1 dólares;
- Pagos por transporte: 65% manifestó haber pagado por transporte para trasladarse desde su lugar de residencia hacia el hospital, los pagos fluctuaron entre 1 y 310 dólares, el promedio fue de 22.3 dólares.

- Los costos incidentales e informales fueron mayores en mujeres que residían en sectores rurales y urbano – marginales.

Todas las mujeres consultadas manifestaron que por los altos costos que significa la atención de las complicaciones del embarazo, aplazaron la atención hasta en 7 días, cuando decidieron acudir al hospital, todas tuvieron que hacer un préstamo, vender algún bien o dejar de satisfacer otra necesidad, ya que el 69.6% de las mujeres percibían ingresos familiares inferiores a 100 dólares al mes, en este sentido el 67%, no se encontraban en capacidad de pagar ningún valor.

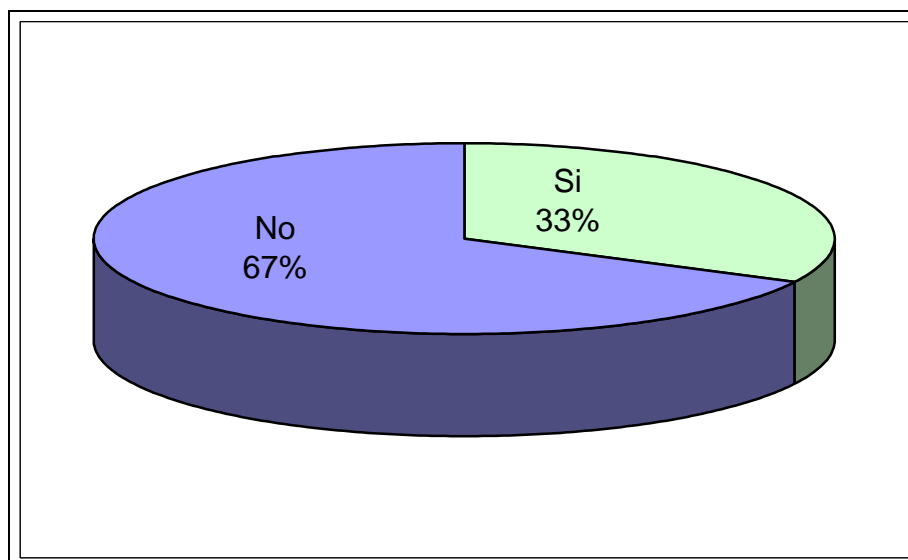
Gráfico 18. Ingreso económico mensual familiar de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

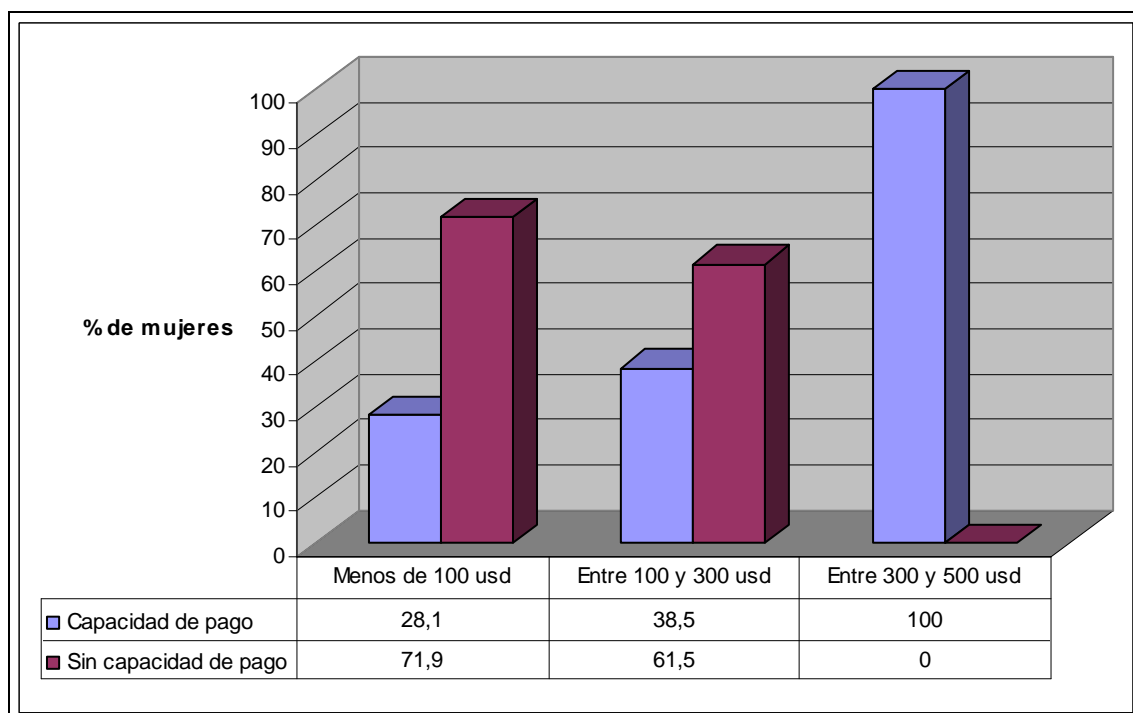
Gráfico 19. Distribución de las mujeres que realizaron algún pago durante la atención de la emergencia obstétrica durante el 2003, según la percepción de capacidad de pago.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

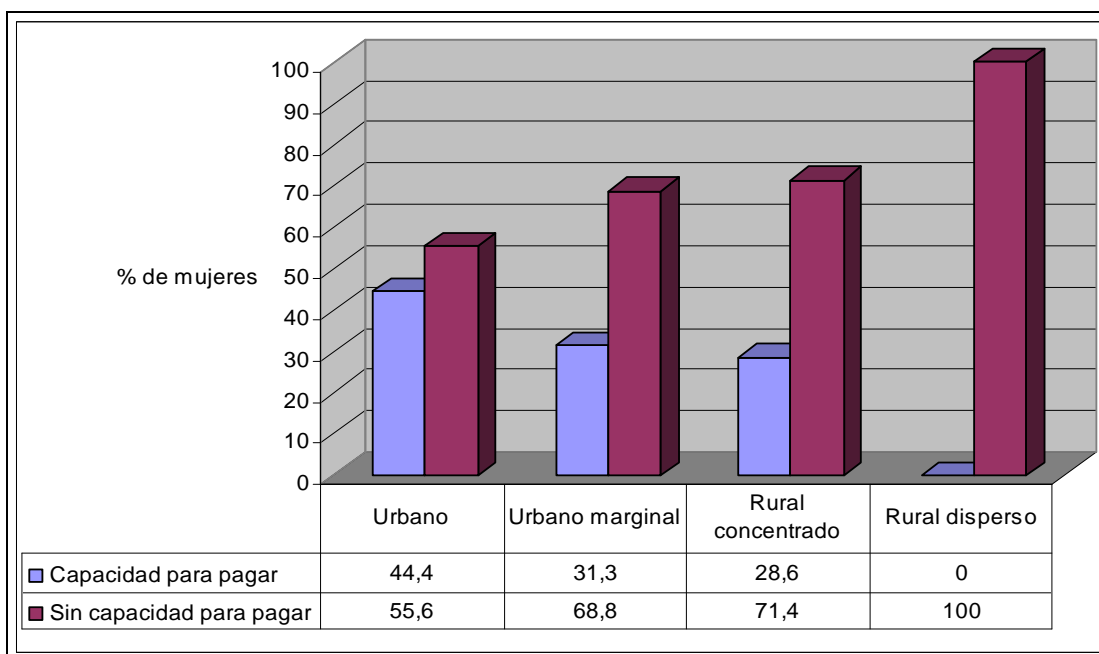
Gráfico 20. Ingreso económico mensual de las familias de las mujeres que recibieron atención de una emergencia obstétrica en el H. G. Dávila durante el 2003, según la capacidad de pago de los gastos realizados durante la atención.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

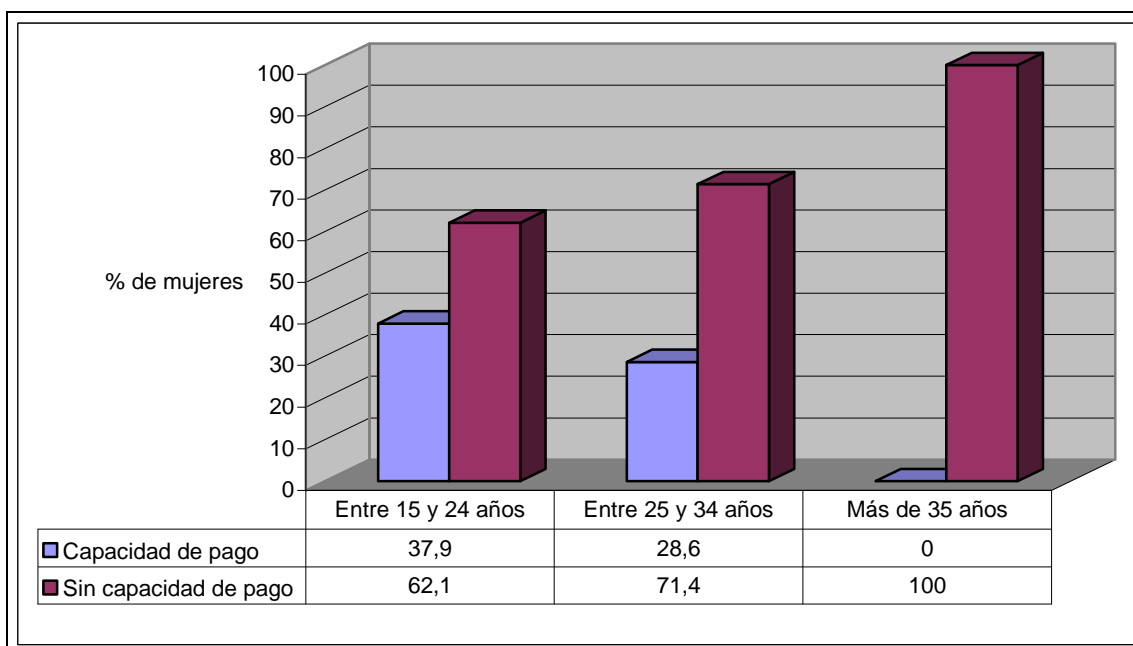
Gráfico 21. Distribución del lugar de residencia de las mujeres que recibieron atención de una emergencia obstétrica en el H. G. Dávila durante el 2003, según la capacidad de pago de los gastos realizados durante la atención.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison IpiALES Celín

Gráfico 22. Capacidad de pago según grupos de edad en las mujeres encuestadas de las que recibieron atención obstétrica emergente en el Hospital G. Dávila durante el 2003.

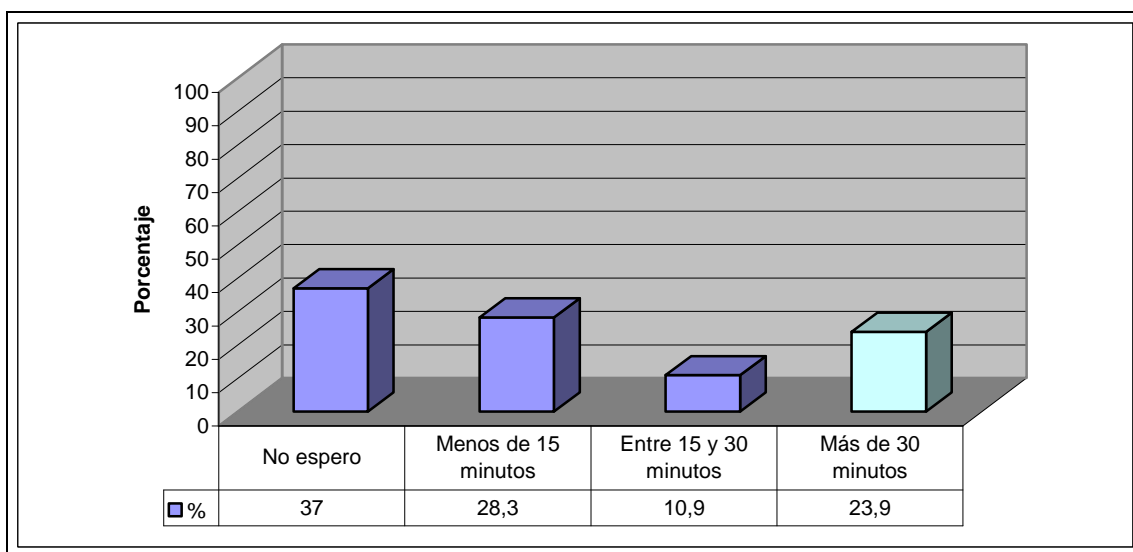


Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison IpiALES Celín

El 10.9% de las mujeres encuestadas manifestó haberse sentido incómoda o muy incómoda y 8.7%, haber sido objeto de mal trato durante la atención. Por otra parte, 23.9% de las mujeres encuestadas esperó más de 30 minutos en la emergencia para ser atendida, como consecuencia de problemas de la estructura organizacional y la disponibilidad de recursos humanos, insumos y equipamiento.

Gráfico 23. Tiempo de espera en emergencia del hospital, donde se trataría la emergencia obstétrica, en mujeres encuestadas atendidas en el H. G. Dávila en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiates Celín

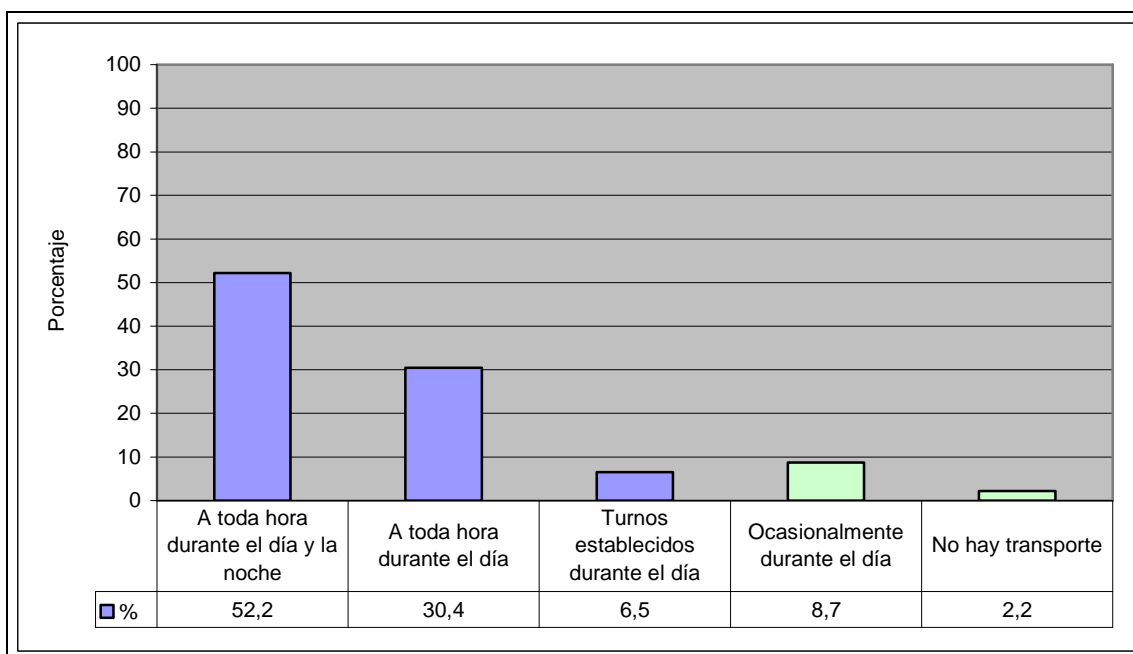
Tabla 7. Disponibilidad de teléfono en el lugar de residencia de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.

Disponibilidad de teléfono	Número	Porcentaje
A toda hora	33	71
Solamente durante el día o la noche	2	4.3
En algún momento del día o la noche	4	8.7
No hay teléfono	7	15.2
Total	46	100

Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiates Celín

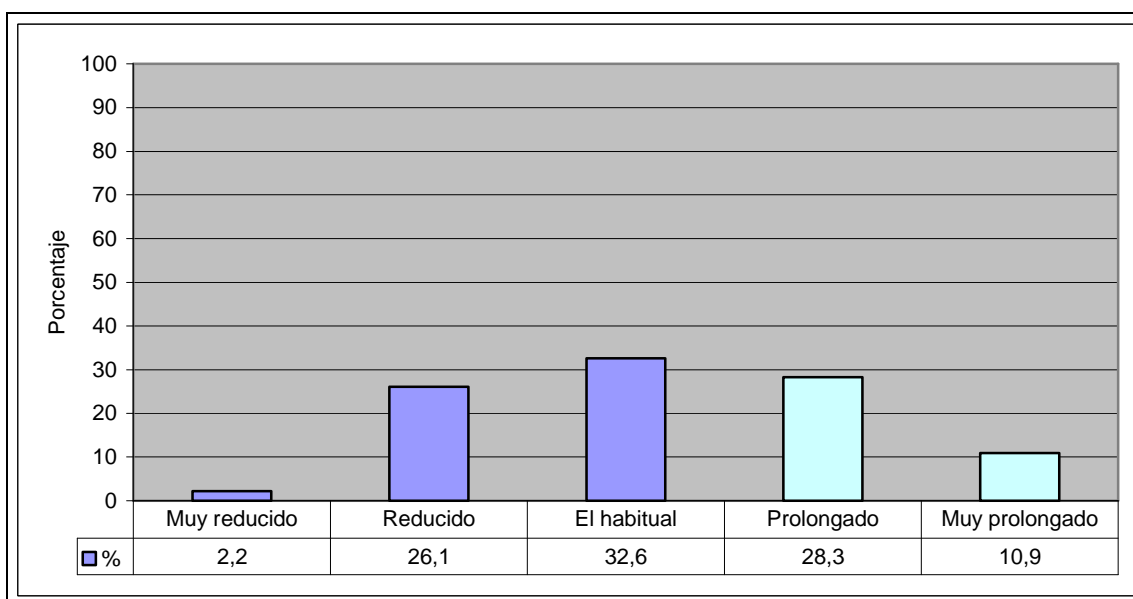
Gráfico 24. Frecuencia de transporte en el lugar de residencia de las mujeres encuestadas, que recibieron atención médica en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiates Celín

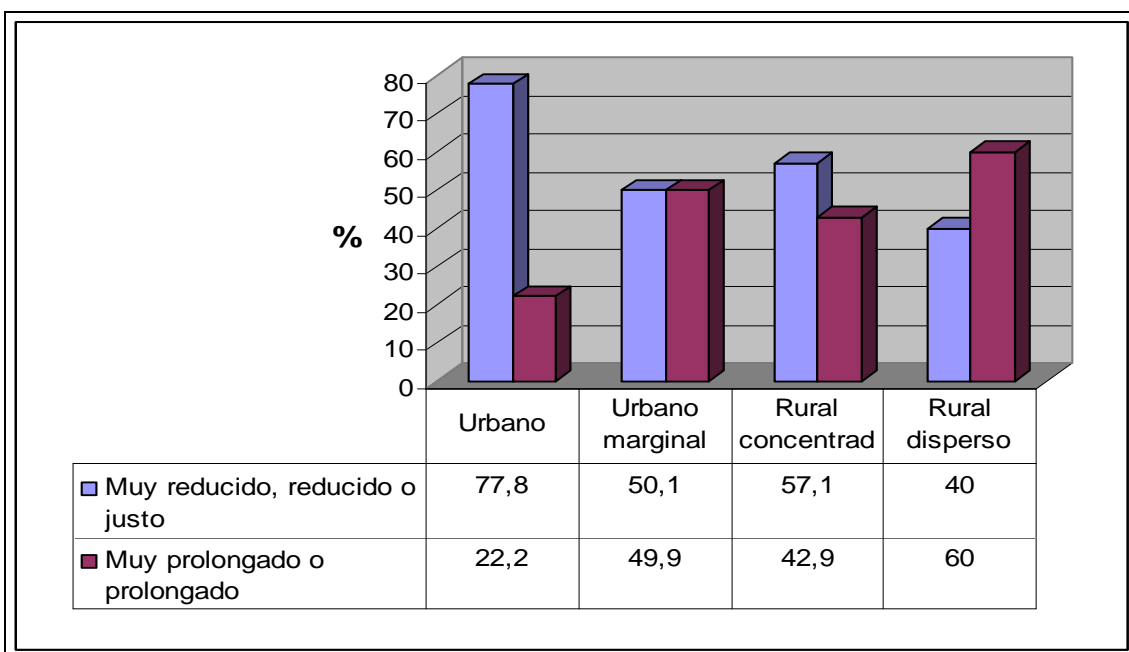
Gráfico 25. Tiempo utilizado para trasladarse desde el domicilio hasta el hospital donde se trataría la emergencia obstétrica, en las mujeres encuestadas atendidas en el Hospital G. Dávila en el 2003.



Fuente: Cuestionarios aplicados a la muestra de estudios. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiates Celín

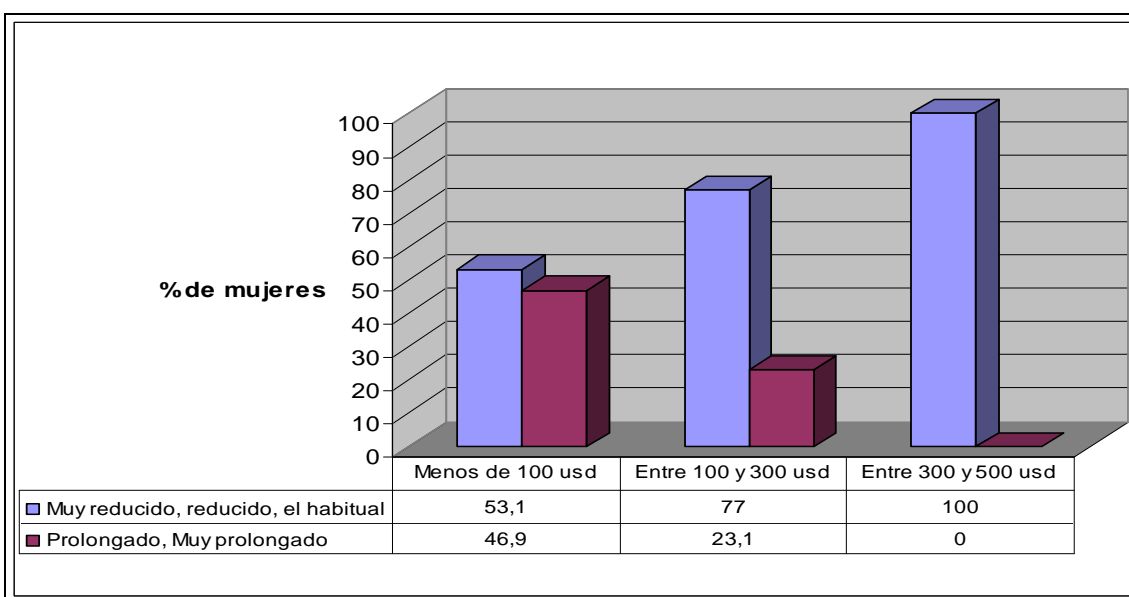
Gráfico 26. Lugar de residencia de las mujeres encuestadas atendidas en el Hospital G. Dávila, por presentar una emergencia obstétrica en el 2003, según el tiempo utilizado para llegar hasta el hospital.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

Gráfico 27. Ingreso económico mensual de las familias de las mujeres que recibieron atención de una emergencia obstétrica en el H. G. Dávila durante el 2003, según el tiempo que tardaron en llegar al hospital.



Fuente: Cuestionarios aplicados. Marzo 2004.

Elaborado por: Edison Ipiales Celín

RESULTADOS OBTENIDOS EN ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES

Las entrevistas fueron realizadas a un informante clave del servicio hospitalario (Jefa de la oficina de estadística del hospital LGD), y uno del Comité de Gestión Local de los Fondos Solidarios (representante de organización de mujeres). A dichas personas, se les plantearon preguntas abiertas sobre temáticas como la disponibilidad de los recursos, la permanencia del servicio, el cobro de los servicios, etc.

RESPUESTAS OBTENIDAS DE LOS INFORMANTES CLAVES DEL HOSPITAL LUÍS GABRIEL DÁVILA

De las 20.093 mujeres en edad fértil,¹⁷ que residían en el cantón Tulcán en el 2003, 1353 eran mujeres gestantes.¹⁸ Este grupo poblacional tenía una tasa de fecundidad global,¹⁹ según el censo del 2001, de 3.48 (2.97 para el área urbana y 4.01 para el área rural); sus Necesidades Básicas Insatisfechas alcanzaba el 50% de la población. La mayor demanda en este hospital es de atención obstétrica (partos, cesáreas o abortos), que es la principal causa de egresos hospitalarios.

¹⁷ El INEC y el Ministerio de Salud Pública manejan el criterio de que son mujeres cuya edad se encuentre entre 15 y 49 años de edad, sin embargo esta clasificación no tiene un sustento científico, por lo que ameritaría una revisión y búsqueda de evidencia que justifique clasificar a la MEF en este grupo.

¹⁸ Población calculada y manejada por el Ministerio de Salud Pública.

¹⁹ La tasa de fecundidad global se define como el “número de hijos que, en promedio, tendrían en toda su vida reproductiva las mujeres en edad fértil (15 a 49 años cumplidos), si su reproducción transcurriera según el patrón de fecundidad observado en un determinado año”. **Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador -SIISE, 1997-2003.**

TABLA 8. Número de egresos hospitalarios del hospital Luís Gabriel Dávila entre 1997 y 2002.

AÑO	Egresos hospitalarios	Partos	Abortos	Cesáreas	% de cesáreas respecto a los partos	Egresos obstétricos	% de egresos obstétricos vs. egresos hospitalarios
1997	3057	1210	164	286	23.6	1660	54,3
1998	3271	1261	146	277	22	1684	51,5
1999	3348	1284	153	295	23	1732	51,7
2000	3446	1327	146	296	22.3	1769	51,3
2001	3652	1267	154	308	24.3	1729	47,3
2002	3688	1433	182	334	23.3	1949	52,9
2003	3729	1047	180	305	22.5	1532	41.1

Fuente: Archivos del Departamento de Estadística del Hospital Luis Gabriel Dávila.

Frente a esta demanda, los recursos humanos disponibles son reducidos, ya que solamente se dispone de un médico residente por turno de 24 horas para atender los servicios de hospitalización, emergencias y cirugía, que generalmente se encuentran sobre-utilizados.

TABLA 9. Indicadores de utilización del servicio de gineco-obstetricia del H. G. Dávila, entre 1997 y 2002.

Años	Giro de cama	%de ocupación	X días paciente	X días estadia	X diario de camas disponible	X diario de egresos
1997	95.4	104.8	12.1	2.7	11.5	3
1998	93.5	106.1	12.6	2.8	11.8	3
1999	92	105.4	12.5	3	11.9	3
2000	110.7	112.1	12.2	2.4	10.8	3.3
2001	89.6	93.4	12.2	2.5	13.1	3.2
2002	114.2	112.5	13.1	2.4	11.7	3.7

Fuente: Archivos del departamento de estadística de la Dirección Provincial de salud del Carchi.

Esta sobre utilización de los servicios obstétricos, se observa igualmente en la consulta externa, donde se encontró una brecha amplia entre las consultas dadas y los turnos

entregados. La demanda rechazada durante el 2003 fue de 9.63% (número de consultas: 1808; Número de turnos: 1911), lo que indica que varias mujeres se quedaron sin atención diariamente, muchas de ellas acudieron por complicaciones del embarazo que, al no poder acceder a una consulta, con mucha probabilidad en los próximos días evolucionó a emergencia obstétrica.

Diariamente se realizan una o dos cirugías programadas, dos días por semana, mientras que las cirugías de emergencia procuran realizarse en cualquier momento. Sin embargo, varias de estas cirugías (la mayoría emergencias) no pudieron ser realizadas por la no disponibilidad de medicamentos, como anestésicos, insumos o recursos humanos calificados, produciéndose por consiguiente referencias a centros de mayor complejidad. En este sentido, una de las muertes maternas producidas en el 2003, se produjo durante la referencia al hospital de Ibarra.

Por otra parte, se han receptado frecuentes denuncias de maltrato y cobros al interior del hospital, muchas de estas situaciones, según explica la informante clave, suceden como consecuencia de una evidente crisis de los recursos humanos profesionales y no profesionales, que frente a los bajos salarios, la ausencia de programas de capacitación que les beneficien y el reducido seguimiento de los niveles de control, adoptan estos comportamientos.

Frente a esta situación, se han tomado acciones, como el incremento del número de camas hospitalarias en el servicio de ginecobstétrica, la ampliación de la infraestructura y el mejoramiento de la disponibilidad de insumos y medicamentos. El servicio de Gineco Obstetricia tienen las siguientes características:

Recursos disponibles	Descripción
Recursos humanos	<p>Especializados: Tres ginecólogos. Laboran cuatro horas en la mañana de lunes a viernes, en las áreas de hospitalización (dos de ellos), consulta externa (uno de ellos), cirugía, sala de partos, y emergencias (de ser necesario); uno de estos especialistas, generalmente el devengante de beca, permanece de llamada durante las 24 horas, si se requiere su participación en situaciones en las que el médico residente no logra solucionarlas, sin embargo, según comentarios de familiares de mujeres hospitalizadas, es difícil ubicarlo. De los tres ginecólogos:</p> <p>Uno es el jefe del servicio y cuenta con cerca de 20 años de trabajo en el hospital.</p> <p>Un médico ginecólogo devengante de beca, que reside temporalmente en la ciudad mientras termina su paso por el hospital que es de dos a tres años.</p> <p>Un médico ginecólogo contratado, reside en la ciudad y permanece en el hospital mientras existan los recursos económicos para cubrir su salario o mientras no aparezca una mejor opción de trabajo.</p> <p>No especializados: Una obstetrix labora en la consulta externa y centro obstétrico de lunes a viernes durante las mañanas, eventualmente puede apoyar fuera de este horario, reside en la ciudad y su salario es cubierto con recursos de autogestión.</p> <p>Un médico residente, por turno de 24 horas, cubre todos los servicios del hospital.</p>
Camas hospitalarias disponibles	<p>Total: 20 Clínica: 10 Cirugía: 6 Dañadas: 4 (habilitadas temporalmente)</p>
Quirófanos	<p>Quirófano para cirugías programadas, asignado al servicio dos días a la semana. Por día se realizan hasta dos cirugías diarias.</p> <p>Quirófano de emergencias, disponible cuando se lo necesite y si se dispone de los recursos necesarios.</p>
Consultorio para la atención de emergencia (Anexo foto)	<p>Este servicio es permanente, atendido por un médico (a) residente que cubre las necesidades de todo el hospital, durante las mañanas recibe el apoyo de todos los recursos especializados, el resto del día solo si la gravedad de la situación lo amerita. El ingreso al servicio no dispone de rampa de acceso para camillas. En cuanto al equipamiento, cuenta con dos camillas y al interior, no se observa la privacidad requerida para la atención obstétrica. Un tanque de oxígeno, equipo, insumos y medicamentos básicos. De no contarse con algún insumo o medicamento, es la familia de la paciente quien cubre la necesidad.</p>
Sala de espera (anexo foto)	<p>Se trata de un espacio reducido, ubicado en el pasillo de acceso al consultorio de emergencia, que dispone alrededor de 10 sillas</p>
Ambulancia	<p>Un vehículo adaptado para este fin, cuyo uso tiene un costo que es asumido por las usuarias, y su disponibilidad se reduce a las 8 horas laborales de lunes a viernes.</p>

Para la atención de las emergencias obstétricas, se encuentran disponibles los recursos de los servicios de gineco-obstetricia y emergencias²⁰ y la cobertura de atención es la

²⁰ Información obtenida en el Departamento de Estadística del Hospital G. Dávila

provincia de Carchi (anexo 4). Sin embargo, como consecuencia de su ubicación física o geográfica²¹, ofrece mayor accesibilidad a personas residentes en el cantón Tulcán; según el departamento de estadística del hospital, muchas personas, que residen en otros cantones, prefieren usar los servicios de la ciudad de Ibarra, por su cercanía y su mejor capacidad de resolución.

Tabla 10. Número de egresos hospitalarios reportados por el H. G. Dávila según lugar de residencia habitual 1996 -1998

Residencia habitual	1996	%	1997	%	1998	%	total	%
Tulcán	3299	59.4	3443	63.2	3997	63.6	10862	62.1
Bolívar	211	3.8	214	3.9	241	3.8	673.72	3.9
Espejo	491	8.8	423	7.8	461	7.3	1391.6	8.0
Mira	159	2.9	114	2.1	144	2.3	421.95	2.4
Montufar	1203	21.7	1103	20.2	1223	19.5	3570.9	20.4
Huaca	192	3.5	153	2.8	215	3.4	566.26	3.2
Total	5555	100	5450	100	6281	100	17486	100

Fuente: INEC.

En este contexto, según expresiones de la informante clave, “La implementación de la LMGAI en el cantón Tulcán a generado un incremento de la utilización de los servicios, como resultado de la garantía de gratuidad, permanencia y disponibilidad del servicio de salud; adicionalmente, el transporte de las emergencias obstétricas, la participación social y la promoción de la Ley, sin embargo, con la estructura disponible no se ha podido atender como lo demanda la Ley”; por este motivo durante el 2003 (luego de once años de implementación de la Ley), la mortalidad materna para el cantón Tulcán es alta, en el año 2003 la Tasa de Mortalidad Materna fue de 204 muertes por 100000 nacidos vivos, valor significativamente superior al promedio nacional 77.8 muertes por 100000 nacidos vivos.

²¹ Resistencias generadas por la ubicación de las fuentes de atención a la salud.

RESPUESTAS OBTENIDAS DE INFORMANTES CLAVES - ORGANIZACIÓN DE MUJERES

El Comité de Gestión de los Fondos Solidarios locales de Salud se constituyó en el año 2002, con la participación de varios actores sociales que concomitantemente se encontraban participando en la conformación del Consejo Cantonal de la Niñez y la Adolescencia.

Durante este periodo de tiempo, progresivamente se ha ido consolidando la estructura organizativa que, en la actualidad, ha permitido la gestión de los recursos económicos.

La relación con los servicios de salud, específicamente con el Área de Salud N° 1, es buena. Han aceptado de forma positiva la serie de denuncias de cobros y maltrato que las usuarias de los servicios han hecho llegar hasta el Comité.

Sin embargo, para el Comité, resulta difícil involucrar al Hospital Luís Gabriel Dávila, porque el Reglamento de la Ley no lo determina; esto es importante, porque la mayor parte de las atenciones que se realizan en el hospital son de mujeres residentes en el cantón.

Se ha recibido apoyo técnico de profesionales, enviados por la Asociación de Municipalidades del Ecuador. Sin embargo, aún se requiere apoyo, porque no se cuenta con los elementos necesarios para realizar actividades, como la implementación del sistema de transporte de emergencias y el sistema de monitoreo y evaluación.

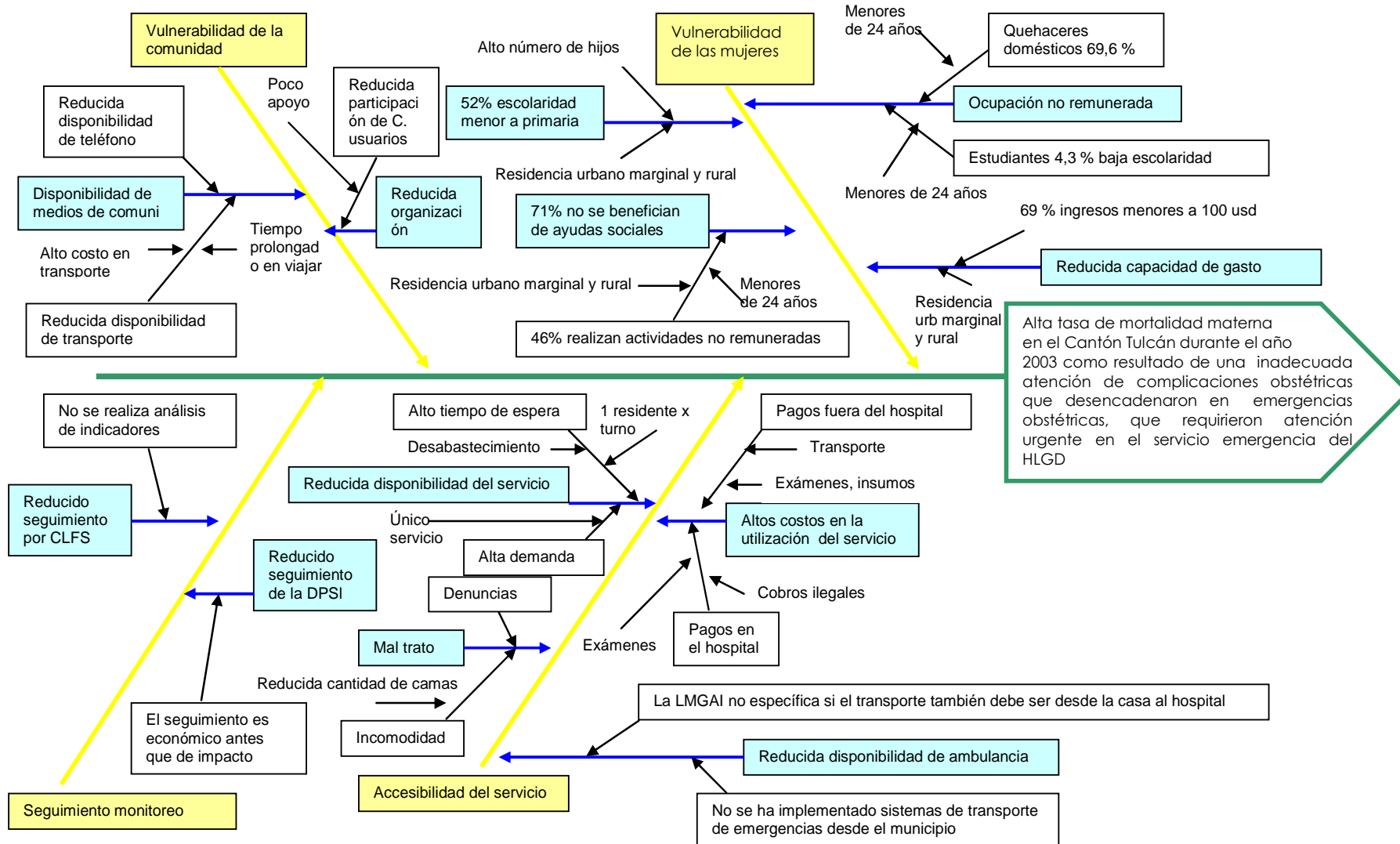
CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

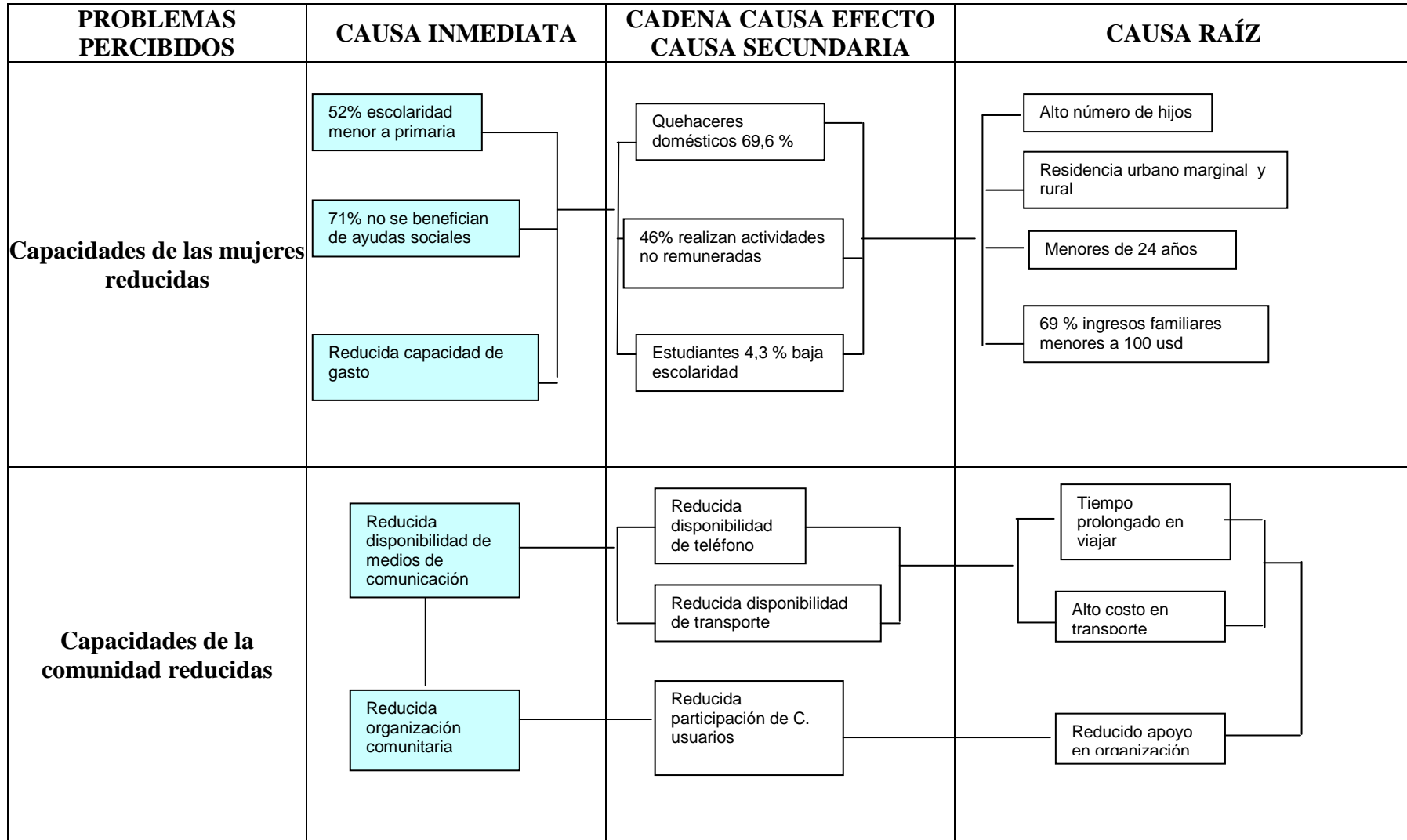
Las conclusiones del presente trabajo se originaron del análisis de las correlaciones de proposiciones problemáticas encontradas en el Marco Teórico y de esta forma responder a los objetivos planteados al inicio del trabajo.

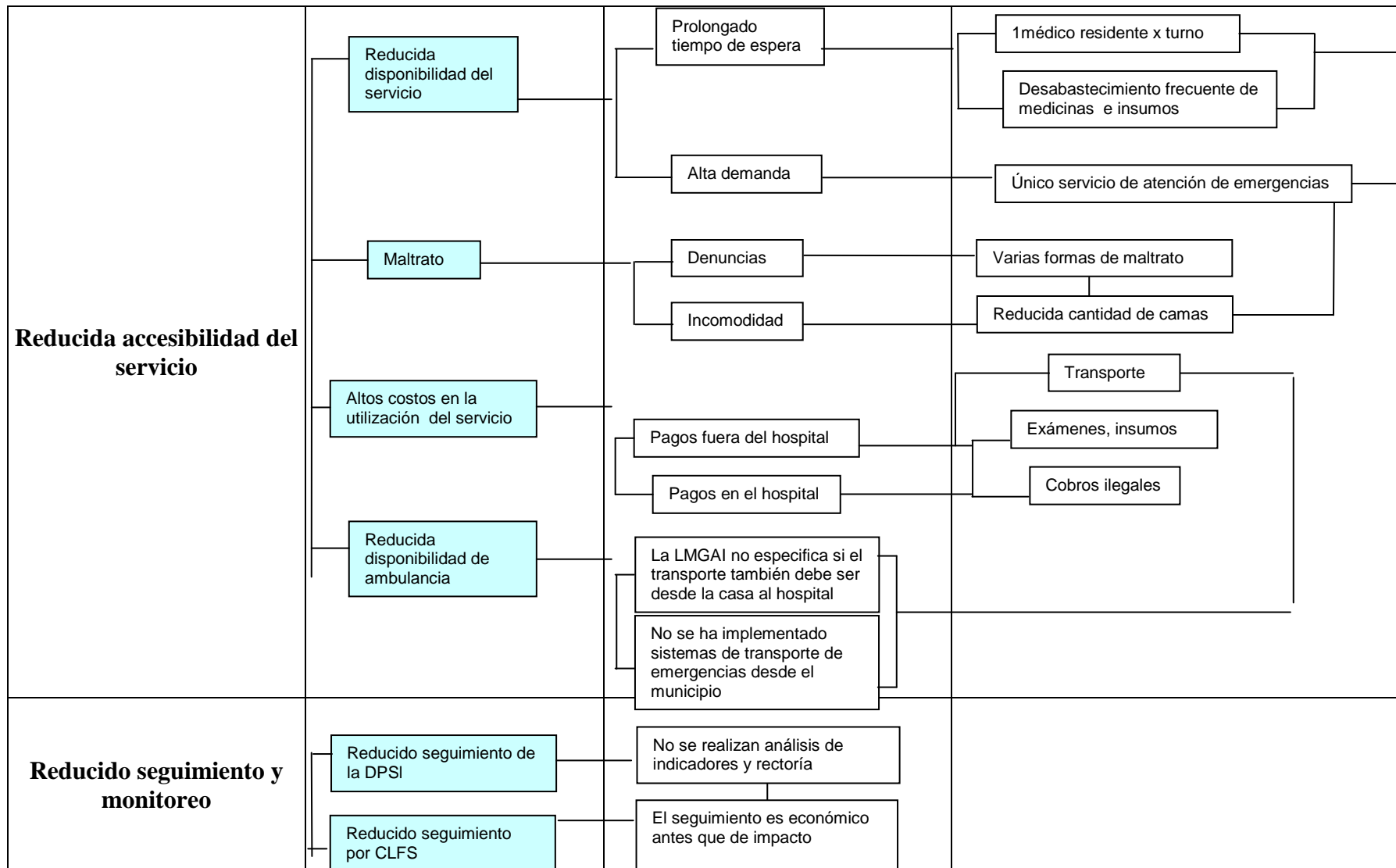
Para desarrollar el análisis se construyó un esquema causa efecto (espina de pescado) donde se consideró que las dificultades en la utilización del servicio era la problemática central a analizar; el nivel de mortalidad materna es un efecto, mientras que la capacidad administrativa y organizativa de los actores sería una causa, en este contexto, se armó una espina de pescado, donde las causas principales (fuente original del problema) se distribuyeron: en la parte superior las causas originadas en las usuarias (Vulnerabilidad de la comunidad y vulnerabilidad de las mujeres) y en la parte inferior las causas originadas en el servicio (seguimiento y monitoreo y accesibilidad del servicio).

ORGANIZACIÓN DE LOS FACTORES CAUSALES EN EL DIAGRAMA CAUSA – EFECTO



Listado de factores causales





Con estos antecedentes se concluye:

La implementación de Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), desde 1996, busca reducir la mortalidad materna e infantil; sin embargo, a pesar de no existir estudios de impacto sobre sus efectos, publicaciones del INEC adelantan información que muestra variaciones poco significativas de la tasa de mortalidad materna, de igual forma se observó en el cantón Tulcán durante el 2003 que presento 4 muertes maternas, lo que significo una tasa de 204 por 100000 nacidos vivos.

De entre las acciones que la LMGAI busca garantizar, la atención de las emergencias obstétricas es estratégica para alcanzar el objetivo de reducir la mortalidad materna, pero este tipo de atención requiere algunas condiciones para un adecuado cumplimiento, así es necesario la permanencia del servicio, la disponibilidad de recursos humanos capacitados para resolverlas oportunamente, la disponibilidad de medicamentos, insumos y materiales, un sistema de transporte, etc.

Sin embargo, el análisis causa efecto de los resultados obtenidos tanto de la información del cuestionario aplicado a las mujeres seleccionadas y de las entrevistas de los informantes claves, hace concluir que existen varios factores que estarían determinando dificultades en la adaptación del procesos de implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia a las necesidades de atención de emergencias obstétricas, en el cantón Tulcán.

La alta vulnerabilidad de las mujeres consultadas, consecuencia de su reducida capacidad de pago, bajo nivel de escolaridad, ocupación en actividades no remuneradas y el limitado beneficio de ayudas sociales, como el bono de desarrollo o seguro social. Todas estas vulnerabilidades están originadas en su residencia urbano-marginal y rural, su edad menor a los 24 años, el alto número de hijos y los ingresos familiares menores a los 100 dólares mensuales.

Todos estos factores causales se interrelacionan entre sí, unas veces son efectos, y otras, son causas, lo que confirma que son factores del círculo de la pobreza y de la

desprotección social, en este contexto, su capacidad o poder de uso del servicio se muestra reducido.

Estas mujeres con alta vulnerabilidad forman parte, en su mayoría, de comunidades igualmente vulnerables por disponer de pocos medios de comunicación, como transporte público y teléfonos; además de poca organización social para enfrentar emergencias de este tipo.

Efectivamente, la alta vulnerabilidad de estas comunidades, para el caso de las emergencias obstétricas, se origina en la poca frecuencia de transporte público, que pudiera ser utilizado para transportar emergencias obstétricas, así como en la reducida disponibilidad de líneas telefónicas, que permitan llamar a ambulancias.

Esta situación es más intensa en las comunidades rurales y urbano-marginales, que geográficamente se encuentran distantes del Hospital Luis Gabriel Dávila; a estas circunstancias, se suma la poca organización comunitaria para enfrentar la atención de emergencias obstétricas desde la comunidad.

Las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública, han realizado algunos esfuerzos para formar comités de usuarias – os y comités de salud en las comunidades, que potencialmente se convertirían en espacios de discusión y resolución de las problemáticas locales. Sin embargo, no ha habido continuidad en este proceso, pero además, las organizaciones como el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud y sus organizaciones que lo conforman, han limitado su participación al espacio del Comité, dejando de lado la organización y participación de las comunidades rurales y urbano- marginales.

En este sentido, las comunidades rurales y urbano-marginales ven limitadas en el apoyo de instancias centrales para reducir sus vulnerabilidades para enfrentar las emergencias obstétricas.

Otra dimensión, que se suma a la complejidad de esta problemática multifactorial, es la reducida accesibilidad del servicio de emergencia del hospital Luis Gabriel Dávila. Entre los factores expuestos por las fuentes de información, se encuentran la reducida disponibilidad del servicio, los altos costos que implica utilizarlos, el maltrato y la reducida disponibilidad de una ambulancia.

La reducida disponibilidad del servicio de emergencias del hospital Luis Gabriel Dávila fue uno de los factores causales de la baja accesibilidad, su origen se encontraría en la disponibilidad de un médico residente por turno para todo el hospital. Además, los frecuentes desabastecimientos de medicamentos e insumos hacen que los familiares de las pacientes tengan que salir a comprarlos fuera del hospital. La causa básica de estos desabastecimientos sería el reducido control de stocks, así como, la sobre demanda de servicio hospitalario, ya que es el único de carácter público en el Cantón.

Otro factor identificado fue el alto costo que significó a las mujeres consultadas utilizar el servicio, las razones identificadas fueron: pagos al interior del hospital y fuera de él, entre los primeros se dijeron que eran producto de dos causas, cobros ilegales y pago por medicamentos, insumos y exámenes de apoyo diagnóstico, que según el hospital no cubre la LMGAI; entre los segundos, se identificaron los pagos por medicamentos, insumos, materiales y exámenes no disponibles en el hospital, así como, por el pago de transporte y otros gastos que implicó la movilización y permanencia en el hospital.

La reducida accesibilidad al servicio de emergencias del hospital Luis Gabriel Dávila también fue explicada por denuncias de maltrato que algunas usuarias han hecho llegar hasta diferentes instancias del hospital. Una de las causas identificadas fue la incomodidad en el área de hospitalización, donde el número de camas disponibles no abastece al número de pacientes hospitalizados y, en tales circunstancias, varias camas fueron habilitadas en los pasillos o varias pacientes ocupan la misma cama (Anexo 5).

Por último, la reducida disponibilidad de una ambulancia para transportar pacientes a servicios de mayor complejidad de atención, fue identificada como un factor adicional de la inaccesibilidad. Dicha situación identificada sucede, en parte, porque el cantón

Tulcán dispone de un solo vehículo para atender todas las emergencias y transportes de pacientes, pero además, porque el sistema de transporte de emergencias obstétrica, que la LMGAI demanda crear con fondos municipales, aún no se ha diseñado.

Según los informantes claves, la LMGAI dispone que “los Municipios y Comités de Gestión, les corresponde la implementación dentro de su jurisdicción y con sus recursos, de mecanismos para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contra referencia de pacientes”. Sin embargo, este tema ha sido permanentemente eludido en las reuniones del Comité de Gestión.

Como lo explica el artículo 3 del Reglamento a la LMGAI, el transporte de las emergencias obstétricas, al que hace referencia, es el transporte de las emergencias al interior del sistema de servicios de salud, es decir, entre los diferentes niveles de atención. Sin embargo, no se especifica si este transporte incluye la movilización de las emergencias obstétricas desde el domicilio hasta el servicio de salud.

Muchas de las comunidades rurales y urbano-marginales, como se describió en párrafos anteriores, no disponen de transporte para movilizarse desde el domicilio al servicio de salud, sobre todo en las noches, fines de semana y feriados. Un vacío, en este sentido, no permitirá dar accesibilidad para una atención oportuna, sobre todo a las mujeres que viven en comunidades distantes, donde la disponibilidad de transporte y medios de comunicación es reducida o ausente.

“Si no se transportan las emergencias obstétricas desde el domicilio al servicio de salud, sobre todo de las comunidades rurales y urbano marginales, no habrá emergencias que atender en los servicios, se quedarán en las casas”.

Un último determinante de la problemática planteada, es el reducido monitoreo y evaluación, que la Dirección Provincial de Salud y el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud deben realizar, como así lo designa el Reglamento a la LMGAI, que en su artículo 9, literal a) “los Comités de Gestión de los Fondos

Solidarios Locales de Salud, deben elaborar planes operativos en los que constarán: el análisis epidemiológico, la capacidad resolutoria de los servicios y la cuantificación de las necesidades y demandas de la población”; más adelante, en el literal e), se recoge que además “evaluará la conveniencia del gasto, a través de informes técnicos sobre el resultado e impacto epidemiológico y social de las prestaciones brindadas a la población”.

Sin embargo, según los informantes claves consultados, el CGFSLS desde su nacimiento hasta el presente, ha centrado sus actividades en las otras funciones atribuidas a él: ejecutar transferencias de recursos económicos a los servicios de salud; vigilar el cumplimiento de la gratuidad; promover la participación social y suscribir convenios según prevé la Ley.

En este sentido, no se cuenta con un análisis epidemiológico de la muerte materna y de las emergencias obstétricas del cantón Tulcán, así mismo, no se dispone de una línea de base donde se muestren los valores basales de indicadores, que sirvan como punto de partida de la intervención, buscando alcanzar metas en un tiempo determinado.

Los parámetros planteados forman parte de los sistemas de monitoreo y evaluación de los que, de igual manera, no se dispone. Frente a este estado de cosas, resulta difícil llevar adelante un programa de cumplimiento de metas, reduciéndose su trabajo a la participación social alrededor del ámbito urbano y la garantía de gratuidad. Ahora bien, estas acciones sin una estructura de metas y objetivos a alcanzar, se convierten en actividades sin un norte.

Los hallazgos obtenidos en este estudio de caso, realizado en el cantón Tulcán, muestran el alto potencial de impacto que la LMGAI podría tener en la reducción de la mortalidad materna consecutiva a una emergencia obstétrica, sin embargo, la simple gratuidad del servicio no es suficiente, son necesarios además, la disponibilidad permanente de recursos y tecnologías; así como, un fuerte control, monitoreo y evaluación, circunstancias difíciles de cumplir en el sistema de salud del cantón Tulcán.

La dificultad de implementación de la LMGAI en el servicio de salud del MSP en el cantón Tulcán, se centraría en cuatro factores centrales, enumerados a continuación:

1. El reducido desarrollo de los niveles gerenciales para evitar los frecuentes desabastecimientos de medicamentos, materiales e insumos;
2. La reducida disponibilidad de profesionales capacitados para responder de forma permanente e ininterrumpida a las emergencias obstétricas;
3. El bajo perfil de los miembros del CGFSLS, que no ha permitido implementar un sistema de transporte de emergencias obstétricas desde el domicilio de las mujeres.
4. Reducido comprometimiento del la Dirección Provincial de Salud del Carchi para ejercer la rectoría en el Cantón Tulcán.

A ello, se añaden los obstáculos encontrados para llevar adelante un sistema de monitoreo y evaluación basado en objetivos y metas a alcanzar que retroalimenten al sistema local para su mejoramiento.

En estas circunstancias las beneficiarias de la atención de las emergencias obstétricas en el hospital Luis Gabriel Dávila del cantón Tulcán, ven vulnerados sus derechos a una atención digna y oportuna, puesto que, acceder a este servicio resulta dificultoso, tanto por la condición de vulnerabilidad de las usuarias y de sus comunidades, las mismas que requieren un proceso de organización y capacitación comunitaria, el mismo que hasta la fecha no ha sido permanente.

Por otro lado, el servicio encargado de la atención de las emergencias obstétricas, el hospital Luis Gabriel Dávila, no se ha incorporado al CGFSLS, ya que el Reglamento de la Ley identifica, como responsables de autorizar el uso de los recursos financieros, al Alcalde y al Jefe de Área correspondiente, por este motivo la problemática de la atención de las emergencias obstétricas en el hospital Luis Gabriel Dávila no ha sido incluida en las discusiones del Comité.

Frente a estas circunstancias, que este estudio de caso ha identificado como factores causales de la inadecuada atención de las emergencias obstétricas en el cantón Tulcán, las mujeres y sus familias tienen razones justificadas para dudar a la hora de tomar la decisión de abandonar el hogar para buscar atención médica en el hospital Luis Gabriel Dávila, ya que para hacerlo, deben garantizar el cuidado de sus familias mientras están ausentes y buscar con anticipación un medio de transporte y recursos económicos que solventen los gastos durante la permanencia en el servicio hospitalario; estos recursos muchas veces los consiguen a través de préstamos, que empobrecen aún más a sus familias.

En este contexto, muchas de estas mujeres, por sus condiciones de vulnerabilidad, no logran utilizar los servicios del hospital, optando por no salir y permanecer ocultas a las estadísticas.

Se espera que la identificación de los factores causales de la inadecuada e inoportuna atención de las emergencias obstétricas en el hospital Luis Gabriel Dávila, realizada en este estudio de caso, aporten con elementos para implementar acciones orientadas al mejoramiento, algunas de las cuales me permito sugerir:

- Incluir al Hospital Luis Gabriel Dávila como miembros de los CGFLS.
- Mejorar el rol rector de la Dirección Provincial de Salud del Carchi, a través de la implementación de proceso de licenciamiento, acreditación y certificación del hospital.
- Mejorar las experticias gerenciales de los directivos del hospital a través de capacitación adecuada.
- Mejorar la capacidad de gestión de medicamentos e insumos para evitar desabastecimiento.
- Mejorar las condiciones laborales de los recursos humanos, incrementando un médico residente adicional por turno, capacitación y dotación de tecnología para una atención adecuada.
- Implementar inmediatamente un sistema de transporte de emergencias obstétricas con recursos del municipio del cantón Tulcán.

- Desarrollar en el CGFLS un sistema de monitoreo y evaluación, que incluya una línea de base así como metas a alcanzar.
- Iniciar un proceso de formación de ciudadanía en salud, que incluya capacitación y organización comunitaria, desde donde se impulsen iniciativas comunitarias como: una red de ambulancias comunitarias con vehículos locales para el transporte de las emergencias; un sistema de comunicación (radios, teléfonos); el fortalecimiento de redes de servicios formales e informales, tradicionales y no tradicionales, que permitan manejar las emergencias obstétricas desde la comunidad con los primeros auxilios obstétricos y un transporte adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arredondo, A. y Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud. *Salud pública de México*. Vol.34, N° 1.
2. Beauvoir, S. (1999). *El segundo sexo*. Editorial Sudamericana. Buenos Aires.
3. Bronfman, M. Castro, R. Zúñiga, E. Miranda, C. y Oviedo, J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública México* V.39 N.5. Cuernavaca.
4. Clark, K (1995). *Palabras de silencio*. Género, raza y nación: la protección a la infancia en el Ecuador (1919 – 1945). Quito: Abya – Yala.
5. CONAMU (2007). *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. Manual operativo.
6. CONASA (2005). *Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*.
7. Deere, C. y León, M. (2005). *El liberalismo y los derechos de propiedad de las mujeres casadas en el siglo XIX en América Latina*.
8. Fernández, J. (1991). *Fundamentos de microeconomía*. Segunda edición. McGraw-Hill. Madrid.
9. Frenk, J (1985). "El concepto y la medición de la accesibilidad" en *Salud Pública de México*. sep-oct., Vol 27 No 5, pp. 438-456.
10. Fudín, M. (2002); Ponencia. XI Jornadas sobre Emergencias Psiquiátricas. El Tiempo de la Urgencia Ruptura del Lazo Social y Emergencia de una Ética. *Emergencias revista de las ciencias del hombre*.
11. Gwatkin, D. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer? Reflexión crítica. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos No 3.
12. Hanson, K (1999). La medición del estado de la salud Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies. *Género Equidad Salud*. Publicación Ocasional No. 5.
13. Harris, O. y Young, K (1979). *Antropología y feminismo*. Editorial Anagrama. Barcelona.
14. Lamas, M. (1996). Usos dificultades y posibilidades de la categoría género. *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México.

15. Landman Szwarcwald, C. y Inácio, F. (2000), Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro.
16. Larrea, C (2002). Desigualdad social, salud materno infantil y nutrición en ocho países de América Latina: análisis comparativo de las encuestas DHS III. Organización Panamericana de la Salud.
17. Ministerio de Salud Pública (1999). Manual del Comité de Muerte Materna.
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (1997). Guía básica para la atención y manejo de las emergencias obstétricas por niveles de complejidad.
19. OPS (1996). Iniciativa de reforma en el sector salud. Indicadores de la medición del desempeño del sistema de salud. EC2.1 SI OPS.IR-6.
20. OPS/OMS (2001). Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud. Washington DC.
21. Ortner, S. (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura). Antropología y Feminismo. Editorial Anagrama. Barcelona.
22. Pérez, Amaia (2005). *MUJER Y TRABAJO*. En extinción la clásica figura del ama de casa. El trabajo invisible. México: Diagonal.
23. Pimentel, S (2001). III Seminario Regional. Comité de América Latina y El Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer Lima Perú. Derechos reproductivos fragmentos de reflexiones. Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos.
24. Preciado, B (2004). “Tecnologías del género Sexualidades minoritarias y sus representaciones multimedia en la era posfordista”. Informe de Taller Género y Sexualidad. Buenos Aires. Noviembre 2004.
25. Ríos, Frances (2000). ¿Necesito ir a sala de emergencia? <http://www.consalud.htm>.
26. Santesmases Mestre, M (1997). Marketing conceptos y estrategias. 3ª edición.
27. Schwarcz, R (1980), Obstetricia. Embarazo, parto y puerperio patológicos. Capítulos 15 al 22. Quinta edición. Editorial EL ATENEO, Buenos Aires.
28. Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador -SIISE, 1997-2003. SIISE 4.5.
29. Soto, E. (2000). El peso de la enfermedad en el Ecuador. Revista Médica de Santiago. Partnerships for health reform – Centro de estudios de población y desarrollo CEPAR. Septiembre 1999. Volumen 3. Número 12.

ANEXOS

ANEXO 1

Las complicaciones pueden ser enfermedades, accidentes del embarazo, parto patológico y alumbramiento patológico (23):

- Las enfermedades pueden ser :

Enfermedades producidas por el embarazo cuya etiología se vincula exclusivamente al estado gravidopuerperal, se presentan en algún momento del embarazo y desaparecen después del parto, generalmente sin dejar secuela en la madre y el niño, cuando son correctamente tratados, entre ellas: Aparato digestivo (gingivitis, trastornos del apetito, sialorrea, trastornos gástricos, emesis o Hiperemesis gravídica), sistema hepático (hepatopatías gravídicas, colepatías gravídicas), hemopatías gravídicas, dermatopatías gravídicas, osteo y miopatías gravídicas, trastornos del sistema nervioso vasomotor, psicosis y neurosis, toxemia gravídica (edema, proteinuria, hipertensión), preeclampsia leve moderada y grave, eclampsia.

Enfermedades independientes de la gravidez que la complican y que evolucionan concomitantemente con ella, entre ellas están: leucorreas (enfermedades de transmisión sexual: trichomoniasis vaginal, candidiasis vaginal, blenorragia, sífilis, virosis), afecciones virales, tuberculosis, parasitosis, malaria, toxoplasmosis, obesidad, diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, cardiopatías, hipertensión esencial, varices, apendicitis, infección de vías urinarias, nefropatías, litiasis renal, incompatibilidad feto materna, tumores.

- Anomalías y accidentes del embarazo, se manifiestan generalmente por hemorragias que pueden mostrar gran intensidad, entre ellas se describen:

Anomalías de los órganos genitales (útero – vaginales), anomalías de la estática del útero (retroversoflexión, anteversoflexión, torsión axial, prolapso genital, mal posiciones consecutivas a tratamientos quirúrgicos), malformaciones placentarias

(placenta múltiple, placenta zonaria, placenta difusa o membranosa, placenta fenestrada, placenta marginal), enfermedades de la placenta (edema, adherencia anormal, infartos, quistes, síndrome de insuficiencia placentaria, mola hidatiforme, polihidramnios, oligohidramnios), anomalías por mala implantación del huevo (embarazo ectópico), y la prolongación de la gravidez.

- Parto patológico, son de dos tipos:
 - Distosias o perturbación de los fenómenos partales: disturbios de la fuerza impulsora (distosia dinámica), alteraciones del canal del parto (distosia ósea y distosia de las partes blandas), distosia ovular (anomalías por exceso de volumen fetal, anomalías y enfermedades del cordón umbilical, prociencia del cordón).
 - Accidentes del parto, son: accidentes maternos (desgarro intravaginal del cuello del útero, desgarros vulvoperineales, rotura de útero, hematomas paragenitales), accidentes ovulares (infección ovular, sufrimiento fetal, asfixia y acidosis del recién nacido, muerte intrauterina del feto).
- Alumbramiento patológico: retención de la placenta y de las membranas ovulares, hemorragias del alumbramiento, inversión aguda del útero, otros procesos patológicos).

CUESTIONARIO APLICADO:

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES SEDE
ECUADOR
PROGRAMA DE FORMACIÓN EN POLÍTICAS Y GESTIÓN DEL
DESARROLLO**

TESIS DE LA MAESTRÍA DE GESTIÓN DEL DESARROLLO

TEMA: “Adaptación de los procesos de implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia a las necesidades de atención de emergencias obstétricas, en el cantón Tulcán – provincia del Carchi, estudio de caso”.

CUESTIONARIONúmero: Fecha de recolección de la información: Encuestador (a): Digitador (a): Fecha de digitación:

Quisiera hacerle algunas preguntas sobre la visita al hospital Luis Gabriel Dávila para solucionar la complicación de su embarazo sucedida en el año 2003.

La información que usted proporcione es anónima y confidencial, será usada exclusivamente para fines de la presente tesis.

No llenar esta pregunta

- Lugar de residencia en el momento que presento la complicación de su embarazo (5.1)

1	Urbano	<input type="checkbox"/>
2	Urbano Marginal	<input type="checkbox"/>
3	Rural concentrado	<input type="checkbox"/>
4	Rural disperso	<input type="checkbox"/>

Responda las siguientes preguntas relleno uno de los espacios ubicados a la derecha

- Su edad es: (9.1)

1	Menor de 14 años	
2	Entre 15 y 24 años	
3	Entre 25 y 34 años	
4	Entre 35 y 44 años	
5	Mayores de 44 años	

- Cuándo se presentó la complicación de su embarazo usted era: (7.1)

1	Casada	
2	Soltera	
3	Unión libre	
4	Divorciada	
5	Viuda	

- A que se dedica usted: (7.3)

1	Quehaceres domésticos	
2	Empleada Pública	
3	Empleada Privada	
4	Estudiante	
5	Otro Especifique: _____	

- Hasta qué grado o curso estudió: (8)

1	Nada	
2	Primaria incompleta	
3	Primaria completa	
4	Secundaria incompleta	
5	Secundaria completa	
6	Superior	
7	Educación técnica	

- Recibe ayuda de alguna institución social:

1	Bono solidario	
2	Seguro social	
3	Seguro campesino	
4	Iglesia	
5	Instituciones militares, policiales.	
6	Otra especifique: _____	

Escriba la respuesta en números en los espacios ubicados debajo de la pregunta

(7.2) (1.3)

- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

(9.3)

- De estos cuantos han terminado en:

1	Abortos	
2	Cesáreas	
3	Partos normales	
4	Parto complicado	

(9.4)

Responder esta pregunta si tiene más de dos embarazo, rellenando uno de los espacios ubicados a la derecha

- ¿Cuándo fue el embarazo anterior al que nos estamos refiriendo?

1	Menos de un año	
2	Entre un y tres años	
4	Mayor a tres años	

(9.2)

Responda las siguientes preguntas rellenado uno de los espacios ubicados a la derecha

- ¿Con que frecuencia hay carros por su casa?

1	A toda hora durante el día y la noche	
2	A toda hora durante el día	
3	Turnos establecidos durante el día	
4	Ocasionalmente durante el día	
5	Por días	
5	No hay transporte	

(5.1)

- ¿Hay teléfono donde usted vive? (5.2)

1	A toda hora	
2	solamente durante el día o la noche	
3	En algún momento del día o la noche	
4	No existe la posibilidad de acceder a un teléfono	

Escriba en números en el espacio ubicado debajo de la pregunta

- Cuántas personas apoyan su familia con dinero:
(1.1)

Responda esta pregunta relleno uno de los espacios ubicados a la derecha

- Sumados todos estos apoyos cuanto es el ingreso por mes de la familia (1.2) (6)

1	Menos de 100 dólares	
2	Entre 100 y 300 dólares	
3	Entre 300 y 500 dólares	
4	Más de 500 dólares	

En las siguientes preguntas escriba la respuesta en números en el espacio ubicado debajo de la pregunta

- Cuanto pago en el hospital por la atención de la complicación del embarazo
(1.4)

- Cuanto pago por exámenes, medicamentos y otros materiales fuera del hospital
(1.5)

- Cuanto pago por el transporte hacia el hospital, alimentación y estadía de su acompañante: 1.6

Responda las siguientes preguntas relleno uno de los espacios ubicados a la derecha

- Usted y su familia estuvieron en capacidad de cubrir estos costos 1.7

1	Si	
2	No	

- El tiempo que empleo para trasladarse desde que decidí buscar ayuda hasta llegar al hospital fue (2):

1	Muy reducido	
2	Reducido	
3	El justo	
4	Prolongado	
5	Muy prolongado	

- Cuanto tiempo esperó en la emergencia del hospital hasta que ser atendida por un o una medico(a) (3).

1	No tuvo que esperar ningún tiempo	
2	Espero menos de 15 minutos	
3	Espero entre 15 y 30 minutos	
4	Espero más de 30 minutos	

- Durante el tiempo que permaneció en la emergencia del hospital como encontró a las instalaciones de la emergencia (por ejemplo: camilla, temperatura ambiental, sillas, iluminación, privacidad, etc.) (4.1)

1	Muy cómodas	
2	Cómodas	
3	Regularmente cómodas	
4	Incomodas	
5	Muy incomodas	

- Durante el tiempo que permaneció en la emergencia del hospital como fue el trato que recibió de las personas que le atendieron (médicos (as), enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de limpieza, conserjes, etc.) (4.2)

1	Muy buen trato	
2	Buen trato	
3	Trato Regular	
4	Mal trato	
5	Muy mal trato	

OBSERVACIONES:

GUÍA DE ENTREVISTA PARA INFORMANTES CLAVE

Nombre:

Organización a la que pertenece:

¿Conoce los objetivos de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia?:

¿Desde hace que tiempo la conoce?

¿Cuáles, a su criterio, son los problemas que tiene la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia?

¿Por qué piensa que se presentan estos problemas?

¿Cómo piensa que se presentan estos problemas?

¿Qué acciones recomendaría para superar estos problemas?

ANEXO 4

Distribución de las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública en el cantón Tulcán (todas pertenecen al Área de salud N° 1)

PARROQUIAS	UNIDAD OPERATIVA	NÚMERO DE UNIDADES
Tulcán	Centro de salud	1
	Subcentros de salud urbanos	3
Julio Andrade	Subcentro de salud rural	1
Maldonado	Subcentro de salud rural	1
Pioter	Subcentro de salud rural	1
Tobar Donoso		
Tufiño	Subcentro de salud rural	1
Urbina	Subcentro de salud rural	1
El Chical	Subcentro de salud rural	1
	Puesto de salud	1
Santa Martha de Cuba	Subcentro de salud rural	1
EL Carmelo	Subcentro de salud rural	1

Fuente: Dirección Provincial de Salud del Carchi

Ingreso del hospital no cuenta con rampas para camillas



Sala de espera improvisada en un pasillo



Consultorio de emergencia sin condiciones de privacidad para la atención obstétrica



Camas de hospitalización improvisadas en los pasillos de la estación de enfermería

