



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**SISTEMA DE POSGRADO**

**TESIS FINAL**

Previa a la obtención del grado de  
**MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA**

**SALUD Y ECONOMÍA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL  
DEL CANTÓN SANTA ANA (MANABÍ)**

**ELABORADO POR:**

**Dra. Magda Zambrano Alcivar**

**TUTOR:**

**Econ. Jack Chávez**

**Guayaquil, Abril 2012**

## **AGRADECIMIENTO**

He llegado al final de esta tesis y con ella otra etapa de mi vida realizada, es por esto que no puedo dejar de agradecer primero al Todopoderoso creador de este Universo a Dios, por permitirme entrar en esta maestría y darme la fortaleza y paciencia para poder alcanzar esta meta.

De todo corazón a mis hijos que son el motor que me impulsa a seguir adelante.

A mis Padres en especial a mi papá Amado que se marchó sin ver culminada esta etapa de mi vida y que en el lugar que se encuentre su alma, está orgulloso de mi logro.

A mí amado Geovanny por su comprensión y apoyo incondicional.

A mi director de tesis Econ. Jack Chávez por su excelente ayuda y apoyo.

Al personal del Centro Materno Infantil de Santa Ana por la facilidad y colaboración que me brindaron para poder realizar esta tesis.

A la Econ. María del Carmen Lapo por sus críticas constructivas y consejos que me brindo en todo momento.

A todo el Personal Administrativo de la Escuela de Posgrado de la Universidad.

A mis Profesores y Compañeros por cada momento de conocimiento y esparcimiento compartido.

A todos los que en una u otra manera sirvieron de apoyo y ayuda ya que han sido una bendición en mi vida.

# INDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
OBJETIVOS .....	6
Objetivo General .....	6
Objetivos Específicos.....	6
CAPÍTULO I: PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN EN SALUD EN EL CANTÓN SANTA ANA.....	7
1.1. Antecedentes.....	7
1.2. Localización .....	7
1.3. Fundamentos Teóricos .....	7
1.3.1. La Eficiencia en la Evaluación Económica.....	9
1.3.2. Métodos de Evaluación en Salud .....	10
1.3.2.1. Parciales y Completos.....	10
1.3.3. Descripción De Consecuencias .....	11
1.3.4. Descripción de Costos.....	11
1.3.5. Descripción de Costos y Resultados .....	11
1.3.6. Eficacia y Efectividad .....	11
1.3.7. Análisis de Costos .....	12
1.3.8. Costos-Beneficio .....	12
1.3.9 Costo- Efectividad.....	13
1.3.10. La Minimización de Costos .....	16
1.3.11. Costo Utilidad .....	17
1.3.12. Políticas asumidas por el Estado a través del Ministerio de Salud Pública para mejorar la salud en la población.....	19
1.3.12.1. Estrategias de los Servicios de Salud para Comunidades Saludables.....	22
1.3.13. Principales enfermedades en la población .....	24
1.3.14. Atención Prenatal .....	27
1.3.15. El control prenatal debe ser:.....	28
1.3.16. Hábitos y Estilos de Vida.....	28
1.3.17. Historia Clínica Perinatal .....	29
1.3.18. Consultas de seguimiento y control .....	30

1.3.19. Calidad de la Atención Prenatal.....	31
1.3.20. Atención Postnatal .....	31
1.3.21. Vacunación de los Niños.....	33
1.3.22. Cuidados del recién nacido .....	34
<b>CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CENTRO MANTERNO INFANTÍL DEL CANTÓN SANTA ANA .....</b>	
2.1. Historia.....	42
2.2. Misión, Visión y Objetivo.....	42
2.3. Servicios.....	42
2.4. Departamentos.....	43
2.5. Recursos .....	44
2.5.1. Recursos Humanos.....	44
2.5.2. Recursos Materiales .....	47
2.5.3. Recursos Tecnológicos.....	48
2.6. Capacidad del Servicios en el Área de Emergencia.....	48
<b>CAPÍTULO III. PERCEPCIÓN DEL USUARIO INTERNO Y EXTERNO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO MATERNO INFANTÍL DEL CANTÓN SANTA ANA.....</b>	
3.1. Objetivo.....	50
3.2. Método. ....	50
3.3. Población y Muestra.....	50
3.3.1. Población.....	50
3.3.2. Muestra.....	51
3.4. Tipo de Muestreo .....	52
3.5. Instrumentos de Investigación.....	52
3.6. Procesamiento de la Investigación .....	53
3.7. Presentación de los Resultados .....	53
3.7.1. Encuestas.....	53
3.7.2. Entrevista.....	68
3.9. Análisis FODA del Centro de Salud Materno Infantil del Cantón Santa Ana.....	69
3.10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	71

CAPITULO IV: DISEÑO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN QUE PROMUEVAN LA SALUD Y ECONOMÍA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL CANTÓN SANTA ANA .....	74
4.1. Objetivos .....	74
4.3. Talleres de Capacitación para las madres del área de pre-parto del Centro de Salud Materno Infantil del Cantón Santa Ana .....	76
4.4. Talleres de Educación Prenatal .....	76
4.4.2.5 Actividades:.....	79
4.4.2.6 Evaluación y cierre:.....	79
4.4.3.1. Objetivos: .....	79
4.4.3.3. Apertura: .....	80
4.4.3.4. Temas: .....	80
4.4.3.6. Evaluación y cierre:.....	81
4.4.4.1. Objetivos: .....	81
4.4.4.3. Apertura: .....	81
4.4.4.4 Temas: .....	82
4.4.4.5. Actividades:.....	82
4.4.4.6. Evaluación y cierre:.....	82
4.4.5. Quinta Sesión Educativa: 36 semanas de gestación en la Maternidad.....	83
4.4.5.1. Objetivo:.....	83
4.4.5.2. Apertura: .....	83
4.4.5.3. Tema: Preparación para el parto. ....	83
4.4.5.4. Actividades.....	83
4.4.5.5. Evaluación y cierre:.....	84
4.4.6.1. Objetivo:.....	84
4.4.6.3 Apertura: .....	84
4.4.6.4. Tema:.....	85
4.4.6.5. Actividades.....	85
4.4.6.6. Evaluación y cierre:.....	85
4.4.6.7. Rendimiento: duración 120 minutos por sesión.....	85
4.4.6.8. Instrumentos:.....	86
4.4.6.9. Equipamiento básico para sala educación grupal.....	86

4.4.6.10. Indicadores .....	86
4.5. Análisis económico: .....	87
4.5.1. Presupuesto: .....	87
4.6. Impactos: .....	87
5. BIBLIOGRAFÍA .....	89
ANEXOS.....	93

## INTRODUCCIÓN

Según la definición internacional de salud, esta rebasa, con mucho, el campo restringido de la medicina tradicional, y por tanto se adentra en el de la sociología, por lo que se convierte así en una de las acciones más importantes del desarrollo y bienestar de los países modernos.

En el concepto del sector salud se considera la atención médica, o sea, todas las acciones de salud relacionadas con la profesión médica, en especial las que se refieren a promover, proteger, recuperar la salud y rehabilitar. En términos generales, puede decirse que el problema de la salud ha dejado de ser un hecho individual o casual de relación entre médico y paciente, y se ha convertido en un concepto de solidaridad y colaboración nacional e internacional cuyo principal mecanismo de trabajo es la acción que realizan en la nación los diversos gobiernos de los países en relación; unos con mecanismos sociales que no solo prevén los riesgos de perder la salud, sino que abarca los resultados de esta pérdida mediante indemnizaciones, pensiones, rehabilitación, etc., y otros simplemente considerando la responsabilidad social que tiene el estado moderno de garantizar un grado mínimo de salud a todos sus habitantes a través de mecanismos, cuyo objetivo principal es la atención médica (Gálvez 2003).<sup>1</sup>

Históricamente la atención médica en nuestro país se ha desenvuelto considerando en forma independiente, por un lado, las acciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, y por otra parte las acciones encaminadas a curar cuando se presenta la enfermedad. Sin embargo, el concepto actual consiste en considerar una atención médica o medicina integral; esto es, la reunión de las

---

<sup>1</sup> GÁLVEZ GONZÁLEZ, Ana. (2003). La evaluación económica en salud en Cuba. Instrumento para la toma de decisiones. Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias de la Salud. La Habana, Cuba.

acciones que suelen prevenir, curar y rehabilitar. Debe entenderse que la atención médica está integrada por acciones de salud dirigidas a personas, en tanto que la salud pública se caracteriza por dirigir sus acciones hacia las comunidades. El saneamiento ambiental y la educación higiénica son sus principales campos de actividad. Sin embargo, es necesario tener presente que las acciones de salud de tipo individual repercuten indudablemente en beneficio de la comunidad y viceversa.

Independientemente de la recuperación económica y de los logros recientes alcanzados por la salud pública ecuatoriana, la limitación de recursos es un factor presente en la actividad de salud. La toma de decisiones encaminada a asignar recursos a los procesos de la salud pública es una de las tareas más frecuentes y apremiantes que deben enfrentarse en todos los ámbitos del sistema. Desde las determinaciones que para el paciente individual, debe realizar un médico de familia, hasta decisiones propias de la macroeconomía, está implícita la asignación de recursos.

El conocimiento y la aplicación de técnicas y herramientas que conduzcan a un intenso aprovechamiento de los recursos cobran singular importancia práctica. En este sentido, entre los ejes principales de las estrategias del Sistema Nacional de Salud (SNS), se ha priorizado la lucha por la eficiencia y la calidad, así como la sostenibilidad de este. De esta manera, la investigación científica que se desarrolle en el campo de la economía de la salud debe tener como principal propósito solucionar los problemas asociados a los retos que enfrenta la eficiencia en el sector. El análisis económico desarrollado sobre bases científicas es un punto de partida importante para alcanzar este propósito.

Una de las vías más empleadas para mejorar la eficiencia en la toma de decisiones gerenciales es la utilización de la Evaluación Económica. Esta permite reducir las arbitrariedades en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos disponibles. Por esto constituye un instrumento valioso para mejorar la práctica sanitaria y para conseguir mejores resultados a un costo sostenible para la sociedad.



En los objetivos estratégicos del área de economía y en situaciones del diario acontecer se hace evidente que aún existen limitaciones en el orden teórico y práctico y que estas constituyen un freno para la generalización del uso de la evaluación económica para la toma de decisiones dirigidas al mejoramiento de la eficiencia en salud. Este problema está presente en otros países, incluso en algunos que poseen mayor desarrollo económico que Ecuador; pero el carácter social que adquiere la búsqueda de la eficiencia en salud en nuestro país, le imprime características particulares.

Actualmente no existe un ambiente más complejo y difícil en la toma de decisiones que aquel que se enfrentan los administradores de los servicios de salud. El entorno que se presenta para la prestación de servicios en salud es inesperado, ambiguo y sobre todo incierto.

Los administradores de salud deben de entender y anticiparse a estos cambios desarrollando y planificando estrategias que garanticen un éxito a largo plazo mediante políticas que influirán en forma positiva en el entorno de las comunidades.

Santa Ana es un cantón tradicionalmente agrícola y ganadero, su producción está determinada por las favorables condiciones ambientales y topográficas que permite el cultivo de una diversidad de productos agrícolas a media y pequeña escala y la crianza de ganado bovino, porcino y aviar. La situación socioeconómica de sus habitantes está marcada por altos niveles de pobreza y exclusión; un alto porcentaje de la población económicamente activa (PEA) del sector no accede a los servicios de salud que le garanticen en lo posterior integrarse al mundo laboral en las condiciones más adecuadas.

La mujer juega un rol muy importante en la composición de la economía familiar, pues esta combina las actividades productivas con los quehaceres domésticos, en cuya estructura generalmente se cuenta con un promedio de 4 a 5 hijos por familia. Pese al potencial agrícola del cantón, el 84,2% de su población vive bajo la línea de la pobreza, el 11,2% está desempleado y el 81,9% vive del subempleo, lo que ha afectado gravemente a la fuerza de trabajo.

La desnutrición infantil que ocasiona graves trastornos tanto a nivel de aprendizaje como de las defensas que pueden generar para sobreponerse a las enfermedades alcanza el 43,1% de la población de niños y niñas menores de 5 años del cantón mientras que la desnutrición global lo hace al 35,6%.

Así mismo la situación de la población en edad de estudiar es alarmante. En el cantón existen elevadas tasas de repitencia y deserción en todos los niveles educativos escolares. Los 25,4% de niños y niñas matriculados en primer grado no regresan a la escuela y el 10,1% repiten primer grado. El 15,5% de la población es analfabeta y el analfabetismo funcional alcanza el 31,9% en la población de 15 años y más.

La zona de donde provienen la mayoría de sus miembros es urbano-marginal, de estrato socio-económico bajo. Sus habitantes carecen de medios suficientes para lograr una vida digna; sus ingresos apenas satisfacen sus necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda y educación. En su mayoría las posibilidades de trabajo de los jefes de familias son de actividades comerciales, subempleo, comercios informales, de servicios y la agricultura.

Un 70% de los niños viven con sus padres, el 20% con uno de ellos y el 10% en compañía de un familiar, debido a la migración y a la desorganización familiar. Un 75% de los padres de familia posee un nivel de instrucción básica, el 25% un nivel de instrucción media y superior; razón por la cual, los padres de familia no aportan mayormente en el aprendizaje de sus hijos.

En lo que respecta a la infraestructura vial, el cantón tiene dificultades sobre todo al comunicar las áreas de la producción con los centros de comercialización. (Terán Julio 2006).<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> TERÁN Julio, (2006). Apoyo a la producción de maíz en las comunidades de Visquije, La Cuesta, Chamucame, Camino Nuevo, El Cerro de la Asunción, El Mate, El Níspero, Monte Oscuro y Lodana como materia prima para la elaboración de balanceado en la planta de procesamiento del Colegio Albertina Rivas. Consultor de PROLOCAL.

El Sistema Nacional de Salud tiene entre sus metas elevar la eficiencia sobre la base de un mejoramiento constante de la salud de la población. Para alcanzar este propósito es preciso caracterizar las bases sobre las que se fundamenta la capacitación en el contexto de salud cantonal, conocer cuál es su situación y qué herramientas son recomendables para estimular su utilización en la toma de decisiones. Una respuesta a los aspectos anteriormente señalados constituiría un aporte valioso y de novedad para la salud pública en este Cantón.

La presente investigación parte de la importancia de sustentar aquellos aspectos teóricos y metodológicos que constituyen la base para desarrollar un programa de capacitación en salud en el contexto cantonal. Para facilitar su comprensión se la ha dividido en cuatro capítulos; así, el primer capítulo enfoca los principios de la evaluación en salud en el Cantón Santa Ana, la localización del Centro Materno Infantil, escenario del presente trabajo y los fundamentos teóricos sobre los que descansa el desarrollo metodológico de la presente investigación.

Un segundo capítulo se centra en analizar la situación actual del Centro de Salud Materno Infantil del Cantón Santa Ana, los servicios que presta, los departamentos que existen y los recursos humanos, materiales y tecnológicos con que cuenta para cumplir con su labor.

El tercer capítulo recoge la percepción del usuario interno y externo de los servicios de salud del Centro Materno Infantil, la población y muestra con la que se trabaja y que la conforman las pacientes del área de Pre-parto, el procedimiento de la investigación, el plan de recolección de la información y la presentación de resultados de las encuestas y entrevistas aplicadas.

Un cuarto capítulo que propone el diseño de un programa de capacitación en talleres para promover la salud y economía en el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana. Por último, y para facilitar una consulta rápida y dirigida, se incluye un glosario de términos que explica de forma breve muchos conceptos.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Disponer de un programa de capacitación que promueva la salud y economía con enfoque social y participación comunitaria en el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar la situación real de las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Materno infantil en busca de los servicios que ofrece.
- Realizar un análisis de la situación económica del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana.
- Proponer un modelo de capacitación en talleres para aplicarlo a las pacientes del área de Pre-parto del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana.

# **CAPÍTULO I: PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN EN SALUD EN EL CANTÓN SANTA ANA**

## **1.1 Antecedentes**

Geográficamente el Cantón Santa Ana está ubicado en el centro oeste de Manabí; limita al norte con Portoviejo, al sur con Olmedo y 24 de Mayo, al este con Pichincha y al oeste con 24 de Mayo, Jipijapa y Portoviejo. Se encuentra a 20 kilómetros de la Capital Provincial Portoviejo y a 55 kilómetros del puerto marítimo y Aéreo Internacional de Manta, la agricultura y la ganadería son sus principales fuentes de trabajo.

Santa Ana está dividido en seis parroquias: dos urbanas (Santa Ana de Vuelta Larga y Lodana) y cuatro rurales (Ayacucho, Honorato Vásquez, La Unión y San Pablo de Pueblo Nuevo), que totalizan una población de 59.330 habitantes (Terán Julio 2006).<sup>3</sup>

Posee un clima cálido, variando la temperatura en épocas secas en un promedio de 20° a 25°C y calurosa en la estación lluviosa con temperaturas de 30° a 34°C

## **1.2. Localización**

El escenario del presente trabajo de investigación es el Centro de Salud Materno Infantil como área número 10, perteneciente administrativamente a la Dirección Provincial de Salud de Manabí. Está ubicado en la calle Pedro Carbo entre las calles Eloy Alfaro y Horacio Hidrovo. (Anexo N° 1).

## **1.3. Fundamentos Teóricos**

La evolución que ha presentado la salud humana y la tecnología para la atención de las enfermedades ha llevado a hacer cada vez más explícita la brecha entre lo que puede hacer la medicina y lo que es económicamente factible. Se trata de

---

<sup>3</sup> TERÁN Julio, (2006). Apoyo a la producción de maíz en las comunidades de Visquije, La Cuesta, Chamucame, Camino Nuevo, El Cerro de la Asunción, El Mate, El Níspero, Monte Oscuro y Lodana como materia prima para la elaboración de balanceado en la planta de procesamiento del Colegio Albertina Rivas. Consultor de PROLOCAL.

un problema que hace parte del objeto de la ciencia económica, al reconocer la escasez y la divergencia entre necesidades y recursos disponibles. De este modo la evaluación económica de programas y servicios de salud, entendida como un procedimiento para valorar acciones en el campo de la salud en términos del volumen de inversiones y los beneficios que pueden alcanzarse gracias a las mismas, se constituye en insumo para el debate y la acción sobre asignación prioritaria en salud.

La salud y la economía constituyen un binomio inseparable. Las decisiones que se adoptan en el campo sanitario tienen una implicación económica, pues en todas está involucrado el empleo de recursos. Numerosas actividades relacionadas con la salud tales como capacitación, asistencia, formación de personal, la investigación, entre otros, suponen actividades económicas. Así también existen industrias como la farmacéutica, que se relacionan directamente con la salud.

La interacción entre los niveles de salud y los aspectos económicos es decisiva, un nivel de salud elevado favorece el desarrollo económico-social y los aspectos económicos, fundamentalmente los relacionados con la asignación de recursos que se destinan a la salud, repercuten directamente en la mejora del nivel de salud de la población. El subdesarrollo, la pobreza y la enfermedad se interrelacionan, representando un ciclo del cual se puede salir únicamente con un verdadero desarrollo económico con la participación de todos los sectores sociales.

Una peculiaridad importante de la economía de la salud reside en las características especiales de la salud como bien económico: esta no se puede medir exclusivamente en términos de rentabilidad como sucede con otros bienes. La salud no tiene precio aunque para recuperarla o mantenerla sea preciso incurrir en costos. Independientemente de que la salud tiene implicaciones económicas, presenta diferencias esenciales con otros campos relacionados con la economía, fundamentalmente porque a la salud no sólo le concierne un aspecto de utilidad, sino también el de que constituye una necesidad básica para la población. Los niveles de salud en una población están influidos por la estructura económica de esa sociedad, y el sistema de producción influye de manera decisiva en la salud.

La economía en el campo de la salud se enfrenta a dos cuestiones básicas. Por una parte los recursos son limitados y se debe prestar la mejor atención al paciente con el menor costo posible. Por otra, la cantidad y calidad de los servicios se ven afectados por las preferencias de la población y por las políticas sanitarias del país, por lo que se debe hacer énfasis en una asignación eficiente de esos recursos limitados. Esto justifica la necesidad de aplicar los principios de la evaluación económica al campo de la salud, pues mediante ella se persigue definir la proporción de recursos que garantizan la mejor relación con los resultados.

### **1.3.1. La Eficiencia en la Evaluación Económica**

La eficiencia es un término que se utiliza para designar la relación existente entre los resultados obtenidos en una actividad dada y los recursos utilizados. Antoñanzas et al. (1999); Ortún, (1992); Palmer y Torgerson, (1999); Sculpher, (2001). El concepto de evaluación económica se basa en dos aspectos clave del análisis económico. En primer lugar, no sólo analiza los costos, sino también las consecuencias, y en el segundo se basa en la capacidad de elegir entre los recursos limitados o escasos. De ahí que se defina la evaluación económica como *“El análisis comparativo de alternativas en términos de costos y consecuencias”* Drummond et al., (2001).<sup>4</sup> Este concepto es válido en todas las evaluaciones económicas incluidas las que se aplican en salud; pero se distingue en salud en que con este campo se relacionan también otras consideraciones clínicas, epidemiológicas, éticas, de equidad y políticas que están vinculadas a la condición de bien apreciable y de derecho humano fundamental.

El objetivo final de la evaluación económica es ayudar a los encargados de la toma de decisiones a elegir de forma racional, es decir, a decidir de forma coherente con determinados objetivos y restricciones. Consiste en determinar los efectos que se

---

<sup>4</sup> DRUMMOND et al. (2001). Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria. (2ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.

derivarían de seguir cada una de las opciones posibles en una situación de elección y compararlas, en términos de su eficiencia. Este conjunto de técnicas no siempre da respuestas sencillas e indiscutibles. Sin embargo, cuando cumple con rigor requerimientos teórico-metodológicos, obliga a explicar detalladamente la información y a fundamentar los supuestos y juicios de valor que requiere un razonamiento lógico y de lo cual puede no estar prevenido el encargado de la toma de decisiones.

La evaluación económica permite reducir las arbitrariedades en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos disponibles, por lo que constituye un instrumento indispensable para mejorar la práctica sanitaria y para conseguir mejores resultados a un costo sostenible por la sociedad. En la práctica se reconocen distintos métodos de evaluación en salud. Drummond et al., (2001) realizó una clasificación muy interesante en la cual los divide en parciales y completos, atendiendo a tres elementos: costos, consecuencias o resultados y alternativas. Si al menos falta uno de ellos, el estudio se clasifica como parcial. Los estudios parciales no responden a preguntas sobre eficiencia.

### **1.3.2. Métodos de Evaluación en Salud**

#### **1.3.2.1. Parciales y Completos**

- Descripción de consecuencias
- Descripción de costos
- Descripción de costos y resultados
- Eficacia y efectividad
- Análisis de costos
- Costo- beneficio
- Costo- efectividad
- Minimización de costos
- Costo- utilidad



### **1.3.3. Descripción De Consecuencias**

En los estudios de descripción de consecuencias no hay comparación de alternativas, ni se analizan los costos, este es el caso en que una única tecnología es descrita a partir de sus resultados.

### **1.3.4. Descripción de Costos**

En la descripción de costos solamente se analiza el comportamiento de estos sin tener en cuenta las opciones de comparación ni las consecuencias. En esta categoría se clasifican los estudios conocidos como “carga de la enfermedad” Byford, Torgerson y Raftery, (2000)<sup>5</sup> que describen el costo de la enfermedad para la sociedad, pero no comparan opciones, por lo cual no se consideran evaluaciones económicas completas.

### **1.3.5. Descripción de Costos y Resultados**

Los estudios de descripciones de costos y resultados no tienen en cuenta las alternativas, en este tipo de estudio se clasifican aquellos en que para determinada tecnología se calculan los costos y los resultados que puedan tener.

### **1.3.6. Eficacia y Efectividad**

Los estudios de eficacia y efectividad, también se incluyen como evaluaciones parciales ya que consideran opciones de comparación y resultados, sin embargo carecen de estimaciones de costos.

---

<sup>5</sup> BYFORD, S., TORGERSON, D. y RAFTERY, J. (2000). Cost of Illness studies. [Version Electrónica]. BMJ, 320:1335.

### **1.3.7. Análisis de Costos**

Los análisis de costos comparan opciones y tienen en cuenta los costos, pero no incluyen los resultados Sacristán, Badía y Rovira, (1995).<sup>6</sup> La característica principal de este análisis es que tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades monetarias. Desde el punto de vista económico se considera la forma de análisis más ortodoxa. Su ventaja consiste en que permite comparar opciones cuyos resultados se midan en unidades diferentes, lo que resulta útil para comparar opciones de distintas áreas, por ejemplo, programas sanitarios, con programas de educación o de infraestructura. Este tipo de estudio se utiliza cada vez menos por la dificultad que se plantea al tratar de aplicarle un valor monetario a los resultados sobre la salud.

### **1.3.8. Costos-Beneficio**

Los resultados de un análisis de costo-beneficio pueden expresarse como cocientes de costo/ beneficio o como valor neto, es decir, la diferencia entre los costos y los beneficios. Actualmente uno de los temas que más discusiones genera en el área de evaluación económica es el de la conveniencia de la aplicación de los estudios de costo-beneficio en salud y las nuevas tendencias para la aplicación de estos estudios. También se aprecia un creciente interés por la utilización de técnicas de valoración contingentes para realizar valoraciones monetarias de la salud, orientadas a indagar cuánto el individuo está dispuesto a pagar por el mejoramiento de su salud. El estudio realizado por Diener, (1998)<sup>7</sup>, considerado como un antecedente a esta situación, mostró el incremento de estudios con este enfoque. De 1984 a 1996 se identificaron 48 estudios de valoración contingente. De ellos 46 con el enfoque de Disponibilidad a Pagar (DAP) y 2 con el de la Disponibilidad a Aceptar (DPA). La aplicación del enfoque de la DAP no implica que deban asignarse prioritariamente los recursos de salud a aquellos que declaren una mayor DAP, lo que

---

<sup>6</sup> ROVIRA, J. (2003). Conjunto de Prestaciones de Salud. Objetivos, Diseño y Aplicación. Washington, D.C. OPS/OMS.

<sup>7</sup> DIENER, A., O BRIEN, B. y AMIRAN, G. (1998). Health Care Contingent Valuation Studies. A review and classification of the literature. *Health Economics*, 7, 313-326.

por supuesto favorecería a los individuos con una mayor capacidad de pago. Este enfoque ha presentado dificultades, entre las que se destacan la variabilidad en las formas de preguntar a los individuos, que en ocasiones resultan confusas.

Una nueva tendencia enriquece la valoración de los beneficios, el llamado enfoque de la Disponibilidad a Asignar DAA Costa y Rovira, (1999). Este enfoque resulta sumamente interesante a los efectos de un sistema de salud público, pues el método tiene en cuenta la limitación de recursos y en su pregunta a grupos poblacionales permite conocer cuánto se está dispuesto a asignar dado un presupuesto determinado. Además posibilita comparar con otros sectores de la economía. La limitación fundamental de este método en la actualidad es la falta de experiencia en su aplicación.

“El enfoque de costo-beneficio fue rechazado aduciendo razones de tipo éticas, ya que valoraba monetariamente las ganancias sobre la salud. Por ejemplo, el llamado enfoque del capital humano, plantea valorar la salud a partir de cómo varía la productividad según el estado de salud de los individuos”<sup>8</sup>. Este método fue muy popular por las facilidades de cálculo que ofrecía. Sin embargo, su fundamento teórico no resulta satisfactorio; es además discriminatorio, por cuanto posterga a los grupos sociales incapacitados para el trabajo o que poseen una productividad más baja. Por otra parte también existen razones sociales que hacen que se sienta rechazo por esta técnica asociada al hecho de que si la salud no tiene precio, entonces ¿cómo un cambio en el estado de salud pudiera ser medido en dinero?

### **1.3.9 Costo- Efectividad**

Este método se caracteriza porque los efectos de las opciones comparadas se miden en términos de salud, por ejemplo, unidades de la práctica médica, años de vida ganados, ingresos hospitalarios evitados, entre otros. Su principal ventaja radica en la posibilidad de expresar los efectos en las mismas unidades utilizadas en los

---

<sup>8</sup> BADÍA, X. (1994). Bioética y asignación de recursos sanitarios. Informe de Estudios de Bioética y Derecho. Publicado por CEDES, Barcelona, España.

ensayos clínicos o en la práctica clínica diaria, entre otros. Su mayor inconveniente reside en que sólo permite comparaciones entre opciones similares cuyos efectos se midan en las mismas unidades.

En su forma clásica, el análisis costo-efectividad considera una única medida de resultado. Algunos análisis de costo-efectividad presentan más de una medida de resultado. En este caso el encargado de la toma de decisiones emite su opinión sobre la importancia relativa de estas medidas. Se utiliza con frecuencia el término análisis de costo consecuencia para denominar estos estudios.

La situación más frecuente es que una de ellas sea más efectiva y que sea más costosa, en cuyo caso hay que analizar si el beneficio extra compensa el costo adicional; es decir, habrá que analizar cuánto es necesario desembolsar para obtener el beneficio adicional.

En el caso de opciones no excluyentes, si se acepta el objetivo de maximizar la efectividad total, la prioridad se establece en función del menor costo por unidad de efectividad de cada una de las opciones analizadas: el costo por unidad de efectividad ganado. Si las opciones que se analizan son excluyentes, el objetivo de priorización sigue siendo la maximización del resultado de salud según una disposición de recursos. Sin embargo, si el costo y la efectividad de una opción sustitutiva son mayores que la razón costo-efectividad de la ya disponible, no se puede concluir cuál de las dos tiene mejor relación costo-efectividad. En este caso, la regla de decisión, entre opciones excluyentes, será la diferencia entre el costo y los resultados obtenidos en ambas intervenciones: la razón costo-efectividad incremental. Costo-Utilidad: Con este método se pretende integrar en el análisis no solamente la cantidad de vida ganada (Años de Vida) sino también la calidad de vida obtenida.

La ventaja principal de este tipo de análisis radica en que ofrece la posibilidad de comparar diferentes tipos de intervenciones, programas sanitarios, entre otros, integrando al mismo tiempo, la cantidad y calidad de vida de los pacientes a los cuales se dirige. Los resultados se presentan de la misma forma que en el análisis

costo-efectividad cambiando el denominador de la fracción; en lugar de la efectividad se utilizan los años de vida ajustados por calidad (AVAC) obtenidos.

El cálculo de un AVAC se realiza multiplicando la cantidad de años de vida agregados por un programa a través de una ponderación subjetiva y estandarizada entre 0 y 1, que refleja la calidad de vida relacionada con la salud durante ese período, en que 0 es la ponderación dada para la muerte inmediata y 1 es la ponderación dada para la salud óptima según un período de tiempo definido. Estas ponderaciones se miden al preguntar a los individuos las consecuencias que prefieren y por cuánto, lo que refleja así el valor que las personas dan a los distintos resultados de salud. PF, (2000).

Otra de las modalidades de los AVAC son los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Los AVAD van más allá de los AVAC al aplicar ponderaciones de edad desiguales. De esta forma se asigna un valor mayor a un año de vida ganado cuando una persona tiene 25 años que cuando es más joven o más vieja. Estas ponderaciones fueron seleccionadas para captar los roles sociales en las diversas edades. Por la escasez de medidas de preferencia sobre el valor relativo de los años de vida ganados durante diversas etapas de la vida, las estimaciones actuales de AVAD se basan en un conjunto algo arbitrario de ponderaciones que provienen de opiniones de expertos. Por otra parte, no existe correspondencia uno a uno entre el sistema de clasificación de estado de salud utilizado para crear el AVAD y el contenido de la mayoría de las encuestas de salud realizadas a la población. Por esto algunos autores plantean que se necesita trabajar más para brindar una base más sólida para las ponderaciones que se utilizan en la construcción del índice.

No obstante, Rovira J., (2003) <sup>9</sup>plantea que el AVAD constituye en definitiva una primera aproximación de más fácil disponibilidad y estimación que otras propuestas similares, y que a pesar de sus limitaciones, es también una medida del resultado de salud, más relevante que las medidas que teóricamente son más objetivas, como las muertes postpuestas o los años de vida ganados sin ajustar.

---

<sup>9</sup> ROVIRA, J. (2003). Conjunto de Prestaciones de Salud. Objetivos, Diseño y Aplicación. Washington, D.C. OPS/OMS.

### 1.3.10. La Minimización de Costos

Se utiliza cuando no existe diferencia entre los efectos de las opciones que se comparan. En este caso se selecciona la opción menos costosa. En las evaluaciones económicas los costos siempre se utilizan expresados en unidades monetarias. Es decir, cuando ya se han identificado y cuantificado en unidades específicas los recursos afectados por las distintas opciones que se evalúan, es preciso que, con el fin de poder obtener el efecto agregado neto, esas unidades sean valoradas en una unidad homogénea. En el caso de los beneficios o los efectos, la unidad que se utiliza depende del tipo de análisis que se realice.

Drummond et al., (2001) <sup>10</sup> señalan que existe un debate teórico con respecto a la evaluación económica que ha dado lugar a dos posiciones, los llamados paretianos, que defienden la relevancia de los principios de la teoría del bienestar como fundamento de la evaluación económica y los del enfoque de la toma de decisiones, que ven el papel de la evaluación económica en identificar, medir, y donde fuera posible, valorar una amplia gama de costos y consecuencias. No existe un acuerdo sobre cuál de las dos posiciones es la más adecuada para ser utilizada en la evaluación económica. Tampoco hay evidencias científicas suficientes de cómo se están utilizando los resultados de las evaluaciones económicas.

La evaluación económica en salud es objeto de críticas constantes tanto dentro de las ciencias de la salud como desde las ciencias económicas. Estas críticas abarcan desde las incongruencias en la metodología hasta la posibilidad de que los investigadores manipulen las opciones según sus preferencias. El debate metodológico es cada vez más amplio pues incluye el procesamiento de los costos, así como la identificación, valoración y medida de los efectos sobre la salud.

Una de las fortalezas de la aplicación de la evaluación económica en salud es la utilización del enfoque interdisciplinario, pero este ha contribuido a separarla paulatinamente del cuerpo conceptual de la teoría económica, y acercarla a los

---

<sup>10</sup> DRUMMOND et al. (2001). Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria. (2ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.

criterios metodológicos de la investigación médica, lo cual ha tenido efectos opuestos, pues por una parte, ha fomentado el rigor en la determinación de la efectividad de las opciones evaluadas y el fortalecimiento de las herramientas estadísticas; pero por otra, la aplicación de criterios metodológicos provenientes de las ciencias médicas al campo de la economía no siempre constituye un enfoque apropiado.

Tampoco en los otros métodos de evaluación económica existe una fundamentación económica para medir los beneficios en salud, pues los criterios de medición pierden prácticamente la relación con el análisis económico y se apoyan en enfoques procedentes de otras disciplinas como la psicometría, o en las preferencias del investigador.

Existe un interés creciente en aplicar la evaluación económica a la regulación y financiación en salud; también los economistas de la salud se preocupan por el nuevo reto a que se les enfrenta, ya que si la pretensión es sistematizar la aplicación de la evaluación económica, esto no sería posible sin un debate metodológico que esclarezca temas y coadyuve a un consenso que asegure mayor homogeneidad y comparabilidad en los estudios que se producen.

### **1.3.11. Costo Utilidad**

Desde el punto de vista ético se ha criticado el mezclar la salud con el dinero. Es preciso aclarar que la evaluación económica en salud no se preocupa del dinero como tal, sino de los recursos. El dinero, en el contexto de la evaluación económica sólo debe constituirse en un medio para hacer medible los diferentes efectos sobre los recursos. Los temas éticos están muy vinculados al contexto en que se tome la decisión. Por ejemplo, un país con una economía precaria y una situación de salud deteriorada pudiera preferir gastar el presupuesto en sales de rehidratación oral para personas que pudieran morir deshidratadas por enfermedades diarreicas, antes que gastar esa misma cantidad de dinero en realizar trasplantes renales hasta agotar los recursos. No se puede olvidar que los recursos son limitados. Ignorarlo no elimina la situación, y el resultado final constituiría en una asignación de recursos poco óptima.

Lo que no es ético es pretender ignorar la limitación de recursos y que de esto se desprenda una toma de decisiones errónea que al final perjudique a la sociedad. Por eso el pensamiento económico de los trabajadores de la salud debe tener como elemento primordial eliminar todo despilfarro, y de esta forma se liberarían recursos para poder financiar todos los tratamientos efectivos, o al menos un buen número de ellos.

En la medida en que los encargados de la toma de decisiones se preocupen en aplicar sistemáticamente la búsqueda de opciones más eficientes, menos lo tendría que hacer el médico a escala individual y podría actuar con una libertad clínica responsable sin perder su capacidad de decisión. El médico diariamente realiza decisiones basadas en criterios de costo-efectividad, lo importante es que tome conciencia de que lo está realizando. Aquí cabe recordar un planteamiento de Alan Williams quien afirmó que “quizás la falta de ética al no tener en cuenta el factor económico en la toma de decisiones en salud y adoptar decisiones constantemente sin tener en cuenta este factor, puede que no deba considerarse ético, sino fanático”.

Desde el punto de vista de las modalidades de evaluación económica que más se han desarrollado, en un estudio realizado por Pritchard, (1998)<sup>11</sup> y en el informe de Crosbie, (2001)<sup>12</sup> se pudo apreciar que la modalidad de evaluación económica que mayor importancia relativa tenía para el período analizado eran los estudios de costos y consecuencias. Su característica distintiva es analizar más de un indicador de resultado, superando en este sentido a los estudios de costo-efectividad y de costo-utilidad que solamente presentan un indicador de efectividad. Otro elemento interesante destacado por este autor, fue la pérdida de importancia relativa de los estudios de costo-utilidad, independientemente que en términos absolutos su número se hubiera quintuplicado. Por otra parte, señala también la disminución de los análisis de costo-beneficio.

---

<sup>11</sup> PRITCHARD, Clive. (1998). Trends in Economic Evaluation. Office of Health Economics briefing. No 36.

<sup>12</sup> CROSBIE, G. (2001). The OHE IFPMA Database. The Health Economic Evaluation Database. Ponencia Presentada en la Primera Reunión del Proyecto Nevalet, Barcelona, España.



En Ecuador, el área de economía del MSP ha mostrado cada vez con mayor fuerza el interés por la aplicación de la evaluación económica en la toma de decisiones. Independientemente de que se han dado pasos de avance y se han efectuado estudios preliminares sobre el tema, hay poco conocimiento sobre la realidad de la evaluación económica en el país, por lo que es preciso realizar estudios que permitan conducir este proceso sobre bases científicas que respondan a la realidad ecuatoriana.

### **1.3.12. Políticas asumidas por el Estado a través del Ministerio de Salud Pública para mejorar la salud en la población.**

El Plan Nacional de Desarrollo sustenta la política del Gobierno dirigida a establecer una nueva relación entre el Estado y la sociedad en su conjunto. Esta nueva relación implica cambios sustanciales en las políticas del Estado dirigidas a la población y, en consecuencia, en la forma de operar de sus instituciones. La operación transversal de los diferentes sectores de gobierno es un principio y a la vez una estrategia fundamental para incidir significativamente en el desarrollo de la población. Una de las principales demandas de la población es diseñar una nueva política de salud orientada específicamente hacia los grupos poblacionales. Para responder a dicha demanda, la Secretaría de Salud creó la Coordinación de Salud, la cual tiene como propósito lograr que los programas de salud se orienten a toda la población y alcancen la eficiencia y la efectividad tal como se señala en la Constitución Política del Estado, que indica:

- Vincular las acciones que realiza el Sistema Nacional de Salud para la atención de la Población
- Proponer las bases para el establecimiento y conducción de la política nacional en materia de salud y nutrición para la población y llevar a cabo las acciones que en la materia correspondan al Sistema de Nacional de Salud.
- Garantizar que las acciones que realizan las instituciones del sector salud a favor de los pueblos, estén integradas a los programas y servicios de salud que se otorgan permanentemente a la población.

- Impulsar y participar en la instrumentación y ejecución de acciones de coordinación interinstitucional, tanto en el ámbito sectorial como intersectorial, en materia de equidad y desarrollo de servicios esenciales de salud, así como en aquellas instancias públicas y sociales dedicadas a la atención de la salud de los pueblos.<sup>13</sup>

Los compromisos enunciados en la Constitución Política del Estado son producto de una amplia consulta ciudadana. La salud, la vivienda y la alimentación figuran entre las mayores preocupaciones de la ciudadanía, y por consecuencia constituyen en conjunto uno de los ejes principales de la política del Gobierno, interesado en propiciar un desarrollo social y humano que conduzca a mejores niveles de bienestar de los ecuatorianos.

Los resultados obtenidos en ambos procesos se resumen en las siguientes demandas: diseñar una política de salud específica para los pueblos; fortalecer los servicios de salud que se dirigen a ellos, con absoluto respeto de su cultura; hacer universal la atención prenatal, la atención del parto y el cuidado de la salud integral de la mujer; asegurar la adecuada nutrición de los niños menores de 5 años; atender los problemas de salud mental, y garantizar el respeto y el trato digno de la persona campesinas en los servicios de salud.

El Programa Nacional de Salud señala que para mejorar la salud de los ecuatorianos es necesario democratizar la atención de la salud. Esto significa, en primer lugar, que debe asegurarse el acceso a los servicios de salud de toda la población, independientemente de su capacidad de pago o localización geográfica. Implica también promover la participación ciudadana en todos los niveles del sistema de salud, mediante el acceso a la información que se genera en el sector. Por último, democratizar la salud exige desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de todos y cada uno de los ecuatorianos. Tres grandes retos enfrenta actualmente el Sistema Nacional de Salud para alcanzar estas

---

<sup>13</sup> Programa Nacional de Salud. 2003. Supervisión de contenidos médicos. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador

metas: la desigualdad en las condiciones de salud, los problemas de calidad de los servicios, y los problemas en materia de protección financiera.

El Programa Nacional de Salud se plantea los siguientes objetivos:

- Mejorar las condiciones de salud de los ecuatorianos.
- Eliminar las desigualdades en salud.
- Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.
- Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
- Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Para llevar a cabo estas tareas se establecieron diez estrategias, integradas en diferentes Programas de Acción. El Programa de Salud y Nutrición tiene como propósito "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres". Alcanzar la equidad en las condiciones de salud es el primer gran reto que debe enfrentarse, ya que los indicadores del estado de salud de la población más desprotegida muestran enormes desigualdades con respecto al resto de la población. La equidad significa garantizar que las acciones, actividades y metas concretas que se dirigen a toda la población alcancen con eficiencia y efectividad a toda la población.<sup>14</sup>

La calidad de la atención es otro de los retos del sistema de salud. Además de la calidad técnica de las intervenciones, el Programa se plantea desarrollar acciones que propicien el respeto a la dignidad de las personas, incorporando los valores de los pueblos, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y de la enfermedad. Se instrumentarán estrategias de financiamiento destinadas a evitar el empobrecimiento de las familias por razones de salud. Se dará especial atención a los programas de Arranque Parejo en la Vida, Programa Mujer y Salud.

---

<sup>14</sup> Alcívar Dueñas Bosco. 2003. Subdirector de Postgrado de Pediatría de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador

### **1.3.12.1. Estrategias de los Servicios de Salud para Comunidades Saludables.**

El Programa de Salud y Nutrición consta de ciertas estrategias, con sus respectivas líneas de acción. Una parte de ellas son acciones innovadoras diseñadas a partir de la problemática específica de la población más carenciadas:

- 1.** Coordinar y dar seguimiento a los programas de salud que se aplican en la población.
- 2.** Administrar suplementos con vitaminas y minerales a niños y niñas, mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- 3.** Promover servicios de salud con calidad y sensibilidad cultural.
- 4.** Incorporar el enfoque intercultural en la capacitación al personal de salud.
- 5.** Impulsar programas de prevención, control y rehabilitación del alcoholismo.
- 6.** Promover las relaciones entre la medicina institucional y la medicina tradicional.

Las cuatro estrategias restantes corresponden a un reforzamiento de las acciones de salud que se vienen aplicando como parte de los programas de salud existentes:

- 1.** Fortalecer la promoción a la salud con énfasis en la comunicación educativa.
- 2.** Fortalecer los programas de salud de la mujer.
- 3.** Impulsar el saneamiento ambiental.
- 4.** Dar mayor presencia a la población campesina en el sistema de información en salud.

En Ecuador ha habido un descenso sostenido de la mortalidad desde 1930; sin embargo, actualmente existe un diferencial muy importante en cuanto al riesgo de morir por no acceder a los servicios de salud. En 1995 la esperanza de vida al nacimiento de la población que no accedía a los servicios de salud se calculaba en

69 años, mientras que para el resto de la población la cifra era de 73.7 años. Esta diferencia en la vida media equivale a un nivel de mortalidad 30 por ciento superior, siendo más marcada en las mujeres (36%) que en los hombres (25%).

También existen importantes diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cinco principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles, en la mortalidad dos enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: las infecciones intestinales y la influenza y neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población es de casi el doble.

Los diferenciales más importantes en cuanto a causas de mortalidad se encuentran en la tuberculosis pulmonar, que es el doble de la nacional, y las diarreas y la mortalidad materna, tres veces más altas que a nivel nacional. A la inversa, la mortalidad por enfermedades no transmisibles tales como diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades del corazón, representan la mitad de las observadas entre la población general.

La mayor mortalidad de la población se registra en los primeros años de la vida; la tasa de mortalidad infantil, aunque descendió considerablemente entre 1990 y 1995, al pasar de 60.9 a 48.3 defunciones en menores de un año por cada mil nacimientos, aún en esta última fecha duplicaba la tasa nacional. Los factores de riesgo asociados a las elevadas tasas de mortalidad infantil son: mujeres con elevada fecundidad; inicio temprano de la vida sexual activa y periodos intergenésicos cortos; madres de baja escolaridad y malas condiciones de vivienda; difícil acceso o nulo a los servicios de salud y deficiente infraestructura sanitaria.

El peso relativo de las defunciones en niños y niñas de 1 a 5 años de edad es de 19 por ciento, en contraste con el 12 por ciento observado a nivel nacional. La mortalidad escolar (6 a 14 años), también es más alta en la población campesina, ya que la proporción de defunciones de este grupo de edad representa el 3.3 por ciento del total, en contraste con lo observado en el ámbito nacional de 1.8 por ciento, es decir 83 por ciento más elevada.

En las comunidades campesinas tienen una prevalencia elevada las llamadas patologías de la pobreza, entre las que destacan el cólera, tuberculosis, paludismo, dengue, lepra, etc. Al mismo tiempo, la prevalencia de enfermedades consideradas urbanas como diabetes mellitus, cáncer e hipertensión arterial ha ido en aumento en estas comunidades. El alcoholismo sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias campesinas.

Se estima que 88% de las viviendas no cuentan con drenaje, 35% no disponen de energía eléctrica, y 58% carecen de agua entubada. Los sistemas de agua existentes requieren de rehabilitación y por lo tanto, su funcionamiento es parcial e irregular. A dichas condiciones de insalubridad se suma el hecho de que una proporción elevada de la población campesina mayor de quince años es analfabeta, a expensas principalmente de las mujeres (48.9% de mujeres contra 27.8% de los hombres).

Las enfermedades más frecuentes que se presentan en la población campesina son las infecciosas, sobre todo las del aparato respiratorio y las del aparato digestivo. Esta situación se encuentra condicionada fundamentalmente por la escasa disponibilidad de servicios públicos en general y de servicios sanitarios en particular.<sup>15</sup>

### **1.3.13. Principales enfermedades en la población**

Las infecciones respiratorias agudas (62%) y las enfermedades diarreicas agudas (21%) constituyen las dos principales causas de enfermedad en la población campesina. A consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en las zonas, la baja frecuencia de asistencia a los servicios de salud, existe un marcado sub-registro en la información. Además, los sistemas institucionales de información, no distinguen si el usuario del servicio es o no. Por ello, no es posible identificar específicamente los daños a la salud que ocurren en esta población.

---

<sup>15</sup> Becerra Miriam. Directora. Departamento Información, Educación y Capacitación. APROFE.

Las estadísticas revelan sólo las causas de enfermedad diagnosticada, pero no capturan el sentir campesino sobre las causas que afectan el equilibrio de salud-enfermedad, ni tampoco los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud. Es necesario avanzar en la construcción de una auténtica epidemiología socio-cultural (a través de estudios locales) que incluya tanto a las enfermedades recogidas por el sistema de salud como a las llamadas "tradicionales". Entre las principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional reportadas se encuentra la disentería; nosologías tradicionales que pueden relacionarse a enfermedades infecciosas del aparato digestivo y respiratorio.

La importancia de la medicina tradicional se ejemplifica en el hecho de que en las zonas rurales más alejadas y con un alto porcentaje de población campesina, el 100% de los nacimientos son atendidos por parteras. Por otra parte, una encuesta realizada en las zonas rurales, puso de manifiesto que las plantas medicinales se utilizan en el 38% de los casos por trastornos digestivos; en el 13.6% de padecimientos de tipo respiratorio; en el 13.5% para curar lesiones de la piel, infecciones cutáneas, traumatismos, dolor muscular y reumático y picaduras de animal; en 13% para el tratamiento de la fiebre, escalofrío, dolor de cabeza y articulaciones en general, y en un 5.5% para tratamiento de síntomas relacionados con el aparato sexual femenino.

El principal problema de nutrición de los niños y niñas menores de cinco años es la desnutrición crónica, manifestada por retardo en el crecimiento (baja talla) en casi la mitad (44%) de la población, contra el 17.7% a nivel nacional. Otros importantes problemas de nutrición son la deficiencia de micro nutrientes y la anemia, esta última, afecta a un 36% de los niños y niñas.

Otras deficiencias importantes son la de hierro, zinc, vitamina C y vitamina A, que afectan a entre 12 y 50 por ciento de los niños y niñas. La anemia provoca una menor capacidad para la actividad física y que varias de sus funciones mentales se

vean afectadas, principalmente la exploración y la atención, lo que trae como consecuencia una menor capacidad de aprendizaje.<sup>16</sup>

Asimismo, la respuesta que el organismo tiene ante las infecciones se ve disminuida, ocasionando que las enfermedades sean de mayor severidad y por ello exista un mayor riesgo de muerte.

Las deficiencias de micro nutrientes también son muy importantes en las mujeres embarazadas y en período de lactancia, donde cuatro de cada diez presentan anemia, casi el doble que la población general. Esta situación condiciona que las mujeres campesinas tengan una mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo, tener hijos e hijas con bajo peso al nacer o prematuros.

Las desigualdades de género, asociadas con riesgos para la salud femenina, están moldeadas de manera importante por otras formas de desigualdad social. Los embarazos tempranos o tardíos, la multiparidad y la brevedad de los intervalos intergenésicos, así como la prevalencia de cáncer cérvico uterino, son recurrentes entre mujeres con escaso acceso a oportunidades de escolaridad y de empleo formal, residentes en contextos de escasa autonomía y movilidad femeninas.

Para contrarrestar la inequidad en salud que padece la población campesina, el Gobierno de la República ha impulsado diversos programas. Si bien estos esfuerzos han logrado mejorar la situación de las zonas marginadas, todavía no cubren todas las necesidades de la población campesina.

Por lo tanto, las estrategias deben ser modificadas, ampliando su enfoque de manera que tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos campesinos, así como sus modalidades de organización social, factores importantes todos ellos en el mantenimiento o pérdida de la salud.

---

<sup>16</sup> EGAS M. Mariuxi. Supervisión de Contenidos Nutricionales. Facultad de Ecología Humana y Desarrollo. Universidad Casa Grande. Ecuador.



### **1.3.14. Atención Prenatal**

El Control Prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal. Debe ser eficaz y eficiente (cobertura máxima sobre el 90% de la población obstétrica).

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. Ya desde 1540 hubo autores que hicieron notar alguna importancia acerca de la evolución del embarazo pero fue hasta 1901 en que Ballantyne enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal.

La mayor vulnerabilidad de la mujer ligada al proceso reproductivo requiere apoyo y protección. Su rol protagónico en todo este proceso requiere de un estímulo y respaldo permanentes, por parte de su entorno personal, familiar y social; en este último, se incluye el personal de salud.

Los derechos fundamentales de la mujer y su familia de autodeterminación y reconocimiento de sus capacidades para contribuir significativamente a la salud materna y neonatal son el componente fundamental de los programas de cuidados prenatales.

Si la mujer está bien, en las distintas esferas de su bienestar personal – físico, psíquico, social – su hijo/a estará bien, lo cual hace que el bienestar de la madre y sus hijos(as) sea una responsabilidad social.

“La condición de salud de la mujer previa al embarazo, es fundamental para el resultado final del proceso; patologías médicas previas al embarazo, o que aparecen durante el mismo como complicaciones propias, o como cuadros intercurrentes, inciden en forma importante en el pronóstico reproductivo global.”<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Faúndez A. Control Prenatal. En: Pérez SA, Donoso SE,

Todo embarazo implica algún grado de riesgo de presentar complicaciones o provocar la muerte, a la madre, su hijo, o ambos (concepto de Riesgo Reproductivo); una adecuada vigilancia durante el proceso reproductivo involucra:

- Embarazo, parto, postparto – debiera iniciarse en la etapa previa al inicio del embarazo – Control Preconcepcional
- una vez confirmado éste, seguir a través de controles periódicos programados a lo largo de todo el embarazo – Control Prenatal.

#### **1.3.15. El control prenatal debe ser:**

**Precoz:** Debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación. Esto posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud. Además permite la detección temprana de embarazos de riesgo.

**Periódico:** La frecuencia dependerá del nivel de riesgo. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles.

**Completo:** Los contenidos y el cumplimiento del control prenatal garantizan su eficacia.

**Amplia cobertura:** En la medida que el porcentaje de población bajo control es más alto (lo ideal es que comprenda el total de las embarazadas) se espera que aumente su contribución a la reducción de la morbilidad perinatal.

#### **1.3.16. Hábitos y Estilos de Vida.**

**Nutrición:** la futura madre debe conocer su peso habitual y llegar al embarazo con un peso adecuado a su contextura. La subnutrición previa al embarazo no corregida, asociada con poca ganancia de peso durante el embarazo, aumenta la morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado, la obesidad, se asocia con diabetes, hipertensión y macrosomía fetal, la cual también aumenta el riesgo perinatal.

Durante la adolescencia el problema del déficit de nutrientes adquiere especial importancia, pues si se embaraza los requerimientos son mayores que los de una mujer adulta.

**Fumar:** Alertar a la mujer que el tabaco es un tóxico directo sobre el feto produciendo serias alteraciones, siendo la más importante el bajo peso al nacer (OR: 0,80 I.C. 95% 0,67-0,95).

**Consumo de alcohol:** es desaconsejable el consumo excesivo de alcohol antes del embarazo, pero durante la gestación el alcohol debe evitarse en forma absoluta, en particular en el primer cuatrimestre de la gestación por asociarse con malformaciones fetales.

**Consumo de drogas:** cocaína, heroína, metadona, anfetaminas, marihuana, etc. Se asocian con retardo de crecimiento intrauterino y muerte perinatal. Las mujeres que consumen drogas ilegales deben ser educadas sobre los daños que éstas producen en la descendencia.

**Laborales y ambientales:** La realización de trabajos pesados, utilización de plaguicidas, solventes orgánicos, y el contacto con material radioactivo deben ser prohibidos durante la gestación. Algunos de los puntos que también hay que considerar son de aplicación en el puerperio y en el control prenatal precoz de aquellas mujeres que no tuvieron cuidados pre-gestacionales.

### **1.3.17. Historia Clínica Perinatal**

“El primer contacto con la mujer gestante debería ser utilizado para realizar la historia clínica, dado que es la mejor fuente de información para evaluar los diferentes riesgos y de esta forma convertirse en un elemento de planificación para el futuro cuidado prenatal. No siempre los clínicos toman acciones basadas sobre la información obtenida de las historias clínicas o manejan de manera apropiada la información de los carnés prenatales. La experiencia de la utilización de métodos de recolección de la información como es la historia clínica perinatal base ha mostrado

un déficit en el llenado de la misma, impidiendo realizar un correcto análisis de la información.”<sup>18</sup>

Una investigación clínica aleatorizada demostró que la utilización de una metodología estructurada en la recolección de información durante la primera consulta resultó en una mejor y más completa información y una optimización de las acciones clínicas. Este resultado refuerza la necesidad de enfatizar un cambio de actitud en el equipo de salud al respecto.

Para realizar un relevamiento de las acciones del control prenatal se ha convenido en una serie de preguntas referidas a la identificación socio educacional, antecedentes familiares, personales, obstétricos y del embarazo actual, cuya respuesta es por sí una pauta que debe seguir quien realice el control de una gestante. Estas preguntas representan una minuciosa y completa anamnesis, y sus respuestas consignadas en forma de cruz, se vuelcan en la Historia Clínica Perinatal Base. Este formulario integra el Sistema Informático Perinatal junto con el Carné Perinatal, los formularios complementarios diseñados para el alto riesgo y los programas de computación para el ingreso de las historias y procesamiento de los datos. Este sistema informático es utilizado ampliamente en la Argentina y fue oficialmente publicado en la Propuesta Normativa Perinatal.

### **1.3.18. Consultas de seguimiento y control**

Es el conjunto de actividades realizadas por el médico o el profesional de enfermería en el control prenatal a la gestante sin factores de riesgo, que permite el seguimiento al normal desarrollo de la gestación. Se debe garantizar la prestación de este servicio por un grupo calificado de profesionales. La duración de estas consultas deberá ser mínimo de 20 minutos.

La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

---

<sup>18</sup> Ministerio de Desarrollo Humano-Secretaría Nacional de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. La Paz (Bolivia); 1996.

Los controles prenatales durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un médico.

Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo.

### **1.3.19. Calidad de la Atención Prenatal**

Uno de los problemas más sentidos en los servicios maternos es la calidad de la atención recibida por las mujeres en sus controles. “El control prenatal debe garantizar el cumplimiento efectivo de todas las actividades que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud materno-infantil a través de una atención integral a la mujer embarazada.”<sup>19</sup>

Entre los principales componentes del control prenatal se encuentran el interrogatorio (para conocer los antecedentes en salud, familiares y personales y la evolución del embarazo en curso), el examen clínico general, el examen odontológico, los exámenes de laboratorio (sangre, orina y Papanicolaou), el suministro de micronutrientes, de inmunizaciones y de consejería.

La consejería se ha tomado muchas veces como una actividad menor, pero en los últimos tiempos ha cobrado mayor importancia y se considera indispensable para que la mujer de un seguimiento apropiado a su embarazo e identifique cualquier signo de anormalidad, principalmente a las mujeres con embarazo de alto riesgo.

### **1.3.20. Atención Postnatal**

Período postnatal (o puerperio), se le llama al período de transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todas las modificaciones acaecidas durante la gestación, con la sola excepción de la glándula mamaria. Su duración es de aproximadamente sesenta días, teniendo una etapa

---

<sup>19</sup> Manual para la puesta en Práctica del Nuevo Modelo de Control Prenatal, 2005.

inmediata (las primeras 24 horas), otro período de 10 días, un período alejado que comprende del 11° al 45° día y por último un período tardío que comienza a los 45 y concluye con el retorno definitivo de la regla.

“El período postnatal, principalmente los dos primeros días, es susceptible a infecciones u otros trastornos de la salud (que pueden llevar hasta la muerte) por problemas originados durante el parto o por deficientes cuidados postnatales generales y locales. La atención postnatal a las mujeres también ayuda a la vigilancia del recién nacido, al apoyo de la lactancia natural y a la elección de un método de planificación familiar adecuado. La atención en salud calificada en este período, a pesar de no ser una práctica muy corriente, debe entonces continuar.”<sup>20</sup>

La cobertura del control del puerperio por medio de una pregunta directa hecha a las mujeres entrevistadas sobre el tiempo transcurrido después del parto para su primer control puerperal. Según las normas del Ministerio de Salud, la mujer que ha tenido un parto normal puede tener su primer control durante la etapa inmediata (cuando el parto es institucional forma parte de los requisitos para dar de alta a las mujeres) y tres otros controles en los siguientes 42 días. Por efectos prácticos, en los países de baja accesibilidad a los servicios de salud, se ha aceptado un período de una semana para que las mujeres que no han tenido su parto en una institución, acudan para su primer control puerperal.

Los resultados indican que el 72 por ciento de las mujeres del país que tuvieron su último parto fuera de una institución reportaron no haber tenido ningún control puerperal. Entre el 28 por ciento que tuvo control en algún momento, apenas el 8 por ciento lo tuvo en la primera semana.

A pesar de las bajas coberturas, se observan diferencias geográficas y sociales en la cobertura del control puerperal. Más de la mitad de las mujeres con instrucción igual a la secundaria se hicieron al menos un control puerperal, así como las mujeres residentes en León, Chinandega y Madriz. Apenas 3 ó 4 mujeres de cada diez

---

<sup>20</sup>Ministerio de Desarrollo Humano-Secretaría Nacional de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. La Paz (Bolivia); 1996.

recibieron control puerperal en los otros departamentos del Pacífico y de la Segovia y menos de 2 de cada diez se lo hicieron en Matagalpa, Boaco, Río San Juan y la RAAS. De la misma manera, casi 8 de cada 10 multíparas, mujeres mayores o mujeres sin instrucción, dejaron de hacerse dicho control.

### **1.3.21. Vacunación de los Niños**

“Han transcurrido 200 años desde que se descubrió la primera vacuna contra la viruela y cerca de tres décadas de haberse constituido el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en el mundo, lográndose avances sin precedentes en el control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmune prevenibles”. Es casi unánime la opinión que las campañas de vacunación en el mundo salvan a cerca de 3 millones de niños cada año y evitan 750 mil malformaciones.

Sin embargo, cerca de 25 millones de niños no están todavía vacunados y 2 millones de niños mueren cada año por enfermedades para las cuales existen vacunas de base y otros 6 millones de muertes son causadas por enfermedades para las que ya existen vacunas pero que son caras.

El balance de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la región de las Américas es muy positivo, ya que en 1994 se certificó la interrupción de la circulación del polio-virus salvaje y se han hecho grandes progresos para la erradicación del sarampión. Sin embargo, en algunos países de la región se han producido brotes de poliomielitis causados por virus derivados de la vacuna en los años 2000 y 2001 y brotes de sarampión. El descenso de las coberturas de la DPT3 ha propiciado un resurgimiento de la difteria y recientemente ha habido algunos brotes epidémicos en Ecuador, Colombia y Paraguay. Por otra parte, han surgido nuevas necesidades. Por ejemplo, en los últimos años, se ha llegado a estimar que cada año nacen más de 20 mil niños con el Síndrome de Rubéola Congénita, aunque no se produzcan grandes epidemias de rubéola, enfermedad que era poco reportada en los diferentes países, por ser considerada benigna.

### 1.3.22. Cuidados del recién nacido

“La mayoría de los bebés nacidos a término mantiene la postura fetal, es decir, con las caderas y las rodillas dobladas y la espalda curvada. Cuando está desnudo boca arriba el niño suele subir los brazos y las piernas. Los codos están también doblados.”<sup>21</sup>

Parece que el bebé tiene mucha fuerza por el tono muscular. Si se pone un dedo en cada una de sus manos, lo aprieta fuerte y es posible levantarlo casi en vilo. Esto se debe al reflejo de prensión.

Los niños nacidos pre-término (entre las semanas 20 y 37 de la gestación) tienen menor tono muscular y por tanto sus miembros están estirados y más flácidos.

Los bebés que antes de nacer estaban “de nalgas” suelen tener durante unos días la tendencia a mantener las piernas estiradas y las caderas dobladas.

La cabeza de los recién nacidos suele estar hacia un lado si están acostados. Si se les incorpora, se les cae adelante y atrás porque los músculos del cuello aún son débiles.

El color de la piel del bebé suele ser rosado claro en la raza blanca. Incluso en razas de piel negra, los bebés son mucho más pálidos que sus progenitores. Algunos colores nos indican que puede haber problemas:

- **Azulado.** Cuando un bebé está azulado se dice que está cianótico. Esto indica que su sangre está mal oxigenada. Puede ser debido al frío (los bebés regulan mal su temperatura). Se comprueba calentando al bebé, con lo que recuperará el color rosado. Si persiste el color azulado, el médico debe asegurarse de que el niño no padece alguna cardiopatía congénita (a otro capítulo).

---

<sup>21</sup> Schwarcz R, Díaz, A G, Fescina, R H, De Mucio, B, Belitzky, R, Delgado, L. Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Pub. Cient. CLAP N° 1321.01, 1995.



- **Amarillento.** Suele indicar que el bebé sufre ictericia. Por lo general, se produce por la acumulación en la sangre de un pigmento, la bilirrubina, que procede de la ruptura de los glóbulos rojos normalmente tras el nacimiento.

Muchos bebés, al segundo o tercer día, pueden estar un poco ictéricos. La piel se pone amarilla al presionarla, sobre todo en la cabeza y en el abdomen. Se trata de una ictericia fisiológica que suele desaparecer al cabo de una semana sin tratamiento.

“Si la piel se pone más amarilla y se aprecia a simple vista, si el blanco de los ojos también amarillea, habrá que analizar la sangre del bebé para saber cuánta concentración de bilirrubina tiene. Si es muy alta, el pediatra puede decidir usar fototerapia para reducirla.”<sup>22</sup>

## **Peso**

El peso al nacer permite determinar el estado de nutrición y el desarrollo del bebé en relación con la duración de la gestación. Existen unas tablas que relacionan el peso con la edad gestacional del bebé. Se establecen unos valores medios (lo que pesa el 50% de los niños o niñas) y unos límites normales (percentiles 10 y 90) por encima o por debajo de los cuáles pueden existir problemas en el bebé.

Los niños nacidos a término (entre las 37 y las 42 semanas desde la concepción) suelen pesar entre 2.700 y 3.900 gramos. Las niñas suelen pesar unos 200-300 gramos menos. Se dice de los bebés que al nacer tienen un peso por debajo del percentil 10 que son “Pequeños para su edad gestacional (PEG)” o de “Bajo peso para su edad gestacional (BPEG)”. El bajo peso se puede deber a distintas causas:

- Mal funcionamiento de la placenta. Si ésta ha envejecido prematuramente, no proporciona al feto alimento suficiente.
- Mala nutrición de la madre
- Tabaquismo materno
- Infecciones antenatales

---

<sup>22</sup> Schwarcz R, Díaz AG, Fescina R, Duverges C: Control prenatal y atención del parto. En: Kroeguer A, Luna R. Atención primaria de la salud, México, Pax México, Segunda edición 1992:293-326.

### ➤ **Síndromes mal formativos o alteraciones genéticas**

Los bebés suelen perder un poco de peso durante la primera semana de vida, pero esta pérdida no debe suponer más del 10% del peso que tenían al nacer. Por ejemplo, si el bebé pesaba 3.200 gramos al nacer, puede bajar hasta los 2.880 gramos en el caso de que pierda el 10% de su peso que correspondería a 320 gramos. Si el niño toma el pecho sin restricciones, lo recuperará en poco tiempo, casi siempre antes de dos semanas.

### **Longitud**

Se mide la distancia entre la coronilla y el talón. Esto es más difícil de lo que parece porque nada más nacer el bebé suele tener los miembros flexionados por la postura fetal. También existen en este caso tablas de valores medios y desviaciones estándar según la edad gestacional.

“La mayoría de los niños y niñas nacidos a término suele medir entre 47 y 52 cm. La talla al nacer depende en cierto grado de las características genéticas del niño. Sin embargo, hay poca relación entre la talla de un bebé al nacer y cómo será de adulto. Dependerá de factores familiares y del momento en que se produzca su desarrollo puberal.”<sup>23</sup>

### **Perímetro craneal**

Es la medida de la máxima circunferencia de la cabeza. Al nacer, esta medida puede estar modificada por distintos factores. Por un lado, puede estar reducido por la simple presión producida al pasar por el canal del parto.

A veces es evidente que los huesos se han montado unos sobre otros, es el llamado acabalgamiento de suturas. Por otro, lo pueden aumentar los cefalohematomas y el caput succedaneum. También en este caso existen tablas que nos indican los valores medios y las desviaciones estándar.

---

<sup>23</sup> Hernández-Andrade E, Guzmán-Huerta M, García-Cavazos R, Ahued-Ahued JR. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? Ginecol Obstet Méx. 2002; 70:607-612.

Si la cabeza es excesivamente pequeña se habla de microcefalia que puede ser debida a infecciones antenatales o a factores genéticos. Si es excesivamente grande puede ser una macrocefalia simple (suele ser familiar) o una hidrocefalia que se produce por acumulación de líquido cefalorraquídeo. Las alteraciones extremas del tamaño de la cabeza pueden ser detectadas precozmente durante la gestación mediante la ecografía.

### **Manos**

Los bebés suelen nacer con las uñas largas y blandas. Puede haber casos de polidactilia (un dedo de más) que puede ser un dedo de aspecto normal o bien solo un pequeño apéndice colgando de un poco de piel.

### **Pies**

En los pies puede haber tanto polidactilia como sindáctila, que se da cuando dos o más dedos están unidos por piel. A veces, la sindáctila afecta sólo a una pequeña parte de los dedos, la más próxima al cuerpo.

Los pies deformados se deben muchas veces a la postura que el niño ha mantenido durante las últimas semanas del embarazo. En este caso se irá corrigiendo.

### **Caderas**

Desde hace muchos años se investiga con interés la cadera de los bebés para detectar precozmente la luxación congénita.

En la sala de partos, nada más nacer, al bebé se le practica algunas pruebas para comprobar su tono vital. También en las primeras horas se le vacuna frente a la Hepatitis B, se le hacen las primeras curas del ombligo y se le practica la prueba de detección precoz de enfermedades metabólicas, entre otros.

Durante la estancia en el hospital, las prácticas de rutina suelen ser las siguientes:

Cuando nace un niño, el personal que atiende el parto observa cómo se encuentra mediante el test de Apgar, una prueba que determina la vitalidad del bebé.

Para que haya unos criterios uniformes de valoración, se miden 5 variables a las que se da una puntuación de 0, 1 o 2. La suma de cada variable es el resultado. El test se realiza cuando el bebé tiene 1 minuto de vida y se repite 5 y 10 minutos después.

### ¿Qué se valora?

- **El color del cuerpo del niño**, que indica el grado de oxigenación de su sangre.
- **La frecuencia cardíaca**, que, si es baja, refleja la existencia de dificultades en la circulación del bebé, durante los últimos minutos del parto
- **La respiración**, que nos indica si sus pulmones se están expandiendo bien.
- **El tono muscular**, que obedece tanto a una buena oxigenación de la sangre como a un buen funcionamiento cerebral. El tono muscular es el grado de contracción o relajación de un músculo en reposo. Así, si un músculo tiene el tono aumentado, estará tenso, contraído. Si tiene tono disminuido, estará relajado.
- **La respuesta a estímulos**. Un bebé con puntuación = 0 no llora ni se mueve cuando se le toca, ni siquiera cuando se le pellizca con fuerza. Un bebé normal, con puntuación = 2 llora con energía cuando se le molesta, mueve la pierna al tocarle el pie, estornuda si se le introduce algo por la nariz...
- **Profilaxis de la conjuntivitis neonatal**. Por el contacto con las secreciones de la vagina de la madre, a veces se producen conjuntivitis. Es habitual aplicar un colirio que impedirá el crecimiento de gérmenes. Puede hacerse en la misma sala de partos o unas pocas horas después.
- **Cura del ombligo y “fajado”**. Una vez cortado el cordón umbilical, se le aplica al ombligo una solución antiséptica y se envuelve con una gasa.
- **Profilaxis de hemorragias**. “El bebé tiene poco desarrollados los mecanismos de la coagulación de la sangre, ya que su hígado es inmaduro y tiene poca vitamina

K. Para prevenir posibles complicaciones, se administra vitamina K a todos los neonatos unas veces en gotas, otras en forma de inyección.”<sup>24</sup>

### **Screening o Metabolopatías o Pruebas de detección precoz de enfermedades metabólicas**

Se trata de unas pruebas muy sencillas (obtener unas gotas de sangre del niño, por lo general, pinchándole en el talón) mediante las cuales es posible detectar si el niño es portador de alguna enfermedad metabólica de origen congénito.

Aunque existen muchas enfermedades metabólicas, la mayoría son muy raras. Por el momento se investiga de forma habitual dos de ellas: el Hipotiroidismo y la Fenilcetonuria, que son las más habituales.

Si se detectan en los primeros días de vida, es posible aplicar un tratamiento, que permitirá a ese niño o niña desarrollarse con normalidad. Si se detectan tardíamente, es posible que ya se haya producido daño cerebral, con el consiguiente retraso mental.

El primer mes de vida de un recién nacido significa para él una etapa de adaptación a la vida fuera del útero materno.

También para sus padres este periodo exige muchas adaptaciones .Unas son visibles y concretas: adaptar la casa, nuevas actividades... Y otras menos perceptibles y profundas, de índole psicológica. La madre además se está recuperando del embarazo y del parto, e incluso puede sufrir lo que se conoce como depresión post parto. De forma gradual se va aprendiendo a conocer a este nuevo miembro de la familia.

Por todo ello, las primeras semanas de la vida del bebé suponen un estrés importante en la vida de una familia. Existen muchas dudas acerca de lo que es normal o no. Además, las visitas y también los profesionales sanitarios pueden

---

<sup>24</sup> Herrán-Falla O, Contreras-Pezzotti L, Latorre-Latorre JF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. Atención primaria 2006; 37:332-8.

contribuir a la confusión con sus consejos bien intencionados aunque no siempre acertados.

Las dudas más habituales de los padres durante el primer mes suelen estar relacionadas con:

Es una cicatriz, resto del cordón umbilical. El cordón umbilical, tras ser pinzado y cortado, se va secando. Al cabo de unos días (pueden ser sólo 3 o hasta 15 días o más), se cae y queda el ombligo como cicatriz.

### **Ombligos feos o abultados**

Al caerse el cordón, a veces el ombligo queda hacia fuera entre 0,5 y 1 cm. Esto se denomina “ombligo cutáneo”. A lo largo del tiempo se irá metiendo hacia dentro de la piel. Sólo algunos niños siguen teniendo el ombligo hacia fuera durante algunos meses.

Otras veces, al caerse el cordón, en el fondo del ombligo queda un pequeño bulto rosado y brillante, llamado granuloma. Aplicar nitrato de plata ayudará a que se cicatrice y seque.

El nitrato de plata es inocuo. No escuece. Mancha la piel durante unos días (¡Y la ropa para siempre!).

### **Hernias umbilicales**

Una hernia es un abultamiento en la piel producido por una víscera interna que se sale de su lugar habitual aprovechando alguna zona de la pared del abdomen en que ésta es más débil, como por ejemplo el ombligo o la ingle.

El ombligo, situado entre los dos músculos “rectos del abdomen”, puede ser una parte débil de la pared abdominal. Es normal observar las primeras semanas un bulto cuyo centro es el ombligo.

Si se apoya un dedo en el ombligo, se percibe una especie de “ojal”, por el que parece que asoman un poco las asas intestinales. Al apretar suavemente, se notará que vuelven a entrar a la cavidad abdominal.

Estas hernias pequeñas, de menos de 2 cm de ancho, tienden a cerrarse de forma espontánea. Las hernias mayores no suelen desaparecer solas, sino que tienden a crecer y necesitarán ser operadas más adelante.

“Por lo general, las hernias no duelen. Sólo son dolorosas si la parte del intestino que está atrapada se inflama y no puede regresar al abdomen. En ese caso se habla de “Estrangulamiento” de la hernia que además suele producir vómitos.”<sup>25</sup>

## **Segundo Mes**

Una vez superado el primer mes, parece que todo se vuelve más fácil. La madre está ya recuperada del parto. Madre y padre son cada vez más capaces de entender a su hijo.

Además, el bebé ya sonríe algunas veces. Comienza una etapa más agradable en la crianza porque esa sonrisa indica:

- Que la maduración del bebé es normal.
- Que está preparado para una relación social.

Pero aún pueden surgir dudas. Los niños no son máquinas y cada uno sigue un ritmo de desarrollo. Y los padres aprenden también a distinto ritmo a entender a su bebé.

Estas suelen ser las cuestiones más comunes que preocupan a los padres durante el segundo mes de vida de su hijo. Si su hijo tiene más de un mes y no encuentra en esta página una puerta de entrada a sus dudas, consulte los menús del primer y del tercer mes.

---

<sup>25</sup>Kramer MS. Restricción energético/proteica para el peso excesivo para la altura o para el aumento de peso durante el embarazo.(Translated Cochrane Review) :In the Cochrane Library .Oxford :Update.

## **CAPÍTULO II: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CENTRO MANTERNO INFANTÍL DEL CANTÓN SANTA ANA**

### **2.1. Historia**

El Centro de Salud de Santa Ana se creó en el año 1965, con la ayuda del Comité Pro-Centro de Salud y fueron sus principales dirigentes la Srta. María Álava Cedeño, Presidenta del Comité de Damas y el Sr. Eduardo Macías Palma, Presidente del Comité de Caballeros y la intervención del Director del Programa Integral de Salud de Manabí (PISMA), Dr. Francisco Vásquez Balda, y se transforma en Centro de Salud Materno Infantil el 12 de Marzo de 1992, y como Área N° 10 en Enero de 1993, en el aspecto administrativo, pertenece y logra su descentralización en el mes de Agosto del mismo año.

### **2.2. Misión, Visión y Objetivo**

La **misión** del Centro de Salud del Cantón Santa Ana es brindar atención de emergencia de forma ágil y oportuna, contando con personal capacitado, equipos modernos, cumplimiento de protocolos, guías y procedimientos establecidos, para garantizar un servicio de calidad a la comunidad.

La **Visión** del Centro de Salud de Santa Ana es ofrecer a las personas que demandan su servicio una atención médica profesional con personal altamente capacitado y dotado de una infraestructura adecuada para brindar atención de calidad a los pacientes.

El **objetivo** que persigue el Centro de Salud de Santa Ana es procurar los servicios de primeros auxilios para salvar la vida de personas en estado de gravedad y dar atención médica oportuna a las madres en estado de gestación.

### **2.3. Servicios**

El Centro de Salud del Cantón Santa Ana cuenta con los siguientes servicios:

- Emergencia.



- Consulta interna.
- Diagnóstico y Apoyo.
- Central de Esterilización
- Venta de Medicina e Insumos.

La actividad principal del Área de Emergencia del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana, es prestar el servicio de primeros auxilios, a aquellos pacientes que necesitan ser atendidos con urgencia en diferentes especialidades, según el daño corporal y orgánico que presentan.

#### **2.4. Departamentos**

El Centro de Salud de Santa Ana para brindar una mejor atención a las personas que acuden diariamente en busca de atención médica está dividido de la siguiente forma:

- Dirección
- Secretaría
- Odontología
- Educación para la salud
- Enfermería
- Saneamiento Ambiental
- Farmacia
- Laboratorio
- Banco de Vacunas

- Emergencias
- Salas de partos
- Estadísticas

Se trabaja las 24 horas del día y los 365 días del año, la sección de Emergencia no puede paralizar sus actividades, puesto que de su labor depende la vida de muchas personas.

El Área de Parto atiende las 24 horas del día, tiene un promedio de 4 partos por día, existe en esta área 6 camas pre-partos y 6 camas post-partos.

El equipo y mobiliario es suficiente para las atenciones que se realizan, las que se presentan con frecuencia son: Problemas por las vías respiratorias y cirugía menor por accidentes de trabajos del campo, adicionalmente presta servicios de emergencia con una ambulancia.

Atiende las 24 horas del día en turnos rotativos de: 3 médicos, 3 auxiliares y 3 enfermeras.

## **2.5. Recursos**

La capacidad instalada en el servicio de Emergencia del Centro de Salud del Cantón Santa Ana es de 12 camillas, distribuidas de la siguiente manera:

- 6 camillas en Cirugía Menor.
- 6 camillas en consultorio

EL total de camillas es para atención ambulatoria o atención primaria.

### **2.5.1. Recursos Humanos**

El servicio de Emergencia cuenta, además del personal propio de servicio, con el apoyo de personal médico a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a

la complejidad del Centro Asistencial. De manera progresiva se cuenta con personal de diversas especialidades como parte del staff de Emergencia.

Los servicios de Emergencias cuentan con el apoyo de trabajadoras Sociales, quienes se encargan de la identificación y ubicación de los familiares indocumentados, con problemas sociales o en abandono e indigencia, que se encuentren en el Servicio de Emergencia, a efectos de dar soluciones y facilitar los trámites administrativos y sociales, para asegurar la atención del paciente. Además otro actor importante en el área de Emergencia es el Jefe de Guardia que normalmente se lo cumple en turnos rotativos con los médicos con que cuenta.

El Centro de Salud del Cantón Santa Ana cuenta con 40 empleados. En el Servicio de Emergencia se encuentran 12 empleados que representa el 30% de la nómina del Centro de Salud, entre los cuales están clasificados por cargos, especialidades y actividades, como se muestra en el siguiente cuadro:

<b>CARGOS</b>	<b>PERSONAL</b>
director titular	1
médicos de planta	4
odontólogo de planta	1
odontólogo contratado	1
obstetra de planta	1
obstetra contratado	1
medico coordinador contratado	1
enfermeras profesionales de planta	5
laboratorista de planta	2
auxiliar de laboratorio contratado	1
estadística de planta	2
administrador de planta	1
jefe de personal de planta	1
contadoras de planta	2
inspectores sanitarios de planta	2
médicos rurales	3
trabajadoras sociales	2
auxiliares de enfermería de planta	6
auxiliar de farmacia de planta	1
conserje de planta	1
guardián de planta	1

El personal de las áreas administrativas está distribuido en tres turnos de 8 horas cada turno siendo los siguientes:

Turno de la mañana: 07:00 a 15:00

Turno de la tarde: 15:00 a 23:00

Turno de Noche: 23:00 a 07:00

El personal de las áreas administrativas de la sección de Emergencia es de tres turnos de 8 horas diarias, los 7 días de la semana.

La estructura organizacional del área de Emergencias, es de tipo matricial, donde las responsabilidades fluyen de abajo hacia arriba y la autoridad sigue un sentido contrario, es decir, las estructuras tradicionales.

En el **anexo No. 2** se presenta el organigrama que muestra las secciones administrativas y técnicas del Área de Emergencia, por separado, debido a que su funcionamiento es diferente.

El área administrativa y el departamento técnico, tienen un nexo, a través de los jefes del área técnica y del área administrativa.

Las funciones que debe cumplir el personal del Área de Emergencias del Centro de Salud, son las siguientes:

### **Área Administrativa**

Tiene las siguientes funciones:

- Supervisar al Recurso Humano.
- Control del consumo de medicamentos e insumos.
- Efectuar los pedidos de medicamentos e insumos.
- Recepción del pedido de medicamentos e insumos.
- Cobro de tarifas a los familiares de los pacientes.
- Emisión de documentación como la ficha médica.

- Tomar los datos de los pacientes, para su evaluación por condición de vida.

### Área Técnica.

El área técnica tiene las siguientes funciones.

- Ejecutar los servicios médicos.
- Realizar terapias y diagnóstico a los pacientes.
- Valoración del paciente.
- Prestación del servicio de análisis en el Laboratorio.

### 2.5.2. Recursos Materiales

Los recursos materiales, se refieren a las medicinas e insumos médicos que se despachan a los pacientes atendidos en el área de emergencia desde la Farmacia. Para la distribución de los recursos materiales el área de Emergencia cuenta con dos espacios físicos, clasificada de la siguiente manera: Una farmacia de venta y una pequeña bodega para la recepción de los medicamentos que posteriormente serán vendidos a los pacientes.

### Equipos.

La infraestructura del Centro de Salud del Cantón Santa Ana es un poco reducida y en la Sección de Emergencias se encuentran los siguientes equipos:

Cantidad	Características	Equipos
6	Camillas Metálicas	en consultorios
2	Mide presión, respiración	Monitores
6	Camillas Metálicas	Camillas para atención a pacientes ambulatorios
1		Ecógrafo
1		Tomógrafo
2		Equipos de análisis clínico

**Fuente:** Asistentes Administrativo de la Sección de Emergencia.

**Elaboración:** Autora

En la Farmacia, se cuenta con: dos estanterías, 1 terminal, 1 escritorio. Cabe añadir, que los Médicos Residentes de esta sección, tienen sus propios estetoscopios y otros accesorios empleados en las labores diarias.

### 2.5.3. Recursos Tecnológicos

Actualmente se encuentran en funcionamiento los programas básicos como Word y Excel, con los cuales se llevan registros y se mantienen los archivos de la información.

Los recursos tecnológicos con que cuenta la sección de Emergencia del Centro de Salud del Cantón Santa Ana son los siguientes:

Cantidad	Equipos	Características
2	Computadoras	CELL
2	Impresoras	Epson y HP

**Fuente:** Asistentes Administrativo de la Sección de Emergencia.

**Elaboración:** Autora

## 2.6. Capacidad del Servicios en el Área de Emergencia

La Institución, no registra desperdicios de medicinas ni de insumos médicos, todo se utiliza. A pesar de lo referido, el desabastecimiento de productos en la farmacia es generalizado, lo que produce cierta inconformidad del cliente con respecto al servicio.

El área de emergencia del Centro de Salud atiende un promedio de 120 pacientes ambulatorios diario. El servicio ambulatorio del área de Emergencia está conformado por las siguientes secciones:

- Consultorios
- Cirugía Menor
- Reanimación

De acuerdo a las estadísticas, el área de Emergencia ha tenido un crecimiento del 5% anual en la demanda de pacientes, lo que significa que el problema se va agravando a medida que transcurre el tiempo. (Anexo 4)

El proceso de atención de un paciente que llega a Emergencia, es complejo, porque los requisitos de la institución establecen que reciba una atención ambulatoria en la que participan además de las secciones ambulatorias, las oficinas administrativas entre las que se citan:

- Admisión.
- Caja.
- Trabajo Social.
- Farmacia.

## **CAPÍTULO III. PERCEPCIÓN DEL USUARIO INTERNO Y EXTERNO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL CANTÓN SANTA ANA**

### **3.1. Objetivo.**

Cuantificar la percepción que tienen los usuarios internos y externos de los servicios de salud del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana

### **3.2. Método.**

#### **Modalidad Básica de la Investigación**

En la investigación del problema se utilizaron los siguientes métodos:

#### **Inductivo:**

Por medio de este método se estudiaron casos particulares sobre la salud y economía del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana, a través de la aplicación de entrevistas y encuestas aplicadas a los profesionales de la salud y a las pacientes que acuden en busca de atención en área de pre-parto, para de esta forma llegar al principio u origen del problema.

#### **Deductivo:**

Este método permitió analizar e interpretar en base a la tabulación de datos los resultados de la investigación.

### **3.3. Población y Muestra**

#### **3.3.1. Población**

En la presente investigación la población está constituida por:

- 1440 mujeres embarazada en promedio por año que acuden en busca de atención al Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana
- Personal que labora en el área de atención de pre-parto y administración



La población de la investigación, en el periodo de un año se determina mediante la siguiente ecuación:

- Pacientes en el año 2010 = N° de pacientes diarios por 360 días
- Pacientes en el año 2010 = 4 pacientes diarios por 360 días
- Pacientes en el año 2010 = 1440 pacientes en el año

La población de la investigación es de 1440 pacientes en el área de pre-parto.

#### ▪ Muestra

La muestra es el subconjunto de una población o universo. Para determinar el tamaño de la muestra se debe aplicar la siguiente ecuación del muestreo probabilístico:

**Fórmula:**

$$n = \frac{PQ \cdot N}{(N - 1) \cdot \frac{E^2}{K^2} + PQ}$$

Donde la simbología representa los siguientes parámetros:

- n = Tamaño de la muestra
- PQ = constante de la varianza poblacional (0,25)
- N = tamaño de la población = 1440
- e = error máximo admisible (del 1%, al 10%; etc.) A mayor error probable menor tamaño de la muestra.
- K = Coeficiente de corrección del error (2).

Los datos para el desarrollo de la presente investigación de campo, son los siguientes:

- PQ = 0,25

- N = 1440 pacientes trimestrales
- e = 10%
- K = 2

A continuación se procede a resolver la ecuación para determinar el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{PQ.N}{(N - 1). \frac{E^2}{K^2} + PQ}$$

$$n = \frac{(0.25)(1440)}{(1440 - 1). \frac{0.07^2}{2^2} + 0,25} = \frac{360}{1439x \frac{0.0049}{4} + 0,25} = \frac{360}{1.762775 + 0.25}$$

$$= \frac{360}{2.012775} = 178.857$$

**n = 179 pacientes a encuestar en el Área de Pre-parto**

Luego, se deberá realizar 179 encuestas a pacientes que requieran atención en el Área de Pre-parto.

### 3.4. Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo realizado fue el probabilístico, que se refiere a que todos los elementos de la población tiene la mismo posibilidad de ser parte de la muestra. Esto se obtiene definiendo las características de la población, el tamaño de la muestra y a través de una selección aleatoria y/o mecánica de las unidades de análisis.

### 3.5. Instrumentos de Investigación

Para realizar la presente investigación se utilizaron:

**Encuestas.-** Las cuales estuvieron dirigidas a las usuarias del servicio de preparto.

**Entrevista.-** Dirigida al personal que labora en el área de pre-parto e información.

### **3.6. Procesamiento de la Investigación**

Para el procesamiento y análisis de los resultados de la encuesta, se utilizó el programa Microsoft-Excel, tabulando los resultados en cuadros y esquematizándolos en gráficos estadísticos.

Para garantizar la validez de los instrumentos, en el caso del cuestionario de la encuesta, se analizan 14 preguntas, en un lenguaje claro y preciso, para garantizar la confiabilidad de los resultados.

A continuación se presenta los cuadros y gráficos estadísticos, empleados para el procesamiento y el análisis y comentario de los resultados

### **3.7. Presentación de los Resultados**

#### **3.7.1. Encuestas**

Los resultados se presentan ordenados sobre la base de su contribución a los objetivos determinados para la solución del problema original

### 1) ¿Cuál es su lugar de residencia?

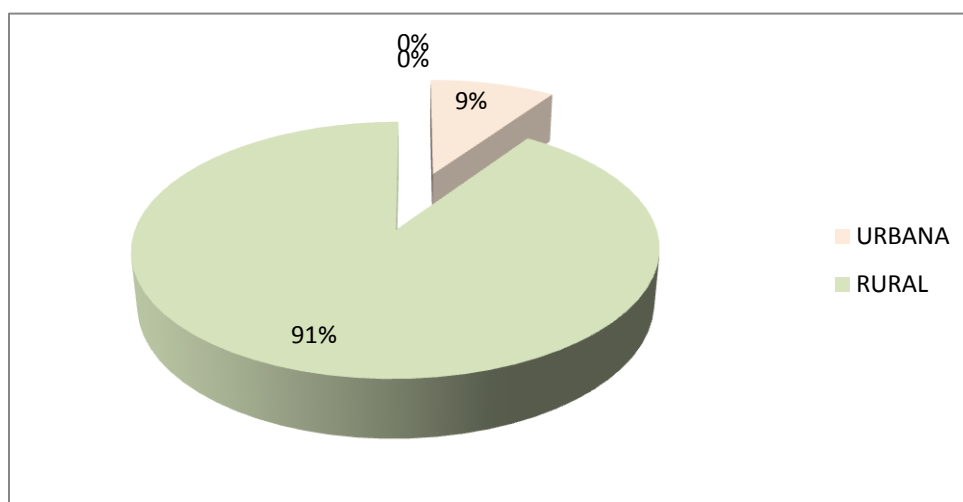
**Cuadro No. 1**

ALTERNATIVAS	Nº	%
URBANA	17	9%
RURAL	162	91%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No 1**



#### **Análisis:**

De acuerdo a los resultados obtenidos de esta pregunta, se observa que 17 personas que representan el 9% de la población encuestada respondieron que provienen de la zona urbana; mientras que 162 personas que representa el 91% de las personas encuestadas indicaron que ellas provienen de la zona rural.

#### **Comentario**

Del total de personas encuestadas se desprende que la mayoría de las madres en estado gestación que acuden en busca de atención médica en el área de pre-parto del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana, son personas humildes que provienen de alguna de las parroquias, sitios o recintos aledaños, que tienen que viajar y que salen en busca de atención médica buscando siempre economizar pues sus recursos son limitados.

## 2) ¿Cuál es su nivel de educación?

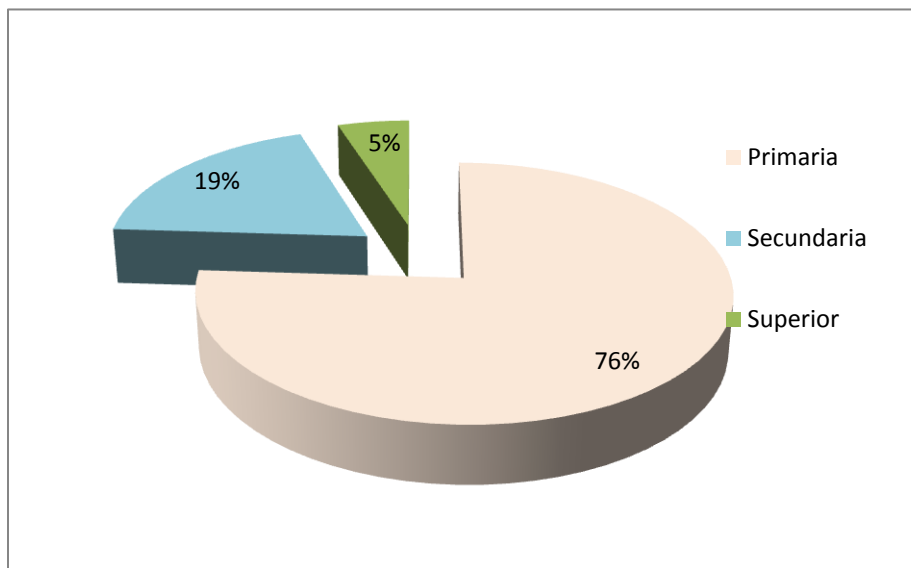
**Cuadro N° 2**

ALTERNATIVAS	N°	%
PRIMARIA	136	76%
SECUNDARIA	34	19%
SUPERIOR	9	5%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes de Área de Pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico N° 2**



### **Análisis:**

## **¿Cuál es su nivel de educación?**

Los resultados de esta pregunta nos indican que 136 personas que corresponden al 76% de los encuestados son personas que tienen un nivel de educación primaria; 34 personas que corresponden al 19% de los encuestados tienen un nivel de educación media y 9 personas que corresponden al 5% de la población encuestada tienen un nivel de educación superior.

### **Comentario:**

La gran mayoría de las madres que acuden hasta el Centro de Salud Materno Infantil del Cantón Santa Ana en busca de atención médica en el área de pre-parto, son personas con un bajo nivel de educación. Este bajo nivel de educación es un factor que incide negativamente en el desarrollo del Cantón y es la causa por la que viven en condiciones económicas y sociales desfavorables.

### 3) ¿Cuáles son sus ingresos económicos?

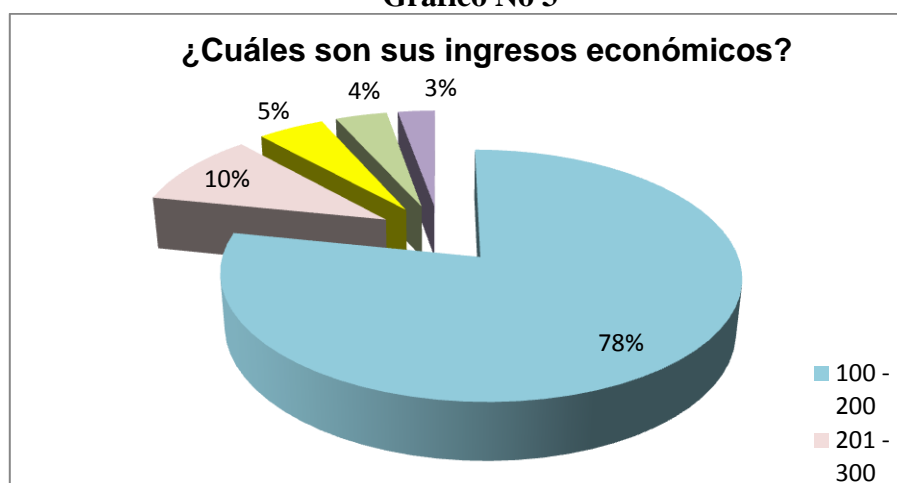
Cuadro No. 3

ALTERNATIVAS	N°	%
100 – 200	140	78%
201 – 300	18	10%
301 – 400	9	5%
401 -500	7	4%
501 o más	5	3%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

Fuente: Pacientes del área de pre-parto

Responsable: Autora

Gráfico No 3



#### Análisis:

De acuerdo a los resultados de esta pregunta, se observa que 140 pacientes que representan el 78% de las encuestadas respondieron que sus ingresos económicos están en una escala del 1 a 200 dólares; 18 personas que corresponden al 10% de las encuestadas, respondieron que sus ingresos económicos están dentro de la escala de 201 a 300 dólares; 9 pacientes que corresponden al 5% de la población encuestada respondieron que se encuentran dentro de la escala de 301 a 400 dólares; 7 personas correspondientes al 4% de la población indicaron que sus ingresos están en la escala de 401 – 500 dólares y 5 personas que comprenden el 3% de las personas encuestadas respondieron que sus ingresos económicos ascienden a más de 500 dólares mensual.

#### Comentario

Las respuestas dadas por las pacientes del área de pre-parto muestran claramente que el nivel socioeconómico de sus familias es bastante limitado, debido a que provienen de hogares de escasos recursos económicos y los jefes de familia no poseen en sus trabajos los ingresos económicos suficientes pues en su mayoría dependen de un trabajo eventual el cual no es bien remunerado lo que repercute negativamente en su situación económica.

#### 4) ¿Cuál es el número de personas que integran su familia?

Cuadro No. 4

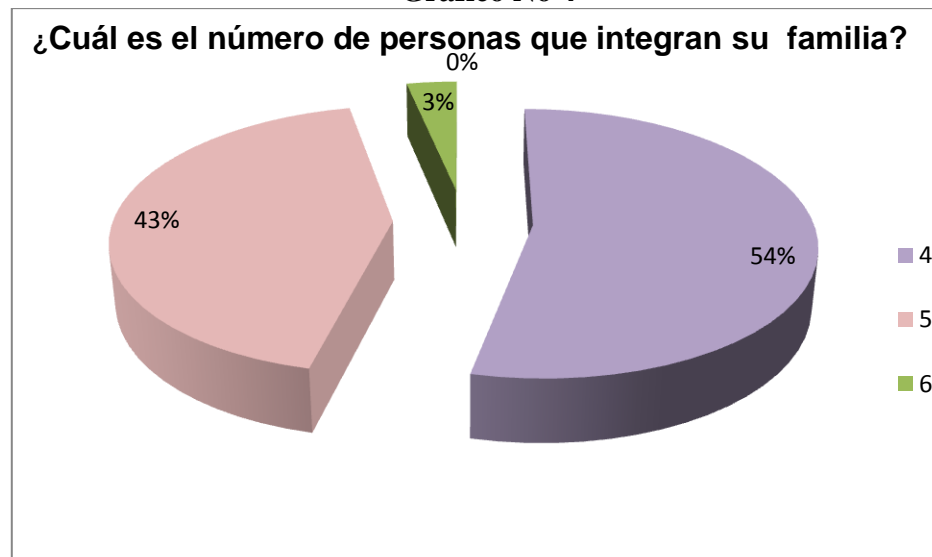
ALTERNATIVAS	N°	%
4	96	54%
5	77	43%
6	6	3%
Mas	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

Fuente:

Pacientes del área de pre-parto

Responsable: Autora

Gráfico No 4



#### Análisis:

De acuerdo a los resultados de esta pregunta, se observa que 96 pacientes que representan el 54% de los encuestados respondieron que el número de personas que integran su familia es de 4; 77 personas que corresponden al 43% de las encuestadas, respondieron que su familia la integran 5 personas y 6 pacientes que corresponden al 3% de la población encuestada respondieron que su familia está formada por 6 personas.

#### Comentario

El número promedio de personas que conforman el núcleo familiar de las pacientes de área de Pre-parto del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana es de 4 a 5 miembros, en las que prevalece la unión libre y en muchos de los casos estos hogares están desintegrados por la ausencia de ciertos miembros de la misma, debido a la migración hacia otros lugares de la Provincia y el exterior.

**5) ¿Utiliza usted los servicios del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana para la atención médica en el área de pre-parto?**

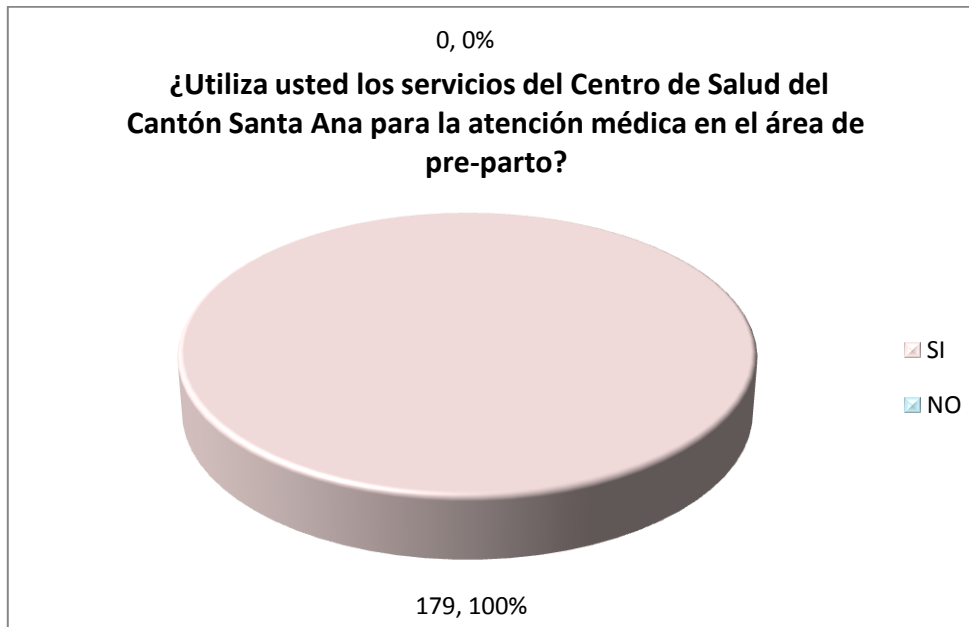
**Cuadro No. 5**

ALTERNATIVAS	Nº	%
SI	179	100%
NO	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No 5**



**Análisis:**

De acuerdo a los resultados de esta pregunta, se observa que las 179 personas encuestadas que corresponden al 100% de las usuarias indicaron que si utilizan los servicios del Centro de Salud del Cantón en el área pre-parto.

**Comentario**

El 100% de las madres encuestadas acuden en busca de atención médica al Centro de Salud Materno Infantil del Cantón Santa Ana. Esto constituye un indicativo de lo importante que es este Centro de Salud en la prevención y tratamiento de las pacientes que se encuentran en estado de gestación, pues con ello logran concebir a sus hijos en las mejores condiciones posibles de salud y con el menor riesgo.



**6) ¿Cuántas veces ha acudido en busca de atención médica en esta área?**

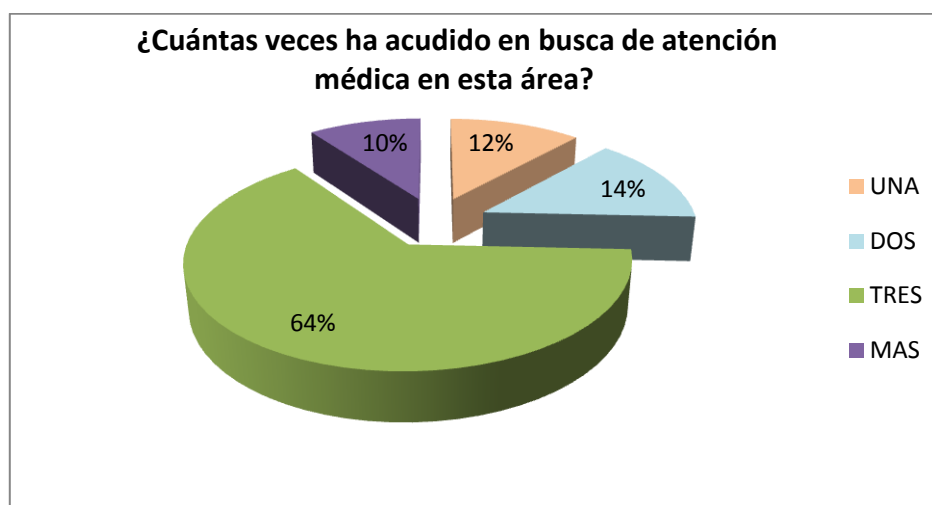
**Cuadro No. 6**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
UNA	21	12%
DOS	25	14%
TRES	115	64%
MAS	18	10%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No. 6**



**Análisis:**

De acuerdo a los resultados de esta pregunta, se observa que 21 personas que corresponden al 12% de las pacientes encuestadas indicaron que han acudido una sola vez a utilizar los servicios en la sala de pre-parto, mientras que 25 personas que representan un 14% de las personas encuestadas señalan que han ido 2 veces en busca de atención médica, 115 personas que corresponden el 64% de las personas encuestadas indicaron que asistieron tres veces en busca de servicios en el área de pre-parto y 18 persona que corresponden al 10% de los encuestados indicaron que fueron en busca de atención médica más de tres veces.

**Comentario**

Todas las pacientes del área de pre-parto manifestaron haber acudido en diferentes épocas y en varias ocasiones a recibir el tratamiento médico que este Centro de Salud ofrece, ya que es una forma efectiva de llevar un control médico adecuado para el feliz nacimiento de sus hijos.

7) ¿Ha tenido usted que cancelar algún valor económico por los servicios recibidos en esta área?

Cuadro No. 7

ALTERNATIVAS	Nº	%
SI	166	93%
NO	13	7%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

Fuente: Pacientes del área de pre-parto  
 Responsable: Autora

Gráfico No. 7



**Análisis:**

De acuerdo a los resultados de esta pregunta, se observa que 166 personas que corresponden al 93% de las pacientes encuestadas indicaron que si han tenido que cancelar algún valor económico por los servicios recibidos en esta área, mientras que 13 personas que corresponden al 7% de los encuestados manifestaron que no tuvieron que cancelar ningún valor.

**Comentario**

Existe un criterio mayoritario en el sentido de que han cancelado un valor económico mínimo por la atención que ellas reciben y que consideran que este valor pudiera estar dirigido a solventar gastos en cualquier área de la institución.

8) ¿Existen los medicamentos suficientes en la farmacia del Centro de Salud?

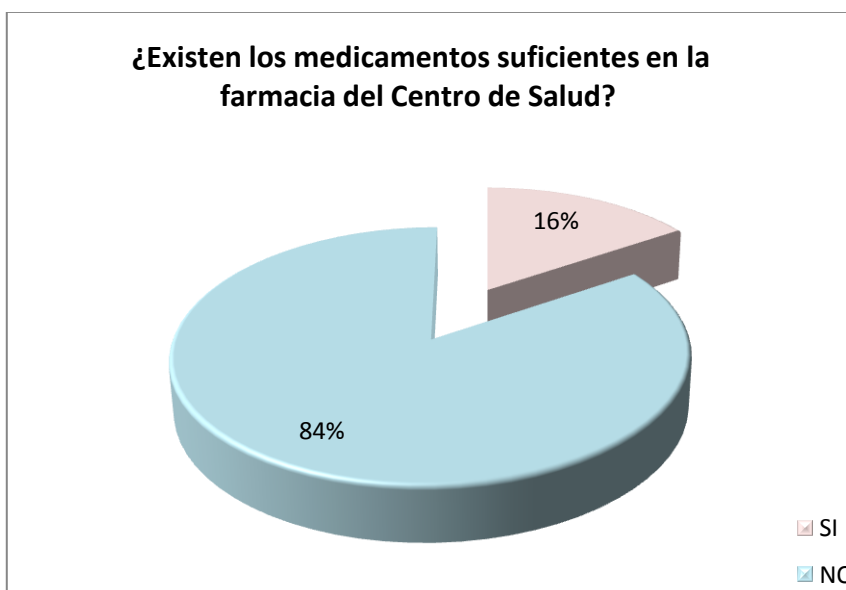
Cuadro No. 8

ALTERNATIVAS	Nº	%
SI	28	16%
NO	151	84%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

Fuente: Pacientes del área de pre-parto

Responsable: Autora

Gráfico No. 8



**Análisis:**

De acuerdo a los resultados de esta pregunta, se observa que 28 personas que corresponden al 16% de las encuestadas indicaron que si existen los medicamentos apropiados y suficientes en la farmacia del Centro de Salud y, 151 pacientes que corresponden al 84% de las personas encuestadas manifestaron que no existen los medicamentos necesarios en la farmacia de este Centro de atención.

**Comentario:**

Existe un criterio mayoritario de las pacientes de que en la farmacia del Centro Materno Infantil del Cantón no existen los medicamentos suficientes y en muchos de los casos se ven obligados a adquirirlos en farmacias particulares a precios mayores, lo que repercute negativamente en los escasos ingresos económicos que ellas poseen.

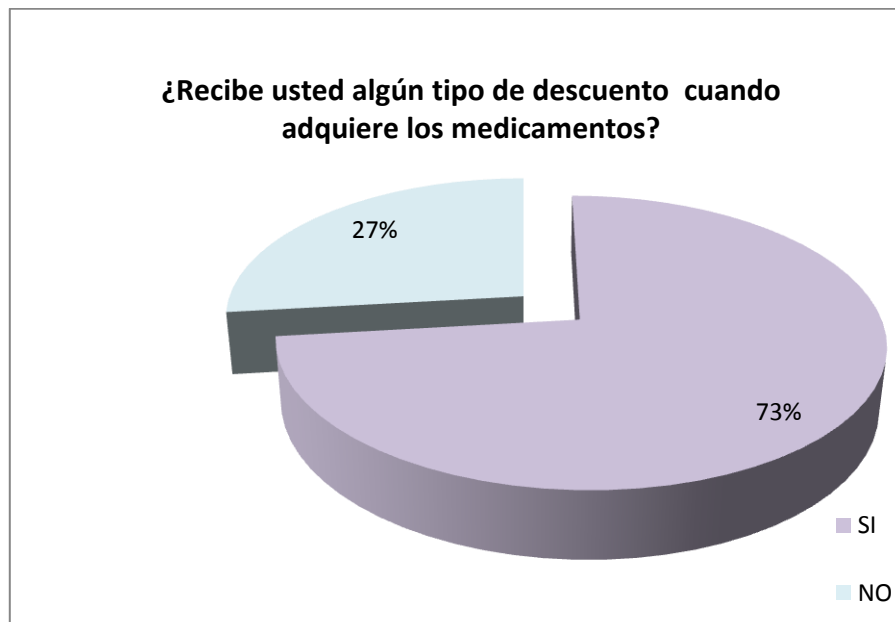
**9) ¿Recibe usted algún tipo de descuento cuando adquiere los medicamentos?**

**Cuadro No. 9**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
SI	131	73%
NO	48	27%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto  
**Responsable:** Autora

**Gráfico No. 9**



**Análisis:**

Los resultados de esta pregunta, indican que 131 personas que corresponden el 73% de las pacientes encuestadas si han recibido descuentos en la compra de medicinas, mientras que 48 pacientes correspondientes al 27% manifestaron que no recibieron descuento cuando acudieron a la farmacia en busca de medicamentos.

**Comentario:**

El criterio mayoritario de las pacientes en relación al beneficio que se obtiene en la compra de medicina en la farmacia del Centro es bueno, ya que en él se expenden medicamentos genéricos que tienen un precio inferior a los que se comercializan en las farmacias particulares y esto las benefician enormemente porque sus costos son muchos menores que aquellos.

**10) La atención recibida en el Centro de Salud ha sido:**

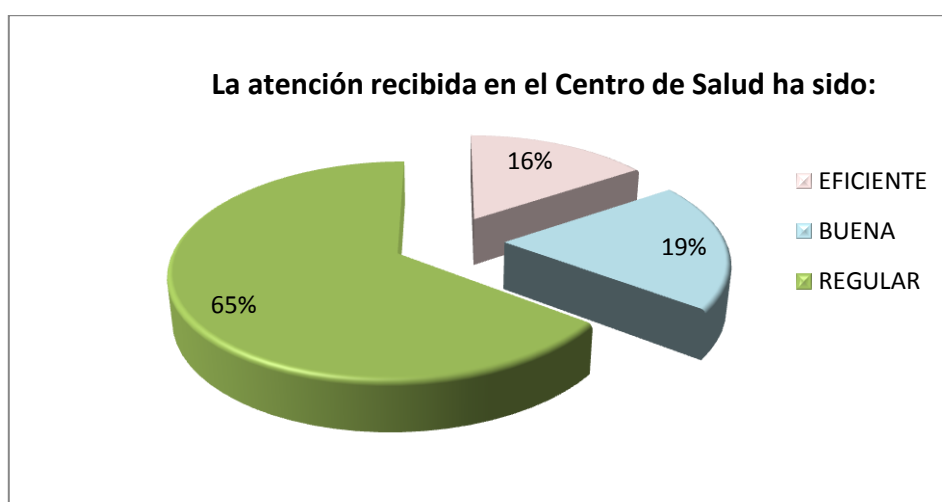
**Cuadro No. 10**

ALTERNATIVAS	Nº	%
EFICIENTE	28	16%
BUENA	35	19%
REGULAR	116	65%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No. 10**



**Análisis:**

Los resultados de esta pregunta son: 28 personas correspondientes al 16% de las pacientes encuestadas indicaron que la atención recibida en el Centro de Salud fue eficiente, 35 pacientes correspondiente al 19% de las personas encuestadas indicaron que la atención recibida es buena; mientras que 116 personas que corresponden al 65% de las personas encuestadas manifestaron que la atención recibida ha sido regular.

**Comentario:**

Existe un criterio mayoritario de las pacientes que acuden en busca de atención médica en pre-parto que la atención que se recibe en el centro es regular y que es necesario que las autoridades busquen alternativas de mejora para que la atención sea eficiente, oportuna y ágil.

**11) ¿Cuáles son los aspectos que considera usted deberían mejorar para recibir una atención médica adecuada?**

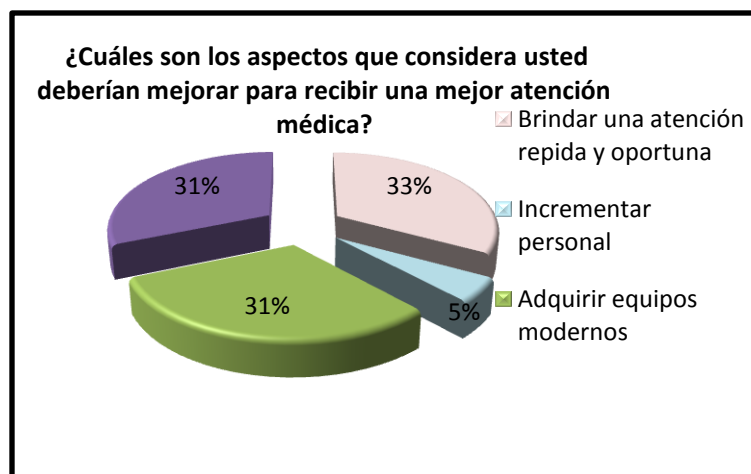
**Cuadro No. 11**

ALTERNATIVAS	Nº	%
Brindar una atención rápida y oportuna	59	33%
Incrementar personal	9	5%
Adquirir equipos modernos	55	31%
Contar con un stock completo de medicamentos	56	31%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No. 11**



**Análisis:**

Los resultados de esta pregunta nos muestran que 59 personas que corresponden al 33% de las pacientes encuestadas sugieren que se debe brindar una atención rápida y oportuna; 9 pacientes que corresponden al 5% de las personas encuestadas indicaron que se debe de incrementar el personal; 55 personas que corresponden al 31% de las encuestadas manifestaron que se deben de adquirir equipos modernos y 56 personas que equivalen al 31% de las pacientes encuestadas indicaron que se debe de contar con un stock completo de medicamentos.

**Comentario:**

Existe un criterio mayoritario de las pacientes que acuden en busca de atención médica en el área de pre-parto en cuanto a que las autoridades del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana deben buscar mejoras en varios aspectos, tales como: Brindar una atención rápida y oportuna, adquirir equipos modernos, contar con un stock completo de medicamento e incrementar el personal para lograr un mejor funcionamiento y brindar un servicio más efectivo.

**12) ¿Ha recibido usted alguna capacitación en salud prenatal y cuidados preventivos?**

**Cuadro No. 12**

ALTERNATIVAS	Nº	%
SI	0	0%
NO	179	100%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No. 12**



**Análisis:**

Los resultados de esta pregunta nos muestran que 179 personas que corresponden al 100% indicaron que no recibieron capacitación alguna por parte de los profesionales del Centro Materno Infantil.

**Comentario:**

Existe el criterio mayoritario de que las pacientes encuestadas en el área de pre-parto no reciben capacitación en salud pre-natal ni en cuidados preventivos al nacimiento de su hijo, por ello es necesario que las autoridades del Centro analicen la posibilidad de ofrecer este tipo de capacitación a pacientes para lograr de ellas su colaboración en el cuidado de su propia salud.

**13) ¿Cuándo usted acude en busca de atención médica prenatal al Centro de Salud de Santa Ana le dan previa cita?**

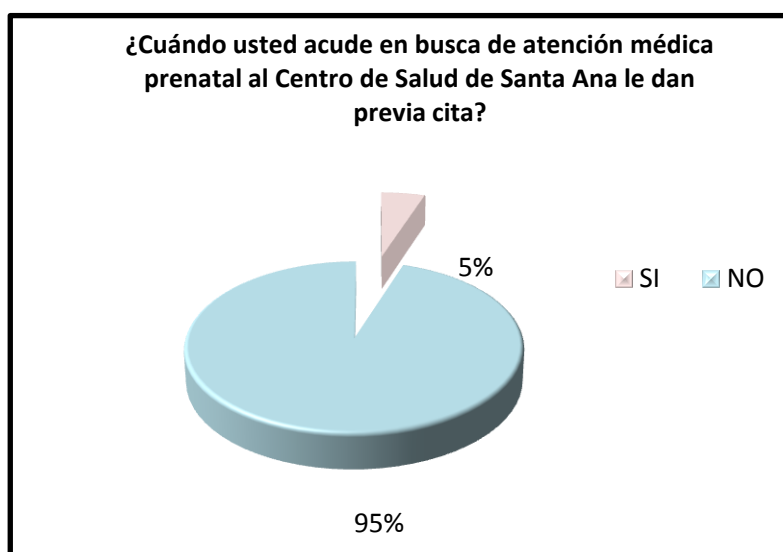
**Cuadro No. 13**

ALTERNATIVAS	Nº	%
SI	9	5%
NO	170	95%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No. 13**



**Análisis:**

Los resultados de esta pregunta nos muestran que 9 personas que corresponden al 5% de las pacientes encuestadas indicaron que les dan previa cita; mientras que 170 personas que representan al 95% de la población encuestada respondieron que no les dan previa cita al asistir a este Centro de Salud.

**Comentario:**

Existe un criterio mayoritario de las pacientes que acuden en busca de atención médica en el área de pre-parto en que no reciben cita previa al asistir al Centro de Salud del Cantón Santa Ana, pero también indicaron que se debe a la distancia en que viven y que sus quehaceres del hogar no les permite ir un día antes a pedir cita para su atención posterior.



**14) ¿Considera usted necesario que las autoridades del Centro Materno Infantil busquen alternativas a través del diseño de un modelo de capacitación que promueva la salud y economía para mejorar los servicios que ofrece?**

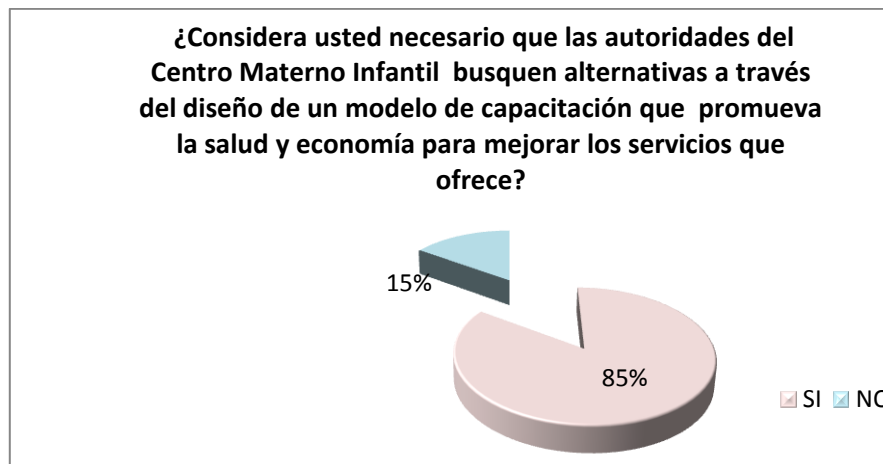
**Cuadro No. 14**

ALTERNATIVAS	Nº	%
SI	152	85%
NO	27	15%
<b>TOTAL</b>	<b>179</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Pacientes del área de pre-parto

**Responsable:** Autora

**Gráfico No. 14**



**Análisis:**

Los resultados de esta pregunta indican que 152 personas correspondientes al 85% de las encuestadas manifestaron que si consideran necesario que las autoridades del Centro de Salud busquen alternativas en la capacitación para mejorar la atención; mientras que 27 personas encuestadas correspondientes al 15% indicaron que no consideran necesario que las autoridades busquen alternativas de solución.

**Comentario:**

Existe un criterio mayoritario de que es necesario de que al interior de la institución se implementen un modelo de capacitación que permita mejorar en los aspectos de salud para lograr con ello un mejor desarrollo de la institución y ofrecer seguridad y bienestar a los recién nacidos, que serán las personas que van a regir el destino de nuestra patria.

### 3.7.2. Entrevista

Para determinar las necesidades en salud y economía en el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana se procedió a aplicar un cuestionario de entrevistas dirigido a: 1 Director, 4 médicos de plantas, 3 médicos rurales, 2 odontólogos, 2 obstetras, 5 enfermeras y 2 laboratoristas

La entrevista consistió en formular 4 preguntas: ¿Cree usted que el servicio que presta el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana, cumple con las expectativas de las personas que acuden diariamente en busca de atención médica? Los entrevistados en forma unánime respondieron que la atención que el Centro Materno Infantil ofrece está acorde con las posibilidades económicas y de personal con que cuenta el centro, pues éste carece de equipos modernos y de alta tecnología para poder atender ciertos tipos de enfermedades como de atención de cesáreas, por lo cual en muchas ocasiones se ven obligados a derivar los pacientes que presentan ciertos problemas de salud a los hospitales regionales de otras ciudades de la Provincia.

¿Conoce usted la situación económica real de los pacientes que acuden en busca de atención médica al Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana?

En esta pregunta se pudo apreciar que todos los entrevistados reconocen que las personas que acuden hasta el centro en busca de atención son personas humildes y de escasos recursos económicos.

¿Cree usted que es necesario diseñar un modelo de capacitación que promueva la mejora en salud y economía en el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana?

En esta pregunta los entrevistados indicaron que es necesario buscar los mecanismos más idóneos para poder contar con un modelo que promueva la salud y economía en el Centro de Salud para favorecer con ello a la gran cantidad de pacientes marginados que diariamente acuden hasta sus instalaciones en busca de atención médica.

¿Estaría Ud. Dispuesto a participar en los eventos de capacitación que se programen dirigido a las pacientes del área de Pre-parto?

Los entrevistados indicaron que ellos están siempre dispuestos a trabajar en favor de la salud de los habitantes del Cantón y que si este trabajo está dirigido a la salud preventiva, mediante la capacitación a las futuras madres lo harían con todo gusto para contribuir con su granito de arena a esta importante y justa causa.

### 3.9. Análisis FODA del Centro de Salud Materno Infantil del Cantón Santa Ana

Los resultados de la aplicación de la técnica de consenso a los mismos profesionales de la salud para identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la evaluación económica en el Cantón Santa Ana, fueron las siguientes:

<b>Fortalezas</b>	<b>Oportunidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Voluntad política para desarrollar Programas de capacitación.</li> <li>➤ Motivación de profesionales de la salud en cuanto al tema.</li> <li>➤ Sistema de Salud único e integrado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apoyo del Ministerio de Salud Pública a este tipo de acciones</li> <li>➤ Interés y apoyo del gobierno municipal del Cantón por el desarrollo del tema.</li> </ul>
<b>Debilidades</b>	<b>Amenazas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Limitaciones en recursos económicos.</li> <li>➤ Poca experiencia para divulgar y promocionar las capacitaciones que se realicen</li> <li>➤ Limitación de equipos de computación, software, entre otros, para el desarrollo de las capacitaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Incorporar experiencias de otros lugares, sin analizar las condiciones concretas para la aplicación de las capacitaciones en el Cantón Santa Ana que pudiera generar errores en el proceso de toma de decisiones.</li> </ul>

Al analizar los criterios de los profesionales de la salud, obtenidos mediante la entrevista y el grupo de consenso, respectivamente, se puede apreciar que existe un interés creciente por el desarrollo de las capacitaciones. Por otra parte, puede afirmarse que se cuenta con personal capacitado para conducirlos. Los resultados obtenidos en este capítulo se utilizaron como punto de partida para el desarrollo del presente trabajo de capacitación.

### **3.10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

En base a los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación se concluye que:

- Las acciones de salud son fundamentales para la decisión de tener un hijo(a) en el momento en que se desea (regulación de la fertilidad), la gestación, preparación para el nacimiento y la crianza, atención personalizada durante el parto – parto, atención integral de la mujer y el niño o niña, apoyo a la crianza compartida y no solo de responsabilidad de la madre, promoción del desarrollo biopsicosocial del niño o niña y atención preventiva de salud de la familia.
- Las intervenciones prenatales preventivas favorecen la salud física y mental de la madre, el niño o niña, y la familia. Además de su importancia para promover comportamientos saludables durante la gestación y detectar riesgos y alteraciones en el proceso biológico, existen estudios que han demostrado que algunas medidas preventivas proactivas realizadas durante el embarazo tienen efectos positivos.
- El trabajo de parto es un período de mayor vulnerabilidad biológica y psicológica para las mujeres; el apoyo y la presencia en esos momentos de su pareja, familiar o de otra persona cercana afectivamente contribuye a disminuir el estrés y la ansiedad. Así mismo, la compañía de una persona que la apoye emocionalmente y facilite su relación con el equipo de salud que la atiende, también puede mejorar el progreso del trabajo de parto disminuyendo la ansiedad y los niveles de catecolamina circulante.
- El Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana es un institución de salud pública que viene laborando en beneficio de la comunidad santanense por espacio de más de 4 décadas cumpliendo parcialmente con los objetivos por los que fue creado, brindando atención médica en las áreas de emergencia, pre-parto, odontología, saneamiento ambiental y educación para la salud.

- Una de las áreas de mayor importancia y sobre la cual se sustenta este trabajo es el área de pre-parto donde acuden diariamente pacientes en estado de gestación, quienes en su mayoría son personas de escasos recursos económicos.
- La procedencia de estas pacientes en su mayoría es el área rural, las cuales tienen un promedio de 4 a 5 hijos por familia.
- El nivel de educación de las pacientes que acuden en busca de atención al Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana es bajo, lo cual incide negativamente en las futuras madres, pues desconocen totalmente el cuidado que deben de tener ellas durante el proceso de gestación y parto, para lograr tener niños/as en buenas condiciones de salud.
- Las pacientes en su etapa de gestación y parto acuden hasta el Centro Materno Infantil del cantón Santa Ana en busca de atención médica en forma irregular, pues la carencia de recursos económicos y lo distante de sus hogares impiden que estas puedan acudir progresivamente.
- Las pacientes que acuden en busca de atención médica a este centro de atención no pagan valor alguno por la atención que reciben, pero por la medicación si lo hacen, a través de descuentos significativos en el costo de los mismos.
- La existencia de medicamentos en la farmacia de este Centro de atención es escasa, y las pacientes en ciertas ocasiones deben de acudir hasta las farmacias particulares, lo cual incide negativamente en su precaria economía.
- La atención que reciben las pacientes es efectiva y esmerada por parte de los profesionales que laboran en el Centro Materno Infantil, aunque este no cuenta con equipos modernos para el tratamiento de cirugía mayor como es el caso de la cesárea; y cuando esto ocurre las pacientes son derivadas a los Centros de Salud de la capital provincial.
- Las pacientes que acuden hasta este Centro carecen de los conocimientos necesarios para su cuidado durante la gestación, lo cual incide negativamente en las

posibilidades de vida de los infantes, ya que al no tomar las medidas preventivas necesarias los problemas de partos y malformaciones en los niños recién nacidos se ven amenazados.

- La aplicación de programas de capacitación es urgente dado el criterio de las madres embarazadas que acuden diariamente en busca de atención médica a esta casa de salud.

En base a las conclusiones indicadas anteriormente se recomienda:

- Que el Ministerio de Salud Pública facilite recursos necesarios para fomentar el desarrollo de capacitaciones masivas a las madres de familia a través de los Centros de Salud y Dispensarios Médicos existentes en la geografía cantonal.
- Que las autoridades del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana consideren dentro de su Plan Operativo Anual la implementación de programas de capacitación pre y post natal, incrementando con ello la satisfacción del usuario acercando la atención de salud a la población beneficiaria y mejorando la capacidad resolutive a las clases más necesitadas, para lograr la equidad en salud, favoreciendo con ello a quienes más lo necesitan.
- Implementar talleres de capacitación donde interactúen en parejas para fomentar la comunicación acerca de la salud reproductiva
- Trabajar en conjunto con las Instituciones de Salud para reforzar los conocimientos de los controles pre natales y post natales necesarios para lograr formar niños sanos que se conviertan en personas positivas para solucionar los grandes problemas comunitarios.

## **CAPITULO IV: DISEÑO DE TALLERES DE CAPACITACIÓN QUE PROMUEVAN LA SALUD Y ECONOMÍA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL CANTÓN SANTA ANA**

### **4.1. Objetivos**

Poner al alcance de las madres de familia la información necesaria para favorecer el crecimiento y desarrollo de los niños desde su gestación y capacitar a personas con vocación social para realizar una intervención de atención primaria que permita prevenir y crear condiciones favorables para el crecimiento y desarrollo de los niños/as del Cantón Santa Ana.

### **4.2. Problemática**

En este país lamentablemente como en muchos otros, los problemas de las madres en estado de gestación y del desarrollo de los niños en las primeras etapas de sus vidas no son atendidos con la misma urgencia con los que son tratados otros, por ejemplo, las enfermedades del cuerpo. Como estos problemas no amenazan la vida del niño, se postergan en el tiempo y a veces nunca son atendidos. Por lo general, el retardo en el desarrollo no es percibido por los padres. Si no es observado por los profesionales de la salud en los controles periódicos que deben realizar en las madres embarazadas o niños recién nacidos, recién es detectado cuando el niño llega a la escuela.

El gran problema consiste en que, cuando no se actúa durante la gestación o en los primeros años de vida para favorecer el desarrollo del niño, al llegar a la edad pre-escolar ya debe ser demasiado tarde para revertir la situación. Y así, muchos de estos niños quedan condenados al fracaso escolar y, años después, a la marginación y a la pobreza.

¿Por qué se deja que suceda esto con niños que nacieron físicamente sanos? ¿Es posible solucionar el problema a tiempo? La respuesta es sí; todos las madres y padres quieren que sus hijos progresen y vivan mejor de los que ellos mismos



vivieron. Muchos padres piensan que para lograrlo necesitan disponer de medios económicos que les permitan asegurarles una buena educación. No se dan cuenta... porque no fueron advertidos... de cuánto pueden hacer por el futuro de sus hijos sin costo alguno; sólo con un poco de dedicación durante la gestación del niño y en los primeros años de vida. Por eso se pensó en diseñar Talleres de Capacitación que promuevan la salud y economía en las madres que acuden diariamente al Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana.

Los padres necesitan saber que gran parte del desarrollo corporal y cerebral humano tiene lugar antes y durante los primeros años de vida. Y que los niños que durante esos años se ven privados de los cuidados, la alimentación y el afecto necesario, serán incapaces más tarde de desarrollar todo su potencial, no podrán acceder a empleos calificados y probablemente sean condenados a la pobreza.

Deben saber que el desarrollo del niño depende en gran parte de la aceptación con la que lo reciben, de la relación que establecen con él, de cuánto le demuestran que lo quieren, de la disposición a captar lo que necesitan, de la preocupación por plantearle desafíos, de su presencia, de su paciencia. Sabemos que todo esto es más difícil cuando el trabajo rinde poco y exige muchas horas fuera del hogar, cuando la vivienda no tiene las comodidades necesarias, cuando se tienen dificultades económicas, pero es necesario que tengan presente que cuando más se espera antes de intervenir más tiempo y dinero habrá que invertir y, aun en este caso, solamente se logrará limitar los daños.

El niño, donde quiera que se encuentre necesita estímulos táctiles, visuales, auditivos y olfatorios, necesita practicar su motricidad, satisfacer su necesidad de exploración y su apetito de conocimiento, comunicarse con otras personas. Necesita el afecto y protección de sus padres. Por último, es importante que los padres entiendan que la falta de estímulos es tan perjudicial como el exceso y que no es conveniente exigirles a los niños que haga cosas para las cuales aún no está maduro.

### **4.3. Talleres de Capacitación para las madres del área de pre-parto del Centro de Salud Materno Infantil del Cantón Santa Ana**

#### **Introducción.**

Como se explicó anteriormente, la gestación y los primeros años de vida son un período crítico y fundamental en el desarrollo del ser humano, en el que se produce el máximo crecimiento y desarrollo del organismo y del sistema nervioso central. Cuanto más pequeño es el niño, mayor es su vulnerabilidad y más puede verse afectado por las condiciones adversas del medio en el que se desarrolla.

En la actualidad nuestra población infantil está en riesgo. La desnutrición, sumada a problemas de violencia, maltrato y abuso familiar, hace que un gran número de niños experimenten retrasos en su crecimiento y desarrollo, que afectan su calidad de vida y posibilidades futuras. Para mejorar esa situación es necesario actuar de forma urgente, transformando los problemas de estos niños con riesgo social en prevenibles y factibles de ser controlados y favorecidos.

### **4.4. Talleres de Educación Prenatal**

#### **4.4.1. Primera Sesión Educativa: 16 a 18 semanas de gestación**

“Iniciando a las madres en el conocimiento de la gestación y el parto como un evento normal”.

##### **4.4.1.1 Objetivos:**

- Introducir a la madre en el sentido o significado de la gestación, a través de la interacción con el grupo de pares.
- Generar un ambiente cálido y de confianza.
- Motivar la participación de la pareja o persona significativa en la asistencia a los talleres de educación prenatal.

#### **4.4.1.2. Apertura:**

Presentación de los participantes y monitores.

Diagnóstico de expectativas de los participantes para planificar en conjunto el desarrollo de los temas a tratar en las próximas sesiones.

Rompehielos: Juego de conocimiento del grupo

Realizar intercambio de experiencias, inquietudes de los integrantes del grupo.

#### **4.4.1.3. Tema:**

Desarrollo del hijo(a) y los cambios físicos y psicológicos de la madre durante el embarazo.

Primeras manifestaciones del vínculo, estimulación prenatal.

Metodología para desarrollar el tema:

Discusión o trabajo de grupo con tarjetas de preguntas relacionadas con el o los temas.

Video de estimulación prenatal, según disponibilidad.

#### **4.4.1.4. Actividades:**

Introducción a los ejercicios de respiración.

Introducción al uso del balón.

#### **4.4.1.5. Evaluación y cierre de la sesión:**

- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales.
- Evaluar la sesión con las participantes.
- Invitarlas a la próxima sesión dando a conocer en forma general el tema a tratar.
- Citación a control Prenatal.
- Anotar experiencias y dudas, preguntas para la próxima sesión.

- Reforzar necesidad de repetir los ejercicios en la casa y anotar las sensaciones, preguntas,

En esta primera actividad, sería importante la participación de todos los profesionales que pueden interactuar con la madre a lo largo del periodo gestacional (tanto en aspectos educativos, como en referencias específicas).

Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

## **Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo**

### **4.4.2. Segunda Sesión Educativa:** 22–23 semanas de gestación.

“Reforzando estilos de vida saludable y cuidados de la gestación”.

#### **4.4.2.1. Objetivos:**

- Lograr que las futuras madres refuercen o desarrollen estilos de vida saludable y practiquen los cuidados de la gestación.
- Fomentar un ambiente armónico madre–padre–hijo/a–familia.

**4.4.2.2. Valoración previa:** auscultación (o, percepción de movimientos por la madre). Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

#### **4.4.2.3. Apertura:**

Rompehielos: Juego de conocimiento del grupo: Intercambio de experiencias, inquietudes de los integrantes del grupo.

**4.4.2.4. Tema:** Estilos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física, cuidados odontológicos, salud mental, consumo de tabaco y drogas) y cuidados de la gestación.

#### **Metodología para desarrollar el tema:**

Discusión o trabajo de grupo con tarjetas de preguntas relacionadas con el o los temas.

#### **4.4.2.5 Actividades:**

- Ejercicios de respiración.
- Ejercicios físicos: prevención de várices, edema y ejercicios perineales.
- Uso del balón.
- Ejercicios de relajación con música suave.
- Ejercicio de vinculación – por profesional capacitado.

#### **4.4.2.6 Evaluación y cierre:**

- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales.
- Evaluar con los participantes la sesión.
- Invitarlos a la próxima sesión dando a conocer en forma general el tema a tratar.
- Citación a control prenatal.
- Reforzar necesidad de repetir los ejercicios en casa y anotar las sensaciones, preguntas, dudas y compartirlas en la próxima sesión.

#### **4.4.3 Tercera Sesión Educativa 27 a 28 semanas de gestación.**

“Aprendiendo a reconocer el trabajo de parto y parto”.

##### **4.4.3.1. Objetivos:**

- Aprender las distintas posiciones que se pueden adoptar durante el trabajo de parto y parto.
- Reconocer el proceso del trabajo de parto, parto y entregar orientación para el nacimiento.
- Promoción del vínculo extrauterino madre–padre–hijo(a)
- Rol del padre en el proceso.

**4.4.3.2. Valoración previa:** Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos fetales).

Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

#### **4.4.3.3. Apertura:**

Intercambio de experiencias y responder a consultas de los integrantes del grupo.

Se sugiere realizar juegos.

#### **ATENCIÓN PRENATAL**

#### **4.4.3.4. Temas:**

- Signos y síntomas del trabajo de parto.
- Definir los tipos de parto: natural, normal, cesárea y fórceps y los períodos del parto.
- Orientación para el nacimiento dirigida a la gestante y su pareja y/o persona significativa.
- Rol del padre en el proceso.

Metodología para desarrollar el tema:

Se orientará con: imágenes, modelos, videos de partos, pelvis.

Rotafolio o cualquier material audiovisual con el que se cuente.

#### **4.4.3.5. Actividades sugeridas de preparación para el parto.**

- Practicar ejercicios perineales. Uso del balón.
- Practicar la respiración.
- Reforzar ejercicios de relajación con música suave.
- Imaginería por profesional capacitado.
- Ensayar en colchoneta las distintas posiciones para el parto cuclillas, sentadas, acostadas de lado (ayudadas con balones, cojines, con la pareja), masajes.
- Ensayar apego con modelo (muñeco).

#### **4.4.3.6. Evaluación y cierre:**

- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales (signos de trabajo de parto y motivos de consulta

#### **Urgencia de Maternidad).**

- Evaluar sesión con los participantes.
- Invitarlos a la próxima sesión dando a conocer en general el tema a tratar.
- Citación a control prenatal.
- Reforzar las ventajas de ejercitar todos los días los ejercicios perineales, respiración y relajación.

**Duración:** tiempo recomendado 120 minutos.

#### **4.4.4. Cuarta Sesión Educativa:** 32–33 semanas de gestación.

“Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido y del puerperio”.

##### **4.4.4.1. Objetivos:**

- Entregar orientación sobre el puerperio, importancia de la lactancia materna, ventajas y técnicas de amamantamiento.
- Cuidados del recién nacido/a.
- Reforzar el vínculo madre–padre–hijo/a–familia.

**4.4.4.2. Valoración previa:** Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos fetales).

Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

##### **4.4.4.3. Apertura:**

Intercambio de experiencias y responder a consultas de los integrantes del grupo.

#### **4.4.4.4 Temas:**

- Técnicas y ventajas de la lactancia materna.
- Puerperio y cuidados del o la recién nacido/a.
- Reforzar importancia del vínculo madre–padre–niño/a–familia.

#### **Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo**

Metodología para desarrollar el tema:

Uso de video, imágenes, rotafolio o cualquier material audiovisual con el que se cuente.

Muñecos, para demostrar el cuidado del recién nacido – Devolución de procedimientos.

#### **4.4.4.5. Actividades:**

- Reforzar preparación física y psicológica para el trabajo de parto y parto.
- Reforzar ejercicios físicos, perineales (USO del balón).
- Reforzar ejercicios de respiración.
- Reforzar ejercicios de relajación con música suave.

#### **4.4.4.6. Evaluación y cierre:**

- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales.
- Reforzar signos de trabajo de parto y motivos de consulta a Urgencia de Maternidad.
- Evaluar sesión con los participantes.
- Citación a control prenatal.
- Citación a la próxima sesión educativa en la Maternidad.
- Aplicar encuesta de satisfacción del programa educativo.



#### **4.4.5. Quinta Sesión Educativa: 36 semanas de gestación en la Maternidad**

“Reconociendo el lugar del parto y nacimiento, a través de visita guiada a la maternidad”

##### **4.4.5.1. Objetivo:**

- Entregar orientación respecto a la planta física, personal de las distintas unidades de la maternidad y la participación de la madre, padre o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto.
- Reconocer el personal de las distintas unidades de la maternidad.
- Valoración previa:
- Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos fetales).
- Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

##### **4.4.5.2. Apertura:**

Bienvenida a la maternidad e intercambio de experiencias.

##### **4.4.5.3. Tema: Preparación para el parto.**

Discusión o trabajo de grupo.

Metodología: Observación directa.

Devolución de procedimientos.

##### **4.4.5.4. Actividades**

- Refuerzo de los ejercicios físicos, de respiración y relajación durante el proceso, para aplicar durante el trabajo de parto y parto.
- Visita guiada por una profesional de la salud por las distintas unidades de la maternidad: observación del espacio físico, flujo grama de la maternidad.
- Sistema de la Maternidad – OIRS.
- Reconocimiento del personal de la maternidad.

- Entrega de tríptico con indicaciones para ingresar a la Maternidad.

## **ATENCIÓN PRENATAL**

### **4.4.5.5. Evaluación y cierre:**

- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales (signos de trabajo de parto y motivos de consulta a Urgencia de Maternidad).
- Evaluar sesión con los participantes.
- Citación control prenatal.
- Reforzar la necesidad de ejercitar todos los días los ejercicios perineales, respiración y relajación.
- Responder a consultas de los integrantes.
- Preparación para la hospitalización en la maternidad.

Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

### **4.4.6. Sexta Sesión Educativa: 38 semanas de gestación en la Maternidad.**

#### **“Participando en el proceso del Trabajo de Parto y Parto”.**

##### **4.4.6.1. Objetivo:**

- Entregar orientación respecto a la participación de la madre, padre o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto.
- Reconocer la importancia del apego y sus fundamentos.

##### **4.4.6.2. Valoración previa: Control de presión arterial a las gestantes y auscultación de LCF (monitoreo materno movimientos. Fetales).**

Pesquisa de alteración y referir si corresponde.

##### **4.4.6.3 Apertura:**

Intercambio de experiencias y responder a consultas de los integrantes del grupo.

#### **4.4.6.4. Tema:**

- Trabajo de parto y resolución del parto: espontáneo, fórceps o cesárea.
- Participación de la mujer, pareja o persona significativa en el proceso del trabajo de parto y parto (de ambulación, realizar ejercicios en el preparto y poder de decisión con respecto al uso de analgesia y los diferentes procedimientos).
- Apego y sus fundamentos.

Metodología para desarrollar el tema:

- Discusión o trabajo de grupo.
- Devolución de procedimientos.
- Uso de video, rotafolio o cualquier material audiovisual con el que se cuente.

#### **4.4.6.5. Actividades**

- Refuerzo de los ejercicios físicos, de respiración y relajación durante el proceso, para aplicar durante el trabajo de parto y parto.

#### **4.4.6.6. Evaluación y cierre:**

- Resumir la sesión, reforzando las ideas principales (signos de trabajo de parto y signos de alarma para consultar en Urgencia de Maternidad).
- Evaluar sesión con los participantes.
- Reforzar la necesidad de ejercitar todos los días los ejercicios perineales, respiración y relajación.
- Responder a consultas de los integrantes.
- Preparación para la hospitalización en la maternidad.

Duración: tiempo recomendado 120 minutos.

### **Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo**

#### **4.4.6.7. Rendimiento: duración 120 minutos por sesión.**

Numero de sesiones: mínimo 4 sesiones en el Centro de Salud.

Mínimo 2 sesiones en la Maternidad.

Se recomienda un número máximo de 10 a 13 gestantes por sesión educativa.

#### **4.4.6.8. Instrumentos:**

- Hora matrona/ón.
- Hora nutricionista.
- Hora asistente Social.
- Hora técnico Paramédico.
- Hora kinesiólogo.

#### **4.4.6.9. Equipamiento básico para sala educación grupal**

- Sala.
- Doppler sin imagen.
- Colchonetas individuales.
- Balones kinésicos.
- CDs para Musicoterapia.
- Equipo de música.
- Calefacción.
- Muñecos tamaño bebé.
- Rotafolio, afiches.
- Televisor con DVD.
- Piso para la atención vertical, para demostración.

#### **4.4.6.10. Indicadores**

- Promedio de sesiones educativas en APS y Maternidad, de la población bajo control (nivel local)
- Numero de talleres realizados en APS y Maternidad \*100
- Numero de talleres programados
- Numero de gestantes asistentes a los talleres en APS \*100
- Numero de gestantes en control

- Numero de gestantes asistentes a los talleres en Maternidad \*100
- Numero de gestantes en control

#### **4.5. Análisis económico:**

Los gastos que requiere el proyecto para su ejecución, con el fin de hacer las provisiones económicas necesarias se detallan a continuación:

##### **4.5.1. Presupuesto:**

<b>RUBROS DE GASTOS</b>	<b>VALOR</b>
Personal de apoyo	200,00
Material de trabajo	300,00
Difusión, medios de comunicación	200,00
Movilización	200,00
Refrigerios	800,00
Imprevistos	170,00
Total	\$ 1.870,00

#### **4.6. Impactos:**

Decir que esta experiencia será excepcional es poco. Solo la cara de satisfacción de parte de los profesionales de la salud del Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana que se involucrarán en estas capacitaciones es elocuente y la gratitud y alegría de las madres encuestadas al conocer que serán capacitadas en una temática tan necesaria como es el desarrollo de los niños/as desde su etapa de gestación hasta sus primeros años de vida. Así mismo, se revalorizará a la salud como elemento de desarrollo de la sociedad, al darse cuenta de las posibilidades que esta genera.

Las madres en gestación se sentirán involucradas y comprometidas con su familia y con ganas de mantener continuidad con este tipo de capacitaciones que les permitirá descubrir aptitudes que desconocían que tenían, como por ejemplo la habilidad para generar interés y saber trasladar los conocimientos que adquieran a otras personas que la necesitan, lo que contribuirá a fortalecer su autoestima.

Tendrán la oportunidad de poner en acción todo lo que aprendan, desarrollando mayores competencias a la hora de articular todos estos conocimientos que dejará la imborrable huella propia de aquella experiencia donde el cuidado de sus bebés, se le suma la diversión y sobre todo el amor.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

➤ **ANTOÑANZAS, et al., (1999).** El empleo del criterio de la eficiencia en la gestión de las organizaciones sanitaria. Memorias del XIII Congreso Nacional y IX Congreso Hispano Francés. La Gestión de la Diversidad. Asociación Europea de Dirección y Economía de la Empresa. Universidad de La Rioja, Logroño, España.

➤ **ANTOÑANZAS, F. (1998).** Cuadro comparativo de directrices y recomendaciones internacionales. Copyright. Extraído el 9 Enero, 2003, de: <http://www.farmacoeconomía.com>

➤ **BADÍA, X. (1994).** Bioética y asignación de recursos sanitarios. Informe de Estudios de Bioética y Derecho. Publicado por CEDES, Barcelona, España.

➤ **BIRCH, S. (1999).** The thirty nine steps: the mystery of Health inequalities in the UK. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. Manuscrito no publicado. Mc Master University. Hamilton, Ontario, Canadá.

➤ **BIRCH, S. (2001).** Making the problem fit the solution: Evidence Based Decision Making and “Dolly” Economics. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. Manuscrito no publicado. Mc Master University. Hamilton, Ontario, Canadá.

➤ **BYFORD, S., TORGERSON, D. y RAFTERY, J. (2000).** Cost of Illness studies. □Version Electrónica□. BMJ, 320:1335.

➤ **CALVO E, LONGO E N, AGUIRRE P, BRITOS S:** Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Ministerio de Salud, 2001

➤ **CALVO E, LONGO E N, AGUIRRE P, BRITOS S:** Prevención de anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Ministerio de Salud, 2001

➤ **CROSBIE, G.** (2001). The OHE IFPMA Database. The Health Economic Evaluation Database. Ponencia Presentada en la Primera Reunión del Proyecto Nevalet, Barcelona, España.

➤ **DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH (RHR)**, and childbirth, 2000.

➤ **DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH (RHR)**, World Health Organization Maternal and newborn health.

➤ **DIENER, A., O BRIEN, B. y AMIRAN, G.** (1998). Health Care Contingent Valuation Studies. A review and classification of the literature. Health Economics, 7, 313-326.

➤ **DRUMMOND et al.** (2001). Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria. (2ª ed.). Madrid: Díaz de Santos.

➤ **EARLY PREGNANCY.** (Cochrane Review).In: The Cochrane Editores. Obstetricia: Capítulo 12. 2da ed. Publicaciones

➤ **ENFERMERÍA EN LA ETAPA PRENATAL.** Ediciones tercer mundo. Bogotá Colombia: 1985.

➤ **Enfermería en la etapa prenatal.** Ediciones tercer mundo. Bogotá Colombia:

➤ **ENKIN M, KEIRSE MJNC, NEILSON J, CROWTHER C, DULEY L, HODNETT E,** et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 2000.

➤ **ESGUERRA** de T, Carmen Rosa. Universidad Nacional de Colombia. Atención de



➤ **ESGUERRA** de T, Carmen Rosa. Universidad Nacional de Colombia.  
Atención de

➤ **FAÚNDEZ A.** Control Prenatal. En: Pérez SA, Donoso SE,

➤ **FAÚNDEZ A.** Control Prenatal. En: Pérez SA, Donoso SE,  
Editores. Obstetricia: Capítulo 12. 2da ed. Publicaciones

➤ **GÁLVEZ GONZÁLEZ, Ana.** (2003). La evaluación económica en salud en Cuba. Instrumento para la toma de decisiones. Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias de la Salud. La Habana, Cuba.

➤ **HERNÁNDEZ-ANDRADE E,** Guzmán-Huerta M, García-Cavazos R, Ahued-Ahued JR. Diagnóstico prenatal en el primer trimestre, ¿a quién y cómo? Ginecol Obstet Méx. 2002;70:607-612.

➤ **HERRÁN-FALLA O,** Contreras-Pezzotti L, Latorre-Latorre JF. Depresión posparto en una ciudad colombiana. Factores de riesgo. Atención primaria 2006;37:332-8.

➤ **HODNETT E,** et al. A guide to effective care in pregnancy

➤ **JUEZ G, Y COLS. REV.** Latín. Perinatology 1995; 15(1).

➤ **KRAMER MS.** Restricción energético/proteica para el peso excesivo para la altura o para el aumento de peso durante el embarazo. (Translated Cochrane Review) :In the Cochrane Library .Oxford :Update.

➤ **MANUAL PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA DEL NUEVO MODELO DE CONTROL PRENATAL,** 2005.

➤ **MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO-SECRETARIA NACIONAL DE SALUD.** Atención a la Mujer y al Recién Nacido. La Paz (Bolivia); 1996.

- **NEILSON JP.** Routine ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. (Cochrane Review).In: The Cochrane
- **ORTÚN, Vicente.** (1992). La Economía en Sanidad y Medicina. Editorial Euge. La Llar del Llivre. Barcelona.
- **PALMER, S. y TORGERSON, D. (1999).** Definitions of Efficiency. [Version Electrónica]. **BMJ, 318, 1136-1136.** Partido Comunista de Cuba (1997), 7 noviembre. Periódico Granma. Resolución Económica del V Congreso del, Periódico Granma, Ciudad de La Habana, Cuba, 7 de noviembre de 1997,7.
- **PRITCHARD, Clive.** (1998). Trends in Economic Evaluation. Office of Health Economics briefing. No 36.
- **ROVIRA, J.** (2003). Conjunto de Prestaciones de Salud. Objetivos, Diseño y Aplicación. Washington, D.C. OPS/OMS.
- **SALUD. ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO.** La Paz
- **SCHWARCZ R, DIAZ AG, FESCINA R, DUVERGES C:** Control prenatal y atención del parto. En: Kroeguer A, Luna R. Atención primaria de la salud, México, Pax México, Segunda edición 1992:293-326.
- **SCHWARCZ R, DIAZ, A G, FESCINA, R H, De Mucio, B, Belitzky, R, Delgado, L.** Salud Reproductiva Materna Perinatal. Atención Prenatal y del Parto de Bajo Riesgo. Pub. Cient. CLAP N° 1321.01, 1995.
- **SCULPHER, M., DRUMMOND, M. y O BRIEN, B. (2001).** Effectiveness, Efficiency and NICE. **BMJ, 322, 943-944.**
- **TERÁN Julio,** (2006). Apoyo a la producción de maíz en las comunidades de Visquije, La Cuesta, Chamucame, Camino Nuevo, El Cerro de la Asunción, El Mate, El Níspero, Monte Oscuro y Lodana como materia prima

para la elaboración de balanceado en la planta de procesamiento del Colegio Albertina Rivas. Consultor de PROLOCAL.

➤ **PROGRAMA NACIONAL DE SALUD.** 2003. Supervisión de contenidos médicos. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador

➤ **ALCIVAR DUEÑAS BOSCO.** 2003. Subdirector de Postgrado de Pediatría de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador

➤ **BECERRA MIRIAM.** Directora. Departamento Información, Educación y Capacitación. APROFE.

➤ **EGAS M. MARIUXI.** Supervisión de Contenidos Nutricionales. Facultad de Ecología Humana y Desarrollo. Universidad Casa Grande. Ecuador.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### **4.3. Glosario de conceptos y términos útiles para la aplicación de la salud y economía en el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana.**

#### **Análisis costo-beneficio**

Permite identificar la opción que maximiza la diferencia entre beneficios y costos, que es, en teoría, la opción que optimiza el bienestar de la sociedad, lo cual nos ofrece un criterio claro de decisión. (**Antoñanzas 1998**)

#### **Análisis costo-efectividad**

Tipo de evaluación económica completa para comparar distintas intervenciones de salud, en la que los efectos sobre los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud se expresan en unidades específicas no monetarias de efectividad, por ejemplo, número de vidas salvadas o número de días libres de enfermedad... **BIRCH, S. (2001)**.

#### **Análisis de minimización de costos**

Tipo de evaluación económica que restringe el análisis a la medición de los efectos de las opciones sobre los recursos, suponiendo o demostrado que los efectos sobre la salud son los mismos para todas las opciones.

#### **Análisis de costo - utilidad**

Forma de evaluación económica completa que permite comparar diferentes intervenciones sanitarias, en la que los efectos sobre los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud se expresan en términos de años de vida ajustados por calidad o cualquier otra medida que utilice el año de vida sano como unidad de medida en la que se pueda expresar años de vida en cualquier estado de salud.

## **Análisis de decisión**

El análisis de decisión es un enfoque explícito, cuantitativo y sistemático de la toma de decisiones bajo condiciones de incertidumbre. Para cada alternativa de decisión se listan los costos y los efectos de forma secuencial y se muestran de forma gráfica. Cada estrategia se lleva a una medida resumen a través de una combinación algebraica de los elementos individuales que comprenden la estrategia de decisión en un proceso llamado “promediar y regresar atrás”. La medida resumen puede ser comparada entre las diferentes alternativas. **BIRCH, S. (2001).**

## **Análisis de dominancia**

En su forma más simple, una alternativa que domina a otra si su efectividad es mayor y sus costos son menores. En el caso de la llamada dominación ampliada, donde se presenta la razón costo-efectividad incremental para determinada alternativa es mayor que la siguiente alternativa, más efectiva.

## **Análisis incremental**

Forma de presentar los resultados de un análisis costo-efectividad o costo-utilidad. Las opciones que se comparan se ordenan de acuerdo con su efectividad neta absoluta, a continuación se denominan las opciones y finalmente, se calcula la efectividad incremental, el costo incremental y la razón costo-efectividad incremental de cada opción respecto a la inmediatamente anterior.

## **Análisis de sensibilidad**

Es un procedimiento analítico a través del cual se evalúa la solidez de los resultados de un estudio, mediante el cálculo de los cambios en los resultados y en las conclusiones que se producen cuando las variables claves del problema cambian en un rango específico de valores. **BIRCH, S. (2001).**

## **Análisis marginal**

La idea de análisis marginal se refiere a la comparación de variaciones en el margen, es decir de pequeñas variaciones de un determinado programa respecto a la opción básica que se identifica normalmente con la situación de partida. La mayor relevancia del análisis marginal frente a opciones del tipo “todo o nada” se justifica por el hecho de que habitualmente el tipo de decisiones que será posible tomar en la realidad no supondrán cambios radicales respecto a la situación heredada del pasado, sino que implicarán cambios graduales, por ejemplo, aumentar la cobertura de vacunas, expandir un programa de trasplante, etcétera. (**Antoñanzas 1998**)

## **Año de vida ajustado por calidad**

Es un índice de salud que tiene en cuenta tanto la calidad de vida como los años de vida. Normalmente se asigna a cada estado de salud un valor entre cero y uno. El número de años vividos en cada estado de salud se multiplica por el índice asociado a dicho estado para obtener el valor de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC). La ponderación subjetiva y estandarizada se establece entre 0 y 1, que refleja la calidad de vida relacionada con la salud durante ese período, en que 0 es dada para la muerte inmediata y 1 es la ponderación dada a la salud óptima para un período definido. Las ponderaciones se miden preguntando a los individuos pertinentes que consecuencias prefieren y por cuanto, lo que refleja así el valor que las personas dan a los diferentes resultados de salud. La ventaja métrica de los AVAC es que resumen de manera estandarizada tanto la cantidad de años de vida según cada programa, como la calidad de esos años, permitiendo la comparación de programas que tienen diversos efectos. En los análisis de costo utilidad las opciones se comparan en término de costo por AVAC conseguido. **BIRCH, S. (2001)**.

## **Año de vida ajustado por discapacidad**

Una unidad utilizada para medir tanto la carga global de la enfermedad como la efectividad de las intervenciones de salud, como lo indican las reducciones en la carga de la enfermedad. Es calculado como el valor presente de los años futuros de

vida libre de discapacidad, que se pierden como resultado de las muertes prematuras o los casos de discapacidad que se producen en un año en particular.

Los AVAD van más allá de la fórmula de los AVAC al aplicar ponderaciones de edad desiguales. Así, se asigna un mayor valor a un año de vida ganado cuando una persona tiene 25 años que cuando una persona es más joven o más vieja. En este sentido deben tenerse en cuenta los criterios éticos. Por otro lado, los AVAD se basan en un conjunto (algo) arbitrario de ponderaciones que provienen de opiniones de expertos (como las ponderaciones para los estados de discapacidad). Los propios autores del AVAD plantean que el mismo proporciona una convincente ilustración de la utilidad de un índice que resume la mortalidad y la morbilidad, pero se necesita trabajar más para proporcionar una base más rigurosa para las ponderaciones utilizadas para construir el índice. **(Antoñanzas 1998)**

### **Años de vida sanos equivalentes**

El número de años en perfecta salud que se consideran igualmente deseables o equivalentes a un número determinado de años en un estado de salud “menos que perfecta” de acuerdo con las preferencias utilizadas por los individuos. Es una medida de la calidad de vida relacionada con la salud que incorpora dos tipos de preferencias de los individuos: la primera es la preferencia por la duración de la vida y la segunda la preferencia por los estados de salud en sí mismos. **BIRCH, S. (2001).**

### **Beneficio**

Efecto o consecuencia positivo de una opción. El beneficio neto es el beneficio (en unidades pecuniarias) menos el costo total (en unidades pecuniarias). Es un criterio básico en los estudios de costo-beneficio. El beneficio marginal es el beneficio adicional obtenido a través del consumo de la última o de la próxima unidad de un artículo. En el campo de la evaluación económica el beneficio es el efecto o consecuencia positivo de una opción. Puede tratarse de una mejora de la salud o un ahorro en la utilización de recursos... **(Antoñanzas 1998)**



## **Capacitación**

Actividad por la cual las personas reciben conocimientos sobre algún tema de importancia para su propio beneficio.

## **Costos y beneficios directos**

En el pasado se han utilizado estos términos para denotar los recursos consumidos (costos) o ahorrados (beneficios) por un programa comparados con otro alternativo (que pudieran ser la ausencia de programa). Suelen ser los recursos del sector sanitario, pero igualmente podrían incluir gastos de bolsillo de los pacientes, así como recursos de otras instituciones públicas y voluntarios. El uso de los términos no es, sin embargo siempre igual en los diversos estudios, lo que en ocasiones causa confusión.

## **Costos y beneficios indirectos**

En el pasado se han utilizado estos términos para denotar el tiempo de los pacientes (o sus familiares) consumidos o liberados por un programa. En lo fundamental, el tema se ha centrado en el tiempo de trabajo, y los costos y beneficios indirectos se han vuelto sinónimos de ganancias y pérdidas de productividad. El término ha causado confusión muchas veces y los contables lo usan para denotar los gastos generales o estructurales (overheads) en inglés. **BIRCH, S. (2001).**

## **Costos y beneficios intangibles**

En el pasado se han utilizado estos términos para denotar consecuencias difíciles de medir y valorar, como el valor de una mejor salud per se, o el dolor y el sufrimiento asociados al tratamiento. Estos últimos, sin embargo, no son costos y en cualquier caso son ejemplos no estrictamente intangibles, puesto que con frecuencia son medidos y valorados con el enfoque de la utilidad o disposición a pagar.

### **Costo fijo**

Costos asociados a la producción de bienes y servicios que son independientes del nivel de actividad. Son aquellos costos que no varían con el nivel o el monto alcanzado por la producción o el servicio.

### **Costo marginal**

Razón incremental infinitesimal entre el costo total y el producto en una unidad adicional. Matemáticamente es la primera derivada de la función del costo total con respecto al producto. **BIRCH, S. (2001).**

### **Costo social**

Es la suma de todos los costos que afectan a todos y cada uno de los miembros de la sociedad. El costo social de un procedimiento médico no incluye solamente los costos para el sistema de salud sino también los que se producen en el hogar y en la comunidad y son soportados por el paciente, sus familiares y otros miembros de la sociedad. (**Antoñanzas 1998**)

### **Costo variable**

Costo que varía con la cantidad de producto obtenido o con el nivel de actividad de un proceso.

### **Depreciación**

La disminución en el valor de un bien; en particular, la cantidad de disminución del valor de los bienes capitales a medida que son utilizados y envejecen. **BIRCH, S. (2001).**

### **Desnutrición**

Forma de mal nutrición ligada a un excedente de los gastos energéticos con respecto a los aportes alimenticios que se traduce en un adelgazamiento progresivo con atrofia de los tejidos

## **Destete**

Supresión definitiva de la leche materna en la alimentación del lactante.

## **Diarrea**

Aumento del total fecal diario, que se traduce en la emisión de heces demasiado líquidas.

## **Digestión**

Conjunto de los procesos que se desarrollan en el tubo digestivo y transforman los alimentos en sustancias absorbibles por la mucosa intestinal.

## **Disponibilidad a pagar**

La cantidad máxima de dinero que una persona está dispuesta a pagar para recibir beneficios o evitar costos. Es una técnica utilizada en el análisis costo-beneficio para asignar un valor monetario a los efectos intangibles de una decisión. Se asocia como técnica de valoración contingente pues esta es una técnica utilizada para la obtención de los valores monetarios que los individuos asignan a cambios en el estado de salud, basada en la respuesta de los entrevistados a situaciones de elección hipotéticas.

## **Economía**

Ciencia que estudia cómo los individuos y las sociedades eligen distribuir los escasos recursos productivos entre los usos alternativos que compiten entre sí y distribuir los productos de estos usos entre los miembros de la sociedad. **BIRCH, S. (1999).**

## **Efectividad**

Expresa el grado en que un resultado terapéutico o resultado de una tecnología o procedimiento médico concreto en condiciones reales. Es la capacidad de una intervención sanitaria según la prestación de un servicio sanitario, tratamiento,

consumo de medicamentos, medidas preventivas o de control, para conseguir su objetivo, normalmente alterando para mejor el curso natural de una enfermedad en particular. Puede referirse asimismo a la medida del efecto de una tecnología o procedimiento médico concreto sobre los resultados buscados, en condiciones de práctica real. **(Antoñanzas 1998)**

### **Efecto**

Resultado de un fenómeno, causa, acción o decisión. La evaluación económica se interesa en última instancia en los efectos de determinadas opciones sobre el bienestar, lo que se intenta medir operativamente a través de los efectos diferenciales o sobre las variaciones que producen estas opciones sobre la utilización de recursos y sobre la salud. **BIRCH, S. (1999).**

### **Eficacia**

Es una medida del efecto o resultado de una tecnología o procedimiento médico concreto utilizados en condiciones ideales. **BIRCH, S. (2001).**

### **Eficiencia**

Efecto de una intervención en función de los recursos utilizados. Su determinación es el objetivo último de una evaluación económica.

### **Equidad**

Equidad es sinónimo de justicia en la distribución de la renta, la riqueza, el bienestar y, en el contexto de la política sanitaria, de la distribución de los recursos sanitarios de la salud. El concepto de equidad se deriva de juicios de valor respecto a cuál debería ser la distribución apropiada entre individuos o grupos. **BIRCH, S. (1999).**

## **Estetoscopio**

Instrumento constituido por un tubo en forma de Y terminado en una capsula de membrana, utilizado para la auscultación.

## **Estudio de costo de la enfermedad**

Tipo de estudio económico que tiene por objetivo cuantificar, en términos de valores monetarios, los efectos negativos de la enfermedad en el bienestar de la sociedad. Estos estudios pueden tener dos enfoques: el de la prevalencia y el de la incidencia. **BIRCH, S. (2001).**

## **Estudio del impacto de la enfermedad**

Tipo de estudio que utiliza un enfoque muy parecido a los estudios de costo de la enfermedad, la diferencia principal radica en que los estudios de la carga de la enfermedad incluyen los efectos no cuantificados en unidades monetarias como, por ejemplo los años de vida perdidos. **BIRCH, S. (1999).**

## **Evaluación económica**

Conjunto de técnicas que se utilizan para comparar las opciones abiertas para el decisor en una situación de elección relacionada con un proyecto, un programa, una intervención o, en general, un conjunto de cursos de acción posibles. Estas técnicas consisten en una secuencia de fases o procesos de identificación, medida y valoración de los efectos tanto sobre los recursos como sobre la salud, de las opciones comparadas. **(Badía. 1994)**

## **Fallo del mercado**

Condiciones que no permiten al mercado la asignación eficiente de recursos en la provisión de determinados bienes. El fallo de mercado puede suponer la imposibilidad de proveer ni siquiera una unidad del bien o la incapacidad para hacerlo al nivel óptimo o más deseable. Puede consistir en bienes públicos, externalidades, información imperfecta, etcétera. **BIRCH, S. (1999).**

## **Gasto**

La cantidad de dinero pagada por un agente económico por los bienes y servicios adquiridos durante un período definido. El gasto es la suma de las cantidades adquiridas por sus correspondientes precios. **(Badía. 1994)**

## **Índice de precios**

Un número índice que refleja la evolución de los precios de un conjunto de bienes. Por lo general, el precio de cada bien está ponderado por la proporción de gasto total que supone el bien respectivo. **(Badía. 1994)**

## **Precios constantes**

Se refiere a los valores de una variable monetaria tal como el PNB, de los que se han eliminado los efectos de la inflación y, por lo tanto, los cambios en el poder adquisitivo de la unidad monetaria. Los valores de las series de tiempo a precios constantes se expresan en unidades monetarias de un año base. **Badía, X. & Rovira, J. (1995). (Badía. 1994)**

## **Precios corrientes**

Se dice de valores de variables tales como el ONB, entre otros cuando están expresados en unidades monetarias del año en que tuvo lugar la transacción. Las magnitudes monetarias expresadas a precios corrientes que corresponden a años distintos no son comparables en términos de su poder adquisitivo, para evitar este problema, los valores a precios corrientes se deben convertir en precios constantes.

## **Utilidad**

Es una medida de las preferencias por (o deseabilidad de) un determinado estado de salud, o un efecto específico sobre la salud, medido bajo condiciones de incertidumbre. **(Badía 1994)**

### **Valor actual neto**

El valor actual es el flujo de beneficios menos el flujo de costos que se producen en un período dado de tiempo. El VAN es el indicador sintético del valor de una opción en el análisis costo beneficio. Si el VAN de un proyecto es positivo, es beneficioso realizarlo. **BIRCH, S. (1999).**

**ANEXO 2**

**CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DEL CANTÓN SANTA ANA**

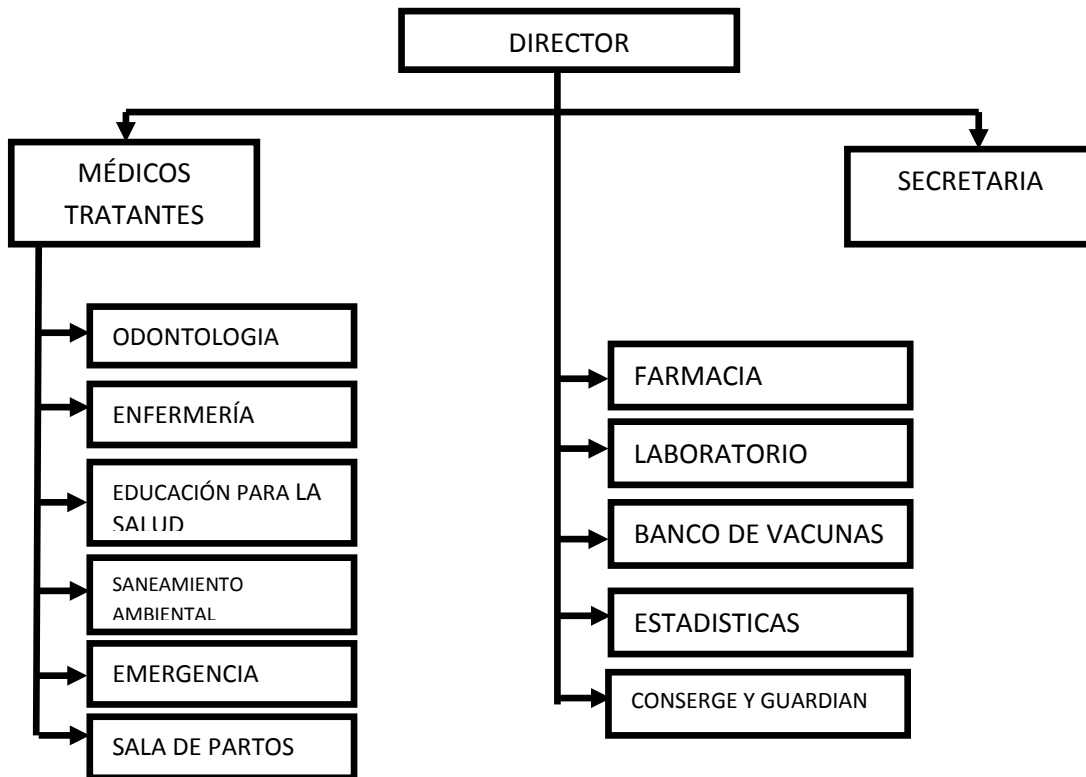
**ANA**





**ANEXO 3**

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL CENTRO DE SALUD MATERNO  
INFANTIL DEL CANTÓN SANTA ANA**



**ANEXO 4**  
**DOCUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN**  
**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES EMBARAZADAS**

SALUD Y ECONOMÍA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL  
CANTÓN SANTA ANA (MANABÍ)

**Estimada Señora:**

El presente documento es parte de una propuesta que pretende mejorar la salud en nuestro cantón, por lo tanto la respuesta que de usted a este cuestionario es muy importante para quienes habitamos en este cantón.

1. ¿Cuál es su lugar de residencia?

Urbana  Rural

2. ¿Cuál es su nivel de educación?

Primaria  Secundaria  Superior

3. ¿Cuáles son sus ingresos económicos?

100 – 200

201 – 300

301 – 400

401 – 500

501 o más

4. ¿Cuál es el número de personas que integran su familia?

De 4  De 5  De 6  Más

5. ¿Utiliza usted los servicios del Centro de Salud del Cantón Santa Ana para la atención médica en el área de pre-parto?

SI  NO

6. ¿Cuántas veces ha acudido en busca de atención médica en esta área?

UNA  DOS  TRES  MÁS

7. ¿Ha tenido usted que cancelar algún valor económico por los servicios recibidos en esta área?

SI  NO

8. ¿Existen los medicamentos suficientes y apropiados en la farmacia del Centro de Salud?

SI  NO

9. ¿Recibe usted algún tipo de descuento cuando adquiere los medicamentos?

SI  NO

10. La atención recibida en el Centro de Salud ha sido:

EFICIENTE  BUENA  REGULAR

11. ¿Cuáles son los aspectos que considera usted deberían mejorar para recibir una mejor atención médica?

Brindar una atención rápida y oportuna

Incrementar personal

Adquirir equipos modernos

Contar con un stock completo de medicamentos

12. ¿Ha recibido usted alguna capacitación en salud prenatal y cuidados preventivos?

SI  NO

13. ¿Cuándo usted acude en busca de atención médica prenatal al Centro de Salud de Santa Ana le dan previa cita.

SI  NO

14. ¿Considera usted necesario que las autoridades del Centro de Salud busquen alternativas a través del diseño de un modelo que promueva la salud y economía para mejorar los servicios que ofrece.

SI  NO

## ANEXO 5

### ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

#### UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SALUD Y ECONOMÍA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL DEL CANTÓN SANTA ANA (MANABÍ)

Señor(a) Profesional:

La salud es un servicio que se brinda a las personas a lo largo de toda su vida para que estas puedan realizar sus actividades de mejor forma. Por tanto, la respuesta que de usted a este cuestionario será una importante colaboración para lograr este fin.

1. ¿Cree usted que el servicio que presta el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana, cumple con las expectativas de las personas que acuden diariamente en busca de atención médica?

2. ¿Conoce usted la situación económica real de las pacientes que acuden en busca de atención médica al Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana?

3. ¿Cree usted que es necesario contar con un Programa de capacitación que promueva la mejora en salud y economía en el Centro Materno Infantil del Cantón Santa Ana?

4. ¿Estaría usted dispuesta a participar en los eventos de capacitación que se programen dirigido a las pacientes del área de pre-parto?

## ANEXO 6

### PERSONAS QUE ACUDEN DIARIAMENTE AL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL DEL CANTÓN SANTA ANA

(ÁREA DE EMERGENCIA)

<i>SERVICIO AMBULATORIO</i>	<i>NÚMERO DE PACIENTES POR MES</i>	<i>TOTAL ATENCIÓN POR AÑO</i>
2008	3249	38988
2009	3420	41040
2010	3600	43200

**Fuente:** Departamento de Estadística

**Elaboración:** Autora

## ANEXO: 7

### UTILIDADES DEL USO DEL BALÓN DE EJERCICIOS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

#### ACTIVO

##### **Ejercicio 1 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.**

Procedimiento: tomar el balón entre las manos e inspirar y llevarlo a los costados o hacia adelante expirando.



##### **Ejercicio 2 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.**

Procedimiento: Con los brazos extendidos hacia arriba inspirar, luego expirar lentamente hasta apoyar los antebrazos y las manos sobre el balón y relajarse.



**Ejercicio 3 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.**

Procedimiento: Sentada en la cama o en el piso, presionar el balón con las piernas y luego soltar.



**Ejercicio 4 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.**

Procedimiento: Apoyar brazos y tórax sobre el balón y balancearse de adelante hacia atrás.





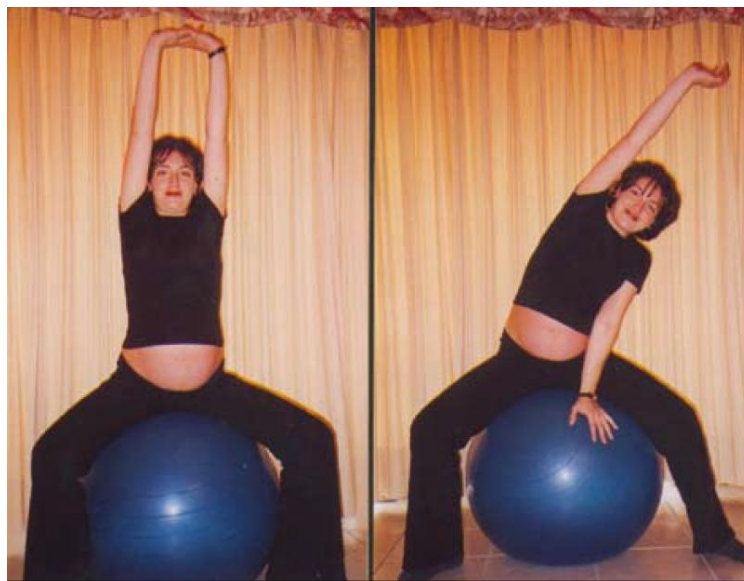
**Ejercicio 5 Utilidad: Relajación y disminución del dolor.**

Procedimiento: Apoyar brazos sobre el balón encorvando la columna y relajarse.



**Ejercicio 6 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece la dilatación y el encajamiento fetal**

Procedimiento: Sentada sobre el balón inspirar suave y profundamente extendiendo ambos brazos, luego bajarlos. Hacer lo mismo con cada brazo.



**Ejercicio 7 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece la dilatación y encajamiento fetal.**

Procedimiento: Sentada sobre el balón, con los brazos extendidos e ir de un lado a otro.



**Ejercicio 8 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece la dilatación y el descenso fetal.**

Procedimiento: Sentada sobre el balón elevar la pelvis con un movimiento de rebote.



**Ejercicio 9 Utilidad: Relajación, disminución del dolor, favorece el posicionamiento y el descenso fetal.**

Procedimiento: Sentada sobre el balón balancear la pelvis de adelante hacia atrás, lateral o en diagonal.



**Ejercicio 10 Utilidad: Disminuye el dolor de espalda incluso durante las contracciones y favorece el descenso fetal.**

Procedimiento: De pie y contra la pared apoyar la espalda sobre el balón y subir-bajar presionando constantemente.



**Ejercicio 11 Utilidad: Relajación, favorece el encajamiento fetal y el masaje del periné anterior.**

Procedimiento: Sentada sobre el balón con los brazos sobre la cama, u otra superficie realizar suaves movimientos rotatorios manteniendo el contacto del balón con la zona del pubis.

Cuantas noches lo soñaste, cuantas ganas tienes de tenerlo entre tus brazos. Sabemos lo difícil que es esta etapa y por eso estamos contigo para apoyarte, ánimo, ya queda poco.



## ANEXO 8

### PRÁCTICA DE LA RELAJACIÓN.

Los objetivos fundamentales de la relajación son:

- Proporcionar sedación y paz interior, combatiendo la tensión y la angustia, que son sustituidos por el autodomínio.
- Evitar la contracción innecesaria de los músculos corporales estirados, que no deben intervenir en el momento del parto. Esto significa por una parte un notable ahorro de energía, que puede ser empleada en el trabajo de parto, y por otra una mejor oxigenación del feto.
- Mejorar la funcionalidad uterina. La desaparición de la tensión y el ahorro energético posibilita una buena coordinación de la dinámica uterina que, por lo general, se torna más efectiva.

Como consecuencia de ello, la dilatación cervical se hace con mayor facilidad, acortándose sensiblemente este período, debido tanto a la mayor eficiencia contráctil uterina, como a una más fácil distensibilidad de la estructura cervical.

El autodomínio alcanzado con esta preparación permite, además, una perfecta colaboración de la mujer en el momento del expulsivo, adoptando la posición, la respiración o el esfuerzo muscular más adecuado en cada momento del mismo.

#### **Definición**

Mediante la relajación se busca poner en reposo el cuerpo (relajación física o neuromuscular) y la mente (relajación psíquica o emocional).

Existen múltiples métodos aplicables a la preparación del parto que se distinguen según su base sea esencialmente muscular o psicológica (Relajación progresiva, de Jacobson), o auto-sugestiva o psicológica.

Utilizaremos un sistema mixto que, creemos, reúne las ventajas de ambos métodos. Por un lado procuramos la relajación controlada y progresiva de todos los

músculos inútiles para el trabajo de parto, y por otro se persigue modificar el nivel de conciencia, utilizando algunos ejercicios de autosugestión.

### **Ejercicios de Relajación**

Los ejercicios siguientes buscan la relajación progresiva y ordenada, tanto física como psicológica, de los diversos grupos musculares.

#### **Posición Básica de relajación.**

Aun cuando no existe una posición única para conseguir la relajación, los ejercicios siguientes se iniciarán preferentemente en decúbito supino o dorsal (acostada boca arriba) sobre una cama, colchoneta, o alfombra, con un almohadón debajo de la cabeza, otro debajo de las rodillas, los brazos extendidos y un poco separados del cuerpo, y la vista hacia el techo.

Se procurará efectuar los ejercicios de relajación en una habitación silenciosa, alejada de interferencias (teléfono, visitas, etc.) y, si es posible, con una música suave y relajante.

Antes de empezar los ejercicios de relajación específicos de cada región o segmento corporal, es importante efectuar un ejercicio de concentración.

#### **Entrenamiento de la concentración.**

Se trata de una etapa previa importante que no debe ser nunca excluida de los programas de relajación, ya que es sumamente útil en el momento decisivo del parto, justamente durante las contracciones del expulsivo.

Una vez adoptada la posición básica de relajación descrita, conviene permanecer inmóvil durante unos minutos, efectuando el siguiente ejercicio mental:

- Elección de una idea, que puede ser, por ejemplo la representación gráfica del viaje que realiza el niño durante el trabajo de parto. Al principio puede ser útil contemplar el esquema de un libro durante un minuto. Después de un cierto tiempo ya no es preciso.

- Cerrar los ojos, y representar mentalmente aquella figura, centrando el pensamiento en la parte del organismo que se ve en ella. Imaginar que esta parte se vuelve primero pesada y luego relajada.
- Idéntico ejercicio sin cerrar los ojos, pero mirando un punto fijo de la habitación.

El aprendizaje de la concentración mental, lo que en yoga recibe el nombre de “harana” es un elemento básico para que los ejercicios de relajación específicos tengan éxito.

El Método Jacobson, es esencialmente muscular y se trabaja el cuerpo de forma analítica o progresiva, parte por parte. A partir de la contracción y relajación muscular se pretende disminuir las tensiones corporales y evitar gastos inútiles de energía que luego necesitaríamos más adelante.

En estos ejercicios, se contrae o tensa un grupo muscular del cuerpo durante 7 segundos y luego se relaja abrupta y completamente por 20 a 60 segundos. Este patrón de tensión–relajación se repite nuevamente y luego este mismo ciclo se repite secuencialmente para varios grupos musculares a través de todo el cuerpo.

### **Instrucciones:**

- Antes de comenzar la relajación, se dejan 5 minutos para lograr una buena respiración (rítmica)
- Los músculos deben permanecer contraídos por durante 7 segundos.
- Cuando se pide relajar un músculo hacerlo completamente, no en forma gradual y observar la diferencia entre estado de relajación y estado de tensión.
- Hacer dos ciclos de tensión–relajación por cada grupo