



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÁSTER EN SALUD PÚBLICA**

TÍTULO DEL PROYECTO.

**RELACIÓN COSTO BENEFICIO DE LA SALUD DE LA MADRE EN
EL PARTO NORMAL FRENTE A LA CESÁREA EN EL HOSPITAL
GENERAL IESS DE MILAGRO, EN EL PERÍODO 2016 - 2017.**

Autor: García Tapia Fernando Oscar

Tutora: B.S, MPH. Lorena Ramírez

Milagro, 28 de Junio del 2019

Ecuador.

ACEPTACIÓN DEL(A) TUTOR(A)

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de Post Grado presentado por el Ing. Fernando Oscar García Tapia, para optar al título de Máster en Salud Pública y que acepto tutorar al estudiante, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, a los 28 días del mes de junio del 2019

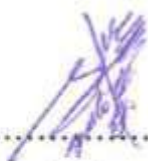


Msc. Lorena Ramírez
C.C. 0916467962
TUTORA.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo Directivo del Instituto de Postgrado y educación continua de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 28 días del mes de junio del 2019.



.....
Ing. Fernando Oscar García Tapia

Maestrante

CI: (0908899412)

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Máster en Salud Pública, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTIFICA	[58.00]
DEFENSA ORAL	[37.00]
TOTAL	[95.00]
EQUIVALENTE	[E]



PRÉSIDENTE DEL TRIBUNAL



PROFESOR DELEGADO



PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

A Dios, por ser quien guía mi camino en cada paso que doy.

A mi esposa, que siempre ha estado a mi lado apoyándome incondicionalmente, con paciencia y dándome fortaleza para salir adelante y no desistir en este largo recorrido para ser una mejor persona.

A mis hijas, que siempre están apoyándome, comprendiéndome, dándome ánimo y fuerzas para enfrentar los retos planteados en este proceso.

Fernando García Tapia.

AGRADECIMIENTO.

A la Universidad Estatal de Milagro, a mis Docentes por la formación impartida durante todo este tiempo que servirán para mi vida profesional.

Fernando García Tapia

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Doctor. Fabricio Guevara Viejó, PhD.

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue “**Relación del costo beneficio de la salud de la madre en el parto normal frente a la cesárea en el Hospital General IESS de Milagro, en el periodo 2016 - 2017.**” y que corresponde al Instituto de Postgrado y Educación Continua.

Milagro, 28 de junio del 2018



.....

Ing. Fernando Oscar García Tapia
Maestrante
CI: (0908899412)

INDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL(A) TUTOR(A).....	i
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	ii
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	vi
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I	13
EL PROBLEMA.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1.1. Problematización.....	13
1.1.2. Delimitación del Problema	15
1.1.3. Formulación del Problema.....	16
1.1.4. Sistematización del Problema.....	16
1.1.5. Determinación del Tema	16
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
1.2.1. Justificación de la investigación.....	16
1.3 OBJETIVOS:	18
1.3.1. Objetivo General	18
1.3.2. Objetivos Específicos	18
CAPITULO II	19
MARCO REFERENCIAL	19
2.1 MARCO TEÓRICO	19
2.1.1 Antecedentes Históricos.....	19
2.1.2 Antecedentes referenciales	20
2.1.3 Fundamentación.....	22
2.1.4 Marco Legal	31
2.2 MARCO CONCEPTUAL	32
2.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
2.3.1 Hipótesis General	35
2.3.2 Declaración de Variable.....	35
2.3.3 Operacionalización de las Variables	36
.....	36
CAPITULO III.....	37
MARCO METODOLÓGICO	37

3.1	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	37
3.2	LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	37
3.2.1	Características de la Población	37
3.2.2	Delimitación de la Población	38
3.2.3	Tipo De Muestra	38
3.2.4	Tamaño De La Muestra.....	38
3.2.5	Proceso de Selección	38
3.3	LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	39
3.3.1	Método Teórico	39
3.3.2	Método Empírico	39
3.3.3	Técnicas e Instrumentos	39
3.3.4	Propuesta De Procesamiento Estadístico De La Información	40
CAPITULO IV		41
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	41
4.1.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	41
4.2	ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	58
4.3	RESULTADOS	62
CAPÍTULO V		67
PROPUESTA		67
5.1	PROPUESTA.....	67
5.2	FUNDAMENTACIÓN	67
5.3	JUSTIFICACIÓN.....	68
5.4	OBJETIVOS	69
5.4.1	Objetivos General	69
5.4.2	Objetivos Específicos	69
5.5	UBICACIÓN.....	70
5.6	FACTABILIDAD	70
5.6.1	Factibilidad Técnica	70
5.6.2	Factibilidad Económica	70
5.6.3	Factibilidad Legal	70
5.7	DESARROLLO DE LA PROPUESTA.....	71
5.7.2	Recursos, Análisis Financiero.....	74
5.7.3	Impacto	74
5.7.4	Cronograma.....	75
5.7.5	Lineamiento para evaluar la propuesta	77
CONCLUSIONES		78

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.91

RESUMEN

El objetivo es analizar la relación costo – beneficio de la salud de la madre en la atención de parto normal frente a la cesárea en el Hospital General IESS de la ciudad Milagro período 2016 y 2017, el universo es de 1.525 partos, se utilizó la fórmula para calcular el tamaño de la muestra de 423 historias clínicas, la extracción de la información es la base de datos AS400. El diseño de la investigación es cuantitativo, no experimental, descriptivo, observacional de cohorte retrospectivo, la guía que se utilizó fue validado por seis expertos, uno de los resultados obtenidos son los problemas respiratorios del recién-nacido en el año 2016 la cesárea tuvo el 88,20%, en el 2017 el parto normal no tuvo con el 82,10%, el beneficio del apego del recién nacido con la madre en el 2016 la cesárea tuvo el 75,80% y en el año 2017 el parto normal obtuvo el 82.10%, los costos por parto normal es más económico que la cesárea, esta investigación sobresale por que tiene costos, complicaciones y beneficios que otros estudios no lo tiene, he aquí la importancia de la salud pública en diseñar un proyecto educativo para concienciar al equipo de salud en el costo beneficio del parto normal en el binomio madre - recién nacido, además del buen uso del presupuesto.

Palabras Claves

Embarazo, parto normal, cesárea, costo, beneficio, sistema de salud.

INTRODUCCIÓN

En Ecuador, actualmente los porcentajes de cesáreas superan los porcentajes propuestos por la OMS el cual sugiere que se practique únicamente el 15% de intervenciones de ese tipo OMS 2015. Las cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP) revelan que los registros de nacimientos mediante este procedimiento representan el 50,62% y se realizan en los hospitales. El menor porcentaje de nacimientos por parto, se concentra en los establecimientos del MSP: 35,09 %. En los centros particulares una cesárea puede llegar a costar \$1.200 y hasta \$ 3.000. La variación depende de los honorarios médicos, tiempo de hospitalización e insumos utilizados.

El tema es alarmante e importante para la salud pública, por el elevado porcentaje de cesárea a nivel mundial, así lo indica la OMS, la particularidad de esta investigación es de impacto para la salud pública, existen artículos científicos que describen sólo costos, enfermedades de lactancia, temprana edad materna, Este estudio es de acuerdo a la línea de investigación es de salud pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población , el análisis del costo beneficio de la salud de la madre en el parto normal, y cesárea con sus complicaciones en el hospital general de Milagro del período 2016 hasta 2017, no se ha encontrado artículo científico con el contenido de costos, tipo de partos, beneficios y complicaciones, el presente estudio tiene esos contenidos por lo que lo hace único y novedoso con citas científicas, en el hospital general de Milagro en el año 2016 la mayoría de las mujeres en estado de gestación estaban programadas para la cirugía por cesáreas, por lo que me motivó a realizar esta investigación y contribuir a la sociedad a una solución con un plan educativo para concienciar al equipo de salud, con charlas educativas, entrega de materiales llamativos con informaciones precisas, folletos, trípticos del tema del parto natural y sus beneficios, el diseño de la investigación es cuantitativo, no experimental, descriptivo, de cohorte retrospectivo

- El objetivo general es analizar la relación costos – beneficio de la salud de la madre en la atención de parto normal frente a la cesárea, así como los objetivos específicos es; identificar las complicaciones y el beneficio en la salud del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea. El parto normal es un proceso natural, el período de convalecencia es corto y con menos malestar para la madre, además le permite el acercamiento de forma

inmediata con su bebé e iniciar su lactancia, se fomenta el apego emocional del bebé y madre, garantiza la producción de leche materna y evita complicaciones como la hemorragia transnormal en el puerperio o los problemas respiratorios, hipoglicemia e hipotermia en el recién nacido. La cesárea es un proceso quirúrgico, y la recuperación en casa es de 4 a 6 semanas, la madre sufre por la sutura, posibilidad de que la herida llegue a infectarse, adquiere cicatrices, no fortalece su sistema inmunitario, en los primeros días las enfermedades respiratorias.

El desarrollo de la investigación se lo ha diseñado en cinco capítulos que se detallan: Capítulo I El problema, que consta el planteamiento del problema, su problematización a nivel internacional y local, su delimitación, justificación de la investigación, su objetivo general y específicos, Capítulo II, Marco Referencial, marco teórico, sus antecedentes históricos, referenciales, fundamentación, su marco legal, nacional e internacional, el marco conceptual, con sus conceptos de cada uno de sus ítems, su hipótesis y variables, su operacionalización de las variables, Capítulo III, Marco Metodológico, donde consta los tipos y diseños de investigación, la población y la muestra, los métodos y las técnica, propuesta de procesamiento estadístico de la información, Capítulo IV, tenemos el análisis e interpretación de resultados, así también tenemos el análisis de la situación actual, el análisis comparativo, evolución tendencia y perspectivas, los resultados de la investigación. , y Capítulo V La Propuesta, fundamentación, justificación, objetivos, ubicación, factibilidad y desarrollo de la propuesta, sus actividades, recursos, análisis financiero, impacto, cronograma, lineamiento para evaluar la propuesta, conclusiones, recomendaciones,

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. Problematización

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la cesárea es una intervención que a nivel mundial presenta incremento alarmante en su práctica, en proporción a los nacimientos, la tasa de cesáreas es entre 5% y 15%. E algunas partes del mundo se observa tasas tres veces superiores”. (Organización Mundial de la Salud, 2015, págs. 50-65)

En los años 1970 y el 2007, en Estados Unidos la tasa de cesáreas se incrementó a un 4,5% de todos los partos a 31,8 %, siendo está un alto nivel de práctica de cesáreas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010, pág. 458).

Por otro lado, China, abarca un 46,24% de partos por cesárea, considerando en si una de las tasas más alta, seguido de Sri Lanka, Vietnam y Tailandia. China tiene el récord de cesáreas realizadas sin indicación médica (el 11,7%). Por lo que se considera un relieve de riesgos vinculados con esta práctica. En los centros consultados el 62% impulsaban a utilizar esta técnica (OMS, Palabra de Mujer, 2010), distintos países de Europa y Estados Unidos la cifra de los partos por cesáreas se hallan entre 30% y 40%. (José María Paricio Talayero, 2018, pág. 237)

En España, se ha reducido la tasa de cesáreas redundantes ya que esto involucraría economizar alrededor de 6.000.000 de euros al año. En América Latina es donde más se practican este tipo de actividad. Aproximadamente una cifra de 850.000 cesáreas que equivalente a un 38% de los nacidos entre 2006 y 2010 que aparecieron en los

quirófanos, Unicef pone a la cabeza a Brasil, ya que presenta un 50% de cesáreas, así mismo existen otros países como la República Dominicana el cual ocupa un 42% de estas prácticas como también Paraguay con un 33%, mientras que Argentina realiza cada año alrededor de 70.000 cesáreas sin ser necesaria. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012), En México la tasa promedio de cesárea se elevó desde el año 2000 al 2009 un aumento de 54,6% a 68,7%, Así mismo en Colombia se registra que es el tercer país con alto porcentaje de cesáreas a nivel mundial, ya que realiza este tipo de prácticas en centros privados entre 70% al 80%, en Venezuela existe la misma equivalencia de porcentajes que Colombia bajo el sistema privado a este tipo de parto, Es por ciertas causas que la atención pública ha ido decreciendo hasta el 40%. (Organización Mundial de la Salud, 2015, págs. 50-65)

En los últimos diez años en el Ecuador la cifra de cesáreas alcanza un 50% al de la modalidad normal. Sin embargo, existen datos estadísticos anunciados por el departamento de estadística del Hospital Gineceo-Obstétrico Isidro Ayora de la capital del Ecuador, Quito, a partir del año 2005 dicha equivalente de cesáreas medida presentada en porcentaje es del 33%, aconteciendo una desvalorización del 1% al año 2008 en otras palabras, que constan por arriba de la norma, según un estudio desarrollado en el año 2008 por la OMS en 18 centros de salud en el Ecuador acudieron 12.484 mujeres embarazadas de las cuales un 5.047 optaron a un parto por cesárea electiva correspondiente a un 40% mientras que en los centros privados hasta el 70%.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) da a conocer que se registran alrededor de 219.612 nacimientos al año, el cual indica que más de 90.00 partos se efectúan con este tipo de cirugía, Es por eso que la OMS considera que el Ecuador es el segundo país en Latinoamérica con el 41% de este tipo de práctica como lo es las cesáreas, al MSP debe hacer acciones como recalca las Guías de Práctica Clínica de cumplimiento estricto en los ámbitos público y privado. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, *Nacimientos y Defunciones*, <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>, extraído el 14 de diciembre del 2018).

En el Cantón Milagro perteneciente a la provincia de Guayas existen dos instituciones hospitalarias, una del Ministerio de Salud Pública y la otra del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, quienes brindan atención en el momento del trabajo de parto. En el Hospital General IESS de Milagro, en el año 2016 se presentaron 700 partos, desglosados en 166 casos partos normales que representa el 24%, mientras que parto por cesárea fue de 534 casos que representa el 76%; y en el año 2017 en el período de enero hasta noviembre; un total de parto de 825, de los cuales fueron parto normal 232 que representa el 28%, parto por cesárea fue de 593 que representa 72%, el análisis de los costos de los diferentes partos, la suma de los dos años es de 1.525 partos, se calculó la fórmula del tamaño de la muestra de 423 afiliadas, además relacionar sus beneficios y sus complicaciones, analizando el tarifario por servicios prestados a las parturientas en el momento de la atención por cesárea, se ve reflejado un incremento económico en la atención a este proceso, además de un aumento en el gastos del bolsillo, de ahí la importancia del análisis crítico del médico tratante que justifique la cesárea como una cirugía con la necesidad de reducir la morbilidad y mortalidad, las cuales se considera situaciones de tipo médico legales, por lo que se ha dado el caso de varias demandas que se enfocan en el hecho de no intervenir o efectuar tardíamente.

1.1.2. Delimitación del Problema

Líneas de investigación de la Universidad: Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población.

Línea de Investigación de la Maestría: Salud Reproductiva

Objeto de Estudio: Costo beneficio en el parto

Unidad de observación: Hospital General de Milagros IESS

Tiempo: 2016- 2017

Espacio: Ciudad de Milagro

1.1.3. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación de costos beneficios de la salud de la madre en el parto normal frente a cesárea en el Hospital General IESS de Milagro, en el período 2016 y 2017?

1.1.4. Sistematización del Problema

- ¿Cuáles son las complicaciones del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea?
- ¿Cuál es el beneficio en la salud del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea?

1.1.5. Determinación del Tema

Análisis del Costo - Beneficio en la salud de la madre en la Atención de partos normales frente a las cesáreas en el Hospital General IESS de Milagro, en el periodo 2016 y 2017.

1.2 JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación de la investigación

La importancia de esta investigación es que existe demasiada cesárea y no hay el afecto Madre - Recién nacido, he ahí la justificación de la investigación, conociendo que la Salud Pública es considerada y reconocida a nivel mundial por la prestación de servicios de salud que brinda a la comunidad que por ende se encuentra en manos del Estado, la factibilidad de la población al sistema sanitario como también sus primordiales programas de prevención, control y seguridad los cuales llevan a un mejor estilo de vida de la población, se habla de calidad, reduciendo su morbilidad y su mortalidad, es una prioridad de salud pública, se conoce que existen varias estrategias en reducir las tasas de mortalidad infantil y con el paso de los años también se ha logrado disminuir considerablemente estas muertes, pero la problemática sigue siendo constante, y van en aumento en distintas unidades hospitalarias a nivel nacional, por lo tanto hacer énfasis en la importancia de la salud pública por medio del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública, 2014). han diseñado propuestas, programas y subprogramas de salud predestinados y enfocados a situaciones específicas con mayor impacto

en el entorno sanitario de la población como también a la calidad de vida ya que son uno de los primordiales programas es la planificación familiar, control prenatal, control niño sano, por lo tanto se trata de concientizar e informar a las autoridades del Hospital General de Milagro, y a las pacientes en estado de gestación, dar conocer el parto normal y los beneficios de la madre-recién nacido, el apego, la recuperación inmediata de salud de ambas personas y el costo del bolsillo de la madre y familiar, y la cesárea se realizara solo en casos especiales de esa forma el Estado se ahorraría.

Considerando estos antecedentes, el parto normal es un proceso de forma natural, la cual se requiere una mínima cantidad de insumos de medicina para su atención , la hospitalización promedio es de un día, el período de convalecencia es corto y con menos malestar para la madre, permite el acercamiento de forma inmediata con su bebe e iniciar su lactancia, se fomenta el apego emocional del bebé y madre, garantiza la producción de leche materna y evita complicaciones como la hemorragia transnormal en el puerperio o los problemas respiratorios, hipoglicemia e hipotermia en el recién nacido.

Por otra parte, la cesárea al ser proceso quirúrgico, la recuperación en casa es de 4 a 6 semanas, la madre sufre por la sutura, posibilidad de que la herida llegue a infectarse, adquiere cicatrices, no fortalece su sistema inmunitario, en los primeros días las enfermedades respiratorias son causante de la abundancia de líquido pulmonar no reabsorbido adecuadamente, hipotermia, secuelas invisibles, hipoglucemia, por tal motivo las consecuencias que presentan las cirugías no frecuentemente son físicas, en muchos casos son debido a inconvenientes más ligeros y de arduo índole psicológico, donde abarca la menor carga hormonal que por lo general les pasa a las madres como al bebe, al no romper el proceso hormonal del parto por cesárea, muchos estudios recientes insinúan que hacer con este tipo de parto, corren la probabilidad de aumentar el riesgo conllevándolo a sufrir enfermedades inmunológicas como se conoce la rinitis, alergias alimentarias, obesidad, eczema, diabetes tipo 1 y el asma, no se encuentra con su madre en forma inmediatamente, tanto como la reincorporación de infecciones post operatorias, además de infecciones uterinas como el síndrome adherencia, la endometritis, los trastornos vesicales, dolor pélvico crónico entre otros.

Por lo que, el estudio propuesto consiste en relacionar la verdadera situación del costo - beneficio de la salud de la madre y poder determinar en el futuro los factores del por qué

muchas pacientes optan al parto por cesárea a sabiendas que es un proceso quirúrgico delicado. Se ha observado que la mayoría de las mujeres solicitan o piden que se les realice la cesárea por varias circunstancias que se presentan durante el proceso del parto como tener temor al dolor, impedir cualquier tipo de disfunciones del piso pelviano, evitar alguna lesión perineal, razones estéticas, entre otros motivos, por esas decisiones se incrementa la tasa anual de partos por cesáreas a nivel nacional, constituyendo un factor de cambios en los indicadores de salud maternal y perinatal las cuales conlleva a dificultades económicas sobre los sistemas de salud. El estudio permitirá evaluar los criterios de conocimientos que optan los profesionales en salud, para indicar este proceso de cesárea, como asimismo la participación del personal del hospital en promover el parto normal.

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo General

- Analizar la relación costo – beneficio de la salud de la madre en la atención de parto normal frente a la cesárea en el Hospital General IESS de Milagro, en el período 2016 y 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las complicaciones del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea.
- Determinar el beneficio en la salud del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea.
- Diseñar un proyecto de educativo para concienciar al equipo de salud en el costo beneficio del parto normal en el binomio madre - recién nacido

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes Históricos

En años anteriores, los pueblos y nacionalidades del Ecuador han pasado situaciones difíciles frente a la sociedad y el Estado basado a sistemas culturales ancestrales. La Constitución del 2008, “precisa en gran parte las demandas defendidas por este sector y establece los fundamentos de las nuevas relaciones de convivencia entre los/as ecuatorianos/as” (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

La definición del Estado ecuatoriano que conforma lo plurinacional e intercultural en la Constitución, demostró un reto ineludible en ese entonces a la sociedad con la finalidad de repensar los paradigmas y normas de las instituciones establecidas las cuales organizan la vida social en el país. La atención sanitaria de los partos y cuidados que recibían las mujeres embarazadas cruzaron difíciles situaciones a mediados del siglo XX. Por lo que, las mujeres de lugares de procedencias medios urbanos tuvieron experiencias distintas en relación con la atención de la salud reproductiva: muchas no optaron a realizar ningún control médico de sus embarazos, la gran mayoría tenían a sus hijos en sus propios hogares, Sin embargo, conforme paso el tiempo las madres jóvenes conocieron las técnicas del parto sin dolor. (Lenher, 2012, pág. 381)

El IESS fue fundado mediante Decreto Supremo N° 40 del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970, en noviembre de 1981 a

través de decreto legislativo se promulgó la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. En 1986 se estableció el Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo de Seguridad Social Marginal a favor de la población con ingresos inferiores al salario mínimo vital. El Congreso Nacional, en 1987, integró el Consejo Superior en forma tripartita y paritaria, con representación del ejecutivo, empleadores y asegurados; mediante el cual se estableció la obligación de que en el Presupuesto General del Estado se consideren las partidas correspondientes al pago de las obligaciones del Estado. (Quintero Maestre, 2015, págs. 4-5)

El Banco Interamericano de Desarrollo en 1991, dispuso la separación de los seguros tanto de salud, pensiones y la administración privada de dichos fondos, sin embargo, se opuso a la participación dentro del sector privado como también a otra institución en la administración de recursos.

En 1998, la Asamblea Nacional “se reunió para reformar la Constitución Política de la República, en donde se consagró la permanencia del IESS como única institución autónoma, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio, actualmente esta institución se mantiene como entidad autónoma” (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011, pág. 183).

En el Estado ecuatoriano la atención médica asumió características particulares desde sus inicios. Los servicios fueron ofrecidos en puntos que abarcaban poblaciones distintas de acuerdo a los ingresos y a la condición social. Por lo tanto, existían sectores vulnerables que acudían a los hospitales públicos y a instituciones de beneficencia, mientras la clase media y alta contaban con los servicios de médicos de medicina a domicilio de los pacientes como también acudían a sus consultorios privados.

2.1.2 Antecedentes referenciales

El estudio realizado por la OMS en el 2015, “se pudo observar los niveles de cesáreas que se encuentran entre 10-15% están asociados a una disminución de la mortalidad materna, infantil y neonatal, mientras que si los niveles de cesáreas superan estas cifras no se obtiene una disminución en la mortalidad materna” (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En Colombia los partos atendidos por los profesionales en salud en las instituciones de salud han sido superados en el año 2012 la cifra de 90% de cobertura. La cesárea viene en incremento en el país desde finales del siglo pasado. En la actualidad se calcula que

entre 25% y 30% de los nacimientos son atendidos por parto cesáreas, con extremos en Departamentos como San Andrés y Atlántico en donde 2/3 partes de los nacimientos ocurre mediante dicho procedimiento. La cesárea se la práctica con mayor énfasis entre mujeres con altos ingresos y nivel educativo, residentes en medio urbano. Departamentos como Cauca y el Chocó muestran porcentajes de nacimientos por cesárea de 12-15%. Cifras de Bogotá, Medellín y Cali indican que el 30% de los partos ocurren por vía transabdominal. Casi todos los departamentos del país reportan porcentajes de atención del parto por cesárea superiores al 15%, que es la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud (Andrade Pazmiño, 2017, pág. 25).

En Argentina, en los últimos años se ha detectado un aumento en la frecuencia de cesárea, antes sólo reservada para situaciones en que el parto vaginal ponía en riesgo a la madre o al feto. Un reciente estudio, realizado en ochos países de América latina. (Villar J, Valladares E, Wojdyla, 2016) entre ellos Argentina, mostró una frecuencia global de 30%, aunque en centros privados superaba el 50%. Estos datos contrastan con los de las décadas de 1960 y 1970, en donde la incidencia oscilaba alrededor del 10%. (Minkoff HI & Schwarz RH, 1980, págs. 135-143). Probablemente, varios factores están involucrados en el aumento de cesáreas, algunos relacionados con los cambios en el ejercicio de la profesión médica y otros debidos a diversas razones. Cabe señalar que un gran número de las indicaciones no están médicamente justificadas, es decir que no se basan en la presencia de algún riesgo potencial para la madre y el niño. Esto influye en la creciente proporción de cesáreas programadas en primíparas, lo cual motiva nuevas cesáreas posteriores. (Ceriani Cernadas, 2010, págs. 19-20)

En Chile, La Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética, nos indica no existe ninguna duda que el avance del conocimiento médico permitió que, al disminuir el riesgo materno de esa operación, pudiera disminuir progresivamente la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también en que nazcan en mejores condiciones. Sin embargo, parece existir consensos que, en los últimos tiempos, el aumento de las cesáreas no ha guardado proporción con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal. Las tasas parecidas de mortalidad y morbilidad del recién nacido

encontradas en centros con índices de cesáreas tan variables que van desde 5 a casi 100%, avalan este hecho. (Besio R., 1999, págs. 1121-1125)

En Ecuador actualmente los porcentajes de cesáreas superan los porcentajes propuestos por la OMS en el 2015 son aproximadamente 25 puntos porcentuales, lo que aumenta el riesgo de muerte materna de las mujeres ecuatorianas, al ser expuestas a los riesgos de un procedimiento quirúrgico sin una causa médica que lo justifique. En la ciudad de Quito, el costo por una cesárea en una clínica privada promedia entre \$3 000 y \$3 500. Este valor incluye dos hasta tres días de hospitalización para la madre y el bebé, honorarios médicos del ginecólogo, ayudante médico, pediatra, anestesiólogo, exámenes de laboratorio para la madre y el bebé y medicamentos y materiales que no superen los \$480. Mientras que el parto natural promedia los \$2 500. (Andrade Pazmiño, 2017)

2.1.3 Fundamentación

La importancia de la salud pública es contar con texto que describa los fundamentos aplicados en la salud, basado en experiencia que sirve como modelo de aplicación a otros países.

En Ecuador, cuando se trata de atención en hospitales públicos, el titular es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y en demás instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, está garantizada la asistencia médica gratuita, durante el embarazo, parto y postparto. Para ello, el Estado, destina una partida presupuestaria especial (el Fondo Solidario de Salud, que tiene, a la vez, una cuenta especial para estos fines, en el Banco Central del Ecuador) y se ha celebrado los convenios interinstitucionales oportunos y pertinentes, para garantizar la atención a las mujeres embarazadas y parturientas en todos los hospitales y clínicas de la red del Sistema Nacional de Salud, con cargo a la partida presupuestaria destinada al efecto (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011, pág. 181).

Se pretende demostrar que, se ha procurado que todo el que lo necesite, sea atendido y esté garantizada la cobertura del costo de la atención: por cuenta del Estado (cuando la persona no está afiliada al IESS, ni es beneficiaria de otra) o por cuenta del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (cuando se trata de un afiliado o beneficiario). Así mismo las personas que

tienen contratado seguro médico privado, será su seguro médico el que se haga cargo de la atención, quien no esté afiliado al IESS; ni haya sido atendido en hospital público del Ministerio de Salud Pública o derivado desde él a otro especializado, si se atiende en un hospital privado, tendrá que cubrir los costos de su atención, aunque, en esto, dependerá, según sea el centro de salud en el que reciba atención, si existe servicio de trabajo social, que pueda valorar la situación económica y determinar si es posible que cubra la totalidad, solo parcialmente o que se le exima del pago, con cargo a fondos de una fundación (que muchas clínicas privadas, suelen tener).

El presente estudio está enfocado en determinar la favorabilidad económica del parto normal frente a la cesárea electiva como forma prevaeciente de parto en los servicios gineco-obstétricos del Hospital General IESS de Milagro, mediante el análisis de la información cuantitativa y permitirá que el análisis de aspectos como la rentabilidad financiera, y el impacto sobre el costo de salud, la razón costo-beneficio, la conveniencia individual y social de la elección del procedimiento de parto. Se consideró que la favorabilidad económica es un concepto complejo, integrado por los conceptos de rentabilidad y de sostenibilidad de la unidad de negocio. La sostenibilidad debe entenderse en el sentido de la permanencia de la unidad productiva en el mercado, propiciando condiciones de desarrollo social, económico, ambiental y de bienestar para la comunidad; por lo tanto, un término que se asocia con el impacto económico de una actividad específica y sus posibilidades para mantenerse y crecer.

➤ **Importancia de Análisis de Costo en el Hospital**

La trascendencia del análisis de la rentabilidad viene determinada porque, aun partiendo de la multiplicidad de objetivos a que se enfrenta el Hospital, basados en la rentabilidad o beneficio, otros en el crecimiento, la estabilidad e incluso en el servicio a la colectividad, en todo análisis empresarial el centro de la discusión tiende a situarse en la polaridad entre rentabilidad y seguridad o solvencia como variables fundamentales de toda actividad económica. (Rivero Torre, 1986, pág. 41)

➤ **Disposiciones Normativas del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud**

El tarifario es el instrumento técnico que regula el reconocimiento económico de los servicios de salud brindados por las instituciones públicas, entre estas y con las

privadas en el marco de la Red Pública Integral y Complementaria del Sistema Nacional de Salud; los valores expresados en el presente documento, registran el techo máximo del valor para el reconocimiento económico entre prestadores y financiadores.

El tarifario integra las unidades de valor relativo de los procedimientos que permite establecer el monto de pago máximo por cada uno de los procedimientos utilizados para la atención de la salud, la emisión del Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud (TPSNS), es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional. Se realizará anualmente a través del Comité de Gestión de Red, quien procederá a la actualización, inclusión o exclusión de procedimientos, revisión de prestaciones, unidades de valor relativo (UVR) y factor de conversión monetario (FCM); conforme a las políticas nacionales de salud y recomendaciones de la Subcomisión de Tarifario (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014), lo anterior significa, que debe ser aplicada a las prestaciones de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de los distintos establecimientos de salud, de acuerdo a la normativa vigente.

- **Calidad de Salud.-** Aunque existen abundantes medidas de calidad para la evaluación de las condiciones de salud en pacientes, empezando por las condiciones pediátricas comunes, incluidas las condiciones crónicas y la transición a los servicios de atención, todavía tienen pocas o ninguna medida disponible en el esfuerzo para rastrear medidas de calidad, por ende, se incluye la asociación con los planes de atención médica administrada en agencias privadas y agencias estatales, utilizando una red integrada de proveedores, y la vinculación con hospitales comunitarios por información tecnológica. Sin embargo, individualmente los estados pueden seleccionar medidas que son difíciles de recopilar en la perspectiva socioeconómica y ética, lo que lleva a una variabilidad en el seguimiento de los resultados. Otro desafío es la falta de registros médicos electrónicos versátiles que informen con precisión los datos de calidad. En muchas organizaciones se extraen datos desde los historiales médicos para capturar la esencia del individuo y desarrollar medidas de calidad. Desafortunadamente, algunos datos específicos se basan en el bienestar y no en el amparo de las condiciones del parto natural, siendo estos resultados que pueden perderse durante este proceso. Los objetivos para una exhaustiva

estandarización de los servicios de calidad en mujeres en estado de gestación incluyen una mejor detección y manejo de necesidades especiales de salud, mejor seguimiento y finalización de las inmunizaciones, seguimiento y evaluación del uso más seguro de medicamentos, y una mejora entre la comunicación y el conocimiento sobre el crecimiento y desarrollo del prenatal. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

➤ **Parto Normal**

El parto vaginal se refiere al uso de un instrumento (fórceps o dispositivo vacío), para ayudar con el parto al feto desde la vagina. Esto se puede lograr con o sin empuje maternal. La decisión de realizar una entrega asistida puede mejorar en los resultados maternos y fetales y, debe superarse frente a los riesgos y beneficios de la realización de cesárea, aunque a futuro o durante su segunda etapa del parto vaginal podría incluir un sufrimiento maternal poco fuerte.

Desde esta perspectiva, podremos establecer una reducción de la mortalidad materna como prioridad para la comunidad internacional, debido a las muertes maternas anuales globales que ocurren en Ecuador, es decir, podemos maximizar la atención e intervención intraparto para mujeres embarazadas, mermando la alta tasa de mortalidad materna. Alrededor del 70% de las muertes se deben a hemorragia, enfermedades hipertensivas en el embarazo, sepsis, aborto inseguro y parto obstruido por retraso en la segunda etapa o contraindicaciones maternas. (Lee, López, Contreras, Martínez, & Piñero, 2015)

En el Hospital cuenta con estos servicios de atención en el parto normal:

- Estancia hospitalaria de 24 horas.
- Uso de sala LPR (labor, parto y recuperación).
- Sala de cunas, durante la estancia.
- Habitación contratada.
- Servicios de enfermería y personal técnico.
- Equipos, materiales y medicamentos
- Estudios de grupo sanguíneo, factor RH y pruebas cruzadas para la mamá.
- Estudio de tamizaje metabólico ampliado para diagnóstico oportuno del recién nacido.

- Tamizaje auditivo para el recién nacido.

El parto normal, sucede en algún momento entre la semana 37 y la 42, que es el tiempo en que un parto se considera a término. Es un plazo muy extenso, de nada menos que 5 semanas, en el que algunos bebés deciden salir antes y otros después.

➤ **Parto por Cesárea**

Para planificar una prueba de trabajo de sección de cesárea, tanto la mujer y su proveedor de atención médica deben decidir juntos si existe una situación apropiada para considerar parto por cesárea. La evaluación y discusión debe abordar los problemas descritos a continuación y debe estar bien documentado en el registro o tabla prenatal.

La documentación de la ubicación y el tipo de incisión uterina utilizada durante la cesárea anterior es ideal. En la mayoría de los casos, esta información se puede obtener revisando el registro operatorio de la cirugía anterior o la información en este registro, como la indicación de la cesárea y la opinión del cirujano anterior puede ser útil dentro de la consejería.

RIESGOS DE UNA CESÁREA

- **Riesgos para la madre:**

La muerte materna sigue siendo el punto más importante a tener en cuenta. La cesárea tiene un mayor riesgo de muerte materna. Esto es difícil de establecer ya que la tasa de muerte materna es baja y no hay datos suficientes para poder establecer una tendencia. Por otra parte, la morbilidad asociada a la cesárea ha disminuido a nivel mundial.

Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico. Dado que la tasa de cesárea aumentó en los últimos 50 años, la frecuencia de placenta acreta se incrementó unas 10 veces.

Hay que considerar las complicaciones quirúrgicas como las infecciones, la hemorragia y el daño visceral. Hay un 10% de infecciones luego de una cesárea incluso utilizando antibióticos. Esta tasa disminuye con las cesáreas programadas o aquellas que no están precedidas por un trabajo de parto o la rotura de membranas. La re hospitalización luego del nacimiento por infección uterina o hemorragia es más común

luego de una cesárea que de un parto pero la diferencia es menos de 1 en 100 pacientes.
(Guevara Ríos, 2014)

No está aún establecido el efecto de la formación de adherencias luego de la cesárea y su relación con la esterilidad secundaria. La cesárea se ha asociado con una mayor incidencia de depresión postparto.

- **Riesgos para el Feto:**

Existen problemas pulmonares neonatales por la cesárea realizada antes de las 39 semanas. El distrés respiratorio iatrogénico es del 0.4%. La hipotensión materna por la anestesia puede causar una acidosis respiratoria fetal transitoria (Jiménez Córdoba, 2017).

- **Complicaciones post operatorias:**

Las hemorragias se producen en el pos operatorio precoz por atonía. Requiere transfusión, evacuación de los coágulos del útero y el cuello y la administración de uterotónicos. La hemorragia tardía se asocia con endometritis y requiere antibióticos de amplio espectro. La posibilidad de retención de tejido placentario es muy baja por lo que deberá evitarse la exploración uterina en presencia de una cicatriz. Con una incidencia menor al 10% se encuentran las infecciones, una sola dosis de antibióticos en el momento de la cirugía reduce la incidencia de endometritis e infecciones de la herida y urinarias; sin embargo esto es controversial, ya que estos medicamentos no son inocuos para el feto (Sántillan Briceño, 2016).

Podría ser necesario un parto por cesárea sí:

- Existe un embarazo con fetos múltiples, en particular cuando son más de dos, puede provocar un trabajo de parto prematuro. Podría ser necesario un parto por cesárea si se presentaran complicaciones con el parto o los ritmos cardíacos fetales.
- Hay complicaciones con el trabajo de parto, por ejemplo, si no avanza con normalidad. Esto puede ocurrir si el cuello del útero no se dilata como debería.
- La salud del bebé está en peligro. Esto podría incluir problemas con el cordón umbilical o cuando el monitor fetal detecta un ritmo cardíaco anormal.
- El feto es demasiado grande. Las mujeres con diabetes gestacional, en especial si los niveles de azúcar en la sangre no están debidamente controlados, corren más

riesgo de tener bebés de gran tamaño, que requieren un parto por cesárea a fin de prevenir complicaciones en el parto como la distocia de hombro (cuando la cabeza del bebé pasa por la vagina, pero se trancan los hombros).

- El bebé está en presentación de nalgas, es decir que se encuentra en posición invertida y salen los pies antes que la cabeza.
- La madre tiene una infección como el VIH o el herpes. En este caso, el parto por cesárea podría ayudar a prevenir la transmisión del virus al bebé.
- Infección a las vías urinarias.
- Hay problemas con la placenta. A veces, la placenta no se forma o funciona correctamente, está en el lugar equivocado del útero o se fija a demasiada profundidad o con demasiada firmeza en la pared uterina. Esto puede provocar problemas como privar al feto del oxígeno y los nutrientes que necesita y causar sangrado normal.

Todas estas complicaciones originan **un costo adicional o incremento** para el nosocomio por cuanto se tiene que tratar a la madre y recién nacido, costo adicional como la Unidad de cuidados intensivos (UCI), como problemas respiratorios, ictericia (piel amarilla), y todos los que nacen con algún problema infección, trastorno neurológico, se necesita **equipamiento médico** como:

- ✓ Incubadora
- ✓ Monitores cardiacos
- ✓ Monitor multiparámetro básico para transporte de pacientes neonatal
- ✓ Monitor multiparámetro para monitoreo permanente de signos vitales en cuidado intensivo / anestesiología
- ✓ Monitor NIBP, SpO2
- ✓ Monitor de Presión Intracraneal PIC
- ✓ Pesabebés electrónico
- ✓ Ventilador de transporte
- ✓ Respirador neonatal
- ✓ Fototerapia, Luz ultravioleta, emite luz de color azul.
- ✓ Sondas
- ✓ CPAP nasal para neonatos

- ✓ Desfibrilador con monitor y paletas externas
- ✓ Laringoscopia neonatológica
- ✓ Ecógrafo Portátil
- ✓ Equipo de Reanimación manual para neonatos
- ✓ Equipo de Rayos X digital móvil para neonatos
- ✓ Video broncoscopia Básica
- ✓ Naso laringoscopia digital con torre de video
- ✓ Respirador neonatal con alta frecuencia
- ✓ Respirador ventilación convencional cuidados intensivos
- ✓ Calentadores neonatales
- ✓ Vías intravenosas
- ✓ Sistema de calentamiento para paciente
- ✓ Incubadora

En UCI está compuesto de los siguientes profesionales:

- ✓ Un enfermero Jefe
- ✓ Un enfermero principales
- ✓ Un Enfermero Especializados en Neonatología
- ✓ Un neonatólogo
- ✓ Un residentes
- ✓ Un pediatra hospitalista
- ✓ Un Neurólogo
- ✓ Un Cardiólogo
- ✓ Un Patólogo
- ✓ Un nutricionista
- ✓ **Medicamentos**, antibióticos, omeprazol solido parenteral 40 mg, Bupivacaina hiperbárica liquido parenteral 0,75%, cefazolina solido parenteral 1.000 mg, ketorolaco liquido parenteral 30 mg/ml, combinaciones (lactato de Ringer) liquido parenteral, oxitocina liquido parenteral 10 UI/ML, fitomenadiona liquido parenteral 10 MG/ML, cefalexina solido oral 500MG S/R, diclofenaco solido oral 50MG/ S/R
- ✓ **Camas**, Derecho de sala de quirófano, desde 61Min hasta 90 Min, derecho de sala de recuperación

- ✓ **Insumos Médicos**, guante quirúrgico 7 látex, sonda nélaton #8 polivinil estéril, jeringuilla 5-6, con aguja estéril descartable, pinza/Umbilical, guante quirúrgico 6.5 de látex suave estéril, aguja/punta/lumbar//25/x6-7.5 CM, sutura/nylon/Mono/2-0/24-26MM Aguja/Punta/Cortante, pañal pacientes incontinentes, descartable, Delantero quirúrgico mediana de celulosa, sonda nélaton #6 polivinil estéril, jeringuilla 2-3 ML con aguja estéril, hoja bisturí No. 23, estéril, descartable, sonda nélaton #8 polivinil estéril, bigote ADM/OXI/adulto/tubo 150-200cm, tubo succión 11*200 estéril descartable, pañal pacientes incontinentes, descartable, , bolsa succión 3200 solidificante, jeringuilla 1 mil con escala graduada 1 a 100, mascarilla descartable doble capa celulosa con elástico, equipo/s/bur/, jeringuilla 2-3ML con aguja esterilizada, gorro quirúrgico mujer/ mediana, guante mediano no estéril, catete/gut/crom/1/35-37-MM aguja grande, guante quirúrgico 6.5 de látex suave estéril , apositorio/trans/15.5x8.5, lápiz electrocauterio cable estéril, descartable, bota descartable, guante quirúrgico 7.5 látex, guante mediano no estéril, guante quirúrgico 6.5 de látex suave estéril, equipo abdominal /quirúrgico completo descartable, guante small no estéril, jeringuilla 2-3 MI con aguja estéril descartable, canul/ven/18 c/ alas, jeringuilla 2-3 MI con aguja estéril, jeringuilla 5-6 ML descartable, guante largo, no estéril, guante mediano no estéril, llave 3 vías con ext. 10 CM estéril descartable, medias antiembolicas larga, aguja hipodérmica 21x3.5-4CM estándar descartable, jeringuilla 10-12MI con aguja ,
- ✓ **Uso del Laboratorio**,
- ✓ **Servicios Institucional**, merienda, desayuno, almuerzo, habitante múltiple, sala de observación.

El Hospital cuenta con estos servicios de atención en el parto por cesárea:

- Estancia hospitalaria
- Sala de observación.
- Sala de recuperación.5
- Quirófano.
- Sala de cunas
- Habitación contratada.
- Profesiones de la salud
- Capacitación para lactancia materna.
- Equipos Médicos

- Fármacos
- Insumos Médicos
- Laboratorio
- Tamizaje
- Cortesía para uso de estacionamiento durante la estancia.

El costo del valor diario es de 1.500 hasta 3.000 dólares diarios

2.1.4 Marco Legal

Los artículos que se detallarán a continuación son los que fundamentan el derecho a la salud garantizado por el Estado Ecuatoriano, los mismos son extraídos de la Constitución de la República del Ecuador del 2008 (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008), Además de las agendas y tratados Internacionales.

Nacional

- ✓ Constitución de la República del Ecuador 2008. Art. 1, 32, 34, 286, 340, 358, 359, 360, 366.
- ✓ El Código Orgánico Integral Penal Ecuatoriano, COIP. (22)
- ✓ El Código Orgánico de la Niñez y la Adolescencia. (23)
- ✓ Ley Orgánica de Salud 2006 y su Reglamento 2012. (5), (20)
- ✓ Ley Orgánica de Educación Intercultural, 2011. (21)
- ✓ Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres y su Reglamento. (24)
- ✓ Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia, 1994 y codificada en el año 2006(11)
- ✓ Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2007 (12)
- ✓ Política Andina sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes con énfasis en la Prevención del Embarazo. (29)
- ✓ Proyecto Nacional De Prevención Del Embarazo En Adolescentes En Ecuador
- ✓ Proyecto Nacional de Desarrollo “Toda una Vida”, 2017-2021. (2)
- ✓ Proyecto Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021. (10)

Internacional

- ✓ Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2015. (3).
- ✓ Conferencia de Población. Bucarest. 1974. (19).
- ✓ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979. (21).
- ✓ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008), (26).
- ✓ Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, 2016 (27).
- ✓ Declaración de Alma-Ata, URSS, 1978. (20).
- ✓ Declaración y el Programa de Acción de Viena. 1993. (22).
- ✓ Declaración del Milenio. 2000. Definición de los Objetivos del Milenio (25).
- ✓ Proyecto de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo-CIPD (El Cairo 1994). (23).
- ✓ Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995. (24).

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Parto:

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia califica el Parto Normal como “el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica. (Arnau Sánchez, 2012, págs. 225-247)

Cesárea:

Es una intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés, su uso debe ser cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas. (Nápoles Méndez, 2017, págs. 1008-1017)

Costo:

El concepto de lo define como el valor sacrificado para adquirir bienes o servicios mediante la reducción de activos o al incurrir en pasivos en el momento en que se obtienen los beneficios, dicho de otra forma es un sistema de información para determinar, registrar, controlar, analizar e interpretar toda la información relacionada con los costos de producción, distribución, administración y financiamiento de la entidad. (Gómez, 2001)

Beneficio:

Es una palabra que se origina del latín *beneficium*, que significa bendición o una acción positiva. El recibir o dar un beneficio representa una buena acción que, con seguridad, genera bienestar y felicidad. Los beneficios más comunes se dan en el campo de lo económico y lo social. (Beneficio, 2017) El beneficio social o moral es aquel que se da o se recibe tras haber realizado una acción positiva que genera bienestar, los beneficios de la salud pública son reales. Beneficios humanos, económicos (convencionales y no convencionales), ambientales, culturales “Son esos beneficios inevitablemente invisibles”

La palabra beneficio se refiere a un bien que es dado o que es recibido. El beneficio siempre implica una acción o resultado positivo y que por consiguiente es buena y puede favorecer a una o más personas, así como satisfacer alguna necesidad (Naranjo Pereira, 2009).

Costo-Beneficio:

Es un conjunto de procedimientos analíticos que permiten evaluar y ofrecer alternativas diferentes para tomar la mejor decisión para tratar un problema. Toma de decisiones sobre cual insumo utilizar, que produzca el mejor resultado en el menor tiempo y al mejor costo posible, esto se aplica en instituciones, hospitales, o centros de servicios, su propósito es saber si se continúa o no trabajando en la misma forma como se venía haciendo. En el parto normal se diagnostica estos inconvenientes con la historia de diabetes de la madre, antecedentes de Macrosomía fetal, obesidad de la madre, edad de la madre, embarazos anteriores, la espera de un bebé varón, en ese instante no se puede dudar sino realizar la cesárea por el bienestar del binomio madre-recién nacido, ahí estamos aplicando costo beneficio. (Aguilera Díaz, 2017, págs. 322-343)

Favorabilidad económica:

Es la variable resultante de la valoración entre la rentabilidad, el impacto y el costo económico y financiero de la unidad de negocio, de tal manera que se generan condiciones de viabilidad y sostenibilidad. (Pérez Castañeda, Cruz Ramírez, & Quiroz Salas, 2012).

Costos fijos:

Son aquellos que dentro de una determinada estructura de producción y para un periodo de tiempo fijado permanecen invariables respecto al volumen de producción (volumen producido). Ejemplo: amortización de la maquinaria, un alquiler, el seguro, vigilante nocturno entre otros. (Arcila Lizalda & Tavares Mendoza, 2007)

Costos variables:

Es el equivalente monetario de los consumos de factores que varían en función del volumen producido o del tiempo de transformación. Ejemplo: consumo de agua, luz y/o teléfono, MP, MO (siempre que se pague en función de las horas trabajadas). (Pérez García, 2016).

Gastos:

Se denomina gasto a la partida contable (de dinero) que cierta y directamente disminuye el beneficio o en su defecto aumenta la pérdida de los bolsillos, en el caso que esa pérdida de dinero haya salido de la cuenta personal de un individuo o bien de una empresa o compañía. (Ucha, 2009)

Servicios Hospitalarios:

Su principal objetivo es mejorar la atención del paciente enfermo hospitalizado o no, tanto en sus problemas físicos como en los aspectos psicológicos, de prevención y de rehabilitación. Comprende los servicios de Habitación personal, Hospitalario General Adultos, Hospitalario General Pediátrico, Cuidado Intensivo Adultos, Cuidado Intermedio Pediátrico y Obstetricia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Servicios Quirúrgicos:

Ofrece un equipo de Cirujanos certificados, quienes, a su vez, cuentan con el apoyo Anestesiólogos, Enfermeras y Técnicos altamente calificados para satisfacer las necesidades quirúrgicas de todos sus usuarios, tales como: Cirugía Dermatológica, Cirugía de la Mano, Cirugía de Mama y Tumores Tejidos. (Román MenganaI & Dios Lorente, 2014, pág. 1597)

Calidad:

Es la idoneidad o la adecuación al uso, es decir, la bondad del producto definida por su valor, prestigio y utilidad. Calidad es el conjunto de propiedades o características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas. Los costos de la no calidad consisten en el valor de los artículos defectuosos. (Dos Santos, 2016, pág. 83)

2.3 HIPÓTESIS Y VARIABLES**2.3.1 Hipótesis General**

Los costos relacionados con la atención de partos normales frente a cesáreas, determinan los beneficios de la salud del binomio madre recién nacido o complicaciones

2.3.2 Declaración de Variable

Variable Independiente: Costo - beneficios del parto

Variables Dependiente: Salud del binomio o complicaciones

2.3.3 Operacionalización de las Variables

Matriz de Operacionalización				
VARIABLE	DEFINICION DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
Costo de salud durante el parto	El costo de salud son eventualidades durante el parto, la disposición del hospital con equipos medicamentos e insumos.	Número de Intervenciones Quirúrgicas	Número de partos	ANÁLISIS DEL DOCUMENTO CUSMENO TALL DEL YL / HOSPITAL DE DATOS
		Gestión de Costo Hospitalario	Elevación de costos hospitalarios	
		Sostenibilidad	Impacto económico institucional	
		Costo de Atención	Coste del Parto	
			Alto costos de insumos	
			Situación Económica del Hospital	
Beneficio del parto	Acción Positiva Bendición	El Apego Madre-Recién Nacido	Satisfacción	
	Bienestar	Días de Estancias		
	Felicidad Económico	Recuperación Inmediata		
Costo-Benefico	Seguridad	Ahorro Bolsillo	Tranquilidad Psicológica	
	Social		Individual	
	Moral		Familiar	
	Invisibles			
Complicaciones del parto	Las complicaciones en el parto pueden presentarse al momento de dar a luz, que en su mayoría derivan en cesárea el cual obligan al personal del hospital a adoptar medidas de solución en el parto	Dato Demográfico	Distancia de residencia al hospital	
		Tamaño del Feto	Macrosomía fetal	
		Enfermedades Durante el Embarazo	Patologías asociadas	
		Síndrome de Aspiración	Amniótico meconial	
		Procedimientos quirúrgicos	Reducción de la realización de anestesia espinal	
		Complicaciones excepcionales	No progresión del parto	
			Sufrimiento fetal	
Desarmonía fetopélvica	Incremento desproporción cefalopélvica			

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

Tipo de Investigación

El diseño de la investigación fue: Cuantitativo, Observacional, Retrospectivo, de Corte transversal de tipo Descriptivo, ya que los datos se adquirieron de manera directa de la base de datos del Hospital General IESS Milagro entre el periodo 2016 - 2017. El diseño de la investigación se lo realizó de la siguiente manera:

- **Cuantitativa.** - En base a los datos recogidos se presentó el número de casos de partos y la comparación entre los costos observados de la atención entre el año 2016 - 2017. La presente investigación se fundamentó con planteamientos de enfoque cuantitativos en donde se midieron objetivamente las variables, se recolectaron datos y se observó tres pasos fundamentales del proceso del análisis: Análisis exploratorio, descripción y explicación de los datos.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la Población

La población de mujeres embarazadas que fueron atendidas en el hospital mediante las historias clínicas de pacientes con parto normal, cesárea y costos, se eligieron, complicaciones, beneficios de la madre y del recién nacido.

3.2.2 Delimitación de la Población

Este trabajo fue realizado en el Hospital General IESS de Milagro, de la ciudad de Milagro provincia del Guayas en el período de enero del 2016 a noviembre del 2017.

3.2.3 Tipo De Muestra

El tipo de muestra es probabilístico ya que el presente trabajo se enfocó en el registro documental en un período determinado como se lo especifica en la problemática.

3.2.4 Tamaño De La Muestra

El tamaño de muestra de todas las pacientes que han dado parto en el Hospital el cual la población es finita, es decir contable y la variable de tipo categórica, primero debe conocer "N" o sea el número total de casos esperados, la obtención de la fórmula para este estudio contó con la colaboración del Ing. Calderón Cisneros Juan Tarquino, quien analizó, revisó y validó la fórmula, quedando de la siguiente forma:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

N: tamaño de la población

p: posibilidad de que ocurra un evento, p = 0,5

q: posibilidad de no ocurrencia de un evento, q = 0,5

E: error, se considera el 5%; E = 0,05

Z: nivel de confianza, que para el 95%, Z = 1,96

3.2.5 Proceso de Selección

El proceso de selección es sistemático de elementos muestrales de la base de datos del sistema AS400 del Hospital General de la ciudad de Milagro

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Método Teórico

- **Método Hipotético–Deductivo:** Es el método que se encarga mediante la observación de las eventualidades problemáticas que hay y que concuerde o no concuerde con las predicciones de la hipótesis que se surgieron en el principio de la investigación el cual toma importancia esencial en el estudio.
- **Método Inductivo - Deductivo:** Este método se basa al proceso de la creación del trabajo de investigación que se ha fundamentado y luego radica en deducir las temáticas del trabajo para dar la respectiva solución.

3.3.2 Método Empírico

Método Empírico fundamental:

- **Método de Observación:** Consiste en la utilización de los sentidos y las eventualidades que se presentan, para obtener de forma precisa y dirigida, datos que nos proporcionen los necesarios elementos para esta investigación, todos los datos se obtendrán de manera directa de la base de datos del Hospital General IESS Milagro entre el periodo 2016 y 2017.

3.3.3 Técnicas e Instrumentos

Se utilizó como instrumento una GUIA OBSERVACIONAL, para la obtención de datos una guía validada con el juicio de seis expertos, tres doctores con títulos de PHD, y tres doctores con especialidades en ginecología y pediatría, como una guía con un promedio de **validez** del noventa por ciento, un promedio de **pertinencia** del cien por ciento, y un promedio de **coherencia** del cien por ciento, la meta es obtener información de una manera organizada, la abstracción de la información es de la historia clínica del sistema AS400 y para el análisis estadístico se utilizó la herramienta informática IBM SPSS STATISTICS, la Guía Observacional tiene los siguientes ítems, el tipo de parto de la madre, si fue parto normal o cesárea, se constató el costo del parto si fue menos de 700 dólares, menos de 900 dólares o más de 1.000 dólares, trata sobre el beneficio de la madre y del recién nacido con el apego, si amamanto al bebe inmediatamente o se prolongó el apego, cuantos días de estancia tuvo la madre en el hospital, parto normal y cesáreas los días son menos de un día, más de tres días, el

beneficio de la madre en el hospital fue, en el parto normal y cesárea la recuperación inmediata, mamanto al bebe inmediatamente, opción SI o No, el trabajo de parto lo consideró, en el parto normal y cesárea esta aceptable y la opción SI o NO, y por último se requirió saber si la edad representa un riesgo durante el parto, tomando como opciones un rango de edades clasificadas; de 11 a 15 años, de 16 a 20 años, de 21 a 30 años, de 31 a 35 años y de 36 años en adelante. Se realizó una prueba piloto de las historias clínicas perteneciente a 20 madres, y los resultados fueron, el tipo de parto sobresalió la cesárea con un 45% en el año 2016 y en el año 2017 el tipo de parto fue de 55%, el valor del parto en el año 2016 sobresalió el parto de cesárea con el 35% y en el año 2017 el valor de 700 que es parto normal con un 50%, el mamanto al bebe inmediatamente , el parto normal con el SI obtuvo el 55%, y la cesárea tiene el SI con el 25% , el trabajo de parto se lo considero con el SI el 50% en el parto normal, y la cesárea NO con el 45%. La edad represento un riesgo, del 16 a 20 años, y de 36 en adelante tuvieron el 20% en el SI en parto Normal, y la cesárea la edad de 16 a 20 años obtuvo el NO con el 20%, y de 36 años en adelante SI con un 20%. Se realizó una prueba piloto se detectó que un ítem del instrumento observacional estaba de más, se eliminó, y se corrigió, con esta información, se realizó un artículo científico con el mismo nombre de la tesis, será publicado en este año, es importante analizar estos resultados como parte de las estrategias efectivas para el control estricto en el Hospital General IESS de Milagro, que impacte en la reducción de las complicaciones que surgen, así como en la disminución de los costos, que se podrían utilizarse en otras necesidades de primer orden al sistema de salud.

3.3.4 Propuesta De Procesamiento Estadístico De La Información

La información de este estudio se la realizó en el Hospital General de la ciudad de Milagro en el período 2016 y 2017 en donde se obtuvo la información a través del sistema AS400, se transfirió en el software de Microsoft Excel 2016, y para el análisis estadístico se utilizó la herramienta informática IBM SPSS STATISTICS es un programa estadístico creado en 1968, por lo que podemos decir que es una herramienta o software muy bueno para procesar datos, dando una interpretación visual adecuada de las tablas y gráficos para nuestro estudio.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Los resultados de la investigación se obtuvieron de la base de datos del período 2016 y 2017, en el que la variable principal de observación fue de 423 mujeres embarazadas atendidas en dos años, correspondiendo al año 2016 entre parto normal y cesarías 211 madres y en el año 2017 fueron 212, como se refleja en la Tabla 1, además de los gráficos que se presentan por años.

Objetivo General De La Investigación

Tabla 1. Costo y tipo de parto

Años	Verificación de Costo		Costo y Tipo de Parto			Total
			Menos de 700 Dólares/ Parto Normal	Menos de 900 Dólares/ Cesárea Programada	Más de 1.000 Dólares/ Cesárea de Emergencia	
2016	Si	Recuento	5	16	0	21
		% del total	2,4%	7,6%	0,0%	10,0%
	No	Recuento	18	153	19	190
% del total		8,5%	72,5%	9,0%	90,0%	
	Subtotal	Recuento	23	169	19	211
		% del total	10,9%	80,1%	9,0%	100,0%
2017	Si	Recuento	174	26	12	212
		% del total	82,0%	12,3%	5,7%	100,0%
	Subtotal	Recuento	174	26	12	212
% del total		82,1%	12,3%	5,7%	100,0%	
Total		Recuento	197	195	31	423
		% del total	46,6%	46,1%	7,3%	100,0%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Gráfico 1. Costo de parto 2016

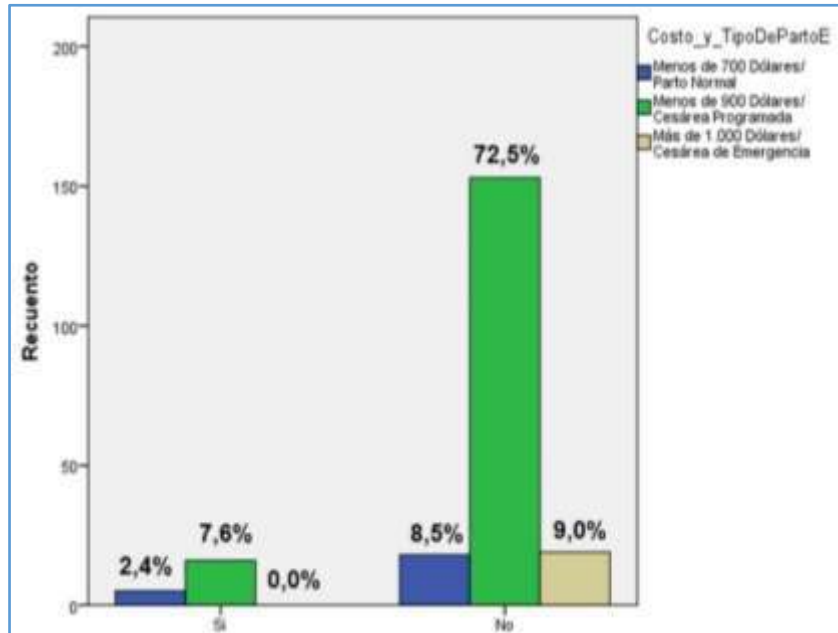
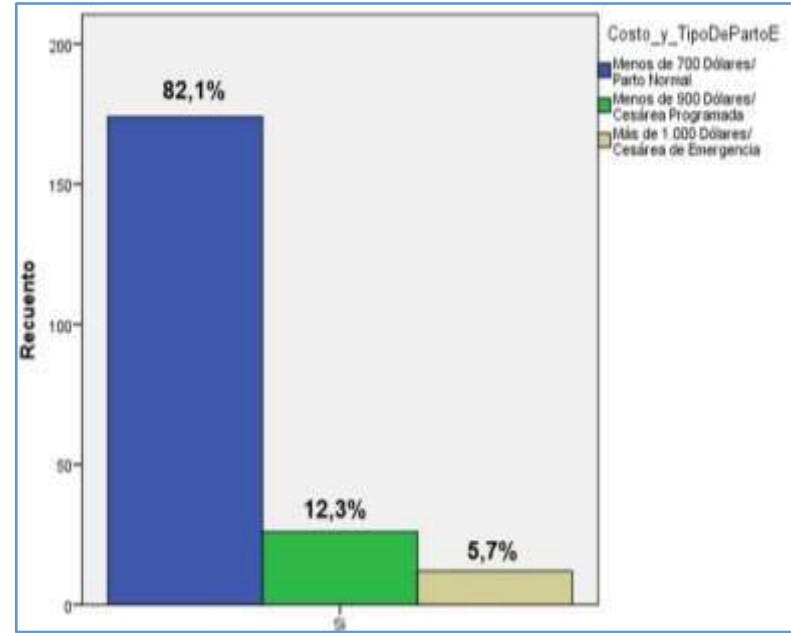


Gráfico 2. Costo de parto 2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: (véase Tabla 1) se identifica el objetivo general de la investigación, como podemos apreciar en el año 2016 el NO en el costo de parto por cesárea menos de 900 dólares tuvo el 72,5% y por otra parte el SI en parto normal obtuvo el 2,4%. En el 2017 en el parto normal obtuvo el 82,1% y la cesárea programada en el SI tuvo el 12,3%,

Primer Objetivo Específico de la investigación – Primer caso

Tabla 2. Trabajo de parto como lo considero

Años	Tipo de Parto		Trabajo de Parto		Total
			Si	No	
2016	Parto Normal	Recuento	5	18	23
		En del total	2,4%	8,5%	10,9%
	Parto por Cesárea	Recuento	16	172	188
		% del total	7,6%	81,5%	89,1%
	Subtotal	Recuento	21	190	211
		% del total	10,0%	90,0%	100,0%
2017	Parto Normal	Recuento	174	0	174
		% del total	82,1%	0,0%	82,1%
	Parto por Cesárea	Recuento	0	38	38
		% del total	0,0%	17,9%	17,9%
	Subtotal	Recuento	174	38	212
		% del total	82,1%	17,9%	100,0%
Total		Recuento	195	228	423
		% del total	46,1%	53,9%	100,0%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Gráfico 3. El riesgo del trabajo de parto 2016

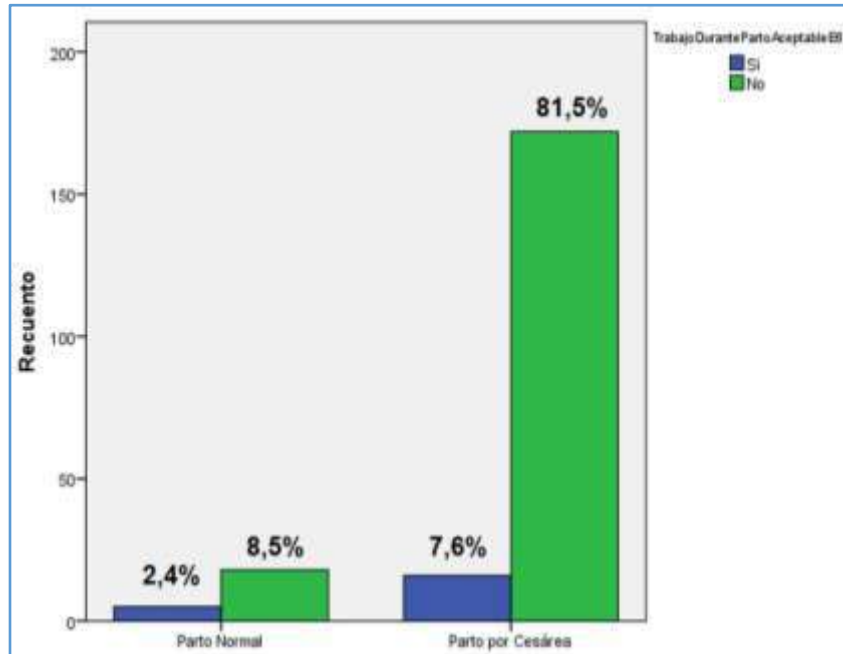
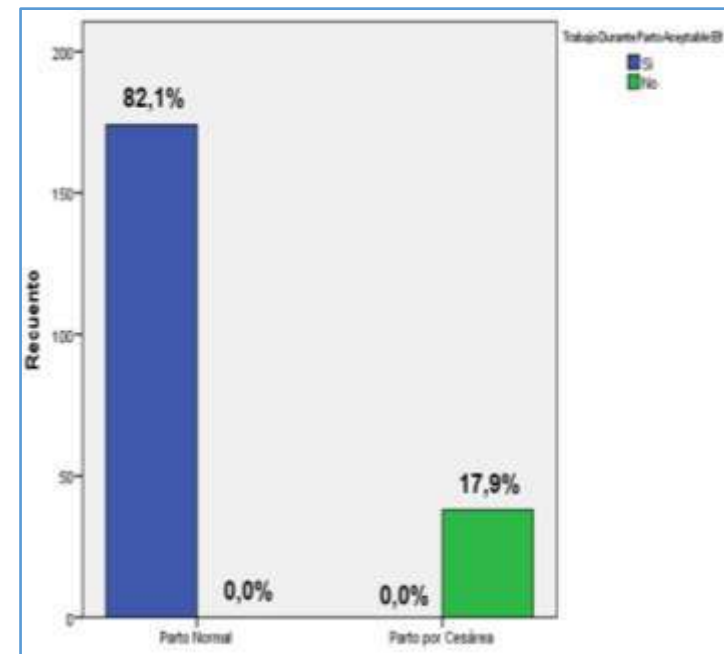


Gráfico 4. El riesgo del trabajo de parto 2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: Las complicaciones durante el trabajo de parto en el año 2016 el NO en la cesárea tuvo el 81.5%, y en el parto normal el SI obtuvo el 2,4%, en el año 2017 en el parto normal el SI alcanzó el 82,1%, y en la cesárea alcanzó el 17,9% el NO

Primer Objetivo Específico de la investigación – Segundo caso

Tabla 3. Complicaciones que presentó la madre durante el parto.

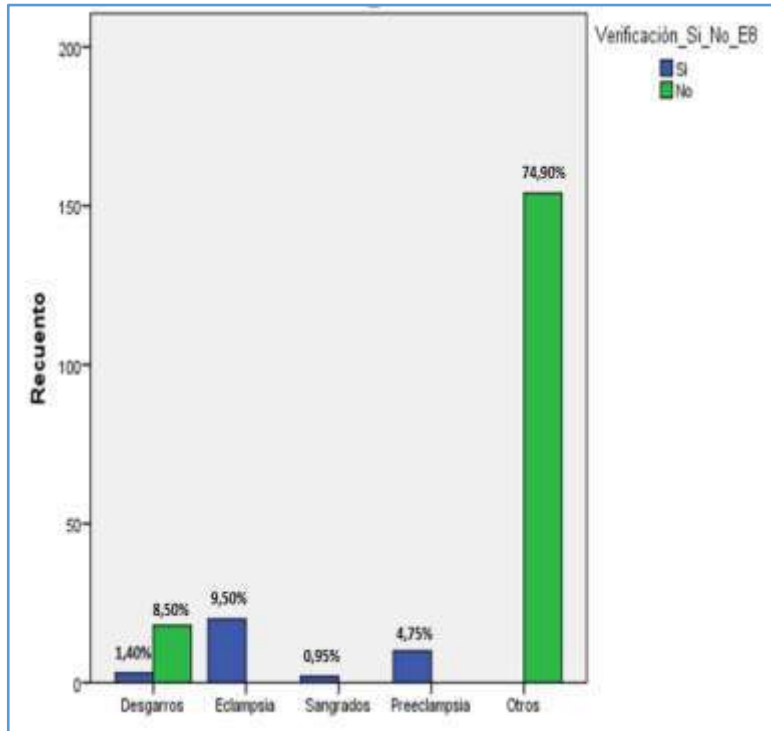
Complicaciones durante el embarazo	Tipo de Parto		2016			2017		
			Presentación de Complicaciones		Subtotal	Presentación de Complicaciones		Subtotal
			Si	No		Si	No	
Desgarros	Parto Normal	Recuento	3	18	21	0	162	162
		% del total	1,40%	8,50%	9,90%	0,00%	76,40%	76,40%
Eclampsia	Cesárea	Recuento	20	0	20	5	8	13
		% del total	9,50%	0,00%	9,50%	2,40%	3,80%	6,20%
Sangrados	Parto Normal	Recuento	2	0	2	5	0	5
		% del total	0,95%	0,00%	0,95%	2,40%	0,00%	2,40%
Preeclampsia	Cesárea	Recuento	10	0	10	15	0	15
		% del total	4,75%	0,00%	4,75%	7,00%	0,00%	7,00%
Otros	Cesárea	Recuento	0	158	158	0	17	17
		% del total	0,00%	74,90%	74,90%	0,00%	8,00%	8,00%
Total		Recuento	35	176	211	25	187	212
		% del total	16,60%	83,40%	100,00%	11,80%	88,20%	100,00%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

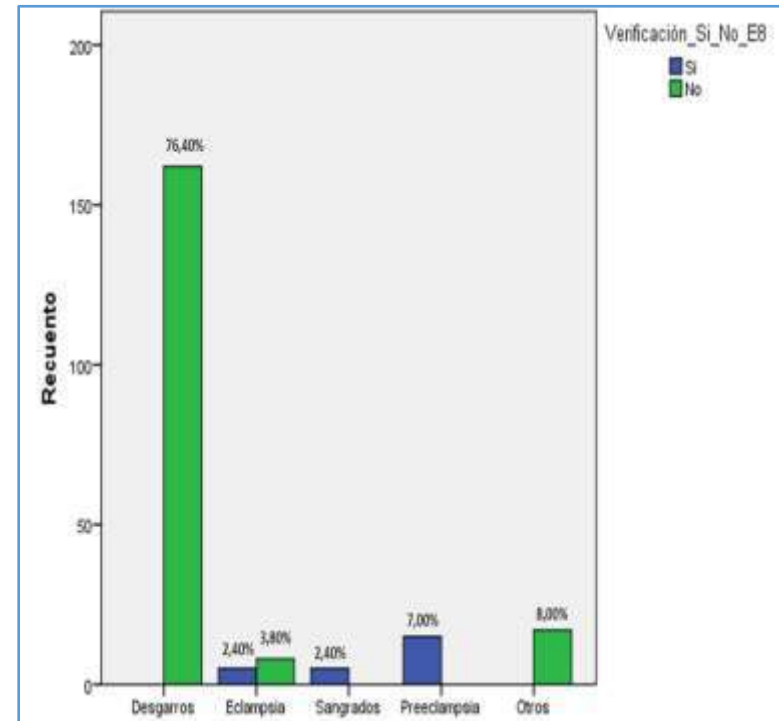
Elaborado por: Autor

Gráfico 5. Complicaciones que presentó la madre durante el parto. **Gráfico 6.** Complicaciones que presentó la madre durante el parto

2016



2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: En el año 2016 en cesárea en el ítem SI se presentó complicaciones en otros con el 74.9%, en el año 2017 el desgarro en el parto normal presentó en el ítem NO se presentaron complicaciones obtuvo el porcentaje del 76,4%,

Primer Objetivo Específico de la investigación- Tercer caso

Tabla 4. Problemas respiratorios con el recién nacido

Años	Tipo de Parto		Problema Respiratorio		Total
			Si	No	
2016	Parto Natural	Recuento	5	18	23
		% del total	2,40%	8,50%	10,90%
	Parto por Cesárea	Recuento	186	2	188
		% del total	88,20%	0,90%	89,10%
	Subtotal	Recuento	191	20	211
		% del total	90,60%	9,40%	100,00%
2017	Parto Natural	Recuento	0	174	174
		% del total	0,00%	82,10%	82,10%
	Parto por Cesárea	Recuento	38	0	38
		% del total	17,90%	0,00%	17,90%
	Subtotal	Recuento	38	174	212
		% del total	17,90%	82,10%	100,00%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Primer Objetivo Específico de la investigación

Gráfico 7. Problemas Respiratorio con el recién nacido 2016

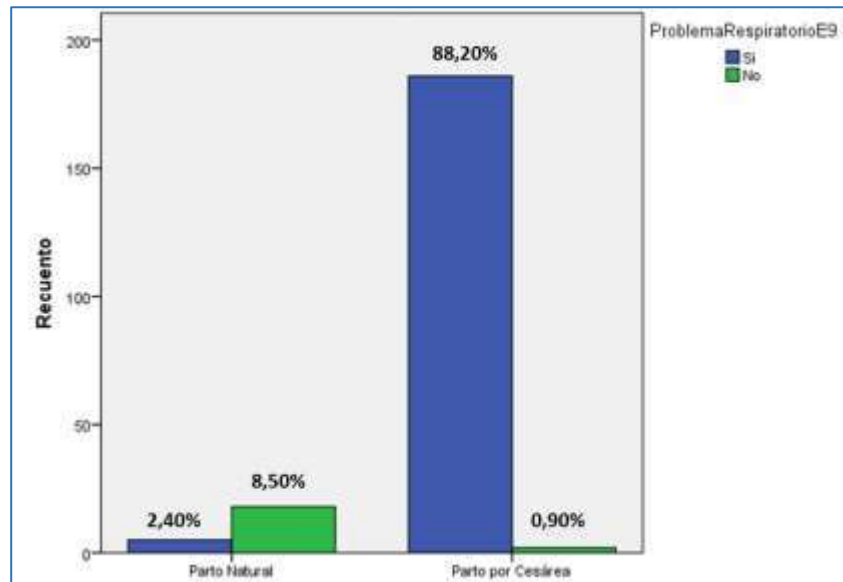
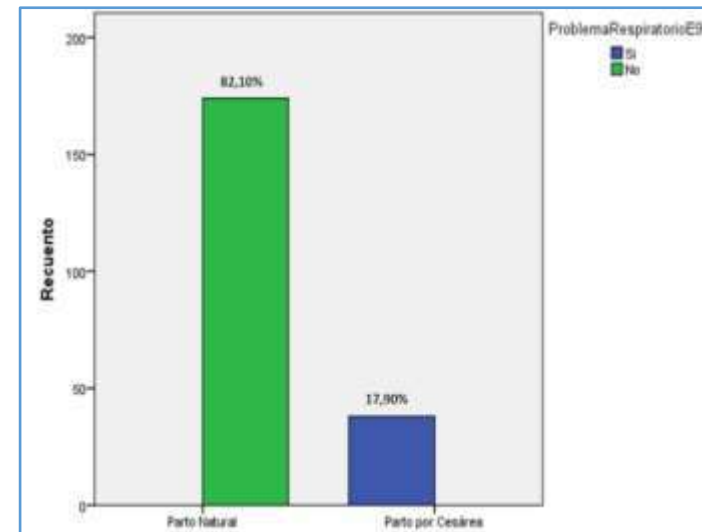


Gráfico 8. Problemas Respiratorio con el recién nacido 2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: En los problemas respiratorios, en el año 2016 en el parto por cesárea el SI obtuvo el 88,2% y por otro lado el NO obtuvo el 0,9%, en el año 2017 el tipo de parto natural el NO tuvo el 82,1%, mientras la cesárea tuvo en el SI el porcentaje del 17,9%

Primer Objetivo Específico de la investigación – Cuarto caso

Tabla 5. Riesgo en las edades.

Edad de Riesgo	Tipo Parto		2016			2017		
			Presentó Riesgo		Subtotal	Presentó Riesgo		Subtotal
			Si	No		Si	No	
De 16 a 20 Años	Parto Normal	Recuento % del total	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	8 3,7%	8 3,70%
	Parto por Cesárea	Recuento % del total	46 21,8%	0 0,00%	46 21,80%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%
De 21 a 30 Años	Parto Normal	Recuento % del total	0 0,00%	8 3,8%	8 3,80%	0 0,00%	108 50,90%	108 50,90%
	Parto por Cesárea	Recuento % del total	82 38,9%	0 0,00%	82 38,90%	0 0,00%	7 3,30%	7 3,30%
De 31 a 35 Años	Parto Normal	Recuento % del total	0 0,0%	10 4,7%	10 4,70%	0 0,00%	38 17,90%	38 17,90%
	Parto por Cesárea	Recuento % del total	35 16,6%	0 0,00%	35 16,60%	0 0,00%	12 5,70%	12 5,70%
De 36 en Adelante	Parto Normal	Recuento % del total	0 0,00%	5 2,4%	5 2,40%	1 0,50%	19 9,00%	20 9,50%
	Parto por Cesárea	Recuento % del total	25 11,8%	0 0,00%	25 11,80%	1 0,50%	18 8,50%	19 9,00%
Total		Recuento % del total	188 89,10%	23 10,90%	211 100,00%	2 1,00%	210 99%	212 100,00%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Gráfico 9. Riesgo en la edad de parto 2016

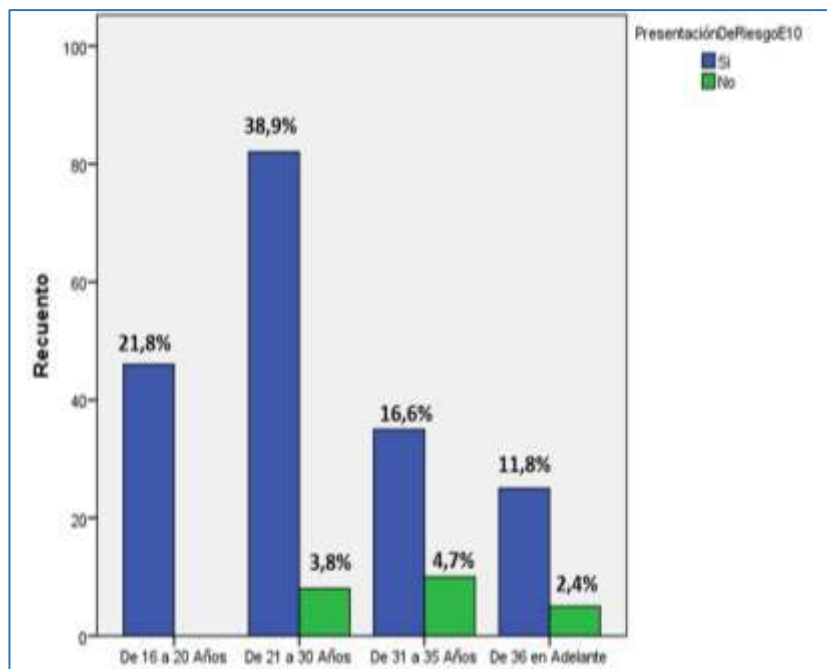
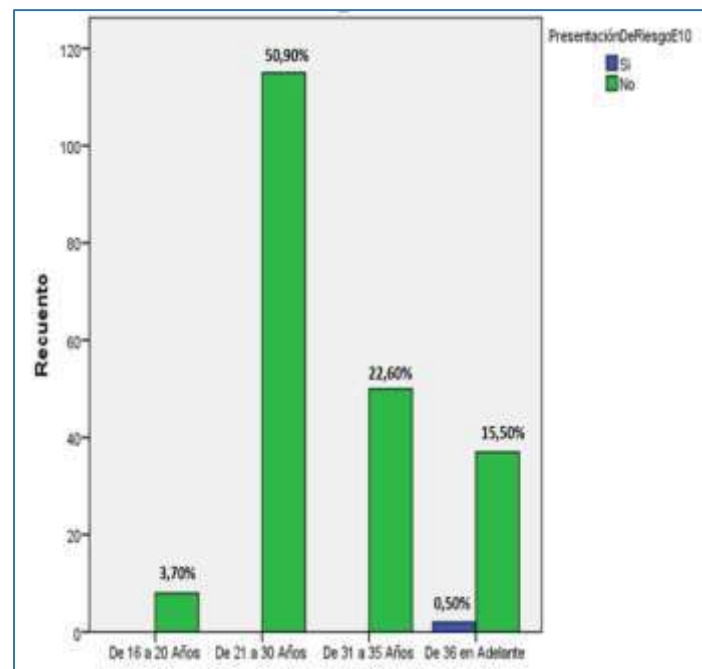


Gráfico 10. Riesgo en la edad de parto 2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: En el riesgo de la edad durante el parto en el año 2016 en el rango de edades de 21 a 30 años obtuvo el 38,9% en el SI presentó riesgo en la cesárea, en el año 2017 en el rango de 21 a 30 años obtuvo el porcentaje del 50,90% en el parto normal NO presentó riesgo.

Segundo Objetivo Específico de la investigación- Primer caso

Tabla 6. Beneficio del apego del recién nacido con la madre.

Año	Apego Inmediatamente del Nacido a la Madre		Tipo de Parto		Total
			Parto Natural	Parto Cesárea	
2016	Si	Recuento	5	28	33
		% del total	2,4%	13,3%	15,6%
	No	Recuento	18	160	178
		% del total	8,5%	75,8%	84,4%
	Subtotal	Recuento	23	188	211
		% del total	10,9%	89,1%	100,0%
2017	Si	Recuento	174	0	174
		% del total	82,1%	0,0%	82,1%
	No	Recuento	0	38	38
		% del total	0,0%	17,9%	17,9%
	Subtotal	Recuento	174	38	212
		% del total	82,1%	17,9%	100,0%
Total		Recuento	197	226	423
		% del total	46,6%	53,4%	100,0%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Gráfico 11. Apego del recién nacido a la madre 2016

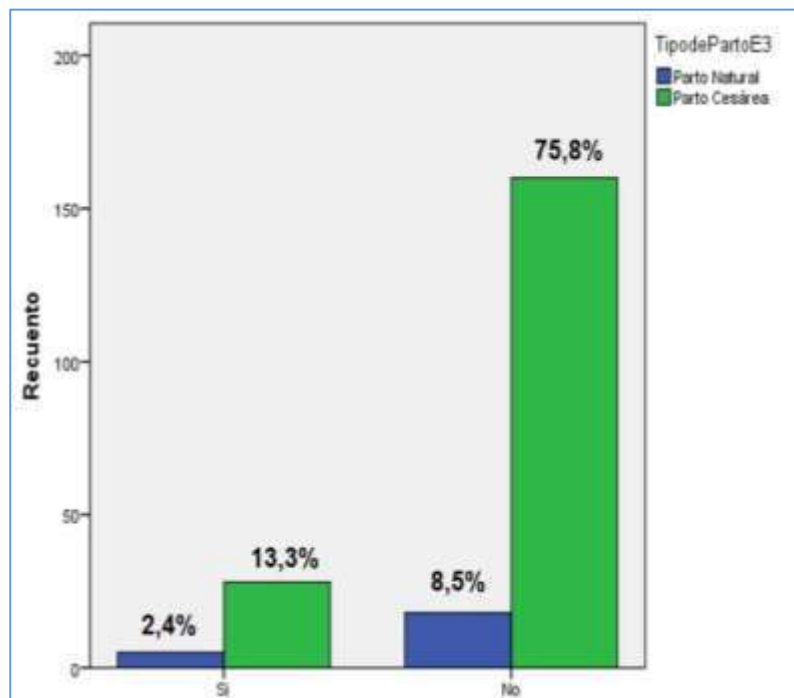
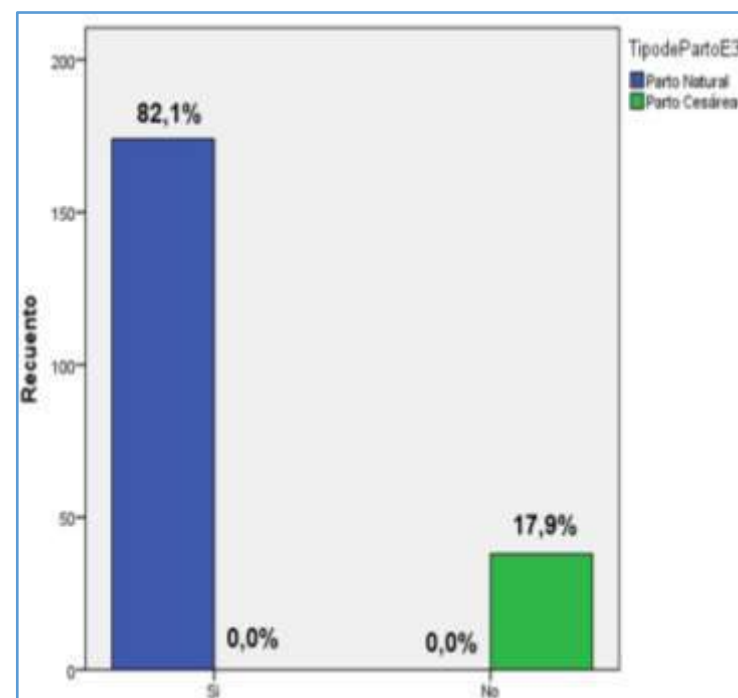


Gráfico 12. Apego del recién nacido a la madre 2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: (Véase Gráfico 11) se identifica el beneficio de la madre y del recién nacido en el año 2016 alcanzó el NO con el 75,8%, con la cesárea y por otro lado el SI en el parto natural obtuvo el 2,4%; Sin embargo en el año 2017 se refleja en la gráfica el SI en el parto normal que obtuvo el beneficio con el 82,1%, y por el NO en la cesárea obtuvo el 17,9%,

Segundo Objetivo Específico de la investigación-Segundo caso

Tabla 7. Días de estancias de la madre en el Hospital.

Tipo de Parto	Días de Estancia Hospitalaria		2016		2017		Total
			Verificación		Verificación		
			Si	No	Si	No	
Parto Natural	Menos de un día	Recuento	5	18	174	0	197
		% del total	2,4%	8,5%	82,1%	0,0%	46,6%
Parto Cesárea	Más de tres días	Recuento	16	172	0	38	226
		% del total	7,6%	81,5%	0,00	17,9%	53,4%
Total		Recuento	21	190	212	0	423
		% del total	10,0%	90,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Gráfico 13. Días de estancias de la madre

2016

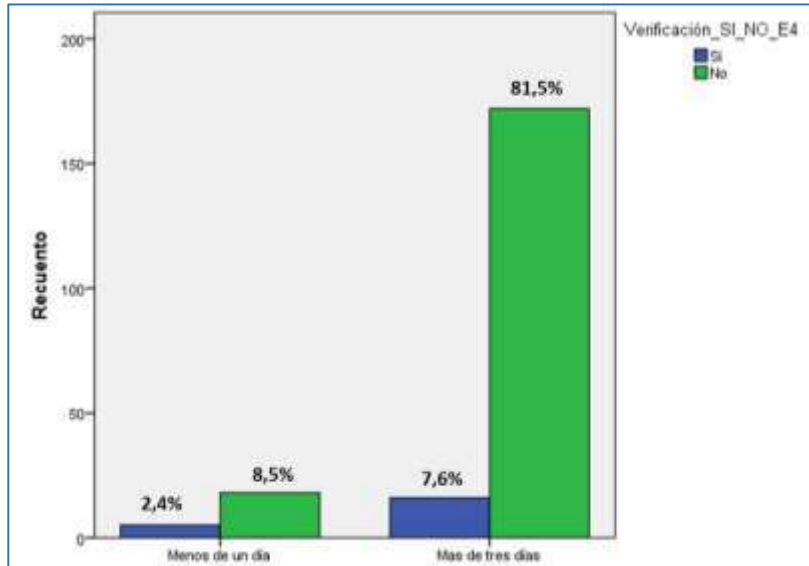
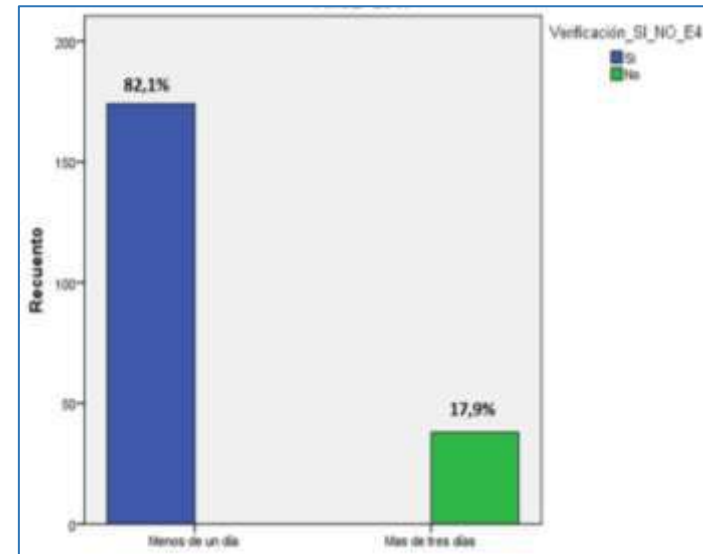


Gráfico 14. Días de estancias de la madre

2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: El beneficio de la madre del recién nacido con respecto a los días de estancias que permanecieron dentro del hospital en el año 2016 el NO en la cesárea obtuvo el 81,5% más de 3 días de estancias en el hospital, y el SI en el parto normal obtuvo el 2,4% menos de un día, en el año 2017 el SI en el parto normal obtuvo el 82,1% menos de un día, y el NO en la cesárea obtuvo el 17,9% más de tres días.

Segundo Objetivo Específico de la investigación – Tercer Caso

Tabla 8. Beneficio de la madre en el Hospital

Tipo de Parto	Beneficio de la Madre en el Hospital		2016		Subtotal	2017		Total
			Si	No		Si	No	
Parto Normal	Recuperación Inmediata	Recuento	5	0	5	87	0	87
		% del total	2,37%	0,00%	2,37%	41,04%	0,00%	41,04%
	Mamanto al Bebe Inmediatamente	Recuento	23	0	23	87	0	87
% del total		10,90%	0,00%	10,90%	41,04%	0,00%	41,04%	
	Subtotal	Recuento	28	0	28	174	0	174
		% del total	13,27%		13,27%	82,08%	0,00%	82,08%
Parto Cesárea	Recuperación Inmediata	Recuento	5	0	5	0	19	19
		% del total	2,37%	0,00%	2,37%	0,00%	8,96%	8,96%
	Mamanto al Bebe Inmediatamente	Recuento	0	178	178	0	19	19
% del total		0,00%	84,36%	84,36%	0,00%	8,96%	8,96%	
	Subtotal	Recuento	5	178	183	0	38	38
		% del total	2,37%	84,36%	86,73%	0,00%	17,92%	17,92%
Total		Recuento	33	178	211	174	38	212
		% del total	15,64%	84,36%	100,00%	82,08%	17,92%	100,00%

Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Gráfico 15. Beneficio del binomio madre e hijo
2016

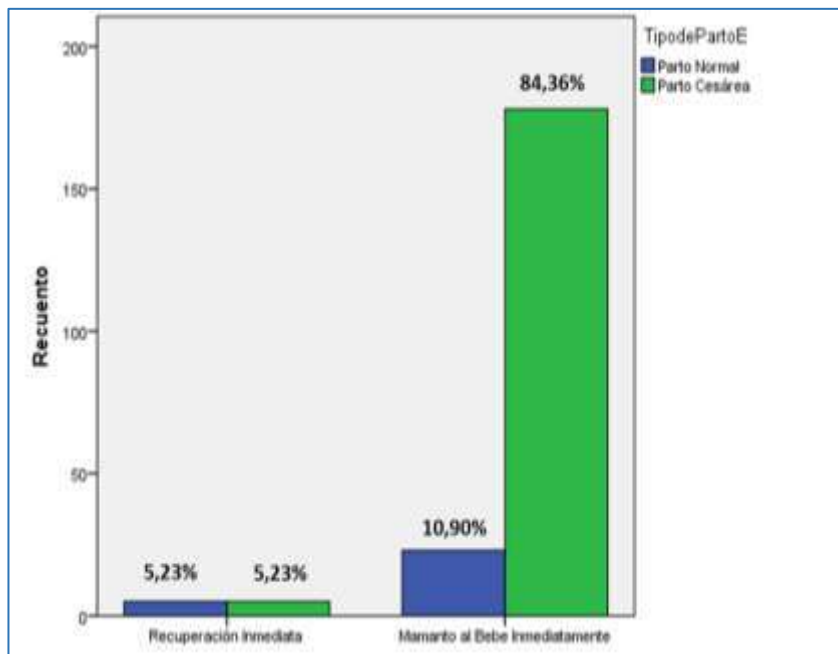
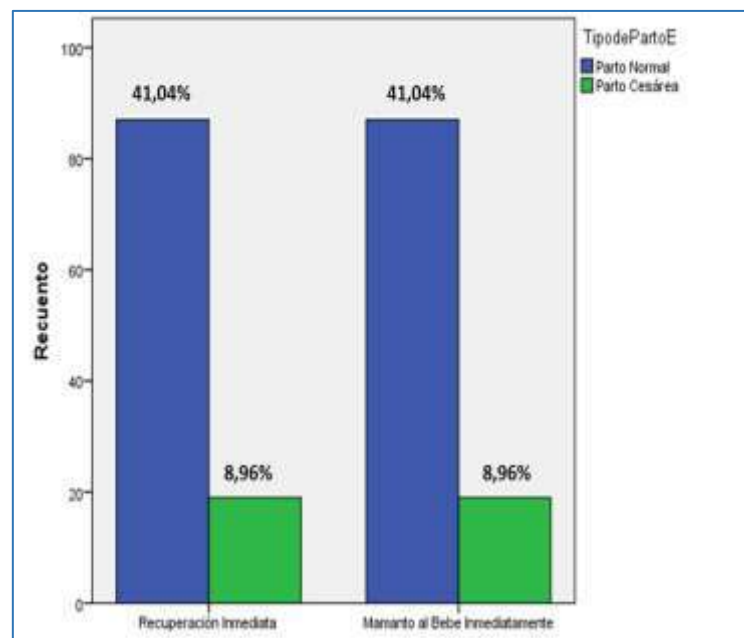


Gráfico 16. Beneficio del binomio madre e hijo
2017



Fuente: Historias clínicas base datos AS400

Elaborado por: Autor

Análisis e Interpretación: (Véase Gráfico 15) el beneficio del binomio madre e hijo, en el año 2016 en el parto normal el SI obtuvo el 10.90% en amamantar al bebé inmediatamente, pero en la cesárea el NO obtuvo el porcentaje del 84,36% , (Véase Gráfico 16) en el año 2017 en el parto normal el SI tiene en la recuperación inmediata y amamantó al bebe inmediatamente en porcentajes iguales del 41,04%, en la cesárea el NO tiene en la recuperación inmediata y amamanto al bebé, iguales porcentajes del 8,96%

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

El objetivo general de la investigación es la Relación del Costo- Beneficio de la salud de la madre en el Parto natural y cesárea con sus complicaciones en el nosocomio en el año 2016 hasta el 2017, de acuerdo al instrumento validado por los expertos, se registró los datos en el sistema IBM SPSS Statistics 22 en la que refleja (véase Tabla N 1) con el título de Costo y Tipo de Parto. Está conformado por años y las columnas de menos de \$700 dólares por parto normal, menos de \$ 900 dólares por cesárea programada, y más de \$1000 dólares por cesáreas de urgencia, en el que se refleja el año 2016 el resultado de acuerdo al ítem menos de 900 dólares por cada cesáreas el porcentaje alcanzado fue del 72,5%, en el año 2017 observamos en el ítems de menos de \$700 dólares alcanzo el porcentaje de 82,1%, ahora hay que recordar de que hay tres elementos en los costos que son primero el costo de materiales, recursos que se consumen, segundo el costo de la mano de obra de médicos, enfermeras, paramédicos, tercero otros gastos, depreciación de los equipos de anestesia, monitores, bombas de infusión y lámparas, gasto eléctrico que generan gastos, el costo de una cesárea sin complicaciones y con una duración de 30 minutos fue de \$545,62, pero si el tiempo asciende a 45 minutos o a una hora, este se eleva a \$818,76 y \$1 091,68. (Nápoles Méndez, D., & Couto Núñez, D. 2017)

Los diferentes costos que tienen los partos natural y de la cesárea este último causa inconveniente tanto a las instituciones públicas y como el gasto de bolsillo, los valores pueden variar de acuerdo al establecimiento de salud, como en una clínica puede incrementar de acuerdo al estatus de la paciente o del familiar.

En Argentina, en los últimos años se observa un considerable y progresivo aumento en la frecuencia de cesárea, antes sólo reservada para situaciones en que el parto vaginal ponía en riesgo a la madre o al feto (Villar J, 2016, págs. 1819-1829).

Entre ellos la Argentina, mostró una frecuencia global de 30%, aunque en centros privados superaba el 50%. Estos datos contrastan con los de las décadas de 1960 y 1970, en donde la incidencia oscilaba alrededor del 10% (Minkoff HI & Schwarz RH, 1980,

págs. 135-143). Es muy importante indicar que un gran número no están justificadas, y no hay presencia de algún riesgo potencial para la madre y el niño. Esto influye en la creciente proporción de cesáreas programadas en primíparas, lo cual motiva nuevas cesáreas posteriores (Ceriani Cernadas, 2010, págs. 17-23). La práctica excesiva e innecesaria de procedimientos quirúrgicos como la operación cesárea debe combatirse desde el origen mismo de las creencias que respaldan la decisión de la futura madre de preferir este proceso al parto por vía vaginal, pues independientemente de la autonomía del paciente, es obligación del médico actuar siempre en favor y beneficio de su salud y bienestar. (Vázquez Parra, 2016, págs. 60-71).

Primer Objetivo Específico.- El primer caso del de la investigación es identificar las complicaciones que presenta la paciente en la cesárea frente a parto vaginal de acuerdo a la guía observacional es el Trabajo De Parto (véase Tabla N 2). Con el título Trabajo De Parto como lo considero, en el año 2016 las cesáreas no presentaron este tipo de riesgo con el porcentaje del 81,5% sin embargo en el año inmediato superior fue un cambio del 82,1% en el parto normal, en la que se puede entender que las madres estaban contentas, orgullosas con su hijo.

El bienestar de la madre supera los momentos negativos, incluso el sufrimiento del dolor; los resultados superan con creces las expectativas y gracias a la ilusión de ver a su hijo, les permiten sobrellevar todo lo vivido (*GIRALDO et al., 2015, págs. 271-281*).

La atención de la mujer gestante durante el control prenatal y el embarazo debe ser uno de los procesos de atención donde la evidencia derivada de la investigación clínica, la buena práctica, la experiencia, la solidaridad, el respeto del profesional y la ausencia de barreras deben juntarse en beneficio del fruto de la gestación y de la madre. Tolerancia CERO al maltrato obstétrico (Gaitán Duarte & Eslava Schmalbach, 2017, págs. 97-101). Hay que hacer notar que en Chile existe la participación de Doulas en el trabajo de parto, son mujeres que no pertenecen al ámbito médico, cuyo rol es brindar apoyo emocional y/o físico durante el trabajo de parto, y el período posparto, a las mujeres y sus parejas, El trabajo de parto en biología es la maduración cervical que consiste en la modificación de la estructura de este tejido, compuesto de tejido conectivo en un arreglo muy peculiar de los haces de colágeno, que se dividen en tres

capas: una que se acomoda en forma circular y transversa en relación con el eje mayor del cérvix y las otras dos que corren en forma perpendicular al mismo eje, aunque con frecuencia se entrelazan. La complejidad de esta estructura permite entender la enorme resistencia mecánica del cuello uterino y del fenómeno que permite el reblandecimiento del tejido para conformar el canal del parto. (Aragón Hernández, 2017, págs. 314-324).

Primer Objetivo Específico.- El segundo caso de la investigación identificar las complicaciones que presenta la paciente en la cesárea vs parto vaginal, vemos el segundo caso (véase Tabla 3) con el título complicaciones que presentó la madre durante el parto, de acuerdo a la información son los desgarros, eclampsia, sangrados y preeclampsia, en el año 2016 se presentó la eclampsia con un porcentaje del 9,5% seguido con la preeclampsia con el 4,75%, por lo anteriormente expuesto según (Pacheco, 2017), (MSP, 2016) la eclampsia convulsiones tónico clónicas generalizadas o coma por primera vez en una mujer, en mujeres con preeclampsia durante el embarazo, parto o puerperio. La lesión cerebral en la eclampsia se asocia al edema cerebral y a los cambios característicos de la sustancia blanca (síndrome de leucoencefalopatía) posterior reversible. En el año 2017 alcanzo el porcentaje del 76,4% que NO hubo dificultades con el desgarro en las complicaciones durante el parto normal.

Primer objetivo específico.- El tercer caso, identificar las complicaciones que presenta la paciente en la cesárea frente a parto vaginal, son los problemas respiratorios con el recién nacido, (véase Tabla 4), en el tipo de parto, la cesárea en el año 2016 obtuvo el porcentaje del 88,2% que SI tuvo problemas respiratorios los recién nacido; de lo anteriormente expuesto podemos decir que en Chile en el año 2015 nos encontramos con una cifra de 40,9% de cesáreas en salud pública y 69% en salud privada. (Sadler, Michelle2018) En efecto y continuando con el año 2017 el tipo de parto natural el porcentaje fue el 82,1% que no presentaron problemas respiratorios los recién nacidos.

Primer objetivo Específico. El cuarto caso del de la investigación fue identificar las complicaciones que presenta la paciente en la cesárea frente a parto vaginal, son los riesgos en las edades de parto, (Véase Tabla 5) se encuentra los siguientes rangos, 16 a 20 años; 21 a 30 años; 31 a 35 años,; y de 36 años en adelante, podemos observar en

el año 2016 en el rango de 21 a 30 años se obtuvo el porcentaje del 38,9% por el tipo de parto cesárea.

Según la OMS (2014) las mujeres menores de 15 y 19 años es la causa principal de mortalidad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo (Boletín Organización Mundial de la Salud, Embarazo en adolescentes; un problema culturalmente complejo <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> extraído el 17 de diciembre del 2018). En nuestra investigación observamos en el año 2017 que en el rango de 21 a 30 años alcanzó el porcentaje de 50,9% en el parto normal.

Segundo Objetivo Específico de la investigación. Primer caso del beneficio del apego del recién nacido con la madre (véase Tabla 6) en el año 2016 en el rango del tipo de parto por cesárea alcanzo el 75,8% que no tuvieron el apego de la madre e hijo, según (PINTO L, Fernando 2007).

Apego y lactancia natural, tiene mucho realce en los últimas dos décadas, tanto a nivel mundial como nacional, porque favorece los lazos afectivos madre y recién nacido la calidad de la lactancia natural, a futuro, estimula un mejor desarrollo psicomotor y una salud óptima para el niño. Siguiendo con el análisis de la investigación, se observa que en el año 2017 se obtuvo el porcentaje del 82,1% en el parto natura, se puede enfatizar que se mejoró notablemente y se concientizó a las pacientes antes del alumbramiento lo síntomas del apego del recién nacido con la madre.

Segundo objetivo específico.- El segundo caso son los Días de Estancias de la madre en el hospital, de acuerdo a lo que se observa según la Tabla No. 7 en el tipo de parto la cesárea en el año 2016 en el rango más de tres días de estancia se obtuvo el porcentaje del 81,5%, además en el año 2017 en el parto normal alcanzo el porcentaje del 82,1% en el rango menos de un día, según (INFOBAE 2019), un caso de parto rápido y la corta estancia de la duquesa de Cambridge, Kate Middleton (Reino Unido-Londres), tanto con su segunda bebé como con el último, que en solo siete horas le dio tiempo de entrar para dar a luz y marcharse, ha abierto el debate acerca del tiempo que deben estar las madres en los hospitales después de dar a luz. En realidad, dar respuesta a la pregunta es complicado, porque no todas las madres tienen los mismos partos, porque no es lo

mismo dar a luz a tu primer hijo que al segundo o al tercero, porque no es lo mismo tener un parto natural que un parto vaginal instrumentalizado o un parto por cesárea y porque no todos los padres son igual de autónomos o capaces (BEBÉS Y MÁS, ¿Cuánto tiempo deberías estar en el hospital después de dar a luz?, Extraído el 19 de Diciembre de 2018)

Segundo objetivo específico.- El tercer caso de la investigación es comparar el beneficio en la salud del binomio madre recién nacido sometido a parto vaginal versus cesárea, es el Beneficio de la madre en el hospital de acuerdo a la investigación realizadas de acuerdo (véase Tabla 8) en el año 2016 solo tuvieron el SI porcentaje del 10,9% el amamanto al bebé inmediatamente en el parto normal, en la cesárea el NO tuvo el porcentaje del 84,36% , en el año 2017 en el parto normal SI tuvieron los beneficios de recuperación inmediata y amamanto al bebé inmediatamente con porcentajes iguales del 41,04%, mientras que en la cesárea los mismos beneficios indicados anteriormente NO lo tuvieron con un porcentaje del 8,96% cada uno.

Además, el contacto piel con piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor, y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna, en las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo, poco a poco va reptando hacia los pechos de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores, pataleo, cabeceo, y poniendo en marcha los reflejos de búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico (Herrera Gómez, 2013, págs. 79-82).

En cuanto la recuperación inmediata de la paciente que en solo siete horas le dio tiempo de entrar para dar a luz y marcharse (BEBÉS Y MÁS, ¿Cuánto tiempo deberías estar en el hospital después de dar a luz?, Extraído el 19 de Diciembre de 2018).

4.3 RESULTADOS

Primer Objetivo Específico de la investigación.- Primer caso es identificar las complicaciones que presenta la paciente en la cesárea frente a parto vaginal, (véase

Tabla 2). Con el título Trabajo De Parto como lo considero en el año 2016 la cesárea NO tuvo trabajo de parto con el porcentaje del 81,5 en el año 2017 el parto normal SI tuvo trabajo de parto con el mejor porcentaje del 82.1%, es de entender lo orgullosas que debieron estar las mujeres que dieron parto normal así lo cita. (GIRALDO et al., 2015), es importante señalar lo que se está realizando en el país de Chile, crearon las famosas DOULAS, son personas que brindan apoyo en el trabajo de parto, que ha dado resultado, de esta misma forma se proyectó el estudio para que las mujeres en edades fértil y en gestación valoricen el trabajo de parto con éxito para la madre y el recién nacido.

Primer objetivo específico.- El segundo caso, las complicaciones que presento la madre durante el parto estos son los desgarros, eclampsia, hemorragia y preeclampsia, en el año 2016 la eclampsia con un porcentaje del 9,5% seguido con la preeclampsia con el 4,75%, por lo anteriormente expuesto según (Ramírez-Palacios & Pacheco, 2017), así como él (MSP, 2016), en el año 2017 en el parto normal no hubo complicaciones alcanzando el 76,4%, esto se podría mejorar con la propuesta de un Proyecto educacional que está dirigido para las mujeres fértil, en estado de gestación, autoridades del nosocomio, el personal de salud de las áreas de consulta de ginecología y pediátrica que deben escoger el parto normal el mismo que es más económico, con beneficios para ella y el recién nacido.

Primer objetivo específico.- El tercer caso son los problemas respiratorios con el recién nacido, en el año 2016 por cesárea se obtuvo el 88,2% que SI tuvieron problemas respiratorios los recién nacidos, en el año 2017 NO se presentaron problemas respiratorios alcanzando el porcentaje del 82,1% , si se toma en consideración lo del país de Chile en el año 2015, con el 69% de cesáreas la cantidad de problemas respiratorio que se dieron según (Sadler Michelle, 2018) Con la propuesta del Proyecto educacional mejoraríamos notablemente.

Primer objetivo específico. - El cuarto caso, son los riesgos en las edades de parto, lo que se observa en las edades de 21 a 30 años es la edad que más porcentaje obtuvo en el año 2016 el porcentaje del 38,9% por cesárea, en el año 2017 con ese mismo rango de edad alcanzo el 50,9% en el parto normal, que nos indica (OMS 2014).

Considera como embarazo de riesgo a las mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad en el rango de 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, con la propuesta del Proyecto de estudio mejoraríamos notablemente. (Boletín Organización Mundial de la Salud, Embarazo en adolescentes:, un problema culturalmente complejo <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> extraído el 17 de diciembre del 2018)

Segundo Objetivo Específico de la investigación.- Primer caso, es el beneficio del apego del recién nacido con la madre, se observa que en el 2016 en la cesárea alcanzó el 75,8% que NO tuvo apego madre- recién nacido, en el año 2017 en el parto normal alcanzo el 82,1% que SI tuvo apego madre-recién nacido es de indicar la importancia que del apego y lactancia natural han cobrado mucha importancia a nivel mundial y local según. (Pinto L, Fernando, 2007).

Segundo objetivo específico.- El segundo caso, el beneficio los días de estancia de la madre en el hospital, en el año 2016 en la cesárea el rango de más de tres días tuvo el porcentaje del 81,5%, en el año 2017 el porcentaje fue del 82,1% en el rango menos de un día, es así la corta estancia que tuvo la Duquesa de Cambridge Kate Middleton, con la propuesta educativa nuestro porcentaje aumentaría

Segundo objetivo específico.- El tercer caso es el Beneficio de la Madre en el Hospital en la recuperación inmediata, y el amamanto al bebé seguidamente, en el año 2016 se obtuvo el porcentaje del 84.36% en la cesárea que NO tuvo el amamanto al bebé rápidamente. Pero en el año 2017 en el parto normal obtuvieron recuperación inmediata y amamanto al bebé, porcentajes iguales al 41,04%.

Además el contacto piel con piel, a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor, y el olor, es un potente estimulante vagal que, entre otros efectos, libera oxitocina materna, en las dos primeras horas después del nacimiento, el recién nacido está en una fase de alerta tranquila, provocada por la descarga de noradrenalina durante el parto, lo cual facilita el reconocimiento temprano del olor materno, para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente postnatal. Éste es el llamado período sensitivo, poco a poco va receptando hacia los pechos

de su madre mediante movimientos de flexión-extensión de las extremidades inferiores, pataleo, cabeceo, y poniendo en marcha los reflejos de búsqueda y succión del puño que está impregnado del olor del líquido amniótico. (Herrera Gómez, 2013, págs. 79-82).

En cuanto a la recuperación inmediata de la paciente que en solo siete horas le dio tiempo de entrar para dar a luz y marcharse (BEBÉS Y MÁS, ¿Cuánto tiempo deberías estar en el hospital después de dar a luz?, Extraído el 19 de Diciembre de 2018). Con la puesta en marcha de la propuesta del Proyecto educativo el porcentaje de recuperación y amamanto al recién nacido el porcentaje sería alto.

El objetivo general de la investigación es Analizar la Relación del Costo- Beneficio de la salud de la madre en la atención de parto el Parto normal frente a cesárea y sus complicaciones en el Hospital General IESS de Milagro en el periodo del 2016 y 2017, para llegar a este objetivo general primero se ha trabajado con los objetivos específicos, para identificar las complicaciones del binomio madre-recién nacido, así como el segundo objetivo específico determinar el beneficio en la salud del binomio madre-recién nacido, la dualidad de estos objetivos fueron sometidos a parto normal frente a cesárea, todo esto a través del instrumento validado por los profesionales a fin a esta investigación, que si bien es cierto que está amparado con las leyes nacionales e internacionales, los fundamentos por la (OMS en el año 2015), en países vecinos como en Colombia por (Gaitán-Duarte, H., & Eslava-Schmalbach, J. 2017), el país de Argentina por (Villar J, Valladares E, Wojdyla 2005), además lo que indica (CERIANI CERNADAS, 2010), el importe del país de Chile por (Carvajal Cabrera, J., Martinovic, C., & Fernández, C. 2017), esto indica la importancia y tendencia que se tiene del costo y los tipos de partos normales y cesáreas, en el resultado de este estudio se observa que en el año 2016, la cesárea tenía el porcentaje muy elevado del 72,5% por ende el costo aproximado de menos de 900 dólares , pero en el año 2017 el cambio de cesárea a parto normal fue un porcentaje alto del 82,1%, además de indicar que el costo tanto para el nosocomio y para la madre y recién nacido fue el promedio menos de 700 dólares esto demuestra que las autoridades de este nosocomio actuaron con más sensatez y concientización en sus labores habituales, lo que se puede mejorar con la propuesta de

un Proyecto educacional que está dirigido para las mujeres fértiles, en estado de gestación, autoridades del nosocomio, el personal de salud de las áreas de consulta de ginecología y pediátrica que deben escoger el parto normal el mismo que resulta más económico, con beneficios para ella y el recién nacido.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 PROPUESTA

Proyecto educativo sobre el costo beneficio del parto normal en el binomio madre-recién nacido. Dirigido al equipo de salud

5.2 FUNDAMENTACIÓN

Según la historia de la cesárea de acuerdo señala que ésta puede dividirse en una parte anecdótica y mitológica y otra científica. Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de Esculapio como el de Baco fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio. Se debe agregar al capítulo anecdótico y sólo registrado en la memoria de repitentes de supuestos casos, las autocesáreas, las cesáreas del célebre castrador de cerdos, Jacques Nuffer, de Sigershausen, en 1500, a su propia mujer Isabel; los 14 casos de Francisco Rousser en 1581 y otros de difícil comprobación. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nuffer en 1500. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo, la madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores (Lugones Botell, 2001, págs. 53-56).

La cesárea tiene riesgos propios de una cirugía y por eso solo debería realizarse si existiera riesgo y no por elección, la cesárea es quirúrgica, que se realiza en el abdomen y en el útero de la madre para extraer uno o más bebés, los riesgos de la anestesia, sea ésta raquídea o general, sin ser especialistas se puede determinar los riesgos de hemorragia, infección, laceración de órganos internos y por otro lado está un bebé que necesita que lo cojan en brazos, que lo cambien y lo alimenten. Los expertos consideran que siempre que sea posible, se debe optar por un parto normal debido a que se presenta muchas ventajas, el proceso fisiológico del parto, con todas las consecuencias relativas a la producción de oxitocina y la mayor calidad del vínculo MADRE –BEBÉ; mejor recuperación de la madre en el postparto; facilita la lactancia, o mejor estado inmunológico para el bebé

En Colombia departamentos como Cauca y el Chocó muestran porcentajes de nacimientos por cesárea de 12-15%. Cifras de Bogotá, Medellín y Cali indican que el 30% de los partos ocurren por vía transabdominal. Casi todos los departamentos del país reportan porcentajes de atención del parto por cesárea superiores al 15%, que es la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2015)

En Ecuador actualmente los porcentajes de cesáreas superan los porcentajes propuestos por la OMS en el 2015 son aproximadamente 25 puntos porcentuales, lo que aumenta el riesgo de muerte materna de las mujeres ecuatorianas, al ser expuestas a los riesgos de un procedimiento quirúrgico sin una causa médica que lo justifique. En Quito, el costo por una cesárea en una clínica privada promedia entre \$3 000 y \$3 500, este valor incluye dos hasta tres días de hospitalización para la madre y el bebé, honorarios médicos del ginecólogo, ayudante médico, pediatra, anestesiólogo, exámenes de laboratorio para la madre y el bebé y medicamentos y materiales que no superen los \$480. Mientras que el parto natural promedia los \$2 500. (Andrade Pazmiño, 2017). Por tal motivo es necesario la implementación de estrategias de concientización educativas para así disminuir el índice de cesáreas.

5.3 JUSTIFICACIÓN

Las pacientes en estado de gestación o no deben informarse cuando optar por cesáreas, es fundamental para lograr la disminución de las mismas, no solo a nivel del nosocomio, sino a nivel nacional

Debido a que no existe una indicación específica la realización de Cesárea esta puede llevar a serias complicaciones tanto maternas como fetales. La elaboración de estrategias educativas ayudará a la disminución de la tasa de cesáreas innecesarias, además de aumentar el control prenatal en pacientes embarazadas. Hay que concientizar a las afiliadas y a los profesionales de la salud que el parto por cesárea es un proceso quirúrgico el mismo que tiene márgenes de riesgo tanto para la madre e hijo(a) y para que esto se cristalice hay que realizar estrategias de conocimiento para las afiliadas desde el momento que está en estado de gestación, que solamente se realizará la cesárea si corren riesgo cualquiera de los dos seres.

Por lo anterior expuesto es necesario elaborar estrategias educativas que nos ayuden a educar a las pacientes embarazadas que acuden al hospital, para que cambien su opinión acerca de la terminación de parto por vía vaginal dando a conocer las ventajas de la misma, lo cual no sólo beneficiará a la paciente, sino también al feto, así como al propio hospital, pues al disminuir las intervenciones por cesárea se puede ahorrar recursos para invertirlos en otros servicios del mismo hospital que requiera.

Entre las estrategias que se ha planificado será la entrega de un diploma a la madre con un **slogan” Gracias Mami por darme un parto normal”**, esto permitirá el fortalecimiento de la orgullosa madre, y se trabajará con charlas educativas con materiales llamativos y bien diseñados, con mensajes precisos, de manera clara y oportuna, se diseñarán gigantografías, trípticos y folletos que se difundirá en todo el hospital, luego de su evaluación podría ser aplicado en toda la red de servicios del IESS mostrando con ello la utilidad práctica de la investigación.

5.4 OBJETIVOS

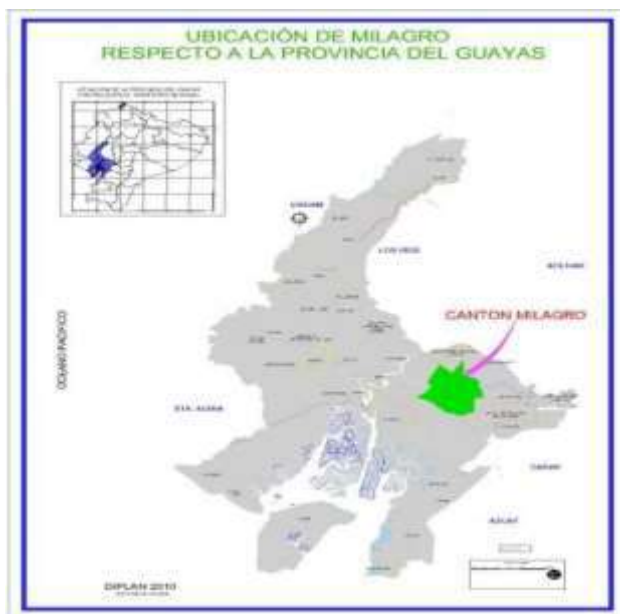
5.4.1 Objetivos General

- Implementar un proyecto educativo para las mujeres en edad fértil y en estado de gestación que acuden a control prenatal, el control, evolución y terminación del embarazo en el Hospital General de Milagro del IESS.

5.4.2 Objetivos Específicos

- Socialización de los resultados de la investigación,
- Difundir el costo del parto normal, y beneficios madre –recién nacido

5.5 UBICACIÓN



El cantón Milagro, está catalogada como capital de la Quinta Región, según el SENPLADES, cantón que se encuentra ubicado en la Provincia del Guayas, mismo que cuenta con el Hospital General Milagro, mismos que fue construido para una capacidad de 100 camas; actualmente, tiene una dotación de 128 camas censables, y 32 camas no censables. De acuerdo a la Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud, está clasificado como un Hospital General de + 70 camas, 4to. Nivel, Categoría de Establecimiento de Salud II-5.

5.6 FACTIBILIDAD

5.6.1 Factibilidad Técnica

En el Hospital cuentan con el Talento Humano de salud de las áreas de Ginecología, Pediatría y hasta de Docencia Medica, es decir personal altamente calificado, la misma que serán las encargadas de concientizar, y dictar las charlas educativas constantemente a todas las mujeres en edad fértil y en estado de gestación, las mismas que tendrán inquietudes, y se darán las respuestas adecuadas por el personal de salud, con la seguridad de proyectar y mentalizar un parto normal.

5.6.2 Factibilidad Económica

El nosocomio asumirá los recursos monetarios para la elaboración de los trípticos, gigantografías, pañales desechables y otros materiales promocionales.

5.6.3 Factibilidad Legal

Existen artículos legales, pero depende solamente de las participaciones políticas, sociales, y concientización de los directivos del nosocomio, no hay excusa y como fundamento legal es la constitución de la República del Ecuador expedida en el año 2008, en la que se expresa en su artículo 32 establece que:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

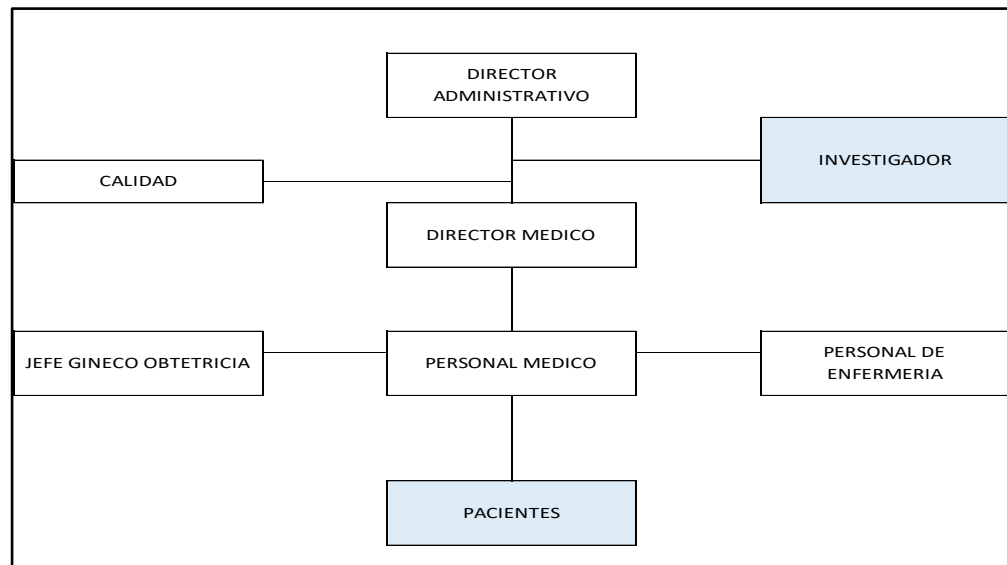
La ley orgánica del sistema nacional de salud se establece que la Maternidad. Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y posparto, así como la dotación de sangre y hemo derivados (La Comisión de Legislación y Codificación del H. Congreso Nacional, 2014).

5.7 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Antecedente: En el estudio del parto de la madre en el Hospital General de Milagro-IESS, en el año 2016 se refleja que la cesárea tiene un porcentaje del 89,10% a pesar que en el año del 2017 se invirtieron los resultados por cuanto el parto normal obtuvo el 82,10%, hay que seguir indicando a las mujeres de edad fértil y mujeres en estado de gestación que deben escoger el parto normal, esto a través de un proyecto de educación

La propuesta está dirigida para el nosocomio y para la Provincia del Guayas, el tiempo estimado para la ejecución enero a junio del 2019, el equipo técnico responsable con el que se va a trabajar es con el Director Administrativos, Director Médico, personal médico, enfermería que labora en el área del servicio Gineceo Obstetricia, y el área de Calidad.

Gráfico 17. Organigrama del proyecto



Elaborado por: Autor

5.7.1 Actividades

Se presenta la propuesta del proyecto educativo las mismas que tiene tres fases, planeación, ejecución y evaluación, además que cuenta con los objetivos y el detalle de cada trabajo propuesto.

Tabla N 9. Actividades de la propuesta

FASES	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDADES	METAS	
P L A N E A C I O N	1. Socialización de los resultados de la investigación	• Difundir la problemática del impacto económico y el mayor número de casos de partos por cesáreas frente a los partos normales.	* Oficios a:	* Oficios a:	
			Director Administrativo	Para cada uno de los funcionario involucrados	
			Director Medico		
			Jefe del área de docencia	Invitación para socialización de los resultados	
			Jefe del área de gineco obstetricia		
			Solicitando Auditorio para la reunión		
	2. Diseño de la propuesta			Elaboración del Programa Educativo	Bibliografía de respaldo
				Del informe del borrador	
				Solicitud del auditorio.	Contenido del material educativo
3. Diseño de material didáctico		Selección de material técnico	Revisión del borrador del material educativo por el profesional a fin		
E J E C U C I O N	4. Presentación de los resultados	Beneficio del Parto Normal	Presentación en dispositivas Foro de discusión con los asistentes	Entrega del material didactico	
			Presentación de la propuesta en diapositivas	Personal medico y licenciadas, informado de los resultados	
			Foro de Preguntas y Respuestas Intercambio de ideas	Pacientes embarazadas informadas sobre ventajas y desventajas del parto normal Desventajas de la cesárea	
	5. Difusión y evaluación del material educativo		Colocación de gigantografias Revisión por médicos de servicio Análisis de contenidos y estructura de trípticos, gigantografias	Inquietudes generales, aclaradas y explicadas por el jefe de área de Gineco obstetricia	
			6. Cumplimiento de la reunión y toma de asistencia	Llevar un registro de asistentes	Asistencia por parte del servicio de gineco obstetricia, área de calidad
				E V A L U A C I O N	7. Realización de encuesta al personal medico (licenciadas) para establecer el grado de conocimiento
8. Análisis de las observaciones y sugerencias realizadas por el personal de salud, y por las pacientes	Resultados 1.- Trimestral 2.- Anual	Análisis de cada una las entrevistas del personal de salud y las pacientes en estado de gestación, para conocer el nivel de comprensión y analisis de los contenidos del material didactico	Asegurarse que el material didactico se difunda (entregar) en las áreas de: Consulta externa de Ginecologia Consulta externa de Pediatría Emergencia Ginecologica Emergencia Pediatría		
9. Revisión final del material didáctico para su impresión definitiva					
10. Socializar el material didáctico de la información					

Elaborado por: Autor

5.7.2 Recursos, Análisis Financiero

Para garantizar la sostenibilidad de las acciones de calidad, seguridad, gestión y atención con pertinencia intercultural, manejo de complicaciones obstétricas y neonatales acorde, estrategia y cumplimiento de normas, protocolos y guías de atención, la disponibilidad de profesional calificado, motivado y comprometido, adjunto presupuesto.

TABLA N 10. Presupuesto de la Propuesta Educativa

PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA										
DESCRIPCION	CANT	1 SEMANA				1 MES		SEMESTRE		TOTAL SEMESTRAL
		No. días				No. MESES		P.U		
TALENTO HUMANO										
DR(A) Ginecología/Pediatría	2		-	-	-	-	-	-	-	-
Lic. Enfermería	2		-	-	-	-	-	-	-	-
EQUIPOS DE COMPUTACION										
LAPTO	1		-	-	-	-	-	850,00		850
IMPRESORA A COLOR	1		-	-	-	-	-	600,00		600
COBERTURA INTERNET WIFI	1		-	-	-	-	-	1,00		1
MATERIALES FIJOS										
PIZARRA ACRILICA/CONS. EXTERNA Y EMERGENCIA	2		-	-	-	-	-	40,00		80
GIGANTOGRAFIA	3		-	-	-	-	-	10,00		30
TOTAL DE PRESUPUESTO FIJO								-		1.561
MATERIALES DE PROMOCIONALES										
TRÍPTICOS	100	5	500	4	2.000	6	12.000	0,21		2.520
TARJETA DE CONTROL	100	5	500	4	2.000	6	12.000	0,05		600
FOLLETOS	100	5	500	4	2.000	6	12.000	0,10		1.200
PAÑALES DESECHABLES	50	5	250	4	1.000	6	6.000	0,15		900
RESMA DE PAPEL	1	2	2	4	8	6	48	2,80		134
MARCADORES	1	5	5	4	20	6	120	0,40		48
CUADERNOS	1	1	1	1	1	6	6	1,00		6
PEN DRIVE	1	1	1	1	1	1	1	10,00		10
PLUMAS	4	1	4	1	4	6	24	0,35		8
TOTAL MATERIALES PROMOCIONALES										5.427
GRAN TOTAL DEL PRESUPUESTO										
										6.988

Elaborado por: Autor

La propuesta educativa tiene el presupuesto semestral US\$ 6.988 y por un año el total es de US\$ 13.976 dólares

5.7.3 Impacto

Las mujeres en edad fértil, y en estado de gestación van a tener un impacto al ver que el personal médico está educando o difundiendo charlas educativas motivadoras y proactivas de los beneficios del parto normal a los afiliados o los que se encuentran en ese instante presente en las áreas de consulta de ginecología

– pediatría, los verdaderos beneficios que tiene la madre y el recién nacido, los mismos que se harán preguntas cortas para que ganen los premios de tres pañales desechables para el recién nacido de esa forma tendremos incentivos y un control prenatal madre – recién nacido, concientizando el parto normal, y que deben cumplir los controles de gestación .

Contarán con la ayuda de un profesional de la salud, una licenciada en enfermería en el trabajo de parto, siempre y cuando hayan cumplido con el control de la propuesta, además la madre tendrá un diploma de Mamá orgullosa - Bebe agradecido con el texto que diga “Te Quiero Mami”, se pondrá en las redes sociales como twitter de la institución del hospital haciendo publicidad al parto normal. Tendremos el respectivo éxito con la aceptación y colaboración de las autoridades del nosocomio.

Y serán las madres que dieron parto normal las que explicaran sus propias experiencias para las futuras madres que acuden al hospital por sus respectivos chequeos médicos, vean por ellas mismas los beneficios que tiene el parto normal.

5.7.4 Cronograma

Se describen las actividades para cumplirse en el tiempo establecido.

MESES Y SEMANAS 2019		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
ACTIVIDADES	SUB ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Socialización de los resultados de la investigación																									
2. Diseño de la propuesta	Solicitud del auditorio.																								
3. Diseño de material didáctico	Selección de material técnico																								
4. Presentación de los resultados	Presentación en dispositivas Foro de discusión con los asistentes																								
	Presentación de la propuesta en diapositivas																								
	Foro de Preguntas y Respuestas																								
	Intercambio de ideas																								
5. Difusión y evaluación del material educativo	Colocación de gigantografías Revisión por médicos de servicio Análisis de contenidos y estructura de trípticos, gigantografías																								
6. Cumplimiento de la reunión y toma de asistencia	Llevar un registro de asistentes																								
7. Realización de encuesta al personal medico (licenciadas) para establecer el grado de conocimiento	Realizar un listado de cada uno de los trípticos y gigantografías																								
8. Análisis de las observaciones y sugerencias realizadas por el personal de salud, y por las pacientes	Análisis de cada una las entrevistas del personal de salud y las pacientes en estado de gestación, para conocer el nivel de comprensión y analisis de los contenidos del material didactico																								
9. Revisión final del material didáctico para su impresión definitiva																									
10. Socializar el material didáctico de la información																									

5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta

Una vez aprobado el presente documento, iniciar la primera etapa del proceso de evaluación

- a) Recopilación de los resultados para análisis de la cobertura de la atención de parto con pertinencia intercultural y la solución en caso de complicaciones durante el parto.
- b) Determinar las necesidades de las usuarias y cumplimiento de los derechos durante el parto y nacimiento, tener los conocimientos, actitudes y prácticas.
- c) Conformación de un comité de monitoreo y evaluación para un servicio de calidad.
- d) Monitorear periódicamente las actividades mediante la supervisión y reuniones para el análisis y toma de decisiones.
- e) Aplicación de instrumentos de monitoreo y evaluación e indicadores establecidos por el MSP-IESS.
- f) Evaluación trimestral, para observar avances, resultados y el logro de los objetivos establecidos, los inconvenientes y las sugerencias para mejorar las actividades.
- g) Evaluación al término del año que permita evidenciar el incremento del parto normal.
- h) Elaboración y presentación de informes del incremento de partos normales.

CONCLUSIONES

En la investigación realizada se puede indicar la importancia y participación de la salud pública a través del MSP y OMS en determinar los eventos más importantes en la vida de la mujer es tener un parto normal, más allá de sus costos, beneficios y sus complicaciones, es alcanzar el bienestar físico, mental del binomio madre-recién nacido y la familia, en base a los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

- El objetivo general es relacionar el costo – beneficio de la salud de la madre en la atención de parto natural frente a cesárea en el Hospital General IESS de Milagro donde implicó los costos elevados en un periodo determinado, el costo del parto normal es el más conveniente, económico, y saludable para la madre y recién nacido, en cuanto el costo beneficio que tienen ambos en ese instante es el apego, el amamantar, recuperación, y los beneficios que tienen ambos, no tiene valor. La cesárea el costo es muy alto y quedan secuelas, debe realizarse solamente cuando exista peligro madre e hijo, ahí encontramos el costo beneficio salvando la vida de madre- recién nacido.
- Las complicaciones en el parto normal y cesárea la mayoría si tuvieron trabajo de parto mientras que un pequeño porcentaje no lo tuvieron, las complicaciones que presento la madre durante el parto se pudo constatar que la eclampsia tubo mayor porcentaje pero de esa misma manera en el año inmediato superior disminuyo el porcentaje, los problemas respiratorios con el recién nacido tubo alta incidencia pero de esa misma manera hubo una disminución bastante considerable, los riesgos en las edades en el rango de 21 a 30 años tuvo la mayor frecuencia de riesgo.
- Si comparamos el beneficio en la salud del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea en base a los datos obtenidos, en el apego del recién nacido con la madre hubo un gran porcentaje de aceptación con relación al año anterior, los días de estancias de recuperación inmediato dentro del nosocomio predomino un porcentaje muy bueno menos de un día con relación al año anterior, en cuanto no es así con la cesárea que es una recuperación dentro del hospital en tres días y en su domicilio es de cuatro a seis semanas y la paciente tendrá la secuelas de la cicatriz y el alto costo del bolsillo, el beneficio de la madre en cuanto a la recuperación y el amamanto inmediato tuvieron porcentaje bastante aceptable con relación al año anterior, Por lo que

se concluye que es de suma importancia concientizar estos resultados como parte de las estrategias efectivas para el control estricto de esta operación en el Hospital General IESS de Milagro, que impacta en la reducción de las complicaciones que surgen, así como en la disminución de los costos, que se podrían utilizar en otras necesidades de primer orden con respecto al sistema de salud.

RECOMENDACIONES


En base a las conclusiones que se obtuvieron de la investigación se dan las siguientes recomendaciones

- Es necesario que se realice en el futuro investigaciones que den a conocer de forma directa ¿El por qué se someten al parto por cesárea?, a sabiendas que para la madre y el recién nacido tendrán problemas en la recuperación,
- Se requiere DISEÑAR UN PROYECTO EDUCATIVO para aumentar el porcentaje del parto normal, para que los profesionales de salud proporcionen un diagnóstico correcto a las mujeres en estado de gestación, así como las técnicas de inducción de trabajo de parto mediante la participación del personal de salud, y administrativo, para cumplir con lo que nos dice (OMS 2015) con relación a la práctica de la cesárea en un porcentaje del 15%.
- Con el proyecto educativo propuesto, el personal del área de calidad del nosocomio debe realizar trimestralmente y anualmente los resultados de los datos estadísticos de los partos normales y cesáreas que se realicen en el Hospital para su respectiva evaluación.

ANEXOS

FICHAS UTILIZADAS.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD											
TEMA											
RELACIÓN DEL COSTO BENEFICIO DE LA SALUD DE LA MADRE EN EL PARTO NORMAL Y CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL IESS DE MILAGRO, EN EL PERÍODO 2016 Y 2017.											
1.3 OBJETIVOS											
1.3.1 Objetivo General de la Investigación											
Analizar la relación costos - beneficio de la salud de la madre en la atención de parto normal frente a la cesárea y sus complicaciones en el Hospital General IESS de Milagro, en el período 2016 y 2017.											
1.3.2 Objetivos Específicos de Investigación											
1- Identificar las complicaciones del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea.											
2- Determinar el beneficio en la salud del binomio madre-recién nacido sometidos a parto normal frente a la cesárea.											
Análisis y Validación por Jueces y / o Expertos del instrumento de Investigación											
Datos Generales: Nombres y Apellidos del Experto:											
VALIDACIÓN											
N°	GUIA OBSERVACIONAL					VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA			
NOMBRE Y APELLIDOS					VIVEN CON						
					a) Con los padres	b) Mamá	c) Papá	d) Familiares	e) Otros		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL											
No. CED. ID.					a) Casados	b) Convivie	c) Separados	d) Viuda	e) Abandon		
Edad		Fecha de Nacimiento			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Raza					INSTRUCCIÓN:						

	Blanca	Negra	Indio	Mestizo	a) Analfabeto	b) Primaria	c) Secundaria	Universitaria	d) Superior			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COSTO Y TIPO DE PARTO	PARTO NATURAL	<input type="checkbox"/>	-700 Dólares	SEGURO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						
	CESÁREA PROGRAMADA	<input type="checkbox"/>	-900 Dólares	SEGURO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						
	CESÁREA DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	+ 1.000,00 Dólares	SEGURO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>						
EL TRABAJO DE PARTO LO CONSIDERÓ	PARTO NATURAL	<input type="checkbox"/>	ACEPTABLE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
	CESÁREA	<input type="checkbox"/>	ACEPTABLE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
LA MADRE PRESENTÓ ALGUNA COMPLICACION(S)	PARTO NATURAL	<input type="checkbox"/>	DESGARROS	<input type="checkbox"/>	SANGRADOS	<input type="checkbox"/>	PLACENTA PREVIA	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/>	PREECLAMPSIA	<input type="checkbox"/>	NINGUNA	<input type="checkbox"/>				
	CESÁREA	<input type="checkbox"/>	DESGARROS	<input type="checkbox"/>	SANGRADOS	<input type="checkbox"/>	PLACENTA PREVIA	<input type="checkbox"/>				
		<input type="checkbox"/>	ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/>	PREECLAMPSIA	<input type="checkbox"/>	NINGUNA	<input type="checkbox"/>				
EL RECIEN NACIDO TUVO COMPLICACIONES	PARTO NATURAL	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA RESPIRATORIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
	CESÁREA	<input type="checkbox"/>	PROBLEMA RESPIRATORIO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
LA EDAD REPRESENTATIVA	PARTO NATURAL	<input type="checkbox"/>	DE 11 A 15 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
		<input type="checkbox"/>	DE 16 A 20 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
		<input type="checkbox"/>	DE 21 A 25 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
		<input type="checkbox"/>	DE 26 A 30 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
		<input type="checkbox"/>	DE 31 A 35 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							

RIESGO		DE 14 A 15 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
		DE 16 A 20 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
	CESÁREA <input type="checkbox"/>	DE 21 A 25 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
		DE 26 A 30 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
		DE 31 A 35 AÑOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
EL BENEFICIO DE LA MADRE Y DEL RECIEN NACIDO CON EL APEGO FUE	PARTO NATURAL <input type="checkbox"/>	APEGO INMEDIATO		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
	CESÁREA <input type="checkbox"/>	PROLONGA EL APEGO		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
CUANTOS DIAS DE ESTANCIA TUVO LA MADRE EN EL HOSPITAL	PARTO NATURAL <input type="checkbox"/>	- DE UN DIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
		+ DE TRES DIAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
	CESÁREA <input type="checkbox"/>	- DE UN DIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
		- DE TRES DIAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
EL BENEFICIO DE LA MADRE EN EL HOSPITAL FUE	PARTO NATURAL <input type="checkbox"/>	RECUPERACION INMEDIATA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
		MANANTO AL DEFE INMEDIATAMENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
	CESÁREA <input type="checkbox"/>	RECUPERACION INMEDIATA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
		MANANTO AL DEFE INMEDIATAMENTE	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				

CALIFICACIÓN	90	100	100
PROMEDIO GENERAL	96,67		

Dr. Omar Guerrero Luna
MÉDICO GINECOLOGO
Reg. San. ESP. LIBRO 4 FOLIO 186
HOSPITAL GENERAL MILAGRO

CALIFICACION	
EXCELENTE	100 - 81
LEVES CAMBIOS	80 - 74
CAMBIOS	73 - 0

Dr. Richard Huayamabe Medina
DIRECTOR MEDICO (E)
Hospital General Milagro

NOMBRE Y APELLIDO: DR. OMAR GUERRERO
CED. CIUDADANA: 0912496007
TITULO ACADÉMICO: Ginecología / Obstetricia
TRABAJA: HOSPITAL GENERAL DE MILAGRO
REGIST. PROF. COD: 6596

NOMBRE Y APELLIDO: DR. RICHARD HUAYAMABE
CED. CIUDADANA: 0915710183
TITULO ACADÉMICO: Norma
TRABAJA: HOSPITAL GENERAL DE MILAGRO
REGIST. PROF. COD: 0907

NOMBRE Y APELLIDO: DR. FRANCISCA ROMERO LÓPEZ
CED. CIUDADANA:
TITULO ACADÉMICO:
TRABAJA:
REGIST. PROF. COD:

NOMBRE Y APELLIDO:
CED. CIUDADANA:
TITULO ACADÉMICO:
TRABAJA:
REGIST. PROF. COD:

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ph.D. Cesar Figueroa F.
Médico Ginecología y Obstetricia

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ph.D. Silvia Castilla Jorocha
Médico Ginecología y Obstetricia

Dr. Jessica Macías Alvear
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Reg. San. 6401
Hospital MILAGRO

CALIFICACION	
EXCELENTE	100 - 51
LEVES CAMBIOS	50 - 26
CAMBIOS	25 - 0

SENESCYT

Lcda. CASTILLO MOROCHO SILVIA MARIA
REGISTRO PHD No. 72414965
 DOCTOR EN SALUD PUBLICA
 UNIVERSIDAD DE MURCIA
 Cedula Ciudadania No. 0703382150

Dr. CESAR FIGUEROA PICO
REGISTRO PHD No. 72414967
 DOCTOR EN SALUD PUBLICA
 UNIVERSIDAD DE MURCIA
 Cedula Ciudadania No. 0917519241

Dra. MACIAS ALVEAR JESSICA KATERINE
REGISTRO DE ESPECIALISTA No. 1006-11-720442
 EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 Cedula Ciudadania No. 0915972921

Dr. GUERRERO LUNA FELIX OMAR
REGISTRO DE ESPECIALISTA No. 1028-08-676900
 EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 Cedula Ciudadania No. 0912496007

Dr. HUAYAMAVE MEDINA RICHARD WILFRIDO
REGISTRO DE ESPECIALISTA No. 1006-12-743122
 EN PEDIATRIA
 Cedula Ciudadania No. 0919910158

AFICHES QUE SE UTILIZARAN PARA CHARLAS EDUCATIVAS.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA



PARA LA MADRE

- El útero regresa a su lugar rápidamente después del parto.
- Ayuda a recuperar su peso normal.
- Previene el cáncer de mamas.
- Previene el cáncer de ovarios.
- Fortalece la autoestima materna.
- Satisfacción emocional de la madre.
- Menor riesgo depresión posparto.
- Crea fuerte vinculo madre-hijo.
- Menor costo económico.



MATERIALES EDUCATIVOS.

¿QUE ES?

Es el contacto permanente piel con piel entre la madre y el recién nacido. El punto clave de esta técnica es que **NUNCA DEBE QUE SEPARAR A LA MADRE DEL BEBÉN NACIDO.**

(MI HIJO Y YO PODEMOS HACER EL MÉTODO CANGURO?)

Si tu hijo está estable perfectamente podrá realizar este procedimiento. Decimos que un bebé está estable cuando: tenga una frecuencia cardíaca, una saturación de oxígeno, una tensión arterial y una temperatura corporal estable.



¿POR QUE ES BUENO PARA MI HIJO?

El **MÉTODO CANGURO** tiene muchos beneficios tanto para tu bebé como para ti. No existe ningún estudio hasta el momento que demuestre que haya algún inconveniente en realizar este método.

Estos beneficios son:

- Mantienen mejor el calor corporal: nosotros sentimos cuánto falta el calor a nuestro pequeño cuando tenga frío favoreciendo su termorregulación.
- Están más calmados, lloran menos.
- Respiran mejor, reduce los episodios de apnea.
- Favorece la lactancia materna: empezarán antes a mamar y durante más tiempo. Este contacto piel a piel también hará que se estimule la leche favoreciendo más cantidad. Por lo tanto su crecimiento será más completo.

- Favorece el neurodesarrollo: evita un proceso al estar más calmados y al sentir menos el dolor.
- Se irritará con más efectividad las infecciones.
- Aumentará de peso con más facilidad.

También tiene una serie de beneficios en nosotros:

- Aumentará nuestra confianza en el cuidado de nuestros hijos, contándonos mejor.
- Mejorará nuestra vinculación con él, lo sentiremos más cerca.





ECUADOR
sin muertes maternas

Cuidados del Parto

El ideal es que acudas siempre a recibir atención médica adecuada y oportuna para el momento de tu parto.

Lactancia Materna



Dale lo mejor de ti

La leche materna es el mejor regalo que una madre puede dar a su hijo

TRÍPTICO CON INFORMACIÓN PRECISA PROPORCIONADO A MADRES.

Los expertos consideran que siempre que sea posible, se debe optar por un parto normal debido a que se presenta muchas ventajas: respeta el proceso fisiológico del parto, con todas las consecuencias relativas a la producción de oxitocina y la mayor calidad del vínculo MADRE –BEBÉ; mejor recuperación de la madre en el postparto; facilita la lactancia, o mejor estado inmunológico para el bebé.

SENTADA



✓ Apoye la espalda sobre un buen respaldo para que esté lo más cómoda posible.

CABALLITO



✓ Ésta posición es útil en el caso de niños prematuros, con Síndrome de Down o succión débil, ya que ayuda al bebé a tomar el pecho.

PATILLA



✓ Ésta es una excelente posición para amamantar gemelos. También es útil después de una cesárea.

EN CASO DE GEMELOS:



MIXTA Ó AUSTRALIANA

BEBÉS CRUZADOS EN FRENTE



PATILLA

Lactancia Materna
Lactancia Materna

"Un regalo para toda la vida"



Unidad de Nutrición Clínica
Instituto AVICENA
(al lado de la Policlínica Metropolitana)
Urb. Caurimare, Calle A-1. Consultas
previa cita telf. +58-212-537.5916
www.nutriciontotal.com

"Lactancia Materna... Alimento Insustituible".

¿CÓMO COLOCAR AL NIÑO DURANTE EL AMAMANTAMIENTO?



Leda. Claudia C. Goncalves P.
Nutricionista-Dietista
egresada de la U.C.V.
M.P.P.S 3493 C.N.D.V 3649
Consulta Previa Cita:
Telf: +58-212-537.5916.
E-mail: claudiacgp82@gmail.com



CONSTANCIA

Quien suscribe, en mi carácter de Editor del Boletín de Malariología y Salud Ambiental, del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, hace constar que el artículo original "RELACIÓN DEL COSTO BENEFICIO DE SALUD DE LA MADRE EN EL PARTO VAGINAL Y CESÁREA", de los autores García Tapia Fernando Oscar, Guaña Bravo Elena Silvana, Lorena Paola Ramírez Morán y Gabriel José Suárez Lima, fue sometido a arbitraje siendo ACEPTADO para su publicación en el Suplemento N° 2 del Volumen 59, N° 2 correspondiente al periodo Julio - Diciembre del año 2019. La revista esta clasificada como publicación tipo "A", indizada en Latindex, Lilacs, Imbiomed, Global Health, Zoological Record, Science Citation Index Expanded, Scopus, Cab Abstracts, Veterinary Science Database, Bireme, y Registrada En Scimago Journal & Country Rank y ASEREME.

Constancia que se expide a solicitud de parte interesada, en la ciudad de Maracay, a los 27 días del mes de febrero del año dos mil diecinueve.



José Antonio Romero Palmera M.V. M. Sc. Editor
Boletín de Malariología y Salud Ambiental
ISSN 1690-4648
MPPS / IAE
Maracay - Aragua

NOTA: Constancia emitida en formato electrónico verificable a través de WhatsApp +58 414 0499407 o editorbolmal@gmail.com.

JCS/JARP



Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 26-Jun.-2019 15:33 -05
 Identificador: 1147271442
 Número de palabras: 16990
 Entregado: 1

Índice de similitud
4%

Similitud según fuente	
Internet Sources:	4%
Publicaciones:	0%
Trabajos del estudiante:	0%

RELACIÓN COSTO BENEFICIO DE LA SALUD DE LA MADRE EN EL PARTO VAGINAL VERSUS CESARÍA IESS

MILAGRO Por Fernando García ^{1% match (Internet desde 01-mar.-2018)}
<http://docplayer.es/24302537-Universidad-estatal-de-milagro.html>

1% match (Internet desde 05-may.-2019)
<http://fesgo.org.ec/wp-content/uploads/2017/03/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>

1% match (Internet desde 09-may.-2019)
<http://partoocesarea.blogspot.com/2011/09/la-cesarea.html>

1% match (Internet desde 31-ago.-2016)
<http://www.bebesymas.com/parto/cuanto-tiempo-deberias-estar-en-el-hospital-despues-de-dar-a-luz>

INTRODUCCIÓN En Ecuador, actualmente los porcentajes de cesáreas superan los porcentajes propuestos por la OMS el cual sugiere que se practique únicamente el 15% de intervenciones de ese tipo OMS 2015. Las cifras del Ministerio de Salud Pública (MSP) revelan que los registros de nacimientos mediante este procedimiento representan el 50,62% y se realizan en los hospitales. El menor porcentaje de nacimientos por parto, se concentra en los establecimientos del MSP: 35,09 %. En los centros particulares una cesárea puede llegar a costar \$1.200 y hasta \$ 3.000. La variación depende de los honorarios médicos, tiempo de hospitalización e insumos utilizados. El tema es alarmante e importante para la salud pública, por el elevado porcentaje de cesárea a nivel mundial, así lo indica la OMS, la particularidad de esta investigación es de impacto para la salud pública, existen artículos científicos que describen sólo costos, enfermedades de lactancia, temprana edad materna, Este estudio es de acuerdo a la línea de investigación es de salud pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población , el análisis del costo beneficio de la salud de la madre en el parto normal, y cesárea con sus complicaciones en el hospital general de Milagro del período 2016 hasta 2017, no se ha encontrado artículo científico con el contenido de costos, tipo de partos, beneficios y complicaciones, el presente estudio tiene esos contenidos por lo que lo hace único y novedoso con citas científicas, en el hospital general de Milagro en el año 2016 la mayoría de las mujeres en estado de gestación estaban programadas para la cirugía por cesáreas, por lo que me motivó a realizar esta investigación y contribuir a la sociedad a una solución con un plan educativo para concienciar al equipo de salud, con charlas educativas, entrega de materiales llamativos con informaciones precisas, folletos, trípticos del tema del parto natural y sus beneficios, el diseño de la investigación es cuantitativo, no experimental, descriptivo, de cohorte retrospectivo - El

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, A: "Vaginal birth after previous cesarean delivery" *.Rev. Obstet Gynecol.*, vol.115, N°1, *Colombia, 2010*, pp 450-463.
2. ACOG. (2010). American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.*, 450-463.
3. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, A: "Vaginal birth after previous cesarean delivery" *.Rev. Obstet Gynecol.*, vol.115, N°1, *Colombia, 2010*, pp 450-463.
4. American Academy of pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologist: guidelines for perinatal care (2007), 6th ed. *Elk Grove, III, American Academy of pediatrics.*
5. Andrade Pazmiño, M. (2017). Incidencia y principales indicaciones de cesáreas y parto por vía normal en el Hospital de los Valles del 1 de Enero del 2013 al 31 de Diciembre del 2015., 1–37. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6594>.
6. Aguilera Díaz, Anailys, El costo-beneficio como herramienta de decisión en la inversión en actividades científicas, *Revista Cofin Habana*, 2017, pp 322-343
7. ARAGÓN HERNÁNDEZ, J.A, ÁVILA VERGARA, MA, BELTRÁN MONTOYA, J, CALDERÓN CISNEROS, E, CALDIÑO SOTO, F, CASTILLA ZENTENO, A, GARCÍA ESPINOSA, M, GIL MÁRQUEZ, J, GUDIÑO RUIZ, EN, HERNÁNDEZ RIVERA, C, LOYA MONTIEL, L, SALVADOR DOMÍNGUEZ, G, & VADILLO ORTEGA, F.: "Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso." *Revista Ginecología y obstetricia de México, México, 2017, vol.85, N°5, pp. 314-324.* Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000500314 2
8. Ariza, D. I. (2011). *Perspectiva de la Diabetes Mellitus tipo 2 en Latinoamérica. ALABAD, 1.*

9. ARNAU SÁNCHEZ, José Martínez, ROCHE, Emilia Nicolás, VIGUERAS, Dolores, Bas Peña, : "Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia." *Revista de Antropología Iberoamericana*, vol.7, N°2, Murcia - España, 2012 pp. 225-247. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>

10. Arcila Lizalda, Carlos Iván; Tavares Mendoza, Diana Alejandra, Diseño e Implementación de una estructura de costo para la empresa MAQUINPLAST S.A.,2007

11. ASAMBLEA CONSTITUYENTE DEL ECUADOR: *Constitución del Ecuador*, (8 de Agosto de 2008). de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf extraído el 12 de Julio de 2018,

12. BEBÉS Y MÁS: *¿Cuánto tiempo deberías estar en el hospital después de dar a luz?*, (25 de Abril de 2018), de <https://www.bebesymas.com/parto/cuanto-tiempo-deberias-estar-en-el-hospital-despues-de-dar-a-luz> Extraído el 19 de Diciembre de 2018.

13. BESIO R., Mauricio.: "Cesárea versus parto vaginal." *Revista médica de Chile*, vol. 127, N°9, Chile,1999, pp.1121-1125. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014

14. BOLETÍN ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD,: *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. (23 de Junio de 2014) de <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/> extraído el 17 de Diciembre de 2018,

15. Bravo Realza, Á. M. (2012). *Proyectoeación de recursos humanos*. El Cid Editor.

16. Brunner y Suddrth. (2010). *omité de Infecciones Respiratorias de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica*. Latinoamerica: Rev Enfermedades Infeciosas en Pediatría. 2010.

17. CARDENAS RODRIGUEZ, Rocio Bouza, VERA, Meylín, MARTÍNEZ ABREU, Judit: "Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Obstetricia*

y *Ginecología*, vol.38, N°4, Cuba, 2014,. pp. 628-634. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400013

18. Carolina, R. C. (2009). *Costo de las diabetes*. Recuperado el 13 de Agosto de 2013
19. Carvajal Cabrera, J. A. (2017). Parto Natural. ¿Qué nos dice la evidencia? *Revista Ciencias Médicas*, 42(1), pp. 1-13. Obtenido de <http://docplayer.es/55404713-Parto-natural-que-nos-dice-la-evidencia.html>
20. CERIANI CERNADAs, José M., GONZALO, PARDO, Amorina, AGUIRRE, Adolfo, PÉREZ, Cecilia, BRENER, Pablo, & CORES PONTE, Florencia A. "Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal.", *Archivos argentinos de pediatría*, vol.108, N°1, Buenos Aires - Argentina, 2010 pp.17-23. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n1/v108n1a05.pdf>
21. CERIANI CERNADAs, José M., GONZALO, PARDO, Amorina, AGUIRRE, Adolfo, PÉREZ, Cecilia, BRENER, Pablo, & CORES PONTE, Florencia A. "Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal.", *Archivos argentinos de pediatría*, vol.108, N°1, Buenos Aires - Argentina, 2010 pp.17-23. Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n1/v108n1a05.pdf>
22. Cobos Barroso N, G. P.-Y. (2014). *Tratado de Neumología Infantil*. Madrid: Ergon;.
23. DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍAS VIRTUALES.: *Implementa un establecimiento de alimentos y bebidas: cafe bar como alternativa de distracción en la ciudad de Guayaquil*. (4 de Octubre de 2008) de <http://online.tes.edu.ec/investigaciones/index.php/tesisgrado/turismo/file/30-implementar-un-establecimiento-de-alimentos-y-bebidas-cafe-bar-como-alternativa-de-distraccion-en-la-ciudad-de-guayaquil> extraído de el 13 de Octubre de 2012,
24. Del Pezo, E. (2013). *Participación familiar en el autocuidado del paciente diabético "centro de salud #1 Santa Elena" 2012 - 2013*. Obtenido de

<http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/992/1/ELOISA%20DEL%20PEZO-TESES.pdf>.

25. Dos Santos, Manuel Alonso, Calidad y satisfacción: el caso de la Universidad de Jaén, Revista de la Educación Superior, 2016, pp 79-95
26. Dr. Alfonso Roídos Garcés. (s.f.). *Director de Medicina*. Eured. (2010). *Diabetes millitos*. Recuperado el 16 de Junio de 2013, de http://www.ecured.cu/index.php/Diabetes_mellitus
27. Ortiz Lee, Carlos, de Marcos López, Nayra, Pérez Contreras, Jesús, Moya Martínez, Beatríz, & Pérez Piñero, Julia. (1998). Complicaciones del parto vaginal en pelviana versus cesárea. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 24(2), 69-73. Recuperado en 06 de febrero de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-60Darío Lezcano Duarte. (2012). Percepcion sobre las infecciones respiratorias agudas a los niños menores de 5 años del hospital Distritalde Horqueta 2012. *attachements*, 1-77.
28. FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABETES. “Prevenir y tratar la diabetes es eficaz. (08 de Noviembre de 2011) de <http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf> extraido el 12 de Junio de 2013,
29. FERNÁNDEZ SALGADO, M, RUBIO BATISTA J.: "Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas", *Rev Cubana Med Gen Integr*, vol.6, N°3, Cuba, 1990, pp. 1-58.
30. Fernández Salgado M, R. B. (2010). *Factores predisponentes de infecciones respiratorias agudas*. Cuba: Rev Cubana Med Gen Integr 1990;6(3):.
31. Fernandez R, L. (2014). Enfisema Pulmonar. *Scielo*, 12 - 23
32. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, U. *Niñas y niños en un mundo urbano*. (14 de Septiembre de 2012), de El Estado Mundial de la Infancia de 2012: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2012/> extraido el 5 de Noviembre de 2018.
33. GAITÁN DUARTE, Hernando., & ESLAVA SCHMALBACH, Javier. Hernando; Eslava Schmalbach, Javier: "El parto: evento que exige la excelencia de la calidad

- de los servicios de salud." *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol.68, N°2, Chile, 2017, pp.97-101. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342017000200097&script=sci_arttext&tlng=es
34. GIRALDO MONTOYA, Dora Isabel., GONZÁLEZ MAZUELO, Elvira Margarita, & HENAO LÓPEZ, Claudia Patricia. Dora Isabel; González Mazuelo, Elvira Margarita; Henao López, Claudia Patricia "Experiencias de las mujeres durante el trabajo de parto y parto." *Revista Avances en Enfermería*, vol.33, N°2, Chile, 2015, pp.271-281. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000200009
 35. Gómez A, V. (2014). Infecciones pulmonares. *Scielo*, 12- 17.
 36. Gómez G, V. (2001). Contabilidad de costos: conceptos, importancia y clasificación
 37. GUEVARA RÍOS, Enrique, MEZA SANTIBALLÉN, Luis. "Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú." *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol.60, N°4, Lima, Peru, 2014. pp. 385-394. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015
 38. HERNÁNDEZ PACHECO, José A, ESPINO Y SOSA, Salvador, ESTRADA ALTAMIRANO, Ariel, NARES TORICES, Miguel, "Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio." *Revista Perinatología y reproducción humana*, vol.27, N°4, Chile, 2013, pp.262-280. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n4/v27n4a9.pdf>
 39. HERRERA GÓMEZ, Antonio,: "El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto." *Revista de Index de Enfermería*, vol.22, N°(1-2), Chile, 2013, pp.79-82. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017

40. Icaza Villalva, E. E. (Marzo de 2012). *Adherencia al tratamiento con insulina en pacientes con Miellitus S.* Recuperado el 18 de Agosto de 2013, de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2083/1/106603.pdf>
41. INFOBAE (2019). Días de estancia
42. INFOBAE. *Casamiento, embarazo, roces, celos y osados desafíos: los primeros 6 meses de Meghan Markle como duquesa de Sussex.* (24 de Noviembre de 2018). Obtenido de <https://www.infobae.com/america/entretenimiento/2018/11/24/casamiento-embarazo-roces-celos-y-osados-desafios-los-primeros-6-meses-de-meghan-markle-como-duquesa-de-sussex/> extraido el 23 de Diciembre del 2018.
43. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS, *Estadísticas Vitales.* (14 de marzo de 2015). Nacimientos y Defunciones: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/> extraido el 14 de Diciembre de 2018.
44. JARAMILLO GONZÁLEZ., Diana Catalina,; "Embarazo, trauma obstétrico y sus efectos sobre el piso pélvico. Revisión de la literatura." *Revista Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, vol.33, N°2,* Medellín, Colombia, 2014, pp. 129-137. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159044235006.pdf>
45. JIMÉNEZ CÓRDOBA, Jennifer., *Parto por cesárea eleva riesgo de insuficiencia respiratoria en recién nacidos.* (20 de Marzo de 2017). Estudio UCR recomienda disminuir la cantidad de cesáreas programadas: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2017/03/20/parto-por-cesarea-eleva-riesgo-de-insuficiencia-respiratoria-en-recien-nacidos.html> extraido el 26 de Noviembre de 2018,
46. José María Paricio Talayero. (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al parto Normal. *Ministerio de Sanidad y política social,* 1-317.
47. LA COMISIÓN DE LEGISLACIÓN Y CODIFICACIÓN DEL H. CONGRESO NACIONAL. *Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia.*, Quito, República del Ecuador, 2014, de https://www.igualdad.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf extraido el 24 de Septiembre de 2018,

48. LENHER, Maria Paula. "Partos en la primera mitad del siglo XX; De las redes informales a la medicalización. En A. C. Ana Lía Kornblit," *Salud, sociedad y derechos; Investigaciones y debates interdisciplinados*, Buenos Aires - Argentina: Teseo. 2012, pp.381.
49. LUCIO, Ruth, VILLACRÉS, Nilhda; RODRIGO, Henríquez, "Sistema de salud de Ecuador." *Salud Pública de México*, vol.53, N°1, Cuernavaca, México Chile, 2011, pp. 177-187. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10619779013.pdf>
50. LUGONES BOTELL, M., "La cesárea en la historia." *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, vol.27, N°1, Cuba, 2001, .pp.53-56. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100009
51. MÉNDEZ, Cristóbal Bernal,.: *Ensayo de Redes Sociales*. (12 de Enero de 2010), Ensayo de Redes Sociales: <https://docs.google.com/document/d/1S2467qHvRa8PfP-WRpkw5JE9HeJ8pIB9FKyOuO1ZKRg/edit?hl=es&pref=2&pli=1> extraído el 13 de Febrero de 2016
52. Marangely, S. (2013). *Cuidados de la diabetes*. Recuperado el 18 de Agosto de 2013
53. Martín Fors, D. (2009). *Los valores en el centro de la cultura organizacional*. El Cid Editor.
54. Martínez Guillén, M. d. (2012). *La cultura de Empresa*. Diez Santos.
55. Merck, R. (2013). NEUMONIA FACTOR DE RIESGO EN LA SALUD. *Scielo*, 12-23.
56. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. *Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud*. Quito - Ecuador: Gobierno de la República del Ecuador. (2014). de <http://digper2.armada.mil.ec:8080/documents/19/2581684/tarifario+de+prestaciones+para+el+sistema+nacional+de+salud.pdf/24de5fcf-9e5c-4a69-9805-f4f59d67b607;jsessionid=71C862DB0B7BA789DF4596F6181A4068?version=1.0> extraído el 21 de Agosto de 2018,

57. Ministerio de Salud Pública (2016) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Hacia un abordaje integral. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Objetivos%20Sanitarios%20Nacionales%20COMPLETO%20final%209%20JUNIO%202016.pdf
58. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución número 1441 de 2013 (6 de mayo)
59. (MSP, 2016)MIPS, G. R. (2012). Infecciones Pulmonales. *Redaly*, 45-56.
60. MINKOFF HI & SCHWARZ RH. "The rising cesarean section rate: can it safely be reversed?" *Obstet Gynecol*, vol.56, N°1, Chile, 1980, pp. 135-143.
61. NÁPOLES MÉNDEZ, Danilo, COUTO NÚÑEZ, Dayana. "Análisis de la cesárea como fuente de costo." *MEDISAN*, vol.21, N°8, Chile, 2017, pp. 1008 - 1017. Obtenido de <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1635/html>.
62. Naranjo Pereira & María Luisa. "Motivación: Perspectivas Teóricas y algunas Consideraciones de su importancia en el ámbito educativo" *Revista Educación* 2009, pp. 153-170
63. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Participación e importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *OMS*, 2015, pp. 50-65.
64. OMS. (11 de 01 de 2010). *Palabra de Mujer*. Obtenido de *Palabra de Mujer*: <https://palabrademujer.wordpress.com/2010/02/04/nueva-advertencia-de-la-oms-la-cesarea-solo-debe-realizarse-si-hay-indicacion-medica/>
65. Organización Mundial de la Salud, O. P. (2014). Estrategias de control de infecciones para procedimientos específicos en . *Ginebra: OMS/OPS*; , 23-40.
66. Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington DC.: @OPS, 2010.
67. Oyola. (2013). Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de Febrero. *Chimbote* 2013. *Scielo*, 50 - 62.
68. Pérez Castañeda, Suly Sendy; Cruz Ramírez, Dorie; Quiroz Salas, Lourdes Gabriela, Análisis de sensibilidad de indicadores financieros en la evaluación de inversiones en Mipymes, 2012
69. Pérez García, Valery, Costos y Presupuestos, 2016

70. PINTO, Fernando. L, "Apego y lactancia natural." *Revista chilena de pediatría*, vol. 78, N°1, Chile, 2007, p. 96-102. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>
71. QUINTERO MAESTRE, E., *Historia del Instituto Ecuatorianos de Seguridad Social*. Quito - Ecuador: El portal de la prevención de Riesgos, SIGWEB, 2015. Obtenido de <https://docplayer.es/4252910-El-portal-de-los-expertos-en-prevencion-de-riesgos-de-chile-historia-del-instituto-ecuadoriano-de-seguridad-social.html>
72. Rámirez, F. (1999). Aspectos de Enfermedad Pulmonar. *Redaly*, 34-45.
73. Ramírez-Palacios, LA, Catacora-Navarro, MO, Morales-Lima, KV, Hernández-Pacheco, JA, & Estrada-Altamirano, A. (2017). Riesgo de complicaciones maternas y perinatales en mujeres con coartación aórtica. Estudio de casos y controles. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(1), 1-6. Recuperado en 10 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000100002&lng=es&tlng=es
74. Román MenganaI, Yainit; Dios Lorente, José Arturo, Calidad de la atención de enfermería en los servicios quirúrgicos del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", *Revista MEDISAN*, 2014, pp 1593-1602
75. RIVERO TORRE, P. C.: "El análisis económico-financiero de la empresa." *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, vol.16, N°49, Chile, 1986, pp.32-45. Obtenido de https://aece.es/old/refc_1972-2013/1986/49-1.pdf
76. Roca Goderich R, S. S. (2013). *Temas de Medicina Interna. 4 ed.* México: a Habana: Editorial Ciencias Médicas;
77. Rojas, A. M. (2009). *Los organigramas*. El Cid Editor.
78. RUIZ SÁNCHEZ, Joaquín, SALVADOR ESPINOZA Y SOSA, VALLEJOS PARÉS, DURÁN ARENAS. Areli: "Cesárea: Tendencias y resultados." *Revista Perinatología y reproducción humana*, vol. 28, N°1, México, 2014. 1-317. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006

79. SADLER, Michelle.,: Los efectos de la cesárea en la salud infantil: Un asunto urgente. *Revista chilena de pediatría*, vol. 89, N°4, Chile, 2018, pp.561-562. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v89n4/0370-4106-rcp-00706.pdf>
80. Santillan, R. (12 de Agosto de 2010). *La Diabetes*. Recuperado el 12 de Junio de 2013, de http://www.ecured.cu/index.php/Diabetes_mellitus
81. SÁNTILLAN BRICEÑO, CORDERO GONZÁLEZ, G, FRIAS MADRID, B, CARRERA MUINOS, F, YLLESCA MEDRANO, BARRERA MARTINEZ.,: "Síndrome de transfusión feto-feto: resultados neonatales en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México." *Perinatología y reproducción humana*, vol.30, N°1, Chile; 2016. pp. 2-8. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/303634023_Sindrome_de_transfucion_feto-feto_resultados_neonatales_en_un_hospital_de_tercer_nivel_en_la_Ciudad_de_Mexico
82. Ucha, Florencia, Definición de Gastos, 2009
83. Valles y Cols. (2012). *Bases técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de las IRAS en el primer nivel de atención*. Washington: DC: OPS. Serie HTCI AIEPI-1.
84. VÁZQUEZ PARRA, Jorsé Caros.: Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16(1), Chile, 2016, pp. 60-71. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1270/127044052004/html/index.html>
85. VILLAR J, V. E.: Tasas de partos por cesárea y resultados del embarazo: encuesta mundial de la OMS de 2005 sobre salud materna y perinatal en América Latina. *Revista Lanceta*,: Chile, 2016 vol 367 N°9525, pp. 1819 - 1829.
86. Waldemar, R. (2011). *Fundamentos teóricos de la investigación*. Guatemala: Limerin.