

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas**

**Promoción de cuidados en el embarazo para reducir la  
muerte materna**

Proyecto integrador

**Daniela Estefanía Mera Granja  
Daniela Nicole Hurtado Salazar**

**Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas**

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título  
de Licenciada en  
Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Quito, 11 de mayo del 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
**Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas**

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Promoción de cuidados en el embarazo para reducir la  
muerte materna**

**Daniela Estefanía Mera Granja  
Daniela Nicole Hurtado Salazar**

Calificación:

Nombre del profesor

\_\_\_\_\_

Gabriela Falconí, MA

Firma del profesor

\_\_\_\_\_

Quito, 11 de mayo del 2018

## Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Daniela Nicole Hurtado Salazar

Código: 00124559

Cédula de Identidad: 1721039038

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Daniela Estefanía Mera Granja

Código: 00125453

Cédula de Identidad: 1719110197

Lugar y fecha: Quito, 11 de mayo de 2018

## DEDICATORIA

*Esta investigación esta dedica a todas las mujeres que están con nosotros y  
a las que se han ido.*

*Su fortaleza, experiencia y amor incondicional nos han motivado ha  
realizar esta campaña, la cual esperamos se solo el inicio de una  
conciencia colectiva acerca de la importancia de conocer y ser parte de un  
cambio que combata los índices de muerte materna.*

## **AGREDECIMIENTOS**

Agradecemos profundamente a la Universidad San Francisco de Quito y en especial a la carrera de Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas por formarnos como personas y profesionales integrales, impulsándonos a ver más allá de lo que todos ven y motivándonos a crear proyectos que generen un impacto social positivo.

### **Daniela Estefanía Mera Granja**

Para ustedes, mi mayor inspiración, mi familia. Ustedes son mi vida entera y mi pilar fundamental. A mi padre, Julio Mera, mi ejemplo a seguir, nada de esto hubiera sido posible sin tu amor y guía, por eso y más te estaré eternamente agradecida. A mi madre Rocío y mis hermanos Cristina y Julio, su cariño me llena el corazón día a día y sus palabras me impulsan a volar alto. En fin, gracias a la vida por ponerme personas incondicionales en el camino, Tía Moni, Lulis, mis amadas amigas, mi gordito. Esto va por y para ustedes.

### **Daniela Nicole Hurtado Salazar**

Esta tesis se la dedico a mi familia Ximena, Luisana, Marcelo y Camilo por ser el pilar fundamental en mi vida. Inspirándome cada día a dar lo mejor de mí misma, a mis abuelitos y tío por acompañarme en este largo camino y ser el complemento perfecto en mi día a día. Imposible olvidar a aquellos amigos presenciales y a otros que aun a la distancia con un mensaje están pendientes y te sacan una sonrisa. A cada uno de ustedes gracias por el tiempo, el amor, la paciencia y el apoyo dedicado. Este es solo el inicio de grandes cosas a futuro por y para ustedes.

## RESUMEN

La Muerte Materna es una grave problemática de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, tomando en cuenta varios estudios e investigaciones de organismo internacionales como la OMS y la OPS. Se revela que Latinoamérica cuenta con los índices más altos en muerte materna del continente, pero un factor aun más preocupante es que, el Ecuador presenta los índices más altos a nivel Sudamericano. Las principales razones por la que estas cifras no han disminuido, es debido, a la falta de información entregada a la ciudadanía y en especial porque la gran mayoría de mujeres en proceso de gestación no cuentan con el libre acceso a servicios públicos o centros de salud. A nivel nacional instituciones como el Ministerio de Salud han creado campañas que esperan disminuir estas altas cifras. Sin embargo, el trabajo realizado se lo ha enfocado a el primer factor de este modelo de salud, el mismo que consta de la capacitación al personal de servicio de salud. Dejando de lado el contacto directo con la sociedad.

Es así como la campaña “Lo que deberías saber- Juntos contra la muerte materna” nace para trabajar en conjunto con la Asociación el Parto es Nuestro y la Universidad San Francisco de Quito, representada por las estudiantes Daniela Hurtado y Daniela Mera. Con el fin de informar a las personas ya sean jóvenes o adultos acerca de la importancia de los cuidados en el embarazo para luchar juntos y disminuir los altos índices existentes. Gracias al contacto directo con el público objetivo se ha logrado que cada una de las personas que formaron parte de este proceso se conviertan en gestores de cambio que, reconocen signos de riesgo y pueden prevenir la muerte de alguna madre embarazada.

**Palabras Clave:** Muerte materna, control prenatal, embarazo, nutrición, salud reproductiva, salud, servicio de salud, pobreza, género.

## ABSTRACT

Maternal death is a serious public health problem both nationally and internationally. Several studies and investigations of nonprofit organizations such as WHO and PHO, revealed that Latin America is the region which presents the highest rates of maternal mortality in the region. But an even more alarming fact is that Ecuador exhibits the highest rates in the South America, showing minimum improvement in the last decades. The main reason of this problem is the lack of information given to the citizens, and especially because pregnant women don't have free access to public services or health centers. Talking about national actions, institutions such as the Ministry of Health have created campaigns that hope to reduce these high figures; however, their work has focused on the first factor of the health model, which consists of the training of health service personnel leaving aside the direct contact with society.

"Lo que deberías saber – Juntos contra la Muerte Materna" is a social campaign which was born as a response to the alarming public health issues. In association with "El Parto es Nuestro – Ecuador" and Universidad San Francisco de Quito represented by the students Daniela Hurtado and Daniela Mera, the campaign has done multiple activities to inform and people about the importance of pregnancy care in order to reduce the high maternal mortality rates that exist nowadays. Thanks to direct contact with the target audience, each person who was part of the process have become ambassadors who recognize signs of risk and can prevent the death of a pregnant mother.

**Key words:** Maternal mortality, prenatal control, pregnancy, nutrition, reproductive health, health, gender, poverty.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>MARCO TEÓRICO INTERNACIONAL.....</b>	<b>14</b>
Objetivos .....	14
Introducción .....	15
Antecedentes .....	16
Desigualdad social .....	17
Biopoder .....	18
Pobreza y género .....	20
Salud Alimentaria y género .....	23
Educación, género y pobreza .....	25
Promoción de salud .....	26
Aspectos Históricos.....	26
Psicología de salud comunitaria.....	29
Salud Materna .....	31
Embarazo .....	33
Fases del embarazo .....	34
Embarazo de riesgo .....	36
Posibles complicaciones .....	37
Factores sociales .....	38
Mortalidad Materna .....	40
Antecedentes .....	42
Causas .....	44
Prevención .....	46
Situación Actual .....	47
Estadísticas .....	48
Control Prenatal .....	50
Aspectos Históricos.....	53
Fortalecimiento del control prenatal .....	54
Modelo de las Tres Demoras .....	56
Procesos de evaluación .....	59
Estadísticas .....	61
Nutrición Materna .....	66
Aumento de necesidades nutricionales.....	67
Ácido fólico.....	69
Peso adecuado.....	69
Nutrición por trimestres.....	70
<b>MARCO TEÓRICO NACIONAL.....</b>	<b>72</b>
Objetivos .....	72
Salud Pública .....	72
Antecedentes .....	72
Salud como derecho en el Ecuador.....	74
Situación Actual.....	78
Embarazo .....	81
Muerte Materna.....	83
Situación Actual.....	85
Estadísticas. ....	86
Control Prenatal .....	89



Antecedentes.....	89
Situación Actual.....	93
Factores Sociales.....	96
Nutrición Materna.....	98
Situación Actual.....	98
Recomendaciones.....	99
Análisis de la Investigación .....	102
Objetivo general .....	102
Objetivos específicos .....	102
Universo .....	103
<b>CAMPAÑA DE MERCADEO SOCIAL .....</b>	<b>109</b>
Nombre de la campaña.....	109
Logo de la campaña.....	109
Tema de la campaña.....	109
Antecedentes.....	110
Justificación.....	111
Objetivos .....	111
Público Objetivo.....	112
Fundación Beneficiada.....	113
Capacitaciones.....	114
Colegio John Neper.....	114
Capacitación y taller de salud sexual y reproductiva.....	114
Capacitación y taller de nutrición juvenil y embarazo.....	115
Capacitación acerca de muerte materna.....	116
Capacitación USFQ: Violencia Obstétrica y Muerte Materna .....	117
Activación / BTL.....	117
BTL espacio público.....	118
BTL Institución Educativa Colegio John Neper.....	119
BTL Universidad San Francisco de Quito.....	119
Eventos.....	121
Evento de Apertura.....	121
Evento Recaudación de fondos: Stand Up Comedy “Luna de Miel”..	121
Evento de Cierre.....	122
Activismo.....	122
Redes Sociales.....	125
Medios.....	130
Voceros.....	131
Cuña de Radio.....	131
Producto Comunicacional.....	132
Resultados Obtenidos.....	132
Objetivos vs Logros.....	139
Presupuesto.....	141
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>151</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>153</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>155</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- .....	38
Tabla 2.- .....	68
Tabla 3.- .....	96
Tabla 4.- .....	102
Tabla 5.- .....	130
Tabla 6.- .....	142
Tabla 7.- .....	150

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.- .....	49
Figura 2.- .....	49
Figura 3.- .....	62
Figura 4.- .....	63
Figura 5.- .....	64
Figura 6.- .....	64
Figura 7.- .....	65
Figura 8.- .....	65
Figura 9.- .....	66
Figura 10.- .....	80
Figura 11.- .....	82
Figura 12.- .....	83
Figura 13.- .....	85
Figura 14.- .....	86
Figura 15.- .....	87
Figura 16.- .....	88
Figura 17.- .....	88
Figura 18.- .....	91
Figura 19.- .....	92
Figura 20.- .....	94
Figura 21.- .....	100
Figura 22.- .....	103
Figura 23.- .....	104
Figura 24.- .....	104
Figura 25.- .....	105
Figura 26.- .....	105
Figura 27.- .....	106
Figura 28.- .....	106
Figura 29.- .....	107
Figura 30.- .....	107
Figura 31.- .....	133
Figura 32.- .....	133
Figura 33.- .....	134
Figura 34.- .....	134
Figura 35.- .....	135
Figura 36.- .....	135
Figura 37.- .....	136
Figura 38.- .....	136
Figura 39.- .....	137
Figura 40.- .....	138
Figura 41.- .....	138
Figura 42.- .....	139

## TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- .....	109
Gráfico 2.- .....	115
Gráfico 3.- .....	116
Gráfico 4.- .....	117
Gráfico 5.- .....	117
Gráfico 6.- .....	118
Gráfico 7.- .....	119
Gráfico 8.- .....	120
Gráfico 9.- .....	121
Gráfico 10.- .....	121
Gráfico 11.- .....	122
Gráfico 12.- .....	124
Gráfico 13.- .....	127
Gráfico 14.- .....	129
Gráfico 15.- .....	129

## JUSTIFICACIÓN

Uno de los problemas de Salud Pública más urgentes del Ecuador y países en desarrollo, está relacionado con altos índices de mortalidad materna debido a la falta de uso de servicios de control y cuidado prenatal en el periodo de embarazo. La atención al embarazo es un tema integral que cubre el proceso completo de preñez y se ve reflejado en la salud de la madre y el feto durante el tiempo de gestación, parto y postparto. El control prenatal funciona como una guía para prevenir complicaciones obstétricas y atender las existentes, previniendo agravamientos y creando un ambiente óptimo para el desarrollo del bebé y el bienestar de la madre. Un proceso de control prenatal adecuado no solo reduce la mortalidad materna, sino que también asegura el bienestar físico y mental del niño que es concebido. Mediante la educación y promoción del control prenatal en diferentes sectores de la sociedad, no solo se logrará reducir la muerte materna, sino que también se crearán experiencias positivas y conocimientos prácticos en torno al embarazo, los cuales pasarán de generación en generación.

# MARCO TEÓRICO INTERNACIONAL

## Objetivo general

Comprobar que los correctos cuidados durante el embarazo pueden reducir el índice de muerte materna en países en vías de desarrollo.

## Objetivos específicos

- Profundizar acerca de la importancia del control prenatal, sus modelos y aplicaciones.
- Constatar que la muerte materna sigue siendo una importante problemática de salud pública, sobre todo en países de tercer mundo.
- Establecer la existencia de factores sociales como influenciadores de una deficiente atención al embarazo.
- Confirmar que la nutrición de la mujer antes y durante el periodo de gestación es un factor determinante para el resultado de su embarazo.

## **Introducción**

A pesar de los esfuerzos realizados por organizaciones y gobiernos a nivel nacional e internacional por reducir los índices de mortalidad materna durante las últimas décadas, estos no han mostrado un cambio significativo. Esta problemática sigue siendo una de las preocupaciones más grandes de salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo, concentrados especialmente en el África sub-sahariana, Asia del Este y la región de América Latina y el Caribe. Como solución a este problema, ONG's y gobiernos impulsaron la atención del Control Prenatal en los sistemas de salud, el mismo que siendo aplicado de manera óptima puede disminuir tales índices. El control prenatal tiene como principal objetivo el identificar pacientes con mayor probabilidad de riesgo, para de esta forma realizar intervenciones oportunas.

La falta de educación que existe con respecto a estos temas, sobre todo en sectores marginales de recursos limitados, resulta en que las mujeres no asistan a ninguno de los múltiples controles recomendados, o dejen de asistir después del primero. La implementación de estas medidas permitirá generar una sociedad educada en temas de control prenatal y cuidado de salud desde el vientre a largo plazo.

## **Antecedentes**

La mortalidad materna, es una de las problemáticas de salud pública más graves a nivel mundial, y a pesar de que a partir de 1990 varios países en vías de desarrollo redujeron los porcentajes de morbilidad materna en casi la mitad. Se calcula que aproximadamente, entre 1990 y el 2015 se ha observado una disminución de tan solo un 44%. En el que la muerte materna por cada 100 000 nacidos, durante los primeros años se redujo únicamente en un 2.3% anual, mientras que para el año 2000 se logró evidencia una aceleración del 5.5% en índices de reducción. A pesar de esto, en la actualidad alrededor de 830 mujeres mueren diariamente por complicaciones en el embarazo y parto, debido a la falta de un adecuado control prenatal.

El mismo que consiste en la atención especializada antes y durante el periodo de gestación, para de esta manera mantener un seguimiento detallado acerca del estado del binomio. Planteándose como objetivo principal salvaguardar la vida de la embarazada como la del feto, aclarando que estas estadísticas pueden ser revertidas gracia a la promoción de CPN, y así evitar la gran mayoría de muertes. Desafortunadamente, se ha podido comprobar que los países en desarrollo cuentan con el 99% de muerte materna, debido a los bajos ingresos económicos y a la inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Como consecuencia a esto, el Consejo Directivo de las organizaciones como OMS y la OPS se comprometieron políticamente con la Declaración del Milenio por medio de la creación e implementación de planes nacionales, acorde a cada uno de los contextos culturales. Por otro lado, para combatir este complejo problema, la muerte materna fue agregada como el objetivo número 5 dentro de los Objetivos del Milenio.

Finalmente, dieron a conocer los Objetivos de Desarrollo Sostenible Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, Niños y Adolescentes, en la que se impulsa la



disminución de la morbilidad materna a través del cumplimiento de la meta número 3 que consiste en mejorar a un 70 por cada 100 000 nacidos vivos y lograr que la mortalidad materna no supere el doble de la media mundial. (OMS, 2016).

## **Desigualdad social**

Una de las principales razones por las que, los sistemas de salud europeos son más óptimos que los sistemas de salud latinoamericanos, es que los primeros fueron diseñados por la unión de subsistemas que se concentraron en las distintas necesidades de salud. Es decir, se dividieron por segmentos específicos de población agrupadas por: riesgos, nacionalidades, ocupación, clases sociales y género. (Acuña, 2005) A pesar de esto, una de las mayores desventajas es que, se ha permitido evidenciar la desigualdad entre países, específicamente sobre temas de protección social en la Salud Pública. Caracterizada por una desigualdad de género que afecta directamente a la salud de mujeres y niñas.

Según Martha Nussbaum, en la mayor parte del mundo, la situación de las mujeres está representada por una carencia de recursos esenciales para desarrollar su vida de forma plenamente humana (2000). Haciendo hincapié en que las circunstancias sociopolíticas generan capacidades humanas desiguales, consiguiendo que las mujeres sean instrumentos para fines de otros y no un fin en sí misma. Menciona de igual forma, el desarrollo e igualdad sexual, en el que se habla sobre la falta de apoyo hacia las mujeres dando paso a una total ola de discriminación caracterizada por, las limitaciones generadas entorno al sexo y a las barreras en el proceso de educación.

Sin duda, uno de los principales causantes de esto, son las preferencias adaptativas y opciones a las que las mujeres pueden acceder ya que, existe una problemática que gira en torno a la materialización y concepto utilitario. Determinando

la sumisión total hacia el hombre como pensamiento de inferioridad y sometimiento, que inicia tras la diferenciación construida por una sociedad que oprime a una parte de sus miembros en beneficio de la otros. “Donde no se han tratado a las mujeres como seres humanos sino como medios de otros seres humanos, en este caso del sexo masculino, y estos alcancen fines propios” (Nussbaum, 2000, p. 357)

Es claro que, en la mayoría del mundo, las mujeres se ven afectadas por el hecho de ser mujeres, bajo la jerarquización masculina en la que los hombres las consideran propiedad sexual y sirvientas económicas. Reduciendo en gran proporción su realización personal, prosperidad e incluso en su condición de salud debido a una baja calidad de vida. Esto se ha podido observar el embarazo y la baja tasa de control prenatal, elevando los índices de muerte materna. Los mismos que se encuentran relacionados a temas de desigualdad y pobreza, los cuales a su vez crean una relación con temas de género, educación y alimentación. Todos estos se encuentran regidos bajo el concepto de biopolítica aplicados al sector de la salud.

### **Biopoder**

El concepto de biopoder fue creado y mencionado por primera vez el 2 de diciembre de 1970 por el historiador Michel Foucault, en una cátedra dictada en el Collège de France. Sin embargo, el término no fue publicado hasta 1976, en el primer tomo de su emblemático libro *The History of Sexuality: The Will to Knowledge*. Foucault más adelante define de manera más detallada el biopoder en su conferencia *Security, Territory, and Population* en 1978:

"Con esto quiero decir una serie de fenómenos que me parecen bastante significativos, a saber, el conjunto de mecanismos a través del cual las características biológicas básicas de la especie humana se convirtieron en objeto

de una estrategia política, de una estrategia general de poder o, en otras palabras, cómo, a partir del siglo XVIII, las sociedades occidentales modernas tomaron en cuenta el hecho biológico fundamental de que los seres humanos son una especie. Esto es lo que he llamado biopoder.”(p. 24)

Es importante entender la diferencia entre biopoder y biopolítica; el biopoder son las técnicas de un modelo al que Foucault denominó biopolítica. La biopolítica por su parte determina los parámetros y márgenes sociales, mientras que el biopoder son las acciones mediante las cuales se cumplirán aquellos parámetros pre establecidos. Según Foucault, el poder es la relación asimétrica que se da entre dos entidades, donde el uno quiere controlar o dominar al otro a través de diferentes medios y estrategias. Cuando este ejercicio de poder se vuelve estatal o gubernamental esta toma el nombre de biopoder, en este caso el Estado representa a la dominante y el pueblo a los dominados. (Foucault, 2007)

El Estado es una fuerza organizada que busca regular políticas para poder atender al bienestar de la mayoría a la cual se la denomina población “normal “. Lo “normal” va de acuerdo con lo que sea más beneficioso para el gobierno, así esto vaya contra la integridad de minorías a las cuales se las denomina “anormales”. Las personas que se encuentran dentro de la clasificación “normal” son las que gozarán de los servicios básicos y privilegios que el Estado les brinde, mientras que los otros no solo carecen de estos, sino que muchas veces son criminalizados y hasta ilegalizados. Es así como el biopoder establece una línea imaginaria social llamada “normalidad”, y define los criterios que van a estar dentro de este, los cuales se encuentran encima de la línea; cualquiera que no encaje en estos parámetros se posicionará debajo de esta línea. Así el biopoder consigue su objetivo, que es el de proteger su realidad “normal” y excluir a los

que están debajo de la línea, logrando que los que están encima de la línea siempre quieran seguir estando ahí, y los que están debajo quieran subir e intentar estar encima. (Foucault, 2007, p. 21)

Foucault argumenta que el biopoder posee dos componentes principales: por un lado, el del cuerpo humano y por otro la sociedad. El control del cuerpo humano o anatomopolítica controla aspectos particulares de la vida, desde el origen de esta (o el embarazo) hasta el momento de la defunción pasando por aspectos como la reproducción y las enfermedades. El biopoder centrado en la sociedad controla los cuerpos mediante el control de servicios que aseguran el bienestar físico de la población; esto se logra a través de la creación de instituciones disciplinarias y políticas públicas. Una de las áreas más controladas por el biopoder es el de la salud, debido a que este decide quien es importante y quien no, quien merece atención de calidad y quien será el que reciba atención mediocre. Un claro ejemplo es la falta de equipo, personal y capacitación que se aprecian en los servicios de salud en el campo o áreas marginales comparado a los de áreas urbanas. (Foucault, 1976, p. 140)

Este control diferenciador de los gobiernos sobre la vida y bienestar de las personas se debilita poco a poco con la diversidad y la acción y protesta de parte de los grupos excluidos por hacer respetar sus derechos como seres humanos. De esta manera muchos grupos que se encontraban en el lado de “anormalidad” han logrado subir sin tener que cambiar quienes son ni lo que piensan.

### ***Pobreza y género.***

Los niveles de pobreza absoluta han reducido de manera notable en las últimas décadas a nivel mundial, logrando mermar la tasa de pobreza registrada en los años 90 a

la mitad, a pesar de esto, todavía existen aspectos en los cuales se deben trabajar urgentemente. Todavía el 12,7% de la población (896 millones de personas), vive con menos de \$1.90 al día, el cual marca la línea de lo que se considera pobreza extrema. La pobreza abarca mucho más que la privación de recursos económicos, esta se ve plasmada en bajos niveles de educación, atención de salud inadecuada, servicios sanitarios deficientes y falta de otros servicios básicos y fundamentales para el bienestar de un ser humano, lo cual reduce la calidad y expectativa de vida de gran parte de la población. (Banco Mundial, 2015)

“Las mujeres de países en desarrollo o de tercer mundo aún enfrentan un riesgo de muerte de 1 en 16 por causas relacionadas con el embarazo durante su vida, a diferencia de las mujeres en países desarrollados, donde el riesgo es de aproximadamente 1 en 4800” (Lincetto, 2010) A pesar de que la pobreza ha disminuido, las brechas de disparidad económica o pobreza relativa persisten tanto dentro de y entre países, siendo estas más notables en países en desarrollo. Uno de los determinantes más relevantes de esta desigualdad está estrechamente relacionada con la inequidad de género; lo cual demuestra cómo la globalización sigue dejando de lado los beneficios económicos, políticos y sociales hacia las mujeres. (Sicchia & Maclean, 2006, p. 69)

El término “feminización de la pobreza” fue introducido por primera vez a finales de los años 70 por la Dra. Diane Pierce, directora del Centro para el Bienestar de la Mujer de la Universidad de Washington. El concepto fue la base de su investigación "The feminization of poverty: Women, work, and welfare", en la cual habla acerca de la directa relación que existió en los Estados Unidos a finales del siglo XX referente a mayores niveles de pobreza y empeoramiento de calidad de vida junto al aumento de hogares que empezaban a ser encabezados por una figura femenina.

La “feminización de la pobreza” es un tema que se está empezando a considerar como un problema social serio debido a su evidencia estadística en diferentes ramas de la pobreza.

“Se cree que las mujeres son más vulnerables a la pobreza debido a la existencia de múltiples capas de discriminación y desigualdad de género, lo que resulta en una mayor incidencia y experiencia más severa de la pobreza entre las mujeres que entre los hombres. Las estimaciones frecuentemente citadas sugieren que hasta el 70% de los pobres del mundo son mujeres.” (Sicchia & Maclean, 2006, p. 69)

Las mujeres de áreas rurales son las que presentan mayores niveles de pobreza dentro de la “feminización de la pobreza”, significando que estas no solo poseen menores beneficios que los hombres, sino que también están bajo las mujeres de áreas urbanas. Así, en el periodo comprendido entre 1970 y 2000, los índices de pobreza de mujeres en áreas rurales aumentaron 50%, en comparación al 30% de los hombres en la misma situación geográfica y en el mismo periodo de tiempo.

Además de ser más susceptibles a la pobreza, una vez que las mujeres caen en este estado, es más difícil para ellas salir del mismo debido a la privación de oportunidades que estas experimentan en comparación con los hombres. La pobreza además representa una traba e impedimento hacia un mejor nivel de salud y desarrollo, es por esto que en países con mayor tasa de pobreza existen mayores índices de mortalidad y menos desarrollo humano.

### *Salud alimentaria y género.*

“La vulnerabilidad biológica interactúa con relaciones inequitativas de género como también con otras variables sociales y económicas que originan diferencias particulares de salud y su acceso” (Maldonado & Viteri, 2012, p. 6). La biopolítica como herramienta de justicia, busca producir un acuerdo político-público utilizando como base un lenguaje de derechos, el mismo que busca la preservación de libertades y oportunidades individuales en temas de salud pública. Siendo autónoma y considerándola como una necesidad básica de los seres humanos, generando una relación entre salud y biopoder y desigualdad socioeconómica y de género. Aclarando que el estado proveedor de salud pública, ejerce un bio control que atribuye la capacidad de elegir y brindar un valor agregado a la vida de unas personas sobre la de otras. En otras palabras, es la oportunidad de elegir qué vida se salva gracias al uso de los recursos “públicos, accesibles para todos”.

Por otro lado, al hablar de biopoder lo podemos vincular con las 10 capacidades funcionales humanas, tema planteado por Martha Nussbaum, en este caso tomaremos en cuenta la primera y la segunda capacidad, ya que estas se encuentran relacionadas a una óptima calidad de vida. Número uno: vida, “ser capaces de vivir una vida humana de duración normal hasta su fin, sin morir prematuramente o antes de que la vida se reduzca a algo que no merezca la pena vivir” (Nussbaum, 2000, p. 358) y número dos, salud corporal; “ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud preventiva y el estar adecuadamente alimentados.” (Nussbaum, 2000, p. 356)

Un estudio realizado por Kavita Sathuraman en el 2007, comprueba la existencia de un nexo entre la discriminación de género y la desnutrición. Patrón consistente que no habla únicamente acerca de las disparidades porcentuales sobre el estatus de

desnutrición entre niñas y niños, sino que se encuentra relacionado con el empoderamiento y estatus social de niñas y mujeres. Demostrando que, a pesar de la aplicación e implementación de programas nutricionales, solo se ha logrado una reducción de apenas un 1% anual. Esto debido a que, las estrategias utilizadas dentro de los programas antes mencionados no ahondan en la problemática; sino que, su único fin fue el rompimiento del ciclo de malnutrición.

Gracias a esto, se ha logrado evidenciar que la deficiencia en salud alimentaria se origina a partir de los embarazos, principalmente en mujeres de zonas rurales con escasos recursos económicos. Confirmando que las mujeres tienen una dieta alimenticia deficiente, lo que permite la perpetuación de un círculo en el que; madres desnutridas se casan a temprana edad y tienen hijos que, a su vez, presentan elevadas posibilidades de no contar con una alimentación óptima.

“Una mala nutrición disminuye la susceptibilidad de la mujer a infecciones oportunista” (Maldonado & Viteri, 2012, p. 8) esta falta nutricional se encuentra ligada a prácticas socioculturales ligadas al matrimonio, maternidad y comunidad convirtiéndose en un tema de naturaleza intergeneracional. Es por esto, que para generar un cambio positivo se debe centrar en la concienciación nutricional de la gestante, y no únicamente en la desnutrición infantil. Ya que, si la madre posee una deficiencia mineral durante el periodo de gestación este afecta directamente al desarrollo del feto, tema que afectará su crecimiento ya sea físico como intelectual.

Finalmente, al hablar del matrimonio, se expone la idea de que el hombre al ser el proveedor del hogar merece mayor ingesta de alimentos, asociándolo a la escasez alimentaria familiar. En la que las necesidades alimenticias de mujeres, niñas y aún más de embarazadas son desplazando a un segundo plano, anulando por completo la ingesta de su porción diaria la misma que agrava su condición de salud. Lo que sin duda, afecta



directamente a las mujeres que esperan tener hijos o hijas ya que, no cuentan con la cantidad necesaria de ácido fólico, hierro, yodo y vitamina A. Imposibilitando el mantenimiento de un peso y talla adecuado. De igual manera, esta problemática resurge al momento en el que se compara la realidad de consumo calórico de una niña con la de un niño, condición que asume que una mujer al ser pasiva no requiere de una significativa ingesta calórica.

### ***Educación, género y pobreza.***

“Tradicionalmente, las mujeres presentan situaciones de acceso limitado a la tierra, a la educación, a la información, al crédito, a la tecnología y a los foros y espacios donde se toman decisiones” (Morgade, 2007, p. 65) Durante los últimos años, la forma de diseño y organización de las instituciones educativas han sido un medio por el que se evidencia y reproduce la desigualdad social, ya que los contenidos transmitidos obedecen a las necesidades de grupos dominantes.

“Los movimientos sociales de mujeres encararon una lucha por la educación escolar, abarcando tanto el problema del acceso a la educación para todas y todos, más allá de cualquier condición (género, orientación sexual, clase, etnia, edad, religión, nacionalidad, entre otras)” (Hierro, 1995, p. 61). En el que la pobreza y la falta de acceso a los servicios educativos, vinculados a situaciones socioeconómica y códigos de género. Siendo detonantes esenciales al hablar de falta de conocimiento en temas de salud y acceso a servicios médicos.

Un ejemplo relacionado, se lo puede obtener tras un análisis de los niveles de mortalidad materna ya que, esta se encuentra limitada debido al acceso a la educación, la exposición al mundo real y la adquisición de habilidades para mantener una vida autónoma que busque un bienestar a futuro.

En respuesta a todas estas acciones, se elabora un conjunto de condición sociales sobre las mujeres al hablar de la lucha por educación y reducción de la discriminación. En la que se busca anular el pensamiento de que; ser “niña” o “mujer” es netamente una condición social, sino que es una construcción ideológica preponderante. (Maldonado & Viteri, 2012, p. 7)

Desde otro ángulo, el mundo actual busca que gradualmente, la definición de lo femenino se base directamente la relación generada entre identidad de madre, esposa y trabajadora, para esto se puede argumentar a través de explicaciones biológicas, porque estas se encuentran direccionadas a sus capacidades y habilidades. De otra forma, se puede considerar a la mujer como un ser humano que busca desarrollarse en un mundo en el que la educación representa un medio limitador. (Hierro, 1995, p. 58)

Por último, para lograr igualdad entre los géneros se requiere aceptar que las mujeres somos, seres humanos iguales en cuestiones decisivas y que la diferencia ante cualquier organismo de poder es la capacidad de crecimiento como individuo y las limitaciones que la sociedad a impuesto a nuestro desarrollo por medio de la educación como herramienta de exclusión.

## **Promoción de salud**

### **Aspectos históricos**

No fue hasta la aparición de los antiguos pueblos de Egipto y Mesopotamia que conceptos mágico- religiosos se interrelacionaron, para establecer las primeras bases de un concepto que, con el paso de los años, se daría a conocer como medicina. El principal aporte de estas civilizaciones fue el desarrollo y aplicación de normativas higiénicas personales y públicas. Posteriormente, el asentamiento y progreso de la cultura hebrea, permite la creación de la Ley Mosaica, estatuto jurídico que contiene los

primeros códigos sanitarios de la humanidad, prescribiendo ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles. (Álvarez & Kuri-Morales, 2012, p.14) Años después, el químico Pettenkofer logró magníficos avances en higiene pública convirtiendo a Munich, en una de las ciudades con el mejor modelo de sanidad del medio. (Álvarez & Kuri-Morales, 2012, p.18) Inspirando a otros investigadores a generar nuevos adelantos en temas de salud pública. Suceso que logró que Herman Biggs cree el primer comisionado de salud pública en New York.

El siglo XX se convierte en el principal testigo de los extraordinarios avances en medicina preventiva y salud pública, con la creación de la Oficina Internacional de Salud Pública, Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller que apoyan a trabajos relacionados con temas de salud pública en todo el mundo. A pesar de esto, la Edad de oro de la medicina preventiva llega a su auge en el año de 1850 y posteriormente en 1946 con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La misma que como objetivo fundamental tiene la promoción de programas que reduzcan los problemas de salud que aquejan a la región. (Álvarez & Kuri-Morales, 2012, p. 19)

Finalmente, en los últimos 30 o 40 años se establecen institutos de seguridad social, que dentro de sus prestaciones médicas incluyen la aplicación de medidas preventivas a través de amplias campañas de educación, vacunación, y detección que busca contribuir con la mejora de la salud en los grandes núcleos de la población para garantizar la salud y el bienestar de la comunidad.

“La salud pública es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población, mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Incluye

aquellas medidas por medio de las cuales la comunidad provee servicios médicos para grupos especiales de personas. Se relaciona con la prevención y control de enfermedades” (Hanlon, 1974)

Posteriormente, en 1920 Winslow estipuló que el objetivo clave de esta disciplina se centra en 3 factores fundamentales: prevención de enfermedades, prolongación de la vida y fomentar la salud a través de servicios eficientes. Para así mantener un control de los padecimientos más comunes, a través de la organización de los servicios médicos y comunidad. Ofreciendo diagnósticos eficaces, tratamientos preventivos y educación a cerca de la conservación de salud.

Áreas en la que se desempeña:

1. *Saneamiento del medio*: asegurando las mejores condiciones del ambiente para la protección de la salud, buscando y descartando posibles enfermedades o trastornos originados principalmente a causa de contaminación ambiental.
2. *Control de padecimientos transmisibles*: evolución prolongada o crónico-degenerativo.
3. *Educación de los individuos en higiene personal*: Responsabilidad de informar, orientar y buscar el cambio de actitud de las personas para conservar su salud.
4. *Organización de servicios médicos y enfermería para un diagnóstico temprano y tratamiento preventivo*: promoción de programas que promueven y protegen la salud pública. Complementando con la promoción entre pacientes. (mejores resultados)

5. *Mecanismo social que asegure un nivel de vida adecuado*: Necesaria la participación de la comunidad, para que estos gocen del derecho a la salud. (Álvarez & Kuri-Morales, 2012, p. 27)

La forma en la que se visibiliza la salud pública es a través de los distintos institutos de seguridad social e instalaciones que brindan dicho servicio médico, dentro de los cuales encontramos: centros de salud, hospitales de segundo y tercer nivel, clínicas de especialidades y centros de investigación. Es fundamental mencionar, que para complementar el trabajo médico se toma en cuenta la promoción de salud, actividad que busca relacionar el proceso de comunicación con la entrega de información médica. Es decir, es considerada como una herramienta comunicacional que permite llegar a la comunidad de una manera efectiva en la que se promueve la promoción del saneamiento ambiental, y educación para la salud.

Desafortunadamente, para que los servicios de salud pública sean efectivos, se necesita de la participación de la sociedad y de la creación de planificaciones bien estructurada por parte de los servidores públicos. Abordando las principales problemáticas de la comunidad, generando mecanismos de prevención, códigos generalizados de atención que permiten reconocer signos de riesgo de una manera efectiva en menos cantidad de tiempo. Es necesario que se creen contenidos con lenguaje simple para que, los pacientes se conviertan en los primeros filtros identificadores de síntomas de riesgo y portavoces para la comunidad en general. (Álvarez & Kuri-Morales, 2012, p. 74)

### **Psicología de la salud comunitaria**

Ya que la salud pública, es una de las ramas de la medicina que tiene un contacto temprano con el paciente es necesario tomar en cuenta conceptos de

psicología, para tratar de comprender la vía correcta por la cual realmente se puede contribuir y obtener el resultado esperado. Es aquí donde el término de psicología comunitaria introducida a mediados de los años sesenta nos permite entender, los problemas sociales y discriminación, pero sobre todo menciona la razón por la que existe un aumento de interés social a través de la mejorar en la calidad de vida.

La psicología comunitaria se define como:

“Métodos preventivos para abordar la solución de los problemas a gran escala en la comunidad, se tiende hacia un concepto de salud positiva y se asume la influencia directa del contexto en la aparición de los problemas de salud”  
(Hombrados, 2013, p. 25)

Su ejercicio contribuye satisfactoriamente a la salud pública ya que, está conjuga la investigación con la preparación y conocimiento profesional, previniendo, fomentando, y desarrollando capacidades a través de acciones sociales planificadas (forma en la que crean un vínculo o acercamiento con la población objetiva) creando compromiso social que aboga por la búsqueda del bienestar. (Hombrados, 2013, p. 20)

Un psicólogo comunitario busca la mejor vía para transmitir su conocimiento en tema de trato a las personas y creación de vínculos interpersonales, así como también se convierte en un mediador que “transmite sus habilidades y estrategias para la resolución de problema que aquejan a la comunidad” (Hombrados, 2013, p. 40)

La aplicación de conceptos psicológicos dentro del tema de salud pública y el servicio que esta ofrece, se ve en la necesidad de contar con un aporte psicológico. Ya que esta disciplina, busca crear organizaciones efectivas, proveyendo de un servicio acorde a las necesidades sociales del grupo de personas al que se dirige.

## Salud materna

“La salud materna, engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, el parto y el puerperio, está estrechamente relacionada con el estado de salud y bienestar de las mujeres y la sociedad” (Camacho, 2000). A partir de la década de los noventas, se establecieron una serie de programas de salud y educación para la protección de poblaciones vulnerables, haciendo público el derecho universal y gratuito a la Salud Pública. Tras 1994 instituciones y organizaciones se focalizaron en la promoción de planificación familiar, salud materna, partos seguros y atención dirigida específicamente a consultas y complicaciones obstétricas. Creando así servicios de salud de buena calidad, especializados en temas de cuidados para las gestantes, con el propósito de mejorar significativamente la salud de las implicadas.

Es por esto que, para garantizar el bienestar de la madre, la salud materna se enfoca en la promoción del control prenatal como la herramienta de intervención más eficaz durante el embarazo. Previendo de esta manera la morbi-mortalidad materna y neonatal, en zonas donde el estado de salud de las posibles gestantes peligra.

“La mejora de la salud materna ha dejado de ser un mero objeto de consideraciones técnicas y se ha convertido en un imperativo ético y político” (OPS, 2005, p.7) La salud materna es la disciplina médica que tiene como objetivo la integración del cuidado de la mujer en el periodo de gestación para poder tener un embarazo positivo, garantizando la salud y el bienestar tanto de la madre como del feto. Este proceso toma en cuenta las circunstancias determinantes con respecto al desarrollo íntegro del binomio.

La salud materna que se refleja en el proceso de embarazo se encuentra directamente relacionada con el estado de salud que tanto la gestante como su pareja

llevan antes, durante y después de la concepción. Sin embargo, a pesar de que en su mayoría es un tema intrafamiliar, tanto entidades gubernamentales como organizaciones relacionadas al campo de la salud, deben aportar con los medios necesarios para que esta se lleve a cabo. En consecuencia, tanto gobiernos como organizaciones internacionales se han unido para promover e implementar proyectos que promuevan la protección en salud social focalizándose en la población materna y buscando mejorar la calidad del servicio en cada una de las intervenciones. (OPS, 2005)

Para garantizar una salud materna efectiva, se han creado indicadores de progreso y riesgo, los cuales son verificados periódicamente a través del seguimiento continuo para así obtener los logros en cada trimestre del embarazo. Así, se podrá evaluar los cambios tomando en cuenta el contexto situacional, lo que permitirá generar resultados o iniciativas como herramientas de éxito lo que aportará a la reducción de problemas relacionados con la salud de la madre.

Los indicadores establecidos son:

1. Tasa de prevalencia anticonceptiva. Este se encuentra relacionado a la planificación familiar a nivel poblacional, tomando en cuenta la edad reproductiva de las mujeres desde los 15 a los 49 años; tomando en cuenta el uso de anticonceptivos y la finalización de los mismos para dar inicio al proceso de concepción.
2. Porcentaje de gestantes atendidas por personal calificado durante el embarazo. “la atención que se provee a las gestantes a través del control prenatal al menos una vez durante el embarazo por personas calificadas para supervisar el progreso del mismo” (Ruales & Palacios, 2006, p.5)



3. Atención del parto. este indicador se encuentra relacionado al sistema de salud y el servicio que este provee.

### **Embarazo**

El periodo del embarazo se considera un proceso de significativos cambios fisiológicos, psicológicos, metabólicos y morfológicos, que parte desde las acciones de los progenitores hacia un constante recorrido que necesita de comprensión, educación, soporte, confianza y constante comunicación. El promover mecanismos de concientización, motivación y conocimiento pueden contribuir con la reducción de posibles situaciones de riesgo que podrían comprometer la vida y salud tanto de la madre como del nuevo ser.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo comienza cuando la etapa de implantación termina. Este proceso principia cuando el blastocisto se adhiere a la pared del útero, fase que dura de 5 a 6 días después de su fecundación. El blastocito atraviesa el endometrio uterino y penetra el estroma, dando por finalizado el ciclo de implantación cuando la superficie del epitelio se cierra, permitiendo que el proceso de nidación se complete. “El embarazo dura aproximadamente 10 meses lunares, 9 meses calendario, 40 semanas o 280 días. La duración del embarazo se calcula desde el primer día de la última menstruación hasta el día de nacimiento.” (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 330)

A partir de la octava semana de concepción, el embrión se desarrolla y se transforma en un óvulo fertilizado, dando paso al surgimiento del feto. Para su correcto crecimiento, este depende de la placenta como vía de intercambio de nutrientes, oxígeno y otros minerales; este es un órgano efímero que se forma en el interior del útero materno y que se acomoda constantemente al crecimiento y desarrollo del feto. La

placenta se apoya principalmente en el mecanismo de absorción empleada por el tracto gastro intrauterino, convirtiéndose en el sitio que alberga mayor concentración de hormonas.

### ***Fases del Embarazo.***

#### *Primer Trimestre*

Es conocido como el periodo más crítico con respecto al desarrollo del bebé y al bienestar de la madre, ya que reacciones adversas a medicamentos, alto consumo de vitamina A, radiación, y traumas pueden interrumpir el desarrollo fetal. Estas reacciones pueden producir abortos espontáneos, que se dan por defectos genéticos, o un incompleto e incorrecto desarrollo fetal. Estadísticamente, aproximadamente más de la mitad de los embarazos terminan durante este trimestre. En muchos casos, incluso las gestantes no reconocen ningún síntoma de embarazo hasta que lo pierden.

Este ciclo inicia tras la unión del óvulo y el espermatozoide formando así, un cigoto, dando paso al proceso de división celular en el que, un gran porcentaje de células salen de las trompas de Falopio para transmitir el código genético a cada una de las células, con el fin de que estas produzcan sus propias proteínas. Este paso es fundamental ya que, si este no tiene un resultado efectivo, no se dará la unión de células, por ende, no se permitirá generar los órganos del bebé. Esto debido a que, cada célula responde a información específica para su composición. Para la segunda semana de concepción el número de células incrementa y se da origen al embrión.

A partir del día 35 de gestación, el corazón del bebé empieza a latir y tienen un peso aproximado de 8 mm. Su crecimiento se acelera ya que, existe un significativo incremento de células, proceso conocido como Hiperplasia. Durante las últimas semanas del trimestre, gran parte de los órganos del feto ya están formados y este puede moverse.

Es fundamental recordar que el desarrollo del embrión durante este período es acelerado, por ende, las deficiencias nutricionales de la madre pueden poner en riesgo el desarrollo fetal, la cual se convierte en la principal causa para interrumpir y poner en peligro la construcción de los sistemas y órganos. Esta deficiencia puede evidenciarse en la madre tras una descompensación proteica y vitamínica, especialmente con una extrema disminución de calcio y hierro. Por esta razón, para esta fase del embarazo, la nutrición es fundamental. Destacando que una correcta dieta alimenticia para embarazadas no parte de la cantidad de comida sino la calidad de comida que se ingiere. Es decir, la madre puede comer la misma cantidad de comida, lo que cambia qué se debe consumir alimentos ricos en energía, proteínas y minerales.

Por otro lado, este es el periodo en el que se observan los daños causados tras el consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicotrópicas por parte de la gestante porque se aumentan los porcentajes de riesgo de legrados naturales.

### *Segundo Trimestre*

Para las primeras semanas de este trimestre el feto pesa alrededor de 1 oz. Sus brazos, manos, dedos, piernas y pies se encuentran completamente formados, el feto tiene dientes, encías y mandíbulas bien formadas. Mientras tanto, sus órganos continúan desarrollándose y madurando. En este trimestre, el feto adopta una apariencia similar al de un infante y a través de las ecografías se logra escuchar el latido corazón del bebé. Sin embargo, el feto aún puede verse afectado por la exposición a toxinas u otras sustancias perjudiciales.

Con respecto a los cambios fisiológicos de la madre existe un aumento significativo en el busto de la gestante, debido a que la glándula mamaria inicia su proceso de producción de leche materna. De igual forma, hay un aumento de peso ya

que, se crean reservas de grasa fundamentales que serán la base energética para la producción de leche.

### *Tercer trimestre*

Durante este periodo el feto pesa entre 2 hasta 3 libras y es el momento más importante con respecto al crecimiento fetal, doblando su tamaño y multiplicando su peso. A partir, de los 9 meses el bebé pesa aproximante de 7 a 9 lb, y mide 50 cm de largo. El mineral más importante para este último trimestre es el hierro ya que, este permite finalizar el proceso de formación de huesos y estructuras óseas. (Wardlaw, 2007, p. 583 - 589)

### ***Embarazo de alto riesgo.***

“Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que la vida o la salud de la madre o el feto están en peligro por un trastorno que coincide o es único en el embarazo.” (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 811) Para la mujer, el estado de alto riesgo se amplía arbitrariamente a través del puerperio (30 días después del parto). Las complicaciones maternas del parto generalmente se resuelven dentro de un mes después del nacimiento, pero la morbilidad perinatal (últimos meses del embarazo) puede continuar durante varias semanas o años. Los avances en el manejo de los trastornos que afectan a las mujeres embarazadas han dado como resultado una disminución significativa en las tasas de mortalidad y morbilidad materna.

El embarazo de alto riesgo es un problema crítico para la salud pública y la atención médica de esta era. El nuevo énfasis social en promover la calidad de vida de la madre durante y después del embarazo para así cuidar la salud y bienestar del hijo, han logrado una mayor atención del cuidado por parte de las mismas y de sus familias. Otra gran ventaja que ha contribuido a la ayuda de los embarazos de alto riesgo son los

avances científicos y tecnológicos, los cuales han permitido que el cuidado de la salud prenatal y perinatal alcance un nivel mucho más alto que el disponible anteriormente. (Lowdermilk & Perry, 2004, pag 812)

***Potenciales complicaciones por trimestres.***

Estar pendiente de cambios inusuales durante el embarazo o signos de alerta ayudarán a evitar consecuencias mayores y controlar el curso de la preñez. Lowdermilk & Perry (2004), presentan los siguientes signos de potenciales complicaciones divididos en primer trimestre o principios del embarazo y segundo y tercer trimestre. Aunque algunas veces estos pueden no significar ningún peligro para la madre ni el feto, lo óptimo es acudir a un chequeo para descartar cualquier duda.

<b>Primer Trimestre</b>	Escalofríos, fiebre
	Ardor al orinar
	Diarrea
	Calambres abdominales
	Sangrado vaginal
<b>Segundo y Tercer</b>	Vómitos persistentes y severos
	Descarga repentina de fluido vaginal antes de la semana 37
	Sangrado vaginal,
	Dolor abdominal intenso
	Escalofríos, fiebre, ardor al orinar, diarrea

<b>Trimestre</b>	Dolor de espalda severo o dolor de costado
	Cambio de patrón, cantidad o ausencia de movimientos fetales
	Contracciones uterinas, presión, cólicos antes de la semana 37
	Alteraciones visuales: borrosas, visión doble o manchas.
	Hinchazón de la cara, los dedos y sobre el sacro
	Dolores de cabeza: graves, frecuentes y continuos.
	Irritabilidad o convulsiones musculares
	Dolor epigástrico o abdominal
	Glucosuria, reacción positiva a la prueba de tolerancia a la glucosa

*Tabla 1.- Potenciales Complicaciones*

***Factores sociales que interviene en el embarazo.***

Gordon Wardlaw (2007) plantea que existen 6 factores externos que pueden afectar el resultado de un embarazo. Estos son: ingresos, salud, motivación, educación, familia y nutrición. Todos estos elementos se correlacionan unos a otros y son interdependientes, lo que quiere decir que la existencia de uno motiva o genera el otro:

- *Ingresos:* Los ingresos juegan uno de los papeles más importantes a la hora de analizar el resultado de un embarazo. Por lo general, las personas con bajos ingresos sufren de atención médica inadecuada y deficiente en los centros de salud públicos. Además, un menor ingreso significa un menor presupuesto

destinado a la alimentación y nutrición de la mujer embarazada, al igual que una seguridad social y financiera más baja.

- *Salud:* Según Wardlaw (2007), la salud se divide en dos puntos, estado de salud y servicios de salud. El estado de salud de la madre antes, durante y después del embarazo tanto física como emocionalmente tendrán un importante rol en el proceso; este determinará si existirán enfermedades crónicas o problemas que afecten el desarrollo y desenlace tanto en el periodo de gestación, como en el parto. En este punto también se tocan el peligro que representa el uso y abuso de sustancias como el tabaco, alcohol, medicamentos sin prescripción médica y drogas, tanto para el bienestar de la madre como del feto. En cuanto a los servicios de salud, estos pueden influenciar debido al nivel de accesibilidad y disponibilidad que exista de los mismos, normalmente las mujeres de recursos bajos son quienes encuentran más obstáculos en este punto.
- *Motivación:* La motivación de una madre por cuidar de su embarazo muchas veces tiene que ver con si este fue deseado o no. Normalmente, la mujer con un embarazo deseado buscará las maneras de cuidarse y cuidar a su hijo para tener el mejor resultado posible en este proceso, sin embargo, la mujer que no tiene un embarazo no deseado necesita un sistema de apoyo tanto del sistema médico como de su círculo cercano para poder informarse y tener una experiencia positiva.
- *Educación:* la importancia de la educación sexual y reproductiva desde la etapa de la juventud es un factor que podría reducir los índices de mortalidad materno-infantil a nivel mundial, “Los cuerpos de adolescentes embarazadas generalmente carecen de la madurez necesaria para llevar a un feto con seguridad. El 16% de niños con bajo peso al nacer provienen de madres

adolescentes, incluso estas reciben atención prenatal adecuada.” (Wardlaw, 2007, p. 598) La educación también es esencial al momento en el que la mujer ya se encuentra embarazada, esto se puede lograr con una orientación y guía adecuada por parte de los especialistas de salud hacia las mujeres al momento de realizar el control prenatal.

- *Familia:* El tamaño, estructura y disposición que la familia de la mujer embarazada tenga hacia la situación, podrá ayudar o desfavorecer al resultado de un embarazo. Respecto a la estructura, Wardlaw argumenta que “los hijos nacidos sucesivamente, con menos de un año entre el nacimiento y la concepción posterior, son más propensos a nacer con bajo peso que los que están más lejos en edad.” (Wardlaw, 2007, p. 598), es decir que el tiempo y planificación familiar pueden ser cruciales en el estado de salud de los implicados. Por último, el papel que la familia esté desempeñando alrededor de la madre puede ser motivo de alivio o estrés para la misma, por lo que hay que identificar qué se debe evitar para estar en armonía.
- *Nutrición:* La manera en que la madre decida llevar su estado nutricional en este periodo afectará de por vida la salud del hijo. Es importante conocer las porciones adecuadas y recomendadas de ingesta calórica, conocer las comidas recomendadas y las que hay que evitar. Por otro lado, es necesario mantener un control continuo sobre el aumento de en cada trimestre. El consumo de ácido fólico, vitaminas y minerales podrán reducir significativamente los riesgos en este periodo, de igual manera la calidad de los alimentos y la disponibilidad de los mismo ayudarán a un crecimiento fetal óptimo.

### **Mortalidad materna**



La Organización Mundial de la Salud define mortalidad materna como:

“La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a su culminación, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, de cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”

La mortalidad materna se caracteriza en su mayoría por el fallo en el servicio de obstetricia directa, es decir, los resultados patológicos grávido-puerperal durante las intervenciones para su atención “está causada en una proporción mayoritaria por padecimientos básicamente previsibles como la preeclampsia-eclampsia, las hemorragias del parto y el puerperio, la sepsis puerperal y las complicaciones de legrados naturales” (Vargas & Hugo, 2006)

Es por esto, que el embarazo es considerado un proceso de salud representado por una secuencia de eventos extremos que parten desde un nivel de salud óptimo, como riesgos de muerte. Dentro de este, se pueden encontrar distintos tipos de complicaciones como: “complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa) o como con una complicación que amenaza la vida de la gestante (morbilidad materna extrema). En esta última condición las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente o morir.” (Álvarez, 2001)

Debido a lo antes mencionado, se demuestra que la salud materna tiene gran importancia mundial para el desarrollo humano. Esto principalmente, a causa de que la defunción materna exterioriza repercusiones familiares, que impactan a sus miembros de generación en generación. Las principales complicaciones son: discapacidad de la madre tras el embarazo, el mismo que representa un importante obstáculo para los recién nacidos. Y la muerte de la madre durante las primeras semanas de vida de la

gestante, lo que aumenta la probabilidad de que el lactante fallezca antes de cumplir 2 años de edad. (Álvarez, 2011)

### *Antecedentes.*

A pesar, de los impresionantes avances y aportes tecnológicos en el campo de la medicina, no fue hasta el siglo XIX, que varios países de Europa se preocuparon por los altos índices de muertes maternas durante y al finalizar el embarazo. Por esta razón, tras el desenlace de la Segunda Guerra Mundial y el establecimiento de los Derechos Humanos, se dispuso la priorización en la entrega de servicios, cuidados y asistencia a las madres y niños. Para de esta forma, lograr una reducción significativa en estadísticas acerca de la mortalidad materno - infantil en todo el mundo.

A pesar de esto, no fue hasta el año 2002 en la Conferencia Sanitaria Panamericana que se expusieron cifras reveladoras, en las que se verifica que: “cada año alrededor de 23.000 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo y parto en América Latina” (OPS, 2017, P. 19) Es decir de cada 100.000 nacidos, 100 mujeres fallecen tras graves complicaciones o enfermedades derivadas del embarazo debido a la falta de cuidado y control prenatal. Estas cifras aumentan en países menos desarrollados donde la Mortalidad Materna es 100 veces mayor que en países de primer mundo. (Ruales, )

Gracia a los datos obtenidos, la OPS y OMS declararon que la lucha por la disminución de muerte materna durante el periodo de gestación se convertiría en un componente fundamental dentro de sus agendas de trabajo. Adicionalmente, tras algunas investigaciones, se comprobó que existen 3 principales causas que influyen directamente en el incremento de los porcentajes antes mencionados.

1. Crisis Económicas: altos niveles de inflación, crecimiento económico lento, y escasa capacidad del sector público para suministrar servicios de salud, incluso servicios básicos.
2. Crisis Sociales: como resultado del aumento de desempleo, trabajo informal y distribución poco equitativa de ingresos.
3. Epidemias: en especial enfermedades virales como el VIH SIDA  
(Levcovitz & Acuña, 2003. p. 7)

En consecuencia, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana los estados miembros aceptaron la aprobación de 3 resoluciones para generar un impacto positivo en el contexto internacional.

- Resolución CSP26.R.19

En la que se otorga disposición tanto a la OPS como a la OMS para fortalecer y apoyar la protección social a través de actividades de cooperación técnica relacionadas a servicios de salud.

- Resolución CSP26.R 13-14

Disposición en la que se sentencia que cada uno de los Estados Miembros se comprometen a reforzar esfuerzo para reducir la morbilidad materna, a través de nuevas estrategias regionales.

- Resolución CSP26.R.10

Este fallo está dirigido directamente, a la mejora en servicios de atención para niños y niñas, disminuyendo la mortalidad infantil. Combatiendo contra enfermedades de la Infancia.

Finalmente, para el 2004 el Consejo Directivo de las Organizaciones aliadas ratificaron la Resolución CD45.R3 en la que, cada país que lo conforma se compromete

políticamente con la Declaración del Milenio por medio de la creación e implementación de planes nacionales, acorde a cada uno de los contextos culturales. (OPS, 2008, p. 10)

### ***Causas de la mortalidad materna.***

#### Causas médicas

Las causas de muerte materna atribuibles al embarazo difieren por país, región y época; sin embargo, tres causas han persistido en los últimos 50 años, estos son los trastornos de hipertensión, las infecciones y las hemorragias. (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 812) Aunque no es posible enumerar todas las causas de muerte materna a nivel mundial actualmente, estas se dividen en dos grupos principales. Las que están directamente relacionadas al periodo de embarazo y parto, es decir problemas que ocurren desde el momento de la fecundación, llamadas causas directas; y las enfermedades o complicaciones en salud que ocurrían desde antes del momento de la gestación, pero afectan al resultado del embarazo tanto para la madre como para el feto, llamadas causas indirectas.

Las causas directas simbolizan el 80% de muertes maternas, siendo estos representados por cuatro factores: el parto obstruido, el aborto en condiciones de riesgo, los trastornos de hipertensión y las hemorragias, la cual es la causa más común. La mayor parte de estas causas directas son prevenibles si es que existe la atención adecuada por parte de los servicios de salud, especialmente planificación en casos de emergencia y un correcto control prenatal. En cuanto a las causas indirectas, estas se pueden apreciar en enfermedades anteriores de la madre, como la anemia, VIH, diabetes, entre otras. Estas enfermedades son pre - existentes en la mujer antes del momento de la concepción, sin embargo, empeoran en el embarazo. (Ramson & Yinger, 2002, p. 7)

“Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos).” (Alvarez Toste, 2011) El 60% de las muertes maternas ocurren después del nacimiento del bebé, comprendiendo un periodo de hasta 24 horas después de este, aproximadamente un 25% ocurre dentro de los meses de embarazo, y el restante ocurre en el momento exacto del parto.

### Causas Sociales

Uno de los principales obstáculos sobre la entrega de servicios de salud de buena calidad para toda la sociedad, parte de la mala distribución de cobertura en salud, escasez de recursos humanos y materiales. “La mortalidad materna se ve afectada por el contexto social, económico y político del sistema de atención sanitaria, y la realidad cultural y biológica de las mujeres que buscan atención médica.” (Ramson & Yinger, 2002, p.7) Como Ramson y Yinger mencionan, existen factores que están estrechamente relacionados con la muerte materna, estos son los que impulsan, agudizan o agravan las diferentes complicaciones médicas que se puedan presentar antes o durante el camino. Estos factores externos tienen que ver tanto con el cuerpo de la madre como con el entorno en que esta se desarrolla, ya que será el mismo en el cual el feto crezca.

Como se mencionó anteriormente, el primer factor que influye es la ausencia de control prenatal o de uno adecuado para las diferentes necesidades de la mujer. El segundo depende de la edad de la mujer, debido a que existirán problemas si es que esta es menor a 20 años ya que su cuerpo no está completamente desarrollado ni apto para albergar vida, y si es mayor a 35 años, debido a que las mujeres de mayor edad enfrentan más posibilidad de tener enfermedades crónicas y complicaciones en el

embarazo. El tercero es un bajo nivel de educación o una falta de educación, la cual está vinculada con la pobreza. El cuarto se relaciona con el estado civil de la mujer, ya que se ha comprobado que las madres solteras tienen un índice más alto de mortalidad. Por último, la etnia de una persona también influenciará, ya que muchas veces este es un indicador de problemas relacionados al nivel socio demográfico y socioeconómico, sobre todo en países en desarrollo. (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 814)

### ***Prevención de muerte materna.***

Se ha logrado concluir que aproximadamente, una tercera parte de las muertes maternas pueden ser evitadas gracias a acciones, mediante la atención médica adecuada por parte de los centros de salud. Tomando en cuenta, que la etapa de gestación es un periodo que requiere de un control médico de alta calidad, atención obstétrica y vigilancia prenatal, procedimientos que permiten identificar situaciones de riesgo para la vida del bebé, pero sobre todo para la salud de la madre.

Por esta razón es necesario optimizar los servicios médicos obstétricos se debe coordinando entre los distintos niveles de atención y unificando los procedimientos, sobre todo, en casos de emergencia y otras complicaciones significativas. Para así, garantizar una amplia disponibilidad de insumos y recursos para el control prenatal con una visita mensual, lo que aportará a la iniciación temprana, continua y satisfactoria de control prenatal, por la cual se tratará de detectar tempranamente síntomas de alerta y disuadir acerca de los hábitos nocivos para el bienestar del binomio.

“Alrededor del mundo se estima que cinco millones de mujeres padecen de enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10% fallecen” (Zuleta, 2007. p. 180) Por esta razón, se debe aclarar que la reducción de la muerte materna, es un tema que no solo requiere la intervención de agente públicos

relacionados a áreas de servicios de salud, por el contrario, para reducir significativamente sus índices, es necesario un trabajo conjunto con cada estrato de la sociedad, logrando mejorar la calidad del cuidado obstétrico, disminuyendo riesgos y a su vez, utilizar estos índices como indicadores de desarrollo y condiciones de salud pública, fomentando la maternidad segura, y así evitando la prolongación de estos casos en casi un 80%.

En una cuestión básica, la mortalidad materna requiere de la elevación en los niveles educativos de la población, para propagar una participación activa acerca del autocuidado de su salud impactos de la educación en las condiciones de salud y en la utilización de los servicios médicos por parte de la misma. Lo que lleva a un cambio significativo y ajuste radical a la atención sanitaria, la que engloba: la calidad del embarazo, el parto, el puerperio y la atención obstétrica en emergencia

### ***Situación actual.***

La mortalidad materna es un problema de salud pública que ha tenido poca disminución en las últimas décadas a pesar del esfuerzo y recursos invertidos por parte de los gobiernos. Se estima que aproximadamente 530 mil mujeres mueren anualmente debido a causas prevenibles relacionadas con el embarazo. De estas mujeres, el 99% son provenientes de países en desarrollo, sobre todo del continente africano, asiático y latinoamericano en este orden. (Lincetto, 2008, p. ) La tasa de mortalidad materna disminuyó de 385 muertes por 1000 nacidos en 1990, a 216 cada 1000 en el 2015. Mostrando una disminución del 44% en 25 años, lo que equivale de 2-3% anualmente. La mayor disminución se dio en Asia Oriental, mientras que la menor se observó en la zona del Caribe. (Alkema, 2015)

Un alto registro de muertes maternas no solo refleja la falta de desarrollo de los países en temas de salud pública sino también, la falta de conocimiento e importancia a las repercusiones sociales y económicas que estas implican. Lo que quiere decir que, si bien varias mujeres fallecen durante el proceso de gestación y el parto, existen aproximadamente, “135 mujeres cuentan con enfermedades que se derivan de la gestación y 30 de estas, presentan secuelas” (Zuleta, 2007. p. 181)

Esta problemática en específico muestra la diferencia que existe entre países de primer y tercer mundo. Los primeros gozan de sistemas de salud adecuados, además de una óptima educación desde la infancia, influyendo en sus percepciones culturales y aspiracionales. Por otro lado, los países del tercer mundo se caracterizan por bajos niveles de educación lo que se traduce a una baja calidad de vida y desconocimiento acerca de cómo cuidar y mantener su salud.

### ***Estadísticas***

Con respecto a resultados regionales, al analizar los datos desde 1990 al 2015 se obtuvo una reducción del 52% en muertes maternas. Es decir, de 124 muertes a 69 por cada 100.000 nacidos vivos y a pesar de que, estos resultados significan grandes avances. Para el 2015 la región de América Latino y el Caribe no cumplieron con el objetivo número 5 de los ODM. “Las inequidades en los resultados de salud materna existen entre mujeres de diferentes orígenes socioeconómicos, etnias y grupos de edad” (UNICEF, 2016)



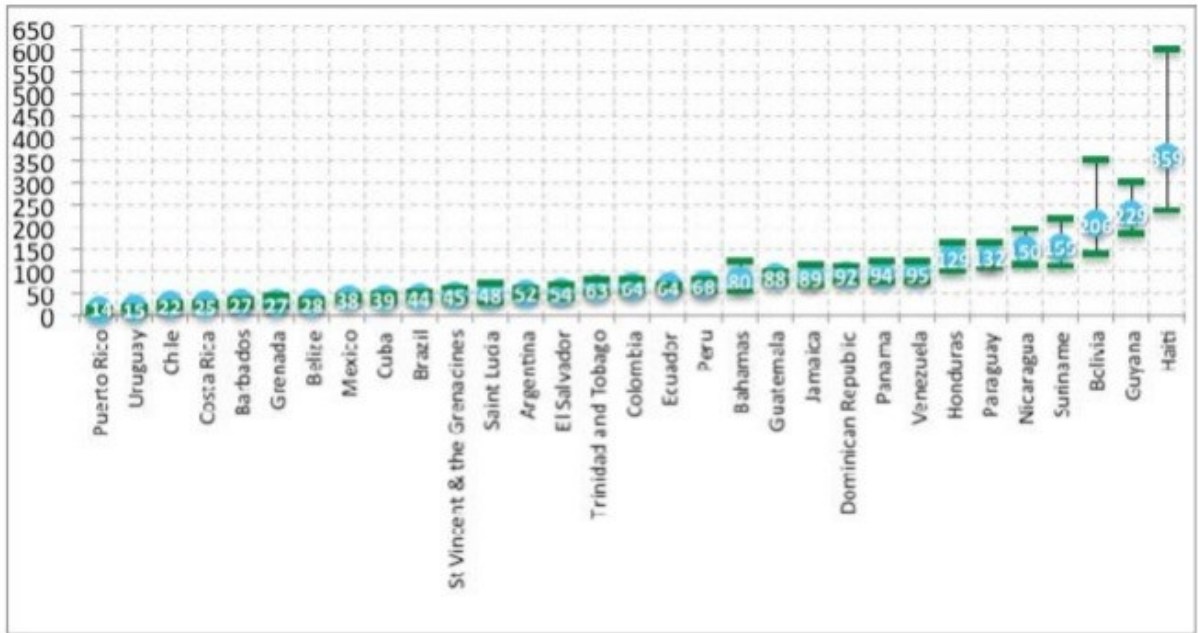


Figura 1.- UNICEF, 2016

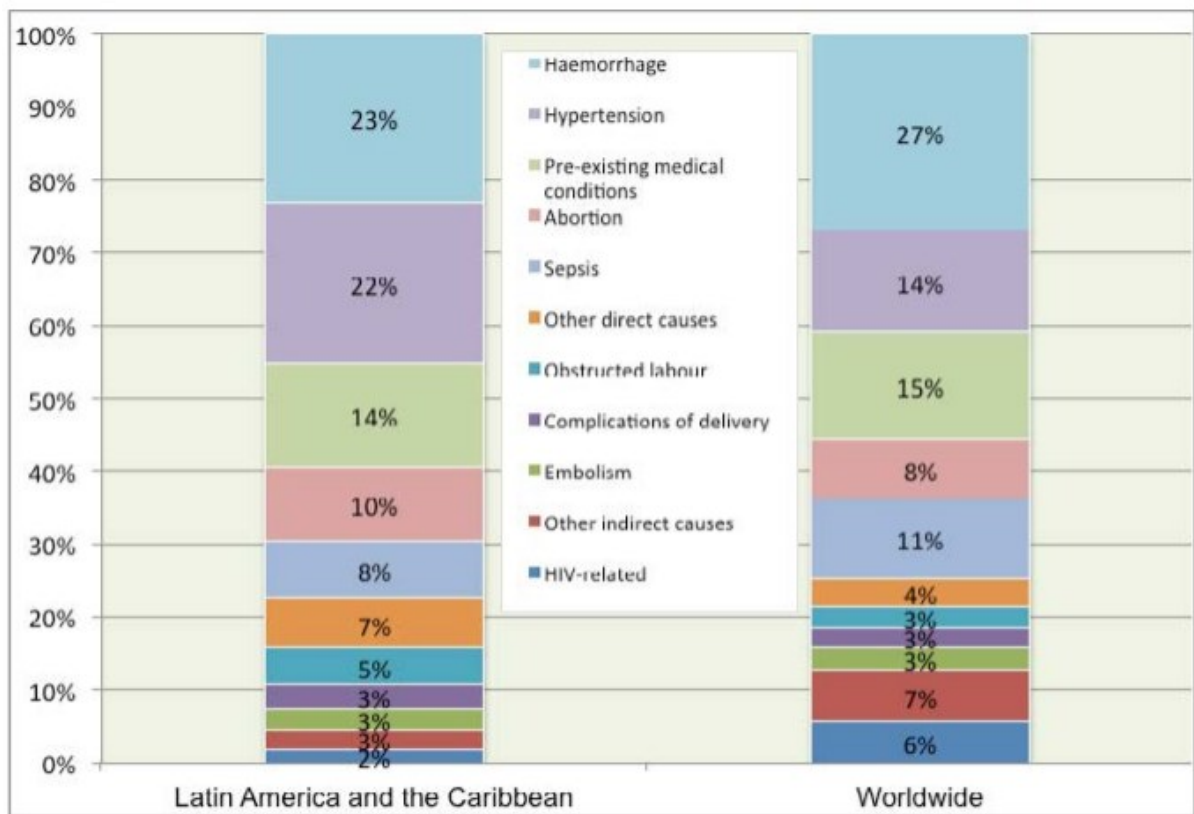


Figura 2.- UNICEF, 2016

## **Control prenatal**

El control prenatal se considera una intervención esencial que incluye la identificación y manejo de complicaciones obstétricas como: preeclampsia, inmunización de toxina tetánica, identificación y control de infecciones incluidas la sífilis, otras enfermedades de transmisión sexual y principalmente el VIH Sida. (Lincetto, 2006. p. 51).

Oportunidad a través de la cual se busca promover el uso de los diversos sistemas de salud, cambio de comportamientos relacionados a una calidad de vida óptima, lactancia materna, atención posnatal temprana y planificación del embarazo. Aclarando la importancia de un buen cuidado natal ya que, esto influenciará en el bienestar del binomio, promoviendo la intervención directa no solo de la mujer, sino de la familia en general. Para así establecer conductas saludables a lo largo del ciclo de vida.

A pesar de esto, la función principal del CPN es la vinculación de la mujer con su estado de gestación y el reconocimiento de las diferentes complicaciones y signos de riesgo. Facilitando y clasificando los embarazos como: de alto o bajo riesgo esto gracias a las continuas visitas de control prenatal.

Es esencial conocer que, el Control Prenatal engloba el cuidado perinatal. El mismo que comprende las últimas fases del embarazo, tiempo que se extiende desde que el feto alcanza los 100 gramos o 28 semanas de gestación hasta los 7 primeros días de vida del recién nacido. (Ruales & Palacios, 2014)

Sin duda, una de las grandes ventajas de los avances en tecnología médica, especialmente en el diagnóstico prenatal. Permite identificar cada vez más, un mayor número de enfermedades congénitas y genéticas como: anomalías cromosómicas, defectos del tubo neural, desórdenes sanguíneos, fibrosis quística, distrofia

neuromuscular, labio leporino, paladar hendido y otras enfermedades congénitas prenatales. Detectando y diagnosticando enfermedades en un menor tiempo de espera. (libro de medicina)

#### Elementos esenciales para la atención prenatal

- Identificación y vigilancia hacia la embarazada y el feto.
- Reconocimiento y manejo de complicaciones en el embarazo, especialmente la Preeclampsia.
- Reconocimiento y tratamiento de enfermedades ya existentes.
- Detección de enfermedades como: anemia, ITS, VIH, estrés, violencia o trastorno en la salud mental.
- Asesoramiento tanto a la madre como círculo cercano familiar, lo que permitirá crear un ente de control intrafamiliar en casos de emergencia

A pesar de que, actualmente aproximadamente un 71% de las mujeres han recibido atención prenatal nivel mundial, las limitaciones para el acceso y aceptación del Servicio Prenatal denotan obstáculos relacionados a ingresos financieros escasos; haciendo que varias gestantes realicen viajes bastante largos desde su vivienda hasta los centros de salud, así como varias horas de espera para obtener atención médica, y por último las limitaciones culturales.

El control prenatal es uno de los servicios de atención médica más importante ya que, este es considerado como uno de los programas de salud, con mayor cobertura gracias a la atención integrada que esta ofrece. Esto debido a que, ofrece servicios médicos tanto para el beneficio de la madre como para la del bebé.

“Control prenatal (CPN) ofrece la oportunidad de desarrollar un nacimiento y plan de preparación para emergencias” (Lincetto, 2006 p. 54) Recomendando a toda

mujer embarazada que en conjunto con su círculo familiar cercano realice un plan escrito en el que se detalle cada movimiento e incluso cualquier situación inesperada como: emergencias durante el embarazo, en el parto e incluso en el periodo posnatal.

Este plan de preparación debe tomar en cuenta la identificación de los siguientes elementos: lugar de nacimiento deseado;

“Asistente de parto; ubicación del centro de atención apropiado más cercano; fondos para gastos relacionados con el nacimiento y la emergencia; un compañero de nacimiento; apoyo para cuidar el hogar y los niños mientras la mujer está ausente; transporte a un centro de salud para el parto; transporte en caso de una emergencia obstétrica e identificación de donantes de sangre compatibles en caso de emergencia” (Lincetto, 2006 p. 56)

Si bien es cierto que el control o preparación para el nacimiento reduce significativamente los índices de mortalidad materna, los estudios muestran que de igual forma existen beneficios a largo plazo como lo es la adopción de nuevas prácticas ligadas a la planificación. En los que se integran temas de ahorro económico, transporte, planes de parto, intervención familiar e incluso participación comunitaria, preparación para el nacimiento y recalando la importancia acerca de la última evaluación un mes antes de la fecha prevista para el alumbramiento.

Por otro lado, es un método de integración y consejería en la que se imparte información, asesoramiento y educa a familias y comunidades con respecto a los cuidados óptimos que se deben tener en cuenta para el periodo de embarazo. En los que se topan contenido como: descanso apropiado, lactancia materna, alimentación, consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicotrópicas.

### *Aspectos históricos.*

La atención a la mujer gestante ha sido un proceso evolutivo que sea observado desde el inicio de la historia humana. Los primeros registros de la misma se han encontrado en escritos chinos e hindúes, donde se recomendaba cierto tipo cuidados en cuanto a la nutrición y ejercicio físico. /Alfaro, 2016. p.51) Sin embargo, no fue hasta comienzos del siglo XX que se empezaron a instaurar las bases médicas para lo que después se denominaría Control Prenatal, destacando a los dos principales referentes en temas de cuidado prenatal, John W. Ballantyne y J. W Williams. El médico John Ballantyne es considerado el fundador de la disciplina prenatal como patología, aportando con las investigaciones más importantes del siglo XIX y siglo XX. Ballantyne recapitula los avances en Ginecología y Obstetricia del siglo 18, destacando así las principales enfermedades que podrían atacar a la mujer gestante sin un adecuado control.

Además, propone el mejoramiento del servicio de salud y genera recomendaciones para la mujer en las últimas semanas de gestación, sobre todo para mujeres que se realizan actividades laborales. Por otra parte, J.W Williams, profesor de la Universidad John Hopkins, publica el artículo “Limitaciones y posibilidades de los cuidados prenatales” en 1914, donde manifiesta que el cuidado de la madre en el periodo de embarazo debería ser parte de los derechos fundamentales de las mujeres. No obstante, su máxima contribución está relacionada con el informe acerca de las causas de muerte infantil y materna, llevado a cabo en el Hospital John Hopkins; concluyendo así que el 40% de estas muertes podrían ser evitadas si existiera un óptimo control durante el embarazo. (Gómez, 1991. p. 84 - 87)

A pesar de estas investigaciones, la mortalidad materna por falta de control prenatal no era considerado una problemática de Salud Pública mundial hasta el año 1987.

“La Conferencia Internacional sobre Maternidad Segura, celebrada en Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, emitió un Llamado a la Acción instando a los Estados Miembros de la ONU a mejorar las condiciones de salud de las mujeres en general y a reducir la mortalidad materna en particular. En el mismo año, las agencias internacionales, los gobiernos y algunas organizaciones no gubernamentales internacionales, lanzaron la Iniciativa de Maternidad Segura.” (Lincetto, 2008)

Gracias a esta iniciativa, se publicaron por primera vez datos estadísticos acerca de esta problemática tanto global como regionalmente. Tras el análisis de los datos estadísticos obtenidos, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) decidió reducir la tasa de mortalidad materna en sus  $\frac{3}{4}$  partes, planteándose el Objetivo N. 5 dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) vigentes desde el año 1990 hasta el 2015.

### ***Pasos prácticos para el fortalecimiento del cuidado prenatal.***

Según Ornella Lincetto, estos pasos pueden mejorar la calidad en salud materno-gestante:

1. Políticas nacionales, establecimiento y políticas
  - Las políticas nacionales y pautas locales adaptadas deben ser implementadas para la protección de todas las mujeres, independientemente de sus estatus socioeconómico y lugar de residencia

para el acceso a Servicios de Control Prenatal. Estableciendo directrices a nivel nacional detallando componentes esenciales, mínimos que sean lineamientos a nivel nacional.

## 2. Fortalecer calidad de los servicios CPN

Promover pautas y estándares basados en la evidencia contextual y situacional.

- Incorporar protocolos en la atención prenatal tomando en cuenta cada uno de sus procesos y capacitando al personal con respecto a los nuevos estándares. Adicionalmente, mejorar la actitud y motivación ya que, es crucial.
- Tiempo de entrega del servicio, optimizando tiempo y distribución del trabajo, para que el servicio médico sea más rápido y que temas de papeleo sea designado a administrativos.
- Disponibilidad de insumos y logística, tomando en cuenta los medicamentos esenciales y equipos.
- Herramientas para mejorar la calidad, ayudar e identificar las restricciones locales para proporcionar un control efectivo y orientada al cliente y garantizar que las gestantes regresen después de sus primeras visitas.

## 3. Integración con otros programas

- Aprovechar servicios existentes, especialmente aquellos relacionados a los que se encuentran dirigidos a mujeres en edad fértil, estrategias nacionales de cobertura de CPN y nutrición

## 4. Actividades múltiples asociadas gracias a socios y sociedades efectivas.

- Crear estrategias nacionales y regionales para fortalecer los programas en cada uno de los países. Asociaciones y organizaciones deben

involucrarse en la sensibilización sobre la importancia de CPN y su continuo cuidado.

5. Reducción de barreras, para el acceso a servicios de CPN a mujeres sin acceso.
  - Reducir las barreras al acceso, como las tarifas de los usuarios, limitadas horarios de apertura, largas distancias de viaje y tiempos de espera, y deshumanización de la atención.
  - Desarrollar estrategias de comunicación, que pueden incluir el uso de canales comunitarios para el reconocimiento de mujeres embarazadas dentro de la zona, y así poder cubrir las necesidades de las mismas.
6. Usar datos para monitorear los resultados sobre la cobertura de CPN
  - Datos demográficos, salud y encuestas sobre información de gestión de salud. Esta evidencia permite abogar por más recursos para mejorar la atención. (2006. p. 61-62)

### ***Modelo de las 3 demoras.***

Sreen Thaddeus, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Deborah Maine, Profesora Emérita de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia, vincularon las causas de mortalidad materna a tres demoras, creando así el conocido “Modelo de las tres demoras” o “Three delays model“. (The Borgen Project, 2016) Este modelo fue presentado en el estudio científico *Too far to walk, Maternal Mortality in Context*, publicado por la Universidad John Hopkins en el año 1994. Estas tres demoras o factores representan los obstáculos existentes para la atención prenatal y obstétrica oportuna y adecuada tanto en calidad como en disposición.



En cuanto a las tres demoras presentadas en el modelo, la primera es la Demora en decidir buscar atención, la segunda es la Demora en llegar al servicio de salud y la tercera la Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud. La primera y segunda demora están directamente relacionadas a la atención que la gestante y su familia le den al embarazo, mientras que la última tiene que ver totalmente con la capacitación del personal de los centros de salud y sus prioridades médicas. Las demoras están relacionadas a tres factores que afectan el resultado del embarazo; factores socioeconómicos y culturales, accesibilidad a facilidades de salud y calidad de la atención y el cuidado.

#### *Demora en decidir buscar atención*

La primera demora tiene que ver directamente con la incapacidad de la madre y su círculo cercano en reconocer signos de riesgo o peligro en el embarazo. Estos signos se pueden deber a empeoramiento de condiciones pre - existentes en la madre, o complicaciones a raíz del embarazo. El acceso a conocimiento acerca de cuáles son los signos normales del embarazo, y cuales son anomalías, junto a una responsabilidad plena y apoyo por parte de actores involucrados en el proceso ya sea la familia como los proveedores de cuidado en salud.

“Algunos ejemplos de factores que dan forma a la decisión de buscar atención incluyen a los actores involucrados en la toma de decisiones (cónyuge individual, familiar, relativo); el estado de las mujeres; características de la enfermedad; distancia del centro de salud; costos financieros y de oportunidad; experiencia previa con el sistema de atención médica; y calidad percibida de la atención.” (Thadeus & Maine, 1994, pag 1092)

En cuanto a las variables que contribuyen a la demora de la mujer en buscar atención además de la falta de conocimiento de signos, se encuentra la distancia existente entre el domicilio de la mujer y el centro de salud más cercano, sobre todo en áreas rurales; el costo del servicio integral, incluyendo el de transporte, honorarios, instalaciones y costo de las medicinas y la calidad de la atención, la cual tiene que ver con los resultados satisfactorios o desagradables que hayan existido en experiencias previas, la cual genera una recordación desagradable de la experiencia.

#### *Demora en llegar al servicio de salud*

Las personas que habitan en áreas rurales son las que más se ven afectadas por este obstáculo, debido a factores de accesibilidad entre los establecimientos de salud y el lugar de residencia de la gestante. Este se convierte en un punto fundamental que determina la vida o muerte de la madre, ya que, aunque la mujer conozca signos de riesgo y tenga una atención adecuada en el servicio de salud, si no tiene los medios para poder llegar hasta este establecimiento no tendrán uso los otros dos factores. Estos obstáculos de accesibilidad están determinados por la distribución y cantidad de centros de salud, tiempo de viaje desde el hogar hasta la instalación, la disponibilidad y costo del transporte y el estado de las carreteras. (Thadeus & Maine, 1994, pag 1101) Debido a esto, es necesario que la mujer, sobre todo de áreas rurales, realice una planificación previa para casos de emergencia con su embarazo, entre estos principalmente la manera de transportarse a un centro de salud en caso de alguna complicación.

#### *Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud*

Esta última demora depende enteramente de la capacidad del servicio de salud en atender las necesidades de las mujeres embarazadas de una manera eficaz, adecuada

y rápida. Los factores más importantes que influyen en esta demora son instalaciones con escasez de personal, o con personal incompetente; instalaciones mal equipadas, tanto en la disponibilidad de instrumental o medicamentos y sangre; y gestión inadecuada en cuanto al procedimiento de acción y diagnóstico. (Thadeus & Maine, 1994, p.1090)

Según Lincetto (2006), la competencia del personal para tratar las complicaciones maternas y realizar reanimación a recién nacidos, junto con la disponibilidad de servicios básicos, equipos, pruebas de laboratorio, medicamentos y suministros; y la implementación de actividades de promoción de la salud, mantenimiento de registros y respeto a la privacidad y confidencialidad del paciente lograrían la reducción de muertes en esta demora. (p. 61)

La tercera demora puede ocurrir desde el momento en que el personal falla en diagnosticar síntomas o enfermedades existentes, hasta que la persona ingresa al servicio demasiado tarde, resultando en la muerte de la misma. Una vez que la paciente ha llegado al servicio de salud, el retraso en recibir atención adecuada se puede apreciar en la demora de provisión de atención adecuada en la instalación inicial o la demora en la transferencia del paciente a otra instalación donde se pueda atender definitivamente sus problemas. (Thadeus & Maine, 1994, p. 1105)

### ***Procesos de evaluación.***

Una vez que el embarazo se ha confirmado, se deben iniciar con las visitas prenatales. Estas se deberán adaptar al periodo del embarazo por el que la mujer esté atravesando, sus antecedentes, su estado de salud y el del feto, su cultura y su entorno. Normalmente, el primer control prenatal tiene un protocolo de pasos a seguir para conocer el estado de la gestante y su historia tanto médica como personal. Las siguientes

visitas son diferentes tanto en contenidos como en procesos, por lo que depende enteramente de los resultados de la primera visita.

El número ideal de chequeos prenatales depende del estado de la embarazada y su feto, sin embargo, para un óptimo y satisfactorio proceso de embarazo, se recomiendan entre 7 y 10 controles en un embarazo normal. Sin embargo, si no se tienen los recursos necesarios se pueden tener hasta 4 controles en periodos de tiempo estratégicamente determinados si la mujer es saludable. A pesar de esto, si la mujer tiene menos de 5 controles, se considera que el embarazo está descuidado, por lo que es probable que aparezcan complicaciones que pudieron haber sido prevenidas. Comúnmente, la mujer debe acudir a los controles con la siguiente frecuencia: hasta la 36a semana: cada 4-6 semanas, de la 37a a la 40a semanas: cada 1-2 semanas, después de la 40a semana: de 1 a 3 veces por semana. (S.E.G.O, 2010)

### *Primer control*

El primer control o evaluación prenatal debe ocurrir entre la octava y décima semana de embarazo. Este comienza con una entrevista extensiva por parte del proveedor de cuidado de salud (doctor/a, enfermero/a, o partera), la cual tiene como objetivo principal conocer la apreciación y expectativas que la mujer tiene acerca de su salud y de su embarazo, y así fomentar la comunicación y confianza entre ambas partes. El siguiente paso consiste en que la gestante llene un formulario prenatal, el cual se encargará de proveer toda la información necesaria para evaluar el estado de salud de la misma y tener un documento registrado en caso de que sea necesario presentarlo.

En este primer control se toman en cuenta aspectos fundamentales que podrían tener consecuencias en el resultado del embarazo. Entre estos están, el estado del embarazo actual y embarazos previos, el historial médico de la mujer con especial

énfasis en su historial gineco-obstétrico y procedimientos quirúrgicos previos, su historial nutricional, el historial de consumo de drogas como el alcohol, tabaco y sustancias psicotrópicas, el historial familiar y sus antecedentes y factores situacionales. (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 407)

### *Controles de seguimiento*

Las visitas mensuales se programan de manera rutinaria durante el primer y segundo trimestre, aunque se pueden hacer visitas adicionales según surja la necesidad de las mismas, las cuales pueden ocurrir si es que existen problemas en el embarazo o algo pone en riesgo a la madre o al feto. Mientras el embarazo avance y se entre al último trimestre del embarazo, la necesidad de una supervisión más controlada y constante es necesaria, debido a que en este periodo aumenta la posibilidad de complicaciones.

Los controles de seguimiento no son tan profundos ni ahondan tanto en el historial de la mujer como la visita prenatal inicial. El protocolo a seguir en cada uno de los siguientes controles prenatales tiene que ver con la recopilación de sucesos y eventos relevantes que han ocurrido desde la anterior visita. (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 413)

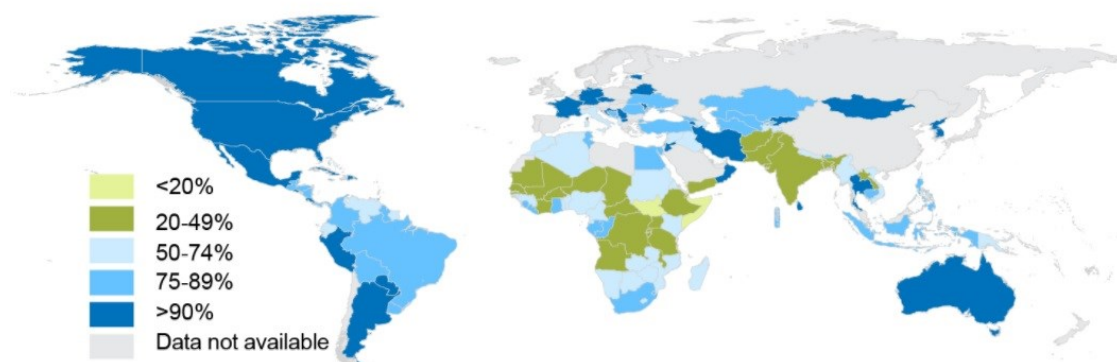
### ***Estadísticas.***

#### *Estadísticas globales*

Se estima, que solo la mitad de las mujeres alrededor del mundo reciben la medida adecuada de atención durante el embarazo.

Las estadísticas reflejan que un 85% de las mujeres embarazadas cuentan con atención prenatal, con personal sanitario calificado por lo menos una vez durante todo el

embarazo, mientras que el 58% es decir, seis de cada diez cumplen con al menos cuatro visitas prenatales. Al hablar de los países con los índices más altos en mortalidad materna, como porcentaje máximo solo el 49% de las mujeres recibieron atención prenatal.



*Figura 3.- UNICEF. (2017). Coverage of CPN*

Como se mencionó anteriormente, un porcentaje importante de mujeres a nivel mundial lograron acceder a atención prenatal al menos una vez. A pesar de esto, según la OMS la cantidad necesaria para mantener un control prenatal adecuado, que ofrezca beneficios a la gestante es de 4 visitas durante todo el embarazo.

Con respecto a esto, las investigaciones reflejan que solo un 60% de embarazadas continúan con el proceso de servicio prenatal, el mismo que necesita de las cuatro

visitas

antes

mencionadas.

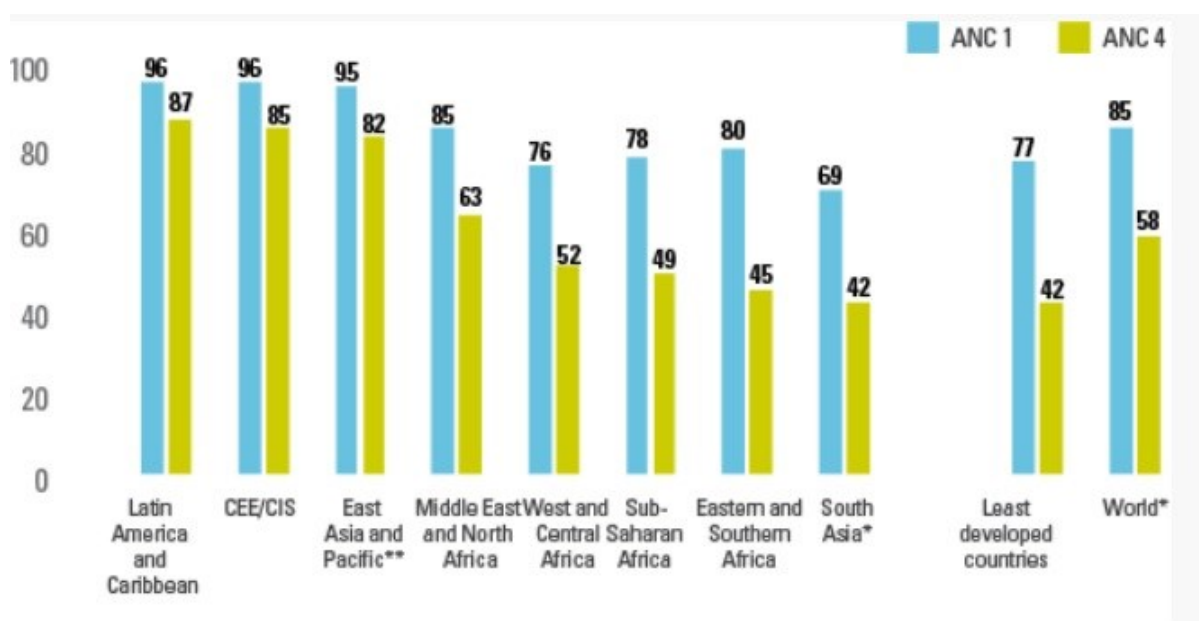


Figura 4.- UNICEF. (2017). Coverage of CPN

En el siguiente cuadro se observa la relación y el resultado de disparidad existente entre mujeres que viven en zonas rurales con mujeres que viven en zonas urbanas, estas cifras toman en cuenta a aquellas gestantes que asistieron a un control prenatal más de cuatro veces.

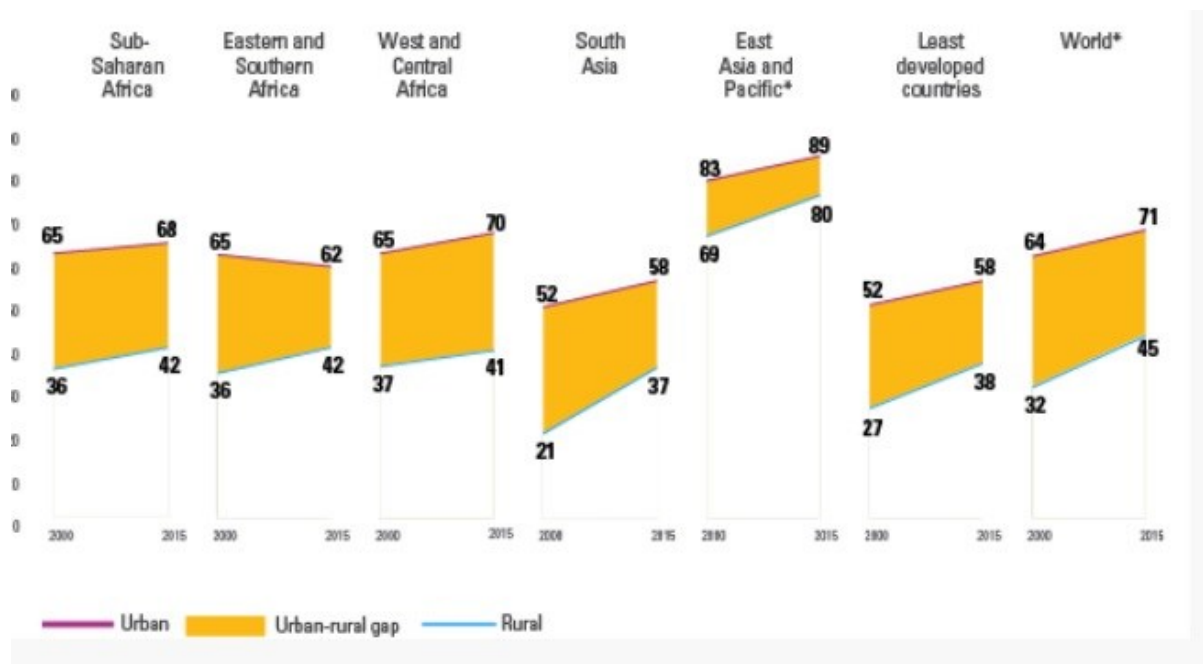


Figura 5.- UNICEF. (2017). Disparities in coverage

Finalmente, los datos recolectados evidencian que mujeres con mayores ingresos económicos cuentan con mayores probabilidades de regresar a los cuatro o más controles prenatales que mujeres gestantes de escasos recursos.

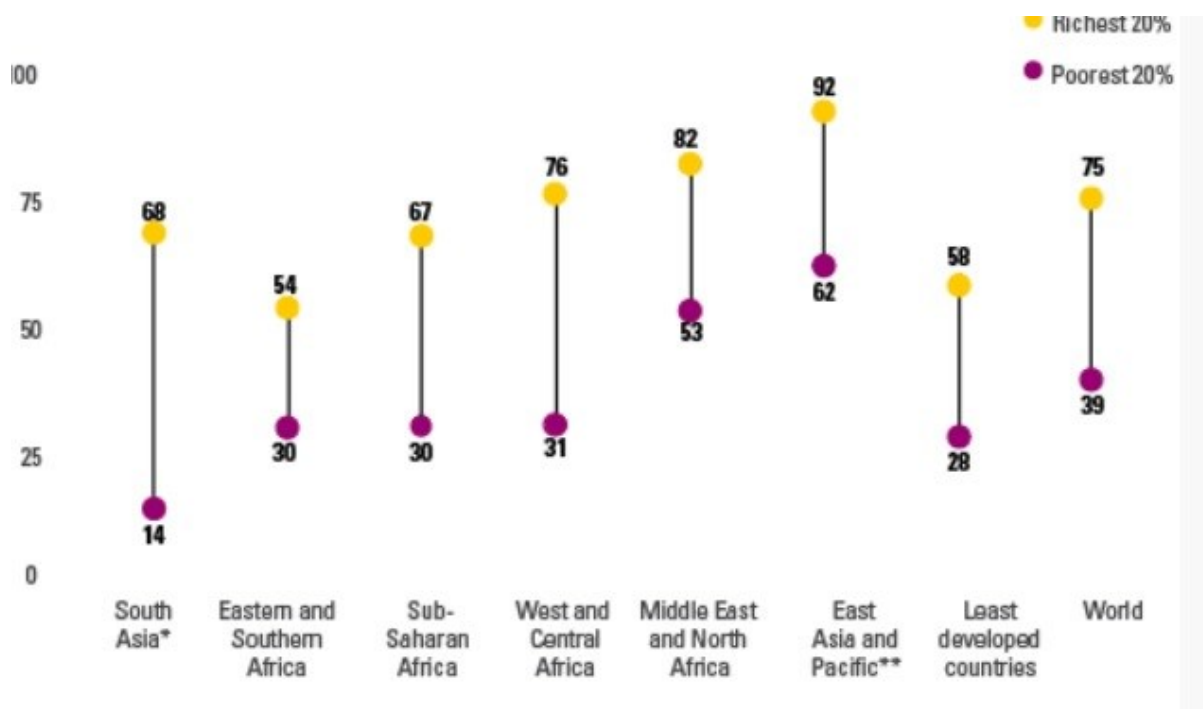


Figura 6.- UNICEF. (2017). Disparities in coverage



### Estadísticas regionales

En América Latina y el Caribe, la cobertura prenatal a partir de 2009 hasta el 2013 fue del 97% para al menos una visita y 90 % para al menos cuatro visitas, aunque algunos países un promedio nacional mucho más bajo de cuatro visitas, como Ecuador con 58 por ciento, Haití y Suriname con 67 por ciento. Siendo los países con niveles más bajos a nivel regional, que no cuentan con un registro de datos claros.

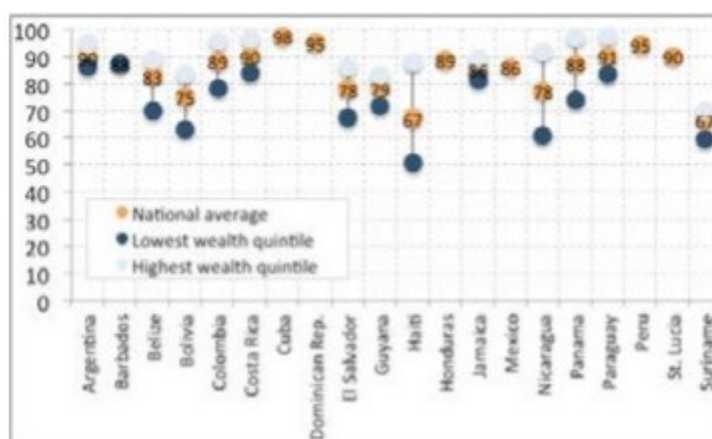


Figura 7.- UNICEF. (2016). Health Equity Report

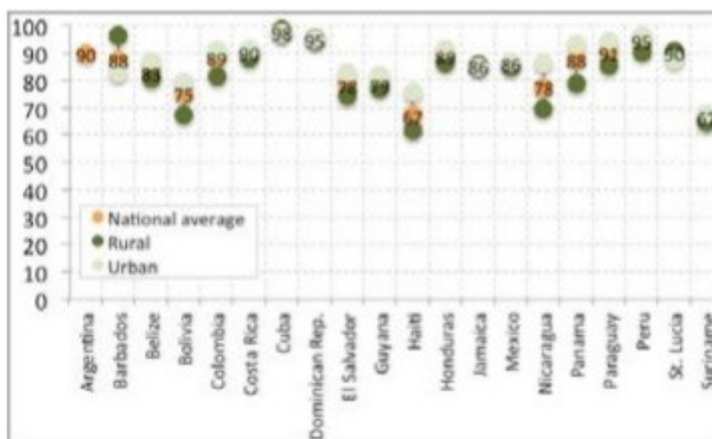


Figura 8.- UNIFEC. (2016). Health Equity Report

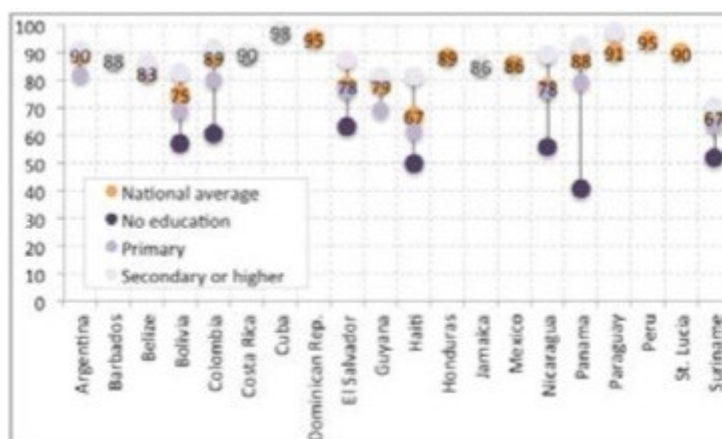


Figura 9.- UNIFEC. (2016). Health Equity Report

Al igual que las estadísticas internacionales se demostró que el número de visitas a salud médica específicamente, control prenatal aumenta proporcionalmente con respecto al nivel socioeconómico de la mujer. Indicando que las mujeres de escasos recursos inician el CPN tardíamente durante su proceso de embarazo.

Como resultados de las estadísticas se logra verificar que mujeres gestantes de escasos recursos, con bajos niveles de educación, de zonas rurales, y grupo étnicos minoritarios. Tienen mayor probabilidad de no contar con acercamiento a servicios de control prenatal, y en caso de hacerlo la infraestructura, distancia y costos asociados son grandes obstáculos que desencadenan el abandono de tratamientos y procedimientos de control.

## Nutrición Materna

El embarazo representa uno de los periodos más desafiantes y vulnerables de la mujer con respecto a su nutrición debido a los cambios metabólicos que esta experimenta en todo su cuerpo. El albergar y ser fuente de nutrientes para otro ser humano aumenta las necesidades nutricionales de la madre en todos los aspectos, lo que tiene como objetivo el equilibrar y desarrollar el cuerpo del binomio.

“Las mujeres bien nutridas tienen menos probabilidades de experimentar abortos espontáneos o desarrollar anemia por deficiencia de hierro, estreñimiento, fatiga y otros problemas comunes de embarazo. Los bebés nacidos de mujeres bien nutridas tienen más probabilidades de nacer con una salud robusta” (Brown, 2006, p. 3)

Parte fundamental del control prenatal consiste en asesorar el control nutricional de la gestante antes y durante el embarazo, para así poder entender las necesidades de la misma mediante el conocimiento de sus hábitos alimenticios, enfermedades previas, y otros factores que puedan influenciar en la salud de ambas partes. (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 309)

El crear y fortalecer una buena salud nutricional durante este periodo está influenciado por 3 factores: el correcto aumento de peso, la ingesta de necesidades nutricionales adecuadas al perfil de la mujer basado en el trimestre o periodo por el cual está transcurriendo y el consumo de una dieta equilibrada que tenga presente todos los factores anteriores y posibles indicadores de riesgos nutricionales.

### **Aumento de necesidades nutricionales**

Durante el embarazo, todas las necesidades nutricionales de la mujer aumentan, por lo que es necesario el tener una mayor ingesta de las mismas. Entre las necesidades en aumento se encuentran las calorías, minerales, agua y vitaminas. Para contrastar el aumento de necesidades por etapa de vida y evidenciarlo, Lowdermilk y Perry (2004) han creado un cuadro de la recomendación de ingesta diaria de diferentes nutrientes separados por categoría y subcategorías mostrando la necesidad de una mujer en periodo de gestación en comparación con una que no lo está (p. 373)

Nutriente	Cantidad recomendada para la mujer no gestante	Cantidad recomendada para la mujer gestante
<b>Proteina (gr)</b>	50	60
<b>Minerales</b>		
Calcio (mg)	1300/1000	1300/1000
Hierro (mg)	15/18	27
Zinc (mg)	9/8	12/11
Yodo (mg)	150	220
Magnesio (mg)	360/320	400/360
<b>Vitaminas Solubles en Grasa</b>		
A (mg)	700	750/770
D (mg)	5	5
E (mg)	15	15
<b>Vitaminas Solubles en Agua</b>		
C (mg)	65/75	80/85
Folato (mg)	400	600
B o Peridoxina (mg)	1.2/1.3	1.9
B12 (mg)	2.4	2.6

*Tabla 2.- Ingesta de nutrientes en el embarazo*

El consumo inadecuado de nutrientes durante este periodo se encuentra asociado con complicaciones como el parto prematuro y anomalías congénitas. Una de las anomalías más comunes y graves que existe son los defectos del tubo neural producidos por una falta de ácido fólico.

### ***Ácido Fólico.***

Uno de los descubrimientos más importantes en cuestión de nutrición del siglo XXI dictaminó que el consumo de ácido fólico, un tipo de vitamina B, antes y durante el embarazo, ayudarán con la reducción significativa de defectos del tubo neural en infantes. Este era considerado uno de los defectos más comunes e intratables del recién nacido, donde se afectaba su columna vertebral y cerebro de manera permanente. Expertos nutricionistas como Judith Brown y Gordon Wardlaw recomiendan que todas las mujeres en edad fértil deberían consumir ácido fólico de manera regular como herramienta preventiva en caso de quedarse embarazadas. Brown (2006) aconseja un consumo mínimo de 0.4 mg de ácido fólico o folato, el cual se puede encontrar naturalmente en comidas como las frutas, granos integrales y vegetales de color verde.

### ***Peso adecuado.***

“El aumento de peso durante el embarazo es una consideración importante debido a que el peso del recién nacido y su estado de salud tienden a aumentar a medida que el peso de la madre aumenta” (Brown, 2011, p.104) A pesar de que no se conoce con certeza el número exacto de kilos que una mujer debe aumentar, el aumento de peso óptimo de una madre durante su embarazo tiene un papel importante en el resultado del mismo. Sin embargo, el peso va directamente relacionado con la calidad nutricional de los alimentos que consumamos. A pesar de que consumamos la cantidad “adecuada”, si

estos poseen un nivel nutricional muy bajo o muy alto para las necesidades de la mujer, esta se encontrará malnutrida. La malnutrición se puede ver en dos extremos, las personas que se encuentran desnutridas y las que poseen sobrepeso. (Brown, 2006, p. 38)

El peso aumentado durante el periodo de embarazo se distribuye en cinco lugares del cuerpo de la mujer. La mayoría de este se dirige hacia el feto, seguido por una cantidad significativa que se dirige a la sangre. El resto de los nutrientes se utilizan en la placenta (que es el medio mediante el cual se distribuyen los nutrientes de madre a feto), líquido amniótico y grasa adicional entre la cual se encuentra el aumento de senos.

### **Nutrición por Trimestres**

La nutrición en el periodo de embarazo es uno de los puntos más importantes y críticos a la hora de proteger a la mujer y cuidar al feto. La nutrición que la madre lleve antes y durante el embarazo, tendrá un efecto directo en la salud del infante durante todo su proceso de crecimiento y desarrollo; también se plasmará en el bienestar de la gestante después de este y sus siguientes embarazos. El conocer las necesidades nutricionales recomendadas por trimestre de embarazo, funcionan como una guía para la mujer y su círculo cercano para poder planificar la alimentación durante este periodo y así tratar de apoyar a la mujer en todas las etapas. A pesar de esto, la necesidad calórica y nutricional de la mujer dependerá en parte del nivel de actividad física, peso actual, masa muscular, y etapa de embarazo. (Brown, 2011, p. 77)

Concepciones antiguas creían que el trimestre donde la madre necesitaba alimentarse de mejor manera era el último, debido a que es el periodo de tiempo donde el feto se desarrolla y crece más. Sin embargo, estas concepciones están cambiando. A

pesar de que en el primer trimestre la madre presenta menos cambios físicos, y el feto tiene menos demandas biológicas, la calidad nutricional de la comida ingerida en este periodo debe ser más alta en proteínas, calcio y hierro que en cualquier otro. En cuanto a cantidad, el aumento solo es poco significativo a la que se consumía antes del embarazo. En el segundo y tercer trimestre, mientras el crecimiento fetal va en rápido progreso, la necesidad alimenticia tanto en porciones como en cantidad nutricional incrementa de gran manera. (Lowdermilk & Perry, 2004, p. 370)

## MARCO TEORICO NACIONAL

### Objetivos Específicos

- Analizar estadísticas nacionales actuales y compararlas con estadísticas anteriores para observar cambios.
- Observar las acciones adoptadas por el Estado a través de los Sistemas de Salud para afrontar esta problemática de salud pública.
- Conocer los factores sociales que determinan la existencia de los altos índices de muerte materna en el país.
- Investigar acerca de la efectividad de programas y proyectos dirigidos hacia la mujer gestante para garantizar una mejor calidad de vida materno-fetal.

### Salud Pública

#### Antecedentes

Durante varios años, el Ecuador no contó con una institución independiente que vele por la salud de los ciudadanos, sino que, dichas funciones fueron asignadas al entonces Ministerio de Previsión Social y Trabajo. Debido a esto, para el año de 1963 se crea la Subsecretaría de Salud, convirtiéndose en el primer paso para la formación de una institución independiente. La cual se encargaría de controlar la Subsecretaría antes mencionada. No fue hasta el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez que a través del decreto 084 con Registro Oficial No. 149, por medio de la Asamblea Constituyente de 1967 se crea y respalda judicialmente la creación del Ministerio de Salud Pública.



Los objetivos que se plantearon para el trabajo de estas instituciones públicas se basan en la coordinación e integración de servicios de salud. El Ministerio de Salud Pública se encarga de brindar servicios de salud buscando

“aumentar su cobertura; llegar a todos los estratos sociales y lograr una descentralización administrativa; impulso y desarrollo de la medicina preventiva y la educación sanitaria; la regionalización de los servicios de salud; el abaratamiento de las medicinas mediante la reducción de impuestos, control de precios, producción de drogas genéricas y la instalación de farmacias populares; investigación y educación nutricional y el desarrollo de programas de alimentación básica para la madre embarazada, el recién nacido y los niños en edad escolar; el apoyo a la investigación científica” (Avilés, s/f)

Permitiendo de esta manera, que se convierta en la institución que ejerza plenamente el Sistema Nacional de Salud, con un modelo bajo el que se priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. aportando con niveles óptimos de atención y calidez en el servicio, garantizando salud integral de la población y el acceso universal a una amplia red de servicios que cuentan con la participación coordinada de ayuda entre organizaciones: públicas, privadas y comunitarias. (MSP, 2014)

No fue hasta 1970 que el MSP culmina con la construcción y creación de su infraestructura en todo el país, convirtiéndose en el máximo oferente de servicios de salud a la población incluso llegando a ciertos lugares del campo. El pensamiento de Salud Pública poco a poco propone una nueva visión multicausal de las enfermedades, comenzando a desarrollar una concepción de que la salud se encuentra ligada a procesos

reproductivos, sociales y políticos. En la década de los noventa, la atención primaria de salud se convierte en el eje de las propuestas, promoviendo el desarrollo de los sistemas locales de salud, logrando que dichas instituciones se consoliden, creando el Seguro Social Campesino. Ampliando la cobertura de servicios de salud al campo y emprendiendo con nuevas campañas que como fin buscaban la construcción de unidades hospitalarias alrededor del país.

Es aquí donde la reforma en el sector de la salud se convierte en el tema central, ejerciendo variaciones en el rol del estado pasando a ser el principal oferente de servicios de salud para la población y financiador número uno de la salud. Cambiando la relación entre el estado y sociedad como también, las leyes del sistema de salud, reestructurando las medidas del énfasis de la atención para curación de enfermedades hacia la promoción de salud, gracias a las nuevas visiones ambientalistas y culturales sobre el bienestar de la población.

A pesar de estos cambios internos en los sistemas de salud, no se crea ni establece un modelo que construya una pauta para enfrentar los problemas de salud a nivel local. (Velasco, 2007)

### **Salud como Derecho en el Ecuador**

Según la Constitución del 2008 a través del Art. 32 se aclara que el “Estado Ecuatoriano es un estado de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural; que garantiza el derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales” (MSP, 2013) que sustentan el buen vivir. Adicionalmente, gracias al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo firmada en 1994, la República del Ecuador afirmó que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano y debería ser garantizado por los diferentes Estados.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se han convertido de igual manera en una herramienta que busca que el Estado Ecuatoriano impulse la promoción, ejercicio, reparación y restitución del derecho a la salud sexual. Basándose en el cumplimiento de los objetivos:

- Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La meta 3.1 dice: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”
- Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. En sus metas 5.1, 5.2 y 5.3 convoca a los Estados a prevenir y erradicar toda forma de discriminación y de violencia contra las niñas y las mujeres en todo el mundo; y, en la meta 5.6, expresamente se manifiesta la necesidad de “Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo,

Designando al Ministerio de Salud como la Autoridad Sanitaria encargada por medio de un compromiso institucional, a garantizar el derecho a la salud para con los ciudadanos. Promoviendo la creación de políticas públicas con procesos participativos, involucrando a todos los actores del Sistema Nacional de Salud ya sean públicos como privados.

Con el paso del tiempo, la realidad tanto internacional como nacional permitió que derechos sexuales y derechos reproductivos superan los obstáculos y puedan ser reconocidos bajo la legislación correspondiente.

Tomando en cuenta el contexto nacional, los Derechos relacionados a servicios de salud se encuentran amparados bajo la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y otros acuerdos ministeriales:

“Art- 32 de la Constitución: el Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia” (MSP, 2008)

“Art- 361 de la Constitución: Establece que: “El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.” (MSP, 2008)

“Art- 336 de la Carta Política: prevé que el financiamiento de las entidades públicas del Sistema Nacional de Salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley” (MSP, 2008)

La creación de esta ley tiene como objetivo fundamental el establecimiento de principios y normas generales para el financiamiento como para la organización de la Red Nacional de Salud, la misma que regirá como institución de control dentro del

territorio nacional. No cabe duda de que a través del control ejercido se busca desarrollar un mejor Sistema de Salud para la población, ejerciendo el derecho a una óptima calidad de vida y salud, incorporando la participación activa de los distintos niveles del SS. Haciendo hincapié en que todo proceso debe caracterizarse por el respeto a: la equidad, para garantizar que todo individuo podrá acceder a un servicio de calidad que se ajusta a sus necesidades; calidad con respecto a la efectividad de acciones como de atención y finalmente, la eficiencia, optimizando el rendimiento de los recursos capitales como recursos humanos.

En base a los reglamentos antes citados, el MSP debe cumplir con el compromiso de “garantizar el derecho a la salud, promoviendo la construcción de políticas públicas mediante procesos participativos.” (MSP, 2013)

Por otro lado, al tener en cuenta que el Ecuador es un estado multicultural y plurinacional, el mandato constitucional garantiza que el derecho a la salud y bienestar se relacionan a otros como la lucha contra la pobreza, igualdad de género, situación de la niñez y adolescencia y situación actual de los pueblos y nacionalidades indígenas. Asumiendo un compromiso ético y político.

Este organismo busca ser un mecanismo integral ya que, permite la cobertura universal y equitativa del SS. Es importante mencionar que, la salud o cuidado reproductivo ya no es un tema aislado sino por el contrario, presenta estrecha relación con una gran variedad de métodos de prevención, cuidados antes y durante el proceso de embarazo, adicionalmente, hablan sobre la planificación a corto y largo plazo. “Evolucionando de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión más amplia que supera el ámbito biológico y se relaciona con otros derechos como la cultura, los valores universales, y la realización personal de cada ser humano.”. (MSP, 20). Observando claramente, que los factores que contribuyen o conllevan a mantener

un estilo de vida de alta calidad, ya no se encuentran netamente ligados a temas fisiológicos o biológicos.

En consecuencia, tomando en cuenta los diversos factores de influencia se propone que toda institución o programa de aplicación en temas de salud, tengan una transformación estructural. Impulsando nuevos modelos que se caractericen por brindar atención de salud familiar, comunitaria e intercultural, brindando respuestas directas a todo tipo de deficiencia. Promoviendo principalmente el crecimiento equitativo de servicios, aumentando su campo de acción y la asistencia personalizada a: mujeres y hombres; diversidad étnica y cultura; sexo; procedencia geográfica, discapacidades existentes y situación socioeconómica.

### **Situación Actual**

Actualmente, el Ecuador cuenta con un Sistema de Salud Pública que presenta avances importantes, principalmente debido al aumento de los recursos invertidos para este servicio público, gracias a las reestructuraciones institucionales. Demostrando mayor interés en el desarrollo de este, no solo por ser uno de los derechos constitucionales más básicos sino porque se comprobó que una buena calidad de vida acompañada de un óptimo cuidado en la salud, en términos económicos impulsa el desarrollo de la productividad. Observando un aumento económico interesante para los recursos públicos de salud, invirtiendo en el año 2005 por habitante 195 dólares mientras que, para el año 2011 el monto por habitante aumenta a 322 dólares. Desafortunadamente, a pesar de que el aumento de fondos fue significativo a comparación de otros países, aún se sigue gastando menos que en la gran mayoría de países en Latinoamérica.

La Red Pública Integral de Salud para el 2013 contó con un presupuesto de 3.701 millones de dólares, financiada gracias al establecimiento del presupuesto de gobierno central, a través de impuestos a la ciudadanía. Esta red de servicios integrales cuenta con cuatro instituciones administradoras de salud: IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas), ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía) y MSP (Ministerio de Salud Pública), que si bien visualizaron mejoras tangibles aún se registran varias deficiencias a nivel institucional evidenciando el “desperdicio de recursos y discriminación en la atención a ciudadanos dado a la carencia de una adecuada coordinación” (Jaramillo, 2013)

Generando resultados, que priorizan la creación y promoción de una gran cantidad de campañas de prevención y promoción de salud, siempre tomando en cuenta el contexto o problemáticas que mayormente afectan a los ciudadanos.

Como resultado, surge la creación del Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva que inicia en el 2017 y busca obtener significativos cambios para el año 2021.

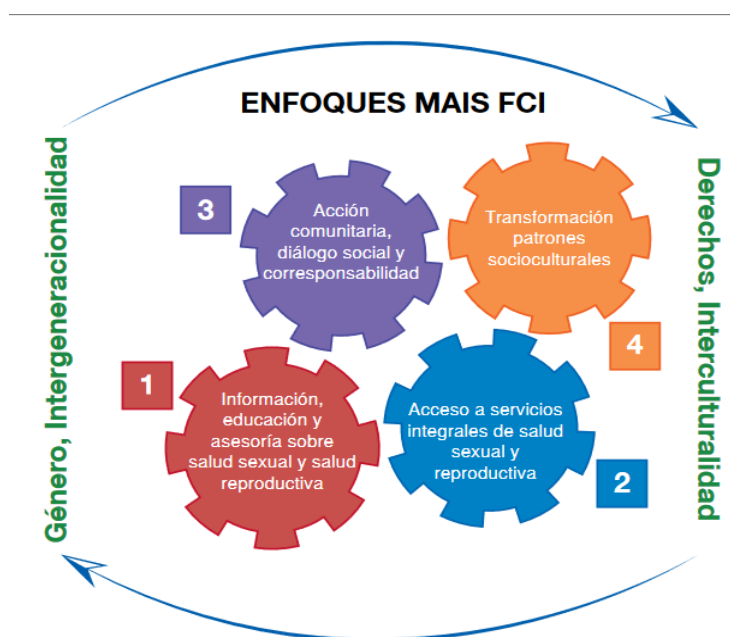
“El plan promueve la inclusión, la igualdad y el respeto a los Derechos Humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Articula aspectos de la gestión del Sistema Nacional de Salud, para lograr recursos y procesos sistemáticos de producción y actualización del conocimiento sobre el tema” (MSP, 2013)

La idea general es crear una guía de control en temas de salud para, “generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas sean corresponsables de su salud y las organizaciones sociales locales tomen un rol de control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y

activa participación,” (MSP, 2013). Es decir, buscan empoderar a cada uno del individuo en sus propios gestores de cuidado y cambio para sus condiciones de salud y bienestar, abordando la sexualidad desde un campo menos tradicional optando por nuevas prácticas especialmente, en deficiencias materno - infantiles. Debido a que esta, es una de las principales causas no solo de mortalidad sino refleja altas brechas de inequidad, por ende el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva plantea el enlace entre subsistemas de salud lo que permitiría una óptima distribución y uso de recursos enriqueciendo la calidad en el servicio, sin embargo, es necesario tener presente que la reflexión más urgente es respecto a, “condiciones y necesidades específicas de la población ecuatoriana (...) garantizando la igualdad de derechos y oportunidades para mujeres y hombres diversos por su edad, su sexo, su género, su orientación sexual, su situación socio-económica, su procedencia geográfica” (MSP, 2013)

En otras palabras, las bases de operación de este programa son los Enfoques MAIS FCI que comprenden los siguientes:

### Principales Enfoques, Salud Pública





*Figura 10.- MSP. (2016)*

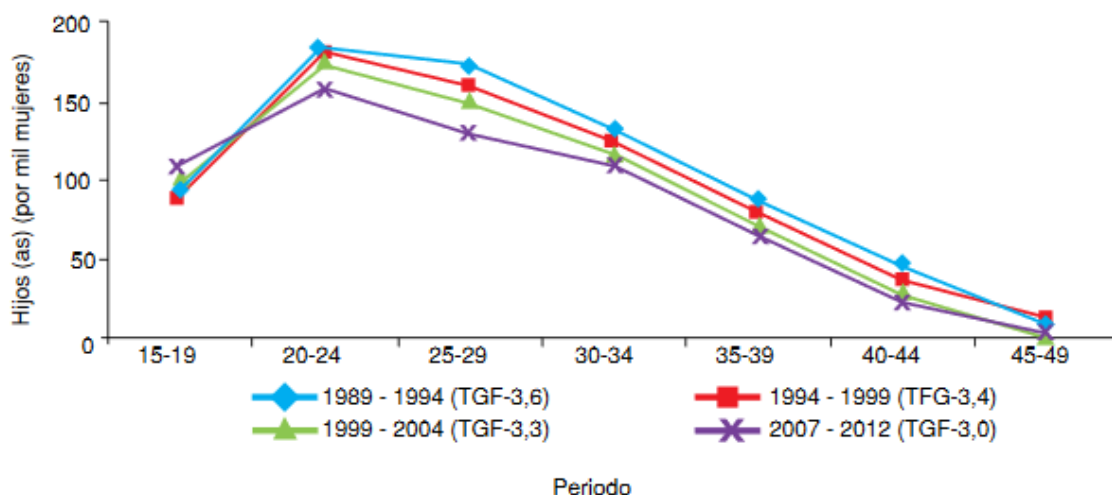
- Enfoque de Derechos: ciudadanía, sujeto de participación y concepción de políticas públicas (interrelación entre actores sociales). Reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Enfoque de Igualdad: generando condiciones y capacidades para los habitantes.
- Enfoque Género: Modificando las relaciones económicas, políticas, sociales y culturales entre hombres y mujeres de manera que exista igualdad en el ejercicio de derechos y acceso a beneficios, recursos y oportunidades.
- Enfoque Sexualidad Integral: cambiando la perspectiva desde lo reproductivo por el desarrollo integral y lo que este conlleva.
- Enfoque de Inclusión Social: reconocer y visibilizar derechos y accesos.
- Enfoque Intercultural: relación entre culturas diversas.
- Enfoque Intergeneracional
- Enfoque de participación y ciudadanía en salud.

## **Embarazo en el Ecuador**

Según el ENSANUT, una investigación realizada en el año 2012 reflejó que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) nacional se caracteriza por la existencia de un desequilibrio según el área geográfica de residencia. Afirmando que las mujeres de zonas rurales, sobre todo en la región de la Amazonía tienen más hijos, además se logró observar un determinante importante como lo es el nivel de educación. Ya que, la TGF para mujeres sin educación es de 4.4 en comparación a mujeres con niveles de educación superior que presentaron una TGF de 2.1. Tomando en cuenta los quintiles de pobreza se contempla el contraste entre el número de hijos en hogares pobres de 4.1 hijos con el de familias con mayores recursos económicos, de 2.1 hijos.

La TGF cuenta con una ramificación esencial conocida como Tasa Específica de Fecundidad (TEF), la misma que permite obtener un conocimiento y estadísticas de los porcentajes de mujeres embarazadas tomando en cuenta el grupo de edad al que corresponde. Comparando los resultados internacionales con los reclutados a nivel nacional, se concluyó que todos los grupos etarios siguen la tendencia mundial de descenso. Y a pesar, de que estos resultados son positivos, se ha encontrado que los grupos etarios inferiores de mujeres de 15 a 24 años en comparación con el periodo de 1989 -1994 han aumentado los porcentajes de embarazo.

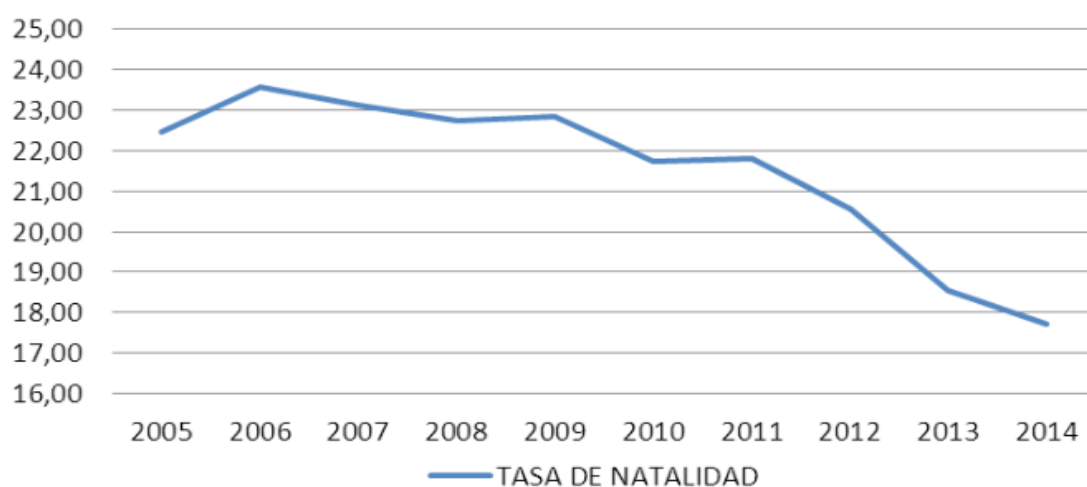
### Tasa de fecundidad



*Figura 11.- MSP, (2016)*

En consecuencia, de los elevados resultados, el Ministerio de Salud Pública creó el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). La que busca respaldar los derechos a la atención en salud sexual y reproductiva brindando énfasis a los grupos minoritarios. Para el 2016, Ecuador Familia en cifras entrega datos demográficos acerca de nacimientos basándose en regiones, edad y nivel de educación.

### Tasa de Natalidad Ecuador



*Figura 12.- MSP. (2014).*

En el gráfico, se comprueba que la tasa de natalidad del 2005 en comparación con la de 2014 ha disminuido significativamente de:

“4.73 en el número de nacimientos por cada 1000 habitantes. En el 2005 de cada 1000 habitantes, 22.47 corresponde a nacimientos, mientras que en año 2014, de cada 1.000 habitantes, 17.73 corresponde a nacimientos, en los dos últimos años 2013-2014 la tasa de natalidad disminuye en un 0.82 nacimientos por cada 1.000 habitantes” (ILFAM, 2016)

### **Muerte Materna Realidad Nacional**

El periodo de embarazo puede presentar varios factores de riesgo que influyen no solo en el nacimiento del feto sino también, en la calidad de vida de la gestante durante como posteriormente al embarazo. Sin embargo, este proceso puede venir acompañado de morbilidad, secuelas e incluso la muerte de la madre, el feto o de ambos.

La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes tras el fin del embarazo es conocida como muerte materna. Se encuentra

asociada con el embarazo, el parto o el puerperio, esto sin tomar en cuenta la duración del mismo, sino por causas relacionadas a la gestación o a la atención brindada durante el parto. Unas de las principales causas son: la hipertensión, hemorragia y aborto, condiciones que en su totalidad logran ser prevenibles gracias a un adecuado servicio de salud.

“Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan las condiciones de vida de la mujer; la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad, la situación social, cultural, económica y política, la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud y las condiciones de educación, alimentación y vivienda en un sitio determinado” (Valdivies & González, 2015)

Convirtiéndose en tres principales motivos: falta de conciencia del problema por parte de la implicada, como de la familia e incluso de la comunidad para acercarse a puntos de atención, demora en el traslado y la baja calidad de atención por parte de los servidores de salud.

Por ende, el objetivo fundamental de los cuidados aplicados a la madre busca minimizar los riesgos de morbilidad y mortalidad materno- fetal esto por los riesgos, a los cuales las mujeres se encuentran vulnerables poniendo en peligro la vida del binomio.

“Los factores de riesgo es toda característica o circunstancia observable en una persona, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. La importancia mayor de los factores de riesgo consiste en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen” (Valdivies & González, 2015)

Adicionalmente, la muerte materna puede llegar ser considerado un indicador que refleje las condiciones actuales de la mujer con respecto a su condición de salud,

confirmando que la gran mayoría de defunciones se dan a causa de los factores antes mencionados como lo son: desigualdades de género, pobreza, falta de educación y lugar geográfico de residencia.

### ***Situación Actual.***

“El Ecuador tiene una de las razones de MM más altas del continente. La Cumbre Mundial de Jefes de Estado del año 2000 propuso entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), un objetivo dedicado a la salud materna que busca reducir en 3/4 partes dicha razón entre el año 1990 y el 2015” (Hermida)

Proyecto que para el año 2004 reflejó la disminución de 159 \* 100.000 a 76.4\*100.000 nacidos vivos, lo que permite mostrar una tendencia de reducción. Adicionalmente, para el año 2003 se obtuvo a través de la recolección de datos las principales causas por las que la muerte mater sigue siendo un problema de salud pública.

### **Causas de Defunciones maternas**

<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Aborto</b>	<b>Hipertensión</b>	<b>Otros, embarazo</b>	<b>Embarazo y feto</b>	<b>Complicaciones hemorragia</b>	<b>Sepsis, embolia</b>	<b>Otras</b>
<b>1997</b>	<b>162</b>	<b>17</b>	<b>63</b>	<b>2</b>	<b>18</b>	<b>52</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>1998</b>	<b>153</b>	<b>12</b>	<b>61</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>37</b>	<b>11</b>	<b>19</b>
<b>1999</b>	<b>209</b>	<b>16</b>	<b>84</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>54</b>	<b>20</b>	<b>15</b>
<b>2000</b>	<b>232</b>	<b>20</b>	<b>77</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>61</b>	<b>19</b>	<b>26</b>
<b>2001</b>	<b>187</b>	<b>11</b>	<b>75</b>	<b>3</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>29</b>
<b>2002</b>	<b>149</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>11</b>	<b>16</b>
<b>2003</b>	<b>139</b>	<b>6</b>	<b>58</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
<b>Total</b>	<b>1.231</b>	<b>102</b>	<b>461</b>	<b>21</b>	<b>136</b>	<b>295</b>	<b>83</b>	<b>133</b>
<b>%</b>	<b>100%</b>	<b>8,2%</b>	<b>37,44%</b>	<b>1,7%</b>	<b>11,0%</b>	<b>23,9%</b>	<b>6,7%</b>	<b>10,8%</b>

*Figura 13.- INEC (1997-2003).*

### Causas de Muerte Materna; Ecuador 2014

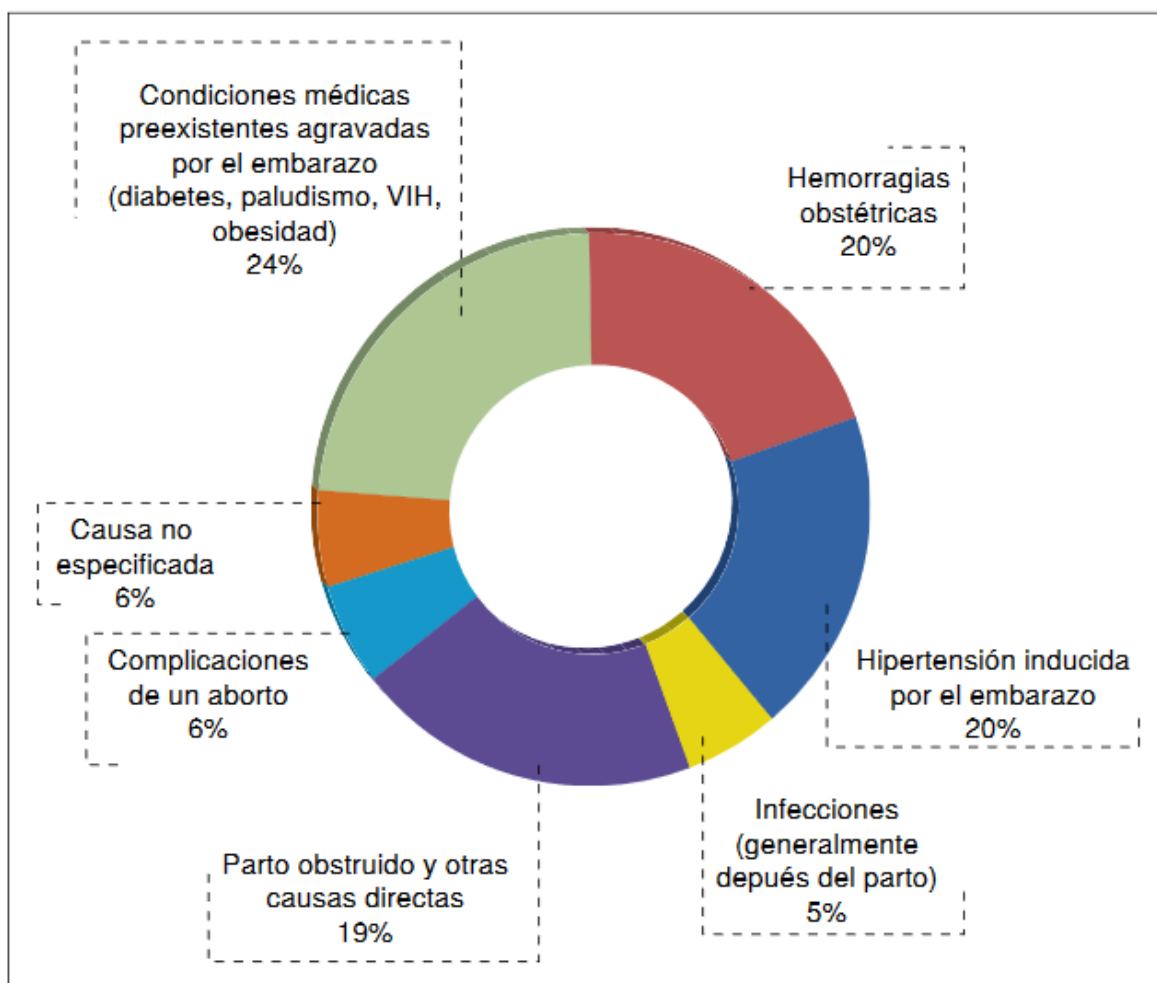


Figura 14.- MSP. (2016)

Para el 2014, las instituciones de salud públicas observaron que, si bien prevalecían muchas de las causas de muerte materna, la Sepsis y Embolia se habían reducido casi hasta desaparecer.

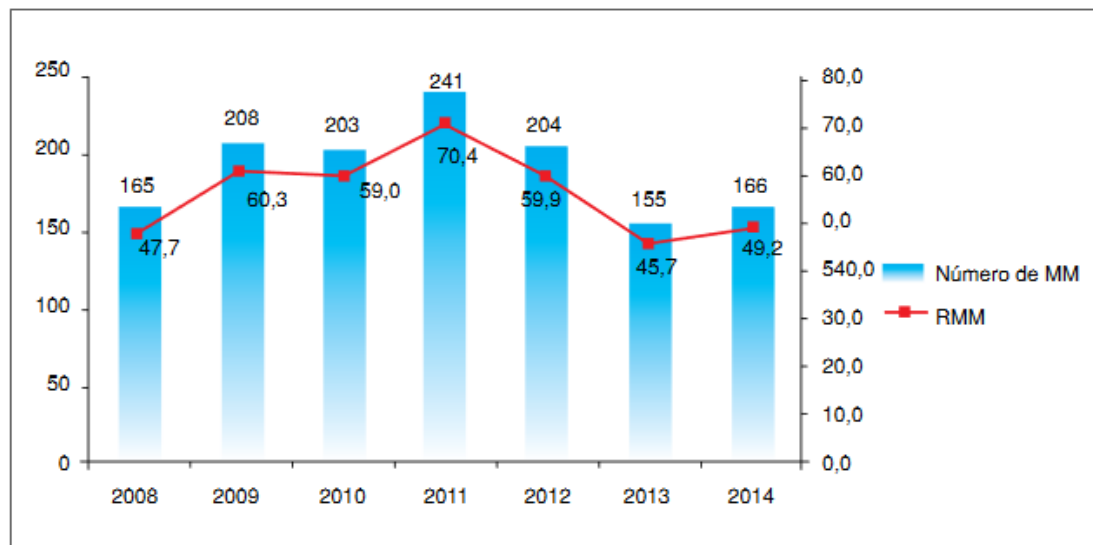
#### ***Estadísticas.***

En consideración con los porcentajes en el caso del Ecuador, para “el año 1990, la Razón de mortalidad materna (RMM) fue de 154 por 100.000 nacidos vivos estimados; para el año 2014 la Razón de Mortalidad Materna fue de 49,16 por 100.000

nacidos vivos estimados, siendo la reducción en este periodo para el país de 68%.”

(MSP)

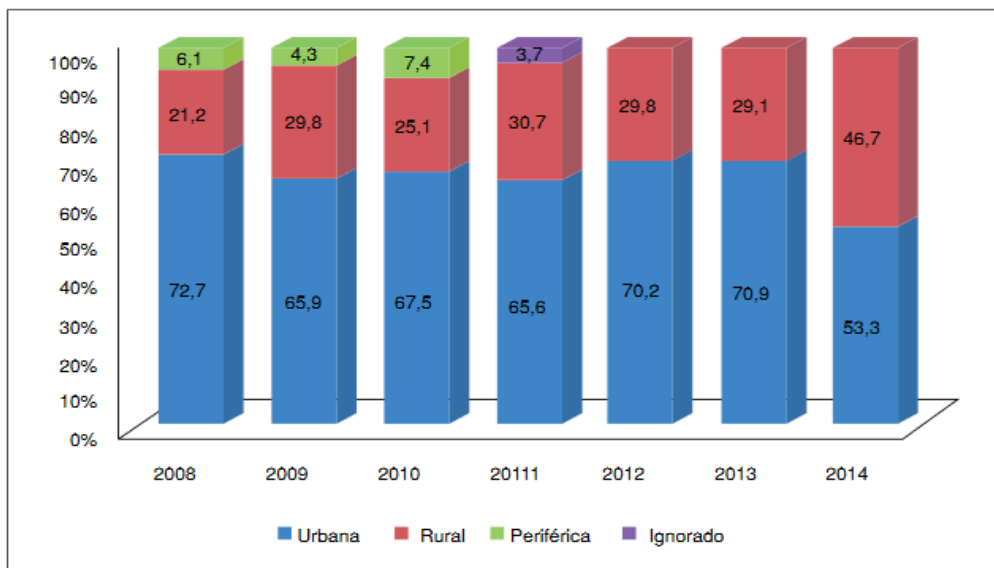
### Razón de Mortalidad materna (2008-2014)



*Figura 15.- MSP. (2016)*

Por otro lado, a través de estas estadísticas se comprobó que el informe entregado por la OMS con respecto a la situación de la muerte materna en la Amazonía es completamente acertado poniendo a las provincias de: Zamora Chinchipe, Morona Santiago, Napo y Orellana como las provincias con mayores índices de mortalidad. Debido a las remotas posibilidades del acceso a una atención sanitaria adecuada.

### Porcentaje de muerte mater por zonas

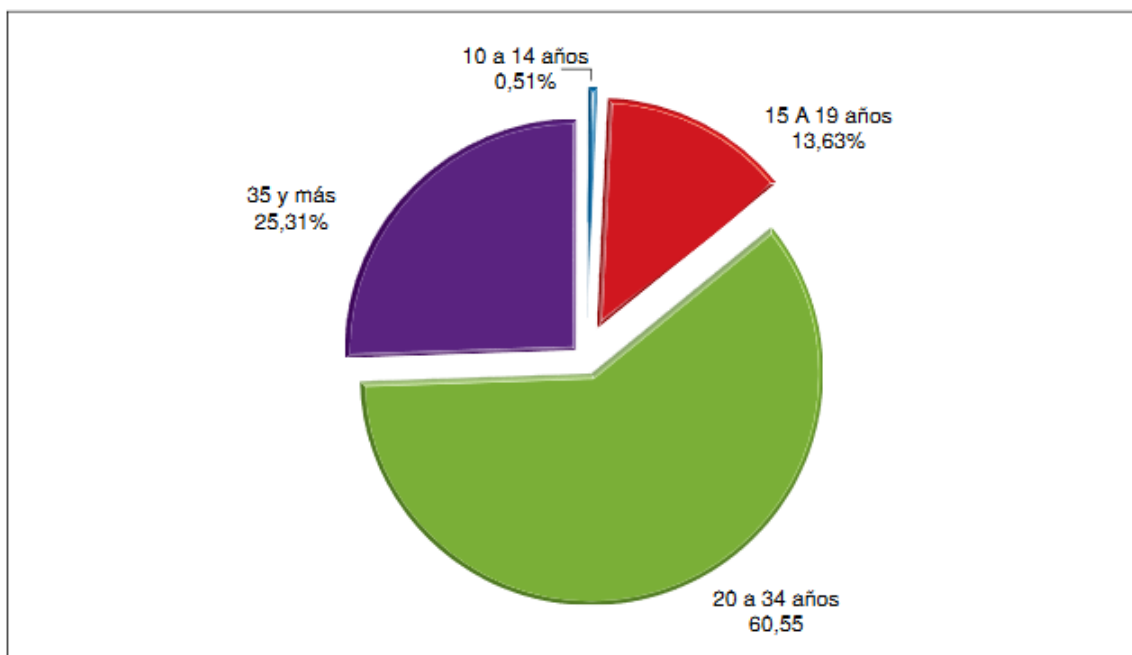


Fuente: Bases Defunciones INEC Consultado el 24/08/2015.  
Elaborado por: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

*Figura 16.- MSP. (2015)*

En el periodo del 2010 al 2014 se registraron aproximadamente 976 muertes maternas, éstas divididas en los distintos grupos etarios.

### Mortalidad Materna según grupo etario (2010-2014)



*Figura 17.- MSP. (2016)*



Obteniendo como resultados que, si bien es cierto que los números han disminuido para lograr una reducción importante, es realmente necesario que se planteen políticas o medidas que amparen a mujeres tanto en edad fértil como a embarazadas y madres primerizas. Adicionalmente, sería una medida efectiva que se promueva ampliamente programas de planificación familiar para todos los sectores de la sociedad.

## **Control Prenatal**

### *Antecedentes.*

Desde los años ochenta, la salud de la mujer embarazada y los recién nacidos se convirtió problema eminente de la salud pública a nivel mundial, lo que dio paso a múltiples programas e intentos para mejorarla. Sin embargo, no fue hasta la década de los noventa que este se consideró un problema que necesitaba acciones en el Ecuador. Es así como a mediados de aquella década se realizó la primera investigación cuantitativa para conocer el estado de la salud materna en el Ecuador, y empezó la promoción del Control Prenatal como el instrumento más efectivo para mejorar la salud de las gestantes y así reducir los índices de muerte materna en el país.

La importancia brindada a la salud materna por parte del Estado fue plasmada en la Constitución de la República del Ecuador en el año 2008, a través de la creación de la Cuarta Sección de la Carta Magna titulada “Mujeres Embarazadas”, la cual contiene el Artículo 43 que estipula lo siguiente

“Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1) No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2) La gratuidad de los servicios de salud materna. 3)

La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4) Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.”

El segundo y tercer literal se enfocan en la calidad y la asistencia a los diferentes controles para monitorear el embarazo, enfocándose primero en la igualdad de atención sin importar el perfil de la persona, la accesibilidad económica del mismo, la trascendencia que este tiene en el ciclo de vida materno-fetal y el periodo posterior de recuperación.

Debido a que el Control Prenatal (CP) ha probado ser el cuidado más eficaz para la disminución de riesgos obstétricos y reducción de muerte materna por causas prevenibles, se le ha dado un gran énfasis a su utilización por parte de organismos gubernamentales. Desde los años noventa, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha trabajado por dar a conocer a la población la importancia del CP, el cual es el resultado de la composición de varios factores. El MSP ha definido la atención de Control Prenatal como

“Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. <sup>[1]</sup><sub>[SEP]</sub> Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.” (MSP, 2016, pag. 12)

Destacando cómo esta atención debe ser integral, y comenzar máximo desde los primeros tres meses de embarazo hasta después del nacimiento del bebé. Además, este

control debe ser completo y atender las necesidades de la mujer desde la parte gineco-obstétrica, hasta nutricional o emocional; periódico, con un mínimo de 5 visitas en el tiempo de embarazo; y acogedor, es decir tratando a las mujeres de manera correcta en cuanto a calidad y cordialidad para que estas se sientan seguras de volver.

El trabajo realizado por el Estado para promover el Control Prenatal ha tenido resultados positivos. Para constatar estos resultados, el MSP en conjunto con el INEC, ha realizado encuestas en cuatro ocasiones desde 1994 hasta el 2012. Para explicar las mejoras que ha habido, se han realizado dos gráficas.

Gráfico 9.1 **Evolución en la proporción de madres que han recibido al menos un control prenatal durante el embarazo (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**

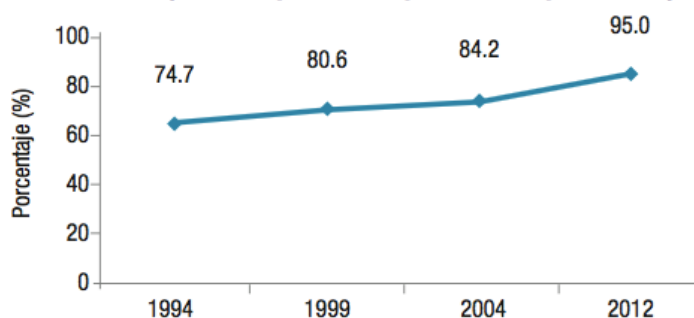


Figura 18.- ENDAMAIN 2004. CEPAR; ENSANUT-ECU2012. MSP/INEC

La primera trata acerca de la proporción de madres que se han asistido por lo menos a un control prenatal, habiendo un aumento de casi un 20% desde 1994 hasta el 2012. Se puede observar que el mayor acrecentamiento se presenta desde el año 2004 al 2012, con un 11% de ampliación. Esta gráfica nos demuestra como los esfuerzos realizados por el Estado han tenido un resultado efectivo y real, a pesar de que no se ha logrado la total asistencia de las mujeres embarazadas, cada vez estamos más cerca de aquel objetivo.

Cuadro 9.2 **Evolución del uso de servicios de salud materna de 1994 a 2012 (%)**

Servicio de salud materna		Encuestas			
		ENDEMAIN 1994	ENDEMAIN 1999	ENDEMAIN 2004	ENSANUT-ECU 2012
		%	%	%	%
Control prenatal	Al menos un control	74.7	80.6	84.2	95.0
	Primer control al primer trimestre	56.7	60.7	64.6	79.0
	Cinco o más controles	47.5	52.8	57.4	79.5
Atención del parto en un establecimiento de salud		63.5	69.2	74.2	90
Parto por cesárea		17.1	19.9	25.8	41.2
Control posparto	Al menos un control	33.3	36.0	36.2	51.0
	Primer control en los primeros 40 días	22.7	24.7	24.9	46.0v
Citología vaginal	Alguna vez	49.8	59.5	64.3	67.2
	En los últimos dos años	36.8	41.5	40.7	44.4

Figura 19.- ENDAMAIN 2004, CEPAR/ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC

Por otro lado, el gráfico presentado anteriormente presenta una comparación de la efectividad existente en el uso de los diferentes servicios destinados a mejorar la salud materna, comenzando por el Control Prenatal. Es fácil observar como el porcentaje de asistencia a controles disminuye drásticamente cuando se pregunta acerca de la asistencia a cinco o más de estos (lo cual es el número mínimo que se debería tener). Sin embargo, también se puede ver una mejora existente desde 1994 al 2012. En 1994 existía casi un 30% de contraste en cuanto a las mujeres que han asistido a al menos un control prenatal con las que han asistido a 5 o más; no obstante, en el 2012 existía solo un aproximado de 15%, lo cual muestra que esta diferencia se ha reducido en la mitad. Es importante mencionar, que el primer control se debe dar en el primer trimestre del embarazo para que este sea efectivo, es decir para que pueda identificar los riesgos obstétricos de manera eficaz y así trabajar en ellos antes de que sea muy tarde. Se puede notar casi un 23% de incremento en la asistencia a un control prenatal durante el primer trimestre en el lapso de 1994 al 2012.

### ***Situación Actual.***

“Entre 2009 y 2015, el trabajo integrado del sector social dio importantes resultados, entre los que resaltan que hubo 3’078.408 controles prenatales realizados, con entrega de micronutrientes, totalmente gratuitos.” (El Telégrafo, 2016)

Actualmente, la situación de cuidado materno ha presentado mayores esfuerzos por parte de las instituciones y el Estado, debido a la alta tasa de muerte materna existente en el Ecuador. Esto se ha plasmado en el programa “Por un Ecuador sin Muertes Maternas”, el cual promueve el cuidado de la salud de la mujer para evitar casos prevenibles de catástrofes. Además, en el 2013, se emitió la norma de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), la cual busca mejorar las condiciones del embarazo para la mujer mediante el impulso de una atención de calidad y un fácil acceso a centros de salud que brinden atención continua a la gestante. Para esto se ha trabajado en la educación prenatal y madres de familia, y a las personas responsables de brindar la atención de salud, lo que incluye doctores, enfermeras y en muchos casos parteras.

El MSP, ha puesto especial énfasis en el mejoramiento de los servicios de salud para brindar una atención adecuada a las mujeres, que se adapte a sus necesidades, antecedentes culturales y que sea personalizada.

“La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.” (MSP, 2016, pag.10)

A través del protocolo y reglas establecidas para brindar la atención materna, los responsables de salud deben crear vínculos con sus pacientes para que estas sientan la confianza necesaria para poder contarle todo lo que ocurre en el transcurso de su embarazo. Además, el lugar de atención se debe convertir en un espacio seguro que no solo asegure salud, sino también soluciones a problemas domésticos, buen trato y calidez.

Basándonos en los gráficos presentados en la anterior sección, un 5% de mujeres nunca ha asistido a ningún control prenatal, siendo esto más frecuente en mujeres de áreas rurales del país, con una diferencia de casi 10% en comparación a las mujeres que habitan en áreas urbanas. (MSP, 2015, pág. 162) Estas proporciones desiguales también se pueden ver de provincia a provincia, donde las provincias donde se encuentran las ciudades más grandes del país poseen mejores tasas de atención que las que no. El siguiente gráfico marca con distintos colores el porcentaje de asistencia a controles prenatales.

Gráfico 9.2 **Proporción de NV en quienes la madre tuvo un control prenatal precoz, por provincia (NV en el período de julio 2007 a junio 2012)**



Figura 20.- ENSANUT-ECU 2012, MSP/INEC

En la sierra del país, se puede observar que las provincias que se encuentran en el centro de la región como Bolívar, Chimborazo, Cañar y Azuay, más la provincia de Imbabura, poseen menores porcentajes de atención en comparación a las otras provincias; curiosamente, estas son las provincias que poseen mayor población indígena, lo cual podría marcar un patrón étnico. También podemos encontrar provincias con una cobertura menor al 75% en la mayoría de la región amazónica del Ecuador. Sin embargo, en la costa y Galápagos, todas las provincias poseen más de un 75% de protección prenatal.

El MSP recomienda a las mujeres embarazadas tener en cuenta cuatro aspectos esenciales que pueden marcar una diferencia en cuanto a la salud y bienestar del binomio. La primera trata acerca del conocimiento e inspección continua de las diferentes señales que podrían significar un peligro para el embarazo, entre las que se encuentran un aumento en la presión arterial, movimientos atípicos del feto, cuadros de infección, entre otros. La segunda comprende la comprensión por parte de la gestante acerca de condiciones presentes a su embarazo que puedan causar complicaciones, entre las que se encuentran violaciones, embarazos en edad muy tardía o muy temprana (adolescencia), partos previos, entre otros. Tercero, la mujer debe estar consciente de enfermedades preexistentes que haya tenido antes de la concepción e informarlas a su doctor o enfermera al comienzo de los controles. Por último, se debe planificar el parto para que este se de en condiciones óptimas. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

La información y educación a los profesionales de la salud también es parte fundamental para que se tenga un proceso exitoso. De igual manera, el MSP ha marcado pautas a seguir para estos en la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal publicada en el 2016, entre la información más relevante de esta guía se encuentran los procedimientos a seguir en la primera consulta para que el transcurso de las siguientes

sea exitoso. (MSP, 2016, pág. 14-15)

<b>Procedimientos que deberían ser realizado en primera consulta prenatal por parte del encargado de salud</b>
Entregar carnet prenatal y abrir una historia clínica
Calcular la fecha aproximada de parto
Medir la presión arterial
Registrar el peso, talla e índice de masa corporal (IMC)
Examinar los factores de riesgo probables
Preguntar el grupo sanguíneo
Realizar exámenes para descartar enfermedades como la anemia, VIH, Hepatitis B y diabetes
Brindar suplementos de ácido fólico y hierro
Efectuar exámenes de orina
Exámenes odontológicos
Solicitar eco
Programar siguientes controles para que la mujer sepa que necesita volver.

*Tabla 3.- MSP, 2016*

### ***Factores Sociales.***

La desigualdad social sigue siendo uno de los factores que más afecta al bienestar físico y mental de las personas debido a los problemas que existen en los sistemas de salud debido a esto. La región de América Latina y el Caribe (LAC) es una de las regiones donde más se pueden notar estas diferencias, tanto en comparación con otras regiones y países primer mundistas, como internamente entre clases sociales. Lamentablemente, el Ecuador también posee este problema, el cual se ve en diferentes niveles y condiciones sociales.



En el año 2016, un colectivo de autores realizó una investigación en relación a los factores sociales que influyen en la utilización de servicios de control prenatal en el Ecuador. Como resultado, se definieron 3 factores que son los que poseen mayor influencia en esta problemática; estos son el grupo étnico, el nivel de educación, el área en la que la mujer habita. En cuanto al grupo étnico, se descubrió que las mujeres que se consideraban blancas o mestizas tenían mayor posibilidad de asistir a los controles prenatales en comparación a las mujeres de otras etnias; en cuanto a las diferentes etnias entre las que se encontraban mujeres indígenas y afros, se encontró que las que poseen menores posibilidades de asistir al menos un control son las mujeres indígenas, encontrándose en desventaja sobre todas las otras etnias. El nivel de educación es un factor que se correlaciona con la ocupación o área de trabajo de las mujeres; en este se pudo observar que, a mayor educación, mayor asistencia a controles, lo que estaba relacionado a mejores ocupaciones. Por otro lado, a menor educación, menor asistencia a controles prenatales y mayor posibilidad de que estas mujeres trabajen en la agricultura o ganadería, las cuales resultan ser las ocupaciones que asisten menos a atenciones prenatales. Por último, el lugar de residencia de la mujer también tenía un efecto visible siendo las mujeres en áreas rurales las que poseían menos atención prenatal en comparación con las de áreas urbanas. (Sánchez-Gómez et al, 2016, pag.343)

De igual manera, el MSP ha encontrado resultados similares a través de encuestas realizadas en colaboración con el INEC. En este análisis se presentan porcentajes de los factores mencionados anteriormente. Por ejemplo, por étnia, las mujeres mestizas tienen una afluencia de 82.8% en comparación a las indígenas que poseen solo un 47.4% de asistir a cinco o más controles. También se puede constatar que las madres de áreas urbanas tuvieron un 83.9% en comparación con las rurales las

que tuvieron un 15% menos. (MSP, 2015, pag.165)

### **Nutrición Materna**

La nutrición en el periodo de gestación es uno de los factores más importantes del cual la mujer posee total control, y que puede afectar de manera positiva o negativa la salud y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Las decisiones nutricionales que la mujer tome en este periodo puede evitar muchas enfermedades y deficiencias en el futuro de sus hijos, además la nutrición adoptada también influirá en sus próximos embarazos, y por lo tanto en la salud de sus siguientes hijos de igual manera.

A pesar de que las necesidades nutricionales de la mujer si aumentan, esto no quiere decir que la alimentación tiene que ser abundante, sino que esta debe ser equilibrada y poseer la mejor calidad posible. En el primer trimestre, el consumir productos altos en nutrientes serán de gran importancia, sin embargo, la cantidad no varía mucho a la cantidad consumida antes de la gestación. El segundo y tercer trimestre presentan mayores diferencias en comparación a la nutrición anterior al embarazo ya que el feto se empieza a desarrollar con mayor rapidez, lo que aumenta la necesidad de ciertas proteínas y minerales para poder completar la nutrición del binomio. Estas necesidades incluyen el mayor consumo de proteínas, calcio, hierro, omega 3 y 6, vitaminas A, B, C y D y el consumo de ácido fólico. (MIES, 2013, pag.14)

### ***Situación Actual.***

A pesar de la importancia de la nutrición materna, el MSP, todavía no ha desarrollado un programa destinado únicamente a mejorar la nutrición de la mujer en el

país. Sin embargo, en el año 2011, el MSP desarrollo e efectuó el proyecto Desnutrición Cero, el cual tiene como objetivo el reducir la desnutrición de los niños recién nacidos, hasta su segundo año de vida. Para lograr este objetivo, los profesionales de salud se percataron que la nutrición de la madre en el periodo del embarazo más la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, son los factores fundamentales que les permitirán alcanzar la meta establecida. Para incentivar a las mujeres a asistir a controles médicos donde se pueda medir su estado nutricional, el Estado ofrecía un incentivo económico a las mismas. Entre las actividades que se realizaban en estos controles nutricionales están

“la captación temprana del embarazo, el registro del peso pre concepcional o del primer trimestre del embarazo, la vigilancia del incremento del peso en el embarazo, la administración de suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo, y la consejería para proteger la condición nutricional de la madre y preparase de la mejor manera para iniciar la lactancia, y asegurarle al niño la leche materna en forma exclusiva hasta los 6 meses y continua hasta los 2 años.”

(MSP, 2014, pág. 184)

Otras acciones que han sido implementadas por el MSP para mejorar la nutrición materna han sido la suministración de 31 cápsulas de ácido fólico y hierro al mes, los cuales son entregados a la mujer cada vez que esta asista a los chequeos de control prenatal. Estas son entregadas en el periodo de gestación y en los primeros tres meses del periodo de la lactancia. Además, se prepara a la madre para que esta tenga una experiencia positiva en cuanto a la lactancia materna. (MSP, 2014, pag. 420)

### ***Recomendaciones nutricionales en el periodo de gestación.***

*Ganancia de peso.*

La ganancia de peso en el periodo de embarazo es uno de los factores que determina si la mujer posee una buena nutrición o no. Una buena ganancia de peso contribuye a la buena salud materno-fetal, sin embargo, la ganancia de peso menor a lo recomendado puede tener efectos mortales en la madre y el infante, además que puede ser un factor que retrase el desarrollo del recién nacido y la aparición de enfermedades en el mismo. Es así como el MIES ha desarrollado una tabla que presenta las recomendaciones necesarias en cuanto al incremento de peso que debería tener la mujer basándose en su peso previo al embarazo. (MIES, 2013, pág.17)

### Recomendaciones para el incremento de peso y velocidad de ganancia de peso durante el embarazo, de acuerdo al peso previo al embarazo

Peso en el momento del embarazo	Ganancia total de peso (libras)		Velocidad de ganancia de peso en 2do y 3er trimestre
	Rango	Ganancia de peso en embarazos múltiples	Promedio en libras por semana
Bajo peso	28 a 40		1 lb./ semana (rango 1 a 1.13)
Peso normal	25 a 35	37 a 55	1 lb./semana (rango 0.8 a 1)
Sobrepeso	15 a 25	30 a 50	0.6 lb./ semana (rango 0.5 a 0.7)
Obesidad	11 a 20	24 a 42	0,5 lb./semana /rango 0.4 a 0.6)

Fuente: Síntesis de las normas para la prevención de la malnutrición, MSP 2012

*Figura 21.- MIES 2013*

La velocidad de ganancia de peso es leve en el primer trimestre del embarazo, sin embargo, esta aumenta desde el segundo trimestre ya que el feto también gana peso en este periodo.

En cuanto a los problemas nutricionales de los cuales la mujer debe estar consciente y que son más frecuentes en el embarazo se encuentran: la ganancia inadecuada de peso el cual se determina si la mujer no aumenta su masa corporal en la cantidad recomendada por trimestre; la anemia nutricional la cual puede ser combatida con el consumo de alimentos con abundante hierro; la diabetes gestacional, la cual se

determina mediante pruebas de glucosa y la hipertensión, la cual puede causar problemas en la salud del binomio. (MIES, 2013, pag.18)

La última recomendación realizada por el MIES trata acerca de la cantidad de comidas que la mujer debe tener en su embarazo. En cuanto a cantidad, la nutrición de la misma debe constar de 5 comidas siendo este desayuno, snack de media mañana, almuerzo, snack de media tarde y merienda. Esta alimentación debe ser rica en nutrientes para evitar enfermedades como la anemia y aumentar el peso de manera adecuada. A continuación, se presenta una tabla con los alimentos recomendados de acuerdo a los nutrientes más necesarios, teniendo en cuenta productos de fácil acceso y mayor consumo en el Ecuador. (MSP, 2012, pag. 5)

Micro minerales	Alimentos Recomendados
Hierro	Carne
	Pescado
	Pollo
	Borrego
	Hígado
	Frejol
	Lenteja
	Espinaca
	Acelga
Calcio	Leche
	Queso
	Yogurt
	Habas

	Hojas Verdes
	Leche de soya
Omega 3 y 6	Pescados como la sardina, atún, trucha, entre otros
	Aguacate
	Maní
Vitamina C	Guayaba
	Naranja
	Limón
	Piña

*Tabla 4.- MSP 2012*

## **Análisis de Investigación**

### **Objetivo General**

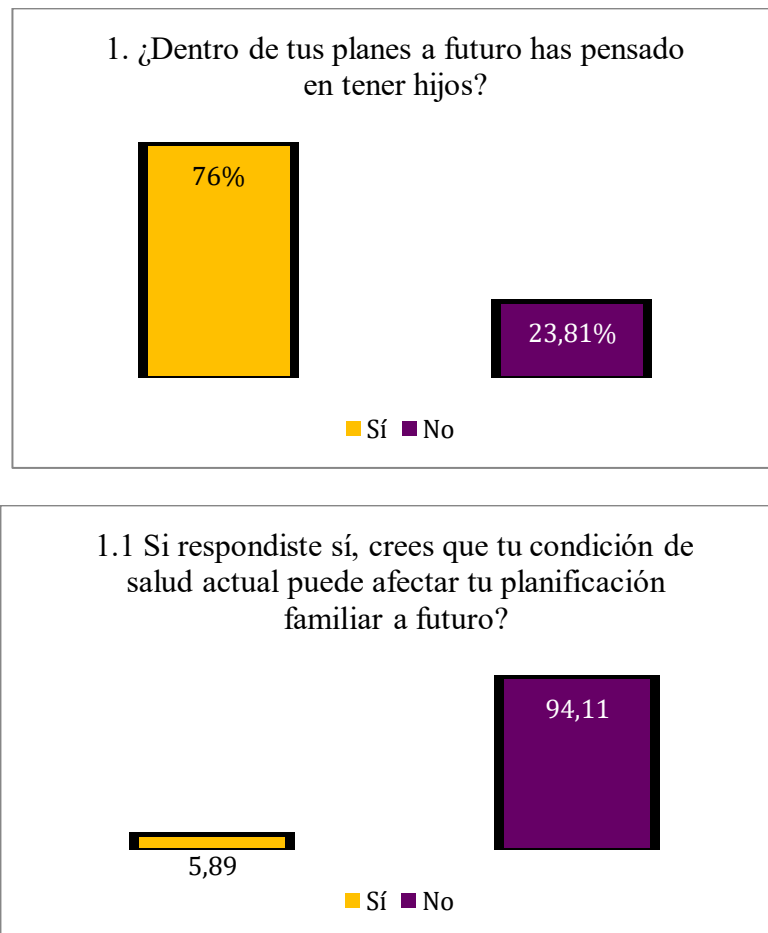
Evaluar el nivel de conocimiento acerca de la problemática de muerte materna en el Ecuador, mediante la aplicación de métodos de investigación cuantitativos a nuestro público objetivo para poder obtener una visión delimitada del tema.

### **Objetivos Específicos**

- Aplicar una encuesta a los estudiantes de tercero de bachillerato de la institución educativa “Colegio John Neper” para evaluar su nivel de conocimiento con respecto a la problemática.
- Comparar los resultados de las encuestas realizadas a hombres y mujeres para poder medir el nivel de conocimiento e interés de cada grupo.
- Crear una estrategia comunicacional efectiva que responda a las necesidades cognitivas reflejadas en los resultados.

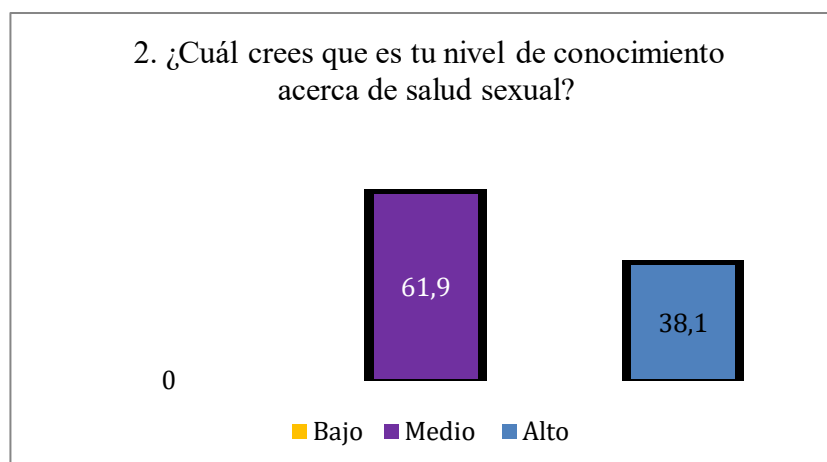
## Universo

- El lugar escogido para la aplicación de esta encuesta fue el Colegio John Neper. Se trabajó con los estudiantes de 6to curso, cuyo paralelo cuentan con 24 estudiantes, generando un total de 24 (+-) encuestas por aplicar.



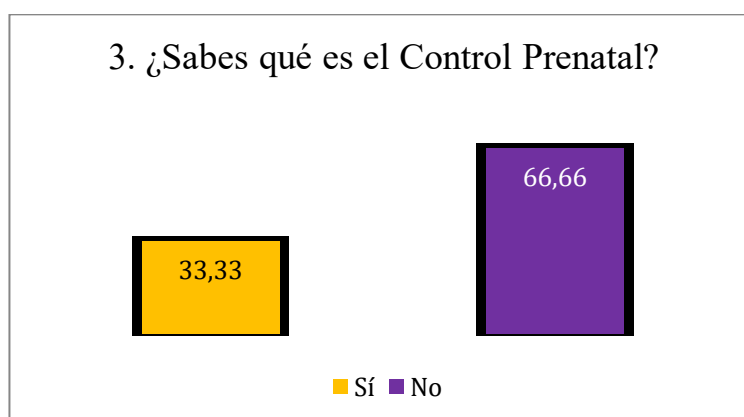
*Figura 22.- Tabulación general*

Los resultados reflejan que casi el 95% de estudiantes no creen que su salud actual afecta a su planificación familiar a futuro lo cual es un aspecto en el que debemos trabajar para que conozcan la importancia de cuidar su salud desde ahora para prevenir complicaciones en el futuro.



*Figura 23.- Tabulación general*

Según la UNICEF, el primer paso para prevenir la muerte materna es el educar previamente acerca de una salud sexual adecuada. Los resultados nos muestran que un 61% de los estudiantes tienen un conocimiento de salud sexual medio, algo que podría mejorar y ser alto. Es importante el definir la diferencia entre experiencia sexual y salud sexual ya que la segunda acarrea temas de ETS, prevención, anticonceptivos, etc.

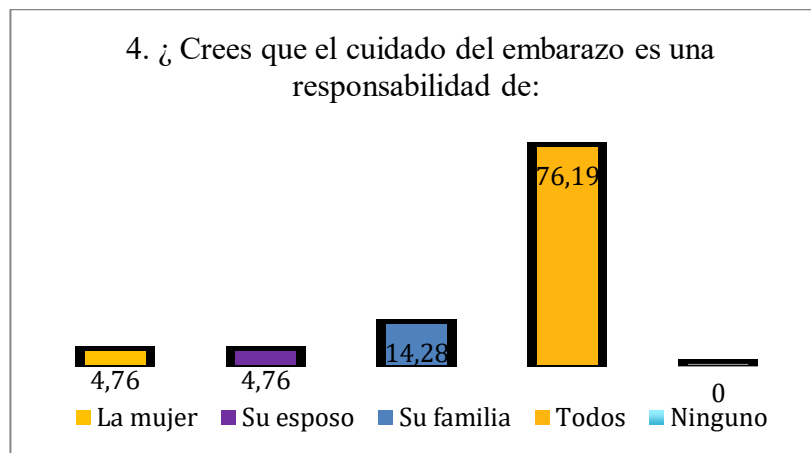


*Figura 24.- Tabulación general*

A pesar de que el 33.33% de estudiantes dijeron si conocer lo que era el control prenatal, la definición que dieron es totalmente básica y no cubre el verdadero concepto. Además, hablaban mucho acerca de madre e hijo, cuando el aspecto primordial del control prenatal es únicamente la madre. Es esencial el educar al 100% de estudiantes

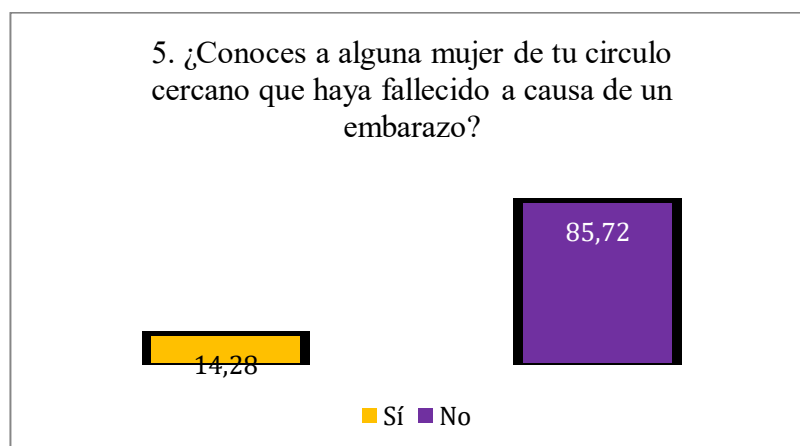


en este tema, para que los que ya conocen lo sepan a mayor profundidad y los que no se informen.



*Figura 25.- Tabulación general*

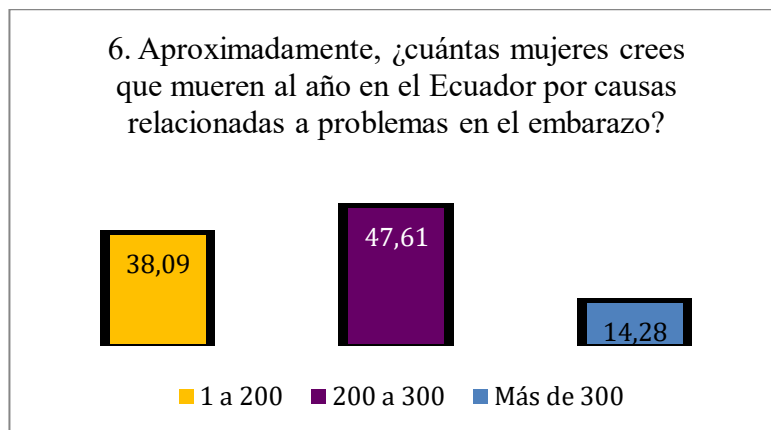
Los resultados reflejan que más del 75% creen que el embarazo es una responsabilidad de “todos”, seguido por “su familia” con un 14% y con casi 5% cada una la mujer y su esposo. A pesar de que, la principal responsable es la mujer que está pasando por este proceso, sin embargo, es importante que todos (familia, compañeros de trabajo, amigos, vecinos, etc) se involucren y se informen acerca de lo que sucede con la mujer para poder ayudarla en caso de necesitarlo.



*Figura 26.- Tabulación general*

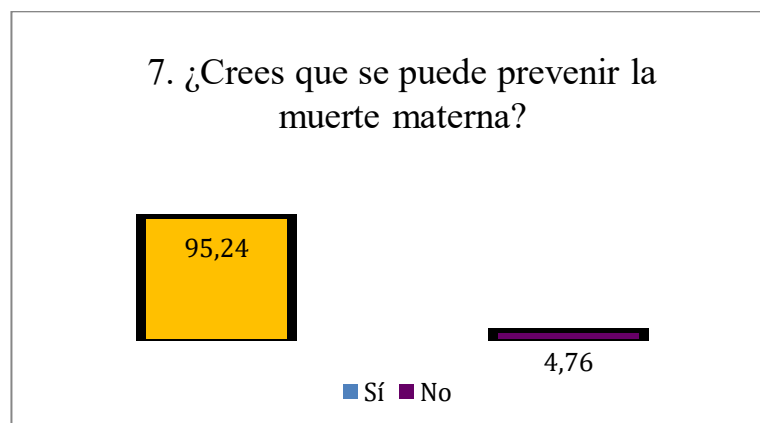
Casi un 15% de los encuestados si conocen a una mujer en su círculo cercano que falleció a causa de un embarazo. A pesar de que no es la mayoría, es una cifra

importante debido a que muestra que este problema no es algo lejano y ha sido la realidad de muchas mujeres y familias.



*Figura 27.- Tabulación general*

Los resultados demuestran la desinformación existente en nuestra sociedad acerca de la gran problemática que representa la muerte materna en nuestro país. Con más de 85%, las dos respuestas erróneas son las más seleccionadas por los encuestados, mientras la correcta (más de 300) solo posee un 14% de asertividad.



*Figura 28.- Tabulación general*

Los resultados en esta pregunta muestran un aspecto positivo, el cual tiene que ver con la prevención de la muerte materna. Más del 95% indicaron que a pesar de que desconocen del tema, creen que la muerte de una mujer embarazada si puede ser prevenida si se tiene la educación correcta en el tema y si las mujeres realizan los cuidados indicados en este periodo.

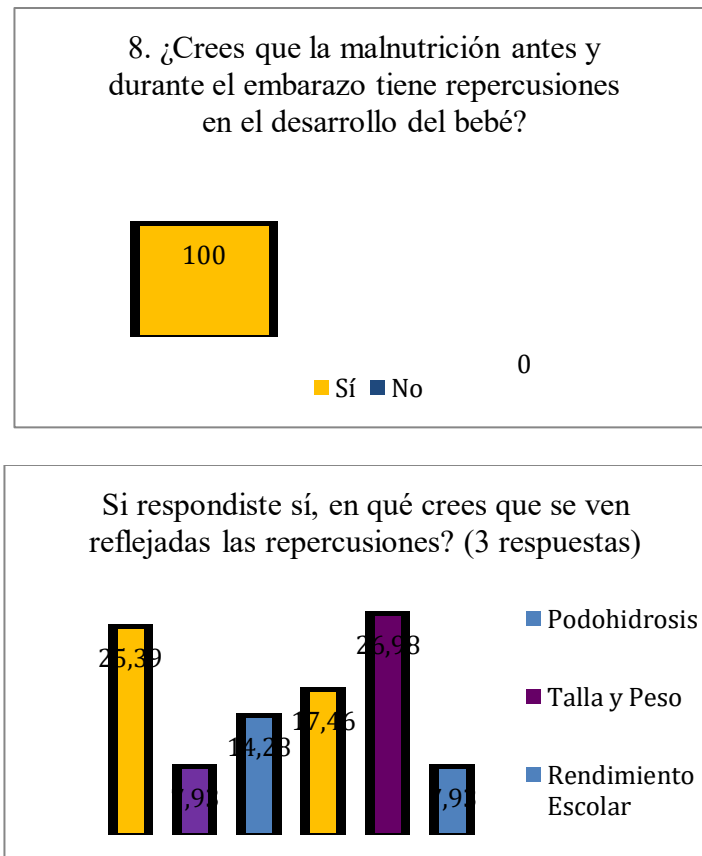


Figura 29.- Tabulación general

A pesar de que se agregaron opciones como podohidrosis, autismo y halitosis para confundir a los estudiantes, la mayoría de estos escogieron las tres respuestas correctas, siendo estas Desarrollo Cerebral con un 25%, talla y peso con un 27% y Rendimiento escolar con un 17%.

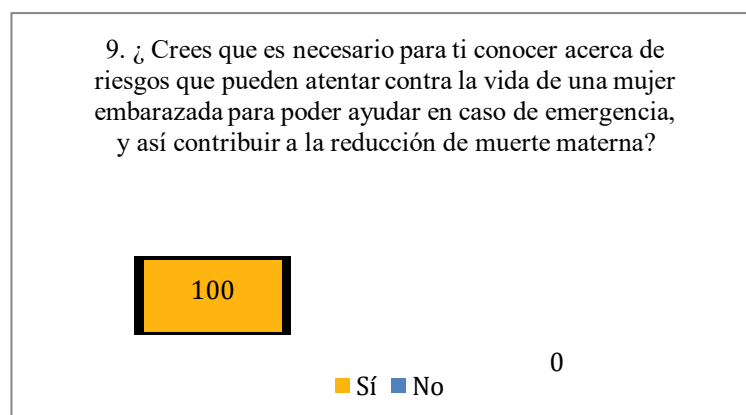


Figura 30.- Tabulación general

Este resultado nos muestra una actitud extremadamente positiva por parte de los estudiantes por aprender y ser gestores de cambio en su círculo cercano ayudando a reducir los índices de muerte materna a través de la educación integral en temas relacionados con el embarazo. Con un 100% de las respuestas siendo Sí, podemos entender la mentalidad de los jóvenes actuales y cómo poco a poco se han ido separando las barreras que diferenciaban temas que eran solo de “hombres” o solo de “mujeres”.

## CAMPAÑA DE MERCADEO SOCIAL

### Nombre de la campaña

Tras la investigación y los resultados obtenidos en esta, el nombre seleccionado para la campaña de Comunicación Social es: “Lo que deberías saber- Juntos contra la Muerte Materna”.

### Logo de la campaña



*Gráfico 1.- Logo*

### Tema de la campaña

Gracias a los resultados reflejados tras una profunda investigación tanto a nivel nacional como internacional, se revelaron datos alarmantes con respecto a los índices de muerte materna y la falta de conocimiento acerca de los cuidados en el embarazo para prevenir la misma. Esto por esto, que creo e implementó la campaña “Lo que deberías saber- Juntos contra la Muerte Materna” como una herramienta de interacción con el

público objetivo para informar y concientizar a las mujeres y su entorno a cerca de la problemática para convertirlos en gestores de cambio.

### **Antecedentes**

La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los siguientes 42 días posteriores al parto es conocida como muerte materna. A nivel nacional, gracias a un estudio realizado por ENSANUT en el año 2004 se concluyó que, el Ecuador tiene una de las razones de MM más altas del continente. En consecuencia, la ONU, planteo el objetivo número 5 de los Objetivos del Milenio para mejorar la calidad de vida de 70 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos y lograr que la mortalidad materna no supere el doble de la media mundial. (OMS, 2016). La mortalidad materna, es una de las problemáticas de salud pública más graves a nivel mundial, se calcula que aproximadamente, entre 1990 y el 2015 su disminución es tan solo 44%. A pesar de esto, en la actualidad alrededor de 830 mujeres mueren diariamente por complicaciones en el embarazo y parto, debido a la falta de un adecuado control prenatal.

De igual manera, se ha podido comprobar que los países en desarrollo cuentan con un 99% más de probabilidades de muerte materna, esto debido a los bajos ingresos económicos y a la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Tras una profunda investigación y detallado análisis acerca del conocimiento general de nuestro público objetivo, sobre la importancia de los cuidados en el embarazo y la realidad de la muerte materna en nuestro país y a nivel mundial, surge la Campaña "LO QUE DEBERÍAS SABER- Juntos contra la muerte materna", generada por los estudiantes de la clase de Desarrollo de Titulación de la carrera de Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas de la Universidad San Francisco de Quito. La campaña busca informar, concientizar y capacitar a estudiantes del Colegio John Neper y su vez conseguir un efecto multiplicador con padres de familia y profesores. Por otro

lado, buscamos empoderar a la mujer acerca de su feminidad como la principal responsable de su salud. Sin embargo, nos interesa de igual forma que, las personas que se encuentren cerca de la mujer embarazada se conviertan en el apoyo necesario. Finalmente, esperamos que los jóvenes conozcan la realidad del país y de esta manera convertirlos en gestores de cambio que, aporten positivamente al desarrollo del entorno familiar y cercano.

## **Justificación**

Dados los altos índices de mortalidad materna existentes en el Ecuador, esta problemática se ha convertido en uno de los problemas de Salud Pública más urgentes del país, sin embargo, pocos son los esfuerzos realizados para reducirla. Debido a esto, hemos decidido realizar una campaña informativa que trabaje por la causa, enfocándose en tres ejes fundamentales: la promoción de la salud sexual en jóvenes para promover la planificación familiar, concientización acerca de la importancia de los cuidados en el embarazo y prevención de muerte materna a través del reconocimiento de signos de riesgo. Para la realización de nuestra campaña, hemos decidido trabajar con la Unidad Educativa John Neper, ubicada en el norte de Quito. La campaña “Lo que deberías saber - juntos contra la muerte materna” está consciente de que la principal solución es la prevención, a pesar de esto, dada la realidad de la situación consideramos que es esencial el educar a los estudiantes (tanto hombres como mujeres). Porque este problema es una realidad que puede sucederle a cualquiera, pero sobre todo puede ser prevenible. Es decir, esto no solo les será útil en su vida, sino que también los convertirá en gestores de cambio dentro de su entorno y la sociedad en general.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Crear una campaña de comunicación social con el propósito de reducir los índices de muerte materna en el Ecuador, por medio de la promoción de una adecuada salud reproductiva, e información acerca de los correctos cuidados durante el periodo de embarazo a través de la vinculación y trabajo con nuestro público objetivo.

### **Objetivos Específicos**

- Implementar una campaña informativa para educar a 24 estudiantes (hombres y mujeres) de sexto curso de la Unidad Educativa John Neper desde el mes de febrero hasta abril.
- Generar cambios de percepción con respecto a la problemática en al menos el 40% del total de estudiantes de sexto curso de la Unidad Educativa John Neper desde el mes de febrero hasta abril.
- Recolectar fondos para cubrir los gastos de la campaña a través de la venta de al menos 50 productos comunicacionales desde el mes de febrero hasta abril.
- Realizar un evento de recaudación de fondos que permita generar una base de ingresos para cubrir costos y donar a la fundación elegida una cantidad de al menos \$150 desde el mes de febrero a abril.
- Gestionar al menos 10 medios de comunicación que cubran las actividades realizadas en la campaña “Lo que deberías saber - Juntos contra la muerte materna” desde el mes de febrero a abril.

### **Público Objetivo**

Nuestro público objetivo principal son mujeres que se encuentran en el periodo de gestación o que están a punto de entrar en parto. Sin embargo, nuestra campaña busca fomentar que todo el núcleo de la mujer se encuentre informado y pueda actuar en



situaciones de riesgo o como fuente de conocimiento para ser gestores de cambio. Es por esto, que también hemos trabajado con jóvenes ya que ellos son los futuros padres de nuestra sociedad, y con hombres y mujeres adultos debido a que ellos pueden actuar con sus esposas, hermanas, madres, compañeras de trabajo, etc. Fijando nuestra tesis en estos públicos hemos obtenido muy buenos resultados en la campaña, ya que además de empoderar a la mujer sobre su cuerpo, empoderamos a su círculo cercano sobre el proceso del embarazo.

## **Fundación Beneficiada**

### *Asociación el Parto es Nuestro*

El Parto Es Nuestro es una asociación sin fines de lucro, formada por usuarias/os y profesionales, que pretenden mejorar las condiciones de atención a madres e hijos durante el embarazo, parto y postparto. Fue establecida en España hace 15 años por un grupo de mujeres que tuvieron partos traumáticos y cesáreas innecesarias, y en Ecuador se estableció hace 5 años. El Parto es Nuestro trabaja para que todas las mujeres reciban una atención en el parto respetuosa, con su fisiología y con los deseos, necesidades y derechos de madres, padres y bebés. Defendemos la necesidad de devolver a la mujer su papel protagonista, en lo que nunca debió dejar de ser un acto íntimo y familiar, que forma parte de la sexualidad femenina. El Parto es Nuestro defiende que si una intervención en el parto es innecesaria e incluso peligrosa no debe hacerse, y si es necesaria puede y debe hacerse de forma respetuosa con las necesidades físicas y emocionales de las madres y sus hijos. Nuestros objetivos se resumen en tres puntos: conseguir que se apliquen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ofrecer apoyo emocional a madres y familias que tuvieron partos traumáticos y promover la lactancia materna. Nuestra

finalidad es que la mujer se informe y decida lo mejor para ella y su bebé. Nuestra defensa es la del parto y nacimiento respetados. Cuando decimos "el parto es nuestro", no solo queremos que lo devuelvan, también queremos recuperar y asumir nuestra responsabilidad sobre nuestros cuerpos y nuestros hijos e hijas. Si un parto es gozoso, es un parto respetado.

## **Capacitaciones**

### **Colegio John Neper**

#### ***Capacitación y taller de salud sexual y reproductiva.***

##### Capacitación 1: Salud sexual y reproductiva

La primera capacitación realizada en la Unidad Educativa John Neper fue un taller-capacitación con el tema de Salud Sexual y Reproductiva dictado por tres estudiantes de último año de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito. El método y contenido del taller fue creado por Teresa Borja Ph.D en Psicología y Coordinadora de la carrera de Psicología de la USFQ. La capacitación se planeó en manera de taller debido a que de esta manera se podía tener una mayor cercanía con los jóvenes y palpar de mejor manera sus dudas y conocimientos. Los temas tratados en esta capacitación fueron: anatomía humana, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y embarazo. La razón por la que comenzamos con esta capacitación fue debido a que los embarazos en jóvenes son los que poseen mayor riesgo de MM, por lo que el resolver las inquietudes sexuales de jóvenes es el primer paso para prevenir futuros problemas.



*Gráfico 2.- Taller Salud Reproductiva y Sexual*

### ***Capacitación y taller de nutrición juvenil y en el embarazo.***

#### **Capacitación 2: Nutrición juvenil y en el embarazo**

La segunda capacitación se trató acerca de Nutrición en la Adolescencia y en el Embarazo. La capacitación fue dada por la Nutricionista Cecilia Cando, quien les habló acerca de los parámetros nutricionales adecuados para la edad de los jóvenes y por qué el cuidar su nutrición desde ahora es tan importante para su futuro. Además, topó el tema de nutrición materna para informar a los jóvenes acerca de cuáles son las cosas que se deberían hacer y cuáles no en este periodo, los cambios fisiológicos que se producen y cómo estos afectan a la nutrición de la mujer con el propósito de que estos estén preparados para su futuro o para ayudar a futuras madres de su entorno. Después de la charla se realizó un taller práctico donde los jóvenes pudieron poner en práctica su aprendizaje.



*Gráfico 3.- Capacitación Nutrición*

### ***Capacitación acerca de muerte materna.***

#### **Capacitación 3: Muerte Materna**

La tercera charla trató el tema de cuidados en el embarazo y muerte materna. Esta capacitación fue realizada por Daniela Jarrín, miembro de la Asociación El Parto es Nuestro - Ecuador. Esta capacitación fue extremadamente importante debido a que los jóvenes comprendieron la gran problemática que representa la MM en muchos países y específicamente en el Ecuador. Además, dejaron de ver a la MM como algo ajeno a ellos y su realidad, sino que se involucraron de tal manera. Esta capacitación trató temas como los cuidados en el embarazo, controles prenatales, parto, muerte materna, derechos de las mujeres embarazadas y testimonios.



*Gráfico 4.- Capacitación Muerte Materna*

### **Universidad San Francisco de Quito**

#### **Capacitación: Violencia Obstétrica y Muerte Materna**

La cuarta capacitación se hizo en la Universidad San Francisco de Quito, específicamente en el curso de Violencia y Abuso Sexual perteneciente a la especialidad de Psicología Clínica. La expositora para esta capacitación fue la Dra. María José Silva, miembro de la Asociación El Parto es Nuestro - Ecuador. Debido al criterio formado de los estudiantes, se trataron los temas de violencia gineco-obstétrica y muerte materna a profundidad, lo que les abrió la mente a los estudiantes y les hizo ver la realidad en nuestro país acerca del embarazo. Esto también abrió su curiosidad acerca de ¿cómo pueden los psicólogos ayudar para reducir estos índices.



*Gráfico 5.- Capacitación USFQ*



## Activación / BTL

### BTL espacio público

La campaña “Lo que deberías saber- Juntos contra Muerte Materna”, llevo a cabo su BTL público el día 29 de marzo del 2018. En la “Feria de la mujer” organizada por el Municipio de Quito en el Boulevard de las Naciones Unidas. El fin era informar a la ciudadanía acerca de los cuidados durante el embarazo y sobre el importante papel que cumple la mujer en nuestra sociedad actual. Se logro la participación de las personas interesadas a través de una actividad en la que cada uno de los colocaban pensamientos acerca de las mujeres y de sus medres.



Gráfico 6.- BTL Público

### **BTL Institución Educativa Colegio John Neper**

El jueves 05 de abril, se llevó a cabo el BTL en la Institución Educativa John Neper. Para esta actividad se desarrolló una trivía que abarcaba los 3 grandes temas de las capacitaciones previamente dadas, este juego consistía en un total de 27 preguntas con distintos puntajes. Se dividió a los chicos en 3 grupos de 6 personas todo esto, con el objetivo de hacer que cada uno de los estudiantes participen y demuestren sus conocimientos.



*Gráfico 7.- BTL Colegio*

### **BTL Universidad San Francisco de Quito**

El BTL informativo organizado dentro de las instalaciones de la USFQ constó de, una actividad interactiva en la que, no solo se generó participación por parte del público, sino que se busco transmitir un mensaje emocional. Para de esta forma generar recordación de datos específicos, el proceso costo de mostrarles un video y posterior a

que cada uno nos de su punto de vista. Se procedió a brindar una explicación más detallada de la problemática y finalmente, a forma de acto simbólico les invitamos a que firmen nuestro certificado de ser parte de este cambio como nuevos gestores.



*Gráfico 8.- BTL USFQ*



## Eventos

### Evento de Apertura

El evento de apertura de la Campaña “Lo que deberías saber- Juntos contra la Muerte Materna, se llevó a cabo el viernes 09 de marzo del 2018. Durante este evento se les comento a los chicos sobre los propósitos de la campaña y él porque es importante que ellos se informen. Adicionalmente, realizamos una actividad en la que buscamos sensibilizarles a través de relatos de madres que perdieron a su bebe en el embarazo o familias que perdieron a la madre durante el embarazo.



*Gráfico 9.- Evento Apertura*

### Evento Recaudación de fondos: Stand Up Comedy “Luna de Miel”

La Campaña “Lo que deberías saber- Juntos contra la Muerte Materna realizó el Stand Up Comedy benéfico “Luna de Miel” junto a la reconocida actriz ecuatoriana Monserrath Astudillo. En esta oportunidad nos unimos con la campaña “Rompe la Regla – Por una menstruación sin Tabúes”.



*Gráfico 10.- Evento Recaudación de Fondos*

**Evento de Cierre**

El evento de cierre se realizó el viernes 06 de abril del 2018, en las instalaciones de la Institución Educativa John Neper. Para el evento de cierre, se realizó un cine foro con videos y testimonios de vida, en los que los estudiantes se dieron cuenta que cada uno de los casos expuesto pudieron ser prevenidos. Finalmente, aplicación la segunda ronda de encuestas para evaluar los cambios obtenidos.



*Gráfico 11.- Evento de cierre*

**Activismo**

A manera de antecedente, las mujeres embarazadas sufren mayor discriminación laboral hoy en día debido a la crisis económica por la que atraviesa el mundo, esto sucede sobre todo en países en desarrollo como el Ecuador. (El Diario, 2012) Con base a esto y múltiples denuncias realizadas por mujeres ecuatorianas en periodo de gestación en los últimos años, decidimos realizar nuestro activismo acerca de este tema. A pesar de que existen leyes en el Ecuador que amparan a la mujer embarazada en el

ámbito laboral, estas no son respetadas debido a que pocas mujeres conocen acerca de estas y los empleadores toman provecho de esto.

Los derechos estipulados con respecto a la protección de la mujer embarazada se encuentran en el artículo 153 y 154 del Código del Trabajo donde se instituye:

**Art. 153.-** Protección a la mujer embarazada. - No se podrá dar por terminado el contrato de trabajo por causa del embarazo de la mujer trabajadora y el empleador no podrá reemplazarla definitivamente dentro del periodo de doce semanas que fija el artículo anterior.

Durante este lapso la mujer tendrá derecho a percibir la remuneración completa, salvo el caso de lo dispuesto en la Ley de Seguridad Social, siempre que cubra en forma igual o superior los amparos previstos en este Código.

(Código del trabajo, 2012)

**Art. 154.-** Incapacidad para trabajar por enfermedad debida al embarazo o al parto. - En caso de que una mujer permanezca ausente de su trabajo hasta por un año a consecuencia de enfermedad que, según el certificado médico, se origine en el embarazo o en el parto, y la incapacite para trabajar, no podrá darse por terminado el contrato de trabajo por esa causa. No se pagará la remuneración por el tiempo que exceda de las doce semanas fijadas en el artículo precedente, sin perjuicio de que por contratos colectivos de trabajo se señale un periodo mayor.

Lo dispuesto en el inciso anterior no comprende a las excepciones puntualizadas en el artículo 14 de este Código.

Salvo en los casos determinados en el artículo 172 de este Código, la mujer embarazada no podrá ser objeto de despido intempestivo ni de desahucio, desde la fecha que se inicie el embarazo, particular que justificará con la presentación del certificado médico otorgado por un profesional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, y a falta de este, por otro facultativo.

En caso de despido o desahucio a que se refiere el inciso anterior, el inspector del trabajo ordenará al empleador pagar una indemnización equivalente al valor de un año de remuneración a la trabajadora, sin perjuicio de los demás derechos que le asisten.

(Código del trabajo, 2012)

Nuestro activismo consistió en dos fases, la primera fue unirnos a la marcha “Cacerolazo #2018” organizado por el colectivo Vivas Nos Queremos con el propósito de lograr reconocimiento a la mujer en el ámbito laboral. La marcha se realizó el Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) a las afueras del Ministerio del Trabajo ubicado

en la República del Salvador y Suiza. Como campaña asistimos con carteles informativos acerca de los derechos mencionados anteriormente y protestamos por los derechos en este periodo, ya que el Ministerio de Trabajo debería tener más control y poner sanciones más fuertes a las personas que incumplen esto. De igual manera, hicimos que las mujeres que no sabían acerca de estos derechos o que habían sido discriminadas por estar embarazadas en el trabajo firmen los carteles para tener constancia de que es un problema. La segunda fase fue ir a las afueras de la Maternidad Isidro Ayora con los mismos carteles para informar a las mujeres que asisten a esta maternidad acerca de sus derechos.

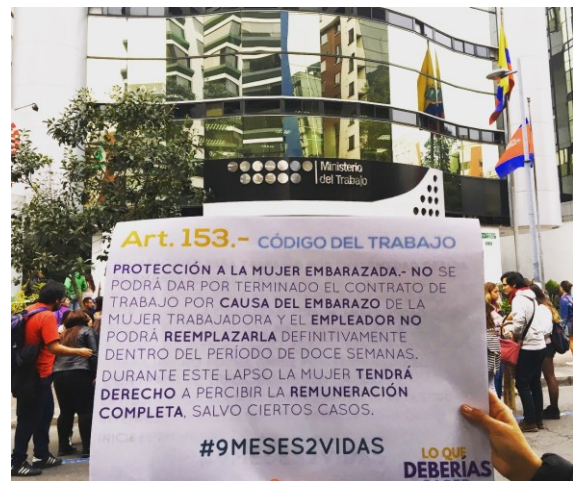


Gráfico 12.- Activismo

## **Redes Sociales**

Para hablar del uso de plataformas digitales es importante recalcar que se enfatizó en el uso de tres herramientas, como lo son en este caso: Facebook, Instagram y Twitter. Las cuentas oficiales de la campaña se las crearon la 2 semana de febrero y el contenido difundido a través de estas giró en torno a la publicación de información estadística acerca de la problemática, facts y datos importantes acerca de las actividades que se fueron desarrollando. Se manejaron dos hashtags; #9meses2vidas y #juntoscontralamuertematerna, como un mecanismo de recordación.

Antes de seleccionar las redes sociales y la estrategia de publicación, se tomo en cuenta el público objetivo con el que se trabajaría y por esta razón, se dividieron las publicaciones según la red social. Sin embargo, el cronograma de publicaciones se baso en 2 post mínimo a lo largo de una semana.

### **Facebook**

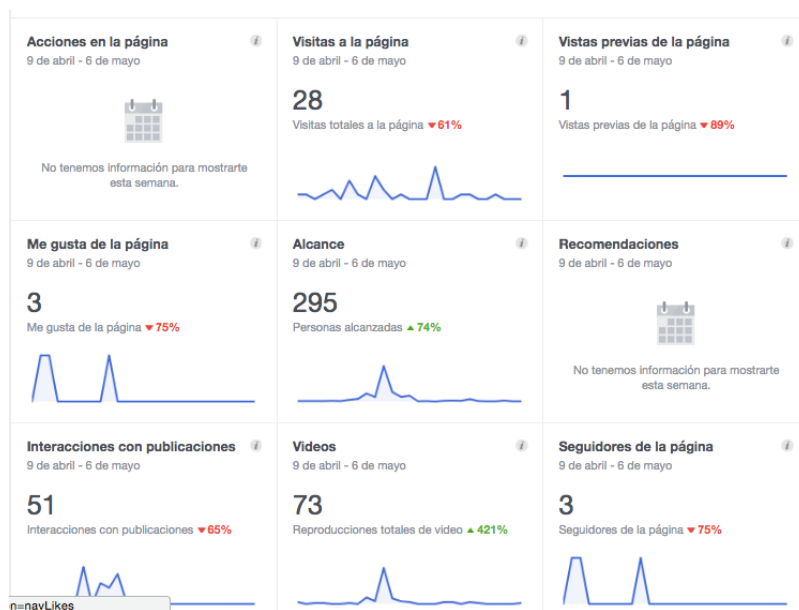
El contenido difundido a través de esta red social se enfocó en la difusión de datos informativos y estadísticos con respecto a la realidad de la problemática tanto a nivel nacional como internacional. De igual forma, se compartió el trabajo realizado con la Asociación el Parto es Nuestro.



22/03/2018 18:08		Les compartimos fotografías de nu		95		22	10	Promocionar publicación
20/03/2018 20:56		Reconozcamos juntos los signos		34		3	2	Promocionar publicación
15/03/2018 13:16		Los chicos del Colegio John Nepe		49		17	6	Promocionar publicación
13/03/2018 20:28		#9meses2vidas #JuntosContraLaM		31		2	1	Promocionar publicación
08/03/2018 19:39		Fuertes como el roble, feliz día muj		308		47	18	Promocionar publicación
06/03/2018 9:55		Ayúdanos a reducir estas cifras. #		31		1	2	Promocionar publicación
27/02/2018 13:34		Juntos podemos hacer un cambio.		495		25	10	Promocionar publicación
22/02/2018 19:55		"Lo que deberías saber", es una ca		252		7	9	Promocionar publicación
22/02/2018 12:40		#9meses2vidas #juntoscontralamu		28		3	2	Promocionar publicación
21/02/2018 7:36		A pesar que el índice de muerte m		55		1	7	Promocionar publicación

Alcance: orgánico/pagado | Clics en publicaciones | Reacciones, comentarios y veces que se compartió

Fecha	Publicación	Tipo	Segmentación	Alcance #	Participación	Promocionar
20/04/2018 13:08	El embarazo y parto son momento	Video	Global	31	13	Promocionar publicación
20/04/2018 13:01	Lo que deberías saber - Juntos co	Video	Global	27	10	Promocionar publicación
18/04/2018 2:37	Y tú, ¿sabías esto acerca de las c	Video	Global	33	10	Promocionar publicación
16/04/2018 17:04	El parto debería ser algo hermoso	Video	Global	6	21	Promocionar publicación
05/04/2018 7:33	El día 29 de marzo participamos	Foto	Global	71	53	Promocionar publicación
22/03/2018 18:11	Les compartimos fotografías de nu	Foto	Global	47	125	Promocionar publicación
22/03/2018 18:08	Les compartimos fotografías de nu	Foto	Global	95	2210	Promocionar publicación
20/03/2018 20:56	Reconozcamos juntos los signos	Foto	Global	34	32	Promocionar publicación
15/03/2018	Los chicos del C	Foto	Global	49	178	Promocionar publicación



¿Cuándo están conectados tus fans | Tipos de publicaciones

Rendimiento de los distintos tipos de publicaciones según el promedio de alcance y participación.

Mostrar todas las publicaciones | Alcance | Clics en publicaciones | Reacciones, comentarios y veces que se compartió

Tipo	Promedio de alcance	Promedio de participación
Video	495	25 / 10
Foto	83	10 / 6
Video compartido	30	1 / 0
Enlace	19	2 / 2

Gráfico 13.- Estadísticas Facebook

## Instragram

Dentro de la red social Instagram se realizaron post con respecto a las actividades en medios de comunicación, trabajo con la Institución John Neper y pequeños videos de la influencers que apoyaron la campaña “Lo que deberías saber- Juntos contra la muerte materna”



loquedeberiasaber\_

4 visitas al perfil en los últimos 7 días

16 publicaciones · 117 seguidores · 56 seguidos

Promocionar

Editar perfil

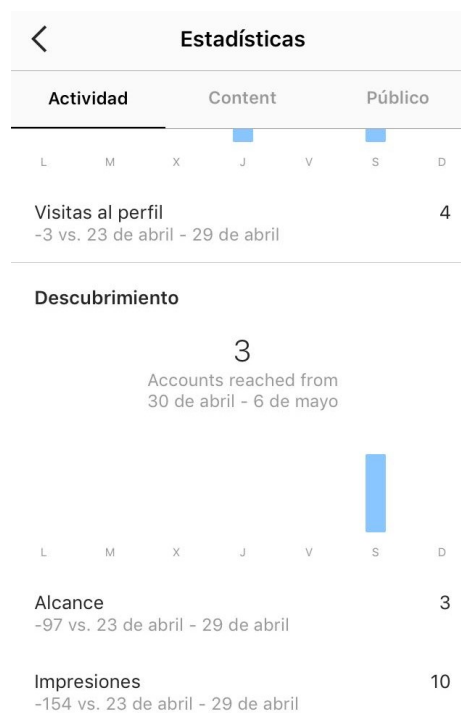
### Lo que deberías saber

Comunidad

Campaña que busca concientizar a la sociedad acerca de los cuidados en el embarazo para prevenir la muerte materna.

JUNTOS CONTRA LA MUERTE MATERNA

VER TRADUCCIÓN





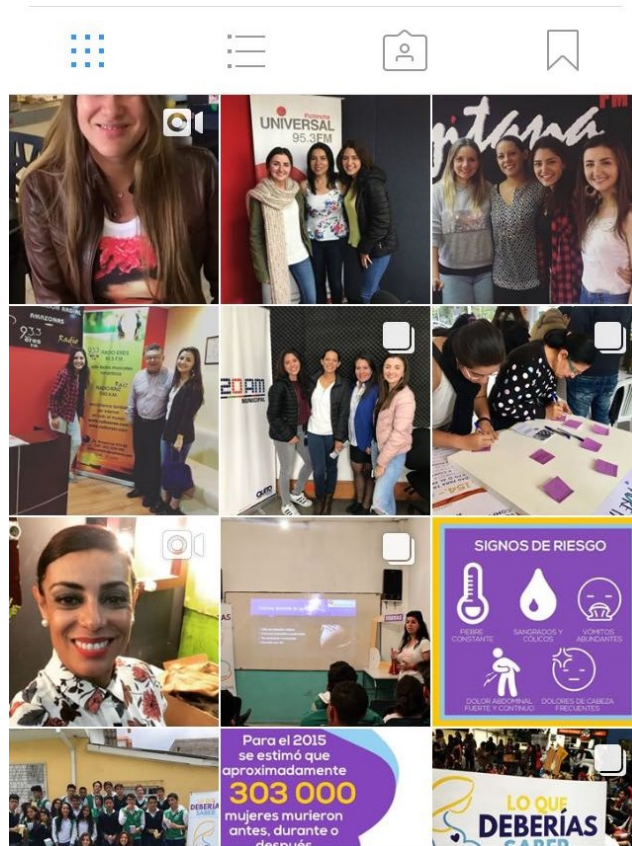


Gráfico 14.- Instagram

## Twitter

Finalmente, en Twitter se publicó información relacionada a facts, reconocimiento de signos de riesgo, e imágenes con estadísticas claras con respecto a la prevención de muerte materna.



## Gráfico 15.- Twitter

**Medios**

Para dar a conocer la campaña “Lo que deberías saber-Juntos contra la muerte materna” se participó en diferentes medios de comunicación. A continuación, presenta el clipping de medios y el retorno de inversión

<b>AGENDA DE MEDIOS</b>						
Tipo de medio	Nombre	Radial /pág.	Día	Hora	Espacio/ duración	Costo
<b>RADIO</b>	Hot 106	106 FM	Viernes 16 de marzo	20h00 pm	2 min.	\$104
	Radio Municipal	720 AM	Miércoles 11 de abril	11h00 am	20 min.	\$600
	Radio Eres	93.3 FM	Viernes 13 de abril	08h30 am	50 min.	\$1.250
	Radio Gitana	94.9 FM	Viernes 13 de abril	10h30 am	8 min.	\$115.28
	Radio Latina	88.1 FM	Domingo 15 de abril	07h00 am	17 min.	\$550
	Radio Pichincha	95.3 FM	Lunes 16 de abril	10h30 am	28 min.	\$560
	Radio Distrito Fm	102.9 FM	Lunes 16 de abril	14h30 am	20 min.	\$510
	Radio Casa de la Cultura	940 AM	Martes 17 de abril	09h15 am	20 min.	\$240
<b>DIGITAL</b>	Quito Informa (Municipio WEB)	1 artículo	Jueves 29 de marzo	—	1 artículo web	\$22.00
<b>PRENSA</b>	Revista Vive Light	1 artículo	Viernes 20 de abril	—	3 pág.	\$1.580
	Revista Vive Light	1 artículo	Viernes 18 de mayo	—	3 pág.	\$1.580
<b>RETORNO DE INVERSIÓN</b>						<b>\$7.111,28</b>

Tabla 5.- Clipping medios

## Voceros

Ya que uno de los principales objetivos de la campaña era la difusión del su contenido e información a una gran cantidad de personas. La campaña “Lo que deberías saber-Juntos contra la muerte materna” contó con el aporte de dos importantes figuras de conocimiento público. Monserrath Astudillo reconocida actriz ecuatoriana es una de nuestras impulsadoras ya que, no solo es reconocida en el ámbito público, sino que, a su vez, es una mujer que durante su proceso de embarazo recalcó la importancia de los correctos cuidados durante este período. Nuestra segunda vocera es Cristina Reyes, destaca abogada, presentadora de tv y en la actualidad es asambleísta nacional representante del Partido Social Cristiano. En conclusión, nuestras dos voceras cumplieron un papel fundamental al momento de difundir nuestras redes sociales y actividades a lo largo del desarrollo de la campaña ya que, al pertenecer a diferentes campos de acción logramos llegar a diferentes grupos de la sociedad.

## Cuña de Radio

Dentro del plan de campaña se estipuló el uso de una cuña de radio como herramientas publicitarias de difusión y de esta forma, transmitir el mensaje al público objetivo en mayor escala. El contenido de esta se basa en un guion informativo acerca de la problemática de salud pública latente en nuestro país, para su grabación se contó con la voz de una mujer y de un hombre para generar mayor impacto en el radio escucha.

Contenido cuña:

“- **Hombre:** *Lo que deberías saber es que la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días tras finalizar el embarazo es conocida como muerte materna.*

*-Mujer: Lo que deberías saber es que cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y parto.*

*-Hombre: Lo que deberías saber*

*-Hombre y Mujer: Juntos contra la muerte materna*

*- Mujer: Síguenos en nuestras redes sociales como lo que deberías saber y entérate como ser un gestor de cambio en tu entorno.”*

## **Producto Comunicacional**

Para complementar la campaña se planteó como objetivo la producción y venta de productos comunicacionales, los cuales en este caso son velas de colores con aroma. Éstas contienen una etiqueta con el logotipo de la campaña para que exista coherencia con la imagen y línea visual de “Lo que deberías saber- Juntos contra la muerte materna”. Adicionalmente, cuenta con la frase:

*“El sentido de la vida surge cuando descubrimos que somos un principio de conciencia, un principio de luz, luz, conciencia luminosa. Somos luz.”*

*(Francisco dukosho Villalva)*

Los fondos recaudados tras la venta de los productos comunicacionales irán directamente a la Asociación el Parto es Nuestro.

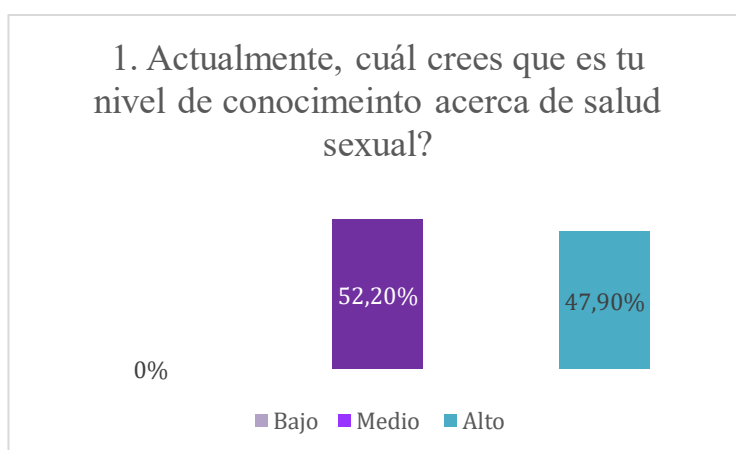
## **Resultados Obtenidos**

Para iniciar con el proceso de aplicación de la campaña se realizó una investigación cuantitativa previa en la comunidad con la que se trabajaría, en este caso con los estudiantes de sexto curso de la Unidad Educativa John Neper. Una vez aplicada la campaña y sus diferentes actividades se procede a la aplicación de una última encuesta al mismo público objetivo con el que se vino trabajando. El principal objetivo

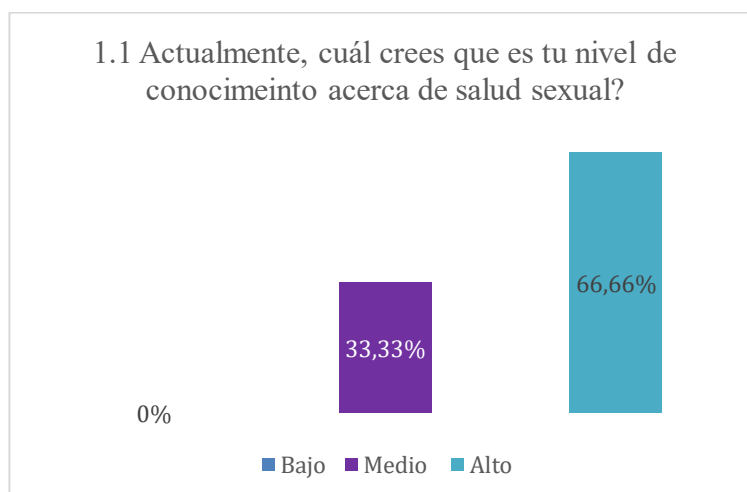
de la aplicación de una encuesta final es constatar el cambio desde el punto de partida hasta el final del proceso.

En este caso, al igual que las primeras encuestas, el total de la población encuestada constó de 23 estudiante en total, compuesto por 26% de mujeres y un 74% de hombres.

La herramienta utilizada para esta investigación fue una encuesta de preguntas cerradas, con varias opciones para cada una de las preguntas. La encuesta contó con 11 preguntas y los resultados serán analizados a continuación.



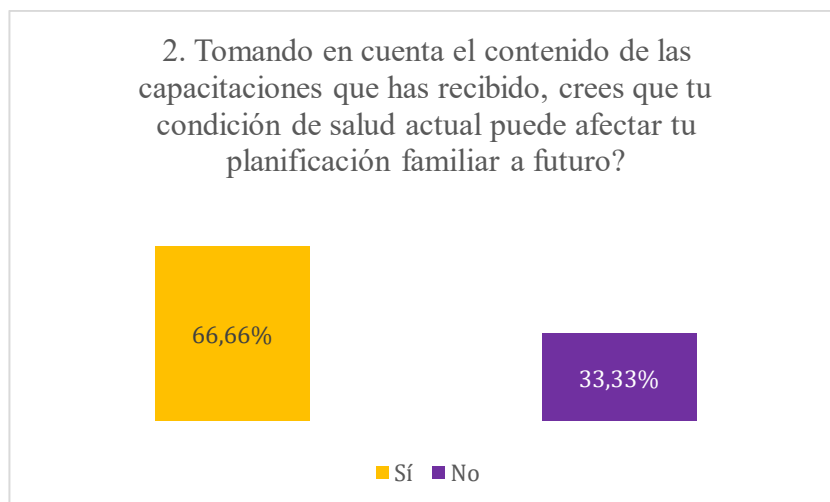
*Figura 31.- Tabulación general*



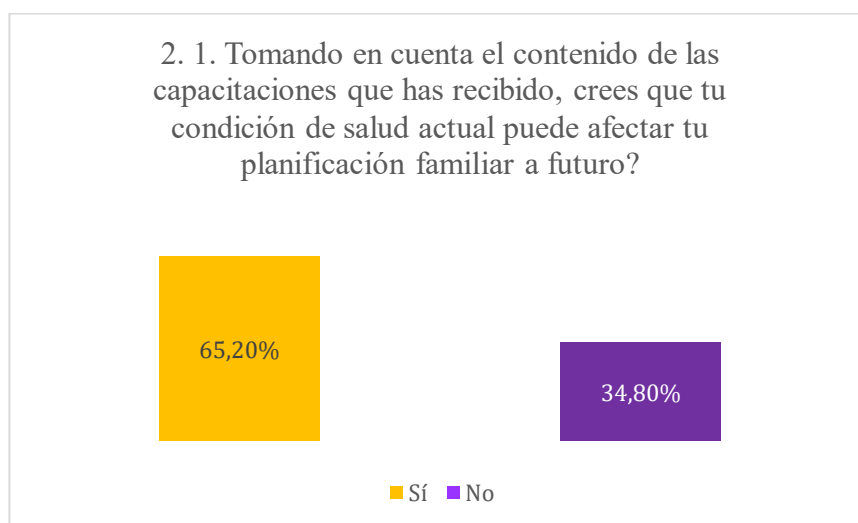
*Figura 32.- Tabulación femenino*

Gracias a los resultados expuestos en los gráficos podemos observar que el 52.2% de los encuestados aseguran que, tras las capacitaciones su conocimiento en salud sexual

mejoró. Sin embargo, los resultados más interesantes son las que reflejan las mujeres ya que más de la mitad pasaron de nivel medio a un nivel alto.



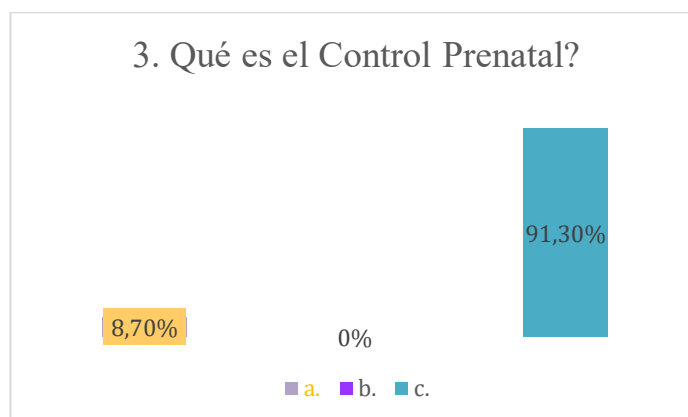
*Figura 33 .- Tabulación general*



*Figura 34.- Tabulación femenino*

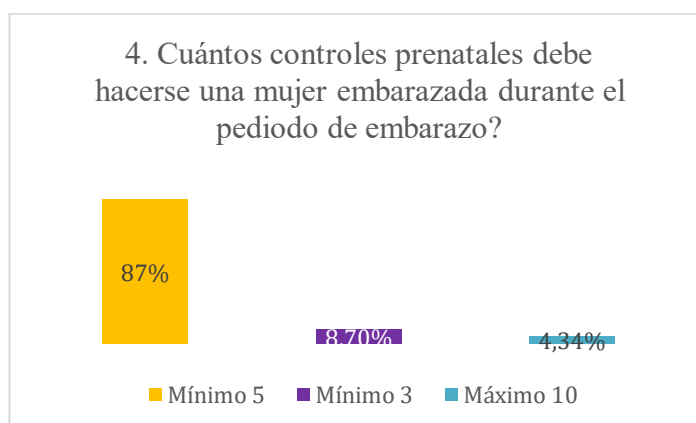
Sin duda, una de las preguntas con mayor relevancia es la pregunta número 2 ya que, este es el origen de los futuros problemas de salud que concluyen en altas posibilidades de muerte materna. Los resultados no solo reflejan que el 66.6% de los encuestados ya entienden su importancia, pero lo más importante es que el 65.2% de las mujeres

comprenden que si desean planificar una familia a futuro su salud debe ser tomada en cuenta años previo a la misma.



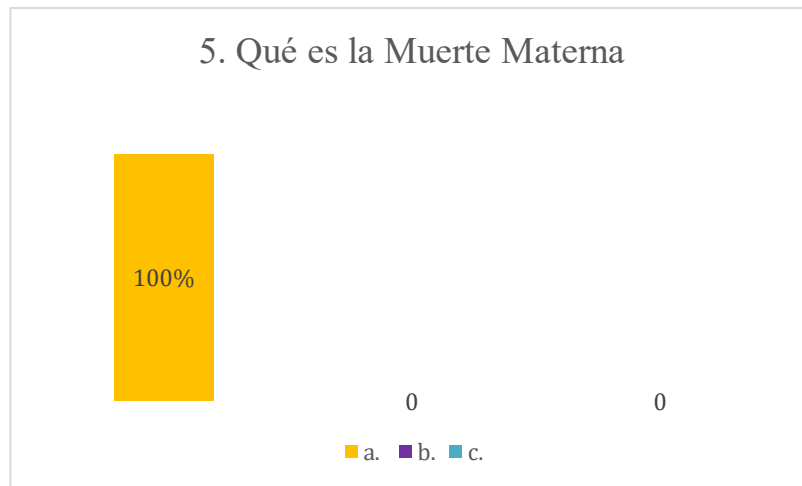
*Figura 35.- Tabulación general*

Uno de los resultados más importantes y positivos es que el 91% de los estudiantes de sexto curso del colegio John Neper reconocen el concepto de control prenatal y, por ende, la importancia de este.



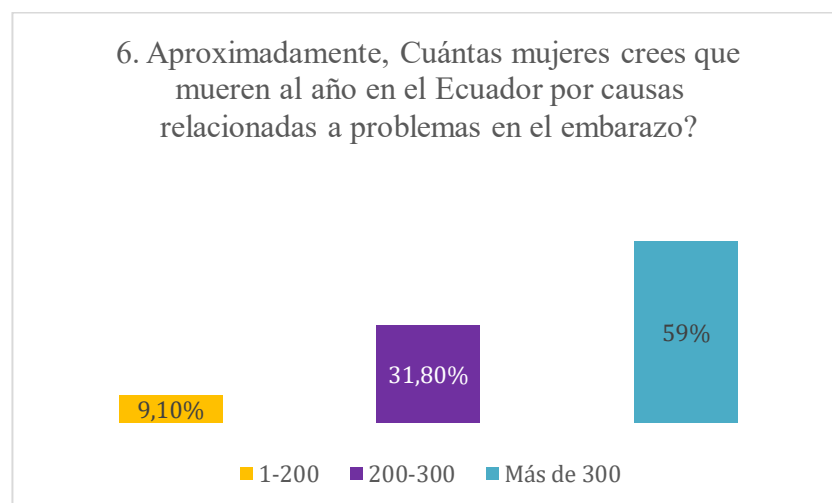
*Figura 36.- Tabulación general*

Tras las capacitaciones aplicadas a los estudiantes, en la actualidad el 87% de los mismo reconocen la necesidad de que cada madre embarazada pase por al menos 5 controles prenatales



*Figura 37.- Tabulación general*

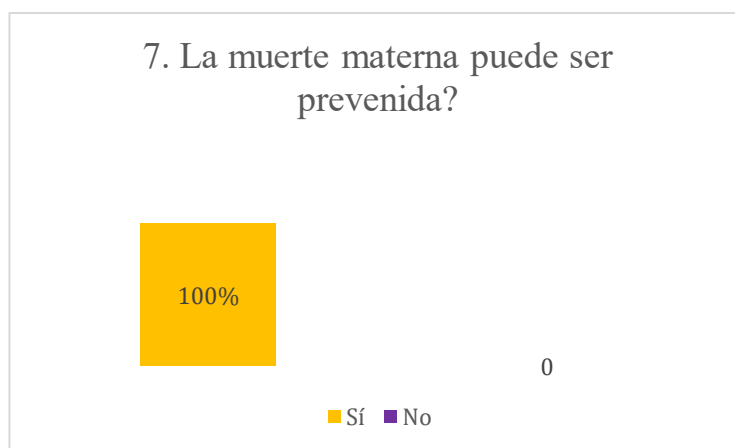
Los resultados obtenidos reflejan que los 23 estudiantes de sexto curso reconocen el concepto de muerte materna y a quienes afecta esta grave problemática de salud pública.



*Figura 38.- Tabulación general*

El 59% de los encuestados conocen que más de 300 mujeres mueren en el Ecuador por problemas relacionados al embarazo, parto e incluso el postparto.





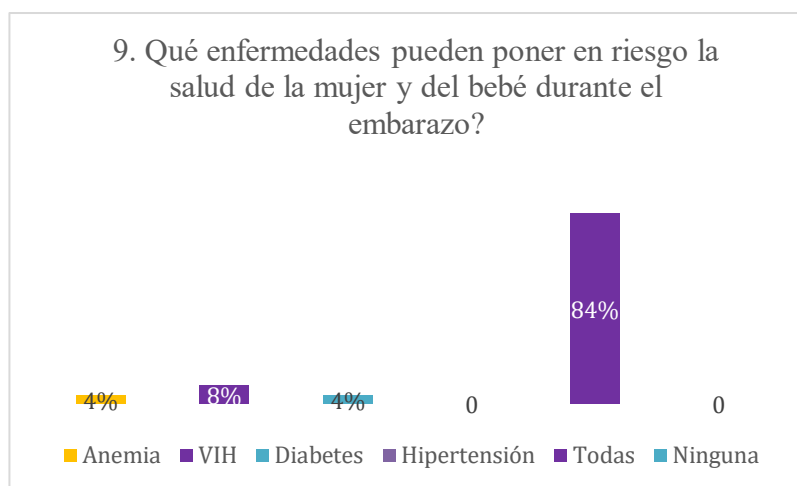
*Figura 39.- Tabulación general*

De manera positiva, el 100% de los investigados tienen claro que, el 99% de las muertes maternas pueden ser prevenidas si se aplican los correctos cuidados en el embarazo.

## 8. Enumere 3 signos de riesgo que indiquen complicaciones en el embarazo

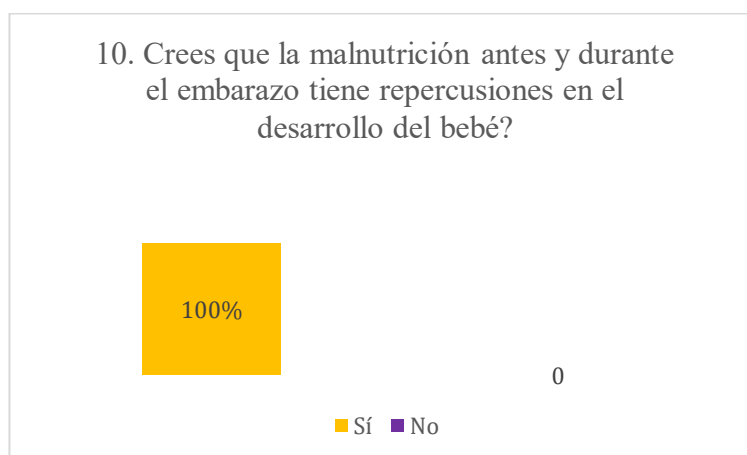
- Fiebre
- Sangrado
- Mal olor de orina
- Presión alta
- Dolor en el vientre
- Dolor de oído
- Dolor de café

Es de fundamental importancia mencionar que, el resultado de las capacitaciones fue más que sobresaliente ya que, los 23 estudiantes de sexto curso son capaces de reconocer más de 3 signos de riesgo.



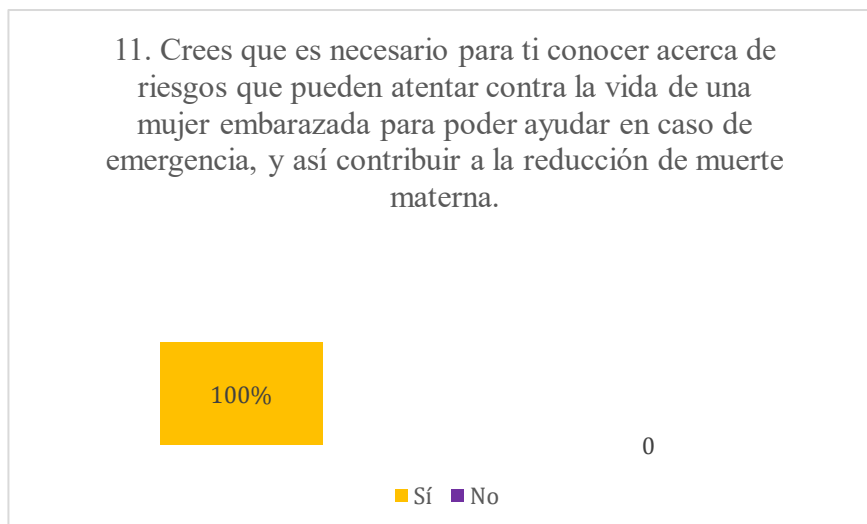
*Figura 40.- Tabulación general*

Los resultados analizados reflejan que, el 84% de los estudiantes encuestados reconocen que enfermedades como: la anemia, VIH, diabetes e hipertensión pueden poner en riesgo la vida de la madre como la de bebe durante el embarazo y tras el parto.



*Figura 41.- Tabulación general*

El 100% de los estudiantes reconoce la importancia que tiene una correcta alimentación en el desarrollo del bebe, pero sobre todo en el bienestar de la mujer embarazada. Ya que, es el aspecto más importante respecto al equilibrio fisiológico y biológico de la madre durante este proceso.



*Figura 42.- Tabulación general*

De manera positiva, más del 60% de los encuestados pueden reconocer posibles riesgos que atenten contra la vida de la madre.

### **Objetivos vs Logros**

A continuación, se detallará los objetivos de campaña cumplidos a lo largo del desarrollo de la campaña “Lo que deberías saber – Juntos contra la muerte materna”

- El primer objetivo planteado se basó en la implementación de una campaña informativa que eduque a estudiantes, hombres y mujeres pertenecientes a la Unidad Educativa John Neper. Lo que, gracias a 3 capacitaciones en temas de salud sexual y reproductiva, nutrición y muerte materna logran comprender la importancia de estas 3 arista con respecto a la prevención de muerte materna.
- Nuestro segundo objetivo se centró en generar un cambio de percepción con respecto a la problemática de al menos un 40%. Afortunadamente, en la actualidad podemos decir que más del 50% de personas de nuestro público objetivo conoce acerca de la problemática, logran reconocer más de 3 signos de riesgos en la mujer embarazada.

- Con respecto a la recolección de fondos debemos mencionar que, tanto el evento de recaudación como la venta del producto comunicacional fue exitoso. Gracias a esto logramos superar el estimado de \$150 y aportar a la Asociación el Parto es Nuestro con un fondo de \$170.
- Finalmente, nuestro trabajo en gestión de notoriedad pública en medios de comunicación fue positiva ya que, no solo se trabajó con 10 diferentes medios, sino que, logramos obtener con 2 publicaciones extra.

Por otro lado, durante el transcurso de la implementación de la campaña se lograron alcances inesperados como:

- El deseo de otros dos colegios en la ciudad de Quito para implementar la campaña con sus estudiantes.
- Tanto la investigación como la campaña en general, se convertirá en una sub-campaña de la Asociación el Parto es Nuestro. Como una campaña informática para mujeres, madres y familiares.
- Generamos nuevos espacios entre medios de comunicación y la Asociación para que estos puedan seguir generando debates alrededor del tema a sea cuidados en el embarazo como violencia obstétrica.
- Por otro lado, la revista Vive Light contará con la participación de la campaña “Lo que deberías saber- Juntos contra la muerte materna” en otras dos ediciones de esta. Los artículos que publicar contarán con contenido relacionado a la campaña y a los cuidados en el embarazo, parto y postparto.
- Se analiza la posibilidad de que la clase de Violencia y Abuso Sexual perteneciente a la carrera de Psicología dentro de la Universidad San

Francisco de Quito cree una alianza con la Asociación el Parto es Nuestro para semestralmente se realice una charla con los estudiantes.

## Presupuesto

La tabla que se encuentra a continuación presenta el detalle a fondo de la inversión capital total de la campaña y los fondos que se lograron recuperar

<b>PRESUPUESTO</b>			
Descripción	Cantidad	Inversión	Ganancia
Plan de comunicación (anterior)	1	\$3	\$0
Plan de comunicación (actual)	1	\$1	\$0
Banner	1	\$15.62	\$0
Photobook	1	\$25.98	\$0
Video Introducción	1	\$20	\$0
Video Final	1	\$30	\$0
1ras encuestas	500	\$14	\$0
2das encuestas	25	\$2.80	\$0
Encuestas finales	25	\$0	\$0
Cartel LOGO	1	\$1.70	\$0
Entradas	280	\$20.15	\$0
Contrato artista	1	\$350	\$468
Afiches	5	\$6.50	\$0
Afiches Leyes	2	\$3	\$0
Esfero	1	\$0.75	\$0
Implementos	—	\$65.56	\$0
Producto comunicacional	50	\$70	\$60
BTL USFQ		\$2.13	\$0

	TOTAL	\$632.28	\$528
--	-------	----------	-------

<b>RECUPERADO</b>	\$170	
<b>DONADO</b>	Evento de Recaudación de fondos	\$124
	Producto	\$45

*Tabla 6.- Presupuesto*

## **Cronograma**

















INFORME FINAL	Elaboración del informe final	USFQ																			x	x
	Presentación de resultados de la campaña.																					x

*Tabla 7.- Cronograma*

## CONCLUSIONES

Un embarazo positivo debe garantizar el bienestar de la madre y del feto, implementando medidas de prevención continua, y priorizando el acceso a la atención y una alta calidad en atención antes, durante, y después del embarazo.

La atención de control prenatal es uno de los servicios de salud pública más efectivos, ya que no solo reduce la muerte materna, sino que a su vez reduce los índices de mortalidad infantil y otras enfermedades relacionadas. Gracias a las estadísticas tanto internacionales como nacionales probamos que el CPN garantiza una atención materno-perinatal óptima con resultados satisfactorios durante el proceso de gestación para el desarrollo del feto y bienestar de la madre.

Se calcula que aproximadamente un  $\frac{1}{4}$  de muertes maternas se dan durante el proceso de embarazo debido a las enfermedades características de la gestación, las cuales se encuentran relacionadas a la falta de cuidado durante el embarazo; mientras que las dolencias preexistentes se presentan con mayor intensidad.

Los antecedentes tanto médicos como socioculturales de la mujer se deben tener en cuenta antes de hacer una planificación en atención de control prenatal, debido a que estos influenciarán la manera en que la madre perciba su embarazo y los posibles riesgos que podrían existir. Con esto, se podrá tener una planificación que vaya de acuerdo con la realidad de la gestante.

Los mejores resultados nutricionales tanto para la madre como para el bebé durante y después del embarazo se dan si es que la gestante tiene buenos hábitos alimenticios desde antes del momento de la concepción. El consumo posterior de nutrientes como el ácido fólico o folato pueden hacer cambios significativos en el desarrollo del feto y ayudar a la madre a evitar la desnutrición.

Es fundamental ampliar la cobertura efectiva de los servicios de salud pública y unificar las medidas de atención con servicios privados y comunitarios para que toda gestante cuente con los mismos cuidados de: control prenatal, atención calificada del parto, reconocimiento y manejo adecuado de las emergencias obstétricas y neonatales, atención del aborto en condiciones de seguridad, asesoría y acceso a planificación familiar y anticoncepción posterior a un evento obstétrico.

Los factores sociales que poseen más influencia en la utilización inadecuada de los servicios del control prenatal son el nivel de educación como factor principal, en combinación con factores como la etnia (las mujeres indígenas registran los menores índices) y el lugar de residencia, principalmente si la mujer habita en un área rural o urbana.

Se debe impulsar la comunicación entre el profesional de salud y la mujer embarazada para que el espacio de control prenatal se convierta en un lugar de confianza y así las mujeres asistan a los subsiguientes controles.

El empoderar a la mujer como responsable principal de su embarazo le permitirá tener independencia sobre su cuerpo, su salud y la salud de su hijo; teniendo en cuenta cuáles son sus necesidades para tomar las mejores decisiones.

Si bien es cierto que, durante los últimos años, los sistemas de salud públicos y otras entidades adscritas al Ministerio de Salud se han preocupado por disminuir las principales enfermedades que aquejan a los ecuatorianos. La muerte materna sigue siendo una problemática significativa en nuestro país y la única forma de combatirla desde raíz es la comunicación y concientización acerca de las graves consecuencias que esta genera. En ciertos casos, este proceso de información puede llegar no solo a la gestante, sino a tu familia, personas cercanas o incluso a su comunidad.



## RECOMENDACIONES

Se debe analizar a profundidad los programas de salud pública relacionados al periodo de gestación implementados durante los últimos años para cerciorar que estos se encuentren bien estructurados y que no solo sirvan como un medio de control sino como un mecanismo de prevención.

Para un ámbito nacional, se deben investigar y considerar estadísticas no solo a nivel nacional, sino que también a nivel regional y provincial para entender cuál es el trasfondo del problema.

Es importante tomar en cuenta que la promoción de salud, sobre todo en servicios médicos, no sólo debe ofrecer un servicio de calidad con los implementos adecuados; sino que, debe implementar de manera correcta la psicología en la medicina pública, para garantizar el regreso de la paciente.

Se debería investigar de manera más profunda, el conocimiento actual de las madres en cuanto a lo que es el embarazo, los riesgos y desventajas que este puede acarrear a la vida de la madre ya que, solo así la mujer puede empoderarse de su embarazo y ser la principal gestora de cambio en cuanto a prevención.

Es verdad que es necesario crear campañas de salud informativas, pero en este caso es realmente fundamental, que las campañas que se busquen difundir sean de prevención. En las que se hablen sobre la importancia del cuidado durante el embarazo, sobre la detección efectivas de signos de riesgos y acerca del reconocimiento de cualquier enfermedad que puede afectar el bienestar del binomio.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) debería realizar programas específicos para la nutrición materna con el propósito fundamental de salvaguardar el bienestar de la mujer gestante, no solo como una extensión para el bienestar del infante.

Tomando en cuenta el público con el que se trabaja, se deberán aplicar dos encuestas diferentes. Si nos dirigimos a jóvenes, se deberá trabajar en la educación acerca de lo que es el control prenatal y su importancia, para que puedan aplicarlo en su futuro, y además ser gestores de cambio en su entorno. En el caso de trabajar con mujeres embarazadas se deberá enfocar la encuesta a conocer los problemas de la atención de control prenatal y cuidado de la embarazada, además de una indagación acerca de su estado nutricional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acción Nutrición., Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) ., PANI. (2013). *Nutrición de la mujer embarazada y en periodo de lactancia*. Quito: Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- Álvarez, R & Kuri-Morales, P. (2012). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México DF: Manual Moderno.
- Álvarez Toste, Mireya, Hinojosa Álvarez, María del Carmen, Álvarez, Sergio Salvador, López Barroso, Reinaldo, González Rodríguez, Guillermo, Carbonell, Isabel, & Pérez González, Raúl. (2011). Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(3), 420-433. Recuperado en 23 de octubre de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300010&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010&lng=es&tlng=es).
- Andes. (2013). El área de la salud en Ecuador presenta avances significativos. Extraído el 15 de noviembre del 2017 desde <http://www.andes.info.ec/es/actualidad-sociedad/%C3%A1rea-salud-ecuador-presenta-avances-significativos.html>
- Avilés, E. (s/f). Ministerio de Salud Pública. Historia del Ecuador. Extraído el 15 de noviembre del 2017 desde <http://www.encyclopediadelecuador.com/historia-del-ecuador/ministerio-salud-publica/>
- Banco Mundial. (2015). *Pobreza*. Obtenido el 15 de octubre de 2017 de <http://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview>
- Brown, J, E. (2011). *Nutrition through the life cycle*. California: Wadsworth Cengage Learning.
- Brown, J, E. (2006). *What to eat before, during and after pregnancy*. Nueva York: McGraw Hill
- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Barcelona: PAIDÓS
- Cesar. (2017). Nussbaum y el feminismo. Extraído el 19 de octubre del 2017 desde <http://textosfil.blogspot.com/2011/02/nussbaum-y-el-feminismo.html>
- El Telégrafo. (25 de marzo del 2016). Ecuador logró 3'078.408 de controles prenatales entre 2009 a 2015. *El Telégrafo*. Recuperado de

<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/salud/38/ecuador-logro-3-078-408-de-controles-prenatales-entre-2009-a-2015>

- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Foucault, M. (1976). *The History of Sexuality Vol. 1: The Will to Knowledge*. Londres: Penguin
- Foucault, M. (1978) *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France*. Londres: Penguin
- Gómez Fajardo, C. (1991). Aspectos Históricos del Control Prenatal. *Medicina U.P.B.* 10(2), 83-90.
- Hermida, C. (2007). La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. *Mortalidad materna. Quito: Noción. p. (57-61)*.
- Hombrados, M. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Madrid: Síntesis
- ILFAM. (2016). Ecuador Familia en Cifras 2016. Extraído el 17 de noviembre del 2017 desde <http://redifam.org/wp-content/uploads/2017/05/ILFAM-ecuador-publicaci%C3%B3n01-texto.pdf>.-Ecuador-familia-en-cifras-2016.pdf
- INEC & Ministerio de Salud Pública. (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/SaludSexual\\_y\\_Reproductiva/141016.Ensanut\\_salud\\_sexual\\_reproductiva.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf)
- INEC & Ministerio de Salud Pública. (2013). Resumen Ejecutivo *Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU 2011-2013*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Jaramillo, J. (2013). El absurdo sistema de Salud Pública en Ecuador. Extraído el 15 de noviembre del 2017 desde <http://ecuanomica.blogspot.com/2013/10/el-absurdo-sistema-de-salud-publica.html>
- Lincetto, O., Gruskin, S., Cottingham, J., Hilber, A., Kismodi, E., & Roseman, M. (2008). Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and a proposed practical approach. *Bulletin of the World Health*

*Organization*, 86(8), 589-593 <https://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862008000800010>

Lincetto, O., Gomez, P.<sup>[SEP]</sup>, Mothebesoane-Anoh, S., Munjanja, S. (2006). Antenatal Care. En Lawn & Save the Children (Eds.), *Opportunities for Africa 's Newborns* (pp 51-62). Ciudad del Cabo: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health<sup>[SEP]</sup>.

Lowdermilk, D & Perry, S. (2004) *Maternity and Women's Health Care*. Misuri: Mosby

Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud*. México: Manual Moderno.

Ministerio de Salud Pública. (2014). Acuerdo Ministerial. Extraído el 15 de noviembre del 2017 desde <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/ESTATUTO-SUSTITUTIVO-MSP-ALCANCE-REFORMA-ABRIL17.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2013). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Extraído el 15 de noviembre del 2017 desde <http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/10/ley-sis-nac-salud.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2016). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Extraído el 19 de noviembre del 2017 desde <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>

Ministerio de Salud Pública & Programa Mundial de Alimentos. (2011). *Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Consejería Materno Infantil*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Tomo II. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía de apoyo ciudadano a la mujer embarazada: Por un Ecuador sin Muertes Maternas*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Control Prenatal: Guía práctica clínica. Recuperado de <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>
- Nussbaum, M. (2000). *Las mujeres y el desarrollo humano*. Barcelona: Herder
- Nagore, L. & Silva, S. El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. Extraído el 15 de octubre del 2017 desde <http://otrodesarrollo.com/desarrollohumano/GoughEnfoqueCapacidadesNussbaum.pdf>
- OMS. (2016). Mortalidad materna. Extraído el 18 de octubre del 2017 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- ONU. (s/f). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Extraído el 20 de octubre del 2017 desde <http://www.un.org/es/development/desa/millennium-development-goals.html>
- ONU. (2017). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Extraído el 18 de octubre del 2017 desde [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015\\_spanish.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf)
- ONU. (2015). Transformar a nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General. Extraído el 19 de octubre del 2017 desde <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
- OPS. (2008). Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil. Washington DC: OPS.
- Poggio, S. & Viteri, M. (2014). Cuerpo, educación y liderazgo político: una mirada desde el género y los estudios feministas. Extraído el 15 de octubre del 2017 desde [https://www.academia.edu/7037682/Cuerpo\\_educaci%C3%B3n\\_y\\_liderazgo\\_pol%C3%ADtico\\_una\\_mirada\\_desde\\_el\\_g%C3%A9nero\\_y\\_los\\_Estudios\\_Feministas\\_Bodies\\_Education\\_and\\_Political\\_Leadership\\_a\\_Gender\\_and\\_Feminist\\_Perspective?auto=downloadRansom](https://www.academia.edu/7037682/Cuerpo_educaci%C3%B3n_y_liderazgo_pol%C3%ADtico_una_mirada_desde_el_g%C3%A9nero_y_los_Estudios_Feministas_Bodies_Education_and_Political_Leadership_a_Gender_and_Feminist_Perspective?auto=downloadRansom)

- E & Yinger, N. (2002). Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna (Julio) . *Population Reference Bureau*. Obtenido el 14 de octubre de [http://www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer\\_Sp.pdf](http://www.prb.org/pdf/MakMotherhdSafer_Sp.pdf)
- Rendón, Lisa, Langer, Ana, & Hernández, Bernardo. (1995). Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 21(1), 8-10. Recuperado en 23 de octubre de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661995000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000100005&lng=es&tlng=es).
- Rubin, G. (1986). El tráfico de ujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. Extraído el 15 de octubre del 2017 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903007> pp. 95-145.
- Sánchez-Gómez A., Cevallos W., Grijalva MJ., Silva-Ayçaguer LC., Tamayo S., Jacobson JO., et al. (2016) Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*, 40(5):341–6.
- Sethuraman, K., & Duvvury, N. (2007). The Nexus of Gender Discrimination with Malnutrition: An Introduction. *Economic and Political Weekly*, 42(44), 49-53. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40276745>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2010). *Control prenatal del embarazo normal*. Recuperado de: [https://www.elparto nuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego\\_protocolo\\_control\\_prenatal\\_2010.pdf](https://www.elparto nuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf)
- Thadeus, S & Maine, D. (1994). Too Far To Walk: Maternal Mortality In Context. *Social Science and Medicine*, 38(8), 1091-1110
- The Borgen Project. (2016). *The “Three Delays” at the Root of Maternal Mortality*. Obtenido el 12 de octubre de 2017 de <https://borgenproject.org/the-three-delays-maternal-mortality/>
- Unicef. (2016). Health Equity Report 2016. Obtenido el 11 de octubre del 2017 de [https://www.unicef.org/lac/20161207\\_LACRO\\_APR\\_Informe\\_sobre\\_equidad\\_en\\_salud\\_EN\\_LR.pdf](https://www.unicef.org/lac/20161207_LACRO_APR_Informe_sobre_equidad_en_salud_EN_LR.pdf)
- Unicef. (2017). *Only half of women worldwide receive the recommended amount of care during pregnancy*. Obtenido el 11 de octubre del 2017 de <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/#>

Valdivies, M., González, Y. (2015). El embarazo en la adolescencia como principal riesgo obstétrico y perinatal en el Ecuador. Ambato: UNIANDES

Velasco, M. (2007). La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas. Quito: Noción.

Viteri, M. & Bermúdez, C. (2012). Manual de género en nutrición. Extraído el 15 de octubre del 2017 desde [https://www.academia.edu/8930470/Manual\\_de\\_g%C3%A9nero\\_en\\_nutrici%C3%B3n?auto=download](https://www.academia.edu/8930470/Manual_de_g%C3%A9nero_en_nutrici%C3%B3n?auto=download)

Wardlaw, G. (2007) *Perspectives in Nutrition*. Nueva York: McGraw Hill