

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE:

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

TEMA:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS QUE INCIDEN EN LA
MUERTE MATERNA EN LA PROVINCIA DE NAPO EN EL PERIODO 2021-2022.

Autor:

Obst. Alcocer Ortega Iván Mauricio

Director:

Dr. Carlos Terán Puente

Milagro, mayo 2023

Ecuador

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Alcocer Ortega Iván Mauricio** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magister en Salud Publica**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Publica y bienestar Humano integral**, de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 14 días del mes de julio del 2023

Iván Mauricio Alcocer Ortega

C.I. 1720239357

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, **Carlos Terán Puente** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Iván Mauricio Alcocer Ortega**, cuyo tema es **Factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo en el periodo 2021-2022**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública y bienestar humano**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública** Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, a los 14 días del mes de julio del 2023

Carlos Terán Puente

C.I. 1704392487

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DIRECCIÓN DE
POSGRADO**

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, presentado por OB. ALCOCER ORTEGA IVAN MAURICIO, otorga al presente proyecto de investigación denominado "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS QUE INCIDEN EN LA MUERTE MATERNA EN LA PROVINCIA DE NAPO EN EL PERIODO 2021-2022.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	58.67
DEFENSA ORAL	39.67
PROMEDIO	98.33 EQUIVALENTE Excelente



Firmado electrónicamente por:
MARIELA LIBELLY
LOZADA MEZA

**Dra. LOZADA MEZA MARIELA LIBELLY
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



Firmado electrónicamente por:
KATIUSKA
MEDEROS
MOLLINEDA

**Msc. MEDEROS MOLLINEDA KATIUSKA
VOCAL**



Firmado electrónicamente por:
PAMELA ALEJANDRA
RUIZ POLIT

**Mgs. RUIZ POLIT PAMELA ALEJANDRA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico en primer lugar y sobre todo a Dios, por darme la fortaleza a seguir frente la adversidad y me permite cumplir uno de mis sueños. A mi esposa Alisson y a mi querido hijo Juan Francisco por su amor, ayuda y comprensión en estos años de estudio. A mis padres, Iván, Pilar, y mi abuelita Teresita por el trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en alguien mejor. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser su hijo. A mis hermanos Andrés y Daniela por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida. A todas las personas que directa o indirectamente me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Iván Mauricio Alcocer Ortega

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas. A mis padres, abuela, esposa, hijo y demás familiares por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron. Agradezco a mi director de Tesis Carlos Terán Puente, quien con su experiencia, conocimiento y motivación me orientó en la investigación. A mis amigos y colegas por sus consejos, enseñanzas, apoyo y sobre todo amistad brindada en los momentos difíciles de mi vida.

Agradezco a los directivos de la Maestría en Salud Pública por haber generado esta oferta académica de cuarto nivel, a la mayoría docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional salubrista. A mis compañeros de aula por la paciencia, las alegrías, risas y gratos momentos que pasamos juntos fue un gusto conocerlos nos veremos en el campo laboral.

Resumen

A nivel mundial los indicadores muestran que las tasas de muerte materna son mayores en países pobres, Ecuador está representado por el 32,2% de esta población vulnerable, en donde los factores sociodemográficos y clínicos afectan la salud materna. **Objetivo.** Analizar los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021-2022. **Metodología.** Es una investigación tipo mixto cuali-cuantitativo. La parte cuantitativa se desarrolló a través con un diseño descriptivo-retrospectivo. Mientras tanto, en la parte cualitativa, se utilizó un enfoque fenomenológico. La población de estudio fueron los 5 casos de muerte materna ocurridos en la provincia de Napo. Para ello, se aplicó la recolección de información por medio de un chek list con las variables sociodemográficas y clínicas de interés de las historias clínicas, auditoría interna y externa del deceso. Además, se realizó el análisis de dos entrevistas a profundidad (autopsia verbal), misma que permitió obtener la información a través del discurso de dos familiares que vivenciaron la muerte materna de sus parejas. El análisis de los datos cuantitativos, se realizó a través de Excel. Mientras tanto el análisis de los datos cualitativos se realizó a través de unidades de significado, las cuales fueron posteriormente interpretadas para una mejor comprensión de la misma, desprendiéndose cinco categorías: Historia de vida, acceso a los servicios de salud, salud intercultural, relaciones de género y factores socioeconómicos. Siendo este el orden en las categorías que describió la estructura del fenómeno estudiado, frente a la muerte materna. **Resultados.** Los factores sociodemográficos como la edad, nivel de instrucción, estado civil, la ocupación, fueron variables que incidieron en gran medida en los cinco casos de muerte materna en la provincia de Napo y las autopsias verbales de dos muertes maternas permitieron profundizar los factores sociodemográficos, las comorbilidades. Finalmente, las demoras en la atención agravan esta problemática social. **Conclusiones.** La muerte materna es un fenómeno social que necesita ser analizado de forma integral, ya que nunca se presenta de forma aislada, sino que es una manifestación de la dinámica social de un territorio en un tiempo determinado.

Palabras claves: Muerte materna; Factores; Sociodemográficos; Clínicos; Napo

Abstract

Worldwide, indicators show that maternal death rates are higher in poor countries, Ecuador is represented by 32.2% of this vulnerable population, where sociodemographic and clinical factors affect maternal health. Aim. Analyze the sociodemographic and clinical factors that affect maternal death in the province of Napo, in the period 2021-2022. Methodology. It is a mixed qualitative-quantitative research. The quantitative part was developed through a descriptive-retrospective design. Meanwhile, in the qualitative part, a phenomenological approach was used. The study population was the 5 cases of maternal death that occurred in the province of Napo. For this, the collection of information was applied through a check list with the sociodemographic and clinical variables of interest from the medical records, internal and external audit of the death. In addition, the analysis of two in-depth interviews (verbal autopsy) was carried out, which allowed obtaining the information through the discourse of two relatives who experienced the maternal death of their partners. Quantitative data analysis was performed using Excel. Meanwhile, the analysis of the qualitative data was carried out through units of meaning, which were later interpreted for a better understanding of it, giving rise to five categories: Life history, access to health services, intercultural health, relationships of gender and socioeconomic factors. This being the order in the categories that described the structure of the phenomenon studied, in the face of maternal death. Results. Sociodemographic factors such as age, level of education, marital status, occupation, were variables that greatly influenced the five cases of maternal death in the province of Napo and the verbal autopsies of two maternal deaths allowed to deepen the sociodemographic factors, the comorbidities. Finally, delays in care aggravate this social problem. conclusions. Maternal death is a social phenomenon that needs to be analyzed in an integral way, since it never occurs in isolation, but is a manifestation of the social dynamics of a territory at a given time.

Keywords: Maternal death; factors; Sociodemographics; Clinicians; Napo

Lista de Tablas

Tabla 1 Operacionalización de Variables.....	8
Tabla 2 Frecuencia de muertes maternas directas e indirectas en la provincia de Napo en el periodo enero 2021- diciembre 2022.....	29
Tabla 3 Factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo en el periodo 2021- 2022 (Universo 5 casos de muerte materna).....	29
Tabla 4 Frecuencia de momentos y demoras en las que ocurrió la muerte materna en las mujeres de la provincia de Napo en el periodo 2021-2022.....	31

Índice / Sumario

Introducción.....	1
Capítulo I: El problema de la investigación	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Delimitación del problema.....	5
1.3 Formulación del problema.....	5
1.4 Preguntas de investigación	6
1.5 Determinación del tema	6
1.6 Objetivo general	6
1.7 Objetivos específicos	6
1.8 Hipótesis	6
Hipótesis general	6
Hipótesis Específicos	7
1.9 Declaración de las variables (operacionalización)	7
1.10 Justificación.....	9
1.11 Alcance y limitaciones	11
CAPÍTULO II: Marco teórico referencial	11
2.1 Antecedentes	11
2.1.1 Antecedentes históricos	11
2.1.2 Antecedentes referenciales.....	15
2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación.....	18
2.2.1 Factores de riesgo modificables.....	18
2.2.2 Factores de riesgo no modificables	18
2.2.3 Definiciones operacionales	21
2.3 Marco Legal	22
CAPÍTULO III: Diseño metodológico	24
3.1 Tipo y diseño de investigación	24

3.1.1 Enfoque cuantitativo.....	24
3.1.2 Enfoque cualitativo.....	24
3.2 La población y la muestra	25
3.2.1 Características de la población	25
3.2.2 Delimitación de la población.....	25
3.2.3 Tipo de muestra	25
3.2.4 Tamaño de la muestra	25
3.2.5 Proceso de selección de la muestra.....	25
3.3 Los métodos y las técnicas	26
3.3.1 Método analítico sintético.....	27
3.3.2 Método inductivo deductivo.....	27
3.3.3 Método triangulación de datos	27
3.4 Procesamiento estadístico de la información	27
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados.....	29
4.1 Análisis de la situación actual	29
4.2 Análisis Comparativo	39
4.3 Verificación de la hipótesis.....	39
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones	42
5.1 Conclusiones.....	42
5.2 Recomendaciones	43
Bibliografía	44

Introducción

En la provincia de Napo, se presentaron cinco casos de muerte materna en mujeres residentes de este territorio en el periodo 2021 y 2022. Conforme a ello, profundizaremos el estudio de estos casos en relación a los factores sociodemográficos y clínicos utilizando el enfoque de las tres demoras.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna no es accidental, sino que es la consecuencia de un conjunto de causantes que, sumadas forman una cadena mortal de “demoras”, las mismas que impiden prevenir peligros a lo largo del embarazo, parto y postparto convirtiéndose en un obstáculo para que las mujeres logren acceder a un servicio de salud de calidad (Mazza, Vallejo, & Mireya, 2012, pág. 237).

De hecho, es necesario estudiar los factores sociodemográficos y clínicos que conducen al desarrollo de esta tragedia social, en la que el análisis de la muerte materna se realiza a través del enfoque de las tres demoras de MAIN. Cada demora permite que transcurran horas y días entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que exacerba las complicaciones y reduce drásticamente las posibilidades de las mujeres de salvar sus vidas (Mazza, Vallejo, & Mireya, 2012, pág. 237).

La importancia de este texto radica a razón de que existen escasos estudios cualitativos que aborden la muerte materna en zonas rurales de la Amazonía ecuatoriana. La mayoría de estudios plantean la problemática desde el enfoque cuantitativo y en zonas urbanas del país como Guayaquil, Cuenca y Quito. Por tanto, abordar los factores que inciden en la mortalidad materna de las gestantes de la provincia de Napo, partiendo del enfoque cualitativo de la investigación, la hace novedosa y atractiva, que permitirá visibilizar la problemática social que aquejan a las mujeres de este rincón de la Amazonía ecuatoriana en su embarazo, parto y postparto.

Además, la (Organización Mundial de la Salud, 2018) señala que alrededor de 830 mujeres mueren cada día en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. De igual forma, La (Organización de las Naciones Unidas, 2017) a través del Observatorio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), indica que la tasa de mortalidad materna en los países de América Latina, aunque muestra un descenso significativo en los últimos años, de 88 por ciento de 100.000 nacidos vivos en 2005 a 74 por 100.000 nacidos vivos en 2017 ha experimentado altibajos, lo que indica que el problema no está resuelto.

Según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2017), Ecuador, indica que se redujo la mortalidad materna en un 49,6% en 2015 muy debajo de los Objetivos del Desarrollo del Milenio planteados en la década de los noventa que la meta regional era del 75%. De igual forma, según la gaceta de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, entre 2021 y 2022 se han confirmado 5 muertes maternas en la provincia de Napo. Tres de ellos ocurrieron en 2021 y dos en 2022 (Ministerio de Salud Pública, 2021).

Una vez realizada la investigación, los resultados nos dan la oportunidad: Analizar, identificar, determinar y establecer los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo entre los años 2021-2022. Los datos obtenidos nos permitirán, intervenir de forma integral en los factores, sociodemográficos y clínicos a través del modelo MAIN de las tres demoras, con el fin de promover estrategias holísticas para fortalecer la salud materna neonatal en la provincia de Napo.

Finalmente, la metodología utilizada será a través de un enfoque cualitativo-cuantitativo, con una parte cuantitativa debido a un diseño retrospectivo descriptivo no experimental. Mientras que la parte cualitativa con un diseño fenomenológico mediante análisis de autopsias verbales a los familiares de los decesos.

Capítulo I: El problema de la investigación

1.1 Planteamiento del problema

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2018) el 99% de las muertes maternas sucede en países en desarrollo, entre mujeres de grupos históricamente marginados como los pueblos indígenas y afrodescendientes, que son las más afectadas en comparación con otros grupos. Por lo tanto, las madres indígenas de estos grupos antes mencionados enfrentan una serie de desafíos tales como los aspectos socioculturales de los accesos a los servicios de salud. Además de las barreras geográficas, económicas y administrativas, que provocan retrasos en el acceso a los servicios (Roosta-G, 2015). El modelo utilizado para estudiar las muertes maternas de las tres demoras es insuficiente para mejorar la salud materna en esta región de la Amazonía ecuatoriana.

Mientras tanto, La (Organización Panamericana de la Salud, 2013), señala que las mujeres pobres que viven en áreas remotas tienen menos probabilidades de recibir atención médica adecuada. Aproximadamente 9.300 mujeres murieron por causas relacionadas con el parto en América Latina y el Caribe, a pesar de las mejoras en la región en 2013. Los 11 países más avanzados de la región son Barbados (-56%), Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%).

Cabe mencionar que algunos de estos países han logrado avances significativos desde que tenían tasas de mortalidad materna inaceptables en la década de 1990.

Al igual que en América Latina, existe una gran disparidad en la mortalidad materna en el Ecuador, encontrándose las provincias con las tasas de mortalidad materna más altas en las principales ciudades de Guayaquil, Quito y Cuenca en hospitales de importancia nacional. Lo que invisibiliza la verdadera problemática de la situación actual de mortalidad materna en provincias periféricas como las de la Amazonía ecuatoriana.

A pesar de las leyes, planes, estrategias, programas e investigaciones que se han realizado para conocer, reconocer y reducir los componentes que contribuyen a la mortalidad materna para mejorar las políticas públicas entre los años 2004 y 2022, no hay reducción importante de este fenómeno. Por ello, es necesario fortalecer las líneas de acción encaminadas al respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias, la interculturalidad y el género (Ministerio de Salud Pública, 2017-2021).

Las tres demoras y la diversidad de factores como: la injusticia, la discriminación, la pobreza extrema, la carencia de educación, la marginación, la violencia, etc., agravan la situación de la salud materna en este territorio. Así, podríamos señalar que ellos conducen a complicaciones sociales, que se expresan en desigualdad e inequidad. Además, agravan las condiciones clínicas que eventualmente conducen a la muerte materna.

Es primordial indicar que Napo, está conformado por 5 cantones tales como: Tena, Arosemena Tola, Archidona, Quijos y Chaco. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), esta provincia tiene una población de 139.162, pobladores, de los cuales 70.846 son hombres y 68.316 son mujeres. Es así que 38.300 mujeres (56,06%) están en edad fértil de 10 a 40 años según datos del MSP. Cabe recalcar que entre los años 2021-2022 se registraron 5 casos de decesos maternos en mujeres de la localidad.

Finalmente, si no se toma las medidas adecuadas para reducir la mortalidad materna, el número de pérdidas en mujeres de esta localidad de la Amazonía ecuatoriana durante su embarazo, parto y puerperio aumentará en los próximos años. Por lo tanto, es necesaria una articulación de todos los sectores de la provincia de Napo para mejorar la atención materna-neonatal.

1.2 Delimitación del problema

Líneas de investigación: Salud Pública y Bienestar Humano Integral

Sublíneas: Salud Reproductiva

Objetivo de estudio: Cinco casos de muertes maternas

Unidad de observación: Comunidades de la provincia de Napo

Tiempo: Enero 2021- Diciembre 2022

Espacio: Provincia de Napo

1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021-2022?

Para evaluar el problema estudiado se emplearon los siguientes aspectos:

Delimitado: Es delimitado porque está predeterminado el tiempo y espacio donde se realizó, siendo en la provincia de Napo en el periodo 2021-2022.

Evidente: Es visible porque fue notable el impacto generado en la salud mental y emocional de las personas que perdieron a sus familiares.

Relevante: Que sea sustancial para la comunidad a la cual está orientada y se requiera resolverlo científicamente.

Original: Se considera original porque son pocos los estudios completados en el Ecuador en referente a salud con enfoque cualitativo, lo que representa un aporte importante para la detección de problemas y la propuesta de acciones de intervención en un contexto integral.

Contextual: Se considera contextual porque se enfoca en el entorno social y la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Factible: Oportunidad de satisfacción según tiempo y recursos: tecnológicos y económicos.

Variable: Facilita detectar precisamente las variables que intervienen en el estudio.

1.4 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022?
- ¿Cuáles son los factores clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022?
- ¿Cuáles son las percepciones de los familiares de las mujeres fallecidas en relación a las tres demoras?

1.5 Determinación del tema

Factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022.

1.6 Objetivo general

Analizar los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022.

1.7 Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022.
- Determinar los factores clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022.
- Analizar la percepción de los familiares de las mujeres fallecidas en relación a las tres demoras.

1.8 Hipótesis

Hipótesis General

Los factores sociodemográficos y clínicos influyen en la incidencia de muerte materna en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022.

Hipótesis Específicos

- Los factores sociodemográficos inciden en la mortalidad materna la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022.
- Los factores clínicos inciden en la mortalidad materna en la provincia de Napo en el periodo 2021- 2022.

1.9 Declaración de las variables (operacionalización)

Variable Dependiente

Mortalidad materna: “La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (Ministerio de Salud Pública, 2017-2021, pág. 24).

Variable Independiente

Factores de riesgo: “Los factores de riesgo son los que condicionan la probabilidad de presentar una enfermedad determinada” (Pita & Valdéz, 2018, pág. 1). Y estos pueden ser:

- **Factores sociodemográficos:** “Son aquellas cosas que afectan a los humanos en su conjunto, sea en el sitio y en el espacio en el que se encuentren” (Vinces & Campos, 2019, pág. 3).
- **Factores clínicos:** Son aquellos factores que son inherentes a los pacientes (Vinces & Campos, 2019, pág. 3).
- **Factores sanitarios:** Es un grupo de centros, elementos humanos, medios económicos, materiales y tecnologías, etc. (Vinces & Campos, 2019, pág. 3).

Tabla 1 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR
Determinantes de la Salud	Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos (Villar, 2011, pág. 37).	Social	Embarazo Estado civil Estructura familiar Vivienda Servicios básicos
		Demográfico	Empleo Ocupación Ingresos Movilización Acceso
		Clínico	Vía de parto Lugar de parto Atención de parto Planificación familiar Signos de alarma
		Atención Sanitaria	Información Acceso a la atención del parto Atención médica
Muerte materna	Es el evento que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independiente de la edad gestacional y sitio del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o gravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidental. (Ministerio de Salud Pública, 2008, pág. 15)	Obstétricas Directas	Hemorragia Preeclampsia Eclampsia Infección Parto obstruido Aborto Otra especifique Ninguna

		Obstétricas Indirectas	Tuberculosis Diabetes Cáncer Malaria Enfermedad de los Riñones Violencia Cardiopatía Otra especifique Ninguna
--	--	------------------------	---

Autor: *Elaboración Propia*

1.10 Justificación

Ante la situación diaria que viven las mujeres de la provincia de Napo, por encontrarse en una zona pobre, de alta dispersión y se ven afectados por factores sociodemográficos como: la etnia, los bajos niveles de educación, el acceso al trabajo, el machismo, la violencia, etc., agravan la situación de su salud. El (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021), menciona las provincias de la Amazonía que reportaron mayores niveles de pobreza, teniendo a Morona Santiago con un índice de pobreza de (70,5%), seguido de Napo (59,4%), Orellana con (55,6%), Pastaza con (52%), Sucumbíos con (50,9%) y Zamora Chinchipe con (30,1%) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2021).

Existe la necesidad de abordar la muerte materna de manera integral, por medio del enfoque de las tres demoras, planteado por Thaddeus y Maine (1994), el cual establece tres momentos para su intervención:

1. Decisión de buscar ayuda
2. Llegar a la unidad de salud
3. Recibir tratamiento adecuado

Debido a las altas tasas de muerte materna, el mismo se convierte en una tragedia social, con ello se muestra la inequidad que existe en el país. Por lo tanto, la política pública en salud materna necesita demostrar que es inadecuada en áreas

rurales de difícil acceso y visualizar el problema de manera integrada donde la cosmovisión de estos territorios agrava a la misma (Mazza, Vallejo, & Mireya, 2012).

La (Organización Mundial de la Salud, 2018), señala: “Cada día, alrededor de 830 mujeres mueren en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. En 2015, la misma organización estimó unas 303.000 muertes entre mujeres embarazadas y en edad fértil, casi todas estas muertes ocurrieron en países de bajos ingresos, y la mayoría de ellas probablemente prevenibles.

La Organización Panamericana de la Salud (2015), afirma que desde 1990 se han logrado avances significativos en la reducción de las muertes maternas relacionadas con complicaciones del embarazo y el parto en América Latina y el Caribe. Pero, para el 2015 ningún país de la región estuvo en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), que era reducir en un 75% la mortalidad materna.

Ecuador, ha reducido la mortalidad materna en un 44%, muy por debajo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, un aumento de 3,5% en la mortalidad materna de 2013 a 2014 obligó al Ministerio de Salud Pública a analizar las causas estructurales en salud materna que inciden en este aumento (Ministerio de Salud Pública, 2017-2021, pág. 24). Para el período 2021-2022, la Gaceta de Muertes Maternas de Salud Pública muestra que hubo cinco muertes maternas en la Napo.

Este estudio es trascendente porque identifica los factores sociodemográficos y clínicos desde fuentes primarias y secundarias. Adicional a ello, analiza las muertes maternas a través de las autopsias verbales realizadas a los familiares de las fallecidas, con referencia a la atención del embarazo, parto y puerperio. Todo lo anterior se enfoca en el modelo de las tres demoras con el fin de abordar la muerte materna no solo desde datos estadísticos sino también desde la subjetividad de un enfoque cualitativo en una zona empobrecida de la Amazonía ecuatoriana.

Por lo tanto, es importante mencionar, que esta investigación beneficiará a las mujeres de la provincia de Napo. Ya que permitirá visibilizar los factores que giran alrededor de esta tragedia social y sanitaria.

Finalmente, este texto servirá como base para futuras investigaciones, que aborden el tema de la muerte materna en materia de las ciencias sociales y naturales en áreas de difícil acceso y en países pobres. Este problema no es solo un problema de salud sino también un problema social.

1.11 Alcance y limitaciones

El alcance de la investigación se refiere a los límites dentro de los cuales se lleva a cabo el proyecto de investigación.

Las limitaciones espaciales de este estudio nos permiten expresar con claridad y conocer los límites establecidos con respecto al tema tratado en esta investigación. Para ello, se ha ubicado el tema en una determinada área geográfica, por lo que se indica que el lugar donde se realizará la investigación es la Coordinación Zonal 2- Salud- Territorio, en los cantones: Tena, Archidona, Arosemena Tola, Chaco y Quijos ubicados en la provincia de Napo.

En cuanto se ha formulado el objeto de estudio, se han definido las posibilidades para no perderse en la investigación de acuerdo a las situaciones específicas y generales. La población de investigación son 5 casos de muerte materna ocurridos en el periodo 2021-2022. Finalmente, de las cinco muertes maternas proyectadas, dos fueron analizadas mediante autopsias verbales, ya que se obtuvo la información completa sobre estas muertes.

En la presente investigación es necesario delimitar temporalmente el tema, puesto que un tema amplio y es imposible abordar todas sus posibilidades y perspectivas. En ese sentido, el estudio del fenómeno elegido se realiza solamente dentro de un tiempo determinado.

CAPÍTULO II: Marco teórico referencial

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes históricos

Para (Marrón, 2018), la muerte materna durante el parto antes del siglo XVII era considerada un evento casi esperado y natural. En donde, las mujeres conocían el alto riesgo que esto significaba para sus vidas. Sin embargo, esta percepción era aceptada no solo por las mujeres sino también por toda la comunidad. Por ello, desde el momento de su embarazo, ellas tenían conocimiento que si fallecían serían sustituidas por otra mujer sin ningún remordimiento por parte de su esposo con fines de procreación.

Así mismo, en el siglo XVII, Luis XIV el “Rey Sol”, en Francia, decide la incorporación de los hombres médicos de profesión en el arte de la atención de los partos para mitigar los altos números de muertes ocasionados por las matronas o comadronas, es así que nace la Obstetricia Moderna (Marrón, 2018). La misma, parte de la atención clínica con el suceso social del nacimiento de un ser humano. Este avance clínico ha invisibilizado los factores sociodemográficos que giran alrededor de las muertes maternas.

En el texto: “latrogenia institucional y muerte materna Semmelweis y la fiebre puerperal” de (Salaverry, 2013), muestra que la institucionalidad de la salud materna ya era evidente en el siglo XVII. Donde la muerte materna pasó de ser entendida como un evento sociocultural a convertirse en un problema de salud pública. Esta investigación demuestra que la atención posparto no saludable en los hospitales de Europa es un factor en la alta incidencia de mortalidad materna en estas instituciones de salud. Donde se alcanzan cifras superiores al 30% en la atención brindada por médicos frente a la atención de parteras, menos del 2% (Salaverry, 2013).

En este contexto Salaverry analizó que en 1847, una de cada seis mujeres que tenían su parto en el Hospital General de Viena moría a causa de una extraña enfermedad que se desarrollaba sin causa alguna conocida como fiebre puerperal

(Salaverry, 2013). Pero pronto quedó claro que después del parto, pocas mujeres tenían la suerte de recuperarse, ya que la mayoría fallecía, dejando a sus hijos huérfanos y desestructurando familias.

Además, es posible demostrar que la mortalidad materna en Londres era de 10 por 10.000 partos en casa y 600 por 10.000 en el Hospital de Lying, estadísticas similares se repetían en toda Europa donde las cifras alcanzaban cifras dramáticas en la primera mitad del siglo XIX. Entre los hallazgos de la investigación, se puede evidenciar en primer lugar que los partos institucionalizados presentan la mayor tasa de mortalidad materna, en comparación con los partos en casa debido a condiciones como: hacinamiento, suciedad y escasez de profesionales. Y, en segundo lugar, la génesis real del problema giraba en torno al profesional de salud, ya que contaminan a la parturienta por una higiene inadecuada, luego de realizar la necropsia atienden a la parturienta convirtiéndose en la fuente directa de infección.

Sin embargo, debe señalarse que la reducción de la mortalidad materna se ha considerado una prioridad internacional desde finales de la década de 1980. Tal como lo expresó la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo (1987), fue una decisión guiada por un grupo interagencial integrado por “La Organización Mundial de la Salud (OMS); “El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF); el Fondo de actividades de Población (FNUAP); y El Consejo de Población y el Banco Mundial”. Las convocadas por los 191 estados miembros de las Naciones Unidas con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de las mujeres en general y reducir la mortalidad materna. Posteriormente, en la Cumbre de la Infancia (1990), se priorizaron varios objetivos, uno de los cuales fueron mejorar la atención de la salud materna en un plazo de diez años (Fondo de las Naciones Unidas, 2021).

Sobre esta base, La Declaración de los Derechos Humanos (1948), reconoce el derecho a la vida, la igualdad entre los hombres y mujeres [...] y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad en todas las partes: por personas de todas las tendencias, todas las razas y grupos étnicos, discapacitados o no, ciudadanos o migrantes, independientemente de su sexo, clase, casta,

creencias religiosas, edad u orientación sexual (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

Posteriormente, la problemática es tratada de manera más directa. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), que tuvo lugar a escala mundial, partió de la dignidad de la persona y los derechos humanos, incluido el derecho a planificar la propia familia. Donde se ha fortalecido la perspectiva de los derechos humanos salud sexual y reproductiva, equidad de género y desarrollo sostenible en la población.

Por consiguiente, en Beijing (1995), se celebró la cuarta reunión de La Conferencia Mundial sobre la Mujer, el cual marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. Adoptada por unanimidad por 189 países, esta declaración establece objetivos y acciones estratégicos para promover a las mujeres y lograr la igualdad de género en 12 esferas claves. Además, se consideró el documento clave de política mundial sobre igualdad de género, que demuestra la igualdad de género como la principal estrategia para abordar las brechas que han afectado a las mujeres a lo largo de la historia, como la pobreza, la desigualdad, la discriminación, entre otros. También, se ha introducido medidas para proteger los derechos humanos básicos, como el empoderar a las mujeres y su seguridad en el embarazo y el parto (ONU- Mujeres, 1995).

La Cumbre del Milenio (2000), hizo un llamado a la comunidad internacional para reducir la mortalidad materna en un 75% para 2015 en comparación con los niveles de 1990. La 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó un objetivo a mediano plazo para disminuir la mortalidad materna a menos de 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos para América Latina y el Caribe (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La (Organización Mundial de la Salud, 2018), afirma que a pesar de una disminución importante en el número de muertes maternas (de un estimado de 523.000 en 1990 a 289.000 en 2013), la tasa de esta disminución es poco más de la mitad de lo que se requiere para cumplir con la meta de los ODM de reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015. La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal al menos

una vez durante el embarazo fue de alrededor del 83 % en 2006-2014, pero correspondiente al mínimo recomendado de cuatro o más visitas, se reduce alrededor del 64%. Asimismo, para reducir la mortalidad materna, las mujeres deben tener acceso a atención de salud reproductiva de calidad e intervenciones efectivas. En 2012, el 64% de las mujeres de 15 a 49 años que estaban casadas o vivían en pareja usaban algún método anticonceptivo, mientras que el 12% deseaba interrumpir o posponer la maternidad, pero no usaban métodos anticonceptivos.

Finalmente, en la actualidad estamos sujetos a los Objetivos del Desarrollo Sostenible (2016), que comprometen a los 193 estados miembros a garantizar la salud de las mujeres a través de 17 objetivos y 169 metas propuestas. Con respecto a la salud, el objetivo 3, por lo tanto, establece: “Es deber de los estados asegurar una vida saludable para las personas de todas edades y promover su bienestar. La meta 3.1 establece: para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” (Naciones Unidas, 2018).

2.1.2 Antecedentes referenciales

Para Mazza María, Vallejo Carla, Blanco Mireya (2012), en el texto “Mortalidad materna: análisis de las tres demoras”, analizan las características de la mortalidad materna ocurrida en el Distrito Capital en 2008-2009, y aplican el modelo de las tres demoras. La metodología se basa en un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo, retrospectivo y transversal, que incluyó las historias clínicas, registros epidemiológicos y/o certificados de defunción de todas las muertes maternas ocurridas en los distintos centros de salud públicos y privados del Distrito Capital durante los años 2008-2009.

Entre los hallazgos, se encuentran 78 muertes maternas. Predominaron las muertes directas 45 casos que representa (57,7%) y 29 casos de muertes indirectas (37,2%), un caso no clasificable y tres casos con datos insuficientes. Por causas obstétricas directas (57,7%) representadas por trastornos hipertensivos del embarazo 18 casos (40%), hemorragias 14 casos (31,1%) y sepsis de origen obstétrico 18 casos (26,7%). La demora 3 fue identificada mayormente en las historias clínicas registradas (69,2%) seguida de la demora 1 (38,5%). Treinta

pacientes requirieron derivación a otros centros para atención médica definitiva, la mayoría (80%) requirió derivación y se tardó menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la muerte (36,7%). Los principales motivos de derivación fueron la ausencia de atención obstétrica (33,3%) y la ausencia de atención crítica de adultos (26,6%). Un gran número de muertes se clasificaron como prevenibles (59%).

Finalmente, se concluye que la tasa de mortalidad materna es alta y superior a las cifras presentadas en Venezuela para el año 2007 (56,6 %). Predomina la demora tres, por falta de profesional especializado y necesidad de referencia a otro centro, y en segundo lugar la demora 1 por detección tardía de los síntomas (Mazza, Vallejo, & Mireya, 2012).

Pozo Rosa (2014), en el estudio “Muertes maternas y modelo de las tres demoras”, intentó determinar la mortalidad materna a partir del modelo de las tres demoras que desencadenaron el evento en el Hospital Daniel Alcides Carrión (HNDAC) durante el período abril 2013 – mayo 2014. El cual utiliza, un diseño mixto cuantitativo (retrospectivo, de tipo descriptivo) y cualitativo (mediante autopsia verbal). El universo estuvo constituido por los casos de muerte materna ocurridos en el HNDAC durante el periodo de estudio y se muestreó al 100% de los casos, que fue de 8 (Pozo, 2014).

La razón de mortalidad materna durante el período de estudio en el HNDAC fue de 0,002 X 100.000 N.V. Las 8 muertes maternas relacionadas con el número de atenciones durante el período de estudio representaron el 0,04% de las atenciones en urgencias obstétricas. Finalmente, se concluye, que la primera gran causa básica de muerte materna en el HNDAC fue la hipertensión arterial inducida y, en relación a las muertes maternas, la más frecuente fue la primera demora, particularmente por la falta de reconocimiento de los signos de alarma y búsqueda oportuna de ayuda.

Para Gerardo Inca, Mercedes Vinuesa y Mayra León (2019), describen la mortalidad materna en la provincia de Chimborazo del 2013 al 2017, utilizando una metodología solicitando la información de fuentes primarias a la Dirección Zonal de Vigilancia de la Salud Pública de Zona 3, así como los datos del INEC sobre datos

de recién nacidos vivos de los años de estudio en los que la población de estudio fueron los 30 casos de mortalidad ocasionados en dicha zona (Inca, Vinueza, & León, 2019).

El estudio se caracteriza por 27 (90%) casos de muertes directas, y 3 (10%) casos de muertes maternas indirectas. De las 27 muertes maternas, el grupo de edad en donde se presentó el mayor porcentaje de muertes maternas fue de 20-24 años 7 (26%), 30-34 años 5 caos (19%), y en tercer lugar muertes maternas en mujeres adolescentes 4 casos (15%). En relación al lugar de casos de muerte materna fue en un establecimiento de salud 14 (52%), muertes en la casa 16 (22%), y en el camino 3 (11%) casos; la mayoría de las muertes ocurrieron en áreas rurales con 17 (63%) y 10 (37%) en áreas urbanas. Las principales causas de muertes maternas fueron trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia, y sepsis. En relación al momento de la muerte, 12 casos (46%) ocurrieron en el postparto; embarazo 7 casos (27%) y en el parto 7 casos (27%).

Finalmente, en cuanto a las demoras, relacionado con la primera demora, la falta de reconocimiento de señales de peligro 17 casos (46%); seguido de la tercera demora 4 casos (38%) el cual es recibir un tratamiento oportuno y adecuado de la complicación obstétrica y para la segunda demora 6 casos (16%), que se relaciona con la demora en la identificación y acceso a un servicio de salud. Finalmente, se concluye que la muerte de una mujer por dar vida, debe ser una prioridad y se deben fortalecer las estrategias en los distintos niveles de atención de salud con el objeto de aumentar los controles prenatales durante el embarazo, las visitas domiciliarias, fortalecer el plan de parto y transporte, planificación familiar y capacitación para emergencias obstétricas (Inca, Vinueza, & León, 2019).

María Baeza (2009), en su estudio de género: “Maternidad indígena en Colta. Un espacio de encuentros y tensiones”, aborda las tensiones existentes en torno a la maternidad y por ende a la sexualidad de las mujeres indígenas de las comunidades rurales de la provincia de Chimborazo. En el texto analiza a diversos teóricos como Michael Foucault (1995), Laqueur (1990), Butler (2002), y otros, señalando el interés supremo de diversos actores sociales en el control de la sexualidad como modo de organización social. Es importante señalar que el debate

actual no solo está permeado por elementos discursivos instalados en el imaginario colectivo, sino que está íntimamente ligado al racismo y la exclusión como parte de una historia de segregación (Baeza, 2011).

Así mismo, se concluye que existen distintas fuerzas discursivas, emanadas de diferentes actores del colectivo social, la comunidad, que de alguna manera obligan a las mujeres indígenas a ejercer la maternidad para ser reconocidas como reproductoras. Empero, ninguno de estos agentes se presenta como una alternativa válida, que mejore u honre el bienestar de las mujeres indígenas rurales, producto de su maternidad.

Para Manigeh, Roosta (2015), en el texto: “Madres indígenas enfrentan más de tres demoras. Los desafíos de la interculturalidad en salud”, que tiene como objetivo describir las barreras creadas por las demoras hospitalarias, el maltrato y la discriminación, muestra que no solo las demoras son los factores que agravan esta problemática sino también la violencia que reciben las mujeres y obstaculizan la atención materna oportuna. Es así que el modelo de interculturalidad en estos sectores se convierte en un desafío para avanzar. Se trata de un estudio de revisión documental que concluye que la mortalidad materna de mujeres indígenas durante el embarazo, parto y postparto es inaceptable y que la muerte materna es un fenómeno socialmente invisible y una tragedia de larga data. Las demoras no se deben necesariamente a demoras clínicas o administrativas. (Roosta-G, 2015).

2.2 Contenido teórico que fundamenta la investigación

2.2.1 Factores de riesgo modificables

“Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado” (Ministerio de Salud Pública, 2015, pág. 13).

2.2.2 Factores de riesgo no modificables

“Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido” (Ministerio de Salud Pública, 2015, pág. 13).

- **Control Prenatal**

Es el 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. 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. (Ministerio de Salud Pública, 2008, pág. 27)

- **Embarazo sin riesgo o normal**

“Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término” (Secretaría de Salud, 2008, pág. 8).

- **Embarazo de riesgo**

Es aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias. (Secretaría de Salud, 2008, pág. 51).

- **Parto**

“Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal de un feto de más de 500 gr o más de 22 semanas vivo o muerto” (Ministerio de Salud Pública, 2015, pág. 10).

- **Educación prenatal**

“Preparación a la embarazada y a los futuros padres para encontrarse listos para el nacimiento, el cuidado del niño y la paternidad” (Ministerio de Salud Pública, 2015, pág. 10).

- **Hemorragia posparto (HPP)**

"Pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y los 1000 ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP" (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 7).

- **Hipertensión en el embarazo**

“Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo” (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 7).

- **Hipertensión severa en el embarazo**

“Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo” (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 7).

- **Preeclampsia (preeclampsia sin signos de gravedad)**

“Trastorno hipertensivo del embarazo sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco” (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 7).

- **Preeclampsia grave (preeclampsia con signos de gravedad)**

“Trastorno hipertensivo del embarazo con criterios de gravedad y/o afectación de órgano” (Ministerio de Salud Pública, 2017, pág. 7).

2.2.3 Definiciones Operacionales

Muerte Materna:

Es el evento que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independiente de la edad gestacional y sitio del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o gravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidental. (Ministerio de Salud Pública, 2008, pág. 15)

Muerte materna directa:

“Es la que resulta de complicaciones obstétricas del (embarazo, parto o puerperio), de intervenciones de omisiones, de tratamiento incorrecto de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 8).

Muerte materna evitable:

Es la muerte de una mujer en periodo de embarazo, parto o puerperio que se puede evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo y haber recibido atención oportuna y adecuada (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 9).

Muerte Materna Incidental:

Es aquella que no está relacionada con el embarazo, parto ni con una enfermedad preexistente o intercurrente que se agrava por el efecto del mismo ocurre como casusa externa a la salud de la madre, es decir las denominadas accidentales o incidentales. Algunos ejemplos son accidentes de tránsito, muerte violenta por desastres naturales, heridas por arma de fuego, homicidios, etc. (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 9)

Muerte Materna Indirecta:

“Es la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debido a causas obstétricas directas, pero si gravadas por efectos fisiológicos del embarazo” (Ministerio de Salud Pública, 2019, p. 9).

Muerte materna tardía:

“Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, después de los 42 días hasta un año luego de la terminación del embarazo” (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 9).

2.3 Marco Legal

CAPITULO I Del derecho a la salud y su protección

El artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador (2008), señala que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008, pág. 17)

De la misma forma el artículo 43 de la misma Carta señala que:

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. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008, pág. 21)

Para finalizar, se mencionarán los artículos que velan por una salud con enfoque intercultural, inclusión, equidad social, individual y colectiva en instituciones del sistema nacional de salud mediante la promoción y prevención de la salud como lo son:

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008, pág. 110)

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008, pág. 110)

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud, articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008, pág. 111)

CAPÍTULO III: Diseño metodológico

3.1 Tipo y diseño de investigación

En su propósito: este estudio es **puro o básico**, ya que este trabajo abordará la problemática de la muerte materna desde las estadísticas y subjetividades promoviendo una mirada integral del fenómeno de la muerte materna. Es decir, ver más allá del dato duro estadístico de la epidemiología clásica y abordarla desde un paradigma holístico como salud pública.

Por el enfoque es una investigación mixta.

3.1.1. Enfoque cuantitativo

Para ello se identificarán los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo, mediante del análisis de los datos estadísticos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública, Coordinación Zonal 2 SALUD. Se utilizará un diseño descriptivo: porque detalla las condiciones y características de las variables en estudio en una población que enfrenta la problemática de la muerte materna; Retrospectivo: La información requerida para esta investigación se obtuvo de fuentes primarias y secundarias, de los protocolos de exámenes médicos de casos de muerte materna, registrados y certificados por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica encargado de Investigar las muertes maternas (SVEeIMM) y el INEC, ocurridas en la provincia de Napo en 2021 y 2022.

3.1. 2. Enfoque cualitativo

Esto nos permitirá, analizar las percepciones de los familiares cercanos sobre los factores que influyeron en la muerte materna de las gestantes del territorio de Napo. Mediante el análisis de los hechos a partir de la realidad in situ, es posible establecer los factores que determinan la atención materna oportuna que sienten los familiares de los sujetos y cómo perciben las dificultades que sintieron en este proceso. El método utilizado fue fenomenológico, ya que permite reflexionar los casos de muerte materna desde las determinantes sociodemográficas y clínicas, con el enfoque de las demoras.

3.2 La población y la muestra

3.2.1 Características de la población

En la población tenemos cinco muertes maternas reportadas y certificadas por el Sistema de Vigilancia de Muerte Materna y el INEC en la provincia de Napo en 2021 y 2022.

3.2.2 Delimitación de la población

El estudio se centra en cinco muertes maternas ocurridas en la provincia de Napo, entre 2021 y 2022.

3.2.3 Tipo de muestra

No es probabilístico, por lo que se eligió la totalidad de las muertes maternas en el periodo 2021 -2022. Donde, se disponía de toda la documentación pertinente, registros clínicos, auditoría interna, auditoría externa.

3.2.4 Tamaño de la muestra (en caso de que aplique).

Cinco casos de muerte materna.

3.2.5 Proceso de selección de la muestra

Se realizó un oficio a la Dra. Mercy Almeida, Coordinadora Zonal 2 SALUD, que es la máxima autoridad de salud en la provincia de Napo, Orellana y Pichincha Rural. Esta autoridad es la facultada de autorizar el desarrollo de cualquier tipo de investigación en pobladores de la Coordinación Zonal 2 SALUD.

Se solicitó la realización de un trabajo de investigación para analizar los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna, en donde se recopilarán datos.

Los datos cuantitativos se obtuvieron a través de la aplicación de una matriz que recolecta la información de las historias clínicas, auditoría interna, auditoría

externa, atención de primer y segundo nivel. Mientras tanto, que los datos cualitativos se obtuvieron mediante el cuestionario validado del MSP (Guía temática para la investigación cualitativa de los casos de la muerte materna), en la comunidad, que se aplicó a los familiares de las fallecidas a quienes se les realizó la autopsia verbal con el consentimiento informado previo. Así en el proceso investigativo se utilizó la recolección de datos cuantitativos y cualitativos.

Criterios de Inclusión:

- Casos de muerte del que se disponga de los expedientes clínicos, formularios del Sistema de Vigilancia de Muerte Materna y auditoría interna y externa.
- Muertes de mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.
- Casos certificados por el Sistema de Vigilancia de Muerte Materna.

Criterios de Exclusión:

- Casos de los que no se tiene ninguna información o existe documentación parcial que no permite analizarla.
- Muertes de mujeres por otros factores no relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.
- Casos no certificados por el Sistema de Vigilancia de Muerte Materna.

3.3. Los métodos y las técnicas

Para Francisco Rodríguez (2007), un método es un conjunto de postulados, reglas y normas para estudiar y resolver problemas de investigación que están institucionalizados por la llamada comunidad científica establecida.

A base de esto se recopiló información de manera metódica, donde se recopiló, describió, clasificó y analizó la información; También, se incluyeron observaciones, identificación de significado a partir del contexto e interpretaciones de las autopsias verbales.

3.3.1. Método analítico sintético

En este estudio se analizaron varias partes. En primer lugar, los datos cuantitativos de las historias clínicas. En segundo lugar, se dispone de datos cualitativos de la guía temática para la investigación cualitativa de la muerte materna (autopsias verbales), en las que disponemos de dos casos para obtener un panorama integral del fenómeno de estudio del territorio.

3.3.2 Método inductivo - deductivo

En este estudio se utilizó la inducción para analizar cómo los determinantes sociodemográficos y clínicos inciden en la muerte materna de las mujeres de la provincia de Napo, mediante el enfoque de las tres demoras en este territorio de la Amazonía ecuatoriana.

3.3.3 Método triangulación de datos

Es una interpretación y un marco concreto basado en una combinación de datos de investigación cuantitativa y cualitativa, además de las teorías científicas que sustentan la investigación (Sampieri, 1998).

Por lo tanto, en este estudio se aplicó la triangulación de datos con resultados cuantitativos y cualitativos, lo que nos permitió analizar los datos estadísticos de las muertes maternas en el periodo 2021 y 2022 en la provincia de Napo, a través de la revisión de las gacetas epidemiológicas, además, de la auditoría interna, auditoría externa. Mientras que, en la parte cualitativa, se analizaron los datos subjetivos de las autopsias verbales y se compararon con la teoría de las tres demoras de la muerte materna de MAIN.

3.4 Procesamiento estadístico de la información

El procesamiento de la información se llevó a cabo en cuatro etapas:

La primera etapa recopiló, clasificó y analizó la información. Donde, se incluyeron observaciones de auditoría interna y externa.

En la segunda etapa se definieron y clasificaron las variables y componentes. Los variables se estudian para determinar sus similitudes y diferencias, para comprender su significado.

En la tercera etapa se realizaron búsquedas de patrones y análisis contextual. La información ha sido examinada para encontrar una riqueza de ideas y patrones recurrentes de significados, expresiones y formas similares y diferentes.

En la cuarta etapa, se identificaron los temas más importantes presentes en el discurso de las familias afectadas por la muerte materna a través del análisis de las autopsias verbales de las muertes maternas.

Consideraciones éticas

Se solicitó permiso a los familiares y se mantuvo la confidencialidad durante y después de la entrevista manteniendo el anonimato.

- **Confidencialidad:** La información proporcionada por las familias se mantuvo confidencial. El investigador trató con absoluto respeto tanto con la información que los entrevistados querían compartir como con la información que no querían revelar.
- **Credibilidad:** Se aseguró la credibilidad tanto de los entrevistados como del investigador, en primer lugar, reforzando la confianza horizontal entre ambas personas, fomentando que los entrevistados a que sean lo más veraces posible. En cuanto a la credibilidad por parte del investigador, por su ética y deseo de relatar la experiencia que se desarrolla de manera más auténtica.
- **Conformabilidad:** Los resultados, determinados única y exclusivamente por los participantes del estudio, fueron establecidos y de ninguna manera fueron influenciados por los sesgos de la persona que realizó el estudio.

- **Transferibilidad:** Los resultados de este trabajo de investigación pueden ser de utilidad a la hora de transferirlos o adoptarlos a otros contextos o características y/o situaciones de aprendizaje similares.

CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultados

4.1 Análisis de la situación actual

Tabla 2. Frecuencia de muertes maternas directas e indirectas en la provincia de Napo en el periodo 2021- 2022.

Muertes Maternas	Frecuencia	Porcentaje
Directas	4	80%
Indirectas	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Vigilancia de la Salud Pública CZ2 Salud.

Elaborado: Iván Alcocer Ortega.

Se puede analizar que entre el año 2021 y 2022 en la provincia de Napo, se presentaron 5 casos de muerte materna, de los cuales se puede detallar que 4 casos que representa el (80%), corresponde a causas directas y 1 caso que representa el (20%) por causa indirecta.

Tabla 3 Factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte materna en la provincia de Napo en el periodo 2021-2022. (Universo 5 casos de muerte materna).

Factores sociodemográficos			
	Frecuencia	Porcentaje	
Edad			
15-19	2	40%	
20 -35	3	60%	
Nacionalidad			
Ecuatoriana	5	100%	
Etnia			
Mestiza	2	40%	
Indígena	3	60%	
Estado Civil			
Unión de hecho	3	60%	
Casada	1	20%	
Soltera	1	20%	

Grado de Instrucción		
Primaria	3	60%
Secundaria	2	40%
Ocupación:		
Ama de casa	5	100%
Área geográfica		
Urbana	3	60%
Rural	2	40%
Lugar de Ocurrencia		
Hospital Público	3	60%
Casa	0	0%
Camino	1	20%
Hospital del seguro Social	0	0%
Centro de salud Privado	1	20%
Cantón de residencia		
Carlos Julio Arosemena Tola	1	20%
Tena	2	40%
Archidona	2	40%
Factores clínicos		
Controles prenatales		
1-4 controles prenatales	4	80%
Más de 4 controles prenatales	1	20%
Paridad:		
Primigesta	1	20%
Multigesta	4	80%
Causa de muerte		
Hemorragia	2	40%
Trastorno Hipertensivo	2	40%
Sepsis	1	20%

Fuente: Vigilancia de la Salud Pública CZ2 Salud.

Elaborado: Iván Alcocer Ortega

En relación a los factores sociodemográficos analizados en cinco casos de muerte materna en la provincia de Napo entre 2021 y 2022; 2 casos ocurrieron en mujeres adolescentes de entre 15-19 años que representa el (40 %); así mismo 3 casos en mujeres entre 20 a 35 años con el (60%). En referencia a la auto identificación étnica 2 fueron mestizas con el (40%) y tres indígenas (60%) de las cuales todas pertenecían al pueblo Kiwcha, en cuanto a la nacionalidad cinco de nacionalidad ecuatoriana (100%); en referencia al estado civil, 3 con unión de hecho (60%) y 1 casadas (20%) y 1 soltera (20%); en referencia al grado de instrucción 3 con instrucción secundaria (60%) y dos con instrucción primaria (40%). Finalmente, en relación a ocupación las cinco amas de casa (100%).

En referencia a los factores clínicos, cuatro de los casos de muerte materna presentaron de 1 a 4 controles prenatales (80%) y 1 presentó más de cuatro controles prenatales que representa el (20%); en relación al número de partos, 1 primigesta (20%) y 4 casos el (80%) Multigestas. Mientras tanto, en las causas de deceso hemorragia 2 casos (40%) y trastornos hipertensivos dos casos (40%) y un caso de sepsis (20%).

Tabla 4. Frecuencia de momentos y demoras en las que ocurrió la muerte materna en las mujeres de la provincia de Napo en el periodo 2021-2022.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Momentos de la muerte		
Embarazo	2	40%
Parto	0	0%
Postparto	3	60%
Demoras		
Primera	1	20%
Segunda	1	20%
Tercera	3	60%

Fuente: Vigilancia de la Salud Pública CZ2 Salud.

Elaborado: Iván Alcocer Ortega

Se puede indicar que 3 casos muerte materna (60%) ocurrieron durante el postparto, seguido de 2 casos durante de embarazo (40%). Mientras tanto, en relación a las demoras, 3 casos muerte materna ocurrieron en la tercera demora con un (60%), que corresponde a recibir un tratamiento oportuno y adecuado de la complicación obstétrica. De igual forma, se presentó 1 caso de muerte en relación con la primera demora (20%) el cual estuvo relacionado con la falta de reconocimiento de los signos de alarma del embarazo, parto y postparto. Finalmente, 1 caso en relación a la segunda demora (20%), el cual estuvo relacionado con la identificación y el acceso a los servicios de salud.

Mientras tanto, con respecto a las autopsias verbales se detalla la información recopilada a continuación:

- **Historia de Vida**

Alfa expresa: “Ella tenía todos los controles del embarazo, le gustaba ir al centro de salud, porque se llevaba bien con los doctores, el centro de salud está a 10 minutos de la casa y para llegar hay transporte público (...)”. Se le llevó al centro de salud en la mañana porque tuvo los dolores, posteriormente fue a la casa, en la tarde yo recibí una llamada a mi trabajo ahí en una finca donde trabajo, me dijeron que a mi esposa se la están llevando al hospital. Inmediatamente me fui al hospital. Una vez que llegue estaba con dolores y se alegró de verme. La atención fue inmediata, en el hospital fue parto normal, yo estuve presente durante el mismo. Pero, se complicó después del parto, ya que no le brindaron una buena atención los profesionales, ellos no le ayudaron. (...), los funcionarios no me informaron nada de lo que pasaba ella se ponía fría y me dijo me estoy muriendo.

Beta expresa: No acudía al centro de salud, para sus controles de rutina “El sábado en la mañana entre 07h00 y 07h30 acudimos al centro de salud, en donde la atendieron por la fiebre, y la doctora como no estaba segura nos envió una hoja de referencia para que acudamos al hospital, la doctora nos preguntó si teníamos transporte y le dijimos que, si teníamos en que movilizarnos, motivo por el cual nos fuimos en mi camioneta al hospital. Salimos aproximadamente a las 09h00 de la mañana del centro de salud y luego fuimos de inmediato al Hospital, en donde no se demoraron en atendernos (...). El médico encargado dijo que ella tenía una infección y que posiblemente se quede ahí 4 a 6 días. Ella dijo que “quería que le duerman” porque le dolía demasiado y estaba muy intranquila, se sacaba el oxígeno, los doctores dijeron que si seguía así le debían subir a UCI y ya no iba a poder acompañarle, luego ya le subieron y hasta el otro día a las 06h30 en la mañana los doctores dijeron que su corazón se paralizó”.

Para Mayra Chárriez (2012), quien cita a (Taylor y Bogdan, 1984) en el texto “Historias de vida”, una metodología de investigación cualitativa, muestra que las historias de vida forman parte del campo de la investigación cualitativa, cuyo paradigma fenomenológico sostiene que la realidad es socialmente construida a través de la definición individual o colectiva de una situación particular; es decir, le

interesa comprender los fenómenos sociales desde el punto de vista de los actores. Los datos obtenidos mediante una metodología cualitativa consistieron en ricas descripciones verbales de los problemas estudiados en la provincia amazónica de Napo. Es decir, son flexibles y holísticos sobre personas, escenarios o grupos, objetos de estudio, que, en lugar de reducirse a variables, se estudian como un todo, cuya riqueza y complejidad está en el centro de lo que se investiga. Este, el primer extracto de la autopsia verbal, nos permite identificar fotográficamente el primer momento en el que los familiares de las fallecidas señalan su situación actual.

- **Acceso a los servicios de salud**

Alfa expresa: “Su primera atención se hizo en el centro de salud donde vivimos, no recuerda de cuantos meses se hizo el primer control, asistió seis veces al centro de salud. En referencia a la atención brindada indica que fue adecuada, a ella le gustaba ir al centro de salud, tenía buena relación con los doctores. A veces, le venían a visitar en la casa los técnicos del centro de salud, ahí pasaban conversando con ella. Existía un seguimiento adecuado, jamás le negaron la atención (...) En el hospital, la atención fue muy mala solo recordar me da iras, me los quisiera encontrar en la calle para decirles que ellos le mataron a mi esposa, nunca me hicieron caso les dije que mi esposa se va a morir ella me dijo, que sentía mucho frío. Ellos pasaban en el celular y no me brindaron atención cuando les pedí. Luego me dijeron que salga de la sala para hacerle unos procedimientos y no me informaron cuáles. Luego pasó un tiempo no recuerdo cuanto tiempo y me dijeron que mi esposa había fallecido”.

Beta expresa: Ella no acudía a los a controles prenatales de manera normal al centro de salud, porque ella tenía miedo que la mamá se entere de su embarazo, no quería hacerse notar su embarazo, por los malos comentarios que podría generar el embarazo, por situaciones que pasó anteriormente con la familia como malos tratos y comentarios malos. Yo creo que por ese motivo no se realizó controles. El centro de salud está a 10 minutos de la casa. En una ocasión pude ver que cuando fue al IESS campesino, le entregaron una orden que decía embarazo

(...). Como los doctores del centro salud no la han visitado, no sabían que estaba embarazada. En el hospital la atención fue muy rápida. Pero tuve que comprar medicina y hacerles unos exámenes en un laboratorio privado me mantenían informado de la situación, me indicaron que había fallecido porque se le paró el corazón.

La mejora de la atención obstétrica, se ha planteado bajo la premisa de garantizar el acceso a los servicios obstétricos, reduciendo las barreras que impiden una atención oportuna. Aparte de la disponibilidad de infraestructura, esto no garantiza que las mujeres la utilicen. Para reducir los casos de muerte materna, es necesario analizar las propuestas de la OMS, en la década de 1990, que enfatizaron la importancia de recuperar el enfoque de atención primaria de salud para fortalecer la intervención comunitaria a través de la promoción de la salud, así como mejorar la continuidad de la atención a través de servicios integrados de salud.

De igual manera, lo impulsado en 2010 por la Organización Panamericana de la Salud, la misma propuso para América Latina la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), cuyo objeto es reducir los problemas creados por la fragmentación de los sistemas de salud, como la falta de acceso de la población sin seguridad social y las desigualdades en salud que ello implica, mejoras en la prestación y gestión de los servicios, asignación de incentivos, mejor gobernanza (participación social e intersectorial) y enfoque de equidad en salud. (Juarez, Clara; Villalobo Aremis, 2020, pág, 548-551)

- **Salud Intercultural**

Alfa expresa: “Ella me indicó que su anterior embarazo de su primer hijo tuvo el parto en el hospital sin complicaciones, y por lo tanto quería que su segundo parto sea en una casa de salud, por lo que quería que su segundo parto también sea en el hospital. (...). *Al comentarle, si existe un comité local de salud y organización comunitaria, responde que no conoce. Al mencionarle si acudía a recibir atención con alguna partera se queda en silencio, pero luego indica que desconoce ahí si no le sabría qué decir, ella salía a veces sola yo no le controlaba lo que hacía ni a donde iba, ella se mandaba solita. Al preguntarle si tomaba hiervas o infusiones de*

hierbas, manifiesta que no que solo tomaba lo que en el centro de salud le recetaban”.

Beta expresa: “En referencia a donde dar a luz, ella prefería dar a luz en el hospital (...). *Al preguntarle ¿Existe una organización comunitaria, barrial en el sector que vivía la usuaria para emergencia de salud?* Nos indica que no conoce sobre el tema. Ella no visitaba a las parteras, sabe yo no soy partidario de los parteros ni ella tampoco era. No tomaba nada para el embarazo ningún medicamento ni alguna infusión.

Para Lizet Veliz, Andrés Bianchetti, Marta Silva, en el texto: “Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural”. Existe la necesidad de una enseñanza en equipo y que los estudiantes en salud estén enfocados en la competencia intercultural que permita mantener la preocupación y los cuidados desde una perspectiva holística. Esto significa, que las intervenciones educativas en competencia intercultural deben realizarse desde un enfoque global, integrador y transdisciplinario, que permita intervenir desde las actitudes, sentimientos, comportamientos y pautas culturales a nivel individual, institucional y social.

Además, analiza las realidades multiculturales de los contextos en los que se presta la atención de la salud y demuestra que la incorporación de modelos teóricos integrados y no etnocéntricos permite comprender una atención de salud oportuna, de calidad y comunitaria, lo cual es importante dada la diversidad existente en los territorios. Finalmente, los servicios primarios de salud necesitan trabajar en la gestión de la diversidad cultural, promoviendo la inclusión en el entorno social en el que actúan, integrando a las comunidades en un contexto de convivencia entre la individualidad y la universalidad.

En el caso de Ecuador, la atención primaria de salud se basa en el MAIS -FC (2018) Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario, el cual se fundamenta en nueve principios integrales: “Universalidad; Equidad; Integralidad; Gobernanza de los derechos de los derechos ciudadanos; Participativo; Desconcentrado;

Continuidad; Eficaz y Calidad; Equipo de salud persona sujeto de derechos o ciudadano; Gestión y atención” (Ministerio de Salud Pública, 2018). En este contexto, se puede establecer que la continuidad del cuidado, está asociado a la conexión y posterior apoyo del cuidado en todas las etapas del ciclo de vida y el contexto de la atención en salud, las acciones de protección de la salud deben enmarcarse en un enfoque de derechos humanos, intercultural y de género.

- **Relaciones de género**

Alfa expresa: “Mi esposa se dedicaba a los quehaceres domésticos, éramos felices hasta antes de su fallecimiento. *Al mencionarle si consumía algún tipo de droga*, él menciona que hace años consumía sustancias estupefacientes y *al preguntarle si su esposa consumía alcohol o alguna sustancia* no responde. Actualmente indica consumo por lo que pasó no puedo dormir eso me afecta mucho, cuando estoy en la casa le recuerdo, es como que ella estuviera aquí (...), no existía ningún problema entre nosotros, ella podía tomar sus propias decisiones dentro y fuera del hogar. (...), ella pasaba en la casa escuchando música o cogiendo limones, papaya para comer aquí en la finca, le gustaba estar aquí con su hijo (...), yo le daba plata para que salga al centro poblado, ella no pedía permiso solito se iba, ella podía tomar sus propias decisiones dentro y fuera del hogar”.

Beta expresa: “Ella se dedicaba a los quehaceres domésticos, Actividades de la casa y cuidaba su hija, cuando se le pregunta si *¿Algún miembro del hogar consume alcohol /u otras sustancias?* Nos indica que ninguno consume nada. *Se le consulta si observó signos de depresión o tristeza.* A veces estaba triste yo prefería no decirle nada, creo que tenía problemas con el papá de la hija que no le apoyaba (...). La mayoría del tiempo pasaba sola, la mamá iba solo los fines de semana a veces no iba a casa porque pasaba en el negocio. No necesitaba permiso porque vivía sola la mayoría del tiempo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 35% de las mujeres han sido abusadas física o sexualmente por sus parejas u otras personas en algún momento de sus vidas. Una de las formas más comunes de violencia de género tiene lugar en el ámbito familiar, esto es, la violencia de pareja, que consiste

en actos cometidos por una pareja o expareja que le causan daño físico o emocional, que puede incluir coerción o violación, intimidación física, intentos de matar o dañar, restricción de las actividades normales o de libertad, y negación del acceso a los recursos. La violencia contra las mujeres es un problema público con implicaciones para sus derechos humanos, provocando graves complicaciones de salud mental y de salud sexual y reproductiva tanto a nivel individual como colectivo en las relaciones interfamiliares. (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En Ecuador, se aprobó en 2018 la “Ley para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer”, que sirvió de base para la elaboración de una guía de práctica clínica para la atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos, se establece lineamientos operativos para garantizar la atención médica integral a las víctimas de violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos.

Durante la atención médica se especifica que la evaluación inicial de un profesional de salud puede identificar signos y síntomas que permitan sospechar VBG en una persona, por lo que durante la consulta se deben tener en cuenta signos comunes de violencia y relacionarlos con el ciclo de vida. Las mujeres embarazadas no están exentas de ser víctimas de VBG, convirtiendo el embarazo en vulnerabilidad y factor de riesgo que afecta su bienestar físico y emocional, desarrollando estrés, depresión, aislamiento o intentos de suicidio.

La morbilidad materna está aumentando en mujeres embarazadas víctimas de VBG debido a que sus controles prenatales tienden a ser irregulares o inexistentes, lo que dificulta la identificación de posibles complicaciones. Las adolescentes embarazadas y aquellas que experimentan algún tipo de violencia tienen más probabilidades de abusar de las drogas lo que resulta en bajo peso al nacer (Ministerio de Salud Pública, 2019, pág. 37).

Con este antecedente se puede establecer que el tamizaje de violencia, debe ser desarrollado por todos los profesionales de salud a la totalidad de las gestantes atendidas de la provincia de Napo, con la finalidad de identificar la violencia sobre

las gestantes y reducir los riesgos que provoca la VBG en el embarazo, parto, postparto y lo largo de la vida en salud mental y física del binomio madre-bebe.

- **Condiciones socioeconómicas**

Alfa expresa: “Yo mantengo mi hogar, trabajo a diario no cuento con un salario fijo, yo trabajo de lo que me salga (...) ella no trabajaba solo recibía un bono de 50 dólares no sé desde hace cuánto tiempo, ella estudió hasta el colegio, era bachiller, anteriormente era mesera ahí le conocí. Luego los dos nos enamoramos decidimos unirnos. Ella me contó que sufrió con su primera pareja. Conmigo se dedicaba a los quehaceres domésticos y cuidaba a su primer hijo (...). Vivíamos en esta casa solo tres personas, aquí tenemos los servicios básicos agua y luz.

Beta expresa: “La mamá era el sostén de la casa, era quien mantenía su casa, (...) ella se dedicaba al quehacer doméstico, y al cuidado de su hija actividades livianas, ella estuvo en el colegio, pero no terminó. Eran cuatro en su casa, se encargaba del hermano menor y la hija pequeña, la mamá que casi no estaba en la casa nunca me pidió plata supongo que, si porque nunca necesitaba algo, si tenía los servicios básicos.

La OMS (2015), indica que las mujeres pobres en áreas remotas son las que tienen menos probabilidades de recibir una atención médica adecuada. Esto es particularmente cierto para las regiones con un pequeño número de trabajadores de la salud. También, menciona que solo el 40% de las mujeres embarazadas en países de bajos ingresos recibieron las consultas prenatales recomendadas. Finalmente, establece que otros factores que obstaculizan que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son la distancia, la carencia de información, la pobreza, las prácticas culturales y la no existencia de servicios adecuados.

Así, se puede señalar que la gran cantidad de muertes maternas en algunas zonas de bajos recursos de la provincia de Napo es resultado de las disparidades

territoriales a nivel provincial, cantonal y parroquial, por tanto, dificultan el acceso a los servicios de la salud por la existencia de diversas variables sociodemográficas.

4.2 Análisis Comparativo

Una vez expuestos los resultados obtenidos por los instrumentos cuantitativos y cualitativos, podemos indicar lo siguiente:

Los factores sociodemográficos como edad, nivel de instrucción, estado civil, la ocupación, fueron variables que influyeron fuertemente en los cinco casos de muerte materna en la provincia de Napo ocurridos en el periodo 2021-2022.

Así mismo en las autopsias verbales de las dos muertes maternas que cumplían con esta condición se pudo determinar que se presentaron en mujeres de escasos recursos económicos, quienes, tenían lagunas características particulares como: madres solteras, con escasos controles prenatales, al momento cursaban con una nueva relación, con buena comunicación. Además, señalan que el componente cultural de la mujer no fue una de las barreras para acceder a una atención de salud. En ambos casos se puede establecer que sus residencias se encontraban a 10 minutos de un establecimiento de salud del MSP. En relación al trabajo ninguna tenía un trabajo permanente, y dependían de sus familiares o pareja para su sustento diario. Finalmente, contaban con servicios básicos.

4.3. Verificación de la hipótesis

Con base en los conocimientos adquiridos en esta investigación, aceptamos la hipótesis general que establece que: Los factores sociodemográficos y clínicos influyen en la incidencia de muertes maternas en la provincia de Napo, en el periodo 2021- 2022.

Estos resultados se relacionan con lo establecido por Gerardo Inca, Mercedes Vinueza y Mayra León, en su texto de investigación, quienes caracterizan la mortalidad materna en la provincia de Chimborazo del 2013 al 2017, utilizando una metodología con enfoque cuantitativo a través de la cual solicitaron información de fuentes primarias a la Dirección Zonal de Vigilancia de la Salud Pública de Zona 3, así como los datos del INEC sobre los datos de recién nacidos vivos de los años de estudio.

El estudio se destaca por analizar las 30 muertes maternas ocurridas en la provincia de Chimborazo en el periodo 2013-2017. De estos, 27 casos se reportaron como muertes directas (90%) y 3 casos como muertes maternas indirectas (10%). De las 27 muertes maternas, el grupo de edad en el que más muertes ocurrieron fue entre 20-24 años 7 casos (26%), 30-34 años 5 casos (19%) y en tercer lugar mortalidad materna en mujeres adolescentes 4 casos (15%). El lugar de 14 muertes maternas fue el Hospital Público (52%), seguido de 6 muertes en el hogar (22%), y 3 casos en el camino (11%), Hospital del seguro social y Privado 2 cada uno con el (7,00%) respectivamente; La mayoría de las muertes ocurrieron en áreas rurales 17 (63%) y 10 (37%) en áreas urbanas. Las causas principales de las muertes maternas fueron trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia y sepsis. En relación al momento de la muerte, 12 casos (46%) ocurrieron en el postparto; Embarazo 7 casos (27%) y parto 7 casos (27%) respectivamente.

Este estudio también realiza el análisis a través del enfoque de las tres, relacionado con la primera demora, la falta de reconocimiento de señales de peligro 17 (46%); seguido de la tercera demora 4 casos (38%) el cual es recibir un tratamiento oportuno y adecuado de la complicación obstétrica y para la segunda demora 6 casos (16%), que se relaciona con la demora en la identificación y acceso a un servicio de salud. Además, concluye que la muerte de una mujer por dar vida, debe ser una prioridad y se deben fortalecer las estrategias en los distintos niveles de atención de salud con el objeto de aumentar los controles prenatales durante el embarazo, las visitas domiciliarias, fortalecer el plan de parto y transporte, planificación familiar y capacitación para emergencias obstétricas (Inca, Vinueza, & León, 2019). Lo que estos autores analizaron está acorde con lo que nosotros hemos encontrado en nuestro estudio.

Finalmente, cabe indicar que coincide con la población con mayor incidencia de casos de muerte materna, donde se presentaron 17 (63%) entre mujeres indígenas y 10 casos (37%) entre mestizas. No obstante, (Inca, Vinueza, & León, 2019), no coincide en el grupo etario. En cuanto a la incidencia de casos de mortalidad materna, los autores afirman que, de las 27 muertes maternas, en relación a la edad en donde más muertes ocurrieron fue entre 20-24 años 7 casos (26%), 30-34 años, 5 casos (19%) y en tercer lugar muertes maternas en mujeres adolescentes 4 casos (15%).

Así mismo, guarda relación con lo señalado por Pozo Rosa (2014), en su trabajo investigativo. Donde, la metodología utilizada concuerda con el enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo). En ambos estudios de investigación en la parte cualitativa realizaron una entrevista a profundidad de las muertes maternas a los familiares, denominado autopsia verbal el mismo que se interpretó y relacionó con el modelo de las tres demoras. Mientras que, en la parte cuantitativa se utilizó un diseño descriptivo- retrospectivo y estudio de casos.

Cabe indicar, que en el estudio acerca de los factores sociodemográficos y clínicos que inciden en la muerte en la provincia de Napo en el periodo 2021-2022, no se realizaron las autopsias verbales a todos los casos de mortalidad materna. Si no que se obtuvo la información de dos casos que contaban con la documentación completa y el autor era partícipe de la entrevista de forma activa.

Finalmente, el estudio realizado en Hospital Daniel Alcides Carrión desde abril 2013 – mayo 2014, también analiza la muerte materna desde el enfoque de las demoras. Los datos en referencia a la primera demora fue la que tuvo mayor frecuencia con más del (50%) de los casos analizados en su mayor parte acontecido por falta de reconocimiento de los signos de alarma, por tanto, se asocia a que las usuarias tuvieron menos de 4 controles prenatales contrarios a lo que la normativa de salud sugiere. Mientras tanto, la segunda y tercera demora se presentó en menor proporción en los casos estudiados.

CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Los factores sociodemográficos como edad, vivir en una zona rural, nivel de instrucción, estado civil y ocupación; y, los factores clínicos como los controles prenatales insuficientes, la multiparidad, las hemorragias obstétricas y los trastornos hipertensivos fueron de gran relevancia en la incidencia de los cinco casos de muerte materna.
- En la provincia de Napo los factores sociodemográficos como edad, vivir en una zona rural y nivel de instrucción inciden de forma directa en los decesos de las mujeres gestantes. Las mujeres indígenas de nacionalidad Kiwcha, son las que presentaron mayor susceptibilidad ante este fenómeno, en donde se transversalizó los múltiples factores antes mencionados.
- Se puede indicar que 3 casos de muerte materna ocurrieron durante el embarazo y 2 en el postparto inmediato. En relación a las demoras, 3 casos de muerte materna ocurrieron en la tercera demora, 1 en la primera y 1 en la segunda demora.
- En referencia a los 2 casos de muerte materna estudiados a través de las autopsias verbales, se pudo determinar que en ninguno de los 2 casos se realizó el tamizaje de violencia. Asimismo, los familiares no establecieron una buena relación con los líderes comunitarios para contar con un plan de parto y transporte comunitario oportuno con la finalidad de trasladar a la paciente en caso de una emergencia obstétrica.

5.2 Recomendaciones

- Fomentar el abordaje de los factores de riesgo sociodemográficos y clínicos, en cada consulta prenatal, por los profesionales de salud de los 22 centros de salud de la Coordinación Zonal 2 Territorial, con un enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos en la atención de las gestantes.
- Promover como Ministerio de Salud Pública espacios de debate y seguimiento acerca del fenómeno de la muerte materna en la provincia de Napo, con la finalidad de establecer actividades coordinadas entre los diferentes sectores involucrados en la supervisión de la salud materno neonatal en este territorio de la Amazonía ecuatoriana. Es fundamental resaltar la vulnerabilidad que tienen las mujeres indígenas de estos sectores por ser sobrevivientes de las múltiples vulnerabilidades que las transversalizan a lo largo de toda su vida.
- Es fundamental sensibilizar a los profesionales de los 22 centros de salud del primer nivel de atención de la Coordinación Zonal 2 Territorial, en la necesidad de mejorar las actividades de captación temprana del embarazo, identificación de los signos de alarma durante el embarazo, parto y postparto, elaboración de un plan de parto y transporte, atención oportuna por un profesional de salud y la oferta de un método de planificación familiar.
- Con los datos obtenidos se pone en consideración, que es necesario priorizar estrategias de prevención y control en donde se enfoque la corresponsabilidad de las gestantes, familia y comunidad para la generación del plan de parto y transporte comunitario, de tal manera, que se pueda facilitar el traslado de las gestantes desde los territorios dispersos y de difícil acceso, ante una emergencia obstétrica.

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Ginebra.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). *Constitución de la República del Ecuador 2008*. Quito. Obtenido de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Baeza, M. (2011). Maternidad indígena en Colta. Un espacio de encuentros y tensiones. *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales* . Obtenido de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/handle/10469/1209>
- Fondo de las Naciones Unidas . (17 de Mayo de 2021). *Conmemoramos la Semana de la Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria*. Obtenido de <https://peru.unfpa.org/es/news/semana-de-la-maternidad-saludable-segura-y-voluntaria#:~:text=La%20conmemoraci%C3%B3n%20de%20la%20maternidad,y%20disminuir%20la%20mortalidad%20materna.>
- Inca, G., Vinuesa, M., & León, M. (2019). Caracterización de muerte materna en la Provincia de Chimborazo 2013-2017. *Revista Ciencia al servicio de la Salud y la Desnutrición*, 10(2), 1-9. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103576/10-2-1.pdf#:~:text=Entre%20el%202013%20al%202017,aprecia%20en%20la%20T%20abla%201.>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). *Provincias mas pobres del Ecuador* .
- Marrón, M. (2018). Mortalidad materna: un enfoque histórico. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 60-63.
- Mazza, M., Vallejo, C., & Mireya, B. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*, 72(4), 233-248.
- Ministerio de Salud Pública . (2019). *Guía de práctica clínica para la Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos*. Quito : Printed in Ecuador.

- Ministerio de Salud Pública . (2019). *Notificación, auditoría de calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna* . Quito: Printed in Ecuador .
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Componente Normativo Materno* . Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Control Prenatal: Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *SCORE MAMÁ y Claves Obstétricas*. Quito: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de <http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (01 de Abril de 2017-2021). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/04/PLAN-NACIONAL-DE-SS-Y-SR-2017-2021.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *GACETA EPIDEMIOLOGICA DE MUERTE MATERNAS EN ECUADOR 2021*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>
- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- ONU- Mujeres. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción Beijing*. New York. Obtenido de <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
- Organización de las Naciones Unidas. (2017). Observatorio de Igualdad de Género. Obtenido de <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- Organización Mundial de la Salud. (02 de Junio de 2018). *Mortalidad materna*. Recuperado el 01 de Marzo de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=La%20mortalidad%20materna%20es%20inaceptablemente,parto%20o%20despu%C3%A9s%20de%20ellos.>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de Febrero de 2018). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact->

sheets/detail/millennium-development-goals-
(mdgs)#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20del%20Milenio%20de,la%20di
scriminaci%C3%B3n%20de%20la%20mujer.

Organización Mundial de la Salud. (1 de Marzo de 2021). *Violencia Contra la Mujer*.
Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU*. Recuperado el 02 de Marzo de 2023, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=0&lang=es

Pita, S., & Valdéz, C. (01 de Enero de 2018). *Determinación de factores pronósticos*.
Obtenido de <http://tecnicasavanzadas.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/156/2020/08/B05.01-Fernandez-et-al-2002-Determinacion-de-factores-de-pronostico-1.pdf>

Pozo, M. (2014). Muertes maternas y modelo de las tres demoras. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 10(2). Obtenido de <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/721/564>

Roosta-G, M. (2015). Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: Los desafíos de la interculturalidad en salud. *La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe.*, 6(2), 1-12. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3613/361341036004.pdf>

Salaverry, O. (Julio de 2013). Iatrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal. *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, 30(3). Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300023

Secretaría de Salud. (2008). *Guía de Práctica Clínica. Control prenatal con enfoque de riesgo*. México.

Vinces, M., & Campos, N. (12 de Noviembre de 2019). Determinantes sociales de la salud. Políticas Públicas. *Domino de las ciencias*, 5(1). Recuperado el 02 de Noviembre de 2022, de <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1056>

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

¡Evolución académica!

@UNEMIEcuador

