



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Maestría en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva

Barreras para el acceso a salud reproductiva enfrentadas por mujeres que residieron en la provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Género, Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva.

Autora:

Md. Gabriela Mireya Guerra Astudillo

CI: 0104726195

Correo electrónico: gabimi.guerra@gmail.com

Director:

Dr. Bernardo José Vega Crespo, Mgt.

CI: 0102146917

**Cuenca, Ecuador**

22-junio-2020



## RESUMEN

**Antecedentes:** Los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen dentro de sus metas la disminución de la muerte materna. En el año 2017 el Ecuador registra 211 decesos por esta causa, aunque en el 2018 disminuyeron a 154, el 2019 demuestra una tendencia al incremento.

**Objetivo:** Identificar las barreras para el acceso a salud enfrentadas por mujeres que residieron en la provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017.

**Métodos:** Se trata de un estudio mixto: cuantitativo descriptivo de 9 casos de muerte materna, y cualitativo que rescata 6 entrevistas de ellos. El análisis se ejecutó con el programa estadístico SPSS y ATLAS.ti respectivamente.

**Conclusiones:** No existe un perfil de riesgo específico para muerte materna en cuanto a características sociodemográficas y de salud reproductiva, aunque todas las mujeres que fallecieron por esta causa, coincidieron en la no planificación del embarazo. El modelo de las tres demoras centrado en la emergencia, resulta insuficiente para el abordaje integral de la problemática, por lo que surge una nueva propuesta, “el modelo de barreras, demoras y los 4 momentos” que transversaliza la perspectiva de género y analiza la muerte materna como un efecto de retrasos en la promoción de salud sexual y reproductiva, prevención del embarazo, control de salud y en la emergencia. Existen barreras de género, culturales, económicas, geográficas y estructurales del sistema legal y sanitario, que determinan las demoras.

**Palabras clave:** demoras para muerte materna, mujeres y acceso a salud, barreras para acceso a salud, género, salud reproductiva.



## ABSTRACT

The Sustainable Development Objectives include in its goals the decrease of maternal mortality rates. During the year 2017, Ecuador registers 211 maternal deaths, even though in 2018 they decreased to 154, the year 2019 shows a tendency to an increase in deaths.

**Objective:** Identify the barriers to health service access that are faced by women, residing in the Azuay province, who died due to maternal causes in 2017.

**Methods:** This is a mixed study: quantitative descriptive centered around nine cases of maternal deaths, and qualitative that retraces six interviews appertaining to each case. The analysis was executed with the statistics program SPSS and ATLAS.ti respectively.

**Conclusions:** A risk profile made specifically for maternal mortality doesn't exist in terms of sociodemographic characteristics and those pertaining to reproductive health, although all women in this study who died due to this cause coincide in their complete lack of pregnancy planning. The Three Delay Model structured around emergency, proves to be insufficient for the purpose of an integral approach to the problematic, which is why a new proposal develops, "The Barriers, Delays and Four Moments Model" that mainstreams the gender perspective and analyzes maternal mortality as an effect of delays in the promotion of sexual and reproductive health, pregnancy prevention, health control and the moment during an emergency.

There exist barriers related to gender, culture, economy, geography, as well as structural pertaining to the legal and sanitary system.

**Keywords:** delays that cause maternal death, women and health access, health access barriers, gender, reproductive health.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>INDICE</b> .....	4
<b>CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL</b> .....	8
<b>CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL</b> .....	9
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	10
<b>DEDICATORIA</b> .....	11
<b>ÍNDICE DE SIGLAS</b> .....	12
<b>GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA MÉDICA</b> .....	13
<b>TÍTULO: BARRERAS PARA EL ACCESO A SALUD REPRODUCTIVA ENFRENTADAS POR MUJERES QUE RESIDIERON EN LA PROVINCIA DEL AZUAY Y QUE FALLECIERON POR CAUSAS MATERNAS DURANTE EL AÑO 2017</b> .....	16
<b>TEMA: Acceso a salud en la muerte materna</b> .....	16
<b>I. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	16
<b>II. ESTADO DEL ARTE</b> .....	19
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b> .....	22
<b>IV. OBJETIVOS</b> .....	24
4.1. Objetivo general.....	24
4.2. Objetivos específicos.....	24
<b>V. MARCO TEÓRICO</b> .....	25
5.1. Muerte materna.....	25
5.2. Salud sexual y reproductiva.....	26
5.3 Barreras para acceso a salud.....	27
5.4. Género y sexo.....	28
5.5. Percepciones familiares y comunitarias.....	31
<b>VI. METODOLOGÍA</b> .....	32
6.1. Tipo de estudio.....	32
6.2. Fase cuantitativa.....	32
6.3. Fase cualitativa.....	32
6.4. Recursos humanos y actividades.....	32



6.5. Consideraciones éticas.....	33
6.6. Cronograma.....	34
<b>VII. RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
7.1. Resultados cuantitativos.....	35
7.1.1. Características sociodemográficas.....	35
7.1.2. Características de salud reproductiva.....	37
Características gineco-obstétricas.....	37
Características del embarazo.....	39
Características del parto/ cesárea.....	41
Características de la muerte materna.....	42
Demoras para muerte materna.....	44
7.2. Resultados cualitativos.....	45
7.2.1. Percepciones familiares y comunitarias sobre muerte materna.....	45
Historia de vida.....	46
Acceso a salud.....	52
Género.....	61
Interculturalidad.....	66
7.2.7. Análisis emergente:	
Muerte materna.....	69
<b>VIII. ANALISIS.....</b>	<b>74</b>
8.1. Análisis cuantitativo.....	74
8.2. Análisis cualitativos.....	78
<b>IX. DISCUSIÓN.....</b>	<b>84</b>
9.1. Discusión cuantitativa.....	84
9.2. Discusión cualitativa.....	86
<b>X. CONCLUSIONES.....</b>	<b>92</b>
<b>XI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>94</b>
<b>XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>96</b>
<b>XIII. ANEXOS.....</b>	<b>101</b>
Anexo N°1. Formulario de recolección de datos cuantitativos.....	101
Anexo N°2. Guía temática para investigación cualitativa de casos de muerte materna manejada por el Comité de Muerte Materna- Zona 6- Salud.....	104
Anexo N°3. Aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca.....	109



Anexo N°4. Declaración de confidencialidad de manejo de información..... 111  
Anexo N°5. Cronograma..... 112  
Anexo N°6. Nube de palabras de entrevistas.....113

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a características sociodemográficas, 2017.....36  
Tabla N°2: Promedio de edad de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas, 2017.....37  
Tabla N°3: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a características gineco-obstétricas, 2017.....38  
Tabla N°4: Promedios de antecedentes gineco-obstétricos de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas.....39  
Tabla N°5: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a las características del embarazo, 2017.....39  
Tabla N°6: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a las características del parto/ cesárea, 2017.....41  
Tabla N°7: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a parto/cesárea y estado del producto al nacer, 2017.....42  
Tabla N°8: Características de la muerte materna de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay, 2017.....42  
Tabla N°9: Evitabilidad de causas de muerte materna de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay según tipo de causa, 2017.....43  
Tabla N°10: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo al modelo de las tres demoras, 2017.....44  
Tabla N°11: Frecuencia de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo al traslado durante la emergencia, 2017.....46



## ÍNDICE DE DIAGRAMAS DE RED

Diagrama de red N°1: Historia de Vida.....	47
Diagrama de red N°2: Acceso a salud.....	53
Diagrama de red N°3: Género.....	62
Diagrama de red N°4: Interculturalidad.....	66
Diagrama de red N°5: Muerte materna.....	69



## CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

---

Gabriela Mireya Guerra Astudillo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Barreras para el acceso a salud reproductiva enfrentadas por mujeres que residieron en la provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de junio de 2020

Gabriela Mireya Guerra Astudillo

C.I: 0104726195





## CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

---

Gabriela Mireya Guerra Astudillo, autora del trabajo de titulación “Barreras para el acceso a salud reproductiva enfrentadas por mujeres que residieron en la provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 22 de junio de 2020

Gabriela Mireya Guerra Astudillo

C.I: 0104726195



## **AGRADECIMIENTO**

A los compañeros de lucha, que se deconstruyen, que reaprenden, que alimentan sueños, que expresan sus afectos y son corresponsables en la búsqueda de la equidad, gracias.

A mi compañero de vida **Fabricio**, elección en libertad para caminar juntos... porque eres amor que impulsa, que nutre ilusiones, que inspira, que crea, que reta y que exige... porque me mueves, porque me haces caminar, y cuando mis pasos van cansados... me regocijas. Gracias por llegar a mi vida a liberar pensamientos, a abrir espacios de conocimiento, porque alimentas mi sed de descubrir, porque eres la certeza de estar acompañada.

A mi padre **Diego**, quien me pensó desde antes de ser. A usted que enseña a mirar con empatía, a abrazar con humildad los pequeños detalles y a disfrutar de las cosas sencillas... gracias por su sabiduría, por la palabra precisa que calma, por sus expresiones de amor permanentes, ¿y cómo no? por las noches de guitarra, por poner un nombre a cada estrella y por todas las canciones entonadas.

A ti **Josué** porque fuiste impulso en mis estudios con tu arte culinario y tus mimos alocados para liberar el estrés. Porque eres la responsabilidad de que alguien que abre su propio camino va mirando mis pasos... porque eres la fuerza y la ternura en un solo ser y me demuestras que el éxito, la felicidad, radica en ser fiel a tus pasiones.

Gracias **Dr. Bernardo Vega** porque sin la Cátedra abierta de Salud Sexual y Reproductiva, mi carrera por sí sola no hubiese dejado surgir la idea de esta fusión perfecta que inició en los años de pregrado, y que continuó con este proceso en el que fue guía.

Gracias **familia, amigos, amigas, compañeros y compañeras** de procesos por no decaer.

Gracias a la **existencia** por abrazarme constantemente, a veces me mata, a veces me resucita para ser voz...



## DEDICATORIA

A las mujeres de mi vida...

A mi **Tía Carmelita** que sin necesidad de parir fue madre de la mía y la abuela que mima. A ella que confió en mí el esfuerzo reunido de sus años de docencia para generar los recursos que me permitieron emprender esta maestría.

A mi madre **María Elena** que al surgir como fénix me demostró las metamorfosis necesarias para batallar la vida. A usted que me crio aguerrida, a usted que me enseñó a pronunciar desde las primeras palabras hasta los discursos más formales con ese toque romántico y necesario de sociales. A usted, mi referente de mujer que expuesta a tantos riesgos (ahora lo veo), fue nido de mi vida y es abrigo de mi existencia con amor infinito y con los brazos abiertos para cobijarme siempre.

A ti **Camila**, por tu crecer más libre que el mío... por ti el camino de lucha hermana, para que tus pasos sean más seguros y tus herramientas muchas. Por un mundo más equitativo para quienes vienen detrás y empiezan a alzar el vuelo como tú.

A mi **Catita Jara** la fusión de fuerza y calma, quien, durante este proceso, partió luchando por vivir, y me enseñó a abrazar cada instante de mi vida... y a soltarlo, a no aferrarme, a continuar y a entender que las personas no mueren mientras haya quien las recuerde.

**A todas las mujeres** y sus distintas historias, a las que quedan, a las que se fueron, a las que luchan, a las que alcanzan, a las que aún no encuentran la fuerza para surgir, pero intentan...Tan diversas como somos todas, tan sororas para protegernos unas a otras, esto es para ustedes, esto es para nosotras.



## ÍNDICE DE SIGLAS

**CEDAW:** (siglas en inglés) Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

**CLACSO:** Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

**CIDH:** Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

**COIP:** Código Orgánico Integral Penal.

**IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

**INEC:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

**MM:** Muerte Materna.

**MSP:** Ministerio de Salud Pública.

**ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio.

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ONU:** Organización de Naciones Unidas.

**ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**OIT:** Organización Internacional del Trabajo.

**NU:** Naciones Unidas.

**RMM:** Razón de Muerte Materna.

**RPC:** Red Privada Complementaria.

**RPIS:** Red Pública Integral de Salud.

**SENPLADES:** Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo.

**SNS:** Sistema Nacional de Salud.

**UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas.



## GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA MÉDICA

**Aborto.** Interrupción del embarazo antes de que el embrión o feto logre la viabilidad fuera del útero. Una gestación que termina antes de las 22 semanas, con un peso fetal inferior a 500 gramos y una longitud céfalo-caudal menor a 25 cm. (OMS, 2012)

**Aborto terapéutico.** Es aquel que se practica cuando se considera que el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer. (OMS, 2012)

**Causas directas para muerte materna.** Complicaciones del propio embarazo, parto o del puerperio, resultantes de omisiones, intervenciones, tratamientos inadecuados o de una cadena de acontecimientos generada por alguna de las circunstancias mencionadas. Ejemplos: hemorragias del embarazo, del parto, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, complicaciones del aborto y sepsis. (MSP, 2017) (Briones & Díaz de León, 2013)

**Causas indirectas para muerte materna.** Determinadas por patologías no obstétricas que se desarrollan o se agudizan durante el periodo de gestación o como efecto de los cambios fisiológicos del mismo. (MSP, 2017) (Briones & Díaz de León, 2013)

**Contrareferencia.** Procedimiento obligatorio mediante el cual el usuario o usuaria que fue derivado/a o referido/a, es retornado/a al establecimiento de salud de menor nivel posterior a recibir la atención, con información necesaria sobre procedimientos, evolución y terapéutica, para garantizar la continuidad de su atención (MSP, 2014)

**Demoras para muerte materna.** Refiere a los retrasos para la atención que se presentan durante la emergencia obstétrica o materna. (Taddeus & Maine, 1994)

**Derivación.** Procedimiento en el que los prestadores de salud envían al usuario o usuaria de cualquier nivel de atención a un prestador externo, privado, de la Red Privada Complementaria (RPC) o público, de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), del mismo o mayor nivel de atención. Las derivaciones se ejecutan por falta de la capacidad instalada en una unidad de salud: ya sea por saturación de espacio físico, falta de capacidad resolutive o de especialista. (MSP, 2014)

**Embarazo.** Periodo en el que el embrión y posteriormente el feto, se desarrolla en el útero. Normalmente dura hasta 41 semanas. (MSP, 2016)

**Embarazo pretérmino.** Embarazo menor a 37 semanas de gestación. (MSP, 2016)

**Embarazo postérmino.** Embarazo mayor a 41 semanas de gestación. (MSP, 2016)



**Embrión.** Producto de un embarazo inferior a 12 semanas de gestación. (MSP, 2016)

**Feto.** Producto de un embarazo mayor a las 12 semanas de gestación. (MSP, 2016)

**Muerte materna.** Fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes a la terminación del mismo por causas directas o indirectas. (MSP, 2017)

**Primera demora para muerte materna.** Retraso en reconocer signos de alarma y tomar la decisión de pedir ayuda durante la emergencia obstétrica o materna. (Taddeus & Maine, 1994)

**Puerperio.** Periodo de transformaciones anatómicas y funcionales progresivas que experimenta la mujer después del parto para que su organismo retorne a su estado fisiológico. (MSP, 2017)

**Puerperio inmediato.** Dura las primeras 24 horas posteriores al parto. (MSP, 2017)

**Puerperio mediato.** Periodo entre las 24 horas y 10 días posteriores al parto. (MSP, 2017)

**Puerperio tardío.** Periodo entre los 11 y 42 días postparto. (MSP, 2017)

**Razón de muerte materna.** Refiere al número de muertes maternas dividido para el número de nacidos/as vivos/as estimados/as para el año, y multiplicado por 100.000, en un territorio determinado (MSP, 2017)

**Ruptura prematura de membranas:** Pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas presentada a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. (Vergara , 2009)

**Ruptura prematura de membranas pre-viable:** Pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes de la viabilidad del feto fuera del útero. (Vergara , 2009)

**Segunda demora para muerte materna:** Retrasos durante el traslado a la unidad de salud ya sea por falta de transporte y/o por problemas en el estado o habilitamiento de las vías. (Taddeus & Maine, 1994)

**Referencia.** Procedimiento mediante el cual los prestadores de salud remiten usuarios/as de un establecimiento de salud de menor complejidad a uno con mayor capacidad resolutoria para el tratamiento de un problema que no puede ser superado en el primero. Se efectúa entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema a través del formulario 053 que resume la atención y necesidades de la persona remitida. (MSP, 2014)



**Tercera demora para muerte materna:** Retraso en recibir atención en las unidades de salud, ya sea por falta de personal, insumos, espacio físico, impericia o negligencia. (Taddeus & Maine, 1994).



## TÍTULO

BARRERAS PARA EL ACCESO A SALUD REPRODUCTIVA ENFRENTADAS POR MUJERES QUE RESIDIERON EN LA PROVINCIA DEL AZUAY Y QUE FALLECIERON POR CAUSAS MATERNAS DURANTE EL AÑO 2017

## TEMA

Muerte materna y acceso a salud.

- Línea de investigación: Población, inequidades y desarrollo
- Problemáticas a analizar: Población, inequidades y desarrollo
- Fenómeno de la realidad social: Mujeres, género, salud y reproducción.

### I. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Cada día mueren alrededor de 830 mujeres por complicaciones del embarazo y el parto, en todo el mundo. En el año 2015, se calcularon unas 303.000 muertes maternas, la mayoría evitables y en el 99% de los casos, producidas en países en vías de desarrollo (Alkeman, y otros, 2016)

Entre 1990 y 2015 la razón de muerte materna (RMM) a nivel mundial, es decir el número de muertes maternas por 100 000 nacidos/as vivos/as, tuvo una reducción mínima del 2,3% anual.

En el año 2000, posterior a una década de cumbres y conferencias de las Naciones Unidas (UN) los líderes mundiales se congregaron en New York y comprometidos a disminuir la pobreza, promulgaron los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). A partir de ello algunos países consiguieron la disminución de hasta 5.5% de muertes maternas por las acciones realizadas para el cumplimiento del quinto objetivo: mejorar la salud materna. Al terminar el plazo de evaluación de la consecución de éstos objetivos en el año 2015, y al evidenciar la posibilidad de acelerar la reducción de la mortalidad materna, los países de la alianza consideraron una nueva meta incluida en el tercero de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que busca disminuir la RMM global a menos de 70 por 100.000 nacidos/as vivos/as y conseguir que ningún país tenga una mortalidad materna superior a la media mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En el 2015 la RMM en los países en desarrollo fue de 239, mientras que en los desarrollados fue de 12, en el mismo año en el Ecuador hubieron 45 por 100.000 nacidos/as vivos/as lo que evidencia grandes disparidades entre países, pero





importa reconocer las existentes entre las mujeres de un mismo territorio. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

De acuerdo a la Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, durante el año 2017 la razón de muerte materna fue de 42.8; se produjeron un total 211 muertes maternas, 14 de ellas se registraron en el Azuay y 11 correspondían a mujeres que residieron en la provincia, aunque solo 9 se encuentran en los registros del Comité de Muerte Materna. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

La muerte materna es un problema de salud que preocupa tanto a autoridades como a la sociedad civil. Pese a los esfuerzos y exigencias a los y las profesionales de salud, sus índices permanecen altos, probablemente porque las estrategias tienen un enfoque biologicista que descuida la necesidad de un abordaje integral que mire los conceptos de salud y el acceso a sus servicios desde la interculturalidad, las condiciones económicas, sociales, de género y generacional, así como, la interseccionalidad diferente de ellas en cada mujer, como influencia importante en los cuidados que cada una recibe y tiene durante el embarazo, parto y puerperio. (Romero-Pérez, Sánchez-Miranda, Romero-López, & Chávez-Courtois, 2010) (Hankivsky, 2012)

En el Ecuador se han fortalecido las estrategias de monitoreo para captación de casos. Hasta el 2013 el proceso de búsqueda activa se efectuaba anualmente, como respuesta a la alta prevalencia, a partir de 2014 dicha pesquisa se ejecuta semestralmente y en zonas prioritarias incluso se realiza con periodicidad mensual. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017)

Sin embargo, el incremento de los esfuerzos para su disminución no ha permitido conseguir el objetivo a plenitud. Las mujeres enfrentan barreras o limitantes que impiden el acceso a salud, muchas de ellas específicas a su género giran en torno a la falta de autonomía, a su estatus social y educativo, y a la falta de contacto con información de salud reproductiva y materna. Limitantes representadas en situaciones cotidianas, que, por ser comunes, pasan desapercibidas. Algunas mujeres pueden no ser capaces de viajar o acudir por atención médica sin el consentimiento o compañía de un pariente hombre, ya sea su pareja o algún otro miembro de la familia; adicionalmente, estas mujeres pueden tener dificultades para el acceso a los recursos familiares que permitan cubrir económicamente los costos



de la atención médica, honorarios, adquisición de medicinas, pago de exámenes complementarios, transporte, entre otros. La educación es un indicador importante sobre la probabilidad de utilizar servicios obstétricos y, frecuentemente, las mujeres de edad reproductiva cuentan con un nivel inferior al de los hombres, sobre todo en áreas rurales, en donde las familias priorizan el estudio de ellos, mientras que deciden entrenar a las mujeres en los quehaceres domésticos, cuidado de niños y niñas y cultivo de las tierras. Además, existen comunidades cuyas normas culturales, juicios, y tabúes con respecto al rol de las mujeres, a la maternidad, al estado de gestación y el parto, restringen la motivación y acceso a los servicios de salud y las exponen a prácticas riesgosas.

Las barreras corresponden a la dimensión de accesibilidad, pero también de aceptabilidad. En general los elementos facilitadores están ligados a factores personales, a la relación entre los prestadores de servicios y usuarias, apoyo social, información respecto a la enfermedad, pero sobre todo la adaptación de los servicios a las pacientes. Las barreras y facilitadores identificados están determinados socialmente, y la mayoría no reflejan nada más que inequidades que requieren de la acción conjunta de varios sectores para su reducción o eliminación. (Hirmas, y otros, 2013)

Así mismo las barreras varían de una cultura a otra, incluso, de una persona a otra, es por ello que durante el estudio se detectan las que experimentaron las mujeres que conforman la muestra.

Hasta el momento las políticas públicas exigen disminuir esta condición culpabilizando y castigando a los profesionales de salud, y éstos juzgando a las madres, sin considerar la influencia de su cultura y entorno social. Frente a lo expuesto, es evidente el análisis de la muerte materna requiere colocarse los lentes de género, de la diversidad e interculturalidad con conciencia sobre las facilidades y las trabas que se les presentan a las mujeres para acceder a los servicios de salud.



## II. ESTADO DEL ARTE

Sobre la muerte materna existen una gran cantidad de estudios que analizan esta problemática de salud pública desde una visión fisiológica, por lo que resulta necesario como punto de partida, encontrar análisis cuyo enfoque incluya una visión mucho más social.

En el año 2006, en Patwitis Chiapas, investigadores del Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, realizaron una búsqueda en la que se evaluó las relaciones de género y la situación económica como determinantes de muerte materna en mujeres indígenas. La metodología utilizada fue cualitativa y cuantitativa mediante la aplicación de 158 encuestas a familias, entrevistas a profundidad a personas cercanas a los casos y la creación de grupos focales con parteras. La investigación demostró que la salud de la mujer en el seno de la familia constituye un problema crítico por cuanto depende exclusivamente del esposo y los familiares de este. Cuando el embarazo o el parto conllevan algún riesgo, tal situación introduce restricciones en la elección de opciones de atención fuera de la comunidad, de modo que 48,7% de los casos obstétricos son atendidos por parteras, 45,3% por familiares y 6% por la pareja. El problema se agrava por la alta marginación y el muy bajo índice de desarrollo humano que caracterizan a la región estudiada, por la falta de acceso de las mujeres a la posesión de bienes, incluida la herencia de la tierra, y por el hecho de que 97,7% de ellas hablan solamente lenguas indígenas. Concluye que las inequidades por razones de género en las familias indígenas, aunadas a una economía que no cubre las necesidades básicas, son factores que contribuyen a que las mujeres no reciban atención en el proceso reproductivo. Debido al bajo nivel socioeconómico, las decisiones que se toman en torno a la atención del embarazo, el parto y el puerperio tienen un alto costo en la salud y en la vida de las mujeres. (Herrera, Cruz Burguete, Robledo Hernández, & Montoya Gómez, 2006)

En el año 2012 un estudio realizado en México por académicos y académicas del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi” de la Universidad Autónoma de Yucatán, cuyo objetivo fue describir los principales retrasos o demoras en la atención de complicaciones maternas que produjeron muerte en mujeres en 6 municipios del sur de Yucatán a través de la revisión de certificados y registros de defunciones maternas ocurridas en el periodo 2006-2008 y la aplicación de un



cuestionario a familiares cercanos para la recolección de información referente a características sociodemográficas, control prenatal y ruta crítica; demostraron que la eclampsia, hemorragia y sepsis fueron las principales complicaciones, que por retrasos en su atención cobraron la vida de las mujeres embarazadas y en etapa del puerperio. Para el análisis se aplicó el modelo de las “tres demoras” que estudia los retrasos en el reconocimiento de signos de alarma (primera), en el traslado a la unidad de salud (segunda) y en recibir atención en los servicios de salud al momento de la emergencia ginecobstétrica. En el estudio se evidenció que la tercera y primera demora, implicaron el 82.4% del total de retrasos. (Rodríguez, Aguilar, Montero, Hoil, & Andueza, 2012)

En el año 2014, las doctoras Karla Calle y María Augusta Abad, para la obtención del título de médicas en la Universidad de Cuenca- Ecuador, estudiaron los factores que conllevaron a demoras en los casos de muerte materna en el Azuay durante el 2012. El estudio registró 9 muertes maternas, el 55% aproximadamente, a causa de la primera demora, es decir de la falta de identificación y toma de decisión en acudir a una casa de salud por parte de las mujeres gestantes. De ellas el 44.4% fueron solteras y primigestas, con una media de edad de 29 años. La mayoría de partos fueron asistidos por personal de salud y casi el 78% de muertes ocurrieron durante el puerperio por causas directas. (Quezada & Abad, 2014)

En el año 2008, la Dra. Nataly Vásquez Encalada, para la obtención del título de Médica en la Universidad de Cuenca, llevó a cabo un estudio cualitativo centrado en la reconstrucción de historias de mujeres embarazadas desde la identificación del malestar hasta el fallecimiento. La autora indagó sobre la percepción familiar y comunitaria acerca de la muerte materna de los casos registrados en la provincia del Azuay 2006 – 2007. Posterior a un análisis cualitativo extenso concluyó que las muertes maternas no son nada más que un reflejo de los problemas de la estructura social en donde los servicios de salud también son una expresión de esta. Manifiesta que de las tres demoras que ocasionaron las muertes, la más frecuente fue la primera, el retraso en la identificación de signos de alarma (Vásquez, 2008). Por otro lado, aunque la investigación rescata información interesante y detallada, aborda someramente los temas de género, además centra su análisis en el estudio de las acciones efectuadas únicamente durante la emergencia y no en los momentos previos a ella.



Pese a una búsqueda exhaustiva no se encontraron estudios que analicen de manera profunda los conceptos y vivencias culturales, pero sobre todo de género de quienes fallecieron durante el embarazo, parto y el postparto, por lo que resulta interesante analizar con perspectiva de género las historias de vida de las mujeres que murieron por causas obstétricas, contadas por sus familias.



### III. JUSTIFICACIÓN

Considerando los principales problemas de salud del Ecuador a la par de la búsqueda de la optimización de recursos en investigación para el alcance de los objetivos del Buen Vivir, surgen las “Prioridades de investigación en salud 2013-2017” del Ministerio de Salud Pública (MSP). La muerte materna, cuya reducción es una política pública y uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio, ocupa el quinto puesto de las áreas prioritarias de investigación, con el estudio de sus líneas: hemorragia, sepsis trastornos hipertensivos, obstrucción de labor y aborto; y de sus sublíneas: grupos en estado de vulnerabilidad, impacto psicosocial, actitudes conocimientos y creencias del personal de salud, patrones de resistencia, educación y comunicación, controles prenatales, entre otros (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

De acuerdo a las Gacetas Epidemiológicas de Muerte Materna del MSP del Ecuador, durante el año 2017 se produjeron 211 muertes maternas, 11 de ellas de mujeres que residieron en la provincia del Azuay, lo que varía de los registros del Comité de Muerte Materna de la Coordinación Zonal 6 de Salud que reportan 9 casos. Pese a un descenso de fallecimientos por causas maternas totales en el país (154) y de mujeres domiciliadas en la provincia azuaya (3) en el año 2018, se nota una tendencia al incremento durante el año 2019, puesto que hasta la semana epidemiológica 29 de las 52 anuales, se reporta un total de 4 muertes maternas en la provincia austral. Entre las principales causas, por orden de frecuencia, se evidencian: enfermedades hipertensivas, hemorragia obstétrica, embarazo que termina en aborto y sepsis, todas ellas prevenibles mediante una atención y detección precoz para el inicio oportuno del tratamiento adecuado. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017)

Ante lo expuesto, surge la motivación de esta investigación cuyo interés radica en palpar la realidad local en torno a la problemática descrita, tomando como fortaleza la cercanía cultural entre el investigador, la investigadora y el grupo analizado. El estudio permite rescatar las entrevistas realizadas a familiares y personas de la comunidad de las mujeres domiciliadas en el Azuay que fallecieron por causas maternas en el año 2017, de esta manera se genera una mirada integral de las situaciones que actuaron como barreras para el acceso a salud. La elección del año 2017 tiene como fundamento contar con datos confirmados puesto a que el



Comité de Muerte Materna dispone de un año calendario para confirmar los casos suscitados, además en este periodo existe mayor frecuencia del fenómeno estudiado en los últimos 5 años en el territorio delimitado.

La investigación también tiene pertinencia nacional y por qué no mundial puesto que la muerte materna es una problemática prevenible en la mayoría de casos, que ha generado la creación de planes internacionales y políticas públicas que incluyen estrategias de reducción dirigidas a todos los niveles del sistema nacional de salud y se extiende a la comunidad. Si se trasciende en los estudios el abordaje biologicista, estas estrategias serán más eficaces y realistas con las formas de vida de los individuos y de los distintos grupos poblacionales.

La finalidad de la investigación es crear una conciencia real que vaya más allá de la indagación biológica, que aborde integralmente estos casos; demostrar la importancia de actuar desde lo preventivo considerando cómo la misma cultura puede ser un arma de doble filo al momento de hablar de acceso a salud de las mujeres.

Los resultados serán socializados al final del estudio en un espacio de exposición verbal de los mismos, su colocación en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca y la búsqueda de la publicación en revistas científicas, asegurará que lleguen a mayor público interesado. Por otro lado, serán utilizados con fines propositivos en cuanto a acciones destinadas a disminuir, y por qué no, eliminar la muerte materna. Asimismo, permiten de manera directa a los/as investigadores/as la apertura de un campo grande de estudio que encamine a la generación de nuevas investigaciones en otros territorios y contextos sociales.



## IV. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo general.

Identificar las barreras para el acceso a salud enfrentadas por mujeres que residieron en la provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017.

### 4.2. Objetivos específicos.

- 1.- Obtener información sobre características sociodemográficas y de salud reproductiva en registros médicos de mujeres que conforman la muestra
- 2.- Describir las percepciones familiares y comunitarias sobre muerte materna de acuerdo al modelo de las demoras





## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1. Muerte materna.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera muerte materna a:

“la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación el 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” (2012, sp)

Existen diferentes causas prevenibles, directas e indirectas de mortalidad durante el embarazo, parto y puerperio. Por lo general se hace una distinción entre muerte materna directa que, resultada de una complicación del propio embarazo, parto o su atención como hemorragia postparto, eclampsia, hipertensión gestacional, sepsis y aborto; y una causa de muerte indirecta que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición como la malaria, diabetes, lupus, insuficiencia renal, cardiaca, sida, cáncer, etc. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas con el mismo se denominan accidentas, incidentales o no obstétricas. (Briones & Díaz de León, 2013)

Taddeus y Maine en 1994, llevaron a cabo un estudio multicéntrico de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en una muestra de 500 mil mujeres alrededor del mundo, detectando las diferentes dificultades que enfrentaban para obtener una atención oportuna y de calidad en el momento de emergencia, es decir a partir de la aparición de las complicaciones obstétricas. Estas demoras fueron agrupadas en tres etapas, que conformaron el “Modelo de las Demoras”. *La primera*, relacionada con el desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad, de los signos y señales de peligro que amenazan la vida materna durante el embarazo, parto y postparto e interfieren también en el bienestar del embrión o del feto. Pese a ello, existen situaciones en las que las mujeres son capaces de reconocer los signos de alarma, pero las inequidades de género y la falta de autonomía, no les permiten empoderarse de sus decisiones y velar por su salud y la de sus hijos e hijas, delegando esa responsabilidad a sus parejas y familiares cercano, generalmente hombres; incluye también la decisión de pedir ayuda ya sea por la misma mujer o por personas de su entorno. *La segunda* demora refiere a las limitantes de accesos a las unidades de salud debida a la falta de vías



de comunicación y/o medios de transporte que faciliten un acercamiento oportuno, situación que se agrava en las áreas rurales. La *tercera* demora implica una atención institucional deficiente por falta de competencia, personal de salud preparado, ausencia de insumos médicos, de infraestructura y equipo.

## **5.2. Salud sexual y reproductiva.**

La salud sexual y reproductiva implica un estado de bienestar integral, físico, psicológico y social en todo lo referente a la reproducción y al goce de una vida sexual satisfactoria, exenta de riesgos, con la libertad de decidir sobre procrear o no, cuándo, y con qué frecuencia hacerlo. El alcance de la salud sexual y reproductiva demanda el acceso a información clara y oportuna en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, que permita la soberanía de los cuerpos, y la opción de elegir un método seguro, asequible y adaptado a las condiciones de las personas. En el caso de la procreación, requiere la disponibilidad de servicios de salud adecuados para el control del embarazo, parto seguro, puerperio y que permitan contar con la probabilidad de tener un/una hijo/a sano/a. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2010)

El derecho a la salud sexual y reproductiva resulta obligarotio para el desarrollo humano; un derecho es un bien social reconocido por el marco jurídico, por lo tanto, exigible ante el Estado y la población, con mecanismos legales de protección y sanción para su cumplimiento.

Existen varios pronunciamientos internacionales sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, destacándose la Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer en 1979, con sus siglas en inglés CEDAW, el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo en 1994, entre otros. En las conferencias mundiales convocadas se ha hecho énfasis en que dicho derecho se rescate como norte en las políticas de salud desde una mirada integral, con abordaje de género. Partiendo de ello, se trasciende el modelo tradicional, que destina sus acciones en la salud materna como centro de la salud de las mujeres, con el fin de aumentar las acciones para la prevención, tratamiento y educación de enfermedades de transmisión sexual, con énfasis en el VIH- SIDA, se empezó a hablar sobre planificación reproductiva, se resaltó la importancia de una maternidad deseada, se han tomado medidas para prevenir la



mortalidad materna, la violencia sexual, se progresó en la promulgación de legislaciones para repensar el aborto como una problemática prioritaria de salud pública. A la par, ha sido significativo el abordaje desde los estudios de género, para profundizar en los engranajes epidemiológicos y sociobiológicos que determinan el proceso salud/enfermedad y las causas de mortalidad diversas en las mujeres y en los hombres. (Arango Panesa, 2007)

En este contexto, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos contribuye al logro del bienestar y por lo tanto de salud, pues implica el goce autónomo y libre de la sexualidad pudiendo ejercerla con o sin finalidad coital, incluye el derecho al placer, emancipado de la procreación, comprende el conocimiento, respeto y amor al cuerpo; y el derecho a relaciones sexuales libres de cualquier tipo de violencia (Londoño Echeverry, 2002)

### **5.3. Barreras para acceso a salud**

Entre los estudios sobre barreras y facilitadores para el acceso a nivel internacional, es destacable la revisión sistémica de Hirmas Aday y colegas (2013). En esta investigación se destacaron las siguientes *barreras personales* que afectan sobre todo a personas con un nivel socioeconómico menor: 1) Costo de medicinas, consultas médicas y exámenes complementarios; 2) Recelo o vergüenza a recibir atención en un servicio de salud; 3) Falta de confianza en los equipos de salud y en la terapéutica prescrita, y 4) Creencias, mitos y estigma social.

Según un informe del Ministerio de Salud de Perú sobre Salud Materna (2008), las principales razones para que las mujeres embarazadas, sobre todo de las áreas rurales, no acudan a las casas de salud para recibir atención materna, son el costo, el temor, la vergüenza, el maltrato del personal, el tiempo de espera y las distancias existentes entre sus hogares y los centros asistenciales; situación bastante parecida a la que se experimenta en Ecuador. Por lo tanto, un abordaje crítico de la temática expuesta, implica analizarlo desde la mirada de la interculturalidad, entendiendo a esta como el reconocimiento de que la diferencia se construye en el contexto de una estructura colonial de poder racializado y jerarquizado, y que se manifiesta como un proceso constante de relación y negociación bajo condiciones de legitimidad y respeto; así mismo, según Walsh (2010) la interculturalidad destaca algunos rasgos como el convencimiento de la



existencia de vínculos, prácticas y valores entre las culturas, y la convicción de que las culturas no son completas por lo que se necesitan unas a otras.

Existen barreras desde el *personal sanitario* que dificultan el acceso a la salud sexual y reproductiva y que a menudo están marcadas por tres tipos de relaciones de poder: 1) El sistema de saberes en el que la verdad absoluta es manejada por el/la médico/a. 2) Situación socioeconómica en la que el/la médico/o tiene un estatus superior al de la usuaria, y 3) Las relaciones de género en las que el/la médico/a adopta un papel masculino dominante y la paciente el femenino de obediencia. (Dos Santos, Grabino, Montealegre, & Viera, 2003)

Por otro lado Abadía y Oviedo (2009) analizan el sistema de salud de Colombia enfocándose en los itinerarios burocráticos y concluyen que el mismo *sistema de salud* puede ser considerado una barrera estructural para el acceso.

En el estudio realizado por Himas y colegas (2013), también indagan los facilitadores para acceso a salud, los más recurrentes fueron: 1) Disponibilidad redes de apoyo social; 2) Valor asignado a la atención de salud para evitar riesgos y complicaciones, 3) Adaptación de los servicios de salud a la población.

#### **5.4. Género y sexo**

Las vivencias y roles de género influyen de manera determinante en la salud de las mujeres por lo que importa dar un vistazo a estos conceptos. El género se manifiesta como una construcción sociocultural, que hace referencia a un conjunto de asignaciones, relaciones sociales y construcciones culturales que se evidencian en: características de personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder que cada sociedad atribuye diferencialmente a la persona según su sexo. Este concepto es distinto al de sexo, que se refiere únicamente a las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres. Diferencias interpretadas como sinónimo de desigualdad de derechos y por lo tanto de discriminación. En consecuencia, el centro de interés del enfoque de género no son las mujeres -o los hombres- per se, sino las relaciones de desigualdad social entre los sexos. Pues bien, el género al ser una construcción social es dinámico y está sujeto a cambios, pero no funciona aisladamente, interactúa con marcadores sociales como clase, edad, etnia y orientación sexual entre otros. Al respecto, importa introducir el término de interseccionalidad manejado por María Lugones (2008), quien indica que el cruce de condiciones de vulnerabilidad de “raza, clase, género y sexualidad” en



una sola persona, potencian la posibilidad de discriminación y limitan el acceso a oportunidades, en mayor o menor medida, dependiendo de la valoración social que se las dé. Asimismo, Sotero y Sosa (2006) manifiestan que, por ejemplo, el estado civil es una variable estimada como un marcador demográfico estrechamente relacionada con los resultados perinatales del embarazo, pues existen publicaciones de varios artículos de salud pública que asocian a las mujeres que se identificaron como solteras, es decir, sin pareja, con la presencia de complicaciones en el embarazo y en el/la recién nacido/a.

En un análisis de la maternidad en el modelo patriarcal destacamos una dicotomía entre la cultura y la naturaleza, asignando la primera al hombre y la segunda a la mujer, por su papel reproductor. Desde una perspectiva antropológica feminista, la cultura siempre ha sido más valorada e incluso ha explotado, controlado y sometido a la naturaleza, lo que llevaría a las relaciones de discriminación y de dominio de hombres a mujeres, marcadas por la división sexual del trabajo, proceso caracterizado por el desenvolvimiento de ellos en el sector público reconocido económicamente; y la ubicación privada de las mujeres, determinada al cuidado de la familia, la crianza de hijos e hijas y los quehaceres domésticos, no remunerada, ni valorada socialmente. (Sánchez, 1996)

Rodríguez (2007) manifiesta que existe un pensamiento generalizado que sostiene que las mujeres cuentan con mejores dotes naturales para el cuidado de niños y niñas, como resultado de ello, se les otorga una “*ventaja comparativa para proveer de cuidado*” (p.231) a otras personas, que incluye a adultos/as mayores y enfermos/as. Además, sostiene que no hay evidencias que respalden tales afirmaciones, es claro que la especialización de las mujeres en las actividades de cuidado es una construcción social que surge como efecto de prácticas patriarcales hegemónicas.

Este proceso sociocultural de especialización de las mujeres en las actividades de cuidado está relacionado con la disociación de las esferas de la reproducción y la producción, y de la permanente exclusión y separación de las mujeres del mercado laboral. Ello se resume en la idea de “domesticidad” marcada por dos características: 1. La organización del trabajo de mercado por un “trabajador ideal” dedicado a tiempo completo, que incluso tiene disponibilidad para laborar horas extra, y que asigna muy poco tiempo al cuidado de personas dependientes y



a los quehaceres domésticos; y 2. El “sistema de provisión de los servicios de cuidado”, que discrimina y excluye a quienes desarrollan dicha tarea. (William, 2000, sp)

Tal situación se percibe en la discriminación de género en el mercado laboral, puesto que las mujeres tienen, en mucha menor medida que los hombres, la posibilidad de desarrollar el perfil de trabajadoras ideales, al mismo tiempo que crean un compromiso mayor de responsabilidad con las actividades domésticas. Por tal motivo, la mayoría de mujeres se encuentran segregadas a trabajos de tiempo parcial, con menores responsabilidades, lo que implica un obstáculo indiscutible para el desarrollo de su carrera. Lo expuesto ocurre debido a que las mujeres suelen combinar un empleo remunerado con sus responsabilidades domésticas, y por la intermitencia de su inclusión laboral por las interrupciones dadas en su ciclo de vida que están muy relacionadas con su capacidad reproductiva. (Rodríguez C, 2007)

Aun cuando se han alcanzado progresos evidentes en la inserción de las mujeres al mercado laboral, no ha ocurrido lo mismo con la inclusión de los hombres en las actividades de cuidado. “La domesticidad no ha muerto, ha mutado” (Williams, 2000). En ese marco, la inequidad de género relacionada a la domesticidad está acogiendo mecanismos estructurales más impersonales, que son experimentados mediante formas culturales más fluidas. Un efecto de ello es la (re)producción de la subordinación, pese a que de manera creciente las mujeres actúan como sujetos que no se encuentran bajo la autoridad directa de un hombre. (Fraser, 1997).

Ante la problemática expuesta, surge la economía feminista, una corriente de pensamiento heterodoxo que busca visibilizar las dimensiones de género en la dinámica económica y sus efectos en la vida de las mujeres. Su noción de “economía del cuidado” ha aportado a actualizar el debate sobre las formas de organización de la reproducción social y demuestra el impacto de estas en la perpetuación de la desigualdad. De este modo, ha colaborado en la producción de evidencia empírica que permite reconocer la persistencia de procesos de feminización de la pobreza y los resultados ambiguos, en cuanto a autonomía de las mujeres, de las políticas públicas creadas para atender tal problemática. (Rodríguez C, 2015)



### **5.5. Percepciones familiares y comunitarias**

La familia juega un papel importante en los cuidados que las mujeres tienen y reciben sobre su salud, al estar conformada por individuos cercanos que comparten vínculos sanguíneos, de matrimonio o adopción que se identifican como miembros de una red de parentesco reconocida culturalmente, con funciones en la reproducción, control y socialización de sus integrantes. Por lo tanto resulta vital conocer sus percepciones en torno a la muerte materna, teniendo en cuenta que éstas son apreciaciones subjetivas que varían de acuerdo a las experiencias, expectativas, conocimientos previos y cultura de quien capta por los distintos sentidos. (Instituto Nacional de las Mujeres, 2007) (Ramos Frausto, Rico Vanegas, & Martínez, 2012)



## VI. METODOLOGÍA

### 6.1. Tipo de estudio.

Se trata de un estudio observacional: descriptivo/cuantitativo y cualitativo.

### 6.2. Fase cuantitativa.

Permite el análisis de información general obtenida de las historias clínicas y de los reportes del Comité de Muerte Materna de la Zona 6- Salud a través de un formulario elaborado para la organización de información sobre factores sociodemográficos y de salud reproductiva de las muertes maternas de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay en el año 2017 que de acuerdo a los registros recabados fueron 9. Se excluye de la muestra a las muertes maternas de mujeres domiciliadas en otras provincias cuyo fallecimiento se registró en la provincia del Azuay en el año 2017. La información se procesó mediante el software estadístico SPSS a través de la obtención de frecuencias y medias. (Anexo N°1)

### 6.3. Fase cualitativa.

Mediante la técnica de análisis documental de entrevistas previamente realizadas y registradas en audios por el Comité de Muerte Materna de la Zona 6- Salud, permite identificar las percepciones de familiares y personas de la comunidad, sobre las muertes de las mujeres en cuestión. Las entrevistas, fueron semi-estructuradas, y aplicadas a quienes participaron de manera voluntaria, posterior a la firma del consentimiento informado, siendo 6 familias las participantes. (Anexo N°2)

Luego de la transcripción de los audios disponibles el análisis de la información se llevó a cabo mediante el uso del programa ATLAS TI a través de cuatro fases:

- 1.- Preparación de documentos primarios
- 2.- Elaboración de citas y codificación
- 4.- Realización de correlaciones
- 3.- Organización de citas y códigos por familias
- 4.- Estructuración de diagramas de redes

### 6.4. Recursos humanos y actividades.

*Dr. Bernardo Vega Crespo: Director de la investigación:*

Revisión y guía en avances del estudio.

*Md. Gabriela Guerra Astudillo: Investigadora principal*

Elaboración de protocolo para aprobación del Comité de Bioética

Realización de gestiones para obtención de datos





Recopilación de datos cuantitativos

Descripción de información cuantitativa

- Elaboración de tablas y gráficos

Codificación de entrevistas

Transcripción de entrevistas

Análisis de información cualitativa en el programa Atlas Ti:

- Preparación de documentos primarios
- Elaboración de códigos y citas
- Realización de correlaciones
- Organización de códigos y citas por familias
- Estructuración de diagramas de redes

Interpretación de resultados

Análisis de resultados

Discusión de resultados.

Realización de conclusiones y recomendaciones.

Exposición del trabajo de investigación.

## **6.5. Consideraciones éticas**

Los aspectos éticos considerados son la confidencialidad de identidad de quienes aportaron información y de las mujeres en cuestión, lo mismo que se asegura con la asignación de códigos para el registro de entrevistas, estructurados por las iniciales del primer nombre y apellidos, edad, gluión medio y primeras tres letras del cantón al que perteneció la mujer que falleció por causa materna.

Al no interactuar directamente con las personas y obtener información de documentos secundarios no existe riesgos de exposición de las/as involucrados/as, siempre y cuando se asegure el adecuado registro de las entrevistas mediante la creación de los códigos detallados con anticipación.

El principal beneficio es incrementar el conocimiento sobre las barreras en salud que experimentaron las mujeres que fallecieron por causas maternas en Azuay en el año 2017 y el planteamiento de un nuevo modelo de análisis de los fallecimientos por esta causa.

La presente investigación cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca (COBIAS) el mismo que se encuentra avalado por el Ministerio de Salud Pública (Anexo N°3). La información fue entregada por la



Coordinación Zonal 6- Salud tras la presentación de dicha aprobación y la autorización de acceso a los datos en el Quipux N° MSP-CZONAL6-2019-1570-O remitido por el Sr. Mgs. David Miguel Ordoñez Talbot, Coordinador Zonal 6 – SALUD, y la firma del compromiso de confidencialidad entregado en el departamento legal de dicha entidad. (Anexo N°4)

**6.6. Cronograma.** (Anexo N°5)



## VII. RESULTADOS

### Ubicación de la muestra

**Azuay.** El Azuay es una de las 24 provincias que conforman la República del Ecuador, se ubica al sur del país, en la cordillera de los Andes, en la región interandina o sierra. Su capital es la ciudad de Cuenca siendo la urbe más poblada y extensa. Delimita con las provincias de Cañar, Guayas, El Oro, Loja, Morona Santiago y Zamora Chinchipe. La provincia azuaya con una superficie de 8.718,82km<sup>2</sup>, está conformada por 27 parroquias urbanas y 60 parroquias rurales distribuidas en 15 cantones: Cuenca, Gualaceo, Paute, Chordeleg, Sigsig, Sevilla de Oro, El Pan, Guachapala, Camilo Ponce Enríquez, Nabón, Oña, Girón, San Fernando y Santa Isabel. Su clima oscila entre los 10 y 24 grados centígrados dependiendo el sector, presentando zonas de páramo y tropicales con climas mesotérmicos, semihúmedos y húmedos.

De acuerdo al último censo poblacional 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la provincia del Azuay cuenta con 712.127 habitantes, en su mayoría mujeres, 194.838 en edad reproductiva, es decir entre 15-49 años. Partiendo de su historia, cultura y costumbres, el mayor porcentaje de la población se identifica como mestiza con una media de edad de 29 años. En el sector laboral y económicamente activo, existe mayor participación de los hombres quienes se dedican por orden de frecuencia a actividades de operarios y artesanos, seguidas por la agricultura y las ventas. En cuanto a las mujeres su principal actividad laboral se centra en la prestación de servicios y ventas, seguida por la agricultura y servicios de limpieza y asistencia doméstica.

### 7.1. Resultados cuantitativos

#### 7.1.1. Características sociodemográficas

Una mirada integral sobre ubicación territorial y características sociales permite contextualizar el grupo de estudio y generar una idea sobre las dificultades o facilidades para acceso a salud, considerando que tales particularidades son valoradas y categorizadas de manera distinta de acuerdo a su asociación, a la cultura y al entorno. Así mismo desde un enfoque médico existen situaciones en las que éstas se convierten en factores de riesgo tanto para la madre como para el embrión o feto.



De acuerdo a la Gaceta Epidemiológica Final de Muerte Materna 2017 del MSP, en el Ecuador se registraron 143 muertes maternas con una razón de 42,8 por 100.000 nacidos/as vivos/as. Según el informe en la provincia del Azuay el mismo año fueron notificados 11 casos de muertes de mujeres que residieron en este territorio y que fallecieron por causas maternas; no obstante, en los registros del Comité de Muerte Materna- Coordinación Zonal 6- Salud, y de acuerdo a lo indicado por sus funcionarios, se detectaron 9 muertes de mujeres residentes en el Azuay en ese año.

**Tabla N°1: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a características sociodemográficas, 2017**

	<b>N=9</b>	<b>%=100</b>
<b>Edad</b>		
10 a 19 años	1	11,11
20- 29 años	3	33,33
30 a 39 años	5	55,56
<b>Estado civil</b>		
Soltera	1	11,11
Casada	5	55,56
unión libre	2	22,22
Divorciada	1	11,11
<b>Identificación étnica</b>		
Mestiza	9	100
<b>Residencia</b>		
Urbana	5	55,6
Rural	4	44,4
<b>Instrucción</b>		
Primaria	5	55,56
Secundaria	2	22,22
Superior	2	22,22
<b>Ocupación</b>		
quehaceres domésticos	6	66,67
Estudiante	1	11,11
Abogada	1	11,11
Docente	1	11,11

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo



**Tabla N°2: Promedio de edad de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas, 2017**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
<b>Edad</b>	9	19	37	30,00	6,062

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

Según los registros médicos, las mujeres que conformaron la muestra indicaron autoidentificarse como mestizas; su edad promedio rodeo los 30 años y más de la mitad fueron mayores a esta. Alrededor del 33% de decesos se produjeron en mujeres de 20 a 29 años y el 11.11% en el grupo etario de 10 a 19 que corresponde a una adolescente de 19 años.

Aproximadamente el 78% refirió tener una pareja sentimental estable al manifestar que se encontraban casadas o en unión libre. El 22% restante corresponde a una paciente soltera y a otra que se registró como divorciada.

La mayoría de muertes maternas (55.56%) se desarrollaron en mujeres domiciliadas dentro de la urbe de la provincia azuaya; el 44.44% residían en parroquias rurales.

El 55.56% de muertes maternas se presentó en mujeres con instrucción primaria. El 22.22% en quienes terminaron la secundaria y el restante 22,22% en mujeres con nivel universitario completo.

El 66,67% de mujeres dedicó sus actividades a los quehaceres domésticos los mismos que incluían el cuidado directo de hijos, hijas o hermanos, y el de la tierra. El 22.22% ejerció su profesión, una de ellas se dedicó a la abogacía y otra aplicó la docencia en niños y niñas. Una de las mujeres de la investigación cursaba sus estudios en la universidad.

### **7.1.2. Características de salud reproductiva.**

#### **Características gineceo-obstétricas**

**Tabla N°3: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a características gineco-obstétricas, 2017**



	<b>N=9</b>	<b>%=100</b>
<b>Gestas</b>		
1	3	33,33
2	1	11,11
3	1	11,11
4	1	11,11
6	2	22,22
7	1	11,11
<b>Partos</b>		
no	3	33,33
si	6	66,67
<b>Frecuencia de partos</b>		
0	3	33,33
1	5	55,56
6	1	11,11
<b>Cesáreas</b>		
no	2	22,22
si	7	77,78
<b>Frecuencia de cesáreas</b>		
0	2	22,22
1	4	44,44
2	1	11,11
3	1	11,11
4	1	11,11
<b>Abortos</b>		
no	5	55,56
si	4	44,44
<b>Frecuencia de abortos</b>		
0	5	55,56
1	3	33,33
4	1	11,11
<b>Espacio intergenésico</b>		
primigesta	3	33,33
menor a 2 años	2	22,22
2 a 7 años	3	33,33
más de 7 años	1	11,11

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

**Tabla N°4: Promedios de antecedentes gineco-obstétricos de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas 2017**



		Gestas	partos	cesáreas	abortos	Hijos/as vivos/vivas
N	Válidos	9	9	9	9	9
Media		3,44	1,22	1,44	0,78	2,33

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

La tercera parte de mujeres cursaron su primer embarazo y otras hasta la séptima gesta. El 44,44% tuvo más de 4 embarazos. El mismo porcentaje experimentó por lo menos un aborto a lo largo de su vida. El 77,78% de pacientes tuvo entre una a 4 cesáreas. El 55,56% de mujeres experimentó un parto, una paciente parió 6 veces. La media de gestas fue de 3,44; con un promedio de 1,22 partos, 1,44 cesáreas, 0,78 abortos y 2,33 hijos/as vivos/as.

El 33,33% presentó un intervalo de 2- 7 años entre un embarazo y otro. Un 33,3% reportó espacios intergenésicos menores a 2 años a o mayores a 7 años.

### Características del embarazo

**Tabla N°5 Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a las características del embarazo, 2017**

	<i>N=9</i>	<i>%=100</i>
<b>Planificación familiar</b>		
No	9	100
<b>Uso de anticonceptivo</b>		
+Ninguno	6	66,67
Barrera	2	22,22
barrera y método del ritmo	1	11,11
<b>Atención de controles</b>		
Profesional de la salud	9	100
<b>Número de controles</b>		
1	1	11,11
2	1	11,11
3	1	11,11
4	2	22,22
5	1	11,11
8	3	33,33
<b>Media de controles: 4,78</b>		
<b>Controles prenatales</b>		
Deficientes (1 a 4)	5	55,56



Adecuados (5 a 8)	4	44,44
<b>Consultas emergentes en el embarazo</b>		
consulta emergente del fallecimiento	4	44,44
más de una consulta emergente	5	55,56
<b>Consumo de hierro y ácido fólico</b>		
No	2	22,22
Si	5	55,56
no indica	2	22,22
<b>Violencia en el embarazo</b>		
No	9	100
<b>Hábitos nocivos/ alcohol, drogas, sustancias tóxicas</b>		
No	8	88,89
Si	1	11,11

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

El 100% de embarazos que desencadenaron la muerte materna no fueron planificados. El 66.7% de mujeres registró no utilizar protección para evitar el embarazo pese a no programar el mismo. El 33% indicó haber estado utilizando para la anticoncepción un método de barrera (condón masculino) y en uno de los casos se asociaba con el método del ritmo.

Independientemente de la existencia de parteras/comadronas, sobre todo en los sectores rurales, las mujeres optaron por realizarse controles con profesionales de medicina. El número mínimo de controles que se presentó fue, uno, que correspondió a una usuaria, y el máximo de 8 que lo realizaron el 33% de mujeres, obteniendo un promedio de 4,78 controles para el grupo de estudio. El 55.56% de pacientes no cumplieron el número mínimo de controles indicados por la Guía de Práctica Clínica (GPC) de control Prenatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador puesto que acudieron a menos de 5 controles durante toda la gestación.

El 55,56% registró más de una visita a unidades de salud por presencia de complicaciones o emergencias durante el embarazo que de acuerdo a las historias clínicas, en su mayoría fueron por infecciones del tracto urinario y amenazas de aborto.

El 55.56% se administró hierro y ácido fólico durante el embarazo. Un 22.2% no lo hizo. El 22.2% restante no indica en los registros médicos.





Ninguna de las mujeres registró sufrir violencia, así como tampoco notificaron la exposición a sustancias nocivas, ingesta de alcohol, uso de cigarrillo u otro tipo de drogas durante el embarazo.

### Características del parto/ cesárea

**Tabla N°6: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a las características del parto/ cesárea, 2017**

	<b>N=9</b>	<b>%=100</b>
<b>Atención de parto/ cesárea</b>		
Profesional de la salud	9	100
<b>Establecimiento de salud de parto/ cesárea</b>		
Ministerio de Salud Pública	7	77,78
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	1	11,11
Red Privada Complementaria	1	11,11
<b>Nacimiento del producto</b>		
Cesárea	7	77,78
Parto	2	22,22
<b>Condición del producto</b>		
Vivo	6	66,67
Muerto	3	33,33

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

En el 100% de casos el parto o cesárea fue atendido por un/una profesional puesto que las mujeres o sus familiares decidieron el traslado a una unidad de salud.

El 77.78% de partos/cesáreas recibieron atención en hospitales públicos, entre ellos el Hospital Vicente Corral Moscoso y el Hospital Homero Castanier. Un caso (11,11%) fue atendido en el Hospital José Carrasco Arteaga, casa de salud perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Una cesárea que corresponde al 11,11% de la muestra, se realizó en una unidad de la red privada complementaria.

**Tabla N°7: Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo a parto/cesárea y estado del producto al nacer, 2017**



	vivo/a	porcentaje	muerto/a	porcentaje	Total	porcentaje
<b>Parto</b>	1	11,11	1	11,11	2	22,22
<b>cesárea</b>	5	55,56	2	22,22	7	77,78
<b>Total</b>	6	66,67	3	33,33	9	100

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

Un gran porcentaje (77,78%) de embarazos terminaron en cesáreas de emergencia y pretérmino, en el 55,56% de casos se obtuvieron fetos vivos y en el 22,22% obitados. El 22,22% restante de gestaciones finalizaron en partos, en el uno de ellos se obtuvo un producto vivo y en el otro uno muerto.

### Características de la Muerte Materna

**Tabla N°8. Características de la muerte materna de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay, 2017**

	N=9	%=100
<b>Edad fértil de deceso</b>		
puerperio inmediato	4	44,44
puerperio mediano	2	22,22
puerperio tardío	1	11,11
más de 40 días postparto, menos de un año	2	22,22
<b>Tipo de causa</b>		
Directa	4	44,44
Indirecta	5	55,56
<b>Evitabilidad de la muerte</b>		
No	3	33,33
Si	6	66,67
<b>Causas básicas</b>		
Trastornos hipertensivos	1	11,11
Hemorragias obstétricas	2	22,22
Sepsis	1	11,11
Insuficiencia cardiaca descompensada	1	11,11
Ruptura de aneurisma cerebral	2	22,22
Neoplasia endócrina múltiple	1	11,11
Trastorno del metabolismo de calcio	1	11,11

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud



Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

El 44,44% de mujeres fallecieron dentro de las primeras 24 horas postparto, que corresponde al puerperio inmediato. El 22,22% de decesos se produjeron en el puerperio mediato, que inicia posterior a las 24 horas y se extiende hasta los 10 días postparto; el 11,11% en el puerperio tardío comprendido entre el día 11 -42. El 22,22% corresponde a muertes maternas tardías debido a que se produjeron posterior a los 42 días del parto o cesárea pero antes del año.

**Tabla N°9. Evitabilidad de causas de muerte materna de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay según tipo de causa, 2017**

Causa	Evitable				Total	Porcentaje
	no	no %	si	si %		
Directa	0	0,00	4	44,44	4	44,44
Indirecta	3	33,33	2	22,22	5	55,56
<b>Total</b>	3	33,33	6	66,66	9	100

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

La mayoría de muertes maternas, el 55,56%, se dieron por causas indirectas, es decir, por patologías preexistentes que evolucionaron durante el embarazo, parto o puerperio y que se agravaron por los efectos fisiológicos propios del estado de gravidez. De ellas el 22,22% podían evitarse. El 44,4% resultaron de causas directas o por patologías propias de la gestación y todas fueron evitables. Por lo tanto el 66,66% de muertes maternas pudieron ser evitadas con un control y tratamiento adecuado y oportuno

Las causas básicas directas más frecuentes fueron las relacionadas con hemorragias obstétricas (22,2%) que en todos los casos se trataron de trastornos placentarios, ya sea desprendimiento prematuro o acretismo. Se detectó un caso específico por sepsis y uno por trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia).

Con respecto a las causas indirectas, la más frecuente fue la ruptura aneurismática cerebral suscitada en dos pacientes (22,2%) y casos aislados como



trastorno del metabolismo del calcio, descompensación de insuficiencia cardiaca congestiva, y neoplasia endócrina múltiple.

### Demoras para muerte materna

**Tabla N°10. Distribución de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo al modelo de las tres demoras, 2017**

	N=9	%=100
<b>Análisis de demoras por comité</b>		
Primera demora: Identificar signos de alarma y tomar decisión de buscar ayuda	1	11,11
Tercera demora: Recibir atención médica adecuada en la casa de salud	8	88,89

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

De acuerdo a los registros de análisis del Comité de Muerte Materna de la Coordinación Zonal6- Salud, la demora que predominó fue la tercera, con un 88.9% de mujeres que no recibieron atención médica adecuada en las unidades de salud. Un caso fue categorizado dentro de la primera demora por falta de identificación de signos de alarma y búsqueda de atención médica oportuna.

Importa considerar que no se podría catalogar los casos en una sola demora debido a que generalmente la muerte materna es el resultado de la suma de retrasos como se demostrará posteriormente.

### Traslado

**Tabla N°11. Frecuencia de mujeres domiciliadas en la provincia del Azuay que fallecieron por causas maternas de acuerdo al traslado durante la emergencia, 2017**

	N=9	%=100
<b>Traslado</b>		



ambulancia	3	33,33
taxi	5	55,56
vehículo de familiar	1	11,11

Fuente: Registros de Muerte Materna 2017- Coordinación Zonal 6- Salud

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

Las mujeres no contaron con transporte propio para la movilización durante la emergencia puesto que el 55,56% tuvieron que trasladarse en taxi y 11.1% contó con el apoyo de un vehículo familiar. El 33.3% se dirigió a la unidad de salud en ambulancia.

## 7.2. Resultados cualitativos

### 7.2.1. Percepciones familiares y comunitarias de la muerte materna.

A través del estudio de 6 entrevistas a profundidad y de grupos focales se indagaron las percepciones familiares organizando la información en 4 categorías principales que fueron tomadas de la entrevista del Comité de Muerte Materna del MSP y se organizan en diagramas de red:

- Historia de vida
- Acceso a salud
- Género
- Interculturalidad

Surge una categoría emergente por repetición en el estudio.

- Muerte materna

Cada una con sus subcategorías descritas a través de citas cuya elección se dió por comunalidad, es decir por mayor repetición, y por relevancia. La perspectiva de género toma posicionamiento en el análisis.

### 7.2.1. Historia de vida

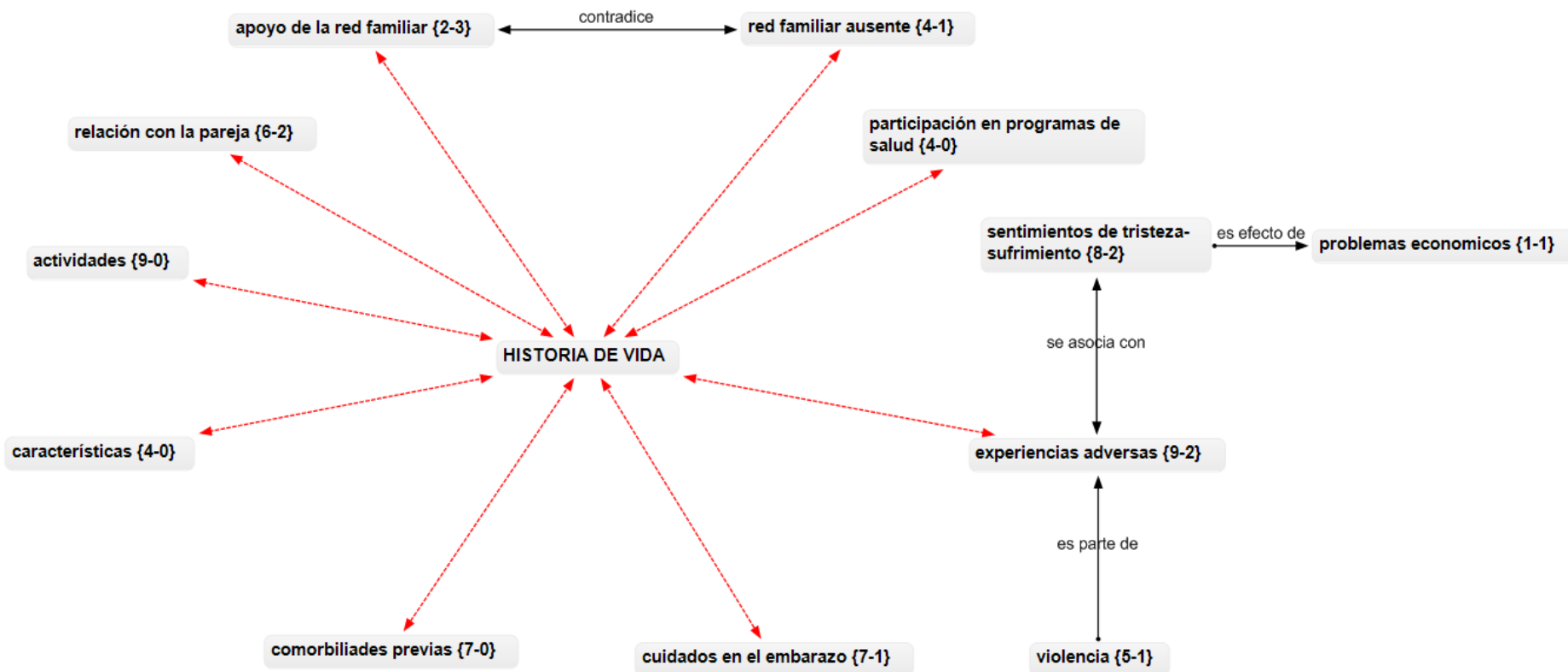
Esta categoría permite contextualizar rápidamente la situación de las mujeres de acuerdo a la percepción de sus familiares. Se detallan:

- Actividades
- Relación con la pareja
- Red familiar



- Participación en programas de salud
- Experiencias adversas
- Comorbilidades previas
- Cuidados en el embarazo

## Diagrama de red- Historia de vida



Fuente: Transcripciones de entrevistas realizadas a familiares de mujeres domiciliadas en Azuay que fallecieron por causa maternas en el año 2017

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

**Actividades.** En la mayoría de casos las mujeres realizaban actividades no remuneradas, centradas a la realización de quehaceres domésticos incluyendo el cuidado de hijos e hijas, del ganado y de la tierra. En esta etapa aparecen expresiones que sugieren una infravaloración del trabajo del espacio privado del hogar.

*Simplemente pasaba en la casa y se dedicaba a la niña y un becerrito que tenemos ahí, nada más. (Esposo, MT-27CUE)*

*Amarra a becerritos, ahí mismo amarra, amarra y de ahí vuelta va a venir cogiendo yerba allá arriba, travesía va a venir cogiendo yerba. (Madre, OO-33CUE)*

*Quehaceres domésticos, ella se encargaba solo del hogar, yo era el que trabajaba y ella se encargaba del hogar y de los bebés. (Esposo, MP-37CUE)*

**Relación con la pareja.** En la mayoría de entrevistas disponibles se reporta una buena relación con las parejas, por supuesto hay que considerar que se habla de precepciones de sus familiares.

*Nos llevábamos súper bien y nunca le agredí, nunca le maltraté. (Esposo, MP-37CUE)*

Resulta evidente la preocupación por recalcar que no existió violencia física o psicológica. Al mismo tiempo importa destacar cómo el consumo de alcohol puede ser causa de malestar dentro de la convivencia e indirectamente podría convertirse en una forma de violencia simbólica normalizada.

*¿Así el señor era así agresivo? no, de ahí así de que mi hermana si tuvo así un poco de ira podría decir, pues era porque el señor llegaba a la semana, casi una vez a la semana borracho, y eso es lo que también era la preocupación de mi hermana no. (Hermana, OO-33CUE)*

**Red familiar.** En la mayoría de casos el apoyo familiar en cuanto a traslado y a aporte económico, actuó como un facilitador para el acceso a salud de las mujeres.

*Si no podía yo, le llamaba a mi papá que es taxista y él venía y le ayudaba tranquilamente (Esposo, CM-36CUE)*

*Cogí, le saqué 4 dólares y le dije “toma ándate en taxi y más que sea a la venida vienes en bus, que vengas viendo por allá diciendo que estás bien”. De ahí entonces se ha ido al hospital igual con mi hijo más grande el Jonnathan, se fueron los dos para que él le coja al guagua y ella se haga revisar. (Padre, JY-19CUE)*





Por otro lado, existieron casos en los que las que se encontraron relaciones familiares lejanas.

*La familia muy poco le visitaba o sea no sabemos mucho de ellos... Es que como la familia también no es una familia súper unida, nada de eso, muy muy apartada. (Esposo, MT-27CUE)*

**Participación en programas de salud.** En varias entrevistas, familiares manifiestan que las mujeres acudían constantemente a espacios de encuentro y de promoción y prevención de salud como capacitaciones y clubes de embarazadas, una de ellas incluso fue identificada como lideresa del grupo.

*Allí mismo, en el centro de salud mismo, en el club de embarazadas le habían propuesto para que sea presidenta. (Esposo, MP-37CUE)*

**Experiencias adversas.** El análisis revela que el embarazo previo a la muerte trajo consigo pérdidas dolorosas para las mujeres, las cuales las vivieron en medio de la enfermedad e influyeron en su estabilidad emocional.

*La bebita sí. Ya me enseñaron, y ya estaba así, negrita, negrita, porque ya había estado fallecida. Y de ahí a mí sí me dejaron pasar a hablar con mi esposa porque me hicieron ponerle el equipo y todo. Ahí sí ya estaba triste, se le salían lágrimas, recién se estaba recuperando de la anestesia porque las piernas no las podía mover muy bien. De ahí me dijo "oye mi Rapunsel, ya...", y le digo: "tranquila, si Dios quiere ya vamos a salir," y "ya" me dice. De ahí me dijo que la traiga, la sepulte, y me dijo que le ponga un juguetito que tenía ahí en el aparador. (Esposo, MP-37CUE)*

*Que le encontró; que al final ya no le encontró, salió diciendo a mi señora que parece que el cuerpo de ella le había absorbido al feto. Y para colmo, tuvo un pequeño sangrado, y ya, supuestamente había abortado. De ahí, mi señora quedó mal; súper mal. Todo un mes de mayo; no pasó bien... Sí, físicamente bien, pero psicológicamente, el hecho que le diga el Doctor eso, que diga que abortó, emocionalmente, le... ósea no le acabó, sino decayó. (Esposo, CM-36CUE)*

Se rescata el caso de una adolescente que sufrió violencia psicológica y física por parte de su familia materna; en medio de ello tuvo que manejar sola la muerte de su progenitora llegando en algún momento a considerar terminar con su vida.

*Mi hija, la que falleció, le encuentra a mi hermano, dice "dígame a mi papi que*



*nos ayude porque nos están pegando”, entonces yo también me fui, porque cuando vivían mis hijos con ella (esposa) mis hijos se pusieron rebeldes conmigo diciendo que he hecho la brujería a mi mujer para matarle.*

*Les maltrataban a mis hijos. Entonces ella incluso ha estado yendo a cometer un error de matarse... sí, mi hija, me conversó llorando “Yo tenía ganas de matarme” ... Mijo también me contó, me dijo “papi la ñaña quería matarse, se tomó un montón de pastillas” y me enteré que él ha querido colgarse del pescuezo. (Padre, JY-19CUE)*

La misma mujer posterior a retornar al hogar de su padre en busca de ayuda, continuó siendo víctima de violencia normalizada a través de insultos y del castigo físico, situación a la que se sumó el pedido de desalojo de su nuevo hogar por parte del progenitor. Después de ello surgió el embarazo.

*Un día solo le alcé la mano a mi hija la J, a la que está muerta, me llevaron preso, pero le digo hace un año casi fue, no digo, le pegué porque ha ido a estar con un señor casado... entonces le metí un patazo y un chirlazo aquí en la cabeza. Digo “déjate de cosas, estar andando con un hombre casado” Solo por eso llegó un policía y me fue llevando. Dice “no se le maltrata así a una hija”, “Yo sé” digo, “pero ella mismo se puso filática”. Me cogió, me detuvieron dos días en Turi. No niego, como es delito pegar a los hijos, no niego, dos días me detuvieron. De ahí se ríe mija, dice “¿qué tal estaba dormir allá arriba?”, digo “solo por pegarte a vos, ahora ni jodas, haz la cuenta que yo me he muerto para vos le dije, yo no quiero nada ahora ándate donde mi mamá”. Entonces ahí vivía con mi mamá, pasaba ahí y ella pasaba carretillando (llevando carga) aquí en el terminal de ahí le conoció al chico este (pareja que no se responsabilizó) (Padre, JY-19CUE)*

Sale a relucir el tema de los problemas económicos, su asociación con el sufrimiento y su repercusión en la salud.

*Ella sí se sentía un poquito mal, decía que le dolía la cabeza por el sufrimiento, eso decían que era por el estrés. Incluso en el subcentro mismo habían dicho eso “es porque usted mucho piensa”, algo así... Lo suegros hacen que sea garante a mismo hijo y nunca pagaron un centavo, quien tenía que tomar esa responsabilidad era mi hermana. Ahí empezó a sufrir más... Ella tuvo que endeudarse para pagar las deudas de los suegros. (Hermana,*



OO-33CUE)

**Comorbilidades previas.** Entre algunos detalles de las mujeres que padecían enfermedades diagnosticadas previamente se recoge evidencia sobre la falta de control y tratamiento periódico de comorbilidades preexistentes pese al conocimiento de su existencia y necesidad de terapéutica constante. En uno de los casos dicha información nunca fue compartida con su pareja hasta que se presentaron complicaciones.

*Ha sabido tomar antes cardioaspirinas, eso ha sabido tomar de por vida, pero cuando ya estábamos juntos nunca me dijo, nunca tomaba ninguna medicina. (Esposo, MT-27CUE)*

En otro se detalla la existencia de una patología ginecológica que implicaba un riesgo inminente para el desarrollo del embarazo.

*Teníamos que programar también la operación para sacarse el útero, por problemas que tenía de ¿miomas? Y de ovarios poliquísticos y había recomendado el Doctor sacarse. (Esposo. CM-36CUE)*

En uno de los casos por muerte indirecta se describe la presencia de cáncer de tiroides tratado con quimioterapia y que pese al mal pronóstico demostró una respuesta favorable a la terapéutica instaurada, pero en el que la presencia del embarazo adelantó el deceso.

*2 -6 meses de vida le dijeron ahí, o sea ella no tenía opción de vida más, porque vería ella tenía un tumor en el... aquí empezó el tumor, el otro en el pulmón, el otro en el riñón y el otro en el hígado. A ella le hicieron toditos los estudios que según estaba así, pero según tratamiento de SOLCA, de tantos tratamientos que le dimos, ella mejoró. Según las pruebas que se le hacía, el cáncer bajó más de la mitad, pero en ese tránsito ella se embarazó. (Hermana, MP-25CAM)*

**Cuidados en el embarazo.** En todos los casos la presencia del embarazo implicó el cambio de actividades o la modificación de la intensidad de las mismas con el objetivo de preservarlo.

*Cuando estaba embarazada ella pasaba lo que es conmigo en la casa. Como ahí están los hermanos, los hermanos también le mimaban. (Padre, JY-19CUE)*

*Por la situación de los miomas y de los ovarios poliquísticos era un embarazo*



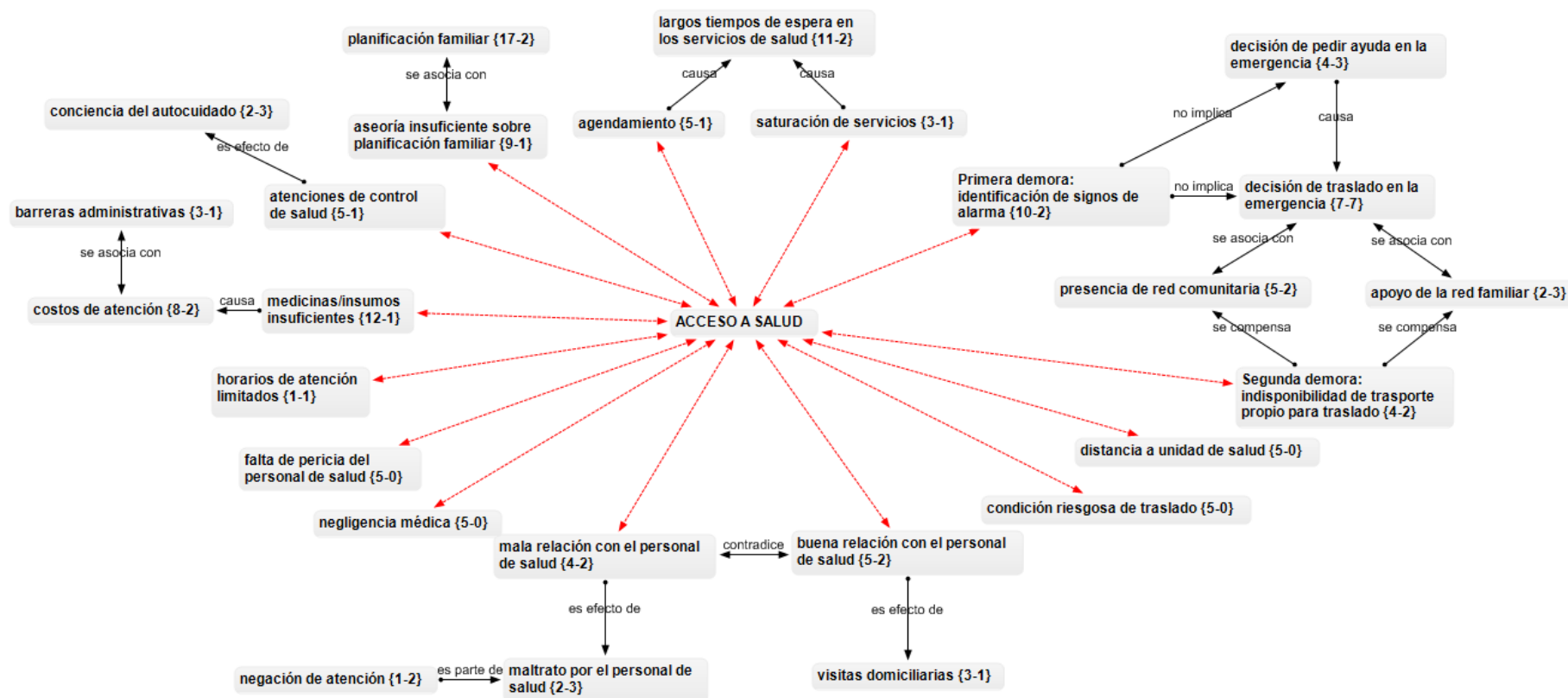
*de alto riesgo, pero había que llevar los controles. Entonces comenzó a tratarse bien, a comer bien, a ya no hacer bastante fuerza, cosas por el estilo.*  
(Esposo, CM-36CUE)

### **7.2.2. Acceso a salud**

A continuación, se detallan las siguientes subcategorías que permiten detectar los factores asociados al acceso a salud.

- Barreras para acceso a salud
- Formación médica como barrera
- Asuntos médicos
- Atención de control de salud
- Falta de conocimiento
- Relación con el personal de salud

## Diagrama de red- Acceso a salud



Fuente: Transcripciones de entrevistas realizadas a familiares de mujeres domiciliadas en Azuay que fallecieron por causa maternas en el año 2017

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

**Barreras para acceso a salud.** Las unidades de primer nivel son las más cercanas a la población al momento de requerir atención médica, sus horarios limitados influyeron en la necesidad de acudir a otros establecimientos que, considerando geo-referencia, se encontraban alejados; implicando costos económicos para las mujeres y sus hogares. Tal situación influyó negativamente en la participación paterna en los controles prenatales por coincidir con la jornada laboral de los padres.

*Es que nunca acudí al centro de salud con ella porque ella se hacía los controles entre la semana entonces era complicado. En la clínica sí, sí he acudido, cuando se hizo la eco del tercer mes, de los cinco meses, ahí sí; pero al centro de salud no, porque como es día laborable, es muy complicado asistir. (Esposo, MT-27CUE)*

El agendamiento generó largos tiempos de espera que dificultaron el tratamiento oportuno y causaron molestias en las usuarias y sus acompañantes.

*En el hospital últimamente estaría un poquito demorado porque hay que coger los turnos, eso es un poco complicado y al último para poder ingresarle ya para la cesárea, ahí había molestia para que nos den los turnos. (Hermana, MP-25CAM).*

Así mismo se aborda el tema de las relaciones internas dentro de las instituciones para saltar estos procesos y viabilizar la atención.

*Una tía de ella trabaja en el hospital del seguro; le ayudó a conseguir un turno pronto, no tuvo que esperar más tiempo. (Esposo, CM-36CUE)*

En algunos casos la falta de capacidad de infraestructura o de personal ante la alta demanda de pacientes, demoró la atención hasta que se efectúe la derivación o referencia a otra unidad con capacidad resolutive y disponibilidad de espacio físico.

*Me mandó a hacer una eco para verificar y no sé qué más. Fuimos los dos caminando y vinimos caminando. De ahí le entregamos la eco y nos dijo que la bebé prácticamente no tenía posibilidades. Que había que hacerle un legrado. Y porque no había camas, no nos dejaron ahí y nos dieron espacio en el hospital de Azogues. (Esposo, MP37-CUE)*

En ocasiones en las que no se consigue cupo en unidades del MSP el procedimiento a seguir es la activación del Servicio Integrado de Redes de Emergencia Médicas (SIREM) vía telefónica, posterior a ello y al envío de documentación, se debe esperar el tiempo que demore la gestión en la Red Privada



Complementaria (RPC) que depende del trabajo de analistas y de la disponibilidad de los prestadores de salud (clínicas privadas). Como en el caso de una mujer de quien no se dispone entrevista, pero que de acuerdo a los registros médicos tuvo que esperar alrededor de 10 horas para la derivación.

La indisponibilidad de medio de transporte propio y la falta de respuesta por las instituciones de salud se compensaron por la presencia de redes familiares y comunitarias de apoyo, no obstante, se generaron movilizaciones riesgosas.

*Digo “oye hija a lo mejor algo te hizo mal”. “No, no” -me dice- “me duele la cabeza”. Y empezó a vomitar verde... “No sea mala vecina deme llevando a mi hija en un taxi”, porque llamó a la ambulancia y no vinieron, llamó la señora, y no vino. Me cogió la mano y me dijo “si algo me llega a pasar cuídale a mijo”, en esa forma, -le digo- “sale tonta, vos pareces tonta, anda rápido, párate rápido y ándate al hospital”. La vecina le fue llevando de la mano para afuera. Se subió en el taxi y se fue con mi nieto todo. Yo no podía ir dejando la casa porque no tenía candados y ahí se podían robar, me fui a pedir que me presten unos. (Padre, JY-19CUE)*

*Gracias a Dios cuando no teníamos plata la gente nos apoyaba bastante para llevarle a mi hermana. El pueblo aquí es bien colaborador. (Hermana, MP-25CAM)*

*Dejamos a los bebes en la escuela, pedimos un taxi y nos fuimos (Esposo, MP-37CUE)*

Las mujeres que se encontraban en el casco urbano contaban con unidades de salud de primer nivel relativamente cercanas.

*A una cuadra y media, ya a lo mucho dos cuadras (Padre, JY-19CUE)*

No fue así con quienes se encontraban en el área rural, cuyo acceso se dificultó por la falta de medios para el traslado y largos tiempos de espera.

*Encuestador: ¿Cada que tiempo pasa el bus?*

*Madre: Cada... una hora u hora y media por ahí*

*Encuestador: ¿Cómo se iba ella hasta el Centro de Salud? ¿Se iba en bus?*

*Madre: Claro, en el bus. (OO-33CUE)*

De igual manera, las mujeres que se encontraban en sectores rurales tuvieron obstáculos de distancia hacia las unidades de referencia con mayor capacidad resolutive. Así se demuestra en el caso de una de ellas, quien tuvo que ser



trasladada hacia la costa pese a llevar sus controles y tratamiento crónico en Cuenca.

*No había cómo movilizarle a Cuenca porque estaba muy lejos...más cerca nos quedaba Machala... Nos fuimos a una clínica particular, siempre se comunicaban con la doctora de Cuenca para llevarle el tratamiento entre ellos y acá. (Hermana, OO-33CUE)*

Considerando que la mayoría de mujeres se trasladaron en taxi, como se ha expuesto anteriormente, quienes lo hicieron por ambulancia no estuvieron acompañadas del personal con la capacitación ni pericia necesaria para el manejo de complicaciones.

*Fui yo, el señor de la ambulancia y fue una chica, enfermera, fue con un papel... fue despacio la ambulancia. (Esposo, MP-37CUE)*

*Hasta Santa Ana dijo que iba normalmente, ya después de Santa Ana hasta abajo había corrido porque la máquina, mi marido dijo, como que ya ha acabado la vida de mi ñaña. Cuando ha llegado al hospital a la emergencia mi marido dijo a mí que ya ha estado hecho moradita. (Hermana, OO-33CUE)*

**Formación médica como barrera.** Las negligencias médicas detectadas incluyen la falta de actuación oportuna y adecuada frente a casos que requirieron intervenciones inmediatas.

*Me decían que hay que esperar, que hay que esperar. Hasta que se complicó todo, hasta el día lunes. Desde el viernes hasta el día lunes, ahí fue que le hicieron la microcesárea y le sacaron, pero ya estaba prácticamente por dentro necrosada. (Mujer referida para aborto terapéutico que no fue realizado sino hasta que el producto ya no tenía signos vitales) (Esposo, MP-37CUE)*

*Cuando le han hecho la cesárea no le han hecho bien la limpieza, y el doctor mismo, el segundo doctor que le abre se lo ha dicho a él que se le encontró residuos adentro. Entonces por qué no le limpian bien, si le hubiesen hecho la limpieza en la cesárea no estaría muerta (Hija, MP-37CUE)*

En una situación específica se dificultó el diagnóstico y manejo correcto de una infección de vías urinarias a repetición por el extravío de las muestras.

*Ella dejó tres muestras días antes para hacer el cultivo, total... se había perdido esa muestra, no sé cómo, pero se había perdido. Ese día le dan de*





*alta a las 11 de la noche. (Esposo, CM-36CUE)*

Se presentaron situaciones en las que pese a acudir en búsqueda de ayuda, en las unidades de salud no se realizaron las valoraciones completas para la detección oportuna de complicaciones.

*Ella asistía al centro de salud por problemas de respiración, que le dolía exageradamente unas tres semanas... Entonces siempre acudía como 2 o 3 veces al centro de salud y le mandaban... ¿en el centro de salud qué le mandaban? eh paracetamol creo que era. Al ver que no le pasaba eso le llevamos al hospital; estaba ahí desde las 2 de la tarde hasta las 7 de la noche casi, hasta más, 10 de la noche, le mandaron antibióticos y dijo está bien que no, no tiene problemas del bebé y le hicieron una eco...(3 días después) Vine del trabajo como a las 7 de la noche, ella ya no aguantaba, como que se ponían los deditos, los deditos de ella eran morados, morados, igual la carita morada, se estaba hinchando, se le hinchó la pierna un poco, entonces nos fuimos por emergencia el sábado tipo siete y media de la noche. Entonces estábamos hasta las ocho y dijo “no, tiene que hospitalizarse” ... le hicieron una radiografía, dicen que tenía en los pulmones agua, que estaban llenos de agua tanto que tosía, entonces que por eso estaba escupiendo ya como rosadito... no, no le encontraron temprano lo que tenía. (Esposo, MT-27CUE)*

La falta de pericia también se manifiesta en la detección del embarazo como en el caso de una paciente a quien el médico le indicó que había abortado, situación que se descartó cuando en exámenes previos a una cirugía hallaron un embarazo de 5 meses.

*Así estuvimos 15 días entre idas y vueltas, idas y vueltas, que le encontré, que al final ya no le encontré. Salió diciendo a mi señora que parece que el cuerpo de ella le había absorbido al feto. Y para colmo, tuvo un pequeño sangrado, y ya, supuestamente había abortado. (Esposo, CM-36CUE)*

**Asuntos médicos.** La indisponibilidad de medicinas e insumos en las unidades del ministerio de salud pública implicaron costos de movilización y de adquisición de dichos elementos que no se encontraban en stock y que en ocasiones eran solicitados en horas de la noche dificultando su adquisición.



*46 días contados. Entre idas y vueltas, subidas y bajadas. Medicamentos que se acababan, que no tenía, había que ir a comprar a las 9, 10 de la noche. (Esposo, CM-36CUE)*

*Me llamó por teléfono, no había medicina y yo tenía que comprar la medicina. Salí de donde mi primo a coger taxi a donde yo vivía, entonces me cambié, me puse ropa abrigada, llevé una cobija en la mochila, casi a las 12 de la noche. Entonces la vi, fui a comprar la medicina.*

*(En días posteriores) Antes de salir del terminal, me llamó de nuevo a decirme que necesitaba otra medicina y así mismo me regresé en el taxi me mandaron a comprar bastantes cosas: mandaron a comprar nueve sueros; cinco grandes y cuatro pequeños. Mandaron a comprar las mangueritas esas, no me acuerdo como es el nombre... Sondas, que inclusive no hubo, como dos no hubo de esa medida que mandaron a comprar en esa parte; tuve que ir a comprar en otro lado. Esa receta creo que sí la tengo. Y mandaron a comprar útiles de aseo, pañal para adultos, enjuague bucal, shampoo, peinilla, jabón. Ahí sí se me hizo bastantito, como \$40. Entonces yo fui a la carrera, compré. (Esposo, MP-37CUE).*

*En otras ocasiones el personal de salud optó por realizar referencias/derivaciones a otros establecimientos por falta de capacidad resolutive de las unidades a las que acudieron inicialmente las pacientes, situaciones que retrasaron el inicio de la terapéutica.*

*Le vieron, le valoraron y nos dijeron que no tenían los equipos. Nos mandaron en ambulancia a emergencias del Hospital José Carrasco Arteaga. (Esposo, CM-36CUE)*

Así mismo existieron situaciones en las que los medicamentos requeridos podían ser gestionados por las unidades de salud pero para su provisión tenían que iniciarse trámites administrativos demorados por lo que se requirió dialogar con autoridades.

*Estuvo aquí el RE (autoridad) por el hospital... Entonces mi cuñado me dijo que vaya a hablar con él para que se muevan más rápido las cosas. Justo antes de hablar con él, hablé justo con el director del hospital, entonces él habló con las demás personas para mover inmediatamente todo para como quien dice el día siguiente...los medicamentos todo. Por ese lado sí nos*



*ayudaron, pero sí tuvimos también que comprar medicamentos como la fosfomicina en el HR (clínica particular). (Esposo, CM-36CUE)*

También se observa cómo el desabastecimiento de algunos métodos anticonceptivos sumado a la falta de oferta de otras opciones para planificación reproductiva, desencadenó el embarazo.

*Porque nos estábamos cuidando con la mesigyna, le estaban poniendo aquí en el subcentro, pero se terminó la mesigyna entonces dijo ya no nos vamos a cuidar. (Mujer que planificaba tener otro embarazo 3 años después) (Esposo, MP-27CUE)*

**Atención de control de salud.** Algunas mujeres presentaron comorbilidades previas al embarazo por lo que acudían periódicamente a las unidades de salud para controles prenatales y de sus patologías de base, esto no asegura la compensación de las mismas o que recibieran los tratamientos adecuados.

*Cada mes primerito iba donde la doctora y de ahí iba a donde, donde el cardiólogo, entonces por eso digo, cada mes ella estaba ahí y yo no sé realmente qué pasó ese día, por qué las cosas se dieron así, tan repentinamente. (Esposo, MT-27CUE)*

*Se le citaba cada mes, ella estaba ahí, porque SOLCA era así, ahí le trataban el cáncer y el embarazo. (Hermana, MP-25CAM)*

**Falta de conocimiento.** La mayoría de mujeres que se protegían con un método anticonceptivo lo hicieron con el preservativo porque fue la única opción que les ofertaron. No existen registros sobre indicaciones para el uso correcto de los mismos.

*O sea, no, nunca nadie nos ofreció nada, simplemente los preservativos nos ofrecieron, nada más. (Esposo, MT-27CUE)*

En un caso específico tras contraindicar el embarazo, no se facilitaron las herramientas educativas y materiales para prevenirlo.

*Hermana: Antes le decía que no podía embarazarse, en SOLCA dijeron “verás hija si vos te embarazas corres un gran riesgo, así es que vos tienes que cuidarte” eso es lo que le dijeron cuando yo le acompañaba.*

*Entrevistadora: Ya, ahí cuando le dijeron que no puede embarazarse, ¿le dijeron tal vez tiene que cuidarse con algún método, algo? ¿Nada?*

*Hermana: No pues como ella también no preguntaba, ella no se enfermaba*



*normalmente y como no tenía marido nada. (Hermana, MP-25CAM)*

La descompensación de la salud no siempre fue detectada como un signo de alarma; la identificación de estos últimos no implicó la decisión inmediata de pedir ayuda y menos aún el inicio oportuno del traslado a las casas de salud.

*El día martes sí le noté medio maluca pero ella decidió ir a trabajar todo. Se fue a trabajar, le llamé al trabajo me contestó que estaba yendo a la casa que le habían dado permiso. (Esposo, CM-36CUE)*

*Antes la sobrina la Gloria, ella ha sentido de lo que está roncando, porque dice que ha estado roncando duro, antes ella se despierta y avisa al papá; el papá ha estado bien dormido y no ha sentido nada... como ya no se recuperaba, entonces ya pues mi idea era que llamemos una ambulancia porque no, no... ya estaba inconsciente. Entonces de ahí han llamado a mí cuñada todo y digo, ven a ver lo que está pasado, entonces ella también dijo, esto está medio grave llama a la ambulancia, entonces yo llamé; eso digo, si ha de ser unos diez a quince minutos... en una media hora haya llegado (ambulancia) (Hermana, OO-33CUE)*

**Relación con el personal de salud.** La empatía del personal de salud manifestada en el acompañamiento en procesos dolorosos mediante la dotación de información, gestión y atención en el domicilio, generaron sentimientos de gratitud por parte de las personas beneficiadas.

*Con la doctorita Gabriela Guillén, ella me ayudó con un montón de cosas. Necesitaba pintas de sangre y habló con los del distrito... Ella me ayudaba a entender por qué hacían esto por qué el otro. Me ayudó bastante. Estoy muy agradecido, también los compañeros del distrito que vinieron a donar sangre. (Esposo, CM-36CUE)*

*Dando gracias a Dios los doctores de aquí del subcentro nos han dado ayuda absoluta. Los de aquí, los de la Ponce mismo han estado ahí con nosotros, con la ayuda todo, a la hora que les hemos necesitado han estado aquí con nosotros... Desde que ellos detectaron el cáncer todito el tiempo venían. Estaba la Dra. Solange, un doctor gordito. Haga cuenta cuantos rurales, todito el tiempo ellos han estado aquí. (Hermana, MP-25CAM)*

*Nosotros estamos agradecidos con Dios y agradecidos con los doctores que le atendieron hasta el último, nosotros no tenemos una queja para decir ellos*



*le mataron o le hicieron mal. (Hermano, MP-25CAM)*

En la atención se evidencian relaciones de poder del personal de salud con las usuarias, que se representa en la negación de la prestación de servicios. Estas situaciones produjeron disconfort y relaciones problemáticas.

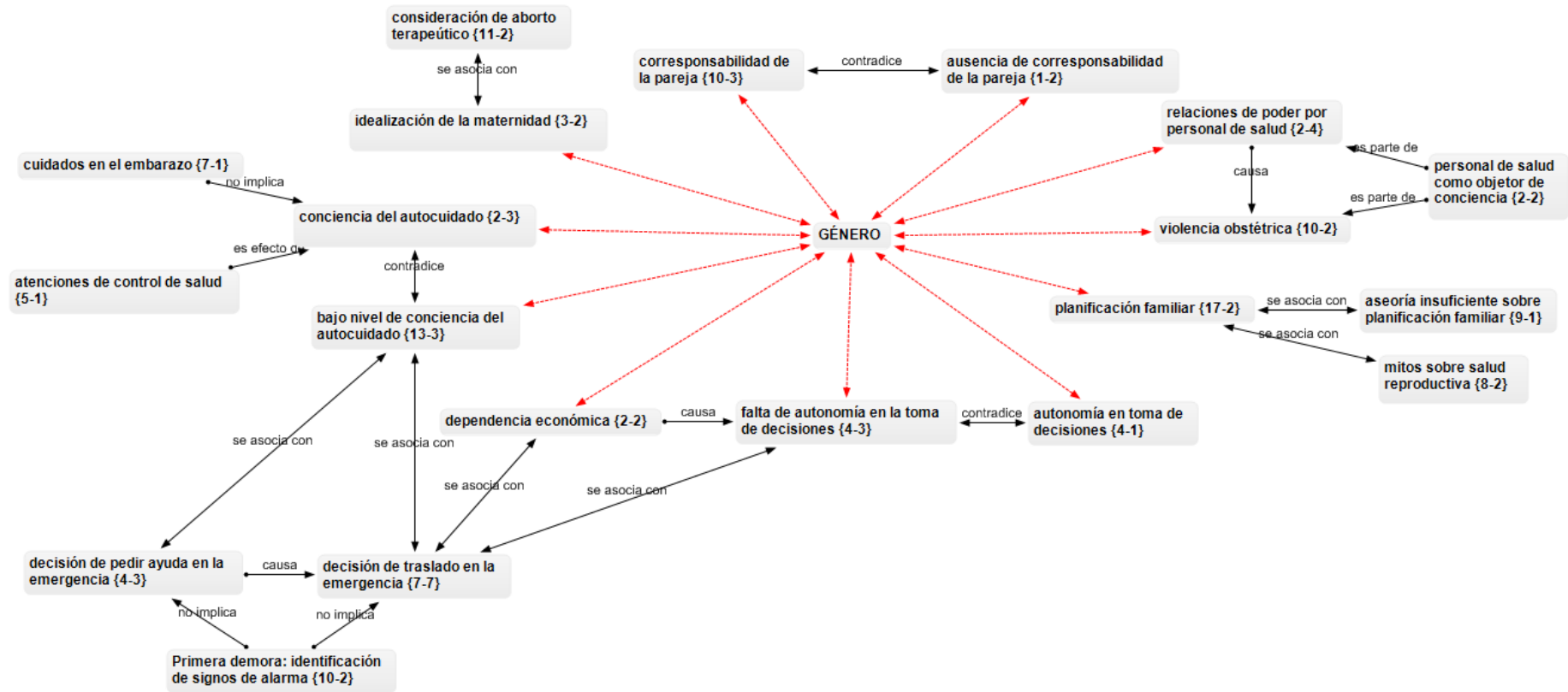
*Ella se hacía chequear con el cardiólogo del hospital, muy complicado también ese cardiólogo... no le quería atender, tenía yo que ir a hablar a gerencia para que le den una cita porque era muy complicado, una vez le dijo... o sea le baja el autoestima, por eso ya no quería acudir al hospital. Le decía "tú ya tienes que echarte a morir, ya no tienes remedio". Entonces yo fui a poner una queja en gerencia, entonces ya le veía mal a la M, entonces ¡eh!, optaron por cambiar. Entonces sí, había problemas, por eso ella más segura se sentía en la clínica. (Esposo, MT-27CUE)*

### **7.2.3. Género**

En el siguiente apartado se detallan los determinantes de género captados en las entrevistas y su relación con las decisiones en salud.

- El autocuidado
- Planificación familiar
- Idealización de la maternidad
- Autonomía y toma de decisiones
- Relaciones de poder por el personal de salud

## Diagrama de red – Género



Fuente: Transcripciones de entrevistas realizadas a familiares de mujeres domiciliadas en Azuay que fallecieron por causa maternas en el año 2017

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

**El autocuidado.** Las citas que abordan la conciencia del autocuidado guardan relación con el cuidado del embarazo, no se encontró información respecto a los cuidados previos al estado de gestación.

*Descubrieron que estaba embarazada, entonces desde ahí no se dejaba de chequear, estaba muy pendiente de todo. (Esposo, MT-27CUE)*

El bajo nivel de conciencia de autocuidado fue repetitivo en todos los casos. Existieron mujeres que pese al conocimiento de sus patologías previas cuya descompensación podría suscitarse con el embarazo, restaron importancia a su bienestar al subdimensionar su situación de riesgo y/o continuar con la gestación.

*Desde ahí después cuando ella se embarazó pensamos nosotros que era riesgoso, podía pasarle algo, pero ella nos dijo que no, que no había problema. (Cuñada, MT-27CUE)*

*Dijo la doctora que... o sea había dos recomendaciones: una que se hiciera sacar y otra que ella decidiera si quería tener. La vida de ella corría riesgo por el embarazo y por la enfermedad de ella, por el tumor que ella tenía no iba a resistir al embarazo. Entonces ella se decidió tener porque decía si era de morirse pues teniéndole o haciendo sacar igual iba a... ella no tenía vida para nada. (Hermana, MP-25CAM)*

En otros casos los signos de alarma se intentaron paliar mediante la automedicación. Así mismo se evidencia la relación del bajo nivel de conciencia del autocuidado con la violencia, la dependencia económica y la falta de decisión de traslado durante la emergencia.

*Disculpe la mala palabra y con respeto, le digo "Oye hija de la gran puta te estoy diciendo que te vengas haciendo chequear y vengas trayendo los resultados y tu vienes a decirme a mí que por qué te duele la cabeza, oye mejor calla", le boté 5 dólares a la cama y dije "ándate al hospital, coge a uno de tus hermanos y anda con uno de ellos". Se ha ido a la farmacia y ha comprado una pastilla para el dolor de cabeza. (Padre-JY19CUE)*

**Planificación familiar.** Se evidencia la tendencia a asociar las relaciones sexuales con la presencia de una pareja estable.

*No pues como ella también no preguntaba, ella no se enfermaba normalmente y como no tenía marido nada. En aquellos días no tenía marido... como la verdad ella no tenía marido en ese entonces, no hubo precaución, nos confiamos en eso. (Hermana, MP-25CAM)*



Dentro del estudio se detecta a una mujer, que previo al embarazo había manifestado paridad satisfecha y la decisión de optar por un método anticonceptivo permanente.

*Ella dijo que ya se iba a ligar... ya no quería tener más (Esposo, MP-37CUE)*

**Idealización de la maternidad.** En ciertas situaciones la maternidad fue considerada un milagro digno de gratitud, que se dio en medio de la enfermedad, se consideró a la gestación como la oportunidad de ser madre, aunque la misma implique adelantar la muerte de la mujer y dejar en la orfandad a un nuevo ser resuelto a ser compañía.

*Porque cuando ella estaba agonizando, antes que se embarazara, cuando yo era chico (habla persona adulta), ella estaba agonizando, ella ya no... Era injustamente un diciembre, ella ya a la cuenta no se levantaba de la cama, ella pedía a Dios que le dé una compañía a mi mamá y Dios le cumplió. No hay para qué más darnos vueltas, un niño es un milagro que le dieron a mi hermana... Sabíamos que el cáncer tarde o temprano le iba a acabar de eso ya... esperábamos, porque en los primeros exámenes ya de una le dijeron que es cáncer terminal, no había para ella un remedio y Dios bendito le dio una oportunidad de que se embarace, sepa lo que es ser madre, sentirse madre, tener una pareja. (Hermano, MP-25CAM)*

**Autonomía y la toma de decisiones.** En todos los casos emergentes tras detectar alteraciones en su salud, las mujeres fueron trasladadas por decisión y apoyo de sus familiares, más no por iniciativa propia.

*Mi mamá ya le ha visto que se agitaba mucho, al ir al baño se cansaba. Mami dice que dice "hijita llámale al Luis y dile para que te lleven al doctor rápido porque no es normal que estés así". Entonces le llama y mi ñaño viene enseguida y se van al hospital. (Cuñada, MT-27CUE)*

De acuerdo a lo referido por familiares una mujer tomaba sus propias decisiones y estas estaban concentradas en el espacio privado del hogar. No se cuenta con más registros al respecto.

*Sí eso sí, yo si le decía, las decisiones que tomas en la casa son tuyas y las mías en el trabajo y lo que está de acuerdo, yo le apoyaba en todo, en todo yo le apoyaba. (Esposo, MP-37CUE)*





**Relaciones de poder por el personal de salud.** Dentro de este punto importa abordar la relación de poder de un médico con la paciente a través de la negación de la atención y el maltrato.

*No le quería atender, tenía yo que ir a hablar a gerencia para que le den una cita porque era muy complicado, una vez le dijo... o sea le baja el autoestima, por eso ya no quería acudir al hospital. Le decía "tú ya tienes que echarte a morir, ya no tienes remedio" (Esposo, MT-27CUE)*

Se da otro caso en el que el médico asume una posición jerárquica y actúa como objeto de conciencia decidiendo no terminar un embarazo de 21 semanas, pese a que la madre con el apoyo de su pareja, autorizó el aborto terapéutico por el riesgo de contraer una infección uterina tras la ruptura de membranas placentarias y pérdida de líquido amniótico. Se trataba de un aborto por la edad gestacional y porque el peso fetal no era compatible con la vida extrauterina.

*Le dije entonces "doctor, si dice que no tiene ya líquido amniótico, la bebé ya no tiene salvación ¿por qué no le hacen el legrado de una vez?". El doctor me dijo así en estas palabras "Por ética profesional, no podemos hacer eso porque la bebita todavía tiene vida"; se le oía los latidos a la bebita. Pero me dice que la bebita tiene vida, pero no hay esperanza porque ya estaba sin líquido amniótico, entonces yo sí quería priorizar la vida de mi esposa. (Esposo, MP-37CUE)*

En días posteriores la situación se mantuvo igual pese a que de acuerdo a lo que refiere la familiar el feto se encontraba sin vida.

*"¿Qué te quieres morir? ¿Quieres dejarnos a nosotros solos? No te quieres sacar a esa niña que ya está hasta muerta adentro, mami una niña ya sin vida, no vive" "No hija, yo quiero, pero los doctores no me la quieren sacar, yo ya les dije que me la saquen" (Hija, MP-37CUE)*

En el mismo caso la mujer fue víctima constante de violencia obstétrica mediante la negación a tener contacto con su hija fallecida, la falta de respuesta y atención al llamado de ayuda y un trabajo de parto tormentoso en la espera de la expulsión fetal mientras la paciente se encontraba inestable, situación que terminó en una microcesárea.

*Se quedó en la recuperación, y me dijo que quería ver a la bebé. Entonces así mismo nos dijeron los doctores que no, que no era factible que ella la vea*



*por cuestiones psicológicas y también por cuestión de contaminación.  
(Esposo, MP-37CUE)*

*Dice: (por celular) "Amor, me siento mal," pero ya con una voz bien quebrantosa. Más o menos habrán sido cerca de las siete de la noche. Y luego: "llámale al doctor", porque ahí hay el botoncito que ponen para llamar y dice: "estoy timbrando y no viene"*

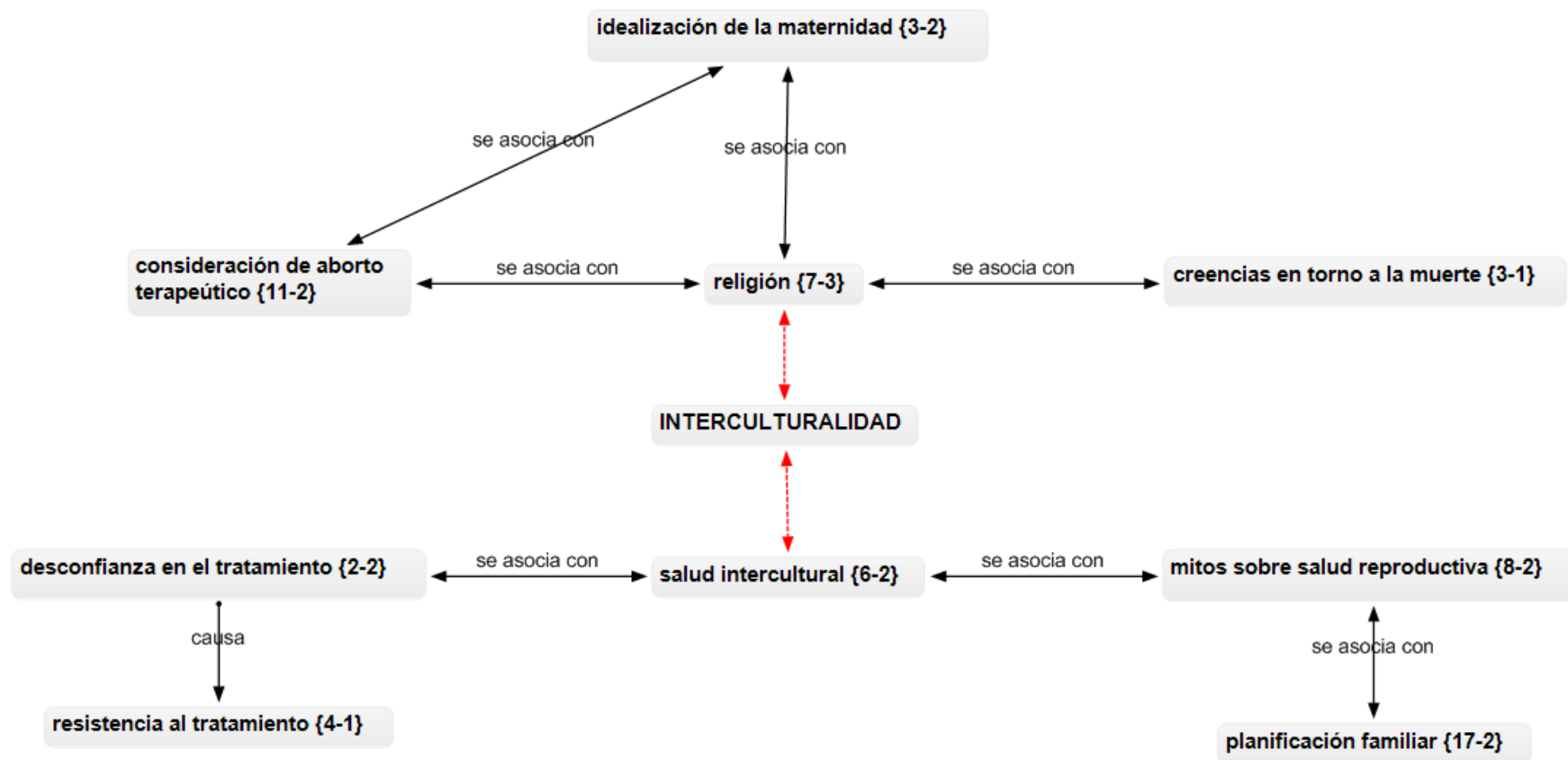
*Incluso el último día, cuando le hicieron la cesárea, cuando cayó bien mal con el frío, escalofrío y la fiebre, entonces ella se puso, como quien dice, a quejar, inclusive querían que ella bote la bebé. Querían que dilate, ella no dilataba porque los últimos tres partos, sólo fue cesárea y ella nunca dilató. Entonces ella dijo, inclusive: "Yo no dilato", le estaba doliendo la cabeza... Entonces decía ella: "Ahí viene, ¡ahí viene!", pujaba y hacía fuerza. Pero nada, nada, no podía dilatar. Y ahí se agravó bien mal. (Esposo, MP-37CUE)*

#### **7.2.4. Interculturalidad**

En este apartado se detalla la influencia de la interculturalidad en la salud mediante la organización de citas en dos categorías:

- Religión
- Salud intercultural

## Diagrama de red – Interculturalidad



Fuente: Transcripciones de entrevistas realizadas a familiares de mujeres domiciliadas en Azuay que fallecieron por causa maternas en el año 2017

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

**Religión.** Los aspectos religiosos se asociaron con las creencias en torno a la muerte y la consideración del aborto.

En algunos relatos la muerte fue reflexionada como un efecto inmodificable del destino marcado por la decisión de Dios.

*Ya cuando llega el destino ya Diosito cuando decida, donde quiera (Madre, OO-33CUE)*

"Tranquila que ha sido lo que Dios ha querido, yo estoy feliz por lo que me diste un hijo. Pero si Dios lo decidió así, hay que aceptarle. Tranquila nomás que vamos a salir de esta" (Frente a la pérdida del feto) (Esposo, MP-37CUE)

En uno caso específico la consideración del aborto terapéutico fue determinada por el pensamiento de pecado.

*Le digo, "Es por tu vida". De ahí dije yo "¿Mejor no vale hacerte sacar mamita?", dijo "¿No será pecado?" (Llora) (Madre, MP-25CAM)*

**Salud intercultural.** Los mitos sobre la salud reproductiva y la falta de asesoría adecuada influyeron directamente en la planificación familiar.

*Le decían también que ya tomaba muchas medicinas, entonces que no valía más pastillas. (Esposo, MT-27CUE)*

*Estaba ella en esa planificación familiar, verá se enfermó, se enfermó ella tomaba pastillas y esas pastillas dijo que había cocinado adentro ahí por eso ella tenía que ir donde un señor que curaba con remedio natural porque ya el doctor, o sea, se iba donde un doctor, se iba donde otro doctor y nada sentía bien... estaba tomando tiempos, estaba tomando esas pastillas y solo con dolor de la cabeza (Hermana, OO-33CUE)*

En uno de los casos se presumía que la madre tuvo previamente un hijo con malformaciones que falleció inmediatamente posterior al parto a causa de los métodos anticonceptivos que se estaba administrando.

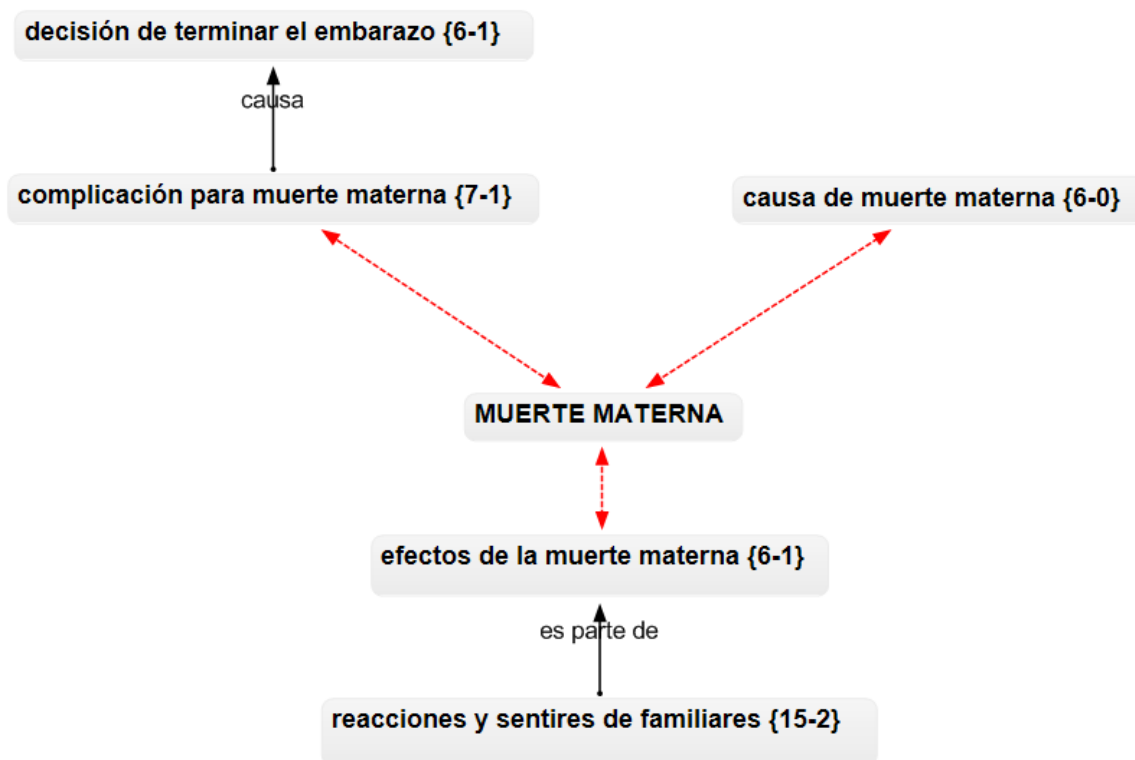
*Yo si ha tenido uno hijos bastante pero nunca en la vida yo no he sabido tomar nada, ahora de todo vienen para que controlen para que no tengan más hijos dicen... ¿pero qué pes (pues)?, peor estamos haciendo a uno ignorante; verá ese guagüito así no tuvo piecito como nosotros, solo aquí... un dedito ya; ve, mire ¿cómo va a ser eso? nació muerto, primer guagüito lo que sabían haciendo tratamiento para no tener guagüitos, ¡qué mala suerte quedar embarazada ella!... no, no, no, esas pastillas. (Madre, OO-33CUE)*

### 7.2.5 Análisis emergente- Muerte materna

Importa rescatar mediante un análisis emergente datos importantes en torno a la creación de una categoría secundaria con sus subcategorías:

- Complicaciones para muerte materna
- Causas de muerte materna
- Efectos de la muerte materna

#### Diagrama de red: Muerte materna



Fuente: Transcripciones de entrevistas realizadas a familiares de mujeres domiciliadas en Azuay que fallecieron por causa maternas en el año 2017

Realizado por: Gabriela Mireya Guerra Astudillo

**Complicaciones para muerte materna.** Exceptuando un caso, durante la emergencia todos los embarazos fueron pretérmino por lo que la decisión de su terminación estuvo definida por la presencia de complicaciones maternas y fetales. La mayoría de intervenciones fueron oportunas para salvar la vida del producto del embarazo, pero claramente, no la de la mujer.

*Me dijo que le van a internar y que le van a sacar agua porque ella no estaba respirando bien. A lo que yo ya llegué vi que ella entró a quirófano, después,*



*debían sacar a la guagua y que la guagua está un poquito agitada porque no ha estado recibiendo el oxígeno (Esposo, MT27-CUE)*

*Dijo la doctora que era riesgoso la cesárea que iba a hacer, era bien riesgoso, que a ella ya le empezaba a dar taquicardia, empezó paralítica, todo desde que ingresó hasta las cuatro y media que le llevaron al quirófano, le pusieron esa maquinita que monitoreaba a ella pero seguían las taquicardias, las taquicardias subieron rapidísimo, no bajaron, por eso le hicieron cesárea de emergencia porque el bebé estaba también afectándose (Hermana, MP-25CAM)*

En un caso se evidencia la falta de acciones tempranas para la terminación de un embarazo inviable, comprometiendo la vida de la madre.

*Quemaba, quemaba en fiebre doctora, totalmente, una fiebre tremenda y tenía escalofríos, la cabeza le explotaba. Entonces ahí los doctores vinieron, entonces ya, como se dice, "metieron mano", entonces dijo que le iban a hacer la microcesárea. Ya le hacen la microcesárea y "ya queda bien"-dice-supuestamente; entonces yo pensé que iba a pasar eso ¿no? y de ahí yo esperé. La metieron en quirófano, le hicieron la microcesárea, ya le sacaron la bebita pero ya estaba muerta la bebita... No le entendí, pero ya lo que se había apegado ya por lo que le había pasado heces. Que le habían sacado a la bebita pero le habían encontrado materia en la parte de adentro; los órganos ya estaban comprometidos. (Esposo, MP-37CUE)*

### **Causas de muerte materna**

De acuerdo a las percepciones familiares existen múltiples causas para el deceso. Algunas personas manifestaron una cadena de complicaciones, y otras demostraron no tener muy claros los motivos.

*Dice que le ha dado, a ver, shock séptico, sepsis, peritonitis, neumonía asociada a ventilación. Entró por hipercalcemia, después, ya no, le dio también coagulopatía. (Esposo, CM-36CUE)*

*Me llamó el doctor y me dijo que estaba muy, muy complicada la M que no reaccionaba de la anestesia y que estaba en un pre, preinfarto, algo así me dijo y que hay que tener mucha fe y hay que prepararse para las consecuencias, entonces pasó unos cuarenta y cinco minutos después que me dijo que lamentablemente había fallecido con un paro cardíaco. (Esposo,*



*MT-27CUE)*

*Lo que después me explicaron es que se le ha roto las venas del vaso no sé qué y que se le ha regado la sangre aquí y que eso era; que ha tenido a lo mejor iras o que así se ha derramado. Pero... ¿iras con quién?, con nadie, si nadie le ha matado de las iras. Entonces ¿por qué?, incluso no entiendo yo por qué de la noche a la mañana ella acabó su vida (Padre, JY-19CUE)*

*Se acabó, le dio el derrame se acabó, dio y nada más. (Madre, OO-33CUE)*

*El doctor sí me dijo que había quedado materia, pero no me acuerdo si también dijo que era un pedazo de placenta que se había quedado adentro, no me acuerdo muy bien si me dijo así. (Esposo, MP-37CUE)*

### **Efectos de la muerte materna**

Respecto al recién nacido/a, en algunos casos otras mujeres son quienes asumen sus cuidados.

*Con mi hermana, ella nos va ayudar, entenderá que yo tengo que trabajar. (Esposo, MT-27CUE)*

*Ahorita está con mi cuñada, con ella... el verdadero papá ha sido mi sobrino mismo, se ha metido con mi sobrino. Entonces la otra vez me hicieron inscribir, le reconoció él mismo, ya está con el apellido de él, claro él también muchacho pero la que está dando leche es mi cuñada... yo también ayudo con lo poco. (Padre, JY-19CUE)*

También se aborda el apoyo de la red familiar para facilitar la crianza de los/as niños/as.

*La nana que le cuidó a mi gordo. A ella le logré conseguir. Pero antes de conseguirle a ella, mi señora habló con ella primero. Entonces, ella está con nosotros. Ella duerme aquí ahorita. Mis papás y hermanos me ayudan a pagar el sueldo de ella. Y tengo ayuda del centro de salud del Paraíso.*

*(Esposo, CM-36CUE)*

En uno de los casos en el que la muerte de la madre resultó por una causa indirecta, mencionan detalles sobre el seguimiento de salud del neonato reportando que de acuerdo a exámenes genéticos el niño tiene altas posibilidades de heredar la enfermedad de su madre que de acuerdo a la entrevista se trata de una enfermedad autoinmune.



*Mi mami, todos y el papá del bebé... Sí, a ver si va a heredar la enfermedad de la mamá. Tiene un 50% la posibilidad de heredar la enfermedad de la mamá. (MP-25CAM)*

En la mayoría de entrevistas los familiares manifiestan el dolor frente a la pérdida.

*Está... cómo le digo, triste, cabizbajo, bien triste (el esposo). (Cuñada, MT-27CUE)*

*Pero ni aun así a veces me da ganas de coger, de botarme aquí al suelo y ponerme a llorar, de no hacer nada, de pasar acostado, pero yo pienso en ellos (hijos) y saco fuerza de voluntad como se dice. (Esposo, MP-37CUE)*

En algunos casos solicitaron apoyo psicológico para sobrellevar el duelo.

*Mis hijos también necesitan bastante psicólogo por lo que ellos pasaron maltrato con la familia de ellos, con la muerte de la mamá, ahora con la muerte de la hermana. (Padre, JY-19CUE)*

Se evidencia la culpabilización sobre la muerte bajo la consideración de que se pudo haber hecho más para prevenirla.

*Dios me lo quitó a mi hija, y a veces... le juro me duele. A veces digo ¿por qué no le llevé pronto al hospital? A veces la culpa también tengo yo por no... A veces no me hacía caso, a veces digo yo tengo la culpa de que mi hija falleció porque desde el principio era de llevarle yo mismo porque ella sola no quería irse. (Padre, JY-19CUE)*

En uno de los casos se menciona el compromiso de una hija a su madre de proteger a sus hermanos y padre adoptivo aunque eso implique la disolución de su matrimonio.

*Me llama llorando, me dice "B", "¿qué pasa?", "mija me siento mal" –dice- "me siento mal, lo único que te pido es que tú me cuides al hombre, cuídamelo pero no me lo desampares". Entonces todo eso tengo en la mente, no me puedo... como a veces estaba yo con mi hermano y le digo, "yo no puedo hacerme de los oídos sordos, coger mis cosas y decir bueno papi cuídese, chao yo le estoy llamando, lo vengo a visitar y nada más", o sea.... Entonces yo si le dije a mi esposo... de noche con mi hermano estaba chateando, yo le digo "si mi esposo (a él no le gusta la ciudad) me coge y me dice sabes que yo no quiero que estén aquí" si me toca separarme me he de separar, pero yo abandonarlos a ellos, yo no, eso tengo bien presente. (Hija, MP-37CUE)*





Uno de los esposos menciona la forma en la que manejó la pérdida de la madre con su hijo pequeño.

*Le dije que la mami querida y la ñaña están en el seguro. Siempre le dije eso, y el día que falleció tenía que decirle. No encontré fuerzas ni valor para decirle, pero tuve que decirle. Que la mamita, o sea no que ella ha fallecido, sino que la mamita ya no va a venir con nosotros, sino que se durmió y se subió al cielo y se convirtió en una estrella. Una estrella que brille arriba, la que más brilla es la mami querida. (Esposo, CM-36CUE)*

Se observan sentimientos de indignación, la consideración de negligencia y la intención de iniciar acciones legales la misma que se ve frenada por la certeza de que una demanda al Estado, no se gana.

*No podemos hacer nada ¿por qué?, porque es pelear contra el Estado. Dicen “¿no quieren hacer nada? vayan al ministerio de salud y denuncien”; vamos a pelear contra el Estado... pelear contra el Estado es pelear contra el vacío, hay que ser realistas. Nosotros no tenemos dinero para andar en eso, no tenemos tiempo, yo tengo dos niños, mis dos hermanos chiquitos, mi papi que es como otro niño, se me pone mal y tengo que estar, “papi fuerte”, “papi tranquilo” imagínese, son tantas cosas. ¿Qué tiempo voy a tener yo para irme a donde el abogado?... es tiempo, es dinero... Discúlpeme, pero la persona más boba, más ciega, más tonta, sabe que es negligencia médica. (Hija, MP-37CUE)*



## VIII. ANÁLISIS

### 8.1. Análisis cuantitativo

Las muertes maternas estudiadas se desarrollaron en mujeres autoidentificadas como mestizas, algo esperable de acuerdo a las estadísticas nacionales sobre el grupo étnico asentado en la provincia del Azuay (INEC, 2010).

La tercera parte de pacientes fueron mayores a 35 años y habían cursado previamente embarazos. De acuerdo a la Guía de Control Prenatal (GCP) del MSP (2016) y a varios estudios internacionales ser mayor a 35 años representa un factor de riesgo no modificable, es decir una característica que aumenta la posibilidad de padecer una enfermedad y que no puede ser revertida, pues existe asociación con comorbilidades preexistentes, como fue el caso de algunas de las mujeres de esta investigación, y la presencia de hábitos nocivos. Además, hay mayor dificultad en la adaptación fisiológica a los cambios que se suscitan en el embarazo dando como resultado trastornos del aparato cardiovascular, niveles séricos de azúcar elevados y partos prematuros (García Alonso & Alemán Mederos, 2010).

Pese a que cuantitativamente se demuestra la presencia de una pareja en la mayoría de casos, no implica el acompañamiento activo y la corresponsabilidad con el embarazo y cuidados del hogar. Lo citado surge, entre otras situaciones, al evidenciar en la fase cualitativa la participación limitada de los padres en los controles prenatales realizados en los servicios públicos por los horarios coincidentes con su jornada laboral. Por lo tanto, importa analizar esta situación en tres niveles: Por un lado, está el individuo con sus condiciones laborales y su bagaje socializador y cultural, por otro, se encuentra insertado en la relación (buena o mala) con su pareja y, por último, el contexto institucional del país, que supera las creencias culturales y se ve afectado por las políticas y regulaciones de los horarios laborales y de los servicios públicos (Gornick & Meyers, 2006). Es así como el contexto institucional, a través de políticas de conciliación y apoyo a las familias, influye en la corresponsabilidad de los hombres en el espacio doméstico (Jurado-Guerrero, González, & Naldini, 2012).

El nivel de instrucción fue variable, solo dos mujeres alcanzaron un título universitario; las demás culminaron el nivel primario y secundario, de ellas, todas dedicaron sus actividades a los quehaceres domésticos probablemente por la falta de herramientas educacionales para desenvolverse en el competitivo mundo



laboral. Las actividades centradas en el espacio reproductivo incluyeron el cuidado directo de hijos, hijas o hermanos, y el de la tierra; no remuneradas y poco valoradas dentro de la sociedad azuaya. Lo que implica la ausencia de una fuente permanente de ingresos que facilitaría su autonomía económica y la capacidad adquisitiva personal y del hogar para la manutención diaria que cubra adecuadamente las necesidades básicas, traslado y medicinas en el caso de indisponibilidad en las casas de salud del MSP. Sin contar con la seguridad que genera el gozar de un sustento económico para la toma de decisiones y acciones independientes.

Mientras la tercera parte de mujeres cursaron su primer embarazo, casi la mitad tuvieron más de 4 o experimentaron mínimo un aborto. Existieron pacientes con riesgo de complicaciones uterinas al tener más de 3 cesáreas o 6 partos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016)

Partiendo de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Control Prenatal 2016 del MSP la tercera parte de mujeres que conformaron la muestra, corrió peligro en el embarazo por espacios intergenésicos menores a 2 años o mayores a 7 años. El espacio intergenésico refiere al tiempo entre el término de una gesta y el inicio de otra; la Sociedad Panamericana de la Salud (OPS) no recomienda un intervalo menor a dos años, debido a que es el tiempo que requiere la mujer para que su estado físico regrese a la normalidad. Indica que, se asocia un espacio de tiempo corto entre un embarazo y otro con desprendimiento de la placenta, ruptura uterina, diabetes gestacional, parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, muerte neonatal, entre otros. La longitud de los intervalos entre una gestación y otra resulta de la intersección de variables sociales, demográficas, culturales y económicas que actúan, acortándolos o alargándolos. De acuerdo a un estudio realizado en un hospital rural de Acanceh, Yucatán, México, los espacios cortos están relacionados significativamente con la escolaridad de la madre, del padre, el uso de métodos anticonceptivos, la edad de la primera gesta y la participación en un trabajo remunerado (Ojeda, Ángel, Rodríguez, & Andueza, 2016).

Ninguno de los embarazos de los casos de muerte materna estudiados fue planificado. Pese a no programar la gestación las dos terceras partes de mujeres y sus parejas no utilizaron protección, quienes sí lo hicieron se centraron en el uso del método de barrera, el preservativo masculino. Frente a lo expuesto sobre la no



planificación de los embarazos, cabe pensar que seguramente se toparon con alguno de los obstáculos para el uso del condón masculino referidos por la Organización de Naciones Unidas- SIDA (ONUSIDA) (2000) que entre ellos cita: 1.- La falta de control sobre el uso, que surge de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, del rechazo social a que ellas propongan su aplicación y a la falta de habilidades para negociar. Por lo tanto, es un método controlado de manera directa por los varones. 2.- La reticencia personal a elegirlo por malas experiencias y la idea de que disminuyen la espontaneidad del acto o la sensibilidad. 3.- La incompatibilidad entre la utilización sistémica y la necesidad natural de procreación. 4.- El costo, la falta de intimidad y/o de stock en los espacios de distribución gratuita. 5.- Ausencia de conocimientos teóricos y prácticos para su uso adecuado que es la principal causa de falla. No obstante, importa mencionar que, si el preservativo es utilizado adecuadamente, tiene una efectividad del 98% en la prevención de embarazos.

Independientemente de la existencia de parteras/comadronas, sobre todo en los sectores rurales, las mujeres optaron por la atención prenatal y del parto por profesionales de medicina. En referencia a ello vale recalcar que el control prenatal debe adaptarse al ambiente comunitario, ser accesible, individualizado, continuo y con un/una profesional de salud capacitado/a con quien la mujer se sienta segura, en un espacio que genere confianza para abordar temas sensibles como violencia dentro del hogar, abuso sexual, estado mental, el uso de sustancias ilícitas, la actitud frente el embarazo, entre otras. Así mismo, la atención de un parto respetuoso, incluye un enfoque intercultural, no jerarquizado en el que la protagonista del momento es la madre alumbrando a su hijo o hija y en el que el médico/a actúa como acompañante vigilante de posibles complicaciones.

Llama la atención que una de las mujeres que vivió constantemente violencia física previa al embarazo, y psicológica y simbólica durante él, no la registró en la historia clínica probablemente como efecto de la normalización, o como se dijo antes, por la ausencia de un ambiente amigable en los servicios de salud que brinden la confianza para reportarla.

En cuanto a consumo de drogas, alcohol y exposición a sustancias tóxicas durante el embarazo todas las mujeres manifestaron no tener contacto, aunque en



las entrevistas se obtiene información que una de ellas, previo al embarazo, trabajó en las minas exponiéndose a tóxicos con los que lavaba el oro.

Más de la mitad de usuarias no cumplieron el número mínimo de controles indicados por la Guía de Práctica Clínica (GPC) de control Prenatal del MSP (2016) del Ecuador puesto que acudieron a menos de 5 controles durante toda la gestación. Una similar cantidad de mujeres reportaron acudir a unidades de salud por consultas de emergencia durante el embarazo, caracterizadas por infecciones vaginales, de vías urinarias y amenazas de aborto. Existieron casos en los que se dirigieron a hospitales de segundo nivel, posterior a lo cual la falta de direccionamiento hacia las unidades de salud de primer nivel, cumpliendo con los mecanismos de contrareferencia, dificultó el seguimiento de diagnósticos y tratamientos.

La mayoría de mujeres se administraron complementos vitamínicos de hierro y ácido fólico prescritos, de igual manera existieron gestantes que optaron por no consumirlos debido a la desconfianza del tratamiento y a los efectos adversos. Se utiliza como norma la administración de hierro a las madres por el desconocimiento y poca injerencia sobre su alimentación. Frente a esto se cuenta con evidencia de que las mujeres que consumieron hierro durante el embarazo presentan una frecuencia significativamente menor de anemia en relación a quienes no usaron profilaxis o únicamente ingirieron placebo. El hierro protege a las madres del padecimiento de anemias que pueden agudizarse por hemorragias en el parto o cesárea y poner en riesgo las vidas de las mujeres. El consumo de ácido fólico diario en dosis de 0,4 mg/día (400 µg/día) es de vital importancia en el primer trimestre de embarazo para evitar alteraciones del tubo neural y complicaciones neurológicas en el embrión. (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, 2014)

Casi todos los embarazos terminaron en cesáreas de emergencia y antes de término por las complicaciones maternas que ponían en riesgo la vida de la madre y del hijo/hija. De los 9 casos analizados se obtuvieron más de la mitad de fetos vivos.

La mayoría de mujeres fallecieron antes de los 10 días postparto. Entre las causas de deceso predominaron las indirectas, es decir las determinadas por patología no obstétricas que se presentaron o se agudizaron durante el embarazo. En algunos casos la falta de control de comorbilidades fue la causa de fallecimientos



evitables. En cuanto a las causas directas la mayoría fueron por hemorragias obstétricas que surgieron como efecto de problemas placentarios. Un caso específico se produjo por sepsis, la misma que resultó de una complicación por la demora del personal de salud en la realización de un legrado uterino, que posteriormente fue reemplazado por una micro-cesárea en la que aparentemente se dejaron restos placentarios; y otro caso por un trastorno hipertensivo no controlado por la falta de identificación de signos de alarma y búsqueda de ayuda.

Aunque únicamente las dos terceras partes de muertes fueron catalogadas como evitables, y en vista de que los embarazos no fueron planificados, considero que todos los fallecimientos dados en el espacio de tiempo que se suscitaron, hubiesen podido prevenirse con una asesoría en planificación reproductiva clara y oportuna.

De acuerdo al criterio del Comité de Muerte Materna uno de los fallecimientos se produjo por la falta de detección de signos de alarma (primera demora) el resto de ellos se dieron a causa de la falta de respuesta eficaz de los servicios de salud (tercera demora). No obstante, al recuperar las autopsias verbales se identifica que coexistieron demoras tanto en la emergencia que abarca el modelo de Maine y Taddeus, como previo a ella. Así se evidencia en los datos recopilados en la fase cuantitativa respecto al medio de transporte utilizado en la emergencia, que reportan que un tercio de mujeres fueron trasladadas en ambulancia mientras que las demás tuvieron que movilizarse sin la vigilancia médica necesaria en transportes facilitados por sus familiares o alquilados, como taxis. Solamente aquí, resulta fácil deducir que hubo retrasos en el traslado.

## **8.2. Análisis cualitativo**

El solo hecho de estar embarazada implica un riesgo inminente para la salud, que, de acuerdo a este estudio, no diferencia estado civil, instrucción, zona de residencia, antecedentes gineco-obstétricos y el compromiso o no con los controles prenatales o del puerperio; pues existen causas propias del estado gravídico y de su recuperación, así como también enfermedades que se exacerban o surgen con la presencia del mismo.

La muerte materna debe ser analizada con perspectiva de género, trascendiendo la emergencia como categoría absoluta de riesgo y considerando que el camino al deceso está conformado por *momentos* que inician mucho antes de la



descompensación de la salud estudiada en el modelo de las tres demoras de Maine y Taddeus (1994).

Cada *momento* demanda acciones específicas, para precautelar las vidas de las mujeres, que parten desde la búsqueda de la salud sexual y reproductiva mediante la *promoción* y dotación de herramientas educacionales desde edades tempranas, que fortalezcan decisiones futuras en cuanto a su vida sexual e iniciativa o no de procreación. Evidentemente, las entrevistas realizadas por el Comité de Muerte Materna no indagan las demoras que se produjeron en el proceso educativo para facilitar dichas herramientas.

El segundo momento, centrado en la *prevención*, depende de la disponibilidad y acceso a insumos materiales para evitar las enfermedades de transmisión sexual y, más específicamente, el embarazo. De acuerdo a lo investigado, ninguna de las gestaciones fue planificada, pese a ello muy pocas mujeres utilizaron métodos anticonceptivos, reduciendo su uso a los de barrera por la falta de oferta y la asesoría insuficiente. En otros casos, no bastó la elección o prescripción de un método anticonceptivo hormonal debido a que la ausencia de seguimiento a la aparición de efectos adversos implicó el abandono de los mismos.

La falta de promoción de la salud sexual y reproductiva, y de prevención del embarazo podría catalogarse como “la demora previa” en la cual la facilitación de información clara juega un papel primordial.

El tercer momento surge cuando el embarazo planificado, pero principalmente, como en todos los casos de esta investigación, el que no lo es, ocurre por demoras en el *control de salud*. Los retrasos evidenciados giraron en torno a la detección del embarazo, el control prenatal y asesoría de signos de alarma, control del puerperio y asesoría sobre planificación reproductiva, el manejo de comorbilidades y claro que sí, la consideración del aborto terapéutico y su aplicación oportuna en los casos que ameritaba.

El cuarto momento sí se centra en la *emergencia*, y corresponde al ya conocido modelo de las 3 demoras de Maine y Taddeus. (1994).

1.- Primera demora en la emergencia. Destaco que en la mayoría de casos los signos de alarma no fueron interpretados como tales; se subdimensionó la magnitud de la sintomatología postergando la búsqueda de ayuda y decisión de traslado.



2.- Segunda demora en la emergencia, involucró la indisponibilidad general de transporte propio para movilización, las largas distancias a las unidades de salud desde los domicilios de algunas mujeres, y el mal estado de vías de conexión sobre todo en zonas rurales; situaciones que limitaron el acercamiento a centros de salud, clínicas y hospitales.

3.- Tercera demora en la emergencia, que incluyó los retrasos en las unidades de salud para ofrecer la atención, ya sea por falta de capacidad resolutive, de espacio físico, insumos, profesionales u otros motivos específicos del personal de salud. Dentro de este punto importa mencionar que en algunos casos en los que existieron complicaciones maternas que requerían finalizar el embarazo, se postergó tal decisión por considerarlo pre-término, una práctica que consciente o inconscientemente se centra en precautelar la estabilidad fetal pero que a la larga pone en riesgo las dos vidas.

Por lo tanto, las demoras, retrasos o postergaciones para acceso a salud se desarrollaron en los 4 momentos manifestados: promoción, prevención, control de salud, y emergencia. Fueron determinadas por barreras personales que al ser superadas se encararon con barreras estructurales dependientes de las decisiones estatales y de quienes manejan sus recursos. Dichas barreras coexistieron de manera diferente en cada mujer, y de esa intersección diversa dependió el nivel de riesgo para la salud al que se expusieron.

Existieron barreras de género que incluyeron la falta de autonomía en la toma de decisiones, que en ocasiones surgió como resultado de la dependencia económica de las mujeres al concentrar sus actividades al espacio del hogar y cuidado de sus tierras, trabajos no remunerados ni socialmente valorados de acuerdo a lo captado de manera implícita en los discursos de la investigación. Asimismo, el autocuidado es un tema importante a considerar puesto que su bajo nivel de conciencia influyó en la falta de iniciativa de acudir a los servicios de salud para el control del estado normal y para la búsqueda de ayuda en las situaciones de emergencia, debido a que existió una tendencia a subestimar los riesgos y a dejarse en segundo plano, en ciertos casos se relacionó con el sufrimiento de violencia en el hogar. La idealización de la maternidad al considerarla como meta suprema del ser mujer, en un caso específico, nubló la opción del aborto terapéutico pese a que la gestante tenía la conciencia de correr un peligro inminente.





De acuerdo a lo observado algunas preconcepciones culturales actúan como limitantes para el acceso a salud, las mismas están construidas en medio de conceptos religiosos direccionados por la idea del pecado, de dios como decisor supremo de la vida, y del destino; conceptos que moldearon la forma de percibir la vida y la muerte. Importa indicar que los conocimientos y prácticas culturales en torno a la salud generaron mitos de salud sexual y reproductiva, y la desconfianza en los tratamientos alopáticos manifestada en la resistencia a la administración de medicinas indicadas y a la inasistencia a las casas de salud.

Las barreras económicas se relacionaron con el control y el manejo de recursos materiales que estuvieron determinados por la indisponibilidad, en la mayoría de casos, de un trabajo remunerado.

Lamentablemente cuando las mujeres lograron vencer las trabas mencionadas con anterioridad, vieron bloqueado su camino por barreras externas a ellas, las estructurales:

- 1.- Del sistema judicial, puesto que en cuanto al tema del aborto el país aún presenta restricciones que lo limitan como una opción.
- 2.- Del sistema de salud pública, que, de acuerdo a lo analizado en la investigación, organiza su flujo a través de una atención lenta dependiente del agendamiento, que se enfrenta a la falta permanente de medicamentos, insumos, sangre o derivados; que se mueve con personal insuficiente y servicios saturados. En respuesta los déficits citados, la opción que se ofrece es la gestión de recursos por medio de trámites administrativos burocráticos que también representan demoras.

Uno de los puntos más llamativos resulta de la detección del personal de salud como barrera, un problema sumamente grave entendiendo que los servidores/as públicos/as son quienes manejan los recursos del Estado. Existieron situaciones en las que el contacto médico/a- paciente se desarrolló en medio de relaciones jerárquicas de poder en las cuales el/la profesional asumió el papel de dominio y esperó que la mujer acate sus disposiciones con un perfil de obediencia. De ahí parte la violencia obstétrica manifestada a través de la objeción de conciencia, la negación de la atención, la falta de respuesta ante la petición de ayuda, la exigencia de procedimientos no consentidos, todas, situaciones palpadas en este estudio. De igual manera la interpretación personal de leyes y normativas, y



su aplicación desde las subjetividades abre un abanico grande de posibilidades de decisiones incorrectas.

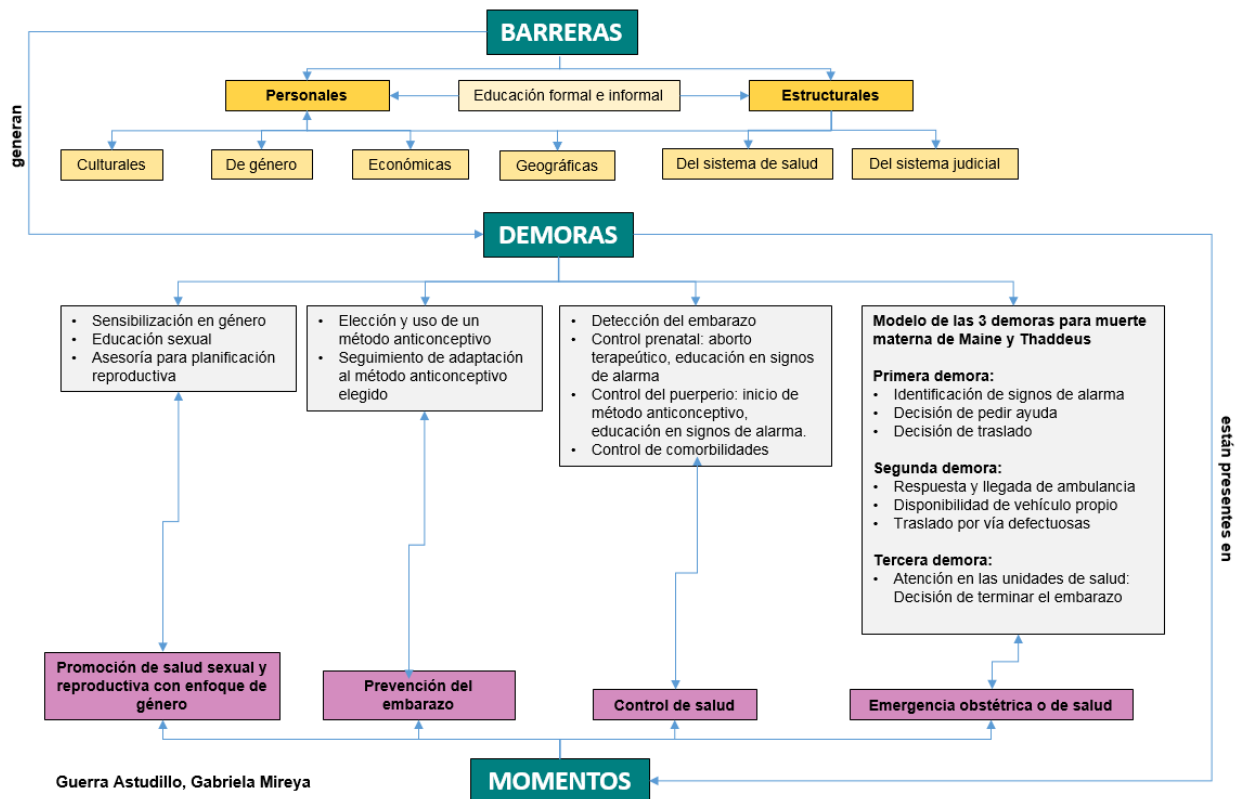
En cuanto a las barreras geográficas cabe recalcar que las mujeres que se encontraron en zonas rurales experimentaron más dificultades para llegar a las unidades de salud por las distancias y por la presencia de vías de tercer orden o en mal estado que en algunos casos obstaculizaron el ingreso de las ambulancias. Y hablando de ambulancias importa mencionar que se citaron casos en los que su respuesta fue tardía o ausente.

Por otro lado, se pueden observar dentro de la muestra que existieron factores protectores para el acceso a salud, centrados sobre todo en la presencia de redes de apoyo familiar y comunitario.

Aunque no se aborda a fondo el tema formativo, vale recalcar el importante papel del sistema educativo y de los procesos educativos informales puesto que facilitan herramientas que aumentan la probabilidad de modificar las barreras personales, formar conciencia y cuestionar situaciones normalizadas que ponen riesgo la salud.

Es entonces como tras el análisis de este estudio, surge un nuevo planteamiento para la investigación de las muertes maternas, al que lo denomino “Modelo de las barreras, demoras y los 4 momentos”.

## Propuesta: Modelo de las Barreras, Demoras y los 4 Momentos para muerte materna



Una herramienta de análisis integral, que transversaliza la perspectiva de género y de derechos, cuyo objetivo es conseguir mejorar el direccionamiento de estrategias para combatir la mortalidad materna; surge con la conciencia de que los fallecimientos por causas maternas resultan de una serie de retrasos, que se inician antes de la emergencia, en momentos previos de promoción de salud sexual y reproductiva, de prevención de embarazos y control de salud; y son un efecto de la interseccionalidad diferente de barreras personales y estructurales, marcadas por la educación formal e informal y que intervienen en el acceso a salud.



## IX.DISCUSIÓN

### 9.1. Discusión cuantitativa

De acuerdo al MSP, la razón de muerte materna en el Ecuador durante el año 2017 fue de 42,8 por 100.000 nacidos/as vivos/as; la Gaceta Epidemiológica final de muerte materna del MSP reportó en el mismo año 211 casos de fallecimientos por causas maternas, de los cuales 16 correspondían a la provincia del Azuay y 11 a mujeres que residieron en la misma, dato que varía con los registros encontrados en la Coordinación Zonal 6- Salud, que reportan 9 casos de mujeres domiciliadas en la provincia austral.

Los países en vías de desarrollo, sobre todo los africanos son lo que registran tasas más altas; en Nigeria se han suscitado hasta 1.115 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos/as vivos/as (Obiechina NJ, 2013). En cuanto a Latinoamérica, la razón de muerte materna rodea las 85 por 100.000 y fluctúa entre 18 según lo reporta Chile y un máximo de 380 encontradas en Haití (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

De acuerdo a varios estudios sobre mortalidad materna en el país su desarrollo es más frecuente en la etnia mestiza que representó todos los casos de esta investigación y el 77,7% de ellos en el análisis de Olmos y Sánchez (2016) en la zona 6 del Ecuador durante el periodo 2012-2015; un dato esperado considerando que en el territorio observado la mayoría de población se autodefine como mestiza.

La media de edad de la muestra ronda los 30 años de la misma manera que en el trabajo de Calle y Abad (2014) en donde las mujeres que fallecieron por causas maternas tuvieron un promedio de 29,33 años, mientras que Tzul y colegas (2012) expusieron que la edad más afectada se encontró en un promedio de  $28.4 \pm 7.8$  años. En un análisis del comportamiento de la mortalidad materna en el Ecuador en el periodo 2005 – 2014, Cardoso y Torres (2016) demuestran que en las mujeres mayores a 36 años existió una razón de muerte materna de 176,65 por 100.000 nacidos vivos, número que triplica a los presentados en los grupos de menores de 19 años a 35 años.

En este estudio y en los citados anteriormente, la mayoría de mujeres registraron estar casadas o en unión estable, con porcentajes que rondan el 70%; alrededor del 30% restante refirieron estar solteras.



En los estudios publicados no se prioriza la influencia del factor de residencia, pero sí se enfatiza que la atención de emergencias en unidades de salud rurales con servicios, equipos e insumos limitados, aumenta el peligro para la mortalidad. En referencia a ello se puede citar que en esta investigación la mayoría de muertes maternas (55,56%) se presentaron en mujeres domiciliadas dentro de la urbe de la provincia azuaya y un porcentaje menor pero no menos importante, en las parroquias rurales (44,44%). Lo evidenciado concuerda con los datos operados a nivel general por el MSP que en el año 2017 reportaron 62,09% en la zona urbana y 37,1% en la rural. No es así en la investigación de Olmos y Sánchez (2016) cuyos resultados reportan que el 85,7% de fallecimientos se presentaron en la región rural.

En cuanto a la instrucción formal, el 55,56% de mujeres culminaron la primaria, el 22,22% la secundaria y el restante 22,22% alcanzó un título universitario. Datos semejantes a las estadísticas nacionales del MSP (2017), que indican que la mayoría de mujeres que fallecieron por causas maternas tenían instrucción primaria (43,13%), seguidas con números no tan distantes de quienes culminaron la secundaria (42,65) y un 10,43% que obtuvieron un título de tercer nivel. Asimismo, Olmos y Sánchez (2016), reportan que el 53,1%, culminó únicamente la instrucción primaria; estadísticas parecidas a las manejadas por Cardoso y Torres (2016), en cuya investigación indican que alrededor del 48% finalizó únicamente la primaria, el 30% la secundaria, el 10% el nivel superior y aproximadamente el 10% restante no accedió a educación formal.

Rodríguez y colegas (2012), detectaron un 33% de maternas con muy baja escolaridad de las cuales un 78% dedicaban sus actividades a los quehaceres domésticos; situación similar a la de este estudio en el que el 66,67% de mujeres realizaban labores domésticas, la mayoría de ellas con educación primaria.

El Comité de Muerte Materna de la Zona 6- Salud clasificó los casos del 2017 de acuerdo a una de las demoras suscitadas, seguramente a la que consideraron fue la más influyente; según ello, más del 80% de decesos se produjeron por la tercera demora, es decir por la atención brindada en los servicios de salud, el resto por la falta de identificación de signos de alarma (primera demora), de acuerdo a su categorización, no existieron tardanzas por problemas en el traslado, aunque en el análisis sale a la luz. Olmos y Sánchez (2016), demuestran que las muertes maternas se produjeron por la suma de varias demoras, coinciden en que en la



mayoría de casos, el 96%, las mujeres experimentaron retrasos en las unidades de salud, el 71% se enfrentó con la primera demora y el 44% con la segunda. En tanto que Abad y Calle (2014), registran que el 55,5% de muertes guardaron relación con la primera demora y el 44,4 con la tercera. Briones y colegas (2013) reportan que el 92% de mujeres no contaron con transporte para el traslado, dato coincidente con el de este estudio en el que la mayoría tuvo que movilizarse en taxi o en un vehículo familiar a lo que se sumó la falta de vigilancia adecuada.

## **9.2. Discusión cualitativa**

Frente a la búsqueda de estudios cualitativos actualizados sobre la temática analizada, se observa que es un campo de investigación descuidado. El difícil acceso a la información y el riesgo de revictimización al círculo familiar y comunitario de las mujeres fallecidas son factores de consideración a la hora de indagar la problemática de la muerte materna. La mayoría de trabajos centran sus análisis en el modelo de las tres demoras.

Según Rodríguez quien estudia las características médico sociales de la mortalidad materna en una comunidad Maya, las percepciones de familiares en torno al riesgo de muerte, al igual que en este estudio, tuvieron relación con la atención médica, la escasa información y los mitos. (Rodríguez-Angulo E, 2012)

Abordando el modelo de las 3 demoras, importa detenerse en la tercera, considerando que una vez que la mujer ha superado sus barreras personales para llegar a la unidad de salud, la atención oportuna de la emergencia podría definir el desenlace que dependería del perfil de la/el profesional que brinda la atención y las condiciones de infraestructura del servicio de salud en donde se la proporciona. Los trabajos realizados con el fin de indagar esta demora reportan un sinfín de posibilidades: falta de insumos, diagnósticos equivocados, impericia del personal, sobrecarga de trabajo, desmotivación del equipo, ausencia de liderazgo, familiares no colaboradores, costos altos de los servicios, entre otros (Esscher A, 2014). Todas estas, situaciones similares a las encontradas en este análisis exceptuando en que durante la hospitalización los miembros de la familia permanecieron atentos a las condiciones de las pacientes y sus necesidades.

Olmos y Sánchez (2016), reportan que las primeras demoras se deben en su mayoría a la falta de reconocimiento del problema, seguida por las preferencias culturales y la desconfianza en los servicios de salud. En cuanto a la segunda



demora la falta de ambulancia y la ausencia de vías de acceso fueron las principales razones; y finalmente en la tercera casi todos los casos fueron efecto del retraso en la toma de decisiones.

En cuanto al personal de salud, Vásquez (2008), en su estudio sobre percepciones comunitarias sobre la mortalidad materna en la provincia del Azuay 2006-2007 refiere situaciones similares a las de esta investigación con respecto al maltrato proporcionado a las pacientes por el personal médico. Aunque no las analiza como relaciones de poder, en las citas que menciona, resulta clara su existencia.

Dentro de este estudio sale a la luz la falta de decisiones oportunas para la práctica del aborto terapéutico, causal legalizada en el país según indica el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) de Ecuador, que establece que el aborto efectuado por un/a médico/a u otro profesional de la salud capacitado/a, con el consentimiento previo de la mujer o, en el caso de que no se encuentre en las condiciones de darlo, con la autorización de su pareja, cónyuge, familiares íntimos o su representante legal, no será punible en las siguientes situaciones:

- “1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental” (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2018, p.26)

De acuerdo a los registros de las Naciones Unidas, el aborto terapéutico para salvaguardar la vida de las mujeres es permitido en el 98% de los países del mundo, para preservar su salud física en el 63%, para resguardar su salud mental en el 62%, en situaciones de violación e incesto en el 43%, y en casos de malformaciones fetales en el 39%. (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La legislación respecto al aborto refleja la evolución de una sociedad en el tema; en la gran mayoría de países occidentales existe la penalización total o parcial como en Ecuador, en donde, según el artículo 149 del COIP, la mujer que se practique un aborto o permita que otra persona lo haga, tendrá una pena privativa de libertad entre 6 meses y 2 años. Si bien es cierto, la despenalización del aborto no implica obligarlo ni promoverlo, sino ofrecerlo como una opción; de igual manera que el penalizarlo, tampoco se traduce en evitarlo. (Villela & Linares, 2012)



Como efecto de las leyes penalizadoras, alrededor de 500 mil mujeres fallecen al año por abortos inseguros (Organización Mundial de la Salud, 2015). Anualmente se realizan entre 50 y 60 millones de abortos a nivel mundial, la mayoría clandestinos; esta cifra figura el 22% de los 210 millones de embarazos anuales alrededor del mundo. (López Baños, Fernández Pérez, & García Baños , 2013) (Rodríguez Díaz , 2015)

Desde otra posición, con el lema “Salvemos las dos vidas” se fortalece un movimiento mundial ortodoxo cuyo ideal es mantener las restricciones del aborto. Se cimienta en la aseveración de que el estado moral de los embriones y fetos es semejante al de las mujeres embarazadas; el derecho internacional indica lo contrario. En su decisión de 2012 referente a la fecundación in vitro, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) llega a la conclusión de que un embrión no puede ser tratado como una persona y que los derechos de las mujeres siempre deben ser priorizados sobre los embriones y fetos. (Morgan, 2019)

“Salvemos las dos vidas” taladra como un compromiso prudente más, de acuerdo con Lynn M. Morgan (2009), su práctica coloca en un riesgo inminente la vida de mujeres reales, a la par que encubre y da espacio de protagonismo a médicos y políticos antiaborto. El “salvemos las dos vidas” en muchas ocasiones, resulta un ideal romántico que no termina por rescatar ninguna.

Ante todo lo expuesto resta decir que, la lucha a nivel mundial por legalizar el aborto en todos los casos es legítima y necesaria, pero resulta vital hacer seguimiento a aquellas causales ya legalizadas que no se cumplen por la interpretación subjetiva de las leyes y la antelación de la moralidad y la religión a ellas. Como dice Medina Castellano (2012), en su estudio sobre Objeción de conciencia sanitaria en España, la objeción de conciencia de los servidores y servidoras de la salud, visible en este estudio, está presente en el día a día de la práctica médica; es la negativa al acatamiento de un deber jurídico, resultante de un imperativo heterónimo que se considera injusto, es un acto personal que busca escudar la conciencia moral de quien objeta. En desacuerdo con la autora no es un acto pacífico, ni privado cuando se ejerce en un espacio público, genera coacción y pone en riesgo una vida por proteger otra que es inviable. En esta situación un/una profesional debe desarrollar la capacidad objetiva de reconocer sus limitaciones, y





contar con la opción de derivar a un/a paciente a un/a colega cuando sienta que el dar la terapéutica adecuada pone en juego su moralidad.

Otro tema a discutir es el de la corresponsabilidad paterna, que, como se dijo anteriormente depende de niveles micro y macro que incluyen las políticas y legislaciones; y si de leyes de maternidad y paternidad se trata, en Ecuador y América Latina, aún existen brechas de diferencia que desde el sistema legal refuerzan la idea tradicional de la asignación del cuidado a las mujeres por su capacidad reproductiva. Es así en el artículo 152 del Código de Trabajo ecuatoriano, que referente al parto, otorga un permiso de 12 semanas para las madres en relación a 10- 15 días para los padres de niños/as sanos/as. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2016). En conocimiento de que el periodo en el que el estado físico de la mujer retorna a su condición fisiológica en 42 días aproximadamente, el tiempo asignado para que el padre se involucre en los cuidados de su paraje y del/la recién nacido/a, resulta insuficiente para la recuperación de la madre, quien, en el mejor de los casos, recibe el apoyo de otras mujeres. El mismo artículo 152, reza que si la madre fallece, el padre podrá hacer uso del periodo de licencia que le habría correspondido a la materna, guardando un mensaje implícito que reconoce la capacidad paterna de cuidar de sus hijos/as, pero únicamente si la madre ha muerto; lo que demuestra que desde el sistema jurídico aún se refuerzan estereotipos de género y existen pocas acciones para involucrar a los hombres en las tareas de cuidado del hogar.

En un informe reciente en el que el Banco Mundial (2018) analizó 187 países, se destaca que los que tienen algún tipo de licencia a la que pueden acogerse los padres, posterior a tener un hijo o una hija, se ha incrementado un 39%, de 77 en el 2009 a 107 en el 2018. La mayoría cuenta con permiso de paternidad y el resto con permiso parental, que en general, está disponible para el padre y la madre como un derecho compartido. La Organización Internacional de Trabajo (OIT) alerta que cuando los permisos son transferibles, las madres son quienes los toman en mayor proporción, por lo que demanda medidas para incentivar a los hombres, entre ellas, licencias obligatorias, intransferibles a las madres y de carácter individual. (Borraz, Sánchez, & Ordaz, 2019)

Se palpa en el estudio la falta de conciencia de autocuidado de las mujeres, al mismo tiempo que se evidencia que el centro de sus actividades se centra en los



cuidados del hogar. En torno a ello, en acuerdo con Floro (1999), cabe decir que los múltiples roles asumidos por las mujeres como cuidadoras, como trabajadoras del mercado laboral y como miembros activos de sus comunidades, las ha conducido a buscar la forma de adaptarse a esta presión entorno a su propio tiempo. En la mayoría de situaciones, tal ajuste se efectúa limitando las horas de descanso y el espacio asignado a actividades de recreación personal.

En este marco, como dice Marcela Lagarde (2001), la apreciación del autocuidado de la salud y la sexualidad de las mujeres radica en que, pese a que el pensamiento tradicional que las concibe como apoyo para los fines de otros/as, se determinen a entrenar la capacidad de pensarse a sí mismas y de priorizarse, de tomar decisiones autónomas que favorezca su salud y su sexualidad en la integralidad de la espiritualidad, de la emocionalidad, de la corporalidad, de la “mismidad”. Para ello se requiere fortalecer la autoestima, y en ese proceso, la voluntad no es suficiente; porque la autoestima resulta de una biografía situada en la historia, porque mejora o se debilita al optimizar o empeorar las condiciones de vida y al avanzar en el desarrollo. Concluye indicando que de acuerdo a la política feminista es esencial considerar la autoestima como efecto de un proceso político-social determinado por las relaciones entre autoidentidad, condiciones de vida y poder.

Considerando que de acuerdo al estudio cuantitativo y cualitativo los embarazos de las muertes maternas de esta investigación, no fueron intencionados y que las mujeres fallecieron tanto por causas directas como indirectas en las que la gestación agudizó o desencadenó la presencia de patologías preexistentes, se podría decir que, si esos embarazos hubiesen sido evitados con educación en anticoncepción, no se habrían suscitado todas o la mayoría de muertes. Y en torno a ello resulta transcendental citar que en el Ecuador, de acuerdo a un estudio realizado por el MSP de Ecuador, Senplades, UNFPA y SENDAS (2017), demostro que el costo de omisión en salud sexual y salud reproductiva supera en 17 veces a lo que costaría invertir en prevención. Detalla que en el año 2015 el costo de omisión superó los 472 millones de dólares, de los cuales alrededor del 19% se atribuyeron a la atención de complicaciones obstétricas y de embarazos no planificados; el 80,4% correspondió a los gastos por la falta de prevención de embarazos en adolescentes y por los casos de muerte materna. Por lo tanto,



atender el aborto legal, satisfacer la demanda de planificación reproductiva y evitar la morbilidad y mortalidad materna prevenible representa, a más de justicia social, un ahorro de más de 445 millones de dólares.



## X. CONCLUSIONES

La muerte materna está presente en mujeres diversas, no tiene un perfil definido de riesgo en cuanto a factores sociodemográficos y antecedentes de salud reproductiva; no obstante, la intersección diferente de estos factores y condiciones las coloca en situaciones de mayor o menor vulnerabilidad.

La aplicación del modelo de las tres demoras resulta insuficiente en la investigación de la muerte materna y en el direccionamiento de estrategias para disminuir su frecuencia; estudiarla como un efecto de la falta de acciones inmediatas durante la emergencia, niega el concepto mismo de salud que, según la OMS, es el estado de bienestar logrado por el equilibrio entre la situación biológica, psicológica, social y el entorno natural.

Existen demoras o retrasos para el acceso a salud, que surgen como efecto de barreras, 1.- personales: de género, culturales, económicas y geográficas; y 2.- estructurales: del sistema legal y del sistema sanitario, este último incluye al personal de salud que en ocasiones actúa como una de ellas. Las limitantes citadas están presentes en el camino de momentos (promoción, prevención, control de salud y emergencia) que conducen a la muerte materna, coexistiendo de manera aleatoria en cada mujer.

La muerte materna no solo acaba con la vida de las mujeres, genera efectos negativos dentro de los hogares que tienen que, además de reorganizarse para su funcionalidad, superar sus pérdidas en medio del dolor, la duda, la desinformación y la impotencia; e incluso velar por el bienestar de niños/niñas productos de los últimos embarazos, que al ser prematuros/as en muchos de los casos, demandan de cuidados especiales y se someten a mayores riesgos.

Con la idea de mejorar el direccionamiento de estrategias surge la propuesta de un nuevo modelo de análisis ampliado para el estudio de la muerte materna que incluye la perspectiva de género, “El modelo de barreras, demoras y los 4 momentos”, que inicia su abordaje en el estudio de la postergación de la *promoción* de salud sexual y reproductiva desde la infancia, el retraso en la *prevención* del embarazo, las demoras suscitadas durante el *control* de su desarrollo, de comorbilidades y la aplicación del aborto terapéutico. Trasciende el análisis de la *emergencia*, y la estudia con los lentes del género, enfatizando: 1. La subestimación de signos de alarma por desinformación o ausencia de conciencia sobre el



autocuidado 2. La falta de autonomía de las mujeres en la toma de decisiones y su relación con la dependencia económica, la búsqueda de ayuda y el traslado a la unidad de salud 3. La ausencia de transporte propio para movilización 4. La presencia o ausencia de redes de apoyo familiares y comunitarias 5. La postergación de la terminación del embarazo prematuro frente a complicaciones maternas.



## X.I. RECOMENDACIONES

Generar estrategias de salud intersectoriales e interinstitucionales que superen el enfoque reproductivo y sean destinadas a mujeres de todos los grupos etarios; a través de procesos educativos con perspectiva de género en el marco de derechos. Que brinden las herramientas necesarias para el empoderamiento en el autocuidado y que además permitan desarrollar capacidades que aseguren la autonomía afectiva y económica junto a la certeza de contar con redes de apoyo sólidas. Estos procesos deben ir de la mano del trabajo con los hombres y sus masculinidades en espacios que les permitan reconocer su afectividad y la corresponsabilidad en la procreación, el cuidado del hogar y de los hijos e hijas.

Transversalizar la perspectiva de género dentro de las mallas curriculares para la formación académica, sobre todo de profesionales de la salud. Los procesos de sensibilización permanentes educarán seres humanos más empáticos, listos para: derrumbar relaciones de poder históricamente normalizadas, reconocer y erradicar la violencia obstétrica, cuestionar la objeción de conciencia y evitar la negligencia médica que en ocasiones se sustenta en el pretexto de la ética; profesionales dispuestos/as a velar por la salud aunque eso implique deconstruirse, reaprender y despojarse de su bagaje cultural que en ocasiones solo dificulta la toma de decisiones correctas.

Disminuir los procesos burocráticos que desmotivan, traban y postergan las investigaciones que rescatan información valiosa, recabada con el esfuerzo de servidores y servidoras estatales, que lamentablemente termina archivada sin un espacio previo de socialización con la comunidad científica y la ciudadanía en general.

Repensar la guía de investigación cualitativa manejada por el Comité de Muerte Materna de la zonal 6 de salud puesto que al ser tan extensa aborda someramente los temas que indaga y dificulta su aplicación.

Impulsar a nivel nacional e internacional la creación de investigaciones cualitativas sobre muerte materna con poblaciones diversas en alianzas entre los organismos oficiales y la academia. Los estudios no deberían centrarse únicamente en los casos de deceso sino en las mujeres en estado de gestación y sus prácticas, en quienes no lo están y sus conocimientos y vivencia de salud sexual y reproductiva, en las maternas en etapa de puerperio para indagar la forma en la que



llevan la recuperación y rescatar sus experiencias en la atención obstétrica como indicador de calidad de los servicios sanitarios. Tendrían que estar dirigidos a las parejas para percibir cuan involucrados están en la salud de las mujeres; y a la comunidad porque el cuidado de las madres y de los/as recién nacidos/as son una responsabilidad social.

.



## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abad, M., & Calle, K. (2014). Factores que conllevaron a demoras en los casos de muerte materna en el Azuay 2012. *Repositorio digital de la universidad de Cuenca*, 2-57.
2. Abadía, C., & Oviedo, D. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A Theoretical and Methodological Tool to Assess Managed-Care Health Care Systems. *Soc. Sci. Med*, 68(6).
3. Alkeman, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller , A., & Gemmill, A. (2016). *Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter- Agency Group*. Lancet.
4. Arango Panesa, Y. (2007). Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *La manzana de la discordia*, 2, 107-115.
5. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2018). *Código Orgánico Integral Penal (COIP)*. Quito.
6. Asamblea Nacional del Ecuador. (2016). *Código de Trabajo del Ecuador. Registro oficial 167*.
7. Borraz, M., Sánchez, R., & Ordaz, A. (19 de 06 de 2019). El número de países con permisos de paternidad aumenta casi un 40% en los últimos nueve años. *World Economic Forum*.
8. Briones, J., & Díaz de León, M. (2013). *Mortalidad Materna*. México: Alfil, S. A. de C. V.
9. Cardoso, D., & Torres , I. (2016). Análisis de la mortalidad materna en el Ecuador durante el periodo 2005-2014. *Repositorio digital de la universidad de Cuenca*, 2-60.
10. Dos Santos, I., Grabino, V., Montealegre, V., & Viera, M. (2003). *El poder sobre los cuerpos: barreras y estrategias frente a la atención médica*. Buenos Aires.
11. Esscher A, B.-F. P.-L. (2014). Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(141).





12. Floro, M. (1999). "Double day/second shift" . En J. Petersos, M. Lewis, & E. Elgar (Ed.), *The Elgar Companion to feminist economics* (pág. 811). Northampton.
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2010). *Salud sexual y reproductiva*. México.
14. Fraser, N. (1997). *Justice interruptus: critical reflections on the "postsocialist" condition*. New York, Londres: Routledge.
15. García Alonso, I., & Alemán Mederos, M. M. (2010). Riesgos del embarazo en la edad avanzada. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 481-489.
16. Gornick , J., & Meyers, M. (2006). "Welfare Regimes in Relation to Paid Work and Care. A View from the United States on Social Protection in the European Countries. *Revue Française des Affaires Sociales*, 167- 188.
17. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. (S. s. Ministerio de Sanidad, Ed.) Andalucía, España.
18. Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social Science and Medicine*, 74.
19. Herrera, T. M., Cruz Burguete, J. L., Robledo Hernández, G. P., & Montoya Gómez, G. (2006). La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. *Panam Salud Pública*, sp.
20. Hirmas, A. M., Poffald, A. L., Jasmer, S. A., Aguilera, S. X., Delgado , B. I., & Vega , M. J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sitemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229.
21. INEC. (2010). *Fascículo provincial Azuay*. Ecuador.
22. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Estimación de la razón de la mortalidad materna en el Ecuador. 6.
23. Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *Glosario de género*. México DF.
24. Jurado-Guerrero, T., González, M., & Naldini, M. (2012). Gender, Family and the Labour Market in Post-industrial Societies: A New Social Compromise? En L. Burroni, M. Keune, & G. Merdi, *Economy and Society in Europe: A Relationship in Crisis?* Cheltenham.



25. Lagarde, M. (2001). Autoestima y Género.
26. Londoño Echeverry, M. (2002). *Entre certezas e incertidumbres que no se contraponen*. Cali- Colombia: ISEDER (Fundación para la Investigación y Educación en Salud y Derechos Reproductivos de la Mujer).
27. López Baños, L., Fernández Pérez, Z., & García Baños, L. (2013). Dilemas bioéticos del diagnóstico prenatal. *Rev Cubana Obstet Ginecol*.
28. Lugones, M. (2008). *Colonialidad y Género*. Binghamton University, USA.
29. Medina Castellano, C. (2012). Objeción de conciencia sanitaria en España: naturaleza y ejercicio. *Derecho PUCP*, 69(201-223).
30. Ministerio de Salud de Perú. (2008). *Salud Materna*.
31. Ministerio de Salud Pública. (2014). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del SNS. Norma Técnica*. MSP. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Control Prenatal- Guía de Práctica Clínica*. Quito.
33. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Gaceta Final de Muerte Materna*.
34. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Prioridades de investigación en salud 2013-2017*. Ecuador: MSP.
35. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Senplades, UNFPA, SENDAS. (julio de 2017). *Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador*. Quito, Ecuador.
36. Morgan, L. (21 de 03 de 2019). La realidad de “salvar las dos vidas”. *El Mundo*.
37. Obiechina NJ, O. V. (2013). Maternal mortality at Nnamdi Azikiwe University Teaching Hospital, Southeast Nigeria: a 10-year review (2003-2012). *Int J Womens Health*, 23(5), 431-436.
38. Ojeda, R., Ángel, K., Rodríguez, E., & Andueza, G. (2016). Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acacneh. *Revistas de Ciencias de la Salud*, 3(8), 38-42.
39. Olmos, K., & Sánchez, J. (2016). Frecuencia de la mortalidad materna de acuerdo al modelo de las tres demoras de la atención, zona 6 del Ecuador, años 2012-2015. *Repositorio digital del Universidad de Cuenca*.



40. ONUSIDA. (2000). *El preservativo masculino-: Actualización técnica*. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA.
41. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio*. Suiza.
42. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Ginebra.
43. Organización Mundial de la Salud. (2015). Anomalías congénitas.
44. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Mortalidad Materna*.
45. Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Disminución de muerte materna en 11 países de la región*. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.
46. Quezada, C., & Abad, M. (2014). *Factores que conllevaron a demoras en los casos de muerte materna en al azuay 2012*. Cuenca, Ecuador.
47. Ramos Frausto, V. M., Rico Vanegas, R. M., & Martínez, P. C. (enero de 2012). Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. (E. Global, Ed.) *Scielo*, 11(25), 222-223.
48. Rodríguez , C. (2007). Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. En A. Girón, E. Correa, & CLACSO, *Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional* (págs. 229- 240). Buenos Aires: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100705083822/22RodriguezE.pdf>.
49. Rodríguez Díaz , R. (2015). Aborto eugenésico: actitud ante el diagnóstico de un feto malformado. *Dilemata*.
50. Rodríguez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. *Nueva Sociedad*, 256, 30-44.
51. Rodríguez, E., Aguilar, P., Montero, L., Hoil, J., & Andueza, G. (2012). Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Rev Biomed* 2, 21(1), 23.
52. Rodríguez-Angulo E, M.-C. L.-P. (2012). Características médico-sociales de las muertes maternas en una comunidad Maya de Yucatán. (75, Ed.) *Ginecol Obstet Mex*, 79-85.



53. Romero-Pérez, I., Sánchez-Miranda, G., Romero-López, E., & Chávez-Courtois, M. (Enero- marzo de 2010). Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores. *Perinatología y reproducción humana*, 24(1), 42- 50.
54. Sánchez, Á. (1996). Cultura patriarcal o cultura de mujeres. *Política y Cultura*, 161- 168.
55. Sotero, G., & Sosa, C. (2006). El estado civil materno y su asociación. *Revista Médica Uruguaya*, 22, 60.
56. Taddeus, S., & Maine, D. (1994). *Too far to walk: Maternal mortality in context*.
57. Tzul AM, K. E.-P.-G. (2012). Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalarias y no hospitalarias. *Salud Pública Mex*, 48(3), 183-192.
58. Vásquez, N. (2008). Percepción comunitaria sobre la muerte materna, provincia del Azuay 2006-2007. *Repositorio digital de la Universidad de Cuenca*, 2-75.
59. Vergara , G. (2009). *Protocolo Rotura Prematura de Membranas Ovulares (RPM)*. Cartagena: ESE Clínica Rafael Calvo.
60. Villela , F., & Linares, J. (2012). Diagnóstico genético prenatal y aborto. Dos cuestiones de eugenesia y discriminación. *Rev Bioética y Derecho*.
61. Walsh, C. (2010). *Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento "otro" desde la diferencia colonial*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
62. William, J. (2000). *Unbending gender. Why family and work conflict and what to do about it*. New York: Oxford University Press.



### XIII. ANEXOS

#### Anexo N°1. Formulario de recolección de datos.

---

1.- Edad de la madre en años al momento de morir

2.- Estado civil

- soltera
- casada
- unión estable
- separada
- viuda

3.- Residencia habitual

- urbana
- rural

4.- Nivel de instrucción

- ninguno
- primaria completa
- secundaria completa
- superior completa

5.- Ocupación

6.- Etnia

- mestiza
- indígena
- afroecuatoriana
- blanca
- otra

7.- Fue víctima de violencia si\_\_ no\_\_

8.- Presencia de hábitos nocivos durante el embarazo: Cigarrillo\_\_ Alcohol\_\_  
Marihuana\_\_ otras sustancias psicoactivas\_\_ cuál?\_\_

9.- Exposición a tóxicos durante el embarazo: si\_\_ no\_\_

10.- Antecedentes gineco-obstétricos: Gestas\_\_ Partos\_\_ Cesáreas\_\_ Abortos\_\_  
Hijos/as vivos/as\_\_ Hijos/as fallecidos\_\_

Espacio intergenésico\_\_ años

- Menor a 2 años



- Entre 2 a 7 años
- Mayor a 7 años

11.- ¿Usaba algún método anticonceptivo? si\_\_ cual? no\_\_

12.- ¿El embarazo fue planificado? si\_\_ no\_\_

13.- Controles prenatales

- Ninguno
- 1-4
- 5- 8
- 9 o más

14.- Atenciones de emergencias durante el embarazo: si\_\_ no\_\_

15.- ¿Quién atendió los controles prenatales? Profesional de salud\_\_ partera\_\_ familiar\_\_ no se hizo\_\_

16.- ¿Quién atendió el parto/aborto o complicación? Profesional de salud\_\_ partera\_\_ familiar\_\_ se asistió sola\_\_

17.- Lugar del parto

- Domicilio\_\_
- Puesto de salud/ consultorio médico\_\_
- Subcentro de salud\_\_
- Centro de Salud\_\_
- Hospital Básico\_\_
- Hospital Regional\_\_
- Centro de especialidades\_\_

18.- Consumo de hierro durante el embarazo si\_\_ no\_\_

19.- Consumo de ácido fólico si\_\_ no\_\_

20.- Edad fértil en la que ocurrió la muerte

- Embarazo
- Puerperio inmediato
- Puerperio mediano
- Puerperio tardío
- Posterior a los 42 días postparto

21.- Causa de muerte

22.- Lugar de ocurrencia de la muerte



- Establecimiento del MSP
- Establecimiento del IESS
- Hospital, clínica o consultorio médico privado
- Domicilio

#### 23. Demoras de acuerdo a análisis de Comité de Muerte Materna

- Primera demora: En identificar signos y tomar la decisión de buscar ayuda\_\_\_\_
- Segunda demora: En trasladarse a la unidad de salud\_\_\_\_
- Tercera demora: En recibir atención médica\_\_\_\_

#### 24. Traslado

- Ambulancia
- Vehículo propio
- Vehículo familiar
- Taxi
- Bus
- otro



## **Anexo N°2. Guía temática para investigación cualitativa de casos de muerte materna manejada por el Comité de Muerte Materna- Zona 6- Salud**

---

**COORDINACIÓN ZONAL:**

**LUGAR:**

**NOMBRE DE INFORMANTE:**

**NOMBRE DE LA USUARIA:**

**FECHA DE ENTREVISTA:**

**PARENTESCO CON LA USUARIA:**

### **A) HISTORIA DE VIDA**

a.1 Cuéntenos qué sucedió con su familiar, conocido/a

### **B) PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO/ACLARACIÓN A LA HISTORIA DE VIDA**

b.1 ¿A qué distancia se encuentra el domicilio de la usuaria del Establecimiento de salud más cercano, a través de qué medio y cuál es el nombre del mismo?

b.2 ¿Había transporte disponible para trasladar a la usuaria al Establecimiento de salud durante el parto o emergencia, cuál?

b.3 ¿En dónde, por quién y cómo fue atendido el parto?

b.4 ¿De haber llegado la usuaria a un Establecimiento de salud para el parto, cuánto tiempo tardaron en brindarle atención?

b.5 ¿Quién recibió primero a su familiar en el establecimiento de salud? ¿Pudo identificar el nombre? ¿Cómo estaba vestido?

b.6 ¿Le permitieron contar con un acompañante en el parto?

b.7 ¿Tuvieron que comprar o pagar por algún tipo de medicina o por algún examen?

b.8 ¿Conoce usted si la usuaria estaba ingiriendo algún medicamento? ¿Puede indicar cuál medicamento? ¿Quién le recetó?

b.9 ¿A qué tiempo volvió a embarazarse luego de su última gestación (espacio intergenésico del último embarazo)?

b.10 ¿Cuántos hijos vivos tenía la señora y cuántos embarazos tuvo?

b.11 ¿Conoce si previo al embarazo la usuaria usaba algún método de planificación familiar?

b.12 ¿Le brindaron información suficiente en el establecimiento de salud el día de la emergencia y fallecimiento?





- b.12.1 ¿Le informaron claramente el estado de salud y diagnóstico de su familiar?
- b.12.2 ¿Quién le daba indicaciones o información del estado de salud de su familiar?
- b.12.3 ¿Le explicaron de qué falleció su familiar y conoce el diagnóstico de la muerte?

### **C) ACCESO A SERVICIOS DE SALUD**

- c.1 ¿Dónde y con quién se realizó la primera atención del embarazo y por qué?
  - c.1.1 ¿A los cuantos meses de gestación se hizo la primera atención?
  - c.1.2 ¿Conoce si al iniciar los controles de embarazo le explicaron en el establecimiento de salud cómo, dónde y cuántas veces debe acudir a cita médica durante el periodo de gestación?
- c.2 ¿Conoce cuántas veces acudió a controles durante el embarazo y en dónde?
  - c.2.1 ¿Conoce cuáles son los motivos por lo que no acudió a control de manera consecutiva?
- c.3 ¿Sabe cómo fue la atención a la usuaria durante los controles prenatales en el establecimiento de salud?
  - c.3.1 ¿Conoce si se le negó la atención en algún momento?
- c.4 ¿Conoce si la usuaria fue visitada por personal de salud en su domicilio?
  - c.4.1 ¿Alguien del personal de salud que visitaba el domicilio es parte de su comunidad?
  - c.4.2 ¿Tiene/contaba con el número telefónico o contacto de algún profesional de salud?

### **D) SALUD INTERCULTURAL**

- d.1 ¿En su comunidad existen parteros/as?
  - d.1.1 ¿Tiene información si la usuaria visitaba frecuentemente a la partera/o para conocer el estado de su embarazo?
  - d.1.2 ¿Sabe usted con quién prefería dar a luz y por qué?
  - d.1.3 ¿Cómo se llama la partera/o que atendió a la usuaria y cómo se le puede ubicar?
  - d.1.4 ¿Conoce si la partera es legitimada/ reconocida por la comunidad?

### **PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS CON PARTERA/O**

- d.2 La partera/o ¿Tiene articulación con los servicios de salud?



d.2.1 ¿La partera/o ha participado en las capacitaciones que realiza el establecimiento de salud?

d.2.2 ¿La partera/o conoce de las complicaciones que se podían presentar en el embarazo (signos de alarma/señales de peligro)?

d.2.3 ¿A qué distancia se encontraba la partera/o del domicilio de la usuaria?

d.2.4 ¿Cuántas veces atendió a la mujer y cuál fue su diagnóstico?

d.2.5 ¿Qué tratamiento recomendó a la parturienta?

### **E) PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD**

e.1. ¿Existe una organización comunitaria/barrial en el sector que vivía la usuaria para emergencia de salud?

e.1.1 ¿Existe comité local de salud en su localidad, qué actividades realiza?

e.1.2 ¿Existe comité de usuarias en su localidad, qué actividades realiza?

e.1.3 ¿La usuaria pertenece a alguna organización/coordinaba con alguna de las de salud?

e.2 ¿Cómo se involucra la comunidad en caso de emergencia?

### **F) FACTORES DE RIESGO- DISCAPACIDAD**

f.1 ¿La usuaria presentaba algún tipo de discapacidad?

f.1.2 ¿Qué tipo y grado de discapacidad tenía la usuaria? (verificar con carnet)

f.1.3 ¿Requería y contaba con cuidadores?

f.2 ¿La usuaria recibía el bono Joaquín Gallegos y otra ayuda social?

f.3 ¿Por cuánto tiempo recibe o recibía el bono o ayuda social?

### **G) RELACIONES DE GÉNERO**

g.1 ¿Qué actividades realizaba la usuaria en el hogar?

g.1.1 ¿Recibía “ayuda” en las labores del hogar?

g.2 ¿Algún miembro del hogar consume alcohol u otras sustancias?

g.2.1 ¿Conocía usted si la usuaria consumía alcohol u otras sustancias?

g.3 ¿Observó signos de depresión o tristeza?

g.3.1 ¿Sabía si existían problemas dentro del hogar?

g.3.2 ¿Observó algún signo de golpes o lesiones?

g.4 ¿Podía tomar decisiones propias sobre las cosas que hacía tanto dentro como fuera del hogar?

g.4.1 ¿Pedía permiso para salir o realizar actividades fuera de casa?



## H) MOVILIDAD HUMANA

h.1 ¿De qué nacionalidad era la usuaria?

### De haber sido ecuatoriana

h.1.1 ¿El lugar donde residía la usuaria era su lugar de nacimiento u origen?

h.1.2 ¿Cuáles fueron los motivos por lo que la usuaria cambió de domicilio?

### De haber sido extranjera

h.1.3 ¿Cuánto tiempo residía en el Ecuador

h.1.4 ¿Cuáles fueron los motivos por lo que estaba viviendo en Ecuador?

h.1.5 ¿Contaba con documentos de regularización?

h.1.6 ¿Qué tipo de visa tenía?

## I) CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

i.1. ¿Quién mantenía en el hogar?

i.2 ¿La usuaria era beneficiaria del bono de desarrollo humano?

i.2.1 ¿Por cuánto tiempo?

i.3 ¿Qué nivel de estudio tenía la usuaria?

i.4 ¿En qué y en dónde trabajaba la usuaria durante el embarazo?

i.4.1 ¿Qué actividades realizaba?

i.4.2 ¿Cuántas horas dedicaba a esa ocupación?

i.4.3 ¿La ocupación exponía a la usuaria a actividades de fuerza física, cuáles?

i.4.4 ¿La ocupación exponía a la usuaria a contacto con sustancias químicas u otros riesgos?

i.5 ¿En qué trabajaba la usuaria antes del embarazo?

i.6 ¿Cuántas personas habitaban con la usuaria en la misma casa?

i.6.1 ¿De las personas que vivían en la misma casa cuál/es de ellas requerían cuidados directos de la usuaria?

i.7. ¿Conoce cuál era el gasto promedio mensual del hogar?

Cuánto

i.7.1 Nivel de ingreso del hogar

- Alto
- Medio
- Bajo

i.7.2 ¿Conocía si el sueldo que percibía le alcanzaba para cubrir sus necesidades?



## **J) SALUD Y AMBIENTE**

- j.1 ¿La casa donde vivía la usuaria tiene adecuada ventilación y luz?
- j.1.2 Existen ventanas u otros espacios que facilitan el flujo de aire
- j.1.3 La iluminación en el hogar es suficiente y permanente ¿Cuáles son las fuentes de iluminación del hogar?
- j.2 ¿La vivienda cuenta con provisión de servicios básicos?
- j.2.1 ¿La provisión de agua es permanente?
- j.2.2 ¿De dónde proviene el agua que consume en el hogar?
- j.2.3 ¿Se cuenta con alcantarillado o algún sistema de desecho de aguas servidas?
- j.2.4 ¿Cuál es el sistema de eliminación de basura (desechos sólidos) en el hogar?
- j.2.5 ¿EL hogar cuenta con servicio permanente de energía eléctrica?
- j.2.6 ¿En el hogar se cuenta con servicio telefónico? ¿De qué tipo?

## **K) PREGUNTAS DE CIERRE**

- k.1 ¿El/la recién nacido/a está bien?
- k.1.1 ¿El/la recién nacido/a ha recibido atención médica posteriormente a lo ocurrido?
- k.2 ¿Desea agregar algo más a la información que nos ha proporcionado?
- k.3 Agradecimiento y despedida



## Anexo N°3. Aprobación del estudio por el Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD / COBIAS-UCuenca

Oficio Nro. UC-COBIAS-2019-0348

Cuenca, 29 de julio de 2019

Estimada  
Gabriela Mireya Guerra Astudillo  
Investigadora Principal

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su solicitud del protocolo de investigación **2019-0234EO-PT-ES: "BARRERAS PARA EL ACCESO A SALUD ENFRENTADAS POR MUJERES QUE RESIDIERON EN LA PROVINCIA DEL AZUAY Y QUE FALLECIERON POR CAUSAS MATERNAS DURANTE EL AÑO 2017"** ha sido **APROBADO**, en la sesión ordinaria N° 74 con fecha 29 de julio de 2019.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- La selección de la base de datos fue diseñada en función de los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás (detallados en el Informe Belmont).
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del estudio en sus procesos de manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades de la investigadora.
- La investigadora principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Confidencialidad del manejo de la información.

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación: **2019-0234EO-PT-ES**. Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

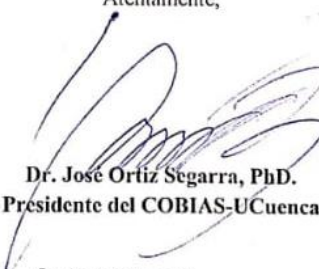


Es necesario que se tome en cuenta las siguientes responsabilidades:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y el solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, el solicitante de la aprobación es el responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que se debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,

  
**Dr. Jose Ortiz Segarra, PhD.**  
**Presidente del COBIAS-UCuenca**

Comité de Bioética en  
Investigación del Área de  
la Salud  
Universidad de Cuenca  
APROBADO

Fecha: 29 JUL 2019



## Anexo N°4. Declaración de confidencialidad de manejo de información

### Declaración de confidencialidad del manejo de información

Cuenca, 23 de septiembre de 2019

Señor Doctor  
**David Ordoñez Talbot**  
**COORDINADOR ZONAL 6 DE SALUD.**  
Presente.-

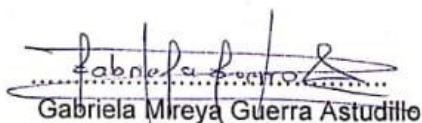
**Asunto:** Declaración juramentada de confidencialidad de manejo de la información y Carta de compromiso del investigador principal del **proyecto "Barreras para el acceso a salud enfrentadas por mujeres que residieron en la Provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017"**

De mi consideración:

Yo Gabriela Mireya Guerra Astudillo con CI **0104726195**, en calidad de investigadora principal del proyecto **"Barreras para el acceso a salud enfrentadas por mujeres que residieron en la Provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017"**, expreso mi compromiso de guardar la confidencialidad del manejo de la información, y responsabilidad de cumplir y hacer cumplir con lo dispuesto en la Norma de confidencialidad, estadística y buen uso de la información.

Se indica que se han establecido acuerdos con la Coordinación Zonal 6 de Salud, para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se me autorice el acceso.

Atentamente,

  
.....  
Gabriela Mireya Guerra Astudillo

CI. **0104726195**

**Anexo N°5. Cronograma**

<b>Barreras para el acceso a salud enfrentadas por mujeres que residieron en la provincia del Azuay y que fallecieron por causas maternas durante el año 2017.</b>						
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
<b>Objetivo Específico 1</b> Obtener información sobre características sociodemográficas y de salud reproductiva en registros médicos de mujeres que conforman la muestra						
<b>Actividad 1.1</b> Recolección de información cuantitativa.	X	X	X	X		
<b>Actividad 1.2</b> Registro de información cuantitativa en SPSS.						
<b>Actividad 1.3</b> Realización de cuadros y gráficos de información cuantitativa.				X		
<b>Actividad 1.4</b> Análisis de información cuantitativa				X		
<b>Actividad 1.5</b> Descripción de resultados cuantitativos					X	X
<b>Objetivo Específico 2</b> Describir las percepciones familiares y comunitarias sobre muerte materna de acuerdo al modelo de las tres demoras.						
<b>Actividad 2.1</b> Recolección de información cualitativa	X	X	X	X		
<b>Actividad 2.2</b> Preparación de documentos primarios				X		
<b>Actividad 2.3</b> Elaboración de citas en Atlas Ti					X	
<b>Actividad 2.4</b> Organización de citas por familias en Atlas Ti					X	
<b>Actividad 2.5</b> Estructuración de mapa conceptuales en Atlas Ti					X	
<b>Actividad 2.6</b> Análisis de información cualitativa					X	X
<b>Actividad 2.7</b> Descripción de resultados cualitativos						X



