

Una aproximación a la muerte materna en la Amazonía ecuatoriana en el periodo 2017-2022

Mgs. Shirley Tatiana Sánchez Chavaría¹
taluz35@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-1958-761X>

Obst. Mayra Beatriz Macas Macas
mayrabeamacas@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5903-4294>

Obst. Rocio Veronica Jingo Ichau
veritos_1003@hotmail.es
<https://orcid.org/0009-0003-6678-5322>

Obst. Tania Gabriela Segovia Benavides
tanisbenavides_3hotmail.es
<https://orcid.org/0009-0009-6536-7333>

Obst. Jessica Marlene Heredia Villa
jeszica1606@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7464-4867>

Obst. Marilin Estefania Rodriguez Vaca
marilinstefy27@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-5270-9067>

RESUMEN

Introducción. La muerte materna es un problema de salud pública, el cual afecta en mayor proporción a mujeres de países pobres. En África, Asia meridional y Latinoamérica la situación se agrava, debido a las grandes desigualdades sociales con base en la clase, etnia y género. Ecuador, está representado por el (32,4%) de la población pobre en donde los factores sociodemográficos, influyen en la salud de las mujeres a lo largo de toda su vida. **Objetivo.** Analizar los factores sociodemográficos y clínicos que influyen en la muerte materna en la amazonía ecuatoriana, entre los años 2017-2021. **Metodología.** Es una investigación tipo cuantitativa, se desarrolla a través de un diseño bibliográfico/documental, descriptivo, prospectivo, transversal no experimental. Se aplicó un instrumento validado *IMA0* 1-2020, a noventa mujeres de la amazonía ecuatoriana que cursaron una gestación en el periodo 2017-2021. **Conclusiones.** La muerte materna, en las provincias amazónicas del Ecuador, es el reflejo de las inequidades y la pobreza que son víctimas las maternas de este territorio, con bajo nivel de instrucción, falta de una ocupación remunerada, en zonas rurales dispersas, escasos controles prenatales y multiparidad.

Palabras clave: muerte materna; factores de riesgo; demoras; cultura; indígena.

¹ Autor Principal

An approach to maternal death in the Ecuadorian Amazon in the period 2017-2022

ABSTRACT

Introduction. Maternal death is a public health problem, which affects women from poor countries to a greater extent. In Africa, South Asia and Latin America the situation is worsening due to the great social inequalities based on class, ethnicity and gender. Ecuador is represented by (32.4%) of the poor population where sociodemographic factors influence the health of women throughout their lives.

Objective. Analyze the sociodemographic and clinical factors that influence maternal death in the Ecuadorian Amazon, between the years 2017-2021. **Methodology.** It is a quantitative type of research, it is developed through a bibliographic/documentary, descriptive, prospective, non-experimental cross-sectional design. A validated instrument IMA0 1-2020 was applied to ninety women from the Ecuadorian Amazon. **Conclusions.** Maternal death, in the Amazonian provinces of Ecuador, is a reflection of the inequities and poverty that maternal women in this territory are victims of, with a low level of education, lack of a paid occupation, living in scattered rural areas, few prenatal check-ups and multiparity.

Keywords: *maternal death; risk factor's; delays; culture; indigenous.*

Artículo recibido 15 febrero 2023

Aceptado para publicación: 15 marzo 2023

INTRODUCCIÓN

La Organización de la Mundial de la Salud (OMS), define a la muerte materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero por causas accidentales o incidentales (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La muerte materna sigue siendo una problemática de salud vigente que no ha dado tregua a los sectores más desfavorecidos del globo. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la mortalidad materna es inaceptablemente alta, 830 mujeres mueren cada día en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y postparto, prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Según el Grupo Interagencial de las Naciones Unidas (que incluye OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial y PNUD, es fundamental indicar que, América Latina y el Caribe son las regiones más desiguales a nivel mundial. En ellas se encuentran 10 de los 15 países con mayor nivel de desigualdad en el ingreso del mundo. Con respecto a la morbilidad y mortalidad materna se agravan con la inequidad en los ingresos, el bajo resultado escolar, la desnutrición, la falta de acceso a agua potable, el gasto público en salud bajo o poco equitativo, la ubicación geográfica desventajosa, la pertenencia a población indígena o afrodescendiente y la discapacidad, entre otros factores de riesgos. (Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2017, pág. 12)

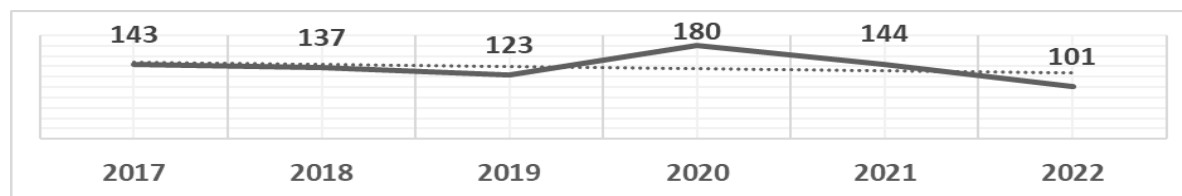
Con este antecedente podemos indicar que la inequidad entre los países se refleja claramente en el hecho de cifras altas de muerte materna, es así que 11 de 23 países de la región reportan cifras de decesos por muerte materna calculada por tasa estandarizada de mortalidad materna de 125 por 100,000 nacidos vivos. Los países con mayor presencia indígena y afrodescendiente (Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Haití, México, Perú y República Dominicana) son los que tienen la mortalidad materna más alta en la región. (Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, 2017, pág. 12)

Hugo Noboa (2019), indica que varios estudios señalan que países de una misma región tienen cifras de muertes maternas discordantes como se indica a continuación: Haití, con una RMM de 359 x 100.000 nacidos vivos (nv), vive la situación más dramática de la región. Pero otros países también tienen una

situación crítica como Bolivia con 206, Nicaragua con 150, Paraguay con 132 y Honduras con 129, países de la región superan la cifra de 100 muertes por cada 100.000 nv. Mientras tanto, países como Canadá con 7 x 100.000 nv. En Latinoamérica, Uruguay tiene la menor cifra con 15, pero Chile con 22 y Costa Rica con 25 tienen cifras igualmente bajas. Así mismo, Ecuador se encuentra en un lugar intermedio, con una RMM de 64 x 100.000 nv para el año 2015. Dentro del área andina, las cifras de Ecuador son similares a las de Colombia y Perú. (Noboa, 2019)

En Ecuador, entre los años 2017 y 2022 se reportaron 727 casos de muertes maternas de las cuales la mayor prevalencia se presentó en los años 2020 y 2021, con 180 y 144 casos respectivamente y la menor prevalencia en los años 2019 con 123 casos y 2022 con 101 casos respectivamente.

Gráfico 1. Situación de la muerte materna en Ecuador, en el periodo 2017-2022.

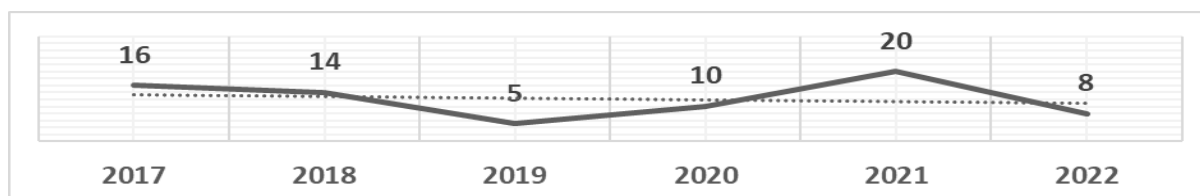


Fuente: Gaceta de muerte materna 2017-2022 MSP

Elaborado: Equipo de Investigación

Por consiguiente, es importante mencionar que la región amazónica del territorio ecuatoriano está constituida por 6 provincias: dos provincias en el norte Sucumbíos y Orellana, dos en el centro Napo y Pastaza y dos en el sur Morona Santiago y Zamora Chinchipe en donde se presentaron 73 casos de muerte materna, cual tuvo el siguiente comportamiento en el periodo 2017-2022.

Gráfico 2. Situación de la muerte materna en la Amazonía ecuatoriana, en el periodo 2017-2022.



Fuente: Gaceta de muerte materna 2017-2022 MSP

Elaborado: Equipo de Investigación

Si analizamos los casos de muerte materna como región amazónica podemos evidenciar que durante el año 2021 se presentó el mayor número de decesos con 20, seguido del año 2017 y 2018 con 16 y 14

casos respectivamente. Finalmente, en los años 2019 y 2022 se presentó la menor prevalencia con 5 y 8 casos respectivamente.

Tabla 1. Muertes maternas por lugar de residencia en las provincias amazónicas del Ecuador en el periodo 2017-2022.

PROVINCIA	2017	2018	2019	2020	2021	2022	total	Porcentaje
Sucumbíos	4	1	0	1	4	1	11	15%
Orellana	3	2	1	2	4	0	12	16%
Napo	0	2	0	2	3	2	9	12%
Pastaza	4	4	0	1	5	2	16	22%
Morona Santiago	4	3	4	3	3	3	20	27%
Zamora Chinchipe	1	2	0	1	1	0	5	7%
Total	16	14	5	10	20	8	73	100%

Fuente: Gaceta de muerte materna 2017-2021 MSP

Elaborado: Equipo de Investigación

Al analizar los casos de muerte materna por provincia de residencia amazónica, en el periodo del 2017 - 2022, en Ecuador se puede identificar que en la provincia en donde se presentan el mayor número de casos son Morona Santiago y Pastaza con 20 y 16 casos respectivamente. Seguido con 11, 12 y 9 casos en las provincias de Sucumbíos, Orellana y Napo respectivamente. Finalmente, el menor número de decesos se presentaron en Zamora Chinchipe con 5 casos.

Podemos indicar que para analizar las muertes maternas es necesario realizarlo a través de dos momentos: el primer momento por medio del enfoque de las “Tres Demoras” propuesta por Thaddeus y Maine. Posteriormente, el segundo momento a través del análisis de los determinantes sociodemográficos y clínicas propias del territorio.

Para el estudio de los casos de las muertes maternas es necesario realizarlo a través del enfoque de las “Tres Demoras” propuesta por Thaddeus y Maine, en donde se determinan los factores que contribuyen al deceso, los cuales perjudican el intervalo entre la aparición de las complicaciones obstétricas y sus resultados. En este enfoque se analizan aquellos factores que: 1) Retrasan la decisión de buscar atención. 2) Producen retraso para llegar a un centro de salud y 3) Retrasan la prestación de una atención adecuada. Las pacientes que hacen una oportuna decisión de acudir a dichos servicios pueden sufrir un retraso,

debido a la dificultosa accesibilidad a los mismos, lo que es un problema que se agrava en los países en vías de desarrollo. (Thaddeus & Maine, 1994)

Thaddeus y Maine (1994), realizaron un estudio denominado: “Demasiado lejos para caminar: en donde se analiza la mortalidad materna en contexto”, un estudio multicéntrico de complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio aplicado en 500.000 mujeres a nivel mundial identificando las diferentes dificultades que enfrentan para lograr la atención obstétrica oportuna y de calidad. Estas demoras fueron agrupadas en tres etapas:

En primer lugar, tenemos: **“Demora en decidir buscar atención”**: la decisión de buscar ayuda es el primer paso para recibir cuidados obstétricos de emergencia. Depende de las capacidades y oportunidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida, así como de la información de la que dispone acerca de a dónde puede acudir. La distancia a la instalación de salud, disponibilidad, eficiencia del transporte y costos, influyen en la toma de decisión de buscar ayuda.

En segundo lugar, tenemos: **“Demora en identificar y acceder a un servicio de salud”**: depende de la distancia al servicio de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo de los traslados.

Finalmente, en tercer lugar: **“Demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno”**: es importante recordar que las mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las etapas 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende del número y la disponibilidad de personal capacitado, la disponibilidad de medicamentos, suministros e insumos (antibióticos, sulfato de magnesio, sangre segura) y de la infraestructura (quirófanos) del servicio de salud, es decir, de la condición general de la instalación. (Thaddeus & Maine, 1994, pág. 1901) (Maine, Akalin, Ward, & Kamara, 1997).

Para Verona Mauricio, Fernández Jorge y Neciosup Elizabe (2019), en el texto: “Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención en casos de muerte materna”, se buscó identificar las demoras que contribuyen a la muerte materna en la región Lambayeque, en el período 2011-2016, a través de un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo. Se incluyó 116 fichas de investigación epidemiológicas de muerte materna ocurridas en la región y recabadas por la Gerencia Regional de Salud del Peru (GERESA). Se puede concluir que los determinantes mas frecuentes fueron

los siguientes: edad entre 20 a 39 años (77,6%) y la media de 29,48 años, ser conviviente (62,1%), ama de casa (86,2%), tener grado de instrucción primaria (38,8%), vivir en zona rural (56%).

En cuanto a la clínica la muerte materna más frecuente fue la de tipo directa (68,1%), la causa más frecuente fue el trastorno hipertensivo del embarazo (27,6%) y momento del fallecimiento más frecuente fue el puerperio (69,8%). En cuanto a las demoras, la más frecuente es la de tipo 1, en orden numérico se presentan de la siguiente manera: reconocer a tiempo la situación de riesgo (70,9%), buscar atención (79,5%), tiempo en llegar al establecimiento de salud: menos de una hora (78,6%) y tiempo en ser atendida: menos de 30 min (65,6%). (Verona & Fernández, 2019, págs. 93-103)

Mientras tanto, en referencia a los determinantes sociodemográficos que afectan la salud materna tenemos, con referencia a los desafíos de la interculturalidad en salud, por Manigeh Roosta (2015), en el texto: “Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: Los desafíos de la interculturalidad en salud”, cuyo objetivo es describir las barreras que generan las demoras en los hospitales, malos tratos y la discriminación, en donde se pone de manifiesto que no solo las demoras son los factores que agravan esta problemática de la muerte materna sino también la violencia que reciben las mujeres obstaculiza la atención materna oportuna. Es así que el modelo de interculturalidad en estos sectores se convierte en un desafío para avanzar. (Manigeh, 2015)

Es un estudio de revisión documental, el cual concluye que la muerte de mujeres indígenas durante el embarazo, parto y postparto son inaceptables y que la muerte materna es un fenómeno socialmente invisibilizado convirtiéndose en una tragedia social de largo tiempo. (Manigeh, 2015, págs. 64-74)

Para Catalina Meh, Amarprofundo Delgado, Bridget Ryan y Amanda Terry (2019), en el texto: “Niveles y determinantes de la mortalidad materna en el norte y el sur de Nigeria”, busca aumentar la evidencia sobre las estimaciones y los determinantes de la mortalidad materna en las regiones de Nigeria y evaluar las diferencias en los niveles y determinantes de la mortalidad materna en mujeres en edad fértil (15 a 49 años) en el norte y el sur de Nigeria. En donde se utiliza encuestas demográficas y de salud desde el año 2008 al 2013.

Finalmente, se obtiene como resultado que la mortalidad materna fue más pronunciada en el norte y aumentó en el año 2013 en comparación al año 2008, mientras que, para el sur los niveles disminuyeron levemente. La exposición a los medios y la educación se asociaron con la mortalidad materna en el

norte, mientras que, el método anticonceptivo, el tipo de residencia y el índice de riqueza se asociaron con la muerte materna en el sur. En ambas regiones la edad y la riqueza de la comunidad se asociaron significativamente con la mortalidad materna.

En conclusión, se puede determinar que las diferencias en los niveles y determinantes de la mortalidad materna entre el norte y el sur de Nigeria enfatizan la necesidad de esfuerzos para reducir las muertes maternas a través de nuevas estrategias que sean relevantes para cada región. Estos deberían mejorar la educación de las niñas en el norte y el acceso a la información y los servicios de salud en el sur. En general, se concluye que se deben adoptar nuevas políticas para mejorar el estatus socioeconómico de las mujeres al norte y sur de Nigeria, cabe mencionar que el aporte que brinda este estudio es que analiza dos regiones de un mismo país con un enfoque social crítico que determina una diferencia estadística de los determinantes sociales de la muerte materna por el simple hecho de la geolocalización, una técnica que puede ser replicada en otros países e investigaciones. (Catalina Meh, 2019, págs. 1-13).

Con este antecedente podemos indicar que en la década de los 90 la OMS, enfatiza la importancia de recuperar el enfoque de la atención primaria en salud para fortalecer las intervenciones comunitarias mediante la promoción de la salud, así como de mejorar la continuidad de la atención mediante sistemas de servicios de salud integrados. En 2010, la OPS, propuso para América Latina la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con la intención de disminuir los problemas que genera la fragmentación de los sistemas de salud, como la falta de acceso de poblaciones sin seguridad social y la inequidad en salud que ello implica. La propuesta de RISS promovía mejoras en provisión y gestión de los servicios, asignación de incentivos, mayor gobernanza (participación social e intersectorial) y enfoque hacia la equidad en salud. Sin embargo, poco sabemos sobre la implantación de la estrategia para combatir lo que otros autores llaman las viejas desigualdades de América Latina con enfoque de género, intercultural y de derechos. (Juárez, Villalobos, Saucedo, Alma, & Nigenda, 2020, págs. 548-551)

Tabla 3. *Normativa, en Salud Materna en Ecuador, en el periodo 1994 hasta el 2022.*

Año	Acción	Objetivo
1994	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	Garantizar el derecho de toda mujer a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva (Constitución Política de la República del Ecuador, 1994).
2004	Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Su objetivo es “disminuir las brechas existentes entre los enunciados de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos (Ministerio de Salud Pública, 2004).
2005	Código de la Niñez y Adolescencia	Garantizar la asistencia de niños, niñas y adolescentes y crear las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y parto a favor de la madre, especialmente si son madres adolescentes (Congreso Nacional, 2005).
2005	Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna	Realizar la actualización de las normas de Atención Materna y Neonatal, y la elaboración de un manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna-infantil incorporando una serie de intervenciones clínicas basadas en evidencia y de probada eficacia en la reducción de la morbilidad materna y perinatal (Ministerio de Salud Pública, 2005)
2007	El Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva	Diagnosticar los factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado, a través del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna y la creación de los Comités de Mortalidad Materna. Crear de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC). (Salud, 2007, págs. 1-41)
2008	Constitución del Ecuador	El Estado ecuatoriano reconoce el derecho a la integridad personal (CRE 2008, art. 66) y a una vida libre de violencia, tanto en al ámbito público como privado, asumiendo un rol fundamental en la garantía y protección de derechos, para lo cual ha definido leyes, políticas y otras medidas de índole social, cuya finalidad es la prevención y sanción de toda forma de violencia hacia las mujeres. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

2008	Estrategia CONE	Asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).
2008	Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y declaración de los Capítulos Normativos que lo integran, como política pública prioritaria para el sector salud. (Acuerdo Ministerial 474)	Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como el conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables. (Ministerio de Salud Pública, 2008, págs. 1-60)
2010	Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA)	Incrementar la capacidad de la población para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad y reproducción. Además, integra a los grupos LGTBI. (Ministerio de Salud Pública, 2010, págs. 1-6)
2013	Se normatiza el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud como parte de la estrategia para la reducción de muerte materna y neonata	Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención del embarazo, el parto y postparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días al año con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional. (Ministerio de Salud Pública, 2013, págs. 1-56)
2014	Transferencia la Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar ENIPLA, al Plan Familia Ecuador.	Ejercer la rectoría en la prevención del embarazo adolescente con enfoque de familia. Se disminuye el presupuesto y se enfoca en los valores familiares más que en la evidencia científica. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

2017-2021	Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	“Garantizar a toda la población del territorio ecuatoriano una atención integral y de calidad, a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador” (Ministerio de Salud Pública, 2018)
2022	Normativa ESAMYN	Proporcionar al personal de salud, directrices que le permitan brindar una adecuada, oportuna y segura atención a las mujeres y los recién nacidos, durante el embarazo, parto y posparto en los establecimientos de salud que atienden partos, como una estrategia para contribuir a la disminución de la morbilidad materna y neonatal (Ministerio de salud Pública, 2021)

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio con un enfoque cuantitativo, a través de un diseño bibliográfico-documental, descriptivo, prospectivo, transversal y no experimental. Para lo cual se aplicó la búsqueda en fuentes primarias y secundarias. En motores de búsqueda de como: Pubmed, LILACS, The Crocrhame Library, Scielo. Así mismo, en sitios web de instituciones como: Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, y repositorios de la Universidad Andina Simón Bolívar y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO.

La población de estudio fueron 90 mujeres residentes en las provincias de la amazonía ecuatoriana, las cuales desarrollaron al menos un parto o un evento obstétrico (aborto-embarazo ectópico-mola hidatiforme), en el periodo 2017-2021. La muestra se eligió a través de un muestreo no probabilístico. Además, se aplicó el instrumento validado IMA01, el cual consta de 21 preguntas dividido en tres categorías, la primera señala los factores sociodemográficos 10 preguntas, seguida por los factores clínicos 7 preguntas y finalmente las demoras 4 preguntas. Este instrumento se aplicó a 90 participantes del estudio por vía on-line, durante el período enero -diciembre 2022.

El análisis estadístico de los datos obtenidos, se realizó a través del programa Excel, a través de la categorización de las variables sociodemográficas, clínicas y las demoras maternas.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta para este estudio son: Confidencialidad, Credibilidad, Conformabilidad y la Transferibilidad.

Criterios de inclusión:

- Mujeres que residan por lo menos cinco años en las provincias amazónicas del Ecuador.
- Mujeres con al menos un antecedente obstétrico (parto por vía vaginal, cesárea, aborto, embarazo ectópico, Mola Hidatiforme) en el periodo 2017-2021.
- Mujeres que acepten ingresar al estudio, previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres de la amazonía ecuatoriana en estado de gestación.
- Mujeres que residan en la amazonía ecuatoriana de nacionalidad peruana o colombiana.
- Mujeres que no deseen ingresar al estudio.

RESULTADOS

Tabla 3. Resultados de la encuesta IMAO-2020 sobre Factores sociodemográficos, clínicos y demoras a mujeres con un evento obstétrico en las provincias de la amazonia ecuatoriana en el periodo 2017-2021.

N= 90			
Factores sociodemográficos			
Variable	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Edad	10-19 años	12	13%
	20-34 años	78	87%
Etnia	Indígena	69	77%
	Mestiza	21	23%
Nacionalidad	Achuar	17	25%
	Shuar	23	33%
	Kiwchua	29	42%
Estado Civil	Unión de hecho	45	50%
	Casada	28	31%
	Soltera	17	19%
	Primaria	77	86%

Grado de Instrucción	Secundaria	12	13%
	Superior	1	1%
Ocupación	Jornalera	72	80%
	Docente	1	1%
	Ama de casa	17	19%
Lugar de Procedencia	Urbano	1	1%
	Rural	77	86%
Movilización	Caminando	66	73%
	Camioneta	23	26%
	Avioneta	1	1%
Factores Clínicos			
Controles Prenatales	De 1 a 4 Controles	77	86%
	Más de 5 controles	13	14%
Paridad	Multigesta	81	90%
	Primigesta	9	10%
Demoras			
Recibió información sobre Plan de Parto y Transporte	Si	88	98%
	No	2	2%
Sabe cómo llegar al centro de salud más cercano	Si	89	99%
	No	1	1%
La atención de su último parto por profesional de salud	Médico- Obstetra	80	80%
	Partera	2	2%
	Familiar	8	8%
Oferta de método anticonceptivo durante el embarazo	Si	62	69%
	No	28	31%

Fuente: Encuesta Validada IMAO 2020

Elaborado: Equipo de Investigación

En referencia a los datos obtenidos de la encuesta IMAO- 2020, aplicada a 90 mujeres de la amazonía ecuatoriana, que han tenido un evento obstétrico, se puede analizar las variables sociodemográficas en donde podemos indicar que, el mayor porcentaje de mujeres pertenecen al grupo etario entre los 20 y 34 años (87%) y 10-19 años 12 (13%), así mismo, 69 (77%) de etnia indígena y 21 (23%) mestizas. En relación al estado civil de estas mujeres podemos evidenciar que 45 (50%) mujeres se encuentran en unión de hecho, 28 (31%) mujeres casadas y 17(19%) mujeres solteras. Por consiguiente, en relación al nivel de instrucción tenemos: 77 (86%) mujeres con el nivel de instrucción primaria 12 (13%) mujeres con el nivel de instrucción secundaria y 1(1%) mujer con el nivel de instrucción superior. Además, 72 (80%) mujeres de ocupación jornalera, 17 (19%) mujeres ama de casa y 1 (1%) mujer docente. Por consiguiente, 77 (86%), mujeres viven en el área rural y 13 (14%) residen en el área urbana. Finalmente, 66 (73%) se trasladan caminando al establecimiento de salud, 23 (26%) en camioneta y 1 en avioneta (1 %).

En referencia a los factores clínicos, que atravesaron las encuestadas cuando estaban embarazadas, los resultados fueron los siguientes: En relación a los controles prenatales de 1 a 4, 77 (86%) y más de 5 controles 13 (14%). En referencia a la paridad, multigestas 81 (90%) y primigestas 9 (10%).

Finalmente, en referencia al enfoque de las demoras, los resultados fueron los siguientes: Recibieron plan de parto y transporte 88 (98%). Y en consideración a las preguntas ¿Sabe cómo llegar al centro de salud más cercano? Si conoce 89 (99%) y No conoce 1 (1%). ¿La atención de su último parto por un profesional de salud? Médico- Obstetras 80 (89%), partera 2 (2%) y familiar 8 (8%). Por último, oferta de método anticonceptivo durante el embarazo y postparto, al 62 (69%) si se les oferto un método anticonceptivo y 28 (31%) no se les oferto un método anticonceptivo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos obtenidos en la encuesta IMAO 2020, podemos indicar que los factores sociodemográficos y clínicos inciden de forma directa en la alta prevalencia de mortalidad materna en las provincias de la amazonía ecuatoriana en el periodo 2017-2022.

En referencia a las variables con incidencia directa en la salud materna de las encuestadas tenemos grupo etario, la autoidentificación étnica, el estado civil, nivel de instrucción, la ocupación jornalera, lugar de residencia rural y la dispersión geográfica. En referencia a los factores clínicos que atravesaron las

encuestadas las variables con relación directa son los escasos controles prenatales y la paridad. Finalmente, en referencia al enfoque de las demoras, nos indican que conocen sobre las demoras, pero las muertes maternas siguen presentándose cada año en estos territorios pobres.

Los datos obtenidos en este estudio tienen relación con lo establecido por Noboa Cruz (2019), en el texto “Mortalidad Materna en el Ecuador: una mirada crítica”, su investigación radicó en analizar la mortalidad materna como una tragedia plagada de inequidades, en donde realiza una descripción de la razón de muerte materna a nivel mundial, y se enfoca en los países de Latinoamérica en donde realiza una asociación de la muerte materna y su relación al Producto Interno Bruto (PIB). En donde se destaca lo siguiente: Haití, con una RMM de 359 x 100.000 nacidos vivos (nv), vive la situación más dramática de la región. Pero otros países como la región también tienen una situación crítica como Bolivia con 206, Nicaragua con 150, Paraguay con 132 y Honduras con 129, países de la región superan la cifra de 100 muertes por cada 100.000 nv: En el otro extremo, la cifra más baja en las Américas corresponde a Canadá con 7 x 100.000 nv. En Latinoamérica, Uruguay tiene la menor cifra con 15, pero Chile con 22 y Costa Rica con 25 tienen cifras igualmente bajas. (Noboa, 2019).

Ecuador, se encuentra en un lugar intermedio, con una RMM de 64 x 100.000 nv para el año 2015. Dentro del área andina, las cifras de Ecuador son similares a las de Colombia y Perú. Además, de la RMM muy alta en Bolivia, Venezuela, que tradicionalmente ha tenido mejores indicadores de salud, ha sufrido un retroceso, hasta ubicarse en una RMM de 95 x 100.000 nv según las estimaciones del Grupo Interagencial de Naciones Unidas. Posterior a ello, realiza un análisis de la muerte materna en Ecuador. Así mismo, guarda relación con la investigación realizada por Paguay y Paguay (2019), en el texto: “Análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador periodo 2006-2016”, cual busca contribuir al conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna.

Mientras tanto, en relación a la metodología utilizada es distinta, ya que el estudio de Paguay se realiza un estudio, retrospectivo y correlacional sobre el Análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador, periodo 2006-2016 basado en datos obtenidos de los registros. Obteniendo los siguientes resultados, se calcularon frecuencias y se utilizó el indicador (RMM) razón de muerte materna, se aplicó la prueba no paramétrica, chi². Obteniendo los siguientes resultados: Las variables sociodemográficas (área de residencia, nivel de instrucción, estado civil, etnia y región

habitual), de las madres fallecidas en el embarazo, parto y puerperio resultaron ser significativas tanto para el análisis Chi2 como para la regresión logística, a excepción de la edad ($p=0,221$) que no fue estadísticamente significativa.

Finalmente, podemos indicar que aunque la metodología utilizada es diferente las causas de muerte materna son las mismas. La principal causa de muerte materna fue la directa, existe mayor riesgo en mujeres de etnia indígena OR (2,23), del área rural OR (2,20), en mujeres divorciadas con un riesgo de OR (4,02) mujeres procedentes de la región amazónica con un OR (1,91) (Paguay & Paguay, 2019).

CONCLUSIONES

- Para la reducción de la mortalidad materna en la amazonía ecuatoriana, es necesario visibilizar las variables edad, etnia, estado civil, instrucción como determinantes incidentes en los casos de muerte materna de forma histórica.
- Es indispensable aplicar el enfoque de atención con base en derechos humanos, género e interculturalidad, debido a que en la región existen grupos de escasos recursos que habitarán estos sectores.
- Es necesario fortalecer la articulación del primer nivel de atención en salud con la comunidad con la finalidad de mejorar la captación y el seguimiento de los controles prenatales en esta región debido a la dispersión geográfica, garantizando así el acceso a los servicios obstétricos.

LISTA DE REFERENCIAS

- Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Obtenido de https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
- Catalina Meh, A. D. (2019). Niveles y determinantes de la mortalidad materna en el norte y sur de Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(417), 1-13. Recuperado el 23 de Diciembre de 2022, de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2471-8>
- Congreso Nacional. (2005). *CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA*. Quito. Recuperado el 1 de Marzo de 2022, de <https://www.registrocivil.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2014/01/este-es-06-C%C3%93DIGO-DE-LA-NI%C3%91EZ-Y-
ADOLESCENCIA-Leyes-conexas.pdf

Constitución Política de la República del Ecuador. (1994). *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*. Congreso Nacional, Comisión de legislación y codificación, Quito.

Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. (Diciembre de 2017). *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador*. Quito. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_I_NEC_2016.pdf

Juárez, C., Villalobos, A., Saucedo, V., Alma, L., & Nigenda, G. (2020). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Scielo*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112020000600546

Maine, D., Akalin, M., Ward, V., & Kamara, A. (Junio de 1997). *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*. Universidad de Columbia, Facultad de Salud Pública. Obtenido de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.5.pdf>

Manigeh, R. (2015). Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: Los desafíos de la interculturalidad en salud. *Scielo*, 6(2). Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2072-92942015000200004

Ministerio de Salud Pública. (2004). *Política Nacional de Salud Y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Quito: Flacso. Recuperado el 27 de Junio de 2022, de <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/55736.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2005). *Plan Nacional de Reducción acelerada de Mortalidad Materna Y Neonatal*. Quito: Conasa. Recuperado el 9 de Marzo de 2022, de <https://cssr->

ecuador.org/downloads/2016/07/1.-

PlanNacionaldeReduccionAceleradadelMortalidadMaternayNeonatal.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021*.

Quito: Conasa. Recuperado el 13 de Marzo de 2022, de <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Ministerio de salud Pública. (2021). *Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y*

el Niño. Quito: Conasa. Recuperado el 8 de Septiembre de 2022, de <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/2021-DIC-16-ESAMYN.pdf>

Noboa, H. (2019). *Mortalidad Materna en el Ecuador: Una mirada crítica*. Quito, Ecuador. Obtenido de http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D1387.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna*. Washintong.

Paguay, L., & Paguay, Y. (2019). *Análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador periodo 2006-2016*. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Ingeniero Estadístico., Universidad Central del Ecuador , Quito.

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

Singh, G. K. (Diciembre de 2020). Tendencias y desigualdades sociales en la mortalidad materna en los Estados Unidos,. *Revista internacional de salud maternoinfantil y sida.*, 10(1).

Thaddeus, S., & Maine, D. (April de 1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38, 1091-110. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953694902267>

Verona, M., & Fernández, J. N. (24 de Octubre de 2019). Características epidemiológicas, clínicas y demoras en el proceso de atención en casos de muerte materna, Región Lambayeque. 2011 – 2016. *Revista. Cuerpo Med. HNAAA*. Obtenido de <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rmhnaaa/article/view/504>

