

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**Determinación social de la mortalidad materna en el Distrito
Metropolitano de Quito durante la pandemia por COVID-19, año 2020**

Mónica del Pilar Buitrón León

Tutora: Giannina Elizabeth Zamora Acosta

Quito, 2024

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra No comercial Sin obras derivadas	
---	---	---

Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de cesión de derecho de publicación de tesis

Yo, Mónica del Pilar Buitrón León, autora de la tesis “Determinación social de la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la pandemia por COVID-19, año 2020”, mediante el presente documento de constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos a la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva, en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda la responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

8 de agosto de 2024

Firma: _____

Resumen

En la tesis *Determinación social de la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la pandemia por COVID-19, año 2020*, se investigaron 15 casos de mortalidad materna (MM) de mujeres que residían habitualmente en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020 y que estuvieron embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la finalización de su embarazo. La investigación fue un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, longitudinal y de carácter retrospectivo que tuvo como objetivo general analizar los procesos críticos de la determinación social (DS) de la MM como la injusticia socioespacial existente que acentuó las desigualdades sociales, económicas y relacionadas con la salud que afectaron a las mujeres en situación de vulnerabilidad. Dentro de las conclusiones más importantes de los procesos críticos durante la pandemia por COVID-19 se destacó la política pública en salud como Guías de Práctica Clínica (GPC) desactualizadas y caducadas para la atención a mujeres embarazadas, en labor de parto, parto y puerperio, así como el aumento de la pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) impacto de la política económica y la disminución de la asignación presupuestaria para el gasto en salud a los establecimientos de salud, la reducción de la cobertura de los controles prenatales de mujeres embarazadas, especialmente en el primer nivel de atención de salud, la baja escolaridad, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, el desempleo/subempleo, la presencia de alto riesgo obstétrico, etc., demoras en la calidad de atención que incrementaron los casos de MM en el DMQ comparando los años 2019 y 2020.

Palabras clave: procesos críticos, determinación social, mortalidad materna, pandemia, vulnerabilidad e injusticia socioespacial.

A mi madre, Amalia, y a la memoria de mi padre, Gustavo, por haberme dado la vida,
cuidado y protegido en mi niñez y juventud y por ser mi mejor ejemplo.

A mi esposo, Milton, por estar incondicionalmente a mi lado y demostrarme su amor.

A mis hijas, Dayanna y Jessica, por ser el regalo más hermoso de mi vida.

Agradecimientos

A los distinguidos docentes de la Universidad Andina Simón Bolívar (UASB), por ser guías y enseñarme a ver la salud desde el nuevo enfoque de la epidemiología crítica (GC) y geografía crítica (GC) para tomar las mejores decisiones en beneficio de individuos, familias, comunidades y sociedad; en especial a Giannina Elizabeth Zamora Acosta, PhD.

A los profesionales de salud y administrativos de planta central del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Coordinación Zonal 9-Salud (CZ9-S), quienes contribuyeron significativamente, por su desinteresada ayuda al entregarme información sobre los casos confirmados de muerte materna en el DMQ en el año 2020, al saber la relevancia social y académica del tema, confiando en mí para que, con los datos obtenidos, actúe como profesional responsable de la salud con vocación de servicio en la atención a mujeres embarazadas, en labor de parto, parto y puerperio.

Al Hospital Gineco-Obstétrico y Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi” (HGONA) del MSP, que me abrió sus puertas durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020 y donde presté mis servicios como enfermera durante la ejecución de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva hasta el 2022.

Tabla de contenidos

Abreviaturas.....	15
Glosario	19
Introducción.....	21
Capítulo primero Problema de investigación, enfoque y marco teórico	25
1. Problema de investigación	25
1.1. Justificación	34
2. Enfoque y marco teórico	34
2.1. Epidemiología crítica.....	35
2.1.1. Determinación social	36
2.1.2. Reproducción social	37
2.1.2.1. Dimensiones de la reproducción social	38
2.1.2.2. Procesos críticos	44
2.2. Geografía crítica	45
2.2.1. Espacio	46
2.2.2. Territorio.....	47
2.2.3. Contexto socioespacial	48
Capítulo segundo Metodología.....	49
1. Tipo de estudio.....	49
1.1. Población	50
1.2. Diseño muestral	51
1.3. Criterios de inclusión.....	52
1.4. Criterios de exclusión	52
1.5. Técnicas de recopilación de información	52
1.6. Recaudos éticos	54
2. Operacionalización de variables	55
Capítulo tercero Geografía de un conflicto: injusticia socioespacial y determinación social en la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito.....	59
1. Distrito Metropolitano de Quito y su configuración política-administrativa. 60	60
2. Urbanismo y segregación socioespacial	63

2.1.	Zonas homogéneas de uso del suelo y expresiones de segregación en el Distrito Metropolitano de Quito.....	66
2.2.	Datos demográficos del Distrito Metropolitano de Quito	67
2.3.	Organización territorial de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito 2020.....	74
2.4.	Asignación presupuestaria para el gasto en salud durante 2020	79
2.5.	Mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito durante 2020.....	80
	Discusión, conclusiones y recomendaciones.....	97
	Lista de referencias	104
	Anexos.....	114

Lista de tablas

Tabla 1. Variables y dimensiones de la investigación.....	50
Tabla 2 .Instrumentos de recolección de la investigación	54
Tabla 3. Operacionalización de variables	55
Tabla 4. Expansión de población, desde 1534 a 2020.....	59
Tabla 5. Zonas homogéneas según parroquias urbanas y rurales DMQ 2010	68
Tabla 6. Población del DMQ 2020.....	67
Tabla 7. Mujeres en edad fértil, DMQ 2020	68
Tabla 8. Embarazos estimados DMQ 2020.....	68
Tabla 9. Casos confirmados COVID-19, en el DMQ.	72
Tabla 10. Establecimientos de salud según nivel de atención DMQ 2020	75
Tabla 11. Establecimientos de salud, según zona urbana o rural DMQ 2020.....	75
Tabla 12. Asignación de presupuesto para la Red Pública Integral de Salud y CZ9-S del MSP durante 2019 y 2020	79
Tabla 13. Casos totales de muertes maternas ocurridas en el DMQ 2020	80
Tabla 14. Casos de muertes maternas que residían en el DMQ 2020	81
Tabla 15. Edad de muertes maternas, DMQ,2020.....	81
Tabla 16. Etnia de las mujeres MM DMQ,2020	82
Tabla 17. Nivel de instrucción, casos MM 2020.....	82
Tabla 18. Estado civil de casos de MM DMQ 2020	83
Tabla 19. Actividad económica de casos MM DMQ 2020.....	83
Tabla 20. Ocupación casos MM DMQ 2020.....	83
Tabla 21. Parroquia y zona homogénea de residencia y establecimiento de salud donde ocurre la MM DMQ 2020.....	84
Tabla 22. Zonas homogéneas de residencia de casos MM DMQ 2020	85
Tabla 23. No. Gestas de casos de MM DMQ 2020.....	86
Tabla 24. Antecedentes parto normal (céfalo vaginal) de los casos de MM.....	86
Tabla 25. Antecedentes abortos de los casos de MM DMQ 2020	87
Tabla 26. Realización de cesáreas de los casos de MM DMQ 2020.....	87
Tabla 27. N° hijos vivos de los casos de MM DMQ 2020.....	88
Tabla 28. Antecedentes de hijos muertos de los casos de MM DMQ 2020.....	88

Tabla 29. Antecedentes de óbitos fetales de los casos de MM DMQ durante 2020	88
Tabla 30. Edad gestacional de los casos de MM DMQ 2020.....	89
Tabla 31. Forma de terminación del embarazo de los casos de MM DMQ 2020.....	89
Tabla 32. Intervalo intergenésico entre embarazos de los casos de MM DMQ 2020....	89
Tabla 33. Controles prenatales durante el embarazo de los casos de MM DMQ 2020..	90
Tabla 34. Identificación de riesgo obstétrico de los casos de MM DMQ 2020	90
Tabla 35. Lugar de muerte de los casos de MM DMQ 2020	91
Tabla 36. Causas básicas de defunción de los casos de MM DMQ 2020	91
Tabla 37. Período de ocurrencia de los casos de MM DMQ 2020.....	91
Tabla 38. Tipo de causa de fallecimiento de los casos de MM DMQ 2020.....	92
Tabla 39. Evitabilidad de los casos de MM DMQ 2020	92
Tabla 40. Demoras de la atención en salud de los casos de MM DMQ 2020.....	92
Tabla 41. Procesos protectores y destructivos de MM.....	94

Abreviaturas

ALC	América Latina y el Caribe
APS-R	Atención primaria de salud renovada
Art.	Artículo
BCE	Banco Central del Ecuador
BDE	Banco de Desarrollo del Ecuador
Ca	Cáncer
CCQ	Cámara de Comercio de Quito
CEISH	Comité de Ética en Investigaciones en Seres Humanos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COE	Comité de Operaciones de Emergencia
COIP	Código Orgánico Integral Penal
CZ9-S	Coordinación Zonal 9-Salud
DDHH	Derechos humanos
DMQ	Distrito Metropolitano de Quito
DS	Determinación social
EC	Epidemiología crítica
ECV	Encuesta de condiciones de vida
ENEMDU	Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo
ESAMyN	Establecimientos de salud amigos de la madre y del niño
ESIGEF	Sistema Integrado de Gestión Financiera
FMI	Fondo Monetario Internacional
G	General
GAD	Gobierno autónomo descentralizado
GC	Geografía crítica
GPC	Guía práctica clínica
GTRMM	Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna
HECAM	Hospital de Especialidades “Carlos Andrade Marín”
HGDC	Hospital General Docente de “Calderón”
HGOIA	Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora”

HGONA	Hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”
I	Individual
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
IRAG	Infección respiratoria aguda grave
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
LOIPEVM	Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres
LOS	Ley Orgánica de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MDM	Metas de desarrollo para el milenio
MINEDUC	Ministerio de Educación y Cultura
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MM	Mortalidad materna
MMT	Mortalidad materna tardía
MSP	Ministerio de Salud Pública
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
NV	Nacido vivo
n.º	Número
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	OMS
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P	Particular
PIB	Producto interno bruto
PIC	Período intergenésico corto
PIL	Período intergenésico largo
RMM	Razón de mortalidad materna
RN	Recién nacido
RPC	Red privada complementaria
RPIS	Red pública integral de salud
RS	Reproducción social

S	Singular
“S”	Sustentabilidad, soberanía, solidaridad y seguridad
SE	Semana epidemiológica
SNAI	Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores
SNGC	Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSC	Seguro Social Campesino
S-N	Sociedad-naturaleza
TB	Tuberculosis
TDN	Tasa de desempleo nacional
TE	Tasa de empleo
TF	Tasa de fecundidad
TMM	Tasa de mortalidad materna
TN	Tasa de natalidad
UASB	Universidad Andina Simón Bolívar
USD	Dólar estadounidense
VBG	Violencia basada en el género
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Glosario

acceso universal. “[L]a garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de su nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación e ingresos” (MSP 2018).

control prenatal. “[C]onjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a” (MSP 2015).

defunciones obstétricas directas. Resultan de “complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (MSP 2020, 1).

defunciones obstétricas indirectas. Se consideran “producto de una enfermedad existente desde antes del embarazo, la cual evoluciona durante el mismo y no debida a causa obstétrica directa, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos propios del embarazo” (MSP 2020, 1)

embarazo. Es el “estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término” (MSP 2015)

embarazo de riesgo. Aquel en que “se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias” (MSP 2015).

muerte materna. Se define como “la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la duración y el sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales e incidentales” (MSP 2020, 1).

muerte materna tardía. “[E]s el fallecimiento de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después del parto, pero antes de un año de haber terminado el embarazo” (MSP 2020, 1).

parto. Se define como el “conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal de un feto de más de 500 g o más de 22 semanas vivo o muerto” (MSP 2015).

primera demora. Barrera que presenta la mujer embarazada y familia que dificulta tomar la decisión para requerir asistencia debido a la falta de identificación de complicaciones obstétricas que amenazan su vida, factores culturales, inseguridad de ser atendidas por personal entrenado, escasez de métodos eficientes, distancia al establecimiento de salud, disponibilidad de transporte y costo de la atención en salud. (Maine et al. 1997).

segunda demora. Retraso que se presenta luego que las mujeres embarazadas con complicaciones obstétricas y familia decidieron buscar ayuda médica, pero deben enfrentar la poca accesibilidad a las instalaciones de salud en relación con la distancia, vías de acceso, eficiencia y costo del transporte (Maine et al. 1997).

trabajo de parto. Se refiere a “las contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix” (MSP 2015).

tercera demora. Situación que se presenta después de que las mujeres embarazadas y familiares decidieron buscar ayuda y llegaron a un establecimiento de salud, pero recibieron una baja calidad de atención relacionada con insuficiente personal capacitado, medicamentos, dispositivos médicos, insumos, equipamiento e infraestructura (Maine et al. 1997).

violencia contra la mujer. Se entiende como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ONU 1993, art. 1).

Sistema Nacional de Salud. “Comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social” (EC 2008).

Introducción

La investigación *Determinación social de la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la pandemia por COVID-19, año 2020* permite entender el problema desde el enfoque de la salud colectiva y descifrar el estado singular de la salud como una construcción compleja y multidimensional determinada por el dominio general (G) que percibe los contextos sociohistóricos territoriales, acumulación de capital y poder; el dominio particular (P) que está caracterizado por los modos de vida de las comunidades o clases sociales y el dominio individual (I) que representa los estilos de vida que operan en relación dialéctica de interafectación e interinfluencia.

El capítulo primero aborda el problema de investigación, justificación, enfoque y marco teórico considerando las dimensiones de la DS y GC como la dinámica de la población de mujeres del DMQ en edad fértil, la tasa de fecundidad (TF), la tasa de natalidad (TN), la tasa de mortalidad materna (TMM) y la relación con la dimensión G, debido a las disposiciones generadas en la pandemia por las autoridades nacionales y locales en cuanto a política pública en salud y económica, las medidas generadas por el Comité de Operaciones de Emergencia (COE), el aumento de la pobreza por NBI, la reducción de la asignación presupuestaria a los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud¹ (RPIS), la disminución de la cobertura de los controles prenatales especialmente en el primer nivel de atención, la pérdida en la continuidad de la atención a las mujeres embarazadas y atención de salud en hospitales generales que fueron designados como centinelas para COVID-19; la dimensión P, determinada por los modos de vida relativos con la etnia, el nivel de escolaridad, la actividad económica (desempleo o subempleo), ocupación, condiciones de la vivienda por parroquias urbanas o rurales de residencia, y la dimensión I, caracterizada por los estilos de vida y la situación de salud de los casos de MM en referencia con la edad (adolescente o mayor de 35 años), número (n.º) de gestas (primegestas, multigestas), antecedentes obstétricos (n.º partos, n.º abortos, n.º cesáreas, n.º óbitos fetales, n.º de chequeos prenatales, período de intervalo intergenésico), causas de fallecimiento, etapa del estado gravídico donde ocurrió el

¹ Red Pública Integral de Salud está conformada por las unidades de salud del MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL, amparadas en el Convenio Marco Interinstitucional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014).

fallecimiento, etc., que aumentaron la razón de mortalidad materna² (RMM) en mujeres vulnerables del DMQ.

El capítulo segundo expone la metodología de la investigación a partir de la cual se analizaron los procesos críticos que constituyeron el movimiento multidimensional G, P, I y del espacio-territorio según la anuencia de la clase social y etnia reflejados en la MM, a través de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron los procesos críticos general, particular e individual de la determinación social de la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020? e hipótesis: La determinación social de las mujeres embarazadas en parto y puerperio durante la pandemia por COVID-19 durante el año 2020 aumentó la MM en el DMQ; aplicándose desde este enfoque metodológico y epistemológico un estudio de tipo cuantitativo que permitió confrontar el sujeto-objeto representado por las muertes maternas; por el tipo de diseño, una investigación observacional no experimental al analizar sin ninguna intervención desde revisiones bibliográficas las variables del espacio-territorio como: demografía, pobreza, gasto e inversión en salud, política en salud, infraestructura sanitaria en el DMQ, nivel socioeconómico, situación obstétrica de los casos de MM y por el alcance temporal fue longitudinal retrospectiva al haber dado seguimiento a los fallecimientos maternos ocurridos entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 53 del año 2020. Se estudiaron 15 casos anonimizados desde las fuentes secundarias de información que tuvieron como criterio de inclusión aquellas defunciones de madres generadas hasta los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, y criterio de exclusión las muertes de aquellas que vivían habitualmente en otras ciudades y provincias del país y se garantizó los recaudos éticos de la información obtenida en la investigación.

El capítulo tercero expone la historia demográfica y de expansión del DMQ, su actual ubicación geográfica, distribución en áreas urbana y rural, espacial de los estratos por nivel educativo del área urbana y rural, clasificación de las zonas homogéneas para realizar el análisis de las injusticias socioespaciales de la ciudad, la pobreza por NBI, la organización territorial de la RPIS y la Red Privada Complementaria³ (RPC) del Sistema

² Razón de mortalidad materna es el número de casos de MM por cada 100 000 nacidos vivos.

³ Red Privada Complementaria está integrada por entidades o establecimientos de salud que prestan sus servicios de forma privada y que tienen fines de lucro (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014).

Nacional de Salud⁴ (SNS) y su concentración geográfica en la zona urbana por agrupación de población, que permiten entender la DS de la MM en el contexto de la pandemia por COVID-19.

El capítulo cuarto trata la discusión, conclusiones y recomendaciones obtenidas luego de la investigación realizada en referencia con los procesos críticos de la DS que afectaron a las mujeres en el DMQ durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020 producto de la interinfluencia e interacción del dominio G; P e I sobre las mujeres embarazadas, parto y posparto, perceptible en el aumento de los casos MM relacionada con la política en salud desactualizada y caducada, el decrecimiento del gasto en salud, el descenso de controles prenatales, nivel socioeconómico y educativo, desempleo, parroquia de residencia, antecedentes obstétricos.

⁴ Sistema de salud “comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social” (EC *Constitución de la República del Ecuador*, 2008).

Capítulo primero

Problema de investigación, enfoque y marco teórico

Este trabajo requirió entender el problema de investigación para, a partir de este, definir el objeto de estudio, la justificación, el enfoque, el marco teórico y los objetivos y plantear la propuesta teórica y metodológica. El abordaje se realizó desde la perspectiva crítica, que permitió comprender la MM desde la reflexión y el diálogo de la categoría territorio de la GC con la DS de la salud de la EC.

1. Problema de investigación

La salud sexual y reproductiva de las mujeres está vinculada con el ejercicio de los derechos humanos (DDHH), como los derechos a la salud, a la vida, a la educación, a la prohibición de la discriminación, a la intimidad y a no ser maltratadas. Respecto al derecho a la salud, toda mujer debe acceder a la salud en establecimientos disponibles en número y calidad suficiente, asequibles física y económicamente y libres de exclusión; sin embargo, a pesar de este derecho tan importante, a muchas mujeres se les niega o restringe este derecho; acceden a la salud con servicios de baja calidad e, incluso, para ser atendidas muchas requieren la autorización por parte de terceros; estas violaciones suelen deberse a creencias y valores sociales y a conceptos patriarcales del papel en la familia, haciendo que se las valore únicamente en función de su capacidad reproductiva (Naciones Unidas 2023).

No se puede dejar de mencionar a las niñas y adolescentes que cursan embarazos de alto riesgo, lo que constituye una de las principales causas de muerte entre 15 y 24 años. Esto puede darse por falta de educación sexual, métodos anticonceptivos que puedan ser facilitados de manera oportuna y la penalización del aborto, lo que obstaculiza el acceso a servicios seguros y necesarios que permitan la interrupción de la gestación, que a su vez pone en mayor riesgo su salud y vida (GTRMM 2023).

La MM es un tema crucial e ignorado que afecta a miles de mujeres. Constituye un medidor clave de su salud y bienestar que indica las barreras para alcanzar la igualdad de género y la equidad, estas barreras hacen que las mujeres tengan experiencias negativas en el sistema de salud, lo que genera disparidad entre grupos específicos, a pesar de que todas las mujeres se encuentran en riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la

gravidéz (Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna —GTRMM— 2023).

La MM constituye un grave problema de salud pública, social y político que afecta, sobre todo, a los países en vías de desarrollo como el nuestro. Adicionalmente, es un indicador de salud que refleja la pobreza, injusticia e inequidad social, falta de educación, acceso a servicios de atención médica oportuna, violencia basada en el género (VBG)⁵, etc., y señala la ineficiencia del SNS. (Noboa 2019).

Las mujeres que pertenecen a poblaciones indígenas, montuvias, afrodescendientes, son pobres, poseen poca escolaridad, viven en zonas geográficas desfavorables, tienen falta de acceso universal a planificación familiar y métodos anticonceptivos, presentan discapacidades o son disidentes sexuales⁶ están en mayor riesgo de morir durante el embarazo, parto o puerperio (GTRMM 2021).

La MM es inadmisibles e injusta, pues su impacto sobre los niños que quedan huérfanos, la familia y la sociedad se convierte en una tragedia que debemos evitar, dado que disminuye la probabilidad de vida no solo del recién nacido (RN) que vive, sino también de los hijos menores de cinco años que tienen mayor riesgo de enfermar y morir, y afecta a las hijas mayores de 12 años que deben asumir prematuramente el papel de madres; por lo cual se reduce su nivel de escolaridad, capacidad productiva futura y se eleva el riesgo psicosocial. Por lo tanto, junto a estas mujeres, que ven vulnerado su derecho a la salud y a la vida, miles de familias y comunidades sufren pérdidas emocionales, sociales y económicas (GTRMM 2021, 5).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 —producto de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio— 830 mujeres murieron diariamente, constituyéndose un total anual aproximado de 303 000 muertes, que en su mayoría ocurrieron en países de ingresos bajos y eran prevenibles (OMS 2019).

En la pandemia por COVID-19 de 2020, la RMM en el mundo se incrementó en un 15 %, evidenciándose una regresión de aproximadamente 20 años que demostró las diferencias entre pobres y ricos, las barreras y discrepancias en el acceso de las mujeres embarazadas a atención de salud de calidad (GTR 2023).

⁵ Violencia de género se entiende como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2014).

⁶ Disidentes sexuales se consideran a las manifestaciones de sexualidad que cuestionan el régimen heteronormativo y la matriz heterosexual.

La RMM en los países de ingresos bajos fue de 430 por 100 000 nacidos vivos (NV), frente a 12 por 100 000 NV en los países de ingresos altos, siendo que el objetivo de desarrollo del milenio⁷ (ODM) era reducirla a 70 por 100 000 NV (OMS, 2023).

Países de América Latina y el Caribe (ALC) lograron avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo, parto y puerperio desde 1990, pero, a pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 289 000 mujeres murieron, lo que representó que ningún país de esta región lograra alcanzar el ODM de disminuir un 75 % la MM para el año 2015 (OPS 2014).

Desde la pandemia por COVID-19 a finales de 2019, la mayoría de la población del mundo sufrió un fuerte impacto social y económico. A pesar de las acciones implementadas para enfrentar la crisis se produjo la elevación de la incidencia y gravedad de enfermedades no transmisibles, enfermedades de salud mental, enfermedades transmisibles como la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis (TB), la malaria y el cáncer (Ca), ocasionadas por la falta de acceso a la salud. La MM no fue una excepción, diferentes investigadores alertaron del peligro de discontinuar las atenciones de salud en los diferentes niveles del sistema de salud y sobre la necesidad de patrocinar un enfoque de salud integral en la toma de decisiones de políticas públicas, debido al efecto que podría tener a largo plazo no hacerlo (Villalobos Dintrans et al. 2021).

La RMM incrementó considerablemente “en el contexto de la pandemia por COVID-19 debido a la saturación de los sistemas de salud, las medidas de aislamiento y una merma en la demanda-oferta de los servicios de salud, así como de la calidad de la atención” (GTR 2023, párr. 3).

Desde 2007, en Ecuador se aumentó el gasto en salud y el MSP emitió políticas públicas, constituyendo instrumentos que lograron, hasta el año 2019, disminuir la RMM de 50,7 a 37,0 por cada 100 000 nacidos vivos (NV), pero que durante 2020 —durante la pandemia por COVID-19— subió a 57,6 (GTRMM 2021)

A nivel nacional, en el año 2019, la pobreza por ingresos fue de 23,9 %, la pobreza extrema de 8,7 % y por coeficiente de Gini de 0,486 (EC INEC 2019), mientras que, en el 2020, la pobreza por ingresos aumentó a 32,4 % en el 2020, la pobreza extrema pasó a

⁷ Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron establecidos en 2000 durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, entre ellos figuran reducir la pobreza y el hambre, lograr la educación primaria universal, el mejoramiento de la salud materna, la sostenibilidad del medio ambiente, luchar contra epidemias, fomentar una alianza mundial para el desarrollo, entre otros.

14,9 % en el 2020 y por coeficiente de Gini de a 0,500 en el 2020 (EC INEC 2020), situación que repercutió directamente sobre la salud de los ecuatorianos.

En Ecuador, desde 2007 hasta 2019 disminuyó la RMM de 50,7 hasta 37,0 por cada 100 000 NV, pero en el contexto de la pandemia por COVID-19 de 2020 subió a 57,6 como se indica en la figura 1 (GTRMM 2021).

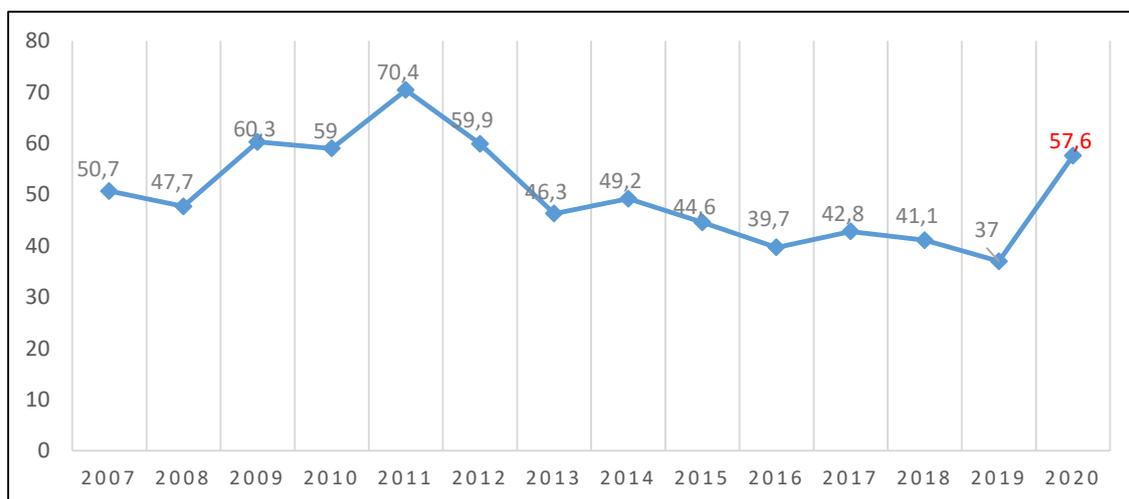


Figura 1. Razón de MM en Ecuador desde 2007 hasta 2020.

Fuente: INEC 2021, 4.

Elaboración propia.

Durante la pandemia, las principales causas de MM directas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo⁸ y las hemorragias en el puerperio,⁹ mientras que, por causas indirectas, el fallecimiento fue en algunos casos por COVID-19, viéndose más afectadas las mujeres del área urbana que las del área rural, las mujeres mestizas más que las mujeres indígenas y afroecuatorianas (EC MSP 2020).

Es importante destacar que existió limitada disponibilidad de datos desagregados y de procesos de formación adecuados de recolección para contar con información adecuada, por lo cual la MM en zonas rurales probablemente esté subregistrada (GTRMM 2023).

En 2020, se notificaron 180 MM en el país, de las cuales el 90,56 % (163 MM) fueron antes de los 42 días de puerperio y el 9,44 % (17 muertes maternas tardías-MMT)

⁸ Trastornos hipertensivos del embarazo como la preeclampsia y la eclampsia, frecuentemente, causan complicaciones en el embarazo y aumentan la morbilidad materna y perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

⁹ Hemorragias en el puerperio es la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y que supera 1000 ml en un parto por cesárea y que genera inestabilidad hemodinámica.

después de los 42 días del posparto, comparando las MM del año 2020 con las del año 2019 (MSP 2020, 1), es decir, hubo un aumento de 40 MM.

De estas las 163 MM, 65,64 % fueron por causas directas (evitables), es decir, por complicaciones obstétricas del estado gravídico como los trastornos hipertensivos y las hemorragias obstétricas y el 34,36 % por causas indirectas como el COVID-19 o enfermedades preexistentes. (EC MSP 2020, 4).

Es importante mencionar que 34 muertes ocurrieron en el embarazo, 1 en el parto, 61 en el puerperio inmediato, 35 en el puerperio mediano y 32 en el puerperio tardío (EC MSP 2020).

De los casos de MM, 103 residían en área urbana y 60 en zona rural; 133 se autoidentificaron como mestizas, 22 como indígenas y 5 como afroecuatorianas; en 84 casos el parto fue por cesárea, 35 por vía vaginal, 10 por aborto/legrado y 34 fallecieron en el embarazo. Es fundamental destacar que, de 119 MM, y que su parto fue por cesárea y vía vaginal, 23 niños fallecieron y 96 RN vivieron. (EC MSP 2020).

De acuerdo a información del MSP, en el DMQ, en el año 2019, la tasa de muerte materna¹⁰ (TMM) fue de 0,42 por cada 10 000 embarazadas y se registraron 6 casos confirmados de MM, pero —durante el contexto de la pandemia por COVID-19 en 2020— aumentó a 2,4 y se reportaron 22 casos confirmados, considerándose 1 167 años dejados de vivir tempranamente, los cuales representan años perdidos por decesos precoces (EC MSP 2020).

Según datos del *Informe de Rendición de Cuentas de la CZ9-S* del MSP, las atenciones a mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo en salud pasaron de 96 498 en 2019 a 81 457 en 2020 (EC MSP 2020), situación que el estudio transversal *Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: Proyecto ISLAC 2020*, realizado en 19 países de ALC de julio a septiembre de 2020, expresa como resultado relevante que “se percibió una reducción de la cobertura y la calidad de los servicios a adolescentes y mujeres” (Villalobos Dintrans et al. 2021, 1).

En el DMQ ocurrieron 22 MM: 1 en el domicilio, 3 en la RPC y 18 en la RPIS; de estas 15 eran residentes del DMQ, las otras vivían fuera del DMQ: 2 en Santo Domingo de los Tsáchilas, 1 en Manabí, 1 en Cotopaxi, 1 en Napo, 1 en Cantón Mejía y 1 en Pedro Moncayo de la provincia de Pichincha (EC MSP 2020).

¹⁰ Tasa de mortalidad materna es el número de casos de MM por cada 10 000 mujeres embarazadas.

En la ciudad, las medidas adoptadas por el COE, como movilidad restrictiva de la población, aislamiento, disminución de la capacidad resolutive¹¹ en la mayoría de unidades de salud, ocasionaron la reducción de la cobertura y la calidad de los servicios a las mujeres en relación con los servicios de salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos) y generaron barreras en la atención especialmente en el primer nivel de atención a mujeres durante el primer trimestre de embarazo (control prenatal) (GTRRMM 2021).

En el MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), los hospitales generales¹² (Docente de “Calderón”, “San Francisco”, “Pablo Arturo Suárez”, “Enrique Garcés”, “Sur de Quito”) ubicados al norte y sur del DMQ, correspondientes al segundo nivel de atención,¹³ se convirtieron en establecimientos centinelas y exclusivos para atender únicamente a pacientes COVID-19; además, hospitales de especialidades y especializados¹⁴ (“Carlos Andrade Marín”, Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”, Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”), correspondientes al tercer nivel de atención¹⁵, prestaron asistencia solo durante la labor de parto, parto y puerperio inmediato y mediato y limitaron el servicio de consulta externa de obstetricia para efectuar los controles prenatales e identificar a mujeres con riesgo obstétrico principalmente en los primeros meses de iniciada la pandemia (EC MSP 2020).

En la figura 2 se observa la curva epidemiológica de los casos de COVID-19 atendidos en Pichincha durante 2020, provincia a la que pertenece el DMQ y se demuestra la demanda de atención de pacientes en los establecimientos de salud desde la semana epidemiológica (SE) 9, cuando se reportaron los primeros casos, hasta la SE 53 durante la pandemia y que se relacionan con la saturación de los establecimientos de salud de la RPIS y RPC. En el DMQ se reportaron 71 477 casos confirmados, 190 242 casos

¹¹ Capacidad resolutive es la respuesta que tiene una institución de salud al requerimiento de atención o satisfacción a problemas de salud de los pacientes de forma oportuna y rápida para un diagnóstico y tratamiento correcto con personal calificado y recursos físicos según su cartera de servicios (EC MSP 2014).

¹² Establecimiento de salud que brinda atención clínico-quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencia; con especialidades básicas y subespecialidades reconocidas por la ley (EC MSP 2014).

¹³ El segundo nivel de atención representa a los servicios y acciones de atención ambulatoria especializada y que necesitan ingreso hospitalario. Constituye la referencia del primer nivel de atención (EC MSP 2018).

¹⁴ Establecimiento de salud de alta complejidad que suministra atención de especialidad y especializada, solventando las complicaciones de enfermedades de gran complejidad (EC MSP 2018).

¹⁵ El tercer nivel de atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, son de referencia nacional, resuelven los problemas de salud de alta complejidad y pueden realizar, incluso, trasplantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

descartados y 27 078 casos con sospecha, habiéndose tomado 288 797 muestras que se aproximan a las atenciones médicas realizadas en los establecimientos de salud de la RPIS y RPC.

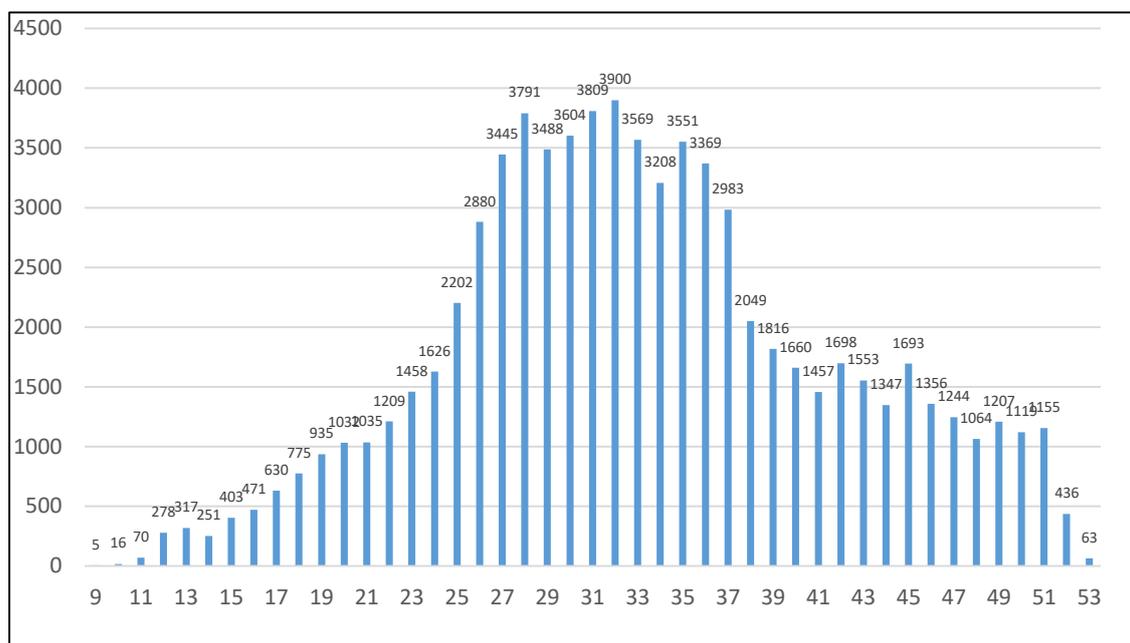


Figura 2. Curva epidemiológica de casos COVID-19, Pichincha 2020.

Fuente: EC COE 2020.

Elaboración propia.

En 2019, en el DMQ, de los 39 807 NV se estimó que 5 211 fueron producto de embarazos adolescentes;¹⁶ es decir, 13 por cada 100 nacimientos, situación que incrementó cuatro veces el riesgo de defunción más que en mujeres de 20 a 30 años, la RMM fue de 9,54 por cada 100 000 NV (EC Municipio de Quito 2020).

Al buscar, en las diversas fuentes bibliográficas, investigaciones relacionadas con la DS de la MM durante la *pandemia* por COVID-19, realizadas a durante ese período, no se encontró ninguna investigación. Sin embargo, se localizó a nivel nacional la tesis, *Determinación social de la muerte materna en el cantón Ibarra, Imbabura, Ecuador*, realizado en el 2018 que refiere que “la demora de mayor frecuencia es la de tipo III que se encuentra directamente relacionada con la calidad de atención de los servicios de salud el Sistema Nacional de Salud” (Granda Suquillo 2018, 5) y el estudio, *Desigualdades sociales en la mortalidad materna entre las provincias del Ecuador*, que asoció la

¹⁶ Embarazo adolescente es una forma de violación de los derechos humanos con grave repercusión económica, social y cultural que representa un dilema de salud pública producto de la injusticia y desigualdad social en la sociedad (Villacrés Pinza 2022).

mortalidad materna y los indicadores socioeconómicos para calcular las desigualdades (Sanhueza et al. 2017).

Y a nivel internacional se hallaron diferentes medidas adoptadas durante 2020 que estuvieron carentes de evidencia y conocimientos científicos, y que señalaron que las poblaciones de mujeres embarazadas supuestamente iban a ser menos afectadas y generaron un sinnúmero de inconvenientes en la salud materna, dado que a este grupo se lo identificó, inicialmente, como de menor riesgo. Así, la OMS generó la primera orientación provisional denominada *Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV)*, que manifestaba que no existía evidencia que las mujeres embarazadas tuviesen mayor riesgo de enfermar gravemente por COVID-19 (OMS 2020a).

La segunda orientación provisional, llamada *Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) cuando se sospecha la enfermedad de COVID-19*, expresó que las embarazadas con sospecha o confirmación deben ser atendidas con tratamientos de apoyo, considerando sus cambios fisiológicos propios de ese estado (OMS 2020b).

La tercera orientación provisional, titulada *Manejo clínico COVID-19*, resume diciendo que hay datos limitados y los hallazgos deben interpretarse con cuidado debido al tamaño reducido de la muestra y la limitación del diseño metodológico reveló una presentación clínica muy similar a la de la población general en embarazadas (OMS 2020c).

El *Informe Especial COVID-19*, elaborado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), de abril de 2020 comunicó que habría escasez de talento humano calificado y de insumos médicos, además del aumento de costos, presencia de sistemas de salud débiles y fragmentados que no garantizarían el acceso a la salud por estar geográficamente centralizados en zonas urbanas e infraestructura insuficiente para satisfacer el aumento de la demanda por COVID-19, sumado a la escasez de equipos biomédicos y medicamentos debido a la restricción de las exportaciones; también comunicó que la mayoría de países no invirtieron lo necesario en salud para reducir las inequidades y fortalecer el primer nivel de atención, con énfasis en medidas de prevención (CEPAL 2020).

En Ecuador, el MSP ente rector del SNS emitió en abril de 2020 la normativa: *Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19*, la cual expresó que se debía mantener la oportuna

comunicación respecto a la continuidad de la atención prenatal e informar a la gestante de bajo riesgo el nuevo cronograma de visitas prenatales (EC MSP 2020).

En agosto de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció la primera alerta epidemiológica durante el embarazo, indicando el mayor riesgo de la mujer embarazada de presentar formas graves de COVID-19 y, por ende, de ser hospitalizada y admitida en unidades de cuidados intensivos; y solicitó duplicar esfuerzos para asegurar el acceso a los servicios de atención prenatal, así como implementar medidas preventivas para reducir la morbilidad y mortalidad asociada con COVID-19 en todos los niveles del SNS.

La investigación *La COVID-19 y las inequidades en la región de las Américas: Enseñanzas e implicaciones para los servicios esenciales de salud 2021* manifestó que las interrupciones en la prestación de los servicios maternoinfantiles aumentaron los resultados deficientes del sistema de salud en todo el mundo (Hennis et al. 2021).

El artículo *Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: Proyecto ISLAC 2020* reporta la disminución de la cobertura y la calidad de la atención en salud de adolescentes y mujeres (Villalobos Dintrans et al. 2021).

El estudio *Desigualdades relacionadas con el ODS 3 en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes: Línea de base para el monitoreo de los ODS en América Latina y el Caribe por medio de encuestas transversales nacionales* establece que en la mayoría de los países “se observaron gradientes geográficos en salud a escala subnacional en casi todos los indicadores correspondientes a las mujeres y la población infantil y adolescente” (Sanhueza et al. 2022).

Frente a esta problemática se plantea la pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron los procesos críticos G, P e I de la DS de la MM en el DMQ durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020? De la cual el objetivo general es analizar los procesos críticos de DS de la MM durante la pandemia por COVID-19, en el año 2020, con los siguientes objetivos específicos:

- Determinar los procesos críticos relacionados con el dominio G que influyeron en la MM del DMQ durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020.
- Caracterizar los modos de vida relacionados con la forma de producción y consumo que mantenían las mujeres que fallecieron en el embarazo, parto y puerperio en el DMQ durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020.

- Definir los estilos de vida que presentaron las mujeres consideradas casos confirmados de MM en el DMQ durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020.

1.1. Justificación

La realización de este trabajo de titulación permite entender a la MM como un proceso de vulnerabilidad de las mujeres frente a su rol sexual y reproductivo, determinado socialmente por su nivel socioeconómico. Esta investigación se aborda desde el diálogo entre la EC y la GC. La EC propone la ruptura del paradigma dominante de la salud pública, de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal como cimiento fundamental de las relaciones entre los procesos salud-enfermedad. Ese diálogo transdisciplinario permite comprender el rol del espacio en la DS de la MM durante la pandemia.

Su pertinencia y relevancia social admite analizar a la MM desde el enfoque de la salud colectiva, que expresa que el estado singular de la salud (equilibrio/desequilibrio) es una construcción compleja y multidimensional determinada por el dominio G que percibe los contextos sociohistóricos territoriales, acumulación de capital y poder; por el dominio P, caracterizado por los modos de vida de las comunidades o clases sociales; y el dominio I, que representa los estilos de vida que operan en relación dialéctica de interafectación e interinfluencia.

La MM puede evitarse o disminuirse, centrando su análisis en la DS que permite pasar de la vigilancia epidemiológica convencional al monitoreo participativo desde una perspectiva anticipatoria relacionada con el proceso reproductivo, mediante la reformulación de políticas, programas, planes y mejorando la interacción entre la dimensión G, P e I.

2. Enfoque y marco teórico

La investigación se planteó desde el enfoque de la EC y la GC. La primera permite romper las perspectivas causa-efecto y mirar los procesos multidimensionales de la realidad analizada, en tanto que la segunda aporta con la lectura desde la multiescalaridad espacial para comprender la categoría de la DS dentro del contexto del espacio y territorio.

La DS es una categoría dinamizadora de la salud colectiva que tiene por objeto de estudio el proceso salud-enfermedad en los colectivos, en los que el principal análisis corresponde a los procesos de reproducción social (RS), eje disciplinar de la medicina

social que señala que el primer determinante para enfermar y morir son las condiciones socioeconómicas de las poblaciones (Altamirano 2020).

2.1. Epidemiología crítica

El paradigma de la EC se forjó de la ruptura del canon de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal, luego del modelo empírico funcionalista de la epidemiología ecológica y ahora de la epidemiología de los determinantes sociales de la salud o salud pública hegemónica que:

Es la perspectiva del sujeto institucional, del funcionario que está enrolado en el poder público o en las agencias internacionales y que tiene como meta el logro de metas técnicas del milenio (MDM) y mejorar una gobernanza, corrigiendo las distorsiones mayores (“estructurales”) que amenazan la legitimidad del orden social. (Breilh 2013, 25)

La EC es una herramienta científica de ruptura en la construcción de justicia sanitaria para una vida digna y saludable y de DDHH:

Liberación respecto al sistema económico-social de acumulación y reproducción de relaciones de poder no soberanas, no solidarias y de profunda inequidad; la liberación respecto de la dominación cultural en todas sus formas interdependientes (de género, etnoculturales, etc.); la liberación respecto a una construcción destructiva del metabolismo sociedad-naturaleza (S-N) para conquistar la justicia ambiental y proteger los bienes y derechos de la naturaleza frente a una producción no sustentable, del despojo y de su destrucción. (Breilh 2013, 28)

Trabaja en una sociedad centrada en la vida, la equidad, la plena bioseguridad y tiene como meta la lucha contra los patrones laborales y el acopio de capital que aniquilan los modos de vida relacionados con el consumismo, la salud de los trabajadores y degradan también la sociedad naturaleza (S-N) (Breilh, 2013).

La EC es “una expresión transformada, subordinada, transfigurada y algunas veces irreconocible de las relaciones de poder de una sociedad” que genera comunidades malsanas, inequitativas, no sustentables debido a la explotación de la naturaleza y sociedad. Es un acto de transparencia ética y de rigurosidad metodológica frente a la política existente y su relación con los intereses estratégicos de la colectividad (Breilh 2013).

Luego, como forma de superar el causalismo, aparece la DS de la salud en la epidemiología, desarrolla una crítica al paradigma empírico-funcionalista centrado en el multicausalismo y propone relacionar la RS, los modos de vivir y de enfermar y morir. La EC es emancipadora y se inspira en la lucha contra la acumulación de la riqueza del

sistema social imperante. El eje teórico de la EC son las categorías DS, RS y metabolismo S-N.

El Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) de Ecuador, emitido en 2012, se encuentra sustentado sobre una epidemiología clásica y de multicausalismo lineal, pues aborda aún los determinantes de la salud como el “conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades” (EC MSP 2018, 40).

En cuanto a salud sexual y reproductiva, el MSP en la *Guía de práctica clínica de control prenatal* establece que existen factores de riesgo modificables y no modificables que afectan a la salud materna, situación que no se ajusta con la EC (EC MSP 2015).

2.1.1. Determinación social

La DS es una categoría central de la EC, complementada con la RS y metabolismo S-N con una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública, que se fundamenta en el realismo crítico de las corrientes epistemológicas de Thomas Kuhn, quien hace una aproximación sociopolítica de la determinación comunitaria de la ciencia, sus modelos e instrumentos (Breilh 2013), y Pierre Bourdieu, quien analiza “la teoría como un *modus operandi* que orienta y organiza la práctica científica [y las...] capacidades creadoras, activas, inventivas del habitus” y el lado activo del conocimiento científico como “el capital de un sujeto trascendente [...] de un agente en acción” (Bourdieu 1998).

La DS de la salud se ubica en el materialismo crítico, la economía política y la ecología política y realiza una versión crítica de la salud, ambiente y sociedad, para:

Descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y finalmente del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital. (Breilh 2013)

Es una condición que rechaza la causalidad (causa-efecto) como cimiento fundamental de las relaciones entre los procesos salud-enfermedad, permitiendo comprender, dentro de la RS, la relación entre procesos que implica individuos, sociedad y naturaleza como una unidad dialéctica en relación (Allan Künzle 2021).

Eslava-Castañeda manifiesta que:

La idea de determinación social de la salud presupone, por tanto, la discusión acerca de las relaciones entre individuo y sociedad (y de la naturaleza misma de la sociedad), pero de cierta manera la trasciende al ubicar como central el asunto de la historicidad de los procesos y el modo de devenir de los fenómenos. Y al hacerlo, se instaura en un terreno de reflexión epistemológica que indaga sobre las posibilidades que los sujetos tienen de conocer (y actuar en) la realidad, la cual se presenta de manera múltiple y compleja. (Eslava-Castañeda 2017, 399)

En cuanto a la DS, Breilh sostiene:

Pero las relaciones sociales y de poder [...] no abarcan solamente procesos complejos del orden económico y social, y relaciones con la naturaleza y sus ecosistemas, sino que implican procesos de generación de cultura y relaciones de poder que tienen una profunda influencia en la vida social humana y en la naturaleza. Todo ese gran conjunto es lo que definimos finalmente como proceso de la determinación social de la salud y de la vida (Breilh 2019c).

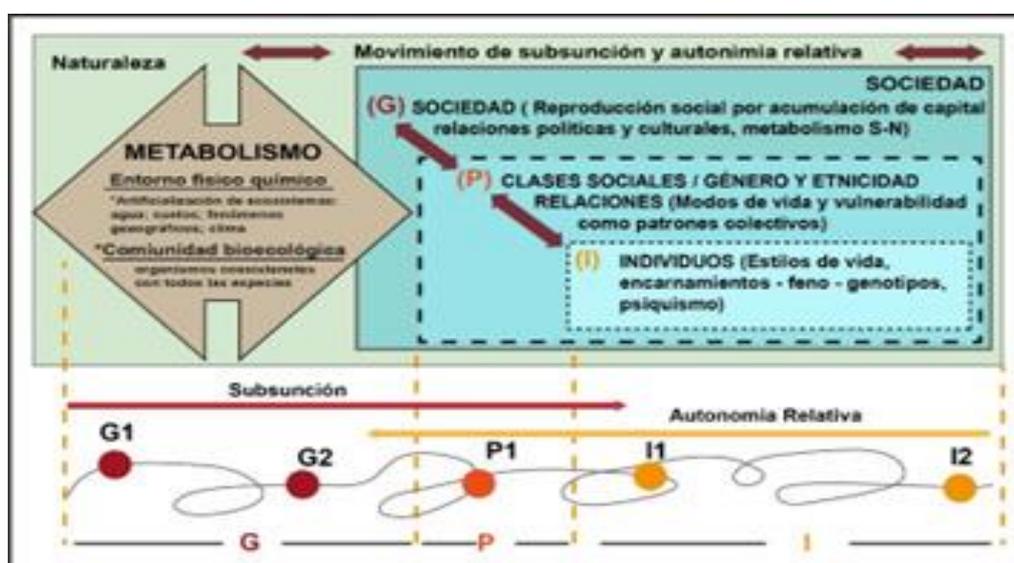


Figura 3. Determinación social de la salud: articulación de las encarnaciones de los procesos críticos y los correspondientes nodos analíticos de los procesos críticos multidimensionales. Fuente: Breilh 2021, 142, editado por Zamora Acosta 2022.

2.1.2. Reproducción social

Las situaciones de salud-enfermedad de los seres humanos son las que se encuentran directamente relacionadas con los modos de vida de los grupos de personas. La RS narra los productos generados por una sociedad en un contexto sociohistórico para satisfacer las necesidades de consumo de los diversos grupos sociales frente a las relaciones de poder, lo que genera formas de cultura y de metabolismo con la naturaleza en medio de la influencia política y social.

La RS nos ayuda a entender los fenómenos sociales y ambientales de forma integrada e integral para descubrir aquellos fenómenos que impactan en la salud y la naturaleza, pues establece los movimientos que ocurren en la sociedad como los modos de producir y consumir (Allan Künzle 2021).

De acuerdo con Breilh, la RS es:

La que permite analizar el proceso productivo en su movimiento, estudiar la oposición dialéctica entre producción (forma de autoconsumo del sujeto, que incluye, pero no se reduce, al proceso laboral o proceso de trabajo en sentido restringido), y consumo individual (forma de producción del sujeto productor y sus dependientes), y comprender la oposición dialéctica entre la reproducción natural-animal y la realización histórica de un sujeto social consciente. (2010)

La DS identifica las vinculaciones entre la reproducción social, los modos de vida y la naturaleza, y tiene las siguientes particularidades:

- a) Multidimensionalidad: salud abarca espacio “macro” y “micro”, las dimensiones “general” (G)/ “particular” (P)/ “singular” (S).
- b) Carácter contradictorio de su movimiento: estructuras de reproducción y procesos de generación; así como oposición de procesos protectores y malsanos en todas las dimensiones.
- c) Jerarquía y conexión: “subsunción” y “autonomía relativa”.
- d) Identidad: comunalidad (unidad) y diversidad.
- e) Sistema: abierto-irregular y cerrado-regular”. (Breilh 2010, 109)

La DS busca vencer la acelerada acumulación de capital, exclusión social y pérdida de la naturaleza en medio del consumismo, pensando en emancipar el buen vivir de la sociedad para alcanzar las cuatro S de la vida (sustentabilidad, soberanía, solidaridad y bioseguridad), liberando a la política de la dominación hegemónica que afecta la educación, y del destructivo antropocentrismo de la naturaleza. “El paradigma de la determinación social es una herramienta para el avance de la justiciabilidad y exigibilidad de derechos profundos, sistemáticamente conculcados” (Breilh 2013).

2.1.2.1. Dimensiones de la reproducción social

La RS propone tres dimensiones de análisis: G, P e I o singular (S) considerando que la salud es un objeto multidimensional. De este modo, los procesos más complicados reúnen a los más sencillos, estableciendo que el más complejo se encuentra determinado por el dominio físico y biológico (Allan Künzle 2021).

La enfermedad es producto directo o indirecto de las condiciones generales en que se desarrolla esa sociedad y de las condiciones particulares en que se desarrolla una

determinada clase social, y, por lo tanto, para su comprensión es necesario el conocimiento de las leyes estructurales (generales) y aquellas que condicionan la reproducción social de la clase. (Granda y Breilh 1989)

El enfoque de la salud colectiva expresa que al estado individual o singular de la salud como un proceso que va más lejos de la organización lógica de la sociedad, en la que la vida se desarrolla en y con la naturaleza (Solíz Torres 2020).

Dimensión general

La dimensión G está caracterizada por los movimientos de la sociedad capitalista junto con la acumulación y concentración acelerada de capital en poder de la clase reducida y propietaria que explota irracionalmente los recursos naturales bajo la vulneración de derechos junto con la subsunción cibernética como nuevas formas de dominación.

Analiza que el cumplimiento de derechos se garantice en la organización de la sociedad por medio de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, las cuales pueden establecer los rasgos saludables o malsanos de los modos de vida de acuerdo con el grupo social, género o condición étnica (Solíz Torres 2020).

En 2020, ningún establecimiento de salud del DMQ pudo dar una respuesta eficaz. La política pública y los recursos económicos asignados a los establecimientos de salud no fueron suficientes para garantizar infraestructura sanitaria, equipamiento biomédico, dispositivos médicos/medicamentos para la prevención de la enfermedad, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, talento humano suficiente y necesarios y vacuna que impedía el contagio para enfrentar la pandemia por COVID-19 en su primera etapa.

Las disposiciones de política pública como la orden de confinamiento nacional, toque de queda y transporte público suspendido acentuaron las limitaciones en el acceso al SNS.

Mientras que las medidas económicas implementadas por el gobierno, por ejemplo, el control de precios y reconexión de servicios públicos (agua potable, luz eléctrica), la extensión sin incremento de intereses con el refinanciamiento de la deuda de préstamos individuales o microcréditos para pequeñas industrias, la prórroga de pago de los aportes mensuales para afiliados voluntarios y trabajadores independientes al IESS, el diferimiento de la cancelación y aumento del impuesto del 5 % sobre el costo de vehículos de transporte mayor de USD 20 000, la transferencia económica de USD 60 por dos meses a familias del Seguro Social Campesino (SSC), la reestructuración de deudas con

el Banco de Desarrollo del Ecuador (BDE) a los pequeños y medianos gobiernos locales no fueron suficientes y conllevaron a una gran crisis sanitaria, económica y social con efectos negativos en la clase social media y especialmente en los hogares pobres, situación que puso en riesgo su supervivencia (Blackman et al. 2020).

La crisis económica provocada por la pandemia de COVID-19 llevó a la conmoción de la economía ecuatoriana, con una caída del producto interno bruto (PIB) de entre un 7,3 % y un 9,6 %, según las estimaciones del Banco Central de Ecuador (BCE), o una contracción del 10,9 % según el Fondo Monetario Internacional (FMI), asociada con una disminución de la recaudación tributaria, fuerte decrecimiento de los ingresos petroleros generados tanto por la caída de los precios de crudo ecuatoriano en el mercado internacional como por el desplome de la producción de petróleo frente a la suspensión de sistemas de transporte de crudo y derivados, sumado a menor demanda externa (EC MEF 2020).

A nivel del SNS, existió déficit de camas hospitalarias, incluyendo camas de cuidados intensivos, y personal de salud (médicos, enfermeras, etc.), debido a la alta demanda de pacientes COVID-19 en los servicios sanitarios, lo que excedió la oferta. Por este motivo se desatendió a la población de barrios marginales y rurales, como mujeres embarazadas, en labor de parto, parto o puerperio.

Siendo que la salud sexual y reproductiva se reconoce como prioridad en las siguientes instancias oficiales: Constitución de la República del Ecuador, Ley Orgánica de Salud (LOS), MAIS, Código Orgánico Integral Penal (COIP), Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM), Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, manuales de procedimientos, GPC (control prenatal, atención durante el embarazo, labor de parto, parto y puerperio, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragia posparto, etc.), mortalidad evitable, vigilancia de la mortalidad materna. vigilancia de la mortalidad neonatal, etc., durante la pandemia por COVID-19; el MSP —ente rector del SNS— emitió en abril de 2020 la normativa *Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19*, que fortalece la importancia del control prenatal y establece lo siguiente:

- Fortalecer la comunicación oportuna en relación con la continuidad de los controles prenatales y comunicar a la mujer embarazada de bajo riesgo el

cronograma nuevo de atención prenatal, aplicando para el efecto las tecnologías de la información y comunicaciones (EC MSP 2020).

- Mantener la administración de la medicación prescrita en el control prenatal habitual (hierro, ácido fólico, calcio o ácido acetilsalicílico); no posponer exámenes de laboratorio clínico o imagenología indispensables por el riesgo de COVID-19 en embarazadas asintomáticas o sanas (EC MSP 2020).

Más aún, el aumento de casos de MM en el país y en el DMQ en 2020 es la evidencia más contundente de que fallaron y se demuestra en la disminución del n.º de controles prenatales, especialmente en el primer nivel de atención.

En el DMQ, durante 2018, la pobreza NBI fue de 26,2 % y, de acuerdo con la Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU),¹ hasta 2019 había un 8,2 % de población en situación de pobreza y un 2,8 % en situación de pobreza extrema. En cuanto a pobreza multidimensional, el 7,1 % de habitantes del DMQ presentaron pobreza por ingresos o NBI desde un enfoque de derechos. De acuerdo con el coeficiente de Gini,¹ esta fue de 0,462, ubicándose por debajo de la cifra nacional de 0,473 (EC Municipio de Quito 2012).

Desde el paradigma de la DS de la MM en el DMQ, dentro del dominio G, que comprende el contexto histórico territorial relacionado con la falta de cumplimiento de las políticas públicas que deben garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva — que en el contexto de la pandemia por COVID-19 y emergencia sanitaria se caracterizaron por no considerar lineamientos basados en la evidencia científica desde el MSP para guiar la atención en salud a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en los establecimientos del SNS—, la situación empeoró con la disminución del presupuesto económico para el gasto en salud, conforme manifiesta el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (EC MEF 2020b).

Dimensión particular

La dimensión P se encuentra definida por los niveles socioeconómicos de su espacio de residencia, espacios que se construyen y reconstruyen y que se expresan en espacios desiguales e inequitativos; los que, según Künzle (2021), establecen grupos y clases sociales con modos de vida diferenciados.

Este dominio es segmentado y hace referencia a las relaciones de clase social para construir el marco epidemiológico, identifica las opresiones de poder (clase, género,

etnia) que establecen los modos de vida en los grupos y clases sociales (Allan Künzle 2021).

Está definida por los niveles socioeconómicos de su espacio de residencia, espacios que se construyen y reconstruyen y que se expresan en espacios desiguales e inequitativos y que, de acuerdo con Künzle (2021), se establecen en grupos y clases sociales como modos de vida diferenciados.

El modo de vivir colectivo consiste, según Breilh, en a) condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva, patrones laborales; b) calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo: tipo de cuota, construcciones de necesidad, sistemas de acceso, patrones de consumo y de movilidad; c) capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad (clase para sí); d) capacidad objetiva del grupo para empoderamiento, organización y soportes colectivos de acciones en beneficio del grupo; y e) calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relaciones metabólicas con la naturaleza (Breilh 2010).

El dominio P señala la autonomía relativa de los modos de vida de la población, que subsume las relaciones estructurales económicas que influyen en el acceso a salud, educación, vivienda, ubicación territorial y ocasiona procesos destructivos de tipo físico, químico, biológico, psicoafectivo y laboral. Se encuentra caracterizado por relaciones de poder (políticas y económicas) que producen una asimetría social en cuanto a clase, género y etnia (López Chávez et al. 2020).

En el DMQ se ubica la mayor cantidad de instituciones (ministerios) del Estado que representan el 50 % del sector público, por lo cual durante la pandemia por COVID-19 se vio afectado económicamente debido a la disminución de exportaciones y ventas que provienen de actividades como el comercio, que fueron sujetas a limitaciones y cancelaciones, y a la extensión del confinamiento para controlar y prevenir los contagios. Entre enero y julio de 2020 hubo una contracción del 27,31 % de las ventas y remesas de las empresas en relación con 2019. Según la Cámara de Comercio de Quito (CCQ), la tasa de empleo (TE) en junio de ese año fue de 22,8 %; siendo 7,9 puntos porcentuales por encima de la TE de Guayaquil y 9,5 puntos porcentuales sobre la tasa de desempleo nacional (TDN), situación que impacta en los ingresos de las familias (Coba 2020).

En referencia al dominio P de la MM, determinado por los modos de vida con sus relaciones de clase social, género y etnia; como la desigualdad en el ingreso per cápita

(pobreza), la pertenencia a población indígena, afroecuatoriana, montuvia o VBG,¹ influyeron sobre este problema de salud colectiva (GTRRMM 2021).

Dimensión individual o singular

La dimensión I o S está relacionada íntimamente con la situación personal en la que se expresan las determinaciones sociales particulares y generales. Se encuentra regulada por el individuo perteneciente a un grupo o clase social influenciado en sus condiciones de vida por los procesos de la sociedad. Aquí se desarrollan los estilos de vida que implican la fuerza de trabajo, producción simbólica, ideológica y cultural y que en el individuo están determinadas biológica, psicológica y socialmente, y que se reflejan en su salud-enfermedad (López Chávez et al. 2020).

Los procesos de RS del estilo de vida individual se cumplen en el espacio del libre albedrío y entre los espacios más importantes se encuentran:

- a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.
- b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación, descanso, vivienda, acceso y calidad de servicios, recreación.
- c) concepciones y valores personales.
- d) Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.
- e) Itinerario ecológico personal (Breilh 2010).

Dentro del dominio I de la DS de la MM, en el que se expresan los estilos de vida de las mujeres y su relación con el estado de salud, se encuentra edad (embarazo adolescente), anemia, malnutrición (obesidad, desnutrición), presencia de patologías (diabetes, hipertensión, infecciones de vías urinarias y vaginales, COVID-19, etc.), multiparidad, realización de cesárea, trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo —como eclampsia, complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo, hemorragias graves durante el posparto, sepsis y otras causas directas e indirectas—.

En la determinación de las condiciones de metabolismo entre las dimensiones G, P e I, en la sociedad y la naturaleza se producen los procesos críticos como utilización, transformación, distribución, consumo y excreción. La vida y el metabolismo sociedad-naturaleza saludable involucran modos colectivos que desarrollan procesos protectores, del mismo modo en que, frente a procesos destructivos, permiten el afrontamiento de elementos colectivos, familiares e individuales.

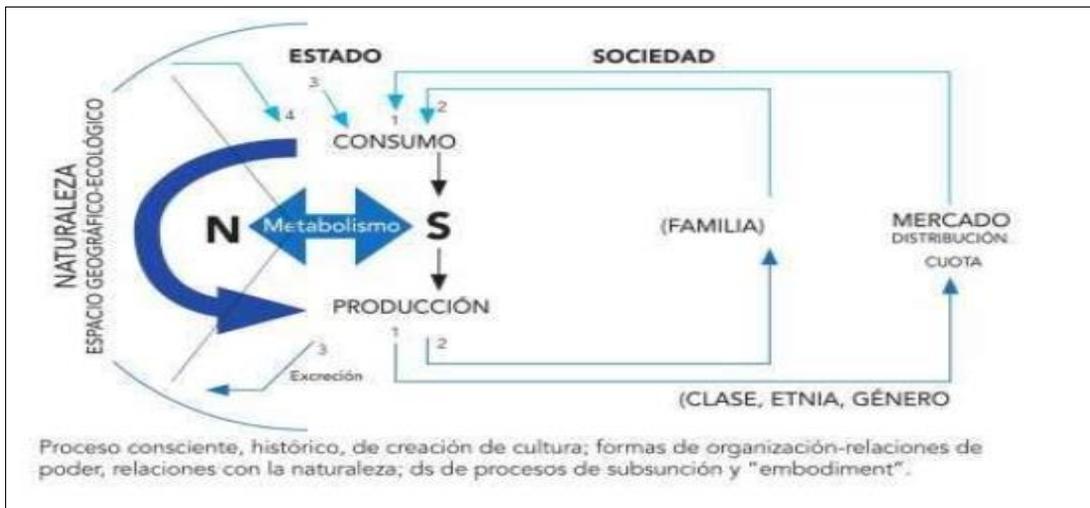


Figura 4. Reproducción social.

Fuente: Breilh 2019b, 16.

2.1.2.2. Procesos críticos

En la EC, Breilh caracteriza “proceso crítico” como:

Una transformación multidimensional determinada socialmente que genera encarnaciones concretas en la salud humana y en los ecosistemas colectivos e individuales, todo eso en un espacio social específico y de acuerdo con la distribución de clase, género y etnocultura. A través de un complejo proceso de subsunción, las transformaciones generales, particulares e individuales afectan positiva o negativamente a comunidades concretas. Por tanto, las organizaciones sociales, étnicas y de género, más el sector de la salud pública y quienes laboran en la salud colectiva, pueden responder, ya sea para mejorar o promover lo positivo o contrarrestar para prevenir o reparar lo negativo. Pero, por supuesto, este movimiento de determinación social y de encarnaciones concretas necesita ser explicado antes de implementar acciones de prevención, precaución y promoción de la salud bien informadas, justas e interculturales. (Allan Künzle 2021, 13)

Estos no reflejan los movimientos y resultados de la corriente biomedicalizada de la salud si no son consecuencia de la subsunción o autonomía relativa en las tres dimensiones en las clases sociales de la dimensión P y el modelo societario de la dimensión G.

De acuerdo con el estilo de vida un individuo puede desarrollar procesos críticos que se encuentran subsumidos según clase social, género y raza dentro de un contexto territorial, lo mismo acontece con los grupos sociales frente a sus modos de vida y la correspondencia con las formas de producción y consumo que están subsumidos en la dimensión G (Allan Künzle 2021, 14).

Se clasifican en protectores y destructivos y su diferencia es por el carácter de los términos biopsicofisiológicos y socioambientales, en los que los protectores son “el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute del placer y la espiritualidad” (Breilh 2013).

Mientras que los destructivos conciernen a situaciones de incomodidad y de fracaso. Es necesario considerar que la salud no es contabilizar estos procesos, ya sean protectores o destructivos bajo ciertas condiciones, sino saber relacionarlos dialécticamente entre sí para entender la contradicción salud-enfermedad.

Con base en la correspondencia con el vivir saludable (sustentabilidad, soberanía, solidaridad y bioseguridad), se propone otra clasificación de los procesos críticos con el objetivo de orientar el diagnóstico de una condición de salud-enfermedad y reconocer la transformación de la realidad para cimentar un vivir saludable.

Los procesos críticos mantienen complejas relaciones entre sí y con los contextos socioambientales, en los que la DS influye desde su origen hasta la dinámica social de tal forma que estos se revelan en comportamientos discontinuos y continuos, irregulares y regulares, proporcionándoles un carácter multidimensional desde su origen hasta su dinámica social.

2.2. Geografía crítica

Para Lacoste (1977), a partir de considerar a la geografía como una ciencia, se la despolitizó y convirtió en una ciencia funcional a los intereses del poder. Las divisiones político-administrativa, el límite de parroquias o barrios, son trazadas desde geografías euclidianas y representan la grilla para el ejercicio de poder y dominación (Harvey 2005).

Un evento como la MM no puede ser entendida si no se analiza en un espacio y tiempo determinados, por lo tanto, la realidad (forma y contenido) implica una lectura sociohistórica espacial.

El abordaje de la GC reta a pensar y a mirar la realidad como el espacio construido sociohistóricamente a partir de matrices de poder que producen y reproducen geografías inequitativas e (in)justicias socioespaciales, expresadas en formas diferenciadas de vivir, enfermar y morir (Zamora 2022).

A lo largo de esta investigación se utilizan las categorías espacio, territorio y territorialidad como conceptos que apoyan al entendimiento de la MM desde la (in)justicia espacial. La categoría territorio constituye un puente de diálogo con la DS.

Estábamos acostumbrados a la geografía empírico-descriptiva que mira el espacio como único escenario espacial de factores en uno o varios planos, escondiendo el movimiento social que genera las expresiones geográficamente situadas, sin dar explicaciones de los cambios históricos que ocasionan movimientos espaciales y simbólicos como la distribución urbana o rural, representando únicamente simples ubicaciones y cartografías descriptivas, es decir, describiendo la distribución espacial de los factores de riesgo o de los indicadores de la salud, despojando al espacio de su historicidad, permitiendo ubicar a individuos, familias y comunidades según sus caracteres y mirándolos como se corresponden con los riesgos y causas en determinados lugares (Breilh 2019a).

Es fundamental comprender la relación de la epidemiología y la geografía porque los modos de vivir se narran en el espacio y tiempo. A la vez, estas configuraciones se registran en los distintos modos de vivir y condiciones de salud, producto además de las alineaciones ideológicas y simbólicas culturales del espacio, indicando que la DS de la salud tiene una base territorial. La GC construye su mirada desde la complejidad y asume el espacio como un proceso de organización y localización de la vida en movimiento e interrelación entre los procesos colectivos e individuales, movimiento que se efectúa en escenarios de metabolismo con la naturaleza que ocasiona la sociedad (Breilh, 2019a).

2.2.1. Espacio

La EC establece la segregación social del espacio como la conformación de distintas zonas o sectores sociales habitadas por grupos humanos dependientes de diferentes condiciones de vida o reproducción social (Breilh et al. 1987).

Santos concibe el espacio no como dimensión natural o geométrica según la epidemiología clásica, sino como un espacio social donde el proceso de reproducción social está determinado por las relaciones de poder, división de clase y del trabajo, es

decir, el espacio es dialéctico debido a que es producido por prácticas sociales y es productor de estas (Lefebvre 2013).

Desde la perspectiva crítica, la vida y la salud se detallan en los modos de vida y en la estructura de la sociedad; y en los individuos, dentro de su medio social específico, sugieren la contribución de mediaciones del entorno geográfico, de las habilidades familiares de conservación y de las particularidades biológicas propias determinadas por genotipo y fenotipo.

Es necesario saber que el espacio es político, estratégico e ideológico, es productor y es producido por las prácticas sociales (Lefebvre 1974), por lo tanto, las prácticas sociales se expresan en la multiescalaridad espacial desde los niveles en que se materializan los procesos generales, particulares y singulares (Zamora 2022).

El espacio es construido por las prácticas sociales y sus relaciones, relaciones inequitativas de poder marcadas por procesos de acumulación, despojo (Harvey 2005) y metabolismos sociedad-naturaleza no saludables.

2.2.2. Territorio

El territorio es la apropiación del espacio en el que se imbrican procesos sociales, económicos, culturales, ambientales y político-institucionales (Zamora 2022) estructurados sociohistóricamente en el marco de una matriz de poder inequitativa.

En la presente investigación, el territorio de residencia marca las condiciones socioeconómicas de las mujeres que fueron vulnerables a las políticas de Estado en salud, movilidad, priorización; y que se expresó en la muerte de mujeres durante y después del parto.

En el territorio, los grupos sociales o sociedades que habitan generan fenómenos, procesos sociales, relaciones culturales, formas y organización de trabajo o producción para satisfacer sus necesidades; lo que conduce a su apropiación y explotación en torno a las relaciones de poder, al avance tecnológico del sistema capitalista a través de la evolución histórica.

El territorio se rige bajo un sistema de políticas o normas en el individuo, la familia y la sociedad que determinan su funcionamiento para la estructura del trabajo en relación con los procesos de producción. Es aquí donde se revelan las injusticias sociales, las desigualdades de su distribución, representadas por una concentración excesiva de recursos públicos solo en espacios privilegiados y dejando fuera a los sectores más

vulnerables, como la desigualdad en los servicios de salud que tienen una distribución espacial inadecuada.

En el territorio, producto de la globalización, se ha generado una expansión urbana acelerada y sin control que contribuye a aumentar los problemas sociales y ambientales que afectan las actividades productivas y la salud. Este concepto permite reflexionar sobre el desarrollo, las dinámicas territoriales y los sistemas socioambientales, de políticas públicas y económico desde una visión multidisciplinar y crítica.

2.2.3. Contexto socioespacial

La EC establece la segregación social del espacio como la conformación de distintas zonas o sectores sociales habitadas por grupos humanos dependientes de diferentes condiciones de vida o reproducción social (Breilh et al. 1987).

Es en el espacio social y dialéctico donde se generan relaciones de poder entre las clases sociales y la actividad laboral. Por lo tanto, para esta investigación se entenderá por territorio a la articulación dialéctica de procesos sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos-institucionales que se expresan en diferentes escalas espaciales (Zamora 2022).

Los conceptos del espacio, según la línea del tiempo, señalan la ruptura con la concepción geométrica de acuerdo con la obra de Henri Lefebvre y acentúan su planteamiento de fabricación social del espacio.

Las modificaciones y el impacto económico han determinado cambios en el crecimiento urbano y periurbano, resultado de la migración de la población rural hacia esta área, lo que ha alterado los perfiles de vida y permite entender los modos en que mantienen la salud dentro de los grupos sociales relacionados con su inserción económica y sus condiciones de vida, que constituyen expresiones de su desarrollo económico, político e ideológico.

Territorialmente, la pandemia de COVID-19 no afectó de la misma manera a todos los grupos sociales de las madres embarazadas del DMQ, vulnerabilidad que “está íntimamente correlacionada con la posición socioeconómica [... suponiendo que esta se interrelaciona además con las vulnerabilidades ligadas a la edad, sexo, condición etnocultural, etc...] y, por lo general, los pobres sufren más con los desastres que los ricos” (Blaikie et al. 1996, 31).

Capítulo segundo

Metodología

Una vez planteado el problema de investigación e identificadas las categorías teóricas, la estrategia metodológica para analizar la DS de la MM en el DMQ durante la pandemia por COVID-19, en el año 2020, consideró la identificación de los procesos críticos que constituyen el movimiento multidimensional (G, P e I) que determinan socialmente, según Breilh, “encarnaciones concretas en la salud humana y en los ecosistemas colectivos e individuales, todo eso en un espacio social específico y de acuerdo con la distribución de clase, género y etnocultura” (Allan Künzle 2021, 13).

La perspectiva crítica de la investigación se logra a través de una matriz de operacionalización de los procesos críticos, entendidos como “una transformación multidimensional determinada socialmente que genera encarnaciones concretas en la salud humana y en los ecosistemas colectivos e individuales, todo eso en un espacio social específico y de acuerdo con la distribución de clase, género y etnocultura” (Allan Künzle 2021, 13) y que permitirá identificar los procesos críticos protectores y destructores de la MM durante la pandemia de COVID-19, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron los procesos críticos G, P e I de la DS de la MM en el DMQ durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020? e hipótesis: La DS de las mujeres embarazadas en parto y puerperio durante la pandemia por COVID-19 durante el año 2020 aumentó la MM en el DMQ.

1. Tipo de estudio

Por el enfoque metodológico y epistemológico se aplicó en la investigación el método cuantitativo con el propósito de verificar la hipótesis planteada en el párrafo anterior y contrastar el sujeto-objeto representado por las muertes maternas que aumentaron durante la pandemia por COVID-19.

Por el tipo de diseño se realizó un estudio observacional no experimental porque admitió la realización de la investigación desde el enfoque real y apropiado de las dimensiones de la reproducción social de EG y GC en búsqueda de los procesos críticos de la DS de la MM sin intervención o modificación en ninguna de las categorías por parte del investigador (Bernal 2010, 113), como se indica en la tabla 1.

Por el alcance temporal, fue longitudinal retrospectivo porque analizó la información de las MM ocurridas entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 53 del año 2020 durante la pandemia por COVID-19.

Tabla 1
Variables y dimensiones de investigación

Variable	Dimensión
Territorio	Extensión territorial
	Organización administrativa
	Parroquias urbanas y rurales
Demografía	Población total
	Población según sexo
	Población por edad
	Fecundidad mujeres
	Natalidad
	Defunciones maternas
Pobreza	Pobreza por NBI
	Pobreza por índice de Gini
	Nivel socioeconómico
	Estratos-nivel educativo
	Zonas homogéneas por vivienda
Gasto o inversión en salud	Presupuesto económico
Política en salud	Cobertura en salud durante el I trimestre del embarazo
	Normativa ESAMyN establecimientos de salud
	Demoras en atención a mujeres embarazadas parto o puerperio
Infraestructura sanitaria	Establecimientos de salud por nivel de atención
	Establecimientos de salud por zona
Demografía de los casos de MM	Edad
	Estado civil y/o conyugal
	Autoidentificación étnica
Nivel socio económico de las mujeres / casos de MM	Parroquia de residencia
	Nivel de instrucción
	Residencia según zonas homogéneas DMQ
	Actividad económica
	Ocupación
Situación obstétrica de los casos de MM	Antecedentes obstétricos
	Edad gestacional
	Forma de terminación del embarazo
	Intervalo intergenésico
	Control prenatal durante el embarazo
	Vulnerabilidad obstétrica
	Lugar donde ocurrió el caso de MM
	Causas de MM
	Período de embarazo donde ocurre la MM
Evitabilidad de los casos de MM	

Fuente y elaboración propias.

1.1. Población

Tomando en consideración la definición de MM de la OMS que cita: “la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la duración y el sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales e incidentales” (MSP 2020, 1); la descripción de MMT que manifiesta: “[E]s el fallecimiento de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después del parto, pero antes de un año de haber terminado el embarazo” (MSP 2020, 1).

Y en relación a la hipótesis: La determinación social de las mujeres embarazadas en parto y puerperio durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020 aumentó la MM en el DMQ, para definir la población objetivo de estudio se consideró 22 fallecimientos de mujeres, ocurridos en el año 2020 en la provincia de *Pichincha* donde se encuentra el DMQ como se detalla en la figura 5.

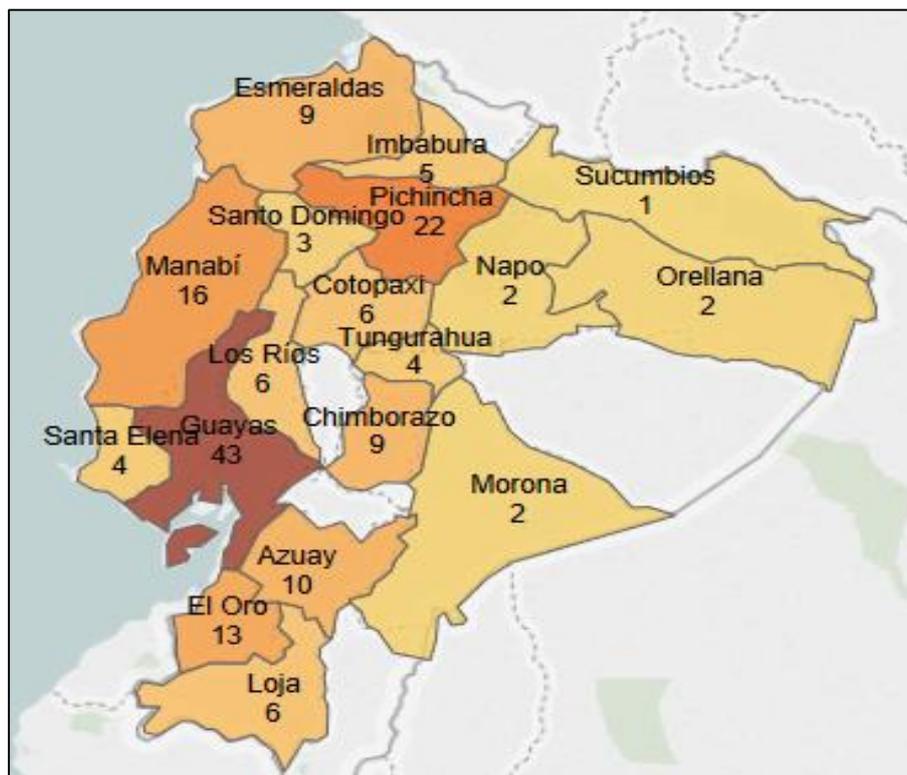


Figura 5. Casos de muertes maternas ocurridas en la provincia de Pichincha 2020.
Fuente: EC Ministerio de Salud Pública 2020, 1.

1.2. Diseño muestral

En la investigación se aplicó un muestreo incidental, así, de los 22 fallecimientos de mujeres, ocurridos en el año 2020 en la provincia de *Pichincha*, se seleccionó la muestra representativa conformada (tamaño) por: 15 casos confirmados de MM ocurridas hasta los 42 días de terminado su embarazo que fallecieron en el DMQ y fueron registrados en el MSP durante la en el año 2020 porque permitieron analizar las dimensiones: G, P e I en el contexto espacio-territorio del DMQ durante la pandemia por COVID-19, acontecidas en las siguientes ubicaciones: 1 en domicilio, 2 en la RPC: Clínica Northospital y Clínica Mosquera, 4 en RPIS/IESS: Hospital Especializado Carlos Andrade Marín (HECAM), 8 en la RPIS/MSP: 1 en Hospital General Docente de

Calderón (HGDC), 1 en Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) y 6 en Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi (HGONA).

1.3. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron los casos confirmados de MM de una mujer en estado de embarazo o “dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales e incidentales” (OPS 2018, párr.7) y *residían habitualmente* en el DMQ durante la pandemia por COVID-19.

1.4. Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron las MM tardías o muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después del parto, pero antes de un año de haber terminado el embarazo y aquellas con residencia usual en otros cantones o provincias del país y que fueron derivadas a establecimientos del SNS del DMQ para que recibieran atención de salud durante el embarazo, trabajo de parto y puerperio. De esta manera se excluyeron dos casos de MM, que correspondían a mujeres procedentes del cantón Mejía y Pedro Moncayo.

1.5. Técnicas de recopilación de información

Las fuentes de recolección de la información para abordar la dimensión G fueron la política pública y normativa legal vigente de salud integral y salud sexual y reproductiva que ampara a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, medidas adoptadas por el COE durante la pandemia por COVID-19, asignación presupuestaria para el gasto en salud durante 2019 y 2020 y emergencia sanitaria por COVID-19 registrada en el Sistema Integrado de Gestión Financiera (eSIGEF) o informes de rendición de cuentas de la CZ9-S de 2020, distribución de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención de salud en el SNS del DMQ que se encuentran en el sistema informático GeoSalud que permite visualizarlos en mapas por georreferencia, resoluciones del COE durante la pandemia, datos demográficos de 2020 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), informes del MSP sobre la situación de COVID-19 en 2020 y gacetas de MM del MSP de los años 2019 y 2020, para lo cual se elaboró un registro (anexo 1) conformado por 17 ítems.

En la dimensión P caracterizada por los modos de vida de las clases sociales se consideró un formulario (anexo 2) que contiene nueve ítems relacionados con la autoidentificación étnica, nivel de instrucción alcanzado, zona homogénea de residencia en el DMQ, estratos de nivel educativo según parroquia de residencia, actividad económica, ocupación y estado conyugal y en el dominio I (anexo 3) de la DS de la MM —que corresponde a estilos de vida que se cumplen en el espacio del libre albedrío individual— se realizó un registro con 21 ítems donde se consideró la edad, nivel de instrucción alcanzado, zona homogénea de residencia, nivel socioeconómico según ubicación parroquial en el DMQ, además del estado de salud durante el embarazo o parto. La información se recopiló desde fuentes secundarias generadas y entregadas en una matriz Excel por el MSP que permitió manejar las bases y transversalizar las variables. A partir del análisis crítico se comprendieron los modos de vida y riesgos obstétricos (terminología usada por el MSP) de los casos de las mujeres víctimas de MM.

Para comprender los niveles socioeconómicos de los casos de MM se utilizaron los datos del censo de población y vivienda del INEC (2010). El análisis se realizó por parroquia de residencia y tipo de zona. En la tabla 2 se detalla los tipos de instrumentos utilizados en la recopilación de la información.

La tabulación de los datos se realizó con el programa estadístico Excel y se realizó el análisis descriptivo de tablas y gráficos estadísticos de frecuencias y porcentajes y para establecer la relación entre las variables, dimensiones e indicadores.

Tabla 2
Instrumentos de recolección de información de la investigación

Variable	Dimensión	Instrumentos de recopilación de información			
		Revisión bibliográfica	Bases de datos estadísticos	Mapas	Matriz MSP
Territorio	Extensión territorial	x		x	
	Organización administrativa	x			
	Parroquias urbanas y rurales	x		x	
Demografía	Población total		x		
	Población según sexo		x		
	Población por edad		x		
	Fecundidad mujeres		x		
	Natalidad		x		
	Defunciones maternas		x	x	
Pobreza	Pobreza por NBI	x	x		
	Pobreza por índice de Gini	x	x		
	Nivel socioeconómico	x	x	x	
	Estratos-nivel educativo	x	x	x	
	Zonas homogéneas por vivienda			x	
Gasto o inversión en salud	Presupuesto económico	x			
Política en salud	Cobertura en salud durante el I trimestre del embarazo	x	x		
	Normativa ESAMyN establecimientos de salud	x			
	Demoras en atención a mujeres embarazadas parto o puerperio	x			x
Infraestructura sanitaria	Establecimientos de salud por nivel de atención	x		x	
	Establecimientos de salud por zona	x		x	
Demografía de los casos de MM	Edad				x
	Estado civil y/o conyugal				x
	Autoidentificación étnica				x
Nivel socioeconómico de las mujeres / casos de MM	Parroquia de residencia				x
	Nivel de instrucción				x
	Residencia según zonas homogéneas DMQ				x
	Actividad económica				x
	Ocupación				x
Situación obstétrica de los casos de MM	Antecedentes obstétricos				x
	Edad gestacional				x
	Forma de terminación del embarazo				x
	Intervalo intergenésico				x
	Control prenatal durante el embarazo				x
	Vulnerabilidad obstétrica				x
	Lugar donde ocurrió el caso de MM				x
	Causas de MM				x
	Período de embarazo donde ocurre la MM				x
Evitabilidad de los casos de MM				x	

Fuente y elaboración propias.

1.6. Recaudos éticos

Tomando en referencia a los valores y costumbres de las clases sociales y que la ética define los principios morales que guían el accionar humano, el estudio se fundamentó en los principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) y en la Declaración de Helsinki. Para la realización de la investigación se solicitó la autorización de las máximas autoridades de la Subdirección Nacional de Garantía de la Calidad (SNGC) y CZ9-S del MSP para acceder a la información donde

las identidades fueron anonimizadas desde la fuente para la investigadora y a quienes se les garantizó la confidencialidad de los datos de MM entregados (anexos 4 y 5).

Es importante aclarar que en la corte 2020-2022 de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva no fue un requisito el aval de un Comité de Ética en Investigaciones en Seres Humanos (CEISH) para valorar las preguntas de investigación, el diseño y la implementación de la investigación propuesta; se establece que en la investigación no existió ningún conflicto de interés.

2. Operacionalización de variables

Para analizar los procesos críticos que determinan socialmente las formas diferenciadas de vivir, enfermar y morir —especialmente las relacionadas con MM en el DMQ— se propone una matriz cuyas variables se imbrican, complementan y que permiten responder la pregunta de investigación, el objetivo y sus objetivos específicos, configurando de esta manera la carta de navegación que guía la investigación desde una perspectiva crítica, como se describe en la tabla 3.

Tabla 3
Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador
Territorio	Extensión territorial	Superficie km ²
	Organización administrativa	n.º administraciones zonales
	Parroquias urbanas y rurales	n.º parroquias rurales n.º parroquias urbanas
Demografía	Población total	n.º habitantes
	Población según sexo	n.º habitantes mujeres
		n.º habitantes hombres
	Población por edad	Menos 1 año
		1 a 4 años
		5 a 9 años
		10 a 14 años
		15 a 19 años
		20 a 39 años
		40 a 64 años
	65 años o más	
	Fecundidad mujeres	n.º mujeres en edad fértil Tasa de fecundidad
	Natalidad	n.º nacidos vivos Tasa de natalidad
Defunciones maternas	Tasa de muerte materna	
	Razón de mortalidad materna	
	Años de muerte perdidos	
Pobreza	Pobreza por NBI	Porcentaje de pobreza NBI
	Pobreza por índice de Gini	Índice Gini
	Nivel socioeconómico	Alto
		Medio alto
		Medio
		Medio bajo
	Estratos-nivel educativo	Bajo
		Muy bajo
		Bajo
		Medio
Medio		
Medio alto		
Alto		

	Zonas homogéneas por vivienda	Residencial suntuaria Residencial Popular consolidada Popular deteriorada		
Gasto o inversión en salud	Presupuesto económico	Presupuesto general para salud 2019 Presupuesto general para salud 2020 Presupuesto para emergencia sanitaria (COVID-19)		
Política en salud	Cobertura en salud durante el I trimestre del embarazo	No atenciones durante el I trimestre embarazo 2020 No atenciones durante el I trimestre embarazo 2019		
	Normativa ESAMyN establecimientos de salud	No establecimientos que cumplen norma ESAMyN		
	Demoras en atención a mujeres embarazadas parto o puerperio	n.º demora tipo 1 n.º demora tipo 2 n.º demora tipo 2		
Infraestructura sanitaria	Establecimientos de salud por nivel de atención	n.º establecimientos I nivel n.º establecimientos II nivel n.º establecimientos III nivel		
	Establecimientos de salud por zona	n.º establecimientos urbanos n.º establecimientos rurales		
Demografía de los casos de muerte materna	Edad	15 a 19 años 20 a 39 años 40 a 45 años		
		Estado civil y/o conyugal	Soltera Casada Unión libre de hecho Separada Divorciada Viuda	
			Autoidentificación étnica	Mestiza Indígena Afroecuatoriana Montuvia Blanca
	Parroquia de residencia			Parroquia urbana Parroquia urbana Ninguno Nivel inicial Educación general básica Bachillerato general Nivel técnico Nivel tecnológico Nivel de postgrado
				Residencia según zonas homogéneas DMQ
		Actividad económica	Desempleada/Subempleada Comerciante menor Empleada de empresa privada No registra	
Ocupación			Estudiante Ama de casa Trabajadora No registra	
			Situación obstétrica de los casos de MM	
	Edad gestacional	n.º registra 20 a 24 semanas 25 a 29 semanas 30 a 34 semanas 35 o más		
		Forma de terminación del embarazo		Aborto

		Embarazo (muerte)
		Cesárea
	Intervalo intergenésico	No aplica (primigesta)
		No registra
		1 año
		2 años
		3 años
	4 años y más	
	Control prenatal durante el embarazo	Sí
		No
		No registra
	Vulnerabilidad obstétrica	Sí
		No
		No registra
	Lugar donde ocurrió el caso de MM	Establecimiento de salud
		Domicilio
	Causas de MM	Grupo 1 Embarazo que termina en aborto
		Grupo 2 Trastornos hipertensivos
		Grupo 3 Hemorragia obstétrica
		Grupo 5 Otras complicaciones obstétricas
	Período de embarazo donde ocurre la MM	Grupo 7 Indirecta no obstétrica
		Embarazo segundo trimestre
		Embarazo tercer trimestre
		Posparto inmediato
		Posparto mediato
	Evitabilidad de los casos de MM	Posparto tardío
		No registra
	Sí	
	No	

Fuente y elaboración propias.

Capítulo tercero

Geografía de un conflicto: injusticia socioespacial y determinación social en la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito

Considerando el marco teórico y metodológico propuesto en los capítulos anteriores, para comprender el rol del espacio en la DS de la MM es necesario conocer el proceso de estructuración del territorio en el DMQ, que presenta diferencias geográficas por su ubicación en las faldas del Pichincha y diferencias socioespaciales caracterizadas por niveles socioeconómicos que fueron marcados desde la Colonia y que continuaron en la vida de Ecuador como república.

La expansión histórica de la población del DMQ, su relación con el crecimiento y el área de superficie ocupada fue cada vez más dispersa, conforme se puede observar en la tabla 4.

Tabla 4
Expansión de población, de 1534 a 2020

Año	Habitantes	Superficie (Ha)	Densidad
1534	205	8,31	42,67
1568	Ind.	19,06	Ind.
1760	59 138	234,20	252,51
1888	40 656	317,40	128,09
1922	78 470	670,50	117,03
1946	179 781	1 780,20	100,99
1956	316 451	3 311,50	95,56
1971	653 828	5 188,80	126,01
1983	1 087 088	12 468,00	87,19
1987	1 223 138	15 818,80	77,32
1995	1 567 913	16 452,50	95,30
2003	1 951 460	27 473,10	71,03
2006	2 069 945	32 889,40	62,94
2011	2 280 179	39 970,10	57,05
2020	2 781 893	42 300,00	65,76

Fuente: EC Municipio de Quito 2014, 14.
Elaboración propia.

El primer acrecentamiento significativo de la población del DMQ ocurrió a comienzos del siglo XX y se duplicó entre 1960 y 1970. La expansión en forma de mancha de aceite de la población se puede ver en la figura 6 y fue el resultado del aumento de la población desde 1700 debido a la migración, especialmente desde el campo (área rural) de todas las provincias del país, para obtener los beneficios derivados de la

industrialización y urbanización clasificada en zonas ricas y pobres, según manifiestan Martínez-Alier y Roca (Cuvi 2022).

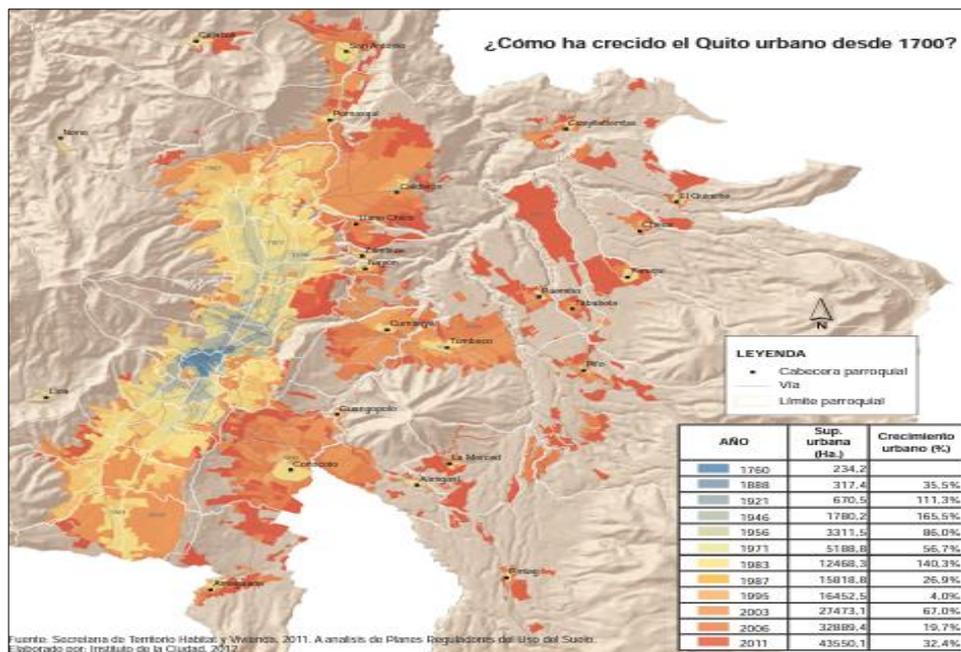


Figura 6. Crecimiento Urbano desde 1700.

Fuente: EC Municipio de Quito 2013, 40.

El incremento innegable del DMQ, especialmente en el área urbana, tuvo consecuencias en la gestión de basura, el abastecimiento de agua, la disponibilidad de terreno para la construcción de viviendas y la pérdida de suelo agrícola. Aunque el espacio urbano se incrementó desde la época colonial, la escala de manejo insostenible de la ciudad se concentró desde 2010 (Cuvi 2022).

1. Distrito Metropolitano de Quito y su configuración política-administrativa

En la actualidad, el DMQ ocupa el territorio del antiguo cantón Quito, tiene una superficie de 4230 km², está situado a aproximadamente 2800 metros de altura, es la capital del país y constituye el centro político, económico y cultural del país.

Es una meseta moldeada por vulcanismo y sismicidad, presenta quebradas naturales que han sido rellenadas como solución para controlar los aluviones y el deslizamiento de las corrientes de agua que rebasan el cauce natural o artificial. Se encuentra ubicado al occidente entre las faldas del volcán Pichincha, al este se conecta con los valles interandinos de Los Chillos y Tumbaco, al norte con el valle de San Antonio y al sur con el valle de Tambillo-Machachi, siendo los límites naturales los que han

determinado la expansión longitudinal y hacia las alturas del Pichincha y valles aledaños en el siglo XX (Cuvi 2022).

El DMQ está dividido en ocho administraciones zonales, cuyas funciones son desconcentración¹⁷ de los organismos institucionales y mejorar el sistema de gestión participativa. Las administraciones son Calderón, Manuela Sáenz, Los Chillos, La Delicia, Eugenio Espejo, Quitumbe, Eloy Alfaro y Tumbaco (Municipio de Quito 2020).

Está conformado por 65 parroquias, de las cuales 32 son urbanas: Carcelén, El Condado, Ponceano, Comité del Pueblo, Cotocollao, La Concepción, Kennedy, San Isidro del Inca, Cochapamba, Rumipamba, Jipijapa, Ñaquito, Belisario Quevedo, Mariscal Sucre, San Juan, Itchimbía, La Libertad, Centro Histórico, Chilibulo, Chimbacalle, Puengasí, La Magdalena, La Ferroviaria, San Bartolo, La Mena, Solanda, La Argelia, Chillogallo, Quitumbe, La Ecuatoriana, Guamaní y Turubamba (Municipio de Quito 2020). Esto se muestra en la figura 7.

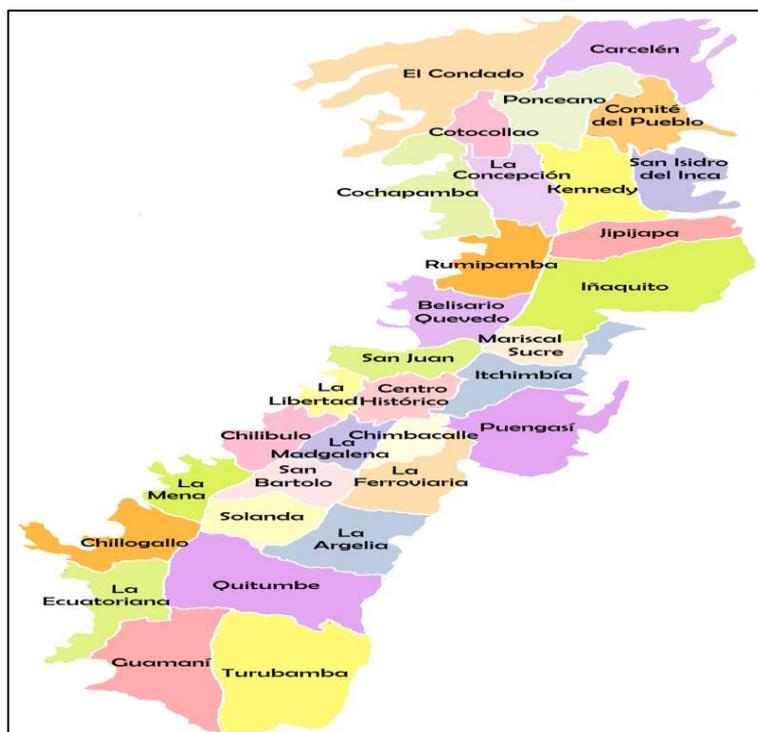


Figura 7. Parroquias urbanas 2020.

Fuente: David C. S. 2020.

A nivel rural, el DMQ está representado por 33 parroquias rurales: Pacto, Gualea, Nanegalito, Nanegal, San José de Minas, Atahualpa, Chavezpamba, Perucho, Puéllaro,

¹⁷ Cada administración zonal, en referencia a la salud, cumple sus funciones según su realidad epidemiológica y social, lo que permite independencia y poder de decisión respecto a los recursos humanos y financieros.

Calacalí, Guayllabamba, Calderón, San Antonio, Pomasqui, Nono, Lloa, El Quinche, Llano Chico, Llano Grande, Checa, Tababela, Puembo, Yaruquí, Pifo, Pintag, La Merced, Alangasí, Conocoto, Guangopolo, Tumbaco, Cumbayá, Nayón y Amaguaña (Municipio de Quito 2020), como se muestra en la figura 8.

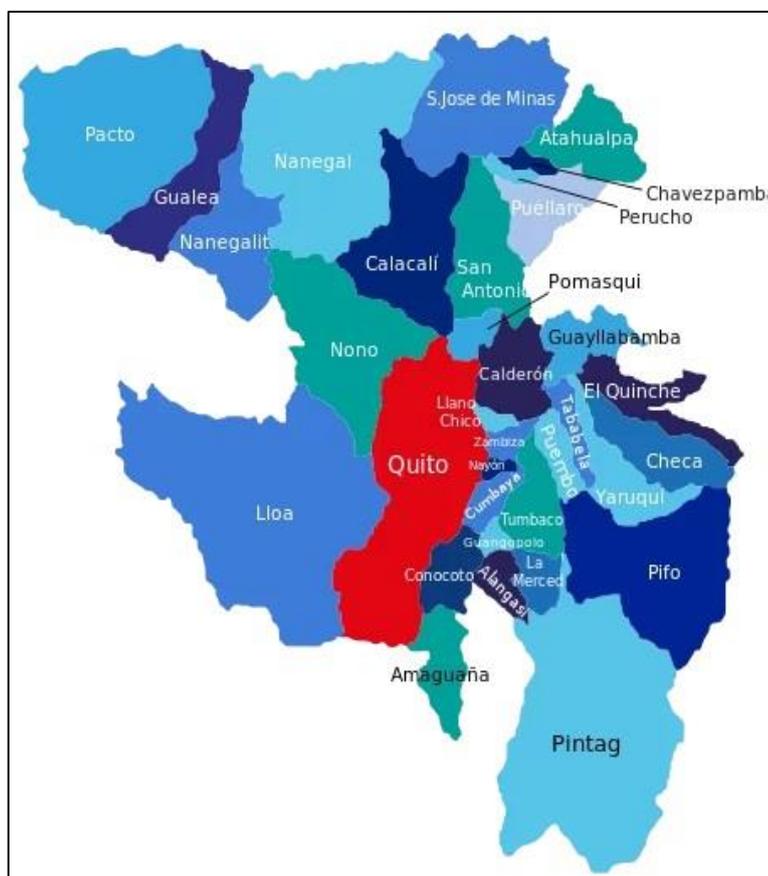


Figura 8. Parroquias rurales 2020.
Fuente: David C. S. 2020.

El clima del DMQ se destaca por la presencia o ausencia de lluvias, variabilidad climática tanto en el norte como en el sur, caracterizado por olas de intenso calor y radiación al mediodía, en tanto que las noches y madrugadas presentan temperaturas bajas, situaciones que determinan la disponibilidad de agua, la afectación del ecosistema y la susceptibilidad a incendios. El cambio climático en el DMQ ha generado, en la salud de la población, el incremento de afecciones dermatológicas, respiratorias y alérgicas asociadas con la contaminación atmosférica (Cuvi 2022).

Según Henríquez y Romero (2019), de América Latina, el DMQ es una de las ciudades más contaminadas junto con México, Bogotá, São Paulo y Santiago de Chile, esto sumado a la inseguridad y segregación social y socioambiental, que se refleja en el acceso al trabajo y vivienda precaria (Cuvi 2022).

2. Urbanismo y segregación socioespacial

Harvey (2015) manifiesta que el urbanismo es el resultado de la concentración geográfica de un producto social excedente, es influencia del capitalismo industrial y su integración económica fundamentada en el mercado, que está determinado por la necesidad de concentración y de circulación de plusvalor.

En el período entre 1973 y 1993 se impulsó la ubicación de las industrias en las afueras de la ciudad con el objetivo de provocar la descentralización residencial, disminuir el intenso proceso migratorio a la parte central y utilizar la mano de obra de la población de la periferia situada en el valle de los Chillos y las autopistas Panamericana Norte y Sur, lo que creó barrios conformados por obreros en los alrededores, por lo que se desarrollaron proyectos de vivienda en sectores medios.

Aproximadamente en 1990 inicia una crisis económica que da fin al modelo de importaciones y se abre al tipo neoliberal, en el que se agregan parroquias suburbanas, zonas ecológicas y se estimula la construcción de casas de interés social, dando lugar al desarrollo de asentamientos poblacionales carentes de servicios básicos y se evidencia la contaminación ambiental ocasionada por las industrias y el parque automotor.

En 1992, Quito se constituye oficialmente como DMQ y empieza a extenderse hacia los valles de Los Chillos, Cumbayá y Tumbaco por su clima, aparecen especialmente sectores residenciales de ingresos altos y bajos que generan una alteración del nivel socioeconómico entre los valles y la parte céntrica (Montero Moreta 2018).

Según Breilh y Granda, los procesos determinantes en la configuración histórica del espacio urbano en el DMQ son:

- El rompimiento de los esquemas antiguos de producción en el campo que empezaron con los métodos de reforma agraria y la capitalización en la zona rural, procesos que acarrearón a una precipitada migración del campesinado a la ciudad, usualmente a áreas residenciales de poca calidad; la industrialización de la zona urbana que determina la instalación de comunidades relacionadas con la producción, al cambio y transporte de productos, la dinámica social producto de las coerciones de los varios grupos sociales en su disputa por la apropiación de la tierra y las políticas públicas del área urbana que favorecen a los intereses de los grupos sociales con mayor dominio y que únicamente buscan someter las tensiones de los grupos de mínimo poder que migran o viven en ella (Montero Moreta 2018).

La polarización residencial es producto de la apropiación del espacio por parte de las clases sociales, por ello, la población de altos ingresos se ubicó en el norte y el margen centro-oriental y, posteriormente, hacia los valles de los Chillos, Cumbayá y Tumbaco.

En los extremos norte y sur, correspondientes a las administraciones zonales de Quitumbe (parroquia límite urbano) y Calderón (parroquia rural), la densificación de la población corresponde mayoritariamente a la de ingresos bajos y medios.

En la figura 9, lo marcado con líneas oblicuas corresponde a la zona rural, caracterizada por una densidad de población más dispersa que la urbana, dotada de menos servicios básicos (agua potable, alcantarillado, electricidad, transporte), con gente de niveles socioeconómicos bajos, que tienen acceso a infraestructura y servicio de salud de menor calidad, lo que señala las (in)justicias socioespaciales, y donde la MM tiende a ser mayor.

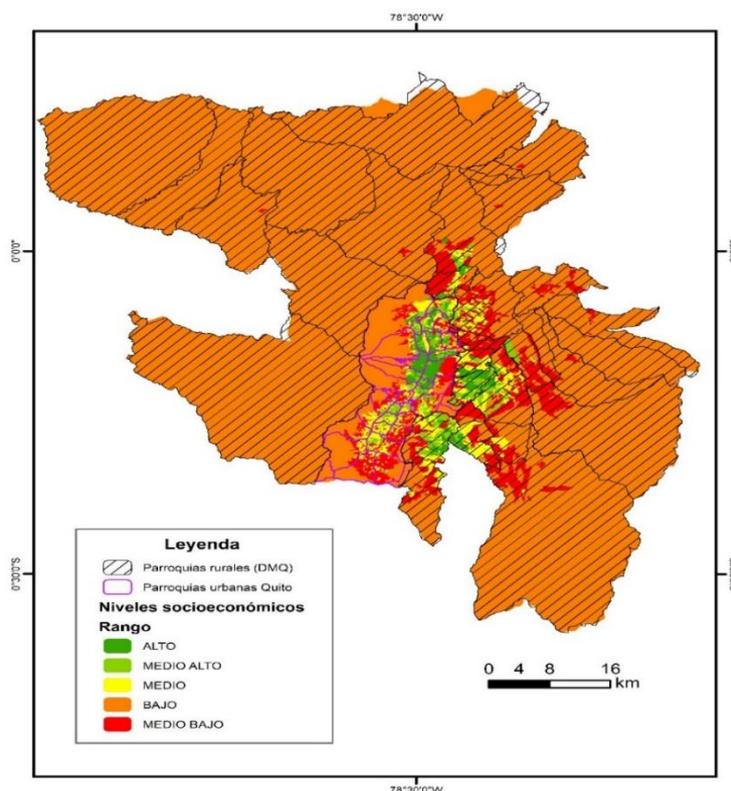


Figura 9. Niveles socioeconómicos del DMQ 2010.

Fuente: EC INEC 2010.

En la figura 10 se muestra la repartición espacial de los estratos por nivel educativo desde 2001 hasta 2010, revelando el beneficio en años de escolaridad que experimentaron múltiples parroquias durante el período y que se relacionan con la posición de ingresos económicos (Parrado Rodríguez 2019).

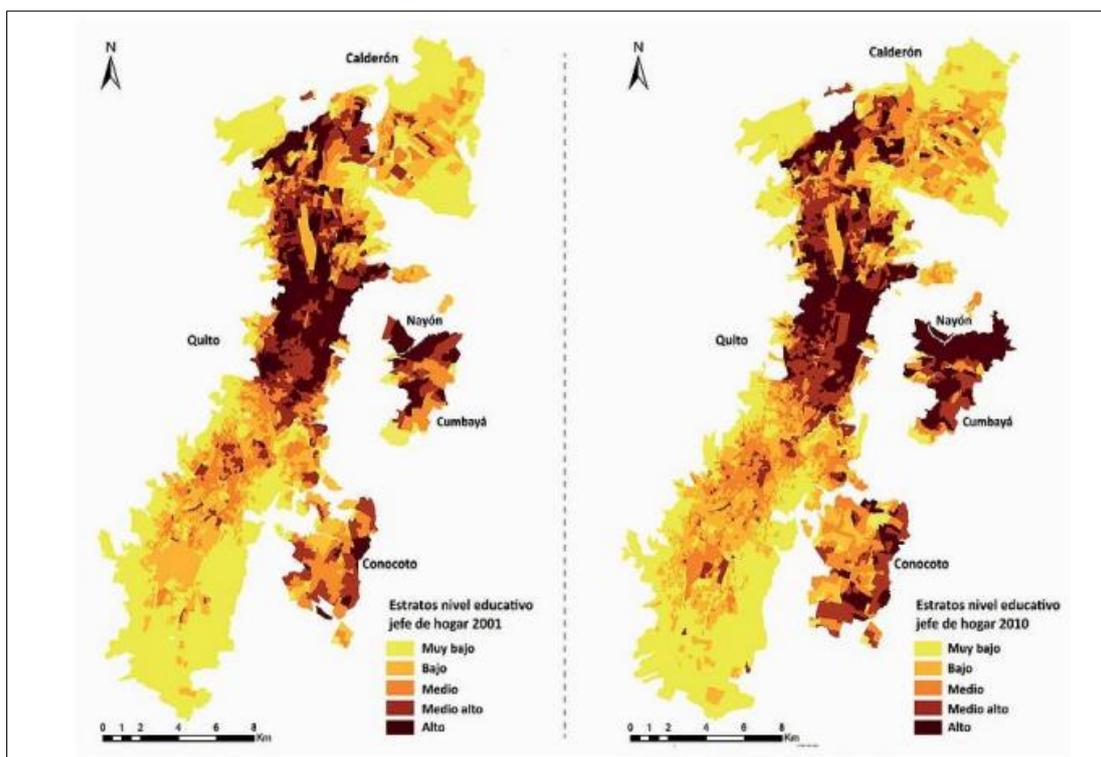


Figura 10. Distribución espacial estratos-nivel educativo 2001 a 2010.
Fuente: Parrado Rodríguez 2018.

Estos cambios se visualizan en el sector sur del DMQ, donde la diversificación va de estratos educativos muy bajos a bajos y medios (Parrado Rodríguez 2019).

La polarización residencial responde a la inserción de grupos sociales en los modos productivos, lo que facilita el acceso desigual a un sector de la ciudad y a un tipo de vivienda y se expresará según su equipamiento urbano, que puede ir desde suntuario hasta deficitario o deteriorado.

La verificación de la infraestructura urbana sirvió para aglomerar las parroquias del DMQ en zonas homogéneas, de manera que aquellas situadas en los extremos del centro-sur y sur de la ciudad exhiben construcciones deterioradas en relación con las dispuestas en el centro-norte y valles de Tumbaco y Cumbayá, que en su mayoría son sectores con características de viviendas suficiente o suntuarias (Montero Moreta 2018).

La aportación de Asa Cristina Laurell ha influido sobre la organización económica, las políticas de salud y el trabajo, y ha colocado en la mesa de debate sus estudios e indagaciones precursoras “sobre la relación entre los cambios estructurales de la economía y los patrones epidemiológicos [...] junto a Mariano Noriega, las formas de desgaste humano desde las relaciones productivistas capitalistas y, más recientemente, la determinación social de la política de salud” (2010a, 41).

2.1. Zonas homogéneas de uso del suelo y expresiones de segregación en el Distrito Metropolitano de Quito

Tomando en consideración la segregación socioespacial, es necesario realizar una diferenciación en zonas homogéneas, basada en la expresión de los procesos de acumulación y localización en el DMQ que considera la composición de la población económicamente activa en las diferentes parroquias. Con el objetivo de lograr la caracterización de las parroquias según su equipamiento urbano, según datos del censo nacional 2010, se categorizaron a las 65 parroquias en cuatro zonas homogéneas: residencial suntuaria, residencial, popular consolidada y popular deteriorada (Montero 2018).

La zona residencial suntuaria cuenta con porcentaje alto (al menos 30 %) y corresponde a la clase empresarial y grupos medios altos, la zona residencial (aproximadamente 30 %) representa a la clase media y posee un menor porcentaje del grupo empresarial y medio alto (10 %), la zona popular consolidada (aproximadamente 40 %) está formada por las parroquias que contaban con mayor porcentaje de clase media y el resto de asalariados y subasalariados, y la zona popular deteriorada ubica a las parroquias habitadas en más del 50 % por asalariados y subasalariados, y corresponde al asentamiento de barrios considerados como no urbanizables, con mayor probabilidad de experimentar eventos naturales o aquellos con menor dotación de servicios y encarna a las parroquias de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas como las que están en los sectores rurales (Montero 2018).

Tabla 5
Zonas homogéneas según parroquias urbanas y rurales DMQ 2010

Zona homogénea	Parroquias	N.º parroquias
Residencial suntuaria	Concepción, Cumbayá, Iñaquito, Jipijapa, Mariscal Sucre y Rumipamba	6
Residencial	Belisario Quevedo, Carcelén, Cochapamba, Conocoto, Cotocollao, Chimbacalle, Itchimbia, Kennedy, La Magdalena, Nayón, Pomasqui, Ponciano, San Bartolo, La Magdalena, Tumbaco	15
Popular consolidada	Alangasí, Calderón, Centro Histórico, Chilibulo, Chillotallo, Comité del Pueblo, La Ferroviaria, La Mena, Libertad, Puengasí, Quitumbe, San Antonio, San Isidro del Inca, San Juan	14
Popular deteriorada	Amaguaña, Atahualpa, Calacalí, Chavezpamba, Checa, El Condado, El Quinche, Guala, Guamaní, Guangopolo, Guayllabamba, La Argelia, La Ecuatoriana, La Merced, Llano Chico, Lloa, Nanegal, Nanegalito, Nono, Pacto, Pifo, Pintag, Puéllaro, Puembo, Quinche, San José de Minas, Tababela, Turubamba, Yaruquí, Zámiza	30
Total		65

Fuente: Parrado Rodríguez 2018.

Elaboración propia.

2.2. Datos demográficos del Distrito Metropolitano de Quito

En 2020, según datos del INEC, el DMQ se constituyó en la ciudad más poblada del país, con una población de 2 781 893 habitantes, representando el 51 % por mujeres y el 49 % por hombres. Según el Instituto de la Ciudad (2017), el 68,8 % de la población habitaba el área urbana y el 31,2 % el área rural (EC Municipio de Quito 2020).

La distribución de la población por edad y sexo se indica en la tabla 6.

Tabla 6
Población del DMQ 2020

Edad	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 64	65 y más	Total
Hombres	25 170	99 791	123 201	122 544	119 421	439 578	332 115	95 607	1 357 427
Mujeres	24 003	95 269	117 900	117 244	116 557	448 108	384 141	121 244	1 424 466
Total	49 173	195 060	241 101	239 788	235 978	887 686	716 256	216 851	2 781 893

Fuente: EC INEC 2020.

Elaboración propia.

En el DMQ, en 2020 hubo aproximadamente 774 851 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). En relación con la salud sexual y reproductiva, concerniente al tema de investigación, se destacan los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) realizada en 2017, en la que el 93,2 % de mujeres en edad fértil conocían de algún método de planificación familiar que constituye un efecto protector frente a la morbilidad y MM.

En 2019, de los 39 807 NV, se estimó que 5 211 fueron producto de embarazos adolescentes, es decir, 13 por cada 100 nacimientos, situación que incrementó cuatro veces el riesgo de defunción más que en mujeres de 20 a 30 años y la RMM fue de 9,54 por cada 100 000 NV, siendo las complicaciones del parto la primera causa (Municipio de Quito 2020).

La población de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y la estimación de embarazos para el año 2020 se describen en las tablas 7 y 8, respectivamente:

Tabla 7
Mujeres en edad fértil DMQ 2020

Población mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Edad fértil (15 a 49 años)	774 851	54 %
Edad no fértil	649 615	46 %
Total	1 424 466	100 %

Fuente: EC INEC 2020.

Elaboración propia.

Tabla 8
Embarazos estimados DMQ 2020

Mujeres	Frecuencia	Porcentaje
Embarazos estimados	48 899	6,31 %
Mujeres no embarazadas	725 952	93,63 %
Total	774 851	100 %

Fuente: EC INEC 2020.

Elaboración propia.

En el DMQ, entre 2017 y 2020, aumentó en 53 785 el n.º de mujeres en edad fértil. La tasa de fecundidad¹⁸ (TF) durante 2020 fue de 63,10 por cada 1000 mujeres en edad fértil y la tasa de natalidad (TN) de 10,48 por cada 1000 habitantes.

La consideración de la dinámica demográfica del DMQ es importante para considerar el dominio G de la DS, respecto a la elaboración y definición de las políticas, normas y lineamientos públicos en salud con el objetivo de planificar programas de provisión y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, y otros, que abarquen las grandes brechas en equidad para alcanzar el acceso y cobertura universales, así como la asignación de recursos económicos que permitan situar a las mujeres en edad fértil en el eje de la agenda de desarrollo en salud para fortalecer la equidad de género y disminuir la MM.

Considerando que el art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador establece que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado y su realización se vincula con el ejercicio de otros derechos como derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambiente sano y otros contemplados en el Buen Vivir.

El Estado garantizará la salud mediante políticas económicas, culturales, sociales y ambientales y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a los programas, acciones y servicios de promoción, atención integral en salud, salud sexual y reproductiva. Los servicios de salud se regirán por los principios de equidad, universalidad, interculturalidad, calidad, eficiencia, precaución y ética con enfoque en el género y generacional.

¹⁸ Tasa de natalidad se define como el número de nacimientos en un año sobre la población total multiplicada por 1000. Su fórmula es $(NV/P) \times 1000$.

[...]

El art. 43: El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (EC 2008)

El art. 363 menciona: “Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto” (EC 2008).

Sin embargo, el Código Orgánico Integral Penal (COIP) de 2014, vigente durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020, establece en su art. 149 que la mujer que se realice un aborto será privada de su libertad de uno a tres años; y en el art. 150 señala que no será penalizado solo en caso de poner en riesgo la salud de la embarazada y en mujeres violadas que tengan discapacidad mental (EC Asamblea Nacional, 2014).

La normativa pública en salud emitida por el MSP, en vigencia y para cumplimiento en todo el territorio ecuatoriano y del DMQ durante la pandemia por COVID-19, que se describe a continuación no ha sido actualizada en algunos casos desde 2008.

- Manual para la notificación, auditoría de calidad de la atención y planes de acción de los casos de muerte materna (2019)
- Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (2018-2025)
- Ley Para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (2018)
- Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021
- Normativa Sanitaria para la Certificación como Amigos de la Madre y del Niño a los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud que Atiendan Partos (2016)
- Protocolo de Score MAMA y claves obstétricas (2016)
- Manual de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud (2016)
- Guía de práctica clínica (GPC) trastornos hipertensivos del embarazo (2016)
- GPC de atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato (2015)
- GPC de control prenatal (2015)

- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (última modificación 2014)
- GPC de diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo (2014)
- GPC de atención del embarazo terapéutico (2014)
- Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud (2013)
- GPC de prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto (2013)
- GPC de diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente (2013)
- GPC de infección de vías urinarias en el embarazo (2012)
- Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (2008)

Mirar las injusticias socioespaciales configuradas en el DMQ posibilita entender el modo en que la tensión territorial es una coyuntura geopolítica en la que la explotación de la naturaleza y los derechos territoriales —constitucionalmente reconocidos en 2008— no fueron suficientes para frenar los atropellos a la territorialidad, en la que la geografía ecuatoriana se limitó a ser un instrumento técnico y neutral para el ordenamiento territorial y en la que las estrategias discursivas legitimaron el monopolio territorial (Bayón y Torres 2019).

Considerando los conceptos de espacio y territorio se procedió a analizar la DS de la MM en el DMQ, sabiendo que la calidad del entorno evoluciona en cuanto a seguridad, convivencia, comercio, educación y, especialmente, salud de la población y que el territorio no solo se restringe a aspectos económicos (capitalismo), sino que se expresa en la política pública, cultural y espacial que ha ocasionado sistemas de vida marginados y oprimidos, supuestamente en favor del progreso y desarrollo (Bayón y Torres 2019).

Sosteniendo que, si se desea bienestar en el DMQ, es fundamental entender los ensambles socioambientales urbanos históricos que contienen los procesos de crecimiento poblacional, formas de ocupación del territorio, riesgo de desastres naturales y construidos, abastecimiento de agua, recolección de basura, espacios verdes, presencia de industrias, movilidad, etc., frente al cambio climático, contaminación de aire y agua,

destrucción de áreas protegidas y rurales de producción de alimentos y sociedad de consumo con la imposición de viviendas precarias en situaciones inadecuadas (Cuvi 2022).

Es necesario tomar en consideración que, durante la pandemia por COVID-19, en el DMQ se recrudeció la pobreza y evidenció la poca resiliencia de la ciudad, reflejando que el espacio urbano quiteño carece de medios de vida, la población no produce y en la gran mayoría es intermediaria de bienes (2022).

En el DMQ, hasta la semana epidemiológica (SE) 2, las parroquias con mayor cantidad de casos confirmados de COVID-19 se detallan en la figura 11 y tabla 9.

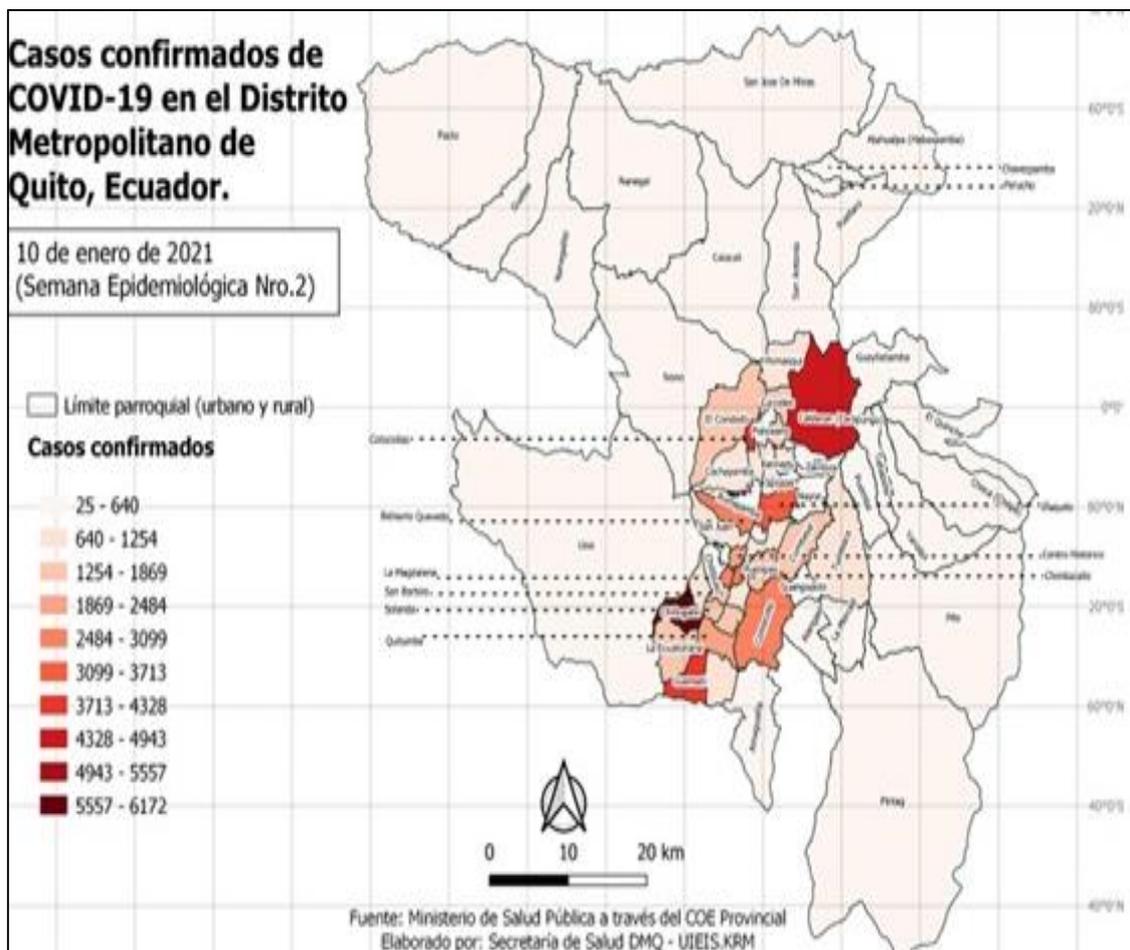


Figura 11. Casos confirmados de COVID-19 en el DMQ.

Fuente: EC Secretaría del DMQ 2021.

Tabla 9
Casos confirmados COVID-19 en el DMQ

Parroquia	Casos confirmados COVID-19
Chillogallo	6 172
Calderón (Carapungo)	4 896
Guamaní	4 116
Cotocollao	3 887
Iñaquito	3 471
La Magdalena	3 035
Conocoto	2 972
Chimbacalle	2 723
Belisario Quevedo	2 678
Quitumbe	2 460
Centro Histórico	2 250
Solanda	1 833
San Bartolo	1 642
La Ecuatoriana	1 635
Puengasí	1 400
Carcelén	1 351
El Condado	1 320
Cumbayá	1 280
La Argelia	1 271
Comité del Pueblo	1 257
Itchimbía	1 219
Tumbaco	1 202
San Isidro del Inca	1 105
Kennedy	1 083
San Juan	1 059

Fuente: EC Secretaría del DMQ 2021.
 Elaboración propia.

Siendo las parroquias que corresponden a los extremos norte (Calderón/Carapungo y Cotocollao) y sur (Chillogallo, Guamaní, y La Magdalena) del DTM las que presentaron mayor cantidad de casos confirmados de COVID-19, estas tienen el mayor nivel pobreza de acuerdo con NBI.

En la figura 12 se observa la distribución heterogénea de pobres según NBI en el DMQ, en el año 2010, evidenciándose que Tumbaco presenta el 46,3 % de pobres; Los Chillos el 40,1 % —a pesar de que en la actualidad hay un gran asentamiento de población con alto poder adquisitivo debido al esparcimiento de la ciudad—; la parroquia Eloy Alfaro el 22,5 %; Eugenio Espejo el 25,9 %; La Delicia 28,3 %; y Calderón 29,3 %; son las que registran los niveles más bajos debido a mayor concentración poblacional en Calderón (42 000) y en El Condado (30 000), determinándose las asimetrías en las administraciones zonales ocasionadas por la elevada densidad de la población producto de la rápida y desordenada urbanización. Guamaní, Turubamba y Quitumbe han mejorado

sus niveles de pobreza, en tanto que otras parroquias urbanas como La Concepción, Ñaquito, Kennedy, Rumipamba y Mariscal Sucre tienen un índice de pobres inferior al 20 %. En el área rural las parroquias como San José de Minas, Atahualpa, Chavezpamba y Puéllaro señalan el indicador de pobreza superior al 65 % (EC Municipio de Quito 2013).

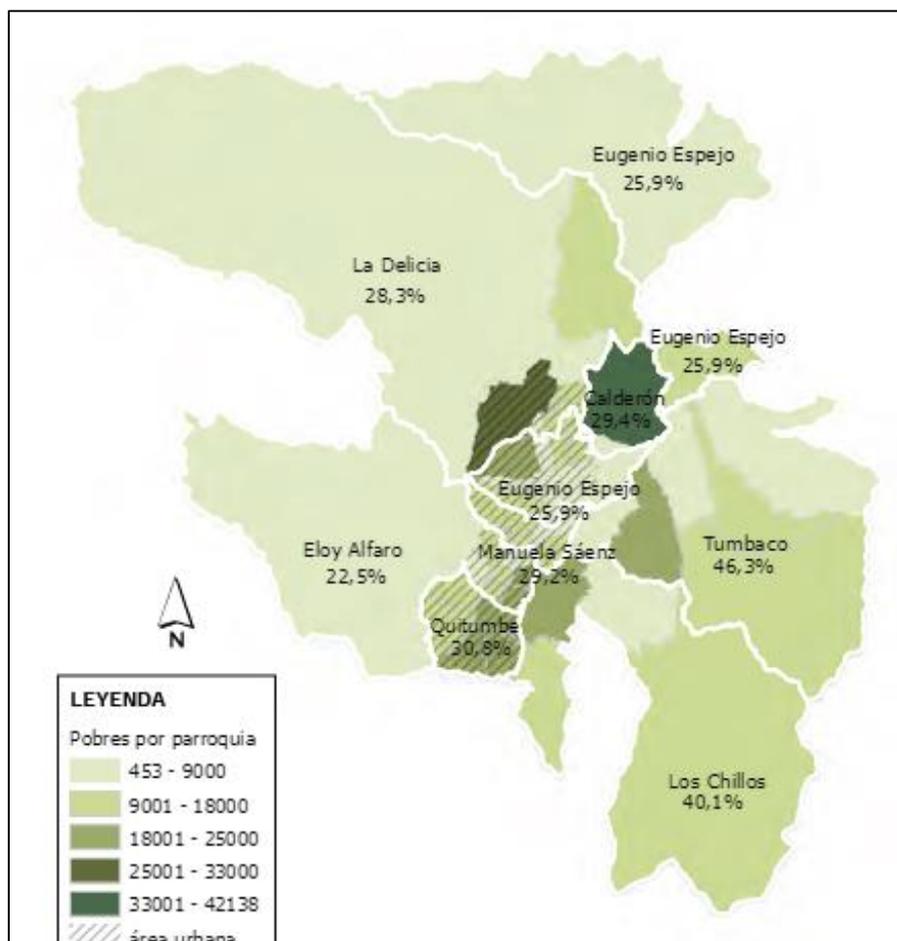


Figura 12. Pobres según NBI por parroquia DMQ 2010

Fuente: EC Municipio de Quito 2013.

La urbanización progresiva, los cambios en la TF y TN del DMQ, aumentan el panorama de los riesgos maternos y necesitan ser reevaluados por el MSP, ente rector del SNS, para disponer de infraestructura sanitaria, equipamiento biomédico, personal de salud calificado, medicamentos y dispositivos médicos que satisfagan la demanda de salud sexual y reproductiva a corto, mediano y largo plazo.

2.3. Organización territorial de la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito 2020

En cuanto a la organización territorial de la RPIS y RCP que permite responder de manera adecuada a la realidad y necesidades de la población, según el INEC, en el año 2019 existían 3 148 establecimientos de salud en todo el país y en 2020 disminuyeron a 3 136, es decir, se restaron 12. De todos estos, 498 se ubicaron en la provincia de Pichincha, seguida de Guayas con 667 (EC INEC 2022).

Según la OMS, se requieren alrededor de 23 médicos y 23 enfermeras por cada 10 000 habitantes para brindar atención de salud a la población (OPS 2015)

De acuerdo con el INEC, en Ecuador la tasa de médicos en 2019 fue de 23,3 y en 2020 disminuyó a 23,2. La tasa de enfermeras aumentó de 15,0 a 20,1, siendo en este último caso aún insuficiente para cubrir la demanda poblacional. En la provincia de Pichincha la tasa de médicos descendió de 27,8 a 26,9 (pandemia por COVID-19), mientras que la tasa de enfermeras aumentó de 19,5 a 20,1 entre los dos años.

El DMQ pertenece a la CZ9-S, que debe promover la provisión de servicios de salud; proponer, implementar y controlar la ejecución presupuestaria planificada de los establecimientos de salud; organizar y asignar los establecimientos de salud por niveles de atención y gestión de la red; organizar, poner en funcionamiento y garantizar la atención de salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en relación con los actores sociales de la comunidad; dictar con el marco de la normativa legal vigente en salud; asegurar la referencia, derivación, contrarreferencia y derivación, etc., para garantizar que se brinde atención de salud integral de calidad, con eficiencia y equidad para contribuir al buen vivir (EC MSP 2018).

En el DMQ se encuentra el 58,23 % de establecimientos de salud del SNS de la provincia de Pichincha. En la tabla 10 se distribuyen por nivel de atención y en la tabla 9 por área urbana y rural.

Tabla 10
Establecimientos de salud según nivel de atención, DMQ 2020

Nivel de atención	MSP	IESS	ISSFA	ISSPOL	Fiscomisional	GAD	SNAI	ONG	Establecimientos educativos	SOLCA	TOTAL
Primero	136	11	9	8	1	25	8	0	0	0	199
Segundo	5	12	3	1	0	9	0	48	1	0	79
Tercero	6	1	1	1	0	0	0	2	0	1	12
Total	147	24	13	10	1	34	8	50	1	1	290

Fuente: GEOSALUD, MSP, 2021.

Elaboración propia.

A pesar de que el MAIS manifiesta transformar el enfoque médico curativo del país, bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) centrada en la promoción de la salud, IESS, ISSFA e ISSPOL; siendo parte del SNS tiene un primer nivel de atención con escaso e insuficiente n.º de establecimientos que permitan coordinar, potenciar y complementar las actividades de promoción y prevención, especialmente en salud sexual y reproductiva, sin embargo, es la puerta de entrada al SNS y allí se soluciona la mayoría de los problemas de salud de la población por medio de la identificación de procesos destructivos.

Tabla 11
Establecimientos de salud, según zona urbana o rural, DMQ 2020

Nivel	Rurales	Urbanos	Total
Primer	73	126	199
Segundo	9	70	79
Tercero	1	11	12
Total	83	207	290

Fuente: GeoSalud 2021.

Elaboración propia.

En la figura 13 se puede observar la ubicación de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención tanto de la RPIS y RPC existentes en el DMQ, de los cuales el 71,37 % están geográficamente centralizado en el área urbana y el 28,62 % en el área rural, la población urbana corresponde al 68,8 % y la rural al 27,24 %. Es importante destacar que la difícil accesibilidad geográfica desde el área rural, sumada a infraestructura, equipamiento, talento humano en salud, medicamentos, dispositivos

médicos y equipos de protección personal se relaciona directamente con las demoras de la atención, especialmente a mujeres embarazadas, en labor de parto, parto y puerperio.

La falta de movilidad vehicular durante la pandemia por COVID-19, determinada por las medidas implementadas por el COE a niveles nacional y local aumentó la vulnerabilidad de las mujeres pobres que viven en el área rural, quienes sufren más complicaciones médicas debido a sus precarias condiciones de salud (anemia, infección de vías urinarias, desnutrición, etc.), no recibieron e incumplieron los fármacos prescritos y tratamientos médicos oportunos, y ante situaciones de emergencia que comprometieron su vida y del producto se tardaron en llegar o no accedieron a un establecimiento de salud cercano o de mayor nivel.

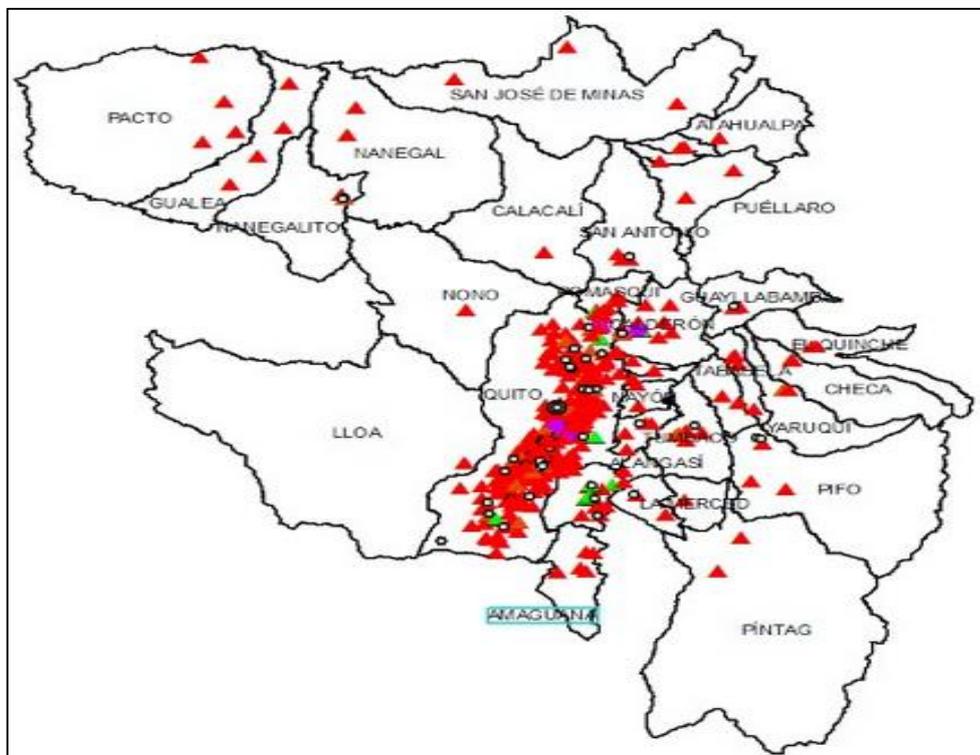


Figura 13. Establecimientos del Sistema Nacional de Salud DMQ 2020.

Fuente: GeoSalud 2021.

Elaboración propia.

En 2020, de estos diez establecimientos (hospitales) de segundo y tercer nivel, solo el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi son especializados en salud materna. Este último contaba en el 2020 con la certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMYN), que se implementa con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal y tiene como objetivos mejorar la calidad de atención prenatal, promover el parto en libre posición, mejorar la calidad de las atenciones

en las emergencias obstétricas, prevenir la transmisión de VIH y sífilis y fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna.

Es importante destacar que la representación y concentración geográfica accesible de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel es mayor y considerable en la zona urbana del DMQ, pero durante la pandemia por COVID-19 no aseguraron el tiempo y la distancia de acceso de la población desde la parroquia de residencia al primer nivel de atención (puerta de entrada), que generalmente es de un promedio de 30 minutos y ocasionaron demoras en la atención, aumentando los casos de MM durante 2020 (EC MSP 2014).

Considerando que el 11 de marzo de 2020 la OMS calificó como pandemia a la situación de emergencia en salud pública, el 12 de marzo de 2020 el MSP, mediante Acuerdo Ministerial n.º 00126-2020, declaró el estado de emergencia sanitaria en todos los establecimientos del SNS y el Ministerio de Educación y Cultura (MINEDUC) del Ecuador suspendió las clases en todo el país; con Resolución n.º A-020, del 12 de marzo de 2020, el alcalde metropolitano declaró en estado de emergencia grave a todo el territorio del DMQ. El 16 de marzo de 2020, con Decreto Presidencial 1017, se declara el estado de emergencia en todo el país con una duración de 60 días, se dispone la movilización de Policía Nacional, Fuerzas Armadas, MSP, Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias; se suspende el ejercicio del derecho a la libertad de tránsito y el derecho a la libertad de asociación y reunión a fin de mantener la cuarentena comunitaria obligatoria para contener el contagio; se establece el toque de queda, que prohibía circular en vías y espacios públicos, exceptuándose en casos de requerir trasladarse a laborar en servicios públicos como salud, recibir atención en un centro médico, abastecerse de alimentos; se suspende la jornada presencial para servidores públicos y empleados administrativos del sector público y privado. El Decreto Ejecutivo n.º 1052, del 15 de mayo de 2020, renovó el estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional por los casos de coronavirus confirmados e incluyó aspectos atinentes a salud y violencia contra la mujer. El Decreto Ejecutivo n.º 1074, del 15 de junio de 2020, declaró un nuevo estado de excepción por calamidad pública en todo el territorio nacional por la presencia de COVID-19.

En el DMQ, a partir del 3 de junio de 2020, se aplican normas correspondientes al color amarillo del sistema de semaforización y se pasa del aislamiento al distanciamiento social, que se complementa desde el 1 de julio de 2020 con la instauración de la ley seca, la postergación del retorno a actividades laborales, la no

reactivación del transporte interprovincial, etc., restricciones que tienen una fuerte repercusión en la activación económica de la ciudad.

En la ciudad, las medidas adoptadas por el COE, como movilidad restringida, toque de queda, aislamiento, disminución de la capacidad operativa en la mayoría de las unidades de salud, ocasionó acceso limitado a servicios de salud (métodos anticonceptivos) y generó barreras en la atención a mujeres durante el primer trimestre de embarazo (control prenatal), especialmente en el primer nivel de atención (GTRRMM 2021).

Se debe tener en consideración que para establecer la accesibilidad geográfica es fundamental reconocer la red de carreteras (primer, segundo y tercer orden) para permitir el acceso a un profesional de la salud en treinta minutos en el área urbana, sesenta minutos en zonas urbano-periféricas y seis horas en rurales. En la figura 14 se visualizan las parroquias de residencia de los casos de MM y su accesibilidad geográfica a los hospitales más cercanos (EC MSP 2014).

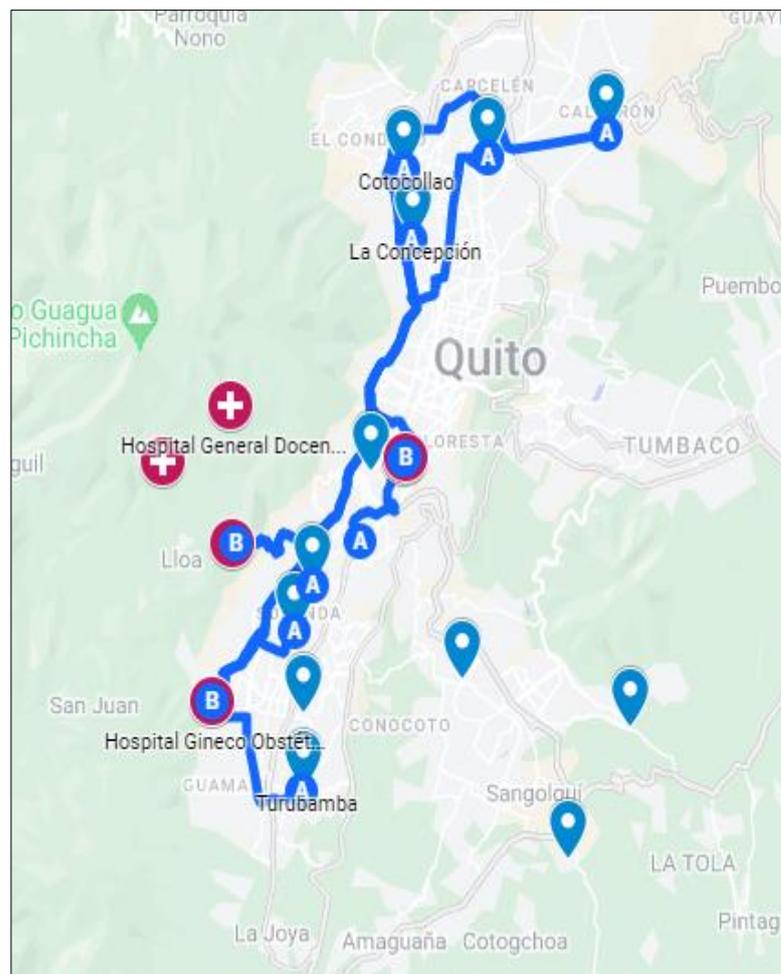


Figura 14. Parroquias de residencia de los casos de MM y accesibilidad geográfica a hospitales del DMQ 2020.
Elaboración propia.

2.4. Asignación presupuestaria para el gasto en salud durante 2020

El art. 366 de la Constitución de la República del Ecuador expresa que los recursos públicos serán distribuidos con base en los criterios de población y sus necesidades de salud, estimando la estructura demográfica, el nivel de densidad de la población, territorialidad (vías de acceso disponibles), clase socioeconómica, características socioculturales y perfil epidemiológico (EC MSP 2018).

Durante el año 2015, el país tenía asignado un gasto público para la salud del 4,2 % del PIB, sin embargo, la RMM fue de 64 por cada 100 000 NV, a diferencia de Brasil y México donde con un gasto de 3,8 % y 3,1 %, respectivamente, presentaron una RMM de 44 y 38 por 100 000 NV respectivamente, lo que señaló la ineficiencia del sistema de salud al no solucionar las inequidades producto de la inestabilidad política (Noboa Cruz 2019).

Desde 2017 hasta 2020 existió un aumento de 53 785 mujeres en edad fértil, sin embargo, la designación del presupuesto a la RPIS y MPS para financiar la salud, a pesar de estar en pandemia por COVID-19, disminuyó como indica la tabla 12.

Tabla 12
Asignación de presupuesto para la Red Pública Integral de Salud y CZ9-S del MSP durante 2019 y 2020

Año	RPIS (USD)	MSP (USD)	CZ9 (USD)
2019	5 467 833 971,04	3 104 887 920,00	449 863 985,74
2020	5 031 788 975,27	3 037 187 078,58	410 736 084,23

Fuente: Sistema Integrado de Gestión Financiera (e-SIGEF) 2021
Elaboración propia.

El presupuesto designado para salud a la CZ9-S en 2020 en comparación con 2019 señala el déficit de recursos para cubrir la demanda de atención en salud que afectó especialmente a las mujeres embarazadas, en labor de parto, parto y puerperio (inmediato, mediato y tardío), a pesar de que la Constitución de la República del Ecuador señala en su art. 35 que el Estado garantizará la atención prioritaria y especializada a personas y grupos de atención prioritaria.

Junto a la disminución del presupuesto, en 2020, el n.º de atenciones a las mujeres embarazadas en el primer nivel de atención cayó considerablemente como se indica en la figura 15, impidiendo captar a las más vulnerables y por lo cual se elevaron los casos de MM.

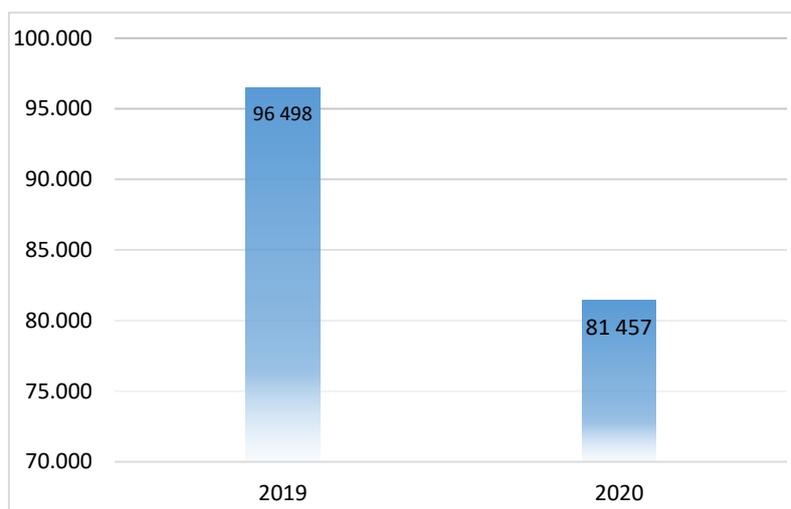


Figura 15. Atenciones a mujeres embarazadas primer nivel DMQ durante 2019 y 2020.

Fuente: EC MSP 2022.

Elaboración propia.

La *GPC de Control Prenatal*, emitida por el MSP en 2015, refiere que el cuidado del embarazo en forma precoz, frecuente e integral reduce las complicaciones que ocasionan la MM, respalda una atención correcta del parto y certifica condiciones favorables en el puerperio. Destacando que en el embarazo de bajo riesgo se deberían realizar mínimo 5 controles prenatales por médicos u obstetras; no obstante, su realización no garantiza la calidad de la atención y, por ello, se exige que se brinden las actividades necesarias para identificar el riesgo obstétrico que pueda afectar a la madre y al recién nacido (MSP 2015).

2.5. Mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito durante 2020

La elevada MM en mujeres del DMQ durante la pandemia por COVID-19 es el reflejo de la injusticia socioespacial y la DS. Los casos totales de MM, la TMM y casos de MM de mujeres residentes habitualmente en el DMQ se detallan en las tablas 13 y 14, respectivamente.

Tabla 13
Casos totales de muertes maternas ocurridas en el DMQ, 2020

Casos de muertes maternas	Frecuencia	Porcentaje
Muertes maternas (42 días)	17	77,27 %
Muertes maternas tardías (más de 42 días hasta 1 año)	5	22,72 %
Total	22	100 %

Fuente: EC INEC 2020.

Elaboración propia.

Tabla 14
Casos de muertes maternas que residían en el DMQ, 2020

Casos de muertes maternas	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres residentes	15	88,23 %
Mujeres no residentes	2	11,76 %
Total	17	100 %

Fuente: EC MSP 2020.

Elaboración propia.

En el año 2019, en el DMQ, de acuerdo con la Gaceta de MM generada por el MSP, ocurrieron 6 MM; mientras que en 2020 sucedieron 22 MM, aumentando el 366,6 %; siendo la TMM de 4,99 casos por cada 10 000 embarazadas.

Tabla 15
Edad de muertes maternas DMQ 2020

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	1	7 %
20 a 24 años	6	40 %
25 a 29 años	1	7 %
30 a 34 años	3	20 %
35 a 39 años	3	20 %
40 a 44 años	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

El embarazo adolescente o temprano constituye una condición de vulnerabilidad para la MM, es representado por el 7 % de los casos de defunción según la tabla 15 y es considerado como tal en nuestro país desde los 14 hasta 19 años, aumentando en 4 veces el riesgo de morir prematuramente, generalmente es producto de la VBG, asociado a faltas que demandan atención prioritaria por parte de las autoridades nacionales y locales debido al incremento de la morbilidad y mortalidad de este grupo, además el embarazo en adolescentes y en aquellas mujeres mayores de 35 años eleva el riesgo de complicaciones y MM conforme manifiesta la GPC de Control Prenatal del MSP.

Tabla 16
Etnia de las mujeres MM DMQ 2020

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	14	93 %
No registra	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

Durante la pandemia por COVID-19, la mayoría de MM (93 %) ocurrieron en mestizas, según lo detalla la tabla 16, lo que refleja las discrepancias en el acceso a los controles prenatales de calidad que se realizan en el primer nivel. La etnia pone a las mujeres en desventaja social, quienes se ven expuestas a sobrellevar estigmatización, discriminación y trato desigual en el SNS, aumentando el riesgo de MM. Es importante destacar que muy probablemente hubo disponibilidad restringida de notificaciones y de recaudación para detallar con exactitud casos de MM en mujeres indígenas, afroecuatorianas y montuvias.

Sin embargo, a pesar de que el MSP amplió el enfoque y la adecuación intercultural de los servicios —particularmente en lo referente a la atención a la mujer embarazada y la atención del parto— aún existe una enorme desigualdad de lucha y demanda de los pueblos indígenas. Es importante considerar que el reconocimiento a la diversidad cultural favorecerá el acceso a un servicio de salud integral que coordine la medicina occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, para garantizar el respeto a los DDHH y fomentando la promoción de la salud desde la cosmovisión de indígenas, afroecuatorianos, montuvios y mestizos.

Según el MINEDUC, los niveles de instrucción se clasifican en educación general básica, bachillerato general unificado, nivel técnico y tecnológico, mismos que según los casos de MM se detallan en la tabla 17.

Tabla 17
Nivel de instrucción, casos MM, 2020

Nivel instrucción alcanzado	Frecuencia	Porcentaje
Educación general básica	6	40 %
Bachillerato general unificado	6	40 %
Nivel técnico	1	7 %
Nivel tecnológico	1	7 %
No registra	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

El 80 % de los casos de MM presenta educación general básica y bachillerato general unificado, parámetro que indica que la mayoría tuvo menor acceso a la educación, representado por la baja escolaridad y mayor situación de vulnerabilidad que muestra también las diferencias significativas de acceso a la educación y a mecanismos de aprendizaje en el DMQ. Esta condición afecta la identificación temprana del riesgo obstétrico y búsqueda de ayuda en el SNS.

Tabla 18
Estado civil de casos de MM DMQ 2020

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	7	47 %
Unión libre	3	20 %
Casada	4	27 %
No registra	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 16, el 47 % de los casos de MM son solteras, lo que se relaciona con el inadecuado soporte de pareja, no solo afectivo sino con condiciones socioeconómicas desfavorables, lo cual aumenta la probabilidad de la MM.

Tabla 19
Actividad económica de casos MM DMQ 2020

Actividad económica	Frecuencia	Porcentaje
Desempleada/subempleada	8	53 %
Comerciante menor	4	27 %
Empleada de empresa privada	2	13 %
No registra	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

Tabla 20
Ocupación casos MM DMQ 2020

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	3	20 %
Ama de casa	5	33 %
Trabajadora	6	40 %
No registra	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC, 2022.
Elaboración propia.

Según la tabla 19, durante la pandemia por COVID-19 en el DMQ, el 53 % de las de los casos de MM se encontraba desempleado/subempleado. Según la tabla 20, el 53 % eran estudiantes y amas de casa, lo que se relaciona directamente con la acentuación de la pobreza debida a la disminución de la actividad económica que ocasionó condiciones socioeconómicas desfavorables e influyó en el aumento de la MM en la ciudad.

La desigualdad en el acceso a la salud también está marcada por las jerarquías de poder o acceso a los recursos, en las que resultan más favorecidas las mujeres de clases sociales altas.

Tabla 21
Parroquia y zona homogénea de residencia y establecimiento de salud donde ocurre la MM DMQ 2020

Administración zonal	Parroquia de residencia	Urbana/rural	Zona homogénea	MM	Establecimiento de salud donde fallece
Calderón	Calderón	Rural	Popular consolidada	1	HECAM
La Delicia	Comité del Pueblo	Urbana	Popular consolidada	1	HECAM
La Delicia	Cotocollao	Urbana	Residencial	1	HGONA
Eloy Alfaro	Chimbacalle	Urbana	Residencial	1	Clínica Mosquera
Eloy Alfaro	San Bartolo	Urbana	Residencial	2	HGONA
Eloy Alfaro	Solanda	Urbana	Popular consolidada	1	HGONA
Quitumbe	Quitumbe	Urbana	Popular consolidada	1	Domicilio
Quitumbe	Turubamba	Urbana	Popular deteriorada	1	HGONA
Eugenio Espejo	La Concepción	Urbana	Residencial suntuaria	1	HGOIA
Los Chillos	Conocoto	Rural	Residencial	2	HECAM
Los Chillos	Alangasí	Rural	Popular consolidada	1	HGONA
Tumbaco	Tumbaco	Rural	Residencial	1	HGDC
No registra	No registra	No registra	No registra	1	Clínica Northospital
Total				15	

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

Según el área geográfica de residencia, el 67 % de los casos de MM que fallecieron residían en el área urbana y 33 % en el aérea rural.

Las diferencias urbanas y rurales durante la pandemia junto con confinamiento de la población, toque de queda, cancelación del transporte público, etc., fueron medidas que afectaron el acceso de las mujeres a la realización de los controles prenatales y que acentuaron los gradientes geográficos en salud, conforme lo señalan las tablas 21 y 22.

Tabla 22
Zonas homogéneas de residencia de casos MM DMQ 2020

Zonas homogéneas	Frecuencia	Porcentaje
Popular deteriorada	1	7 %
Popular consolidada	5	33 %
Residencial	6	40 %
Residencial suntuaria	2	13 %
No registra	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
 Elaboración propia.

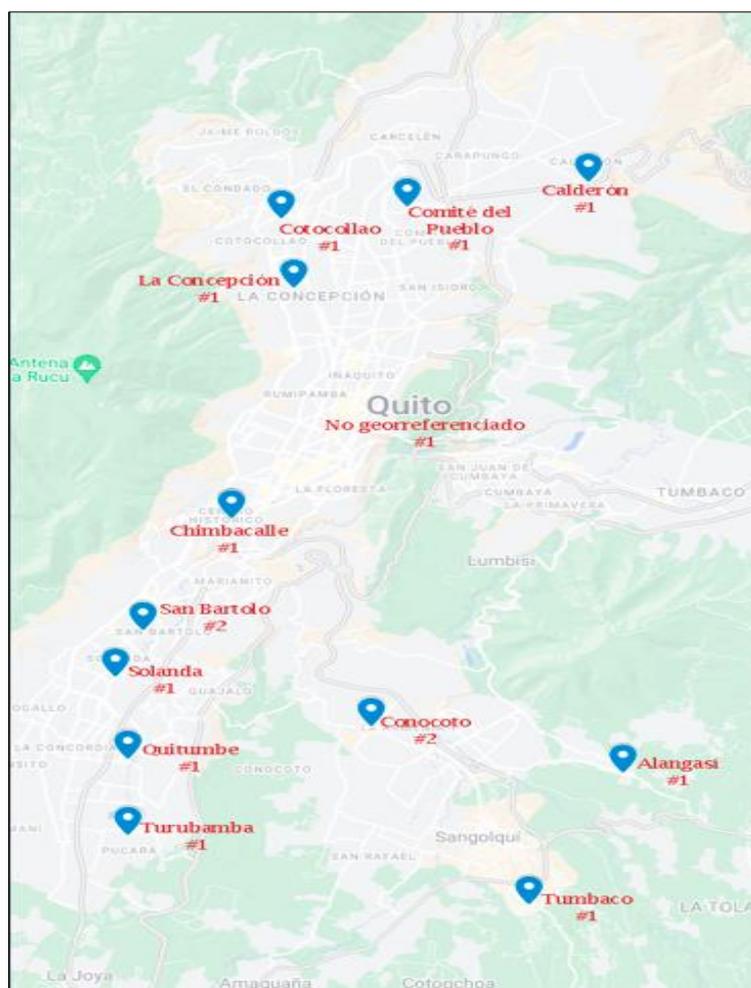


Figura 16. Parroquia de residencia de los casos de MM DMQ 2020
 Elaboración propia.

Según la residencia en zona homogénea del DMQ, 1 MM (7 %) pertenecía a zona popular deteriorada, 5 MM (33 %) a zona popular consolidada, 6 MM (40 %) a zona residencial, 2 (MM) a zona residencial suntuaria y 1 MM (7 %) no registra. La inequidad en las áreas de residencia del DMQ se expresa en las diferencias de la MM, existiendo

mayor riesgo en aquellas que tienen viviendas y condiciones sanitarias deficientes, evidenciando la brecha entre ricos y pobres.

Si se relaciona con la figura 16, se puede determinar que la mayoría de MM ocurrieron en mujeres que residían en parroquias del norte y sur de la ciudad, sin embargo, existen establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención especializados en salud materna, como es el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi.

A pesar de que la GPC de Control Prenatal del MSP manifiesta que las mujeres multigestas (3 a 5 gestas) o gran multíparas tienen 5 veces más riesgo de complicaciones, morbilidad y MM; durante la pandemia por COVID -19 en el DMQ tanto primigestas (47 %) como secundigestas/multigestas (53 %) fueron víctimas de defunción por MM, como se puede observar en la tabla 23 y que señala las interrupciones en la provisión de los servicios de salud que reflejaron un SNS débil y fragmentado debido a la disminución de la cobertura y calidad de atención a las mujeres embarazadas.

Tabla 23
N.º de gestas de casos de MM DMQ 2020

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	7	47 %
Secundigesta	5	33 %
Multigesta (3 a 5 gestas)	3	20 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

Teniendo como referencia que, posterior a un parto normal, la mujer presenta menos pérdida de sangre que durante una cesárea, menor riesgo de presentar endometritis e infección de vías urinarias que aumentan la posibilidad de MM y puede integrarse a su vida normal, en la tabla 24 se detallan los antecedentes de parto normal.

Tabla 24
Antecedentes parto normal (céfalo vaginal) de los casos de MM DMQ 2020

Partos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	33,33 %
No	10	66,66 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

Solo 33,33 % de los casos presentaron antecedentes de haber tenido partos normales.

Las mujeres en edad fértil deben tener garantizado el acceso de métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado que diera lugar a la realización de abortos peligrosos en lugares inseguros que elevan el riesgo de MM. En nuestro medio, los abortos son subregistrados, más aún cuando ocasionan graves complicaciones que producen el fallecimiento, pues muchos ocurren en la ilegalidad porque el COIP aplica grave penalización a los profesionales que lo realizan y la privación de la libertad a las mujeres que deciden realizarlo (Noboa Cruz 2019).

Tabla 25
Antecedentes abortos de los casos de MM DMQ 2020

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	7 %
No	14	93 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

Un caso, que corresponde al 7 % de las mujeres que fallecieron por MM, fue por la realización de un aborto durante la pandemia por COVID-19. Es necesario considerar que en el país y en el DMQ, conforme menciona el COIP, el aborto era penalizado con las debidas excepciones (solo en caso de poner en riesgo la salud de la embarazada y en mujeres violadas con discapacidad mental) y, a pesar de totalmente prevenible, hace que se sometían a abortos en condiciones de inseguridad en lugares que no garantizan la calidad de los servicios de salud.

Tabla 26
Realización de cesáreas de los casos de MM DMQ 2020

Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	87 %
No	2	13 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

Según el antecedente de cesárea, 13 MM (87 %) tenían antecedentes y 2 MM (13 %) no presentaban antecedentes. La historia de cesárea anterior acarrea el riesgo de

presentar placenta creta debida a la cicatriz, por lo cual se incrementa el riesgo de complicación, como la hemorragia obstétrica que es causa principal de MM.

Tabla 27
N.º hijos vivos de los casos de MM DMQ 2020

Hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	12	80 %
No	3	20 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

En 12 casos de MM, que representan el 80 %, las mujeres tenían hijos, lo cual expresa el impacto en el futuro, puesto que si son menores de cinco años tienen mayor riesgo de enfermar o morir, ser víctimas de violencia de todo tipo, tener menos acceso a la educación y pocas oportunidades de desarrollo frente a la vida.

En las tablas 28 y 29 se describe que, dentro de la historia obstétrica de los casos de MM, el 20 % tuvo hijos que luego fallecieron y el 27 % presentó óbitos fetales, los cuales elevan el riesgo de morbilidad, MM y muerte neonatal.

Tabla 28
Antecedentes de hijos muertos de los casos de MM DMQ 2020

Hijos muertos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	3	20 %
No	12	80 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

Tabla 29
Antecedentes de óbitos fetales de los casos de MM DMQ 2020

Óbitos fetales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	4	27 %
No	11	73 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

Según la edad gestacional en la que ocurre la MM, el 74 % de casos de MM ocurrió a partir de la semana 25 de gestación, es decir, en el tercer trimestre del embarazo. Las MM se presentan en mayor cantidad en el tercer trimestre del embarazo, en la tabla 30 se determina la frecuencia por semanas gestacionales de los casos de MM.

Tabla 30
Edad gestacional de los casos de MM DMQ 2020

Edad gestacional último embarazo	Frecuencia	Porcentaje
No registra	2	13 %
20 a 24 semanas	2	13 %
25 a 29 semanas	1	7 %
30 a 34 semanas	4	27 %
35 o más	6	40 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
 Elaboración propia.

Tabla 31
Forma de terminación del embarazo de los casos de MM DMQ 2020

Terminación del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Aborto	1	7 %
Embarazo (muerte)	2	13 %
Cesárea	12	80 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
 Elaboración propia.

En el 80 % de casos de MM la forma de terminación del embarazo es por cesárea, lo que está relacionado directamente con mayor desarrollo de complicaciones como hemorragia, infección, laceración cervical, lesión vascular y trombosis, que constituyen un riesgo para la MM y más aún si no tiene pertinencia médica.

Tabla 32
Intervalo intergenésico entre embarazos de los casos de MM DMQ 2020

Intervalo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
No aplica (primigesta)	7	47 %
No registra	2	13 %
1 año	1	7 %
2 años	2	13 %
3 años	1	7 %
4 años y más	2	13 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
 Elaboración propia.

El 20 % presenta período intergenésico corto (PIC), menor a 2 años de la fecha de resolución del último suceso obstétrico a la fecha de concepción del nuevo embarazo, lo cual eleva el riesgo de ruptura uterina, anemia y endometritis puerperal y, por lo tanto, de MM; las mujeres con PIC tienden a iniciar un control prenatal tardío y a realizar pocos

controles prenatales. El período intergenésico largo (PIL) presenta mayor riesgo de presentar parto y preeclampsia/eclampsia (Zavala-García et al. 2018).

Según el modelo de atención prenatal de la OMS, el n.º de controles prenatales incrementó de 4 a 8, lo cual favorece el reconocimiento oportuno de riesgos, disminuyendo las complicaciones durante el embarazo. El modelo recomienda que el primer control prenatal se realice a las 12 semanas de gestación y los siguientes en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 (OMS 2016).

En la tabla 33 se describe la realización de controles prenatales durante el embarazo de los casos de MM, llamando la atención que el 13,33 % no se realizó ningún control prenatal.

Tabla 33
Controles prenatales durante el embarazo de los casos de MM DMQ 2020

Controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
Sí	11	73,33 %
No	2	13,33 %
No registra	2	13,33 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

Las mujeres víctimas de MM presentaban riesgos obstétricos como antecedentes de hijos muertos, óbitos fetales, condición socioeconómica desfavorable, nivel de escolaridad, cesáreas, falta de controles prenatales, lo que expuso al 40 % de los casos al potencial desenlace de fallecimiento, como se expresa en la tabla 34.

Tabla 34
Identificación de riesgo obstétrico de los casos de MM DMQ 2020

Identificación vulnerabilidad obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Sí	6	40 %
No	7	47 %
No registra	2	13 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.

Elaboración propia.

Tabla 35
Lugar de muerte de los casos de MM DMQ 2020

Lugar del fallecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Establecimiento de salud	14	93 %
Domicilio	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
 Elaboración propia.

De acuerdo con el lugar de muerte de los casos de MM, 14 MM (93 %) fallecieron en establecimientos de salud, mientras que 1 MM (7 %) fue en su domicilio, esta última probablemente por desconocimiento de los signos de alarma en la madre.

Tabla 36
Causas básicas de defunción de los casos de MM DMQ 2020

Causas básicas	Frecuencia	Porcentaje
Grupo 1 Embarazo que termina en aborto	1	6,67 %
Grupo 2 Trastornos hipertensivos	8	53,33 %
Grupo 3 Hemorragia obstétrica	2	13,33 %
Grupo 5 Otras complicaciones obstétricas	1	6,67 %
Grupo 7 Indirecta no obstétrica	3	20,00 %
Total	15	100,00 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
 Elaboración propia.

Según la causa básica de MM, 1 MM (6,67 %) es causada por aborto, 8 MM (53,33 %) por trastornos hipertensivos del embarazo, 2 MM (13,33 %) por hemorragia obstétrica, 1 MM (6,67 %) por otras complicaciones obstétricas y 3 MM (20 %) por causas indirectas no obstétricas.

Tabla 37
Período de ocurrencia de los casos de MM DMQ 2020

Periodo de ocurrencia	Frecuencia	Porcentaje
Embarazo segundo trimestre	1	7 %
Embarazo tercer trimestre	4	27 %
Posparto inmediato	1	7 %
Posparto mediato	5	33 %
Posparto tardío	3	20 %
No registra	1	7 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
 Elaboración propia.

De acuerdo con el período de ocurrencia del fallecimiento, 1 MM (7 %) ocurre en el segundo trimestre del embarazo, 4 MM (27 %) en el tercer trimestre del embarazo, 1 MM (7 %) en el posparto inmediato, 5 MM (33 %) en el posparto mediano, 3 MM (20 %) en el posparto tardío y 1 MM (7 %) no registra.

Tabla 38
Tipo de causa de fallecimiento de los casos de MM DMQ 2020

Tipo de causa	Frecuencia	Porcentaje
Directa	10	67 %
Indirecta	5	33 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

Según el tipo de causa de fallecimiento por MM, 10 MM (67 %) ocurrieron por causas directas y 5 MM (33 %) por causas indirectas.

Tabla 39
Evitabilidad de los casos de MM DMQ 2020

Tipo de evitabilidad	Frecuencia	Porcentaje
Sí	10	67 %
No	5	33 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

De acuerdo con la evitabilidad de la MM, 10 MM (67 %) fueron evitables y 5 MM (33 %) no fueron evitables.

Tabla 40
Demoras de la atención en salud de los casos de MM DMQ 2020

Tipos de demoras	Frecuencia	Porcentaje
Sin demoras	2	13 %
Demora 1 y 3	3	20 %
Demora 3	10	67 %
Total	15	100 %

Fuente: Archivo SNGC 2022.
Elaboración propia.

Debe tomarse en consideración que la demora 1 relacionada con la MM se da porque las mujeres no identifican los signos de alarma que ponen en riesgo su vida y la de su hijo y, por ende, retrasan la decisión de acudir a recibir atención obstétrica de

emergencia, situación que además se ve afectada por las barreras geográficas como la distancia para acceder a cualquier establecimiento del SNS y disponibilidad de transporte. Estas situaciones se agravaron en el DMQ durante la pandemia por COVID-19 porque las medidas impuestas por el COE nacional y local limitaron el acceso, especialmente en los primeros meses. La demora 3, establecida por la MM en los mismos establecimientos de salud, se debe a inadecuada de atención obstétrica de emergencia relacionada con infraestructura hospitalaria (disponibilidad de quirófanos), falta de personal de salud capacitado, deficiencia de medicamentos, dispositivos médicos (sangre, sulfato de magnesio, antibióticos). Así, en el DMQ, durante la pandemia por COVID-19, de las mujeres que fallecieron, 13 casos (87 %) tuvieron algún tipo de demora, de los cuales 2 casos MM (3 %) no tuvieron demora, en 3 MM (20 %) hubo demora 1 y 3 y en 10 MM (67 %) hubo demora 3.

Como autora de la tesis me permito emitir la siguiente reflexión producto del sentir a lo largo de la investigación y experiencia profesional, donde la MM es injusta y tiene el rostro de las mujeres que vivieron durante la pandemia por COVID-19 en el DMQ cada vez más urbano, con más pobreza, pobreza extrema, inequidad de género, social y económica, con dotación de insuficiente presupuesto para invertir en la salud sexual y reproductiva, política de salud caduca y no actualizada, autoridades debilitadas, reflejo de un sistema de salud fragmentado que no pudo satisfacer la demanda de atención a las mujeres embarazadas en los establecimientos de primero, segundo y tercer nivel especialmente de mujeres sin apoyo de pareja, embarazadas adolescentes, primigestas/multigestas, con menor escolaridad, en la desocupación/desempleo, con menos recursos económicos y que presentaban vulnerabilidades obstétricas (antecedentes de abortos, óbitos fetales, cesáreas, pocos controles prenatales, anemia, infección de vía urinarias, diabetes gestacional, desnutrición u obesidad) y que luego se convirtieron en causas directas de defunción por trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias obstétricas especialmente en el posparto y que fueron producto de la falta de reconocimiento de signos de alarmas en el embarazo o puerperio, además de la baja calidad de atención en la RPIS y RPC donde los niños que quedaron huérfanos y expuestos a una sociedad fragmentada es un desastre inadmisibles que compromete su futuro.

Analizando cada una de las variables, dimensiones e indicadores del rol del espacio en la DS de la salud, el análisis de los procesos protectores y destructores se resume en la tabla 41.

Tabla 41

Procesos protectores y destructivos de la mortalidad materna

Dominio	Componentes	Subcomponentes	Lógica dominante de generación de procesos críticos	Procesos protectores	Procesos destructivos
General	Política en salud	Normativa legal vigente relacionada con el derecho a la salud, salud sexual y reproductiva y durante la pandemia por COVID-19	Garantizar el derecho de las mujeres a la salud, salud sexual y reproductiva, educación, al trabajo con o sin estados de emergencia sanitaria.	<p>Toda mujer debe recibir atención en establecimientos disponibles en número y calidad suficiente, accesibles física y económicamente y libres de exclusión.</p> <p>Acceso universal y equitativo de las mujeres a planificación familiar, métodos anticonceptivos, atención de salud de calidad durante el embarazo, parto, posparto y aborto en todo el sistema nacional de salud.</p> <p>El aborto es un tema ético, sin embargo, el aborto seguro de las mujeres las protege su vida y salud.</p>	<p>Violación del derecho a la salud de las mujeres por creencias y valores sociales, y a conceptos patriarcales del papel en la familia, haciendo que se las valore únicamente en función de su capacidad reproductiva.</p> <p>Falta de acceso de las mujeres durante el embarazo, parto, posparto por diferencia de género, etnia, aumento de la pobreza (insatisfacción de necesidades básicas), falta de educación (reconocimiento de signos de alarma), menor nivel socio económico y medidas adoptadas durante la pandemia por COVID-19 (aislamiento y limitación de servicios de transporte).</p> <p>La penalización del aborto obstaculiza el acceso a servicios seguros y necesarios de interrupción de la gestación poniendo en mayor riesgo su salud y vida.</p> <p>Priorización de la atención en salud a población con sospecha, probabilidad o confirmación de COVID-19, especialmente en los primeros meses del 2020 en los establecimientos de salud.</p> <p>I nivel de atención débil en relación con atención primaria renovada.</p> <p>Demoras en la atención de la salud a las mujeres embarazadas, en labor de parto, parto y puerperio ocasionando la muerte materna.</p> <p>Fallas en el proceso de referencia y contrarreferencia en el sistema nacional de salud.</p>
	Economía en salud	Asignación presupuestaria para la salud y emergencia sanitaria por COVID-19	El gasto en salud permite satisfacer la demanda de infraestructura sanitaria, talento humano calificado, equipos biomédicos, medicamentos, dispositivos médicos necesarios para la atención de la salud de las mujeres.	La menor inversión y gasto en salud afecta la calidad de atención en los servicios de salud. Se requiere de una asignación presupuestaria que satisfaga las demandas para cubrir la infraestructura sanitaria, talento humano competente (médicos, enfermeras, técnicos de atención primaria en salud), medicamentos, equipos biomédicos, dispositivos médicos, etc.	Disminución y ejecución del presupuesto asignado a los establecimientos de salud para cubrir la demanda de atención de salud y de calidad de las mujeres, durante el embarazo (I nivel), parto, posparto. Escasa adquisición de fármacos y métodos anticonceptivos, dispositivos médicos, para satisfacer y proporcionar atención de calidad a las mujeres.

					<p>Prioridad de procesos de compras públicas en bienes (pruebas de diagnóstico, equipos de protección personal) para atención a la población con sospecha, probabilidad y confirmación de COVID-19.</p> <p>La escasez de talento humano calificado y de insumos médicos, además del aumento de los costos, presencia de sistemas de salud débiles y fragmentados que no garantizarían el acceso a la salud por estar geográficamente centralizados en zonas urbanas e infraestructura insuficiente para satisfacer el aumento de la demanda por COVID-19, además de la insuficiencia de equipos biomédicos y medicamentos debido a la restricción de las exportaciones; y que la mayoría de países no invirtieron lo necesario en salud para reducir las inequidades y fortalecer el I nivel de atención, con énfasis en medidas de prevención.</p>
Particular	Modos de vida	Formas de producción	Lograr que el trabajo ejercido por las mujeres sea estable en el sector público o privado), con un salario justo (ingresos económicos) según nivel de instrucción y con todos los beneficios de ley.	El trabajo digno con todos los beneficios permite a la mujer alcanzar el desarrollo y acceso a la educación y satisfacción de las necesidades personales y de su familia, disminuyendo la brecha de injusticia e inequidad social.	El desempleo y subempleo con ingresos económicos insuficientes no permiten satisfacer la canasta básica (aumento de la pobreza). Actividades laborales mayores a 8 horas diarias y aumento del trabajo doméstico aumentan la morbilidad y mortalidad materna en las embarazadas, parto y posparto.
		Formas de consumo	Las mujeres realizan gastos e inversión en salud, educación, vivienda, alimentación, transporte, recreación, diversión, etc., según nivel de ingresos económicos.	A mayor nivel socioeconómico de las mujeres (menor pobreza) disminuye el riesgo de mortalidad y mortalidad materna.	Menos acceso a la educación que luego asegure un trabajo más digno. Insuficiente capacidad de acceder a alimentos y nutrientes necesarios para mantener una buena salud durante el embarazo, parto y posparto. Familias constituidas con varios miembros de la familia cuyos ingresos no alcanzan.
		Organización social y cultural	Pertenencia a grupos indígenas, afroecuatorianos, montuvios.	Garantizar el acceso de las mujeres costumbres y tradiciones según grupo étnico durante el embarazo, parto, y puerperio disminuye su discriminación y disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.	Las mujeres racializadas y empobrecidas que pertenecen a poblaciones indígenas, montubias, afrodescendientes tienen mayor riesgo de ser violentadas en su acceso a la salud. La falta de aplicación de prácticas reconocidas interculturalmente, e incorporación de parteras en el equipo de salud lo cual permite a estos grupos mayor confianza en la atención durante el embarazo, parto y post parto con menos

					complicaciones que aumentan la mortalidad materna.
Individual	Estilos de vida	Caracterización demográfica y educativa	Edad, nivel de instrucción, ocupación, profesión.		Adolescentes, mujeres con menor escolaridad sin profesión tiene mayor riesgo de mortalidad materna. Prevenir muertes maternas por abortos inseguros o clandestinos.
		Tipo de trabajo	Insatisfacción de necesidades básicas.	Trabajo seguro que garantice el desarrollo normal del embarazo, parto y posparto.	Inestabilidad laboral y riesgos contribuyen a deteriorar la salud de la mujer embarazada, parto y posparto.
		Antecedentes obstétricos y comorbilidades	No. Embarazos, abortos y partos. No. Controles prenatales COVID-19, anemia, <i>shock</i> hipovolémico, sepsis, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos del embarazo, ruptura prematura de membranas, intentos de abortos, infección de vías urinarias, desnutrición, obesidad, etc.	Aumentar los controles prenatales. Identificación temprana de riesgos y complicaciones. Preparación y manejo oportuno de complicaciones. Mayor vigilancia a embarazadas de riesgo.	Aumentar los controles prenatales. Identificación temprana de riesgos y complicaciones. Preparación y manejo oportuno de complicaciones. Mayor vigilancia a embarazadas de riesgo. Durante la pandemia, las principales causas de MM directas fueron los trastornos hipertensivos del embarazo y las hemorragias en el puerperio, mientras que, por causas indirectas, el fallecimiento fue en algunos casos por COVID-19, viéndose más afectadas las mujeres del área urbana que la rural, las mestizas antes que indígenas y afroecuatorianas.

Fuente y elaboración propias

Discusión, conclusiones y recomendaciones

Discusión: injusticia socioespacial y determinación social en la mortalidad materna

El DMQ considerado como la sede política, económica, cultural y capital del país tiene una extensión territorial de 42 300,00 Ha, es el resultado en gran parte del proceso migratorio del campesinado de todas las provincias del país debido a la capitalización del área rural y fractura de los modos de producción del campo en búsqueda de mejores condiciones de vida en la ciudad representada por una zona industrializada y comercial lo que ha ocasionado el crecimiento y expansión con asentamientos poblacionales especialmente hacia el norte, margen oriental del centro, sur y hacia los valles donde aparecen parroquias con diferenciación del gradiente socioeconómico producto de la apropiación del espacio por parte de las clases sociales caracterizadas por la separación social reflejada en el acceso a la vivienda, al trabajo que ocasionó una mayor demanda en el abastecimiento de servicios básicos, educación y salud.

El DMQ cada vez más urbanizado es producto de la congregación geográfica representada por el capitalismo industrial que actualmente está conformado por 32 parroquias urbanas y 33 rurales, distribuido en ocho administraciones zonales con transferencia de competencias desde el nivel central de la municipalidad cuya población estimada en el año 2020 fue de 2 781 893 habitantes, con una densidad de población de 66,76 habitantes por Km², siendo 1 913 942 población urbana (68,8 %) y 867 951 rural (31,2 %); 1 357 427 hombres (49 %) y 1 424 466 mujeres (51 %).

En relación a la segregación socioespacial, el DMQ se clasifica en zonas homogéneas consecuencia de la expresión de la acumulación de poder y localización de la población económicamente activa en sus diferentes parroquias, distribuyéndose en; zona residencial suntuaria que representa a seis parroquias con clase empresarial y grupos medios altos; la zona residencial correspondiente a 15 parroquias con clase media con un menor porcentaje del grupo empresarial y medio alto; la zona popular consolidada estructurada por 14 parroquias que cuentan con clase media, asalariados y subasalariados y la zona popular deteriorada donde se localizan las parroquias rurales y urbanas con poblaciones con mayor cantidad de pobreza por NBI, en asentamientos de barrios con menos provisión de servicios básicos y una gran cantidad a asalariados y subasalariados.

Es importante enfatizar que en el DMQ durante el 2020 la población en edad fértil fue de 774 851 (27,9 %) con una aproximación de 48.899 (6,3 %) embarazos y donde los indicadores de salud sexual y reproductiva evidenciaron una TF de 63,10 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva; TN de 10,48 por cada 1.000 habitantes, alcanzando la TMM el aumento de 0,4 a 2,4 por cada 10.000 mujeres embarazadas y figurando 1 167 años perdidos por decesos precoces

El incremento de la TMM representa las barreras que tuvieron las mujeres para alcanzar la igual de género y equidad vinculadas con el ejercicio de los DDHH; así al revisar la normativa pública en salud sexual y reproductiva vigente en el año 2020 se encontró que no ha sido actualizada como por ejemplo el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal (2008); GPC de infección de vías urinarias en el embarazo (2012); GPC de diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente (2013); GPC de *prevención y diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto* (2013); GPC de atención del embarazo terapéutico (2014); GPC de diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo (2014); GPC de control prenatal entre otras concernientes con las principales causas directas de MM.

Durante el período de la pandemia por COVID-19 el MSP emitió en abril de 2020 únicamente las *Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19*, descuidando la protección prioritaria y cuidado de la salud integral y vida de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto conforme manifiesta la Constitución de la República del Ecuador.

Solo a nivel del DMQ en el 2020 se disponían de 290 establecimientos de salud tanto de la RPIS y RPC, los cuales correspondían a 199 al primer nivel (68,62 %); 79 al segundo nivel (27,24 %) y 12 al tercer nivel de atención (4,13 %), estando 207 concentrados en la zona urbana (71,37 %) y 83 en la zona rural (28,62 %) la cual generalmente cuenta con menor infraestructura, equipamiento biomédico, disponibilidad de personal de la salud especializado, déficit de dispositivos médicos, medicamentos e insumos; además en toda la provincia de Pichincha la tasa de médicos descendió de 27,8 a 26;9 del 2019 al 2020, situación que afectó el acceso a los servicios de salud, métodos anticonceptivos y atención de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

El efecto de las medidas proporcionadas por el COE, la política y medidas económicas a nivel nacional y por supuesto en el DMQ, se vieron reflejados en la reducción de la asignación presupuestaria para la salud en la CZ9-S, disminuyendo en cerca del 8,70 % el gasto en salud de USD 449 863 985,74 en el 2019 a USD 449 863

985,74 en el 2020, que a la vez impactó en el aumento de enfermedades mentales, transmisible y no transmisibles y de salud sexual y reproductiva como la MM. Las barreras en la prestación de servicios esenciales como los controles prenatales a las embarazadas se demuestran en el descenso del 15,58 % en las atenciones en los establecimientos de primer nivel de atención de 96.498 en el 2019 a 81.457 y son el equivalente a 22 MM, de las cuales 15 fueron de mujeres que residían habitualmente en el DMQ y donde 14 de ellas fallecieron en establecimientos de la RPIS y RPC y 1 en su domicilio.

Respecto a la dimensión P, la investigación encontró la falta de acceso universal a la salud por su condición de mujeres durante el embarazo, parto y posparto en función de su clase social marcada por el nivel socioeconómico, nivel de educación en una sociedad donde ser mujer, pobre, indígena, montuvia, afrodescendiente es motivo de discriminación y trato desigual incluso dentro de los mismos establecimientos de salud lo que acarrea una baja calidad de atención. En la investigación se encontró que el 93 % eran mestizas y el 7 % no registra sin embargo hay que considerar que durante la pandemia por COVID-19 probablemente existió un subregistro de datos que esconden los casos de MM en estos grupos, pues generalmente no se respeta su identidad cultural, modos de pensar, tradiciones, prácticas y costumbres ancestrales.

De los 15 casos de mujeres víctimas de MM, el 59,94 % residían habitualmente en la zona urbana del *sur* del DMQ correspondiendo el 26,64 % a San Bartolo (2), Chimbacalle (1) y Solanda (1) de la administración zonal Eloy Alfaro; el 13,32 % a Quitumbe (1) y Turubamba (1) situadas en la administración zonal Quitumbe; del *norte* de la ciudad el 13,32 % a Cotocollao (1) y Comité del Pueblo (1) pertenecientes a la administración zonal La Delicia y el 6,66 % a La Concepción (1) ubicada en la administración zonal Eugenio Espejo, mientras que el 33,33 % vivían en la zona rural siendo el 19,98 % de Conocoto (2) y Alangasí (1) localizados en la administración zonal Los Chillos; el 6,66 % a la parroquia y administración zonal de Calderón (1); el 6,66 % de administración zonal de Tumbaco (1) y el 6,66 % no registra. Las ubicaciones de estas muertes por lugar de residencia según parroquias y administraciones zonales coinciden con aquellas donde la pobreza por NBI alcanza los porcentajes más altos, los estratos por nivel educativo son bajos y muy bajos según se detalló en párrafos anteriores y con aquellas que presentaron mayor cantidad de casos confirmados de COVID-19 en el DMQ durante el 2020, como fueron: Calderón, Cotocollao, Chimbacalle, Quitumbe, Solanda, San Bartolo, Comité del Pueblo y Tumbaco.

Así, de los casos estudiados, por su estado civil el 47 % eran solteras, el 20 % unión libre ; el 27 % casadas y el 7 % no registra lo que indica que mayoritariamente no tenían el acompañamiento de su pareja para enfrentar las necesidades básicas y apoyo emocional de ellas, del RN (lactancia materna) y el resto de sus hijos; por su nivel de educación alcanzado del 80 % de las MM el 40 % tenían educación general básica, el 40 % bachillerato general unificado, el 14 % nivel técnico y tecnológico y el 6 % no registra lo que expone la situación de vulnerabilidad representada por las diferencias significativas del acceso a educación que afecta su capacidad de generar ingresos y mecanismos de aprendizaje, condición que afecta la identificación temprana del riesgo obstétrico y búsqueda de ayuda inmediata en el SNS; mientras que por su nivel socio económico el 53 % se encontraban desempleadas/subempleadas, el 27 % eran comerciantes menores, el 7 % empleada de empresa privada y el 7 % no registra, escenario que debilitó más aún su condición para cubrir la alimentación, salud, educación, vivienda, vestido, trabajo, seguridad social, transporte, etc.; es evidente entonces que el nivel de instrucción y socioeconómico se manifiestan de manera muy clara, expresando el verdadero rostro de la MM que profundiza las limitaciones en el acceso a los DDHH especialmente en las mujeres más pobres.

Referente al dominio I que se enuncia y hace visible en la muerte de las mujeres embarazadas y en posparto más vulnerables del DMQ durante la pandemia por COVID-19, como efecto del vínculo de procesos de pertenencia del dominio G y P; respecto a MM según la edad, el 7 % fue de embarazos adolescentes ocasionados por la falta de educación sexual, restricción al acceso de métodos anticonceptivos, violencia sexual y VBG, lo que expresa el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo hasta 3 veces más que en mayores de 20 años; el 67 % de mujeres entre 20 a 34 años que corresponde a jóvenes en edad productiva, y el 27 % de mayores de 35 años es decir cuando la mujer se expone a mayores riesgos durante el embarazo y parto.

La mayor cantidad de casos de MM ocurrieron en primigestas con el 47 % probablemente por la falta de educación prenatal donde el equipo de salud debe enseñar los cambios normales durante el embarazo y *signos de alarma*; el 33 % en secundigestas y el 20 % en multigestas. El 13,33 % no tuvieron ningún control prenatal, el 13,33 % no registra y el 73,33 % si realizaron; el 40 % presentaban riesgo obstétrico, así el 27 % tenían antecedentes de óbitos fetales, el 7 % abortos, el 87 % cesárea anterior; el 20 % hijos nacidos muertos; si estas mujeres hubieran recibido atención prenatal de calidad posiblemente ninguna hubiera fallecido y dejado el 80 % a sus hijos vivos sin su cuidado

y protección en medio de un futuro incierto marcado por el mayor riesgo de enfermar y morir especialmente los RN y menores de cinco años, exposición a todo tipo de violencia, menor acceso a la educación, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y compromiso de su participación en el mercado laboral y niveles de desempleo.

Es fundamental destacar que el 69 % de las MM ocurrieron cuando las mujeres se encuentran entre la 25 o más semanas de gestación (tercer trimestre) lo que es afín con el desarrollo de trastornos hipertensivos como la preeclampsia que suele aparecer desde la semana 28 y que constituye el 53,33 % de las causas directas evitables de MM, seguida por el 13,33 % de hemorragias obstétricas. La forma de terminación del embarazo fue en el 80 % por cesárea lo que se relaciona directamente con mayor pérdida de sangre, el 13 % en el mismo embarazo y el 7 % por aborto (condiciones de inseguridad). El 30 % falleció estando embarazada en el segundo y tercer trimestre; el 60 % durante el período del posparto siendo el 7 % en el puerperio inmediato (24 horas) donde posiblemente aún se encontraba hospitalizada, el 33 % en el mediano (10 días), 20 % (42 días) y en el 7 % no registra.

Fruto de la interafectación e interinfluencia del dominio G, P e I, el 87 % de los 15 casos de MM fueron consecuencia de las fallas y calidad de atención en el SNS; el 20 % fallecieron por *demora 1 y 3* es decir por falta de reconocimiento de los signos de alarma de potenciales complicaciones especialmente en el posparto (60 %) y embarazo (34 %) que les retraso la búsqueda de ayuda además de recibir tratamiento terapéutico inapropiado mientras que el 67 % constituyen la expresión de la *demora 3* determinada por aquellas mujeres que habiendo llegado a un establecimiento de salud carecieron de personal de salud capacitado o entrenado, disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos, equipos biomédicos e infraestructura. Ninguna MM se produce por *demora 2* o falta de accesibilidad en función de distancia, disponibilidad, efectividad y costo de transporte durante la pandemia por COVID-19.

Conclusiones

Los 15 casos de MM contemplados para la realización de la investigación arrojan las siguientes conclusiones en contexto con los procesos críticos de la DS.

En relación con el dominio G, a pesar que en el país y en el DMQ la RMM se logró disminuir hasta el 2019 durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020 se evidencia que una gran cantidad de la normativa pública a favor de la protección de la salud sexual y reproductiva como GPC se encontraban vencidas y desactualizadas; el

MSP generó una sola recomendación para garantizar la continuidad de la atención prenatal, la cual fue insuficiente para identificar el dominio P e I y establecer el riesgo obstétrico en las mujeres vulnerables especialmente durante los primeros meses de iniciada la pandemia por COVID-19.

El estado económico del país y DMQ en el 2020 caracterizado por el aumento de la pobreza por NBI, además de la reducción de la asignación presupuestaria para el gasto en salud a los establecimientos de salud en los 3 niveles de atención en medio de la emergencia sanitaria se identificó por menor abastecimiento en métodos de planificación familiar, medicamentos, dispositivos médicos para diagnóstico y tratamiento, hemoderivados, mantenimiento de infraestructura sanitaria y equipos biomédicos, reactivos para procesamiento de exámenes de laboratorio clínico e imagenología, etc., a pesar de que la mayoría se encuentran concentrados en el área urbana del DMQ.

Esta situación influyó en la discontinuación y disminución de controles prenatales durante el primer trimestre de embarazo en la CZ9-S y aumentó la TMM de 0,42 en el 2019 a 2,4 en el 2020, lo cual refleja el debilitamiento del SNS durante la pandemia respecto a la atención primaria en salud; las atenciones en salud se concentraban en la demanda de atención a pacientes con sospecha, probabilidad y confirmación de la infección causada por el coronavirus

La pandemia de COVID-19 en el DMQ en el 2020 marcó las desigualdades e inequidades sociales y económicas que afectaron desproporcionadamente a las mujeres mestizas en el embarazo, parto y posparto con menor nivel educativo, nivel socioeconómico, desempleo, presencia de riesgos obstétricos (antecedentes de abortos, óbitos fetales, y falleciendo por causas directas evitables como los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia posparto cuyos signos tempranos de alerta identificados tempranamente hubieran sido resueltos y fallas en el SNS ocasionadas por falta de personal entrenado en estas complicaciones, déficit de medicamentos, hemoderivados, dispositivos médicos, equipos biomédicos e infraestructura, es decir fallecieron por la interrupción de los servicios de salud y falta de calidad en la atención en salud que se inicia desde los controles prenatales en el primer nivel por medio de la educación respectiva y continua en los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención durante el parto y posparto.

Recomendaciones

Reducir la MM deber ser una de las prioridades en la salud colectiva, es necesario considerar a la EC como una nueva y moderna estrategia para cambiar nuestra forma de pensar y reconstruir la salud de las mujeres para alcanzar la igual de género como un DD.HH. Es una recomendación general enseñar en las carreras de ciencias de la salud de las universidades (medicina, enfermería, obstetricia, trabajo social, psicología, etc.) y motivar realización de investigaciones con la aplicación de la EC, herramienta científica de ruptura de la epidemiología clásica y multicausal desconectada de la visibilidad de los problemas que solo señala la punta del iceberg descuidando los procesos multidimensionales de la RS y la multiescalaridad del espacio territorio.

Es fundamental que las autoridades nacionales y locales desarrollen y actualicen las políticas públicas económicas, educación, salud materna, etc., para mermar las grandes brechas en equidad, disminuir la pobreza, mejorar la educación sexual, respaldar el acceso universal a las mujeres y adolescentes durante el embarazo, parto y posparto, designar los recursos suficientes para garantizar el ejercicio del derecho a la salud, fortalecer la APS-R en todo el SNS, insertar la promoción de respuesta integral al aborto inseguro, renovar sustancialmente el acceso a métodos anticonceptivos además de reconocer las barreras para acceder a la salud materna como medida de prevención de la MM. Los establecimientos de salud a través de sus autoridades deber invertir en capacitación y entrenamiento de las complicaciones, causa de MM para impulsar y regenerar la calidad de atención adoptando un enfoque de género e intercultural, donde no exista ningún tipo de discriminación por pertenecer a un grupo étnico, tener menor posición socioeconómica.

Lista de referencias

- Allan Künzle, Luis. 2021. “Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica”. Trabajo de investigación, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador (UASB-E). <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8086>.
- Altamirano, Geovanna. 2020. “Violencia de género en estudiantes universitarios”. Quito: UASB-E. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/7582>.
- Bayón, Manuel, y Nataly Torres. 2019. *Geografía crítica para detener el despojo de los territorios*. Quito: Abya Yala.
- Bernal, César. 2010. *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Bogotá: Pearson Educación.
- Blackman Allen et al. 2020. “La política pública frente al COVID-19: Recomendaciones para América Latina y el Caribe”. *Banco Interamericano de Desarrollo*. <https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/La-politica-publica-frente-al-Covid-19-recomendaciones-para--America-Latina-y-el-Caribe.pdf>.
- Blaikie, Piers, Terry Cannon, David Ian, y Ben Wisner. 1996. “Vulnerabilidad el entorno social, político y económico de los desastres”. https://www.desenredando.org/public/libros/1996/vesped/vesped-todo_sep-09-2002.pdf.
- Bourdieu, Pierre. 1998. “Sobre el poder simbólico”. *Sociologia*. https://sociologia.net/biblio/Bourdieu_SobrePoderSimbolico.pdf.
- Breilh, Jaime. 2010a. *Determinacao social da saúde e reforma sanitária*. Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- . 2010b. *Epidemiología: Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud*. Quito: UASB-E / Corporación Editora Nacional.
- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (1): 13-27.
- . 2019a. “Ciencia crítica frente al exterminio en la 4.^a Revolución Industrial capitalista (Repensando la determinación social de la salud y la geografía de la vida)”. <https://www.google.com/search?client=firefox-b->

- d&q=Ciencia+cr%C3%ADtica+frente+al+exterminio+en+la+4ta+Revoluci%C3% B3n+Industrial+capitalista+%28Repensando+la+determinaci%C3%B3n+soci al+de+la+salud+y+la+geograf%C3%ADa+de+la+vida%29.
- . 2019b. *Ciencia crítica sobre impactos en la salud colectiva y ecosistemas*. Quito: UASB-E / CILAB Salud.
- . 2019c. “Matriz de procesos críticos”. *Seminario Internacional Epidemiología Crítica y Salud Colectiva*.
- . 2021. *Critical Epidemiology and the Peoples Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Campero, Lourdes, Dilys Walker, Bernardo Hernández, Henry Espinoza, Sofía Reynoso, y Ana Langer Langer. 2006. “La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México”. *Salud Pública en México*: 297-306. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800010.
- Coba, Gabriela. 2020. “Quito: tres indicadores muestran impacto de la pandemia en la economía”. *Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/economia/indicadores-quito-ciudad-golpeada-crisis-covid/>.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). 2020. “Informe Especial COVID-19”. *CEPAL*.
- Cuvi, Nicolás. 2022. *Historia ambiental y ecología urbana para Quito*. Quito: Abya Yala / FLACSO Ecuador.
- David, C. S. 2020. “Parroquias urbanas del DMQ”. *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Parroquias_Urbanas_del_DMQ.png.
- Eslava-Castañeda, Juan. 2017. “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”. *Rev. Salud Pública* 19, n.º 3 (2017): 396-403. <https://scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/396-403/>.
- EC. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449, 20 de octubre.
- EC. 2014. *Código Orgánico Integral Penal*. Registro Oficial 180, Suplemento.10 de febrero. Última modificación: 17 de febrero de 2021.
- EC Comité de Operaciones de Emergencia Nacional. 2020. “Informe de Situación COVID-19 Ecuador”. *Comité de Operaciones de Emergencia Nacional*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/informes-de-situacion-covid-19-desde-el-13-de-marzo-del-2020/>.
- EC Consejo Nacional para la Igualdad de Género. 2014. “La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador”. <chrome->

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia_de_gnero_ecuador.pdf.

- EC Instituto Nacional de Estadística y Censos. 2013. “Quito, el cantón más poblado del Ecuador en el 2020”. *INEC*, 9 de diciembre. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/quito-el-canton-mas-poblado-del-ecuador-en-el-2020/>.
- . 2021. “Boletín técnico registro estadístico de defunciones generales”. *INEC*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiPoP_2l8T1AhWmVTABHaY2CYkQFnoECAMQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.ecuadorencifras.gob.ec%2Fdocumentos%2Fweb-inec%2FPoblacion_y_Demografia%2FDefunciones_Generales_2020%2Fboletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf&usg=AOvVaw10nEm8yVAYzpD5EWlqpuOR.
- . 2022. “Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud-RAS 2020”. *Boletín estadístico N° 01-2022-RAS*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Bol-et%3%ADn_T%3%A9cnico_RAS_2020.pdf.
- . 2020a. “Ecuador en cifras”. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>.
- EC Ministerio de Economía y Finanzas. 2020a. “Impacto financiero del COVID-19 en Ecuador: desafíos y respuestas”. *Ministerio de Economía y Finanzas*. <https://www.google.com/search?q=Impacto+financiero+del+COVID-19+en+Ecuador%3A+desaf%3%ADos+y+respuestas&oq=Impacto+financiero+del+COVID-19+en+Ecuador%3A+desaf%3%ADos+y+respuestas&aqs=chrome..69i57.679j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
- . 2020b. “Informe Anual de Ejecución Presupuesto General del Estado”. *Ministerio de Economía y Finanzas*. <https://www.planv.com.ec/confidenciales/confidencial-economia/el-presupuesto-salud-el-2020-se-redujo-plena-pandemia>.
- . 2020c. “Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)”. *INEC*. www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2020/Diciembre-2020/202012_PobrezayDesigualdad.pdf

- . 2019. “Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)”. INEC. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2019/Septiembre-2019/201909_PobrezayDesigualdad.pdf
- EC Ministerio de Salud Pública. 2014. *Lineamientos operativos del modelo de atención integral en salud y red pública integral de salud*. 5 vols. Quito: MSP.
- . 2014. “Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud: Norma Técnica”. MSP. <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrarreferencia.pdf>
- . 2015. “Control Prenatal Guía de Práctica Clínica”. https://www.google.com/search?q=msp+guia+atencion+embarazo&client=firefox-b-d&ei=iZweYsnRNOOJwbkPrLi0sAw&ved=0ahUKEwiJutrA-aX2AhXjRDABHSwcDcYQ4dUDCA0&uact=5&oq=msp+guia+atencion+embarazo&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyCAghEBYQHRAeMggIIRAWEB0QHjIICCEQFhAdEB46BwgAEEcQsAM6BggAEBYQHkoECEYYAEoECEYYAFC6A1iXE2C5GmgBcAF4AIABswGIAZEKkgEDMC44mAEAoAEBYAEIwAEB&scient=gws-wiz.
- . 2018. “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS”. MSP.
- . 2020a. “Rendición de cuentas 2020”. <https://www.salud.gob.ec/informe-de-rendicion-de-cuentas-zona-9/>.
- . 2020b. “Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna”. MSP. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-53-MM.pdf>.
- . 2020c. “Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19”. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones-de-prevenci%C3%B3n-control-y-manejo-materno-en-casos-sospechosos-o-confirmados-de-COVID-19.pdf>.
- . 2022. “Criterio Técnico del Ministerio de Salud Pública para la Excepcionalidad”.
- EC Municipio de Quito. 2020. “Informe de Calidad de Vida 2020”. *Distrito Metropolitano de Quito*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj1i5qc88X1AhVCQzABHUFgA0MQFnoECAyQA>

Q&url=https%3A%2F%2Fquitocomovamos.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F12%2FINFORME-DE-CALIDAD-DE-VIDA-QUITO-COMO-VAMOS_compressed-3.pdf&usg=AOvVaw2-9nGYFCKqfT-wRzoA9cQz.

———. 2013. “Conociendo Quito”. <https://institutodelaciudad.com.ec/wp-content/preview/boletines/Folleto3.pdf>.

———. 2014. “Diagnóstico del Territorio del DMQ”. <https://gobiernoabierto.quito.gob.ec/wp-content/uploads/documentos/pdf/Parte%201%20Enfoque%20y%20metodo%20y%20Parte%203.pdf>.

EC Secretaría del Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. 2021. “Informe epidemiológico de COVID-19 del Distrito Metropolitano de Quito 11/01/2021”. *Secretaría DMQ*. https://www7.quito.gob.ec/mdmq_ordenanzas/Administraci%C3%B3n%202019-2023/Sesiones%20de%20Concejo/2021/Sesi%C3%B3n%20122%20Ordinaria%202021-01-12/Presentaciones/ANEXO%201.%20perfil%20epidemiol%C3%B3gico%201%20enero.pdf.

Granja Suquillo, Juan Vicente. “Determinación social de la muerte materna en el cantón Ibarra, Imbabura, Ecuador” (tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, 2018), <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/84>.

GTR. 2023. “Declaración conjunta a favor de la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna”. *UNFPA*. <https://dominicanrepublic.unfpa.org/es/publications/declaración-conjunta-favor-de-la-reducción-de-la-morbilidad-y-la-mortalidad-materna>.

GTRMM. 2023. “Lanzamiento de campaña: Cero muertes maternas. Evitar lo evitable”. *GTRMM*.

GTRMM. 2021. *Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbimortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030*.

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjvx4yelsT1AhUERzABHR8IAK8QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gob.ec%2Fdocumentos%2Fpublicaciones%2Fconsenso-estrategico-interagencial-para-la-reduccion-de-la-morbimortalidad-materna-2020-2030.pdf>

2F%2Fguatemala.unfpa.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpub-
pdf%2Fconsenso_estrategico_para_reduccion_m-
mm.pdf&usg=AOvVaw0d_PcRyn-eHr1GNggOyi1m.

- Hennis, Anselm J. M., Anna Coates, Sandra del Pino, Massimo Ghidinelli, Rodolfo Gómez Ponce de León, Edwin Bolastig, Luis Castellanos, Renato Oliveira e Souza, y Silvana Luciani. 2021. “COVID-19 and inequities in the Americas: Lessons learned and implications for essential health services”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 45 (diciembre). doi:10.26633/RPSP.2021.130.
- Karolinski Ariel, Raúl Mercer, Paula Micone, Celina Ocampo, Pablo Salgado, Dalia Szulik, Lucila Swarcz, Vicente Corte, Belén Fernández del Moral, Jorge Pianesi, y Paolo Balladelli Pier. 2015. “Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 37 (4/5): 351-9. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/351-359/es>.
- López Chávez, Catalina, María de Lourdes Larrea Castelo, Jaime Breilh, e Ylonka Tillería. 2020. “La determinación social del autismo en población infantil ecuatoriana”. *Revista Ciencias de la Salud Universidad del Rosario*, n.º 18 (2020): 1-27. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8993>.
- Maine, Deborah, Akalin Murat Z., Victoria M. Ward, y Angela Kamara. 1997. “Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna”. *Universidad de Columbia*. <https://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.5.pdf>.
- Montero, Gonzalo. 2018. “Análisis crítico del Sistema Convencional de Información en Salud del DMQ y su espacialidad a la luz de la teoría de la determinación social”. Tesis doctoral, UASB-E. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6618>.
- Noboa Cruz, Hugo. 2019. *Mortalidad Materna en el Ecuador, una mirada crítica*. Quito: Arcoíris Producción Gráfica. https://www.google.com/search?q=Mortalidad+materna+en+el+ecuador%2C+una+mirada+critica&client=firefox-b-d&sxsrf=AOaemvJZm3OztjTGZV2O91odGTFBn0MDng%3A1634233607697&ei=B21oYeqFKuiVwbkP2fK_uAU&ved=0ahUKEwiqparNusrzAhXoSjABHVn5D1cQ4dUDCA0&oq=Mortalidad+materna+en+el+ecuador%2C+una+mirada+critica&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAwyBAgjECc6BwgjELADECC6BwgAEEcQsAM6BwgjELACECdKBAhBGABQqoIBWM2GAWCWngFoAXACeACAA YsBiAHvApIBAzAuM5gBAKABAcgBCcABAQ&sclient=gws-wiz.

- Organización de las Naciones Unidas. 2023. “Salud y derechos sexuales y reproductivos”. *OHCHR*. <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights#:~:text=La%20salud%20sexual%20y%20reproductiva,la%20prohibici%C3%B3n%20de%20la%20discriminaci%C3%B3n>.
- Organización de las Naciones Unidas. 1993. *Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/eliminationvaw.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. 2016. “La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado”. *WHO*, 16 de noviembre. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20atenci%C3%B3n%20prenatal&text=Una%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20con%20un,un%20m%C3%ADnimo%20de%20cuatro%20visitas>.
- . 2019. “Mortalidad Materna”. *OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- . 2020a. “Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV)”. *OMS*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330938>.
- . 2020b. “Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) cuando se sospecha la enfermedad de COVID-19”. *OMS*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331660>.
- . 2020c. “Manejo clínico COVID 19”. *OMS*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332638>.
- . 2023. “Mortalidad materna”. *OMS*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2014. “Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU”. *OPS*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552:2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es.

- . 2015. “La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe”. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=0&lang=es#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20se%20necesitan,de%20salud%20a%20la%20poblaci%C3%B3n.
- . 2018. “Definición de defunción materna”. 7 de marzo de 2018. [https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna/#:~:text=2015\)%3A%20E2%80%9CUna%20defunci%C3%B3n%20que,obst%C3%A9trica%20y%20no%20obst%C3%A9trica%E2%80%9D](https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna/#:~:text=2015)%3A%20E2%80%9CUna%20defunci%C3%B3n%20que,obst%C3%A9trica%20y%20no%20obst%C3%A9trica%E2%80%9D).
- Parrado Rodríguez, Cristhian. 2018. “Segregación en Quito 2001-2010. Evolución de la concentración de los grupos y composición social de las áreas residenciales”. *Cuestiones Sociales* 6 (1): 61-88.
- Quito Cómo Vamos. 2020. “Informe de Calidad de Vida 2020”. *Quito Cómo Vamos*. https://quitocomovamos.org/wp-content/uploads/2020/12/INFORME-DE-CALIDAD-DE-VIDA-QUITO-COMO-VAMOS_compressed-3.pdf
- Sanhueza, Antonio, Liliana Carvajal-Vélez, Oscar J. Mújica, Luis Paulo Vidaletti, Cesar Victora, y Aluisio Barros. 2022. “Desigualdades relacionadas con el ODS 3 en la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes: línea de base para el monitoreo de los ODS en América Latina y el Caribe por medio de encuestas transversales nacionales”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 46 (agosto): 1. doi:10.26633/RPSP.2022.100.
- Sanhueza Antonio, Jakeline Calle Roldán, Paulina Ríos-Quituzaca, María Cecilia Acuña y Isabel Espinosa. 2017. “Desigualdades sociales en la mortalidad materna entre las provincias del Ecuador”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 41: 10.26633/RPSP.2017.97.
- Solíz Torres, Fernanda. 2020. “La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida”. *Revista Ciencias de la Salud*, n° 18 (2020): 1-3. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732020000400001&lng=en&nrm=iso.
- Villacrés Pinza, Marco Andrés. 2022. “Estudio de factibilidad para la creación de un centro de medicina materno-fetal en la ciudad de Ambato”. Tesis de maestría, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/19074/1/T-UCSG-POS-MGSS-361.pdf>

- Villalobos Dintrans, Pablo, Matilde Maddaleno, Yamileth Granizo Román, Paula Valenzuela, Araucho Castro, Karina Vance, y Claudio Castillo. 2021. “Interrupción de servicios de salud para embarazadas, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y mujeres durante la pandemia de COVID-19: Proyecto ISLAC 2020”. *Rev Panam Salud Publica* 45 (1): 1-10. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.140>.
- Zamora Acosta, Giannina. 2022. “El espacio socialmente producido y el espacio en la determinación social de la salud: Agroindustria bananera 1948-2018, Costa sur”. Tesis doctoral, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <hdl.handle.net/10644/8691>.
- Zavala-García, Abraham, Heidy Ortiz-Reyes, Julie Salomon-Kuri, Carla Padilla-Amigo, y Raymundo Preciado Ruiz. 2018. “Periodo intergenésico: Revisión de la literature” *Rev. Chil. Obstet. Ginecol* 83 (1): 52-61. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario de información del dominio particular

 UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR Ecuador	Universidad Andina Simón Bolívar		
	Sede Ecuador		
	Área de Salud		
	Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva		
Determinación Social de la Mortalidad Materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la Pandemia por Covid 19, año 2020			
Hoja de registro de información del dominio general			
Objetivo: Determinar los procesos críticos relacionados con el dominio general que influyeron en la mortalidad materna del Distrito Metropolitano de Quito, durante la pandemia por Covid 19, en el año 2020.			
1. Población total del DMQ, 2020			
Habitantes			
2. Población según sexo del DMQ, 2020			
Hombres		Mujeres	
3. Población según grupos etáreos del DMQ, 2020			
Menos 1 año		1 a 4 años	
5 a 9 años		10 a 14 años	
15 a 19 años		20 a 39 años	
40 a 64 años		65 o más	
4. Población de mujeres en edad fértil del DMQ, 2020			
14-49 años			
5. Número de nacidos vivos en el DMQ, 2020		6. Tasa de fecundidad en el DMQ, 2020	
Nacidos vivos		TF	
7. Tasa de natalidad en el DMQ, 2020.		8. Casos de mortalidad materna en el DMQ, 2020	
TN		MM	
9. Tasa de muerte materna en el DMQ, 2020			
TMM			
10. Presupuesto designado para salud en el DMQ/Coordinación Zonal 9 - Salud			
2019	\$		
11. Presupuesto designado para la emergencia sanitaria por la Pandemia por Covid 10 en el DMQ/Coordinación Zonal 9 - Salud			
2020	\$		

12. Número de establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud por nivel de atención en el Distrito Metropolitano de Quito, 2020

Nivel de atención	MSP	IESS	ISSPOL	ISSEFA	OTROS
Primero					
Segundo					
Tercero					

13. Número de establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud por nivel de atención segun zonas urbanas o rurales en el DMO, 2020

Nivel de atención	Urbana	Rural
Primero		
Segundo		
Tercero		

14. Número de establecimientos de salud en el DMQ, que cuentan con certificación ESAMYN, durante el 2020

Nivel de atención	MSP	IESS	ISSPOL	ISSEFA	OTROS
Primero					
Segundo					
Tercero					

15. Casos de muertes maternas que ocurrieron en establecimientos de salud en el DMQ, segun certificación ESAMYN, durante el 2020

Nivel de atención	MSP	IESS	ISSPOL	ISSEFA	OTROS
Primero					
Segundo					
Tercero					

16. Casos de muertes maternas que ocurrieron en establecimientos de salud en el DMQ, designados centinelas para atención de nacientes COVID, durante el 2020.

Nivel de atención	MSP	IESS	ISSPOL	ISSEFA	OTROS
Primero					
Segundo					
Tercero					

16. Existencias de demoras 1, 2 y 3 en los casos de muertes maternas, durante la pandemia por Covid 2020.

Demoras	Si	No
1		
2		
3		

17. Años de vida potencialmente perdidos (AVP) por muerte prematura (mortalidad materna) en el DMQ, durante la pandemia por Covid 19, 2020.

2020	
------	--

Anexo 2: Cuestionario de información del dominio particular

 UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR Ecuador		Universidad Andina Simón Bolívar							
		Sede Ecuador							
		Área de Salud							
		Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva							
Determinación social de la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la pandemia por Covid 19, año 2020									
Cuestionario de información del dominio particular									
Objetivo: Caracterizar los modos de vida relacionados con la forma de producción, consumo y pertenencia a grupos de las mujeres que fallecieron en el embarazo, parto y puerperio en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la pandemia por Covid-19 en el año 2020									
1. Nombre de la parroquia de residencia del DMQ:					2. Tipo de parroquia		1	Urbana	<input type="checkbox"/>
							2	Rural	<input type="checkbox"/>
3. Autoidentificación Étnica	1	Mestiza	<input type="checkbox"/>	4. Nivel de instrucción alcanzado (MINEDUC)	1	Ninguno	<input type="checkbox"/>		
	2	Indígena	<input type="checkbox"/>		2	Nivel inicial	<input type="checkbox"/>		
	3	Afroecuatoriana	<input type="checkbox"/>		3	Educación general básica	<input type="checkbox"/>		
	4	Montubia	<input type="checkbox"/>		4	Bachillerato general	<input type="checkbox"/>		
	5	Blanca	<input type="checkbox"/>		5	Nivel técnico	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		6	Nivel tecnológico	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		7	Nivel de postgrado	<input type="checkbox"/>		
5. Estado civil y/o conyugal	1	Soltera	<input type="checkbox"/>	6. Zona homogénea de residencia en el DMQ	1	Popular deteriorada	<input type="checkbox"/>		
	2	Casada	<input type="checkbox"/>		2	Popular consolidada	<input type="checkbox"/>		
	3	Unión libre	<input type="checkbox"/>		3	Residencial	<input type="checkbox"/>		
	4	Separada	<input type="checkbox"/>		4	Residencial suntuaria	<input type="checkbox"/>		
	5	Divorciada	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
	6	Viuda	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		
7. Estratos nivel educativo según parroquia de residencia (INEC)	1	Muy bajo	<input type="checkbox"/>	8. Actividad económica	1	Desempleada/Subempleada	<input type="checkbox"/>		
	2	Bajo	<input type="checkbox"/>		2	Obrera	<input type="checkbox"/>		
	3	Medio	<input type="checkbox"/>		3	Empleada empresa privada	<input type="checkbox"/>		
	4	Media alta	<input type="checkbox"/>		4	Artesana	<input type="checkbox"/>		
	5	Alta	<input type="checkbox"/>		5	Comerciante menor	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		6	Administradora propia empresa	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		7	Profesional independiente	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	8		Empleado Público	<input type="checkbox"/>			
9. Ocupación	1	Estudiante	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	2	Ama de casa	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	3	Trabajadora	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	4	No registra	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			

Anexo 3: Cuestionario de información del dominio individual

 UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR Ecuador	Universidad Andina Simón Bolívar				
	Sede Ecuador				
	Área de Salud				
	Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva				
Determinación social de la mortalidad materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la pandemia por Covid 19, año 2020					
Cuestionario de información del dominio singular					
Objetivo: Definir el estilo de vida y su relación con la situación de salud que desencadenó la muerte materna durante la pandemia por Covid 19.					
1. Embarazos ectópicos	1	<input type="checkbox"/>	2. Embarazos ectópicos		<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3. Gestas o embarazos	Primigesta	<input type="checkbox"/>	4. Partos	1	<input type="checkbox"/>
	Secundigesta	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>
	Multigesta de 3 a 5 gestas	<input type="checkbox"/>		3	<input type="checkbox"/>
	Gran multigesta de 6 y mas	<input type="checkbox"/>		4 a 5	<input type="checkbox"/>
5. Cesáreas	1	<input type="checkbox"/>	6. Abortos/Legrados	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>		3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>		4	<input type="checkbox"/>
7. Embarazos ectópicos	1	<input type="checkbox"/>	8. Obitos	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>		3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>		4	<input type="checkbox"/>
9. Hijos vivos	1	<input type="checkbox"/>	10. Hijos muertos	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>		2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>		3	<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>		4	<input type="checkbox"/>

11. Intervalo intergenésico	1	<input type="checkbox"/>	12. Edad gestional del último embarazo (semanas)	20 a 24 semanas	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>		25 a 29 semanas	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>		30 a 34 semanas	<input type="checkbox"/>
	Otro:	<input type="checkbox"/>		35 o más	<input type="checkbox"/>
	No registra	<input type="checkbox"/>		No registra	<input type="checkbox"/>
13. Controles prenatales	1	<input type="checkbox"/>	14. Identificación de riesgo obstétrico	Si	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>		No	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	4	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	5	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	6	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Otros:	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
15. Tipo de parto	Muerte en el embarazo	<input type="checkbox"/>	16. Persona que asistió la atención en salud	Ginecólogo	<input type="checkbox"/>
	Cesárea	<input type="checkbox"/>		Partera	<input type="checkbox"/>
	Parto vaginal	<input type="checkbox"/>		No registra	<input type="checkbox"/>
	Aborto/Legrado	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
17. Lugar del fallecimiento de la madre	Establecimiento de salud	<input type="checkbox"/>	18. Período de ocurrencia de la muerte materna	Embarazo	<input type="checkbox"/>
	Domicilio	<input type="checkbox"/>		Parto	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		Postparto inmediato	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		Postparto mediano	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		Postparto tardío	<input type="checkbox"/>
19. Causas básicas de muerte materna	Grupo 1 Embarazo que termina en aborto	<input type="checkbox"/>	20. Tipo de causas básicas de muerte materna	Directa	<input type="checkbox"/>
	Grupo 2 Trastornos hipertensivos	<input type="checkbox"/>		Indirecta	<input type="checkbox"/>
	Grupo 3 Hemorragia Obstétrica	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Grupo 4 Infecciones/ obstetricia	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Grupo 5 Otras complicaciones obstétrica	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Grupo 6 Complicación manejo imprevisto	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Grupo 7 Indirecta no obstétrica	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Grupo 8 Indeterminada no concluyente	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
21. Tipo de evitabilidad	Evitable	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	No evitable	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Anexo 4: Solicitud de acceso a matriz de sistematización de los casos de MM

Quito, 8 de marzo de 2022.

Mgs.

Luis Eduardo Carrón Estupiñán

Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

De mis consideraciones:

Reciba un cordial y afectuoso saludo, yo Mónica del Pilar Buitrón León, con C.I. 1712046174, egresada de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar UASB) del año académico 2020-2022, solicito a usted de la manera más comedida y respetuosa, se digna autorizar a quien corresponda se me permita acceder a los datos de los Informes Técnicos de las Auditorías Médicas de la Calidad del año 2020 que reposan en la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, con el objetivo de realizar la investigación "Determinación Social de la Mortalidad Materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la Pandemia por Covid 19, año 2020".

Considerando la Declaración de Helsinki y los principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía), me permito manifestar que me comprometo a mantener la confidencialidad y el anonimato de la identidad de los casos confirmados de muerte materna, así, como también de los datos y resultados obtenidos.

Adjunto la aprobación del tema por parte de la UASB para los fines pertinentes y agradezco de antemano su gentil colaboración.

Atentamente;

Expc. Mónica Buitrón León

Copia:

Mgs. Cecilia Patricia León Vega
Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

Anexo 5: Respuesta a solicitud a matriz de casos de MM



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud
Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-DNCSS-2022-0152-M

Quito, D.M., 15 de marzo de 2022

PARA: Sr. Ing. Pavlov Cisneros Aucatema
Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud,
Subrogante

ASUNTO: RESPUESTA: CIUDADANO, SOLICITA SE DIGNE AUTORIZAR, LE PERMITA ACCEDER A LA MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE LOS INFORME DE AUDITORIAS EXTERNAS DE LOS CASOS DE MUERTE MATERNA DEL AÑO 2020.

De mi consideración:

En respuesta al memorando Nro. MSP-SNGCSS-2022-0414-M, de fecha 09 de marzo de 2022, mediante el cual se hace referencia al Memorando Nro. MSP-DNSG-2022-03632-E, suscrito por la Excmo. Mónica Buitrón León, que en su texto indica:

"Reciba un cordial y afectuoso saludo, yo Mónica del Pilar Buitrón León, con C.I. 1712046174, egresada de la Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar (UASB) del año académico 2020-2022, solicito a usted de la manera más comedida y respetuosa, se digne autorizar a quien corresponda se me permita acceder a la matriz de sistematización de los informes de auditorías externas de los casos de muerte materna (MM) del año 2020, que reposan en la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, con el objetivo de realizar la investigación "Determinación Social de la Mortalidad Materna en el Distrito Metropolitano de Quito, durante la Pandemia por COVID 19, año 2020.

Considerando la Declaración de Helsinki y los principios de la bioética (beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía) me permito manifestar que me comprometo a mantener la confidencialidad y el anonimato de la identidad de los casos confirmados de MM, así, como también de los datos y resultados obtenidos".

Por lo expuesto, me permito solicitar a usted autorice el acceso de la Excmo. Mónica Buitrón León a la matriz mencionada, previo a la firma del acuerdo de confidencialidad, que deberá instrumentarse con el apoyo de la Coordinación Jurídica.

En este contexto, y previa autorización con la Coordinación Nacional Jurídica, se adjunta la matriz de sistematización de los informes de auditorías externas de los casos de muerte materna (MM) del año 2020 de la Coordinación Zonal 9, para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dirección: Av. Quito y Amazonas. Código Postal: 170148 / Quito Ecuador
Teléfono: 593-2-3814-400 - www.salud.gob.ec



Juntos lo logramos 12

* Documento creado electrónicamente por Copias



República
del Ecuador

Ministerio de Salud Pública
Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud
Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

Memorando Nro. MSP-DNCSS-2022-0152-M

Quito, D.M., 15 de marzo de 2022

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Cecilia Patricia León Vega

DIRECTORA NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Referencia:

- MSP-SNOCSS-2022-0434-M

Autor:

- matriz de sistematización de informes de auditoría de casos de uso, 2020, csp.xls

Copia:

Sra. Dñs. Jeanneth Angélica Acosta Acosta
Especialista de Auditoría de Prestación de Servicios de Salud I

Sra. Dña. Raquel Susana Beltrán Romero
Especialista de Auditoría de Prestación de Servicios de Salud I

Sra. Dñe. Mónica del Pilar Bustos León
Directora Nacional de Centros Especializados, Encargada

patb



Este documento es propiedad de
**CECILIA
PATRICIA**

Dirección: Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan. Código Postal: 170146 / Quito Ecuador
Teléfono: 593-2-3814-600 - www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Cecilia