

**Universidad Andina Simón Bolívar**

**Sede Ecuador**

**Área de Salud**

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

**La prematurez de los recién nacidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz**

**Un análisis desde la determinación social**

Eliza Moraima Manobanda Manobanda

Tutora: Ylonka Tillería Muñoz

Quito, 2023





## **Cláusula de cesión de derecho de publicación**

Yo, Eliza Moraima Manobanda Manobanda, autora de la tesis intitulada “La prematuridad de los recién nacidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz: Un análisis desde la Determinación Social” mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para 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.
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 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.

31 de agosto 2023

Firma: \_\_\_\_\_



## Resumen

El presente estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, en el cantón Quito, provincia Pichincha. El objetivo fue analizar los procesos críticos de los modos de vida de las madres de los recién nacidos prematuros de esta casa de salud. Con tal propósito se llevó a cabo un estudio epidemiológico transversal descriptivo, que investiga los procesos exposición y vulnerabilidad, los modos de vida, los procesos protectores y destructivos que están presentes en las familias de los neonatos prematuros. Para ello, se identificó la inserción social para comprender la determinación de deterioro de salud de la población en estudio. Los resultados muestran cómo los procesos de exposición afectan directamente a la morbilidad de los prematuros al evidenciar el incremento de complicaciones en los recién nacidos que pertenecen a los hogares de clase social más pobres en comparación con los hogares que tiene mejores ingresos. En tanto, los procesos de vulnerabilidad están profundamente entrelazados con las características del espacio urbano o rural, con las condiciones de la vivienda y con los modos de vida malos que predominan en las fracciones más pobres junto con la etnia de la madre. Otro punto importante que se manifestó en la investigación es la evidente diferenciación de los modos de vida poco saludables que prevalecen en los distintos estratos sociales. Los procesos destructivos presentes en la dimensión general, particular y singular están relacionados con las características étnicas y la clase social, lo que ha determinado el deterioro de la salud de este colectivo.

Palabras clave: modos de vida, procesos críticos, inserción social, epidemiología crítica



En honor a los prematuros del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, que se aferran a la vida y luchan por sobrevivir, junto al amor incondicional de sus maravillosas madres.

A mi esposo Edwin, por ser mi mejor amigo, mi complemento y gracias a su amor y lealtad, se convirtió en aquello que necesito para seguir cumpliendo mis objetivos.

A mis padres, Aurora y José por brindarme todo el apoyo y por inculcarme sus valores que me han fortalecido como persona y profesional.

A mis hermanas, Mishell y Verito, por confiar en mí y brindarme palabras de aliento.



## **Agradecimientos**

A Dios por ser mi luz y por brindarme fortaleza para superar las dificultades que se presentaron en el proceso.

A la Universidad Andina Simón Bolívar y a todos los que conforman el cuerpo de docencia que compartieron sus conocimientos con paciencia y convicción, cuyas enseñanzas han contribuido en mi formación profesional y personal.

A mi tutora, la Dra. Ylonka Tillería, quien a través de sus amplios conocimientos me guio y me motivo en la ejecución de mi proyecto de investigación.

A María de Lourdes Larrea por sus importantes aportes a la organización de la presente investigación.

A mi esposo, por estar a mi lado en los momentos más difíciles y brindarme su apoyo incondicional.

A mis padres, Aurora, José y hermanas por brindarme la confianza y palabras de aliento que me permitieron estar firme y cumplir mis objetivos.



## Tabla de contenidos

Figuras y tablas .....	13
Introducción .....	15
Capítulo primero: Enfoque y marco teórico .....	19
1. Un acercamiento al problema .....	19
2. Contexto histórico.....	24
2.1 La prematuridad: Una aproximación desde la epidemiología crítica.....	27
2.2 Determinación Social de la Salud .....	28
2.3 Dominio general.....	29
2.4 Dominio particular .....	32
2.4.1 Modos de vida.....	32
2.5 Dominio individual .....	34
2.5.1 Estilos de vida.....	34
3. Procesos de exposición y vulnerabilidad .....	35
4. Procesos protectores y procesos destructivos .....	38
5. Tres vías de inequidad: género, etnia y clase social .....	39
Capítulo segundo: Metodología.....	43
Capítulo tercero: Procesos críticos y modos de vida .....	53
1. Contexto de estudio.....	53
2. Características de las participantes del estudio.....	55
3. Modos de vida.....	57
3.1 Inserción social y trabajo .....	57
3.2 Inserción social y patrones de consumo.....	60
3.2.1 Inserción social y calidad de la vivienda/acceso a los servicios básicos .....	60
3.2.2 Inserción social y acceso a la alimentación .....	63
3.2.3 Inserción social y acceso a los servicios de salud.....	63
3.3 Inserción social y la dimensión subjetiva .....	64
3.4 Inserción social: organización y soportes colectivos .....	67
3.5 Inserción social y relación con la naturaleza .....	68
4. Condición de salud de la madre .....	68

5. Procesos de exposición y vulnerabilidad de las madres de los niños/as prematuros/as .....	70
5.1 Exposición y la inserción social.....	70
5.2 Antecedentes de salud e inserción social .....	72
6. Dominio singular (estilos de vida).....	73
6.1 Patrón personal de consumo/ descanso.....	73
6.2 Patrón personal de consumo: alimentación.....	73
6.3 Procesos protectores: actividad física .....	74
7. Perfil epidemiológico del bebé prematuro .....	74
Conclusiones y recomendaciones .....	87
Lista de referencias .....	93
Anexos .....	99
Anexo 1: Formulario encuesta de la Determinación Social de la Salud en modos y estilos de vida de madre prematuro/a.....	99
Anexo 2: Guía de entrevista para el personal de salud .....	108
Anexo 3: Guía de entrevista para los familiares .....	109
Anexo 4: Consentimiento previo e informado .....	110
Anexo 5: Modelo analítico y operacionalización de variables .....	111
Anexo 6: Matriz de procesos críticos.....	121

## Figuras y tablas

Figura 1. Ubicación de las viviendas de las madres en la región sierra y Amazonía del Ecuador (2022).....	54
Tabla 1 Criterio de inclusión y exclusión .....	45
Tabla 2 Cálculo del tamaño de la muestra .....	45
Tabla 3 Descripción de los participantes (madres y personal de salud) de la entrevista.....	47
Tabla 4 Matriz de construcción del índice de inserción social - INSOC.....	48
Tabla 5 Características de la madre y la inserción social .....	56
Tabla 6 Lugar de residencia y la inserción social .....	57
Tabla 7 Modos de vida/ Inserción Social.....	59
Tabla 8 Acceso a la educación.....	60
Tabla 9 Calidad de la vivienda/ acceso a los servicios básicos .....	62
Tabla 10 Condición de salud de la madre y la inserción social .....	69
Tabla 11 Complicaciones durante el embarazo y la inserción social .....	70
Tabla 12 Exposición según la inserción social .....	72
Tabla 13 Hábitos saludables y la inserción social .....	74
Tabla 14 Perfil epidemiológico del prematuro con la inserción social.....	78



## Introducción

Los prematuros se refieren a los bebés que nacen antes de las 37 semanas de edad gestacional. Estos recién nacidos aún no están completamente desarrollados y, por lo tanto, son más vulnerables, aunque no todos los niños prematuros tienen el mismo riesgo de complicaciones o muerte, sin embargo, son una de las principales causas de fallecimiento en niños menores de 5 años (OPS 2019).

Ante los planteamientos realizados, resulta importante señalar las cifras que evidencian el impacto de esta problemática a nivel mundial, de los cuales un 75 % de los prematuros corresponden a las cifras de mortalidad neonatal, mientras que un 50 % padece de alguna secuela que puede conllevar a consecuencias físicas o neurológicas inmediatas o a futuro (Sánchez et al. 2014, 1).

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), cada año nacen en el mundo aproximadamente 15 millones de bebés prematuros, o más de uno de cada diez recién nacidos. A nivel mundial, las complicaciones relacionadas con el parto prematuro fueron la principal causa de muerte en niños menores de 5 años, representando aproximadamente 1 millón de muertes entre enero y diciembre de 2015. Muchos bebés prematuros sobrevivientes sufren algún tipo de discapacidad de por vida o de aprendizaje, así como problemas de visión y audición.

Cabe destacar, que estas cifras resultan alarmantes, considerando el grado de prematurez y el peso bajo al nacer, se relaciona directamente con la madurez de los órganos y sistemas, lo que aumenta la probabilidad de presentar procesos mórbidos y el incremento de periodos de hospitalización prolongados, por lo general esta se relaciona con el estado económico y social de los países. Es así que el parto prematuro y el bajo peso al nacer son indicadores confiables del estatus económico y social de las personas, y con ello involucra las consecuencias en su salud que son principalmente el crecimiento y el desarrollo infantil (Ramos Ramos et al. 2004, 314) .

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (2018) señala que la tasa de supervivencia de los bebés prematuros varía mucho según el lugar donde nacen. Por ejemplo, más del 90 % de los bebés extremadamente prematuros (menos de 28 semanas) que nacen en países de bajos ingresos mueren a los pocos días de vida, mientras que en los países de altos ingresos muere menos del 10 %.

En lo que respecta a América Latina, se registra aproximadamente el nacimiento de 135 000 niños que corresponde a parto prematuro, convirtiéndose en la causa principal de muerte en los niños de 0 a 5 años. En estos países, se ha encontrado una prevalencia del 13,6 %, para Costa Rica y en Ecuador un 5,1 % (Matos Alviso et al. 2020, 181).

En lo que respecta a la provincia de Pichincha, en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz, en el año 2021, ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales alrededor de 92 prematuros. Debe señalarse, que, durante el periodo de estudio, la causa de mortalidad de los prematuros estuvo vinculadas con las complicaciones relacionadas con la inmadurez de los órganos como, por ejemplo; enterocolitis necrotizante, perforación intestinal y enfermedad de membrana hialina (Hospital Pediátrico Baca Ortiz 2021).

Desde la visión de la epidemiología clásica y su fundamentación epistemológica positivista sustentada en los modelos causales que se concretan en la perspectiva de factores de riesgo de la prematurez, por su parte, la Sociedad Española de Neonatología (2008, 11) considera que la mayoría de los bebés prematuros nacen después de un parto prematuro espontáneo, embarazos gemelares o por la pérdida de líquido amniótico más del 50 %. Ante la sospecha de infección clínica o subclínica, es decir, cultivo fetal positivo en 60 % y 20 % de los casos; vaginitis materna, aumento de marcadores inflamatorios en líquido amniótico. Entre otros factores de riesgo que contribuyen con menor frecuencia fueron el parto prematuro previo, el nivel socioeconómico materno desfavorable y el tabaquismo materno. La raza negra aislada ha demostrado ser un factor de riesgo en varias series, y los embarazos múltiples espontáneos o inducidos, lo que representa alrededor de una cuarta parte de los partos prematuros. Las complicaciones entre la madre y el bebé representan del 15 % al 25 % de los partos prematuros, el mayor porcentaje viene representado por hipertensión materna y la desnutrición intrauterina (Rellan Rodríguez, Garcia de Ribera, y Aragón Garcia 2008, 69).

Como podemos ver tras una amplia búsqueda, la literatura que hemos recopilado sobre este tema depende en gran medida de un enfoque positivista bajo el marco del modelo hegemónico y causalista. Según mi punto de vista, considero importante investigar desde el enfoque de la epidemiología crítica como corriente teórica que se ha venido desarrollando en América Latina.

Considerando que la prematurez representa una importante problemática de salud a nivel mundial y bajo la perspectiva de mejorar la salud de los prematuros se requiere identificar y caracterizar información recopilada para analizar desde la visión de la epidemiología crítica. “Pretendemos entender y estudiar a la salud desde una visión amplia, no como ausencia o presencia de enfermedades, sino como un proceso determinado por las

relaciones equidad-inequidad en los grupos sociales, en los territorios, siempre considerando que las disputas de clase, de género y etnia permean cada dominio” (Breilh 2014).

Primero se realiza una revisión bibliográfica sobre los principales paradigmas epidemiológicos, donde se enfocan la relación de lo biológico en lo social, se evidencia: en los trabajos de MacMahon y Rotheman desde la línea unicausal y multicausal; el enfoque ecológico empírico de sistemas representado por Leavell y Clark; el modelo causal de transición, enfocados en los determinantes sociales de la salud representado por Susser, Pearce, Marmot y Solar. Mientras que en la medicina social crítica encabezado por Paredes, Rosen y Carrillo; la epidemiología etnosocial y ecosocial de Almeida y Krieger respectivamente; de la mercantilización de Laurell y la Epidemiología de la determinación social de Breilh en Latinoamérica.

Después de describir brevemente los diferentes paradigmas de la epidemiología se analiza la propuesta sobre los determinantes sociales de la salud promovida por la Organización Mundial de Salud desde la visión de la epidemiología clásica y su fundamentación epistemológica positivista sustentada en los modelos causales que se concretan en la perspectiva de factores de riesgo.

Es decir, el análisis de los paradigmas y modelos con los que ha trabajado la epidemiología se encuentra inevitablemente atravesado por las confrontaciones que no se subsanan con la adición de un reconocimiento de causas de las causas y de los determinantes estructurales, mientras sigue inserta en la misma lógica empírico-funcional (Breilh 2014).

Y a su vez no plantea un cambio de un nuevo paradigma, en la medida en que termina convirtiendo las estructuras en fragmentos y factores de riesgo. Por lo tanto, al no llevar un análisis del movimiento de la acumulación económica, exclusión social, como el meollo de una reproducción ampliada de la inequidad social, ni aborda el metabolismo sociedad-naturaleza, como una tendencia caótica que lleva a la destrucción de las colectividades, no puede presentar una crítica directa de la sociedad de mercado y sus consecuencias de la salud.

Por consiguiente, es necesario estudiar esta problemática desde una perspectiva de un nuevo paradigma crítico, pero antes es importante comprender las siguientes definiciones que se ha tomado de Kuhn (1998, 227) en su posfacio donde resalta que el paradigma “es una matriz disciplinar que está compuesta por: generalizaciones simbólicas, expresiones usadas sin discusión, compromisos colectivos con creencias, modelos, valores y compromisos comunes usados en la solución de problemas concretos. Por otro lado, según Foucault (1995, 8) define a la crítica como “el movimiento por el cual el sujeto se atribuye el derecho de

interrogar a la verdad acerca de sus efectos de poder y al poder acerca de sus discursos de verdad”.

Entonces, bajo los lineamientos de este modelo contrahegemónico, la presente investigación se enfocará en la identificación y análisis de los procesos críticos presentes en los dominios de la determinación social de la salud de las madres de los recién nacidos prematuros, a través de analizar los modos, estilos de vida, procesos destructivos, procesos de exposición y vulnerabilidad. “Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, explicar la salud como un fenómeno social o colectivo, como un proceso multidimensional que va más allá de la enfermedad individual, y que tiene sus raíces en las relaciones sociales más amplias y en los correspondientes modos de vivir de las colectividades (Allan Künzle 2021, 1)”. Por lo tanto, la salud no se basa de un orden específicamente individual, si no la salud es un proceso integral, colectivo, complejo, socialmente determinado, la misma que no se origina en las personas enfermas, sino en la vida social y sus espacios.

La estructura de la tesis se conforma de la siguiente manera. El capítulo primero presenta la fundamentación científica y documental del estudio; se explica el modelo de la determinación social de la salud y las categorías del estudio de la prematurez. En el capítulo segundo, se describe la metodología y los objetivos del estudio. En el capítulo tercero se realiza el análisis de los resultados encontrados durante la investigación y la discusión de los mismos. Al final, se exponen las conclusiones y recomendaciones del estudio.

## **Capítulo primero**

### **Enfoque y marco teórico**

En este primer capítulo se abordan aspectos teóricos y conceptuales relacionados con el tema de investigación. En primer lugar, se presenta una breve revisión bibliográfica; luego se aborda el modelo de la determinación social de la salud.

Posteriormente, se abordan los modos y los estilos de vida, relacionados con el objeto de estudio. En este apartado también se toma en cuenta los procesos de exposición y vulnerabilidad. Y en último lugar, se describen aspectos teóricos asociados a las tres vías de inequidad: género, etnia y clase social.

#### **1. Un acercamiento al problema**

La mayor parte de la morbilidad afecta a los recién nacidos “muy pretérminos”, cuya edad es inferior a 32 semanas de gestación. Especialmente a los “pretérminos extremos” (nacidos antes de las 28 semanas). Por otro lado, el parámetro de referencia para clasificar a un recién nacido como de “bajo peso al nacer” es menor de 2500 gramos y de “muy bajo peso al nacer”, con peso inferior a 1500 g. Y “extremado bajo peso” hasta menos de 1000 g. En relación con los parámetros de peso bajo, esta situación regulará la posibilidad de complicaciones después del parto (Rellán Rodríguez, García de Ribera y Aragón García 2008, 8).

Las patologías prevalentes en el recién nacido pretérmino son las afecciones respiratorias, siendo la primera causa de morbilidad del pretérmino y así como la enfermedad de membrana hialina, seguida de las apneas del pretérmino y la displasia broncopulmonar; y entre otras patologías, como las neurológicas, cardiovasculares, oftálmicas, gastrointestinales, metabólicas, hematológicas y endocrinas.

Por el grado de inmadurez de los órganos y sistemas del prematuro son múltiples las complicaciones que el neonato prematuro puede padecer, por ello requiere el traslado a una unidad de salud de tercer nivel. El traslado neonatal es el traslado de un recién nacido de un centro de referencia a un centro de recepción hasta que el paciente se estabilice. El traslado neonatal tiene implicaciones más amplias: incluye la decisión de traslado, evaluación, búsqueda de un hospital adecuado, estabilización, transporte e ingreso en un centro de acogida

(Rellán Rodríguez, García de Ribera, y Aragón García 2008, 10). Por ello, es fundamental la coordinación y comunicación entre los diferentes centros sanitarios y su regionalización.

La decisión de transportar se basa en varios factores, incluida la disponibilidad de continuidad de la atención las 24 horas, personal médico y de enfermería, manejo de ventilación mecánica, materiales, radiología y apoyo de laboratorio razón por la cual el Hospital Pediátrico Baca Ortiz recibe neonatos prematuros desde diferentes provincias del Ecuador.

De acuerdo al enfoque biomédico-asistencialista expuesto por Carvajal y Barriga (2022, 202) consideran que la mejor manera de lidiar con el parto prematuro es la prevención. La prevención primaria son medidas dirigidas a toda la población, y prevención secundaria son medidas dirigidas a las pacientes con factores de riesgo, es decir identificar los factores de riesgo que posee las madres y trabajar en cada una de ellas siendo tratadas de manera aislada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) definen a la prematuridad como el nacimiento que se produce entre las 22 y 36 semanas de gestación o al recién nacido con peso mayor o igual a 500 g (Boyle et al. 2017, 64).

El parto prematuro causa morbilidad y mortalidad perinatal. Se estima que cada año nacen 15 millones de bebés prematuros, lo que representa entre el 5 % y el 18 % de los nacimientos prematuros, y las complicaciones resultantes son la principal causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de cinco años, muchas de las cuales son prevenibles (Morán, Vaamonde, y Rey 2021, 596).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Ecuador, el riesgo de parto prematuro se estima entre un 6 % y un 10 %. Alrededor del 70 % de las muertes en niños menores de 28 días de edad ocurren en la primera semana de vida. Los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (menos de 1500 g al nacer) representan el 1 % de todos los recién nacidos y el 40 % de la mortalidad infantil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 11).

Actualmente, los estudios epidemiológicos tradicionales, como la revista chilena de Obstetricia y Ginecología, analizan el parto prematuro, los determinantes y la prevención del parto prematuro, identificando los determinantes de la salud como la pobreza, la estructura familiar, la calidad de la vivienda, el acceso a una alimentación saludable, el acceso a los servicios de salud y atención primaria, tecnologías de la salud, cohesión social, percepciones

de discriminación/desigualdad, oportunidades de empleo, falta de políticas de promoción de la salud, ambiente escolar y mayor acceso a la educación (Mendoza Tascón et al. 2016, 339).

En un estudio realizado en Brasil, sobre la asociación entre comercialización de agrotóxicos con prematuridad y bajo peso al nacer en la población rural, se encontró mayor exposición para las mujeres producto de la manipulación incorrecta de los agrotóxicos (Ferreira-de-Sousa y Sousa Santana 2016, 8). Como resultado, las mujeres se vuelven vulnerables antes de la concepción, durante el embarazo y el parto y pueden afectar al feto. La exposición durante el período fetal y neonatal es un período de mayor vulnerabilidad ante agrotóxico. Desencadenando problemas como bajo peso al nacer, parto prematuro, malformaciones congénitas, índice de Apgar bajo, retraso del crecimiento intrauterino, altura y perímetro cefálico del neonato (Donini Souto et al. 2021, 4).

Además de los efectos agudos del envenenamiento, los pesticidas pueden causar cambios inmunológicos, neurológicos, reproductivos y cognitivos. Los estudios relacionados con este tema tienden a investigar las consecuencias para la salud humana y el medio ambiente, y se relacionan principalmente con cambios biológicos y fisiológicos, y solo unos pocos estudios analizan los efectos de la exposición a los agrotóxicos en la ocurrencia de eventos adversos durante el embarazo en el contexto de efectos dañinos de los agrotóxicos relacionados con el bienestar social, económico, político, educativo y de salud tales como hábitos y estilos de vida, exposición ocupacional, clase social y exposición a químicos (Donini Souto et al. 2021, 4).

En este sentido, el nivel económico y las condiciones ambientales también pueden contribuir a las anomalías neonatales, con mayor impacto en las zonas rurales, donde la ubicación y adecuación son limitados, cuyas condiciones potencialmente inestables también dificultan el acceso a la atención médica (Donini Souto et al. 2021, 4).

Hay investigaciones que respaldan el vínculo entre el parto prematuro y la pobreza entre los trabajadores agrícolas, que a menudo viven en granjas, viven en condiciones de trabajo insalubre, pagan salarios bajos, trabajan en ocupaciones peligrosas y carecen de acceso a la atención médica y la educación (Padula et al. 2018, 12).

Se encuentran investigaciones que corroboran la relación entre la prematurez y la pobreza en los trabajadores rurales, que a menudo se ganan la vida con la agricultura, viven en entornos laborales insalubres, de bajos salarios y están expuestos a condiciones laborales inseguras, sin acceso a la educación y la salud. A la vez, la carencia de una política pública que cuestione una serie de procesos que amenazan la vida de este grupo de individuos y el medio ambiente. Un estudio realizado en la ciudad del Condado de Fresno (EUA) analizó los

factores ambientales y sociales para las tasas de parto prematuro, mostrando un mayor riesgo de nacimientos prematuros debido a la exposición a los agrotóxicos y la contaminación ambiental, así como en las condiciones de vida socioeconómicas bajas (Padula et al. 2018, 13).

Como resultado, el uso de agrotóxicos, combinado con el acceso limitado a la educación, los servicios de salud y las condiciones de trabajo inseguras, principalmente entre las poblaciones rurales, puede provocar nacimientos prematuros y bebés con bajo peso al nacer. Se justifica una nueva investigación sobre este tema para determinar los efectos de la exposición a pesticidas en el desarrollo embrionario, ya que la economía mundial todavía está ligada al comercio de productos agrícolas, lo que puede afectar la salud de la población, especialmente de los recién nacidos. La contaminación puede exacerbar enfermedades y problemas de salud que provocan partos prematuros, como la hipertensión arterial, o actuar directamente a través de la exposición a sustancias tóxicas (Boyle et al. 2017, 65).

Dentro de las estrategias descritas en la literatura que disminuyen el riesgo de parto prematuro y que han permitido mejorar la sobrevivencia y disminuir las complicaciones de los recién nacidos es básico señalar la importancia del control prenatal que brinde promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal, que sea capaz de brindar un diagnóstico y tratamiento adecuado a la paciente con embarazo de alto riesgo, de tal forma que permita la derivación oportuna de la embarazada a una unidad de salud con mejor capacidad resolutoria (Rodríguez Salazar 2019, 17).

En un estudio realizado en el Hospital Pablo Arturo Suárez para determinar los factores biopsicosociales de las madres, determinó e identificó grupos de riesgo de parto pretérmino, se estudió a los recién nacidos prematuros y a sus madres desde marzo de 1998 hasta febrero de 1999. A través de la revisión de su historia clínica, de un examen físico de recién nacido para detectar su prematuridad, reveló que los principales riesgos fueron atribuidas a infecciones del tracto urinario, infección cervical, y ruptura prematura de membranas. Para las madres, esto resulta difícil de detectar porque en muchos casos son asintomáticos, y si se acompañan de un control prenatal insuficiente, el diagnóstico suele ser tardío.

En cuanto a los factores de riesgo biopsicosociales, se halló una clase media baja a pobre, quienes padecían de servicios básicos insuficientes, solo tres de cada diez hogares contaban con vivienda propia, bajos ingresos económicos y sumada a la fuerza laboral materna, concluyeron que sus embarazos son propensos a partos prematuros. La conclusión principal de este estudio es que siempre van paralelos los factores biológicos (infección de

vías urinarias-cérvico vaginal, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino); los factores psicológicos (relación laboral-estrés de la embarazada y el apoyo durante la gestación) y los factores socioeconómicos (características demográficas, ocupación, ingresos económicos, tipo de vivienda y accesos a los servicios básicos de las madres) como causantes de prematurez en la población del H.P.A.S. (Castillo Terán y Ramón Alarcón 2001, 24).

En un artículo académico reportan que, en el Ecuador existe una alta prevalencia de morbilidad y mortalidad infantil en neonatos nacidos prematuros, siendo el bajo peso al nacer, especialmente en los menores de 1500 gramos, lo que representa el 40 % de la tasa de mortalidad. El riesgo de comorbilidades y mortalidad es inversamente proporcional a la edad gestacional y puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, y requiere más apoyo técnico y logístico que los recién nacidos a término y dentro de los hallazgos de este estudio lo relaciona con el apareamiento de partos prematuros con los factores maternos así como los niveles bajos de instrucción de la madre, número de controles y complicaciones maternas entre ellas la rotura prematura de membranas, infecciones de vías urinarias e hipertensión arterial (Ortega y Vasco 2022, 9).

En una investigación de tipo retrospectivo, realizada en el Hospital de los Valles, desde enero del 2014 a diciembre del 2018, se determinó que, dentro de los antecedentes prenatales, el parto prematuro, se presenta por la presencia de preeclampsia, pero la administración de corticoides antenatales en estas madres, son un factor protector para el neonato prematuro (Rodríguez Salazar 2019, 25).

Estas investigaciones realizadas han venido desarrollándose bajo el enfoque convencional de la epidemiología clásica, que se centra fundamentalmente en los factores de riesgo de enfermedad, en las causas y efectos mórbidos aislados, considerando como un conjunto de variables e indicadores desconectados y descontextualizados e invisibilizando los procesos de determinación integrales.

Para ello se plantea la necesidad de cuestionar la hegemonía epistemológica, teórica y política de este proceso de salud-enfermedad, para proponer una perspectiva analítica diferente. Para lo cual, la presente investigación pretenderá estudiar desde la visión de un nuevo paradigma de la Epidemiología Crítica latinoamericana, con la finalidad de consolidar la ruptura de la epidemiología clásica y su multicausalismo lineal.

## 2. Contexto histórico

La región de la Sierra es una región geográfica que se ubica en el Ecuador, se extiende de norte a sur a través de la Cordillera de los Andes y se constituye de 10 provincias: Pichincha, Carchi, Tungurahua, Chimborazo, Cañar, Azuay, Loja, Imbabura, Bolívar y Cotopaxi (ECU11 2021). También geográficamente se caracteriza por sus valles altos, producto de la cordillera Occidental y Central de los andes que se unen cada cierta distancia, lugar donde habitan los pueblos, cuya altitud promedio es de 2500 metros sobre el nivel del mar y la temperatura fluctúa alrededor de los 11 a 15 °C. Existen tres subunidades de relieve denominadas: “Sierra Norte, caracterizada por la presencia de dos cordilleras bien definidas y muchos volcanes; Sierra, Centro Sur, cuyos paisajes no presentan picos sino inmensos mantos de lava acumulados sobre las dos cordilleras; y Sierra Sur, donde se pierden los dos ramales andinos principales y asoman pequeñas cadenas montañosas discontinuas y difusas” (Jima 2017, párr. 1). La Cordillera de los Andes atraviesa las diez provincias y está compuesto por una cadena montañosa donde se encuentra picos importantes a nivel de los volcanes Chimborazo, Cotopaxi, Cayambe, Antisana, Altar, Illiniza, Sangay, Tungurahua y Guagua Pichincha, a pesar de que sus cumbres están llenas de nieve todavía son volcanes activos.

Las características físicas típicas de suelo generalmente son beneficiosas para la agricultura, flora y fauna, aunque la inestabilidad de las pendientes por deslizamientos ocurre muy a menudo, esto se debe a la forma muy inclinada de las pendientes y también a la humedad que se mantienen en los suelos andinos.

La carretera Panamericana facilita la interconexión regional, que recorre de norte a sur los callejones andinos, lo que beneficia enormemente la economía de la Sierra y del país.

Las zonas turísticas de Sierra se destacan por la preservación de sus ecosistemas únicos, incluyendo páramos alto andinos y valles de gran valor paisajístico que se complementa con la artesanía, gastronomía y otras expresiones culturales.

Su economía está basada fundamentalmente en la industria, ganadería y agricultura, pero bajo los lineamientos de la estructura económica del Ecuador, es decir, centrada en las políticas que favorecen la acumulación del capital y del poder, bajo la espoliación de los recursos, explotación de los territorios andinos, como dice Sandoval (2019, 41) existen políticas que no abarcan el concepto del buen vivir y afectan la reproducción social de las comunidades urbanas y rurales, lastimosamente, el sistema capitalista se manifiesta en el modelo productivo, donde los que reciben más recursos, mejores servicios y mejor calidad de

vida poseen, y viceversa, los que se les dificulta ser productivos acceden a servicios de mínima calidad.

En las provincias de la región andina se naturaliza comúnmente la inequidad social debido a que “comparten una estructura social caracterizada históricamente por la presencia de una población indígena significativa, que desde la época colonial ha sufrido condiciones de explotación y exclusión social que la han mantenido entre los estratos más pobres de la sociedad, y por la presencia de pronunciadas diferencias regionales entre la región andina, donde se ha concentrado históricamente la población indígena [...] frecuentemente ligado al sector explotador a partir de la segunda mitad del siglo XIX” (Larrea 2005, 7).

En un artículo sobre la desnutrición, Larrea atribuye a la discriminación que sufren los pueblos indígenas y a otros factores de los suelos andinos, en otras palabras, el efecto negativo de la etnicidad indígena genera “fuertemente una situación de discriminación en el acceso y uso de servicios de salud, acceso a educación de calidad, y otros elementos” (2005, 14).

Después de cinco mil años de patriarcalismo, machismo, patrimonialismo, paternalismo y colonialismo, la mujer occidental y la occidentalizada, ha asumido como suya la racionalidad patriarcal (Sandoval Illescas 2019, 42). Las relaciones de poder, autoridad, conflicto y violencia están representadas en las familias ecuatorianas. Al mismo tiempo, es un espacio privilegiado que opera según la lógica del patriarcado y por lo tanto asigna roles según el género. El papel esperado y aceptado para los hombres en todo tipo de familias es el de proveedor de recursos materiales y, por lo tanto, la liberación del hogar y las actividades diarias. La imposición de estos roles asignados es legitimada por las mujeres, lo que hace que los hombres se involucren menos en la socialización y crianza de los hijos.

La región de la Amazonía es una región natural nombrada como el territorio con mayor extensión de selva tropical que cuenta con un total de 120.000 kilómetros cuadrados, caracterizado por sus bosques húmedos y tropicales, representando el 48 % del territorio ecuatoriano y las provincias que lo comprende son: Orellana, Napo, Sucumbíos, Pastaza, Zamora Chinchipe y Morona Santiago. En esta región habitan cerca del 5% de la población de Ecuador, unos 740.000. Es importante destacar la existencia de pueblos que se han mantenido fuera de contacto con la sociedad, como los Tager, Tarmenan y Oñamenan, quienes se asentaron en las provincias de Orellana y Pastaza (Secretaría General del Sínodo 2020, párr. 1).

La etnia shuar habita en las provincias de Morona Santiago, Zamora Chinchipe y en menor porción en las provincias de Napo, Orellana, Sucumbíos y Guayas, aunque en la

actualidad se han desplazado a diferentes provincias del Ecuador. Los Shuar son uno de los cinco grupos étnicos en la Amazonía Occidental y su idioma es el shuar (Gnerre 2015).

A más de sus hermosos paisajes selváticos y las diversas culturas que en ellas habitan, cuando hablamos de la región amazónica del país, nos referimos a territorios, especialmente provincias fronterizas, donde los conflictos son frecuentes. El conflicto entre Ecuador y Perú duró desde 1941 hasta 1998. Durante la guerra de 1941, su principal disputa fue por el territorio, especialmente por la frontera indefinida. Luego, en 1981, comenzó la guerra por el Falso Paquisha, y el problema fronterizo continuó. Finalmente, a pesar de la declaración de guerra no oficial, la parte sur de la Amazonía sobrevivió a la llamada “Guerra de Senepa” en 1995. Luego de largas negociaciones en las que intervinieron como garantes Estados Unidos, Colombia, Brasil y Argentina, se firmó un acuerdo fronterizo en 1998 (Colectivo de Investigación y Acción Psicosocial 2017, 37).

Sin embargo, en la actualidad la realidad de los conflictos sociales, la política y la economía en la que constantemente se han venido implementando, se relaciona con los proyectos de explotación de petróleo y minas que son actividades ambientalmente contaminantes y socialmente que amenazan la conservación de los recursos naturales y, sobre todo, la seguridad de los habitantes de la región y sumado a la colonización de los territorios shuar, en donde el estado utilizó algunas estrategias como agente intermediario para mantener la dominación de la Amazonía a través de la expansión de las “fronteras vivas” dejando como resultado de su implementación, un pueblo shuar que sufre distintas formas de colonizar e invadir.

Como resultado de la colonización de sus territorios y la explotación de sus tierras bajo una promesa incumplida del discurso ecologista y de desarrollo, donde las mujeres siempre son las que más sufren, especialmente las que viven en las zonas rurales. A pesar de su condición de mujer indígena shuar, deben ajustar sus modos de vida a un mundo globalizado, cuyo mundo ha venido paulatinamente destruyendo su identidad.

En las ciencias sociales, se oponen las viejas identidades, las mismas identidades que dan a los sujetos un punto de apoyo estable en sus propios mundos culturales, políticos, comunicacionales y en los suyos mismos; en la actualidad, el debate académico está exteriorizando las “identidades socialmente construidas por los sujetos” porque están fragmentados o desplazados, al igual que la unidad en la que se ha perpetuado la identidad manteniendo una inestabilidad que lo define Hall como una identidad en crisis (Hall, Held, y McGrew 1992).

La identidad es, por lo tanto, un tema que se debe discutir en contextos culturales y comunicativos, en la que emerge e interactúan mediaciones, donde el discurso cuestiona las posiciones aparentemente neutrales de un paradigma de desarrollo que se esfuerza por modernizar todo lo autóctono; es decir, la posición actual de las mujeres shuar en el imaginario colectivo es un constructo. Esta estructura se articula con un discurso de fuerzas hegemónicas que las mueven, transforman y modifican a su “buen parecer”. La mujer shuar está sujeta a un poder hegemónico que la controla, condiciona y la ubica social y culturalmente.

Así, en este escenario, la identidad resulta ser una deconstrucción de la identidad, pero la identidad en sí misma no lo es. Sin embargo, nuevos debates espacialmente definidos desafían el espectro conceptual de la identidad móvil en un mundo en términos globalizado. Así, pues el mestizaje debe ser considerada en todos sus ciclos, cambios y modificaciones. Los territorios shuar, en especial sus mujeres, no cuentan su historia, el colonizaje que vivieron entre ellas: las misiones religiosas, educación de la comunidad Franciscana, la militarización de sus espacios, sus alrededores, y la infiltración forzada a su territorio a través de proyectos mineros nacionales e internacionales, ha transformado sus circunstancias de vida. Así, la mujer shuar es una categoría, producto del mestizaje a gran escala, que se remonta al siglo XX, pero se inicia con el advenimiento de la colonización en el siglo XVI.

Por otro lado, en lo que respecta a la situación histórico-territorial de la salud en Ecuador, se puede decir que ha sido influenciada por una serie de procesos históricos, geográficos, políticos y socioeconómicos que se ha venido desarrollando a lo largo de los años. Resulta impactante, como desde hace siglos, han existido clases más beneficiadas, dejando a un lado aquellos sectores vulnerables, ya desde la época de la colonia el sistema de atención médica estaba orientado a servir a la élite colonial, lo que dejó a muchas poblaciones marginadas sin acceso a atención médica.

Sin embargo, esta situación en la actualidad no ha cambiado, a medida que Ecuador experimentó procesos de urbanización y desarrollo económico, la inequidad en salud entre zonas rurales y urbanas se hicieron más evidentes. Las ciudades experimentaron mejoras en la infraestructura de salud, mientras que las áreas rurales a menudo quedaron rezagadas. A lo largo del siglo XX, Ecuador se esforzó por desarrollar políticas de salud más inclusivas y equitativas. Se crearon sistemas de seguridad social y se amplió el acceso a servicios de atención médica, sin embargo, esto parece insuficiente.

## **2.1 La prematurez: Una aproximación desde la epidemiología crítica**

Para comprender el enfoque propuesto desde el punto de vista de la construcción metodológica de este trabajo, es epistemológicamente necesario entretener con el objeto de estudio y analizarlas a la luz de cómo las categorías conceptuales importantes de la Epidemiología Crítica, explican de un modo complejo y multidimensional las realidades que se inscriben en el objeto de estudio de esta investigación. Precisamente aquellas categorías como base para construir experiencia sobre un enfoque colectivo a diferentes problemas de salud desde una perspectiva del paradigma crítico o transformador holístico, para ello, comenzaremos mencionando la Determinación Social de la Salud.

## **2.2 Determinación Social de la Salud**

Numerosos estudios se han centrado en la prematuridad, que refleja el incremento de la tasa de incidencia y con ello el desarrollo de la medicina, aunque los avances en obstetricia y atención neonatal para ayudar a estos bebés han permitido que un número cada vez mayor de bebés prematuros sobreviva, pero se han hecho pocos intentos por comprender los procesos críticos que experimentan las madres de los prematuros.

En tal sentido, para la comprensión de los procesos críticos es necesario empezar abordando la determinación social de la salud propuesta por la corriente latinoamericana, con uno de sus principales teóricos, Jaime Breilh; corriente manifestada desde 1970, constituyeron el eje teórico de una propuesta de ruptura del paradigma clásico y funcionalista. La epidemiología crítica reconoce a esta categoría formada por tres dominios: general (sociedad), particular (modos de vida) y singular (estilos de vida).

Que fluye dialécticamente entre lo general, lo particular y lo singular: se reproduce de lo general a lo particular y de lo particular a lo general. En este proceso, se dan formas de subsunción donde los procesos de las dimensiones más simples se desarrollan con relación a la subsunción de las dimensiones más complejas, y entonces aparece relaciones socio-naturales o sociobiológicas como un movimiento entre las dos partes de un todo concatenado que es la naturaleza (Breilh 2013, 20).

Por su lado, la determinación social de la salud busca integrar la participación social empoderada, critica radicalmente el movimiento capitalista e incorpora la práctica social intercultural ligada a los intereses estratégicos de los grupos-etnia-género excluidos y con ello la transformación del sistema social y de la salud.

Resultó importante para la presente investigación abordar la determinación social de la salud, porque emerge con un enfoque contra hegemónico frente a prácticas de salud pública

que por ahora solo emplean un carácter funcionalista al modelo de atención biomédica asistencial, que lo ejecutan únicamente a nivel individual y no colectivo, bajo un paradigma positivista, enfocado a la identificación y tratamiento de los factores de riesgo, siendo el accionar del Ministerio de Salud Pública del Ecuador como estrategia para reducir los partos prematuros en el Ecuador. Todavía se desconoce el modo de devenir de la prematurez en cada uno de los territorios, porque su dinámica es muy diferente y no puede ser resuelta por el concepto biomédico del tratamiento de sus factores de riesgo, sin tener en cuenta la determinación social y las características de las diferentes dimensiones de la salud colectiva, cuya visión y recursos propios del sistema de salud no garantizan ni mejoran la calidad de vida de la población.

En efecto, es importante partir desde este enfoque de la epidemiología crítica, porque la salud no solo se refiere a la ausencia de la enfermedad, sino que es un objeto complejo multidimensional que vincula la reproducción social con sistemas conflictivos vinculados entre tres grandes áreas de determinación: el sistema de acumulación de capital y sus relaciones político-culturales; los modos de vida relacionados con los procesos de exposición y vulnerabilidad; y el estilo de vida y las condiciones fenotípicas y genotípicas del libre albedrío del individuo. De igual forma, las relaciones de poder se incorporan de manera integradora entre clase social, género y etnia (Breilh 2008, 6).

### **2.3 Dominio general**

Desde la perspectiva de la epidemiología crítica, el dominio general corresponde al contexto socio histórico, a los procesos generales de los sistemas de acumulación, a la lógica de la matriz de los sistemas de producción, a las políticas, a las manifestaciones de los estados y a los condicionantes culturales y epistémicas (Breilh 2010a, 109). En la dimensión general, los procesos destructivos malsanos que se desarrollan bajo la lógica de acumulación de poder, político y social, dentro de un metabolismo natural y social destructivo, que emerge exclusivamente al beneficio de los sectores monopólicos de la sociedad, más la suma de carencias de políticas y un sistema de salud deficiente que no protegen a la salud de los prematuros ni a sus madres.

Cuando se habla de la acumulación del capital, las relaciones de poder son evidentes, y estas relaciones son las que determinan la composición social de la sociedad, dividiéndolas en clases, y dando lugar a la inequidad social, siendo importante tomar en cuenta al momento de estudiar el proceso de salud y enfermedad (Breilh 2013).

Por lo tanto, se puede decir que en la dimensión general de la salud colectiva hay distintas dinámicas de relaciones de inequidad en las que, los núcleos familiares y los individuos se encuentran subsumidos en una reproducción social en algún momento histórico determinado (Breilh 2006).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC 2022), las provincias de la región amazónica tienen los índices de pobreza más altos en 2021, mientras que Morona Santiago tiene el índice de pobreza más alto de Ecuador con un 70,5 %. Le sigue a Morona Santiago la provincia de Napo con 59,4%, Orellana con 55,6%, Pastaza con 52%, Sucumbíos con 50,9% y Zamora Chinchipe con 30,1%. Mientras que en la región Sierra, la provincia que mayores niveles de pobreza se evidencia es Bolívar.

Si bien es cierto, el Ecuador es dependiente económicamente de las actividades extractivistas del petróleo que se realiza en la región de la Amazonía, sin embargo, en estos territorios de la Amazonía ecuatoriana existe mayor pobreza, es un claro ejemplo de la presencia de la acumulación del capital para ciertos sectores privilegiados a costo de un mínimo margen de participación de las familias de la región amazónica en el excedente por la producción petrolera, lo que ha limitado su calidad de vida y conllevando al padecimiento de patologías a consecuencia de la destrucción de su hábitat (Ruiz Mantilla 2000, 9).

Indiscutiblemente, las únicas y principales preocupaciones de las grandes empresas que rigen al extractivismo del petróleo, proyectos megamineros y las agroindustrias, se encuentran fuertemente relacionadas con la estimulación del crecimiento de la producción, ampliación de los mercados con la finalidad del incremento de sus inversiones, este crecimiento exponencial y monopolístico, ha afectado visiblemente el espacio de integración, al acelerar los mecanismos de acumulación de capital, teniendo un efecto devastador sobre las formas de vida en el planeta (Breilh 2015, 2).

A más de dicho crecimiento exponencial de las empresas de gran escala en el Ecuador que vulnera la salud de la población, otro problema identificado es el enfoque biomédico por parte de las entidades máximas sanitarias como es la OMS/OPS que direcciona al Ministerio de Salud Pública de nuestro país, cuyas estrategias para reducir los partos prematuros únicamente se limita a la identificación de factores de riesgo modificables y no modificables, ya sea de manera preconcepcional o en las primeras semanas de gestación, para ser intervenidas oportunamente (Organización Panamericana de la Salud 2019, 11)

Por consiguiente, en nuestro país la salud aún sigue siendo entendida y manejada por el Gobierno como la ausencia de enfermedad de las personas, en ese contexto las políticas se enfocan a brindar una equidad de salud en términos curativos, con la finalidad de dar respuesta

inmediata y visible a los problemas de salud de las colectividades, centrado también en brindar el acceso a las unidades de salud con servicios curativos y preventivos de manera individual.

Por lo tanto, en nuestra realidad existen decisiones políticas erradas por el gobierno ecuatoriano, que apoyan únicamente el enfoque médico-asistencialista, de manera que la salud materna no solo tiene que ver con el malestar biológico o psicológico que presenta la madre y el prematuro, sino que son las consecuencias de procesos complejos de determinación social, como un proceso colectivo e individual, que si no se controlan no van a desaparecer con los servicios de salud y campañas que es el modelo que se ha venido manejando por parte de los gobiernos. Como dice Breilh, la salud comprende todos los procesos de orden general, social y ambiental, que a su vez inciden en las condiciones de vida insalubres o saludables de un grupo; todos estos movimientos se manifiestan en la vida y salud de las personas (2012, 3).

Sumado al incumplimiento de los derechos, si bien es cierto la constitución ampara a esta población en cierta parte, al establecer en el artículo 45 el derecho a la vida y salud desde la concepción, en donde los menores de edad gozarán de los derechos universales al igual que toda la población y a su vez aquellos que les protegen en función de su edad como población vulnerable, aunque este marco normativo posee un carácter generalizado, sin embargo, no se ha venido cumpliendo, al contrario, sé a subestimado sus derechos, según Breilh afirma que, “en la medida en que un sistema social instituye la proliferación y profundización de formas de inequidad y el consiguiente deterioro de los derechos humanos en sus modos de vida [...], entonces se introducen mecanismos de deterioro de su salud, que afectan sistemáticamente los patrones fisiológicos y de reacción genética de los organismos y funciones fisiológicas de sus miembros, apareciendo entonces patrones de morbilidad y un envejecimiento excesivo en aquella población” (2002b, 12).

Con respecto a nivel institucional, existen protocolos, documentos normativos, guías prácticas clínicas desactualizadas. La Guía de Práctica Clínica del recién nacido prematuro realizado en el año 2015, fue desarrollada por profesionales de instituciones de salud, coordinadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Resume la evidencia y el asesoramiento científico para ayudar a los médicos a tomar decisiones sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los bebés prematuros (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 2). Teniendo en cuenta que sus lineamientos y contenido son de carácter general y basándose únicamente en el tratamiento terapéutico del recién nacido prematuro como un objeto individual. Por lo tanto, deben superarse los sistemas tradicionales de información en salud que básicamente observan

los factores de la enfermedad y sus efectos patológicos aislados, invisibilizando todo el proceso de detección (Breilh 2003a, 937).

## **2.4 Dominio particular**

Este dominio corresponde a las condiciones estructuradas de los modos de vida de los grupos constitutivos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones característicos de vulnerabilidad grupal a dichos procesos nocivos (Breilh 2010a, 109).

Por su parte, Almeida define a este dominio como “una particular noción del modo de vida como una categoría clave del análisis epidemiológico, ligada a su perspectiva antropológica y etnográfica de la epidemiología” (1998, 23).

Las cinco dimensiones que involucran a los modos de vida definidos por Breilh, como: a) los patrones típicos de trabajo entre ellas la organización social del trabajo, patrones laborales (exposiciones a procesos malsanos y tipos de exigencia); b) la calidad y disfrute de bienes de consumo se refiere a tipo de cuota según la distribución social, sistema de acceso, patrones de consumo sanos vs. malsanos; c) la capacidad real y autonomía del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad colectiva auténtica; d) capacidad del grupo para su organización solidaria y empoderamiento, disfrute de soportes colectivos protectores y de apoyo en beneficio del grupo; e) calidad y sustentabilidad de las relaciones ecológicas del grupo y disfrute de los ecosistemas saludables (J. E. Breilh Paz y Miño 2010, 270).

### **2.4.1 Modos de vida**

A pesar de habitar en el mismo lugar, la salud familiar se diferencia de los demás individuos o núcleos familiares por experimentar diferentes procesos, los mismos que conllevan a desarrollar diferentes habilidades de afrontamiento, surgiendo diversos modos de vida con la finalidad de satisfacer sus propias necesidades particulares. Como menciona (Breilh 2002a, 2) las crisis familiares son multifacéticas: una parte aparece y se explica en el ámbito individual de la familia con su modo de vida, otra parte se desarrolla y explica en el ámbito especial del grupo social y su modo de vida; otra parte que se desarrolla en la esfera general de la totalidad social.

Aunque las crisis están presentes en todos los dominios de los núcleos familiares, de la misma manera están presentes los procesos protectores, como dice Breilh existe

“determinadas condiciones protectoras y defensas sociales” (2002a, 2). Para ello es necesario analizar y comprender no solo las crisis, sino los procesos que brinda protección y soporte, los mismos que permiten enfrentar los procesos destructivos. Estos procesos protectores y destructivos presentes de una familia también se entretajan con los procesos de su clase social, etnia y género. Por lo tanto, todas las familias experimentan crisis y procesos críticos, sin embargo, el grado de afección y la defensa puede ser muy diferentes.

Así como, por ejemplo, las madres de los recién nacidos prematuros con sus diferentes etnias y clases sociales, se exponen a patrones de trabajo destructivos, a los patrones de consumo poco saludables debido a condiciones socioeconómicas deficientes.

Incluso, la inserción laboral de las familias de las mujeres shuar en el espacio político se ha estructurado a través de intermediarios que operan más allá de los sentidos de pertenencia, por lo que rara vez estos intermediarios son identificados como propios; sin embargo, están subsumidas en ellas. Estos intermediarios son entidades u organizaciones que suelen ser dependientes del estado: alcaldías, gobiernos parroquiales, academias, investigadores, iglesias, medios de comunicación y entre otros.

Asimismo, las mujeres shuares fueron insertadas en el ámbito de las clases sociales, donde un grupo de personas desarrolló un plan de vida al que debían seguir. Más la suma de nuevos discursos que introducen el carácter religioso en torno a sus vidas. Estos procesos mencionados fueron protagonistas de la división social del trabajo entre hombres y mujeres shuar, dando a cada miembro del centro shuar roles específicos e imitando hasta cierto punto los patrones de trabajo mestizos, lo cual es evidente la subordinación de esta población por otra etnia (Maldonado Quezada 2022, 41).

Es importante destacar, que hay procesos destructivos de la salud que se experimentan de forma colectiva, no obstante entre ellas la colonización, la llegada de los misioneros, la implantación de las empresas megaminerías y el extractivismo del petróleo que ha invadido sus territorios amazónicos haciendo parte de la construcción de la identidad de las mujeres shuar, incluso forman parte de la cotidianidad de la mujer en El mito de la recuperación del retraso en el desarrollo (Mies y Vandana 2016, 87) donde menciona que las mujeres shuar deben aceptar el estilo de vida de los de arriba como el único modelo de la buena vida, y al final, su desvalorización se ha venido siendo aceptada naturalmente.

Entonces, como menciona Solíz (2016, 70) ante la presencia de procesos destructivos en las clases sociales con sus etnias particulares, lo cual moldea sus modos de vida en el trabajo, consumo, convivencia familiar, organización política, estructura cultural y la relación con la naturaleza, desencadenando expresiones negativas o pérdida de salud. Finalmente, se

podría entender que los modos de vida de una sociedad determinan la expresión de procesos claves que modifican los perfiles epidemiológicos de los grupos sociales, las comunidades y sus familias.

## **2.5 Dominio individual**

Finalmente, el dominio individual o singular expresa los estilos de vida de las personas y sus características fenotípicas y genotípicas (Breilh 2010a, 109). Este proceso multidimensional, socialmente determinado, al estar presentes procesos destructivos en la dimensión general y particular que repercute en los estilos de vida malsanos de manera individual, resultando la encarnación de la fisiopatología que termina formándolos en seres vulnerables e incrementando la morbimortalidad.

Los procesos destructivos que se presentan en el dominio singular dentro del itinerario típico personal relacionado con los patrones de trabajo y consumo; caracterizado por jornadas extensas, sobrecarga laboral, levantamiento de cargas pesadas; malos hábitos, alimentación malsana, falta de ácido fólico durante el embarazo; las concepciones y valores personales, escasos controles de salud en el periodo gestacional; la baja autoestima y estrés, antecedentes patológicos personales; en cuanto a la capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud deficiente, así como un autocuidado deteriorado y el desconocimiento de la magnitud del problema.

### **2.5.1 Estilos de vida**

Es necesario comprender que la prematurez se interrelaciona con los estilos de vida de las madres y, por tal razón, se recalca que, para llegar a las encarnaciones genotípicas y fenotípicas de los recién nacidos prematuros, previamente su salud se desarrolla como un proceso relacionado entre lo general y lo particular.

El estilo de vida se centra en un conjunto de atributos, acciones o comportamientos a nivel individual que respaldan los patrones de experiencia (García Cervantes 2021, 30). Desde el punto de vista de Hendricks y Russell Hatchb (2006) identificaron dos formas de definir las relaciones que afectan el estilo de vida: dentro de los individuos y entre individuos: el primero se refiere a los estados internos, incluidos los factores genéticos, intelectuales o de personalidad, que influyen en la forma en que un individuo participa en el flujo y reflujo de los acontecimientos; el segundo se refiere al entorno externo, el cuerpo o las relaciones,

incluida la familia, los compañeros de interacción o los lazos sociales, que respaldan la tendencia de un individuo a participar en algún tipo de comportamiento estereotipado; y la tercera dimensión está vinculada con el cambio y también es el resultado de una combinación de características psicológicas intrínsecas y factores “in situ” que pueden desestabilizar las capacidades reales o percibidas de una persona.

En la teoría de Stebbins (1997) sobre el estilo de vida se refieren a las características distintas o patrones identificables de comportamiento que reflejan intereses comunes y situaciones de vida que incluyen valores relevantes que crean identidades, actitudes y orientaciones sociales distintas, por ende, el estilo de vida no es solo el contenido completo del comportamiento, sino también la dimensión correspondiente de la actitud (García Cervantes 2021, 31).

En lugar de atribuir el estilo de vida a rasgos psicológicos cercanos o elecciones de comportamiento que se consideran dominios del individuo, el enfoque relacional considera que los factores a nivel individual están integrados en contextos sociales, relacionales, ambientales y en estos aspectos de la vida (Hendricks y Russell Hatchb 2006, 2).

Según Breilh (2010a, 104) corresponde al ámbito del (libre albedrío individual, variabilidad cotidiana, autonomía relativa) está determinado por el itinerario típico personal en la jornada laboral; con patrones de consumo doméstico e individual, incluyendo alimentación, ocio, vivienda, entretenimiento, transporte, calidad del servicio y recreación; pero también percepciones y valores individuales; al mismo tiempo, combinar las capacidades individuales para organizar acciones que protejan la salud, y finalmente el itinerario ecológico personal. En otras palabras, los estilos de vida son las actividades que realiza una persona a diario, relacionadas con la dinámica particular, espacial y comunitaria para afrontar los modos de vida.

### **3. Procesos de exposición y vulnerabilidad**

Como se mencionaba, desde la perspectiva de la epidemiología crítica, se busca la importancia de trabajar la salud desde su complejidad en tres dimensiones; general, particular e individual y su relación entre sí y hace uso de las categorías como subsunción “y plantea la noción de embodiment (encarnación) y lo que llama las rutas de embodiment, que las explica como caminos en que se da la encarnación de las exposiciones y vulnerabilidades socialmente generadas en los organismos” (Breilh 2013, 14). Es decir, que se desarrollan estas expresiones

cuando hay una inestabilidad en las cinco dimensiones que determinan los modos de vida destructivos, finalmente desencadena la patología según la clase social, género o etnia.

Como Allan Künzle (2021, 9) haciendo referencia, Breilh (2017) afirma que el estilo de vida permite identificar el origen y formas en que las diferentes fracciones sociales son expuestos y vulnerables. De hecho, el modo de vida es el resultado de relaciones de subsunción, ya que toda acción histórica implica un movimiento dialéctico.

En cuanto a la exposición a procesos destructivos durante el embarazo, hay investigaciones que han estudiado su asociación con la prematurez. Según Matos Alviso et al. (2020, 179) “los nacimientos prematuros son cada vez más frecuentes y sus causas, involucran no solo la salud materna, sino también procesos sociales, ambientales, políticos, públicos y económicos, entre otros”.

En lo que respecta a cerca de las exposiciones durante la etapa gestacional, en particular se relaciona con hábitos de consumo de drogas, alcohol, tabaco, entre otras sustancias; con la actividad laboral con una alta exposición a químicos como por ejemplo los agrotóxicos de alimentos agrícolas que manipulan las mujeres.

Contaminación ambiental presente en el aire, aguas, alcantarillas: en ciudades cercanas a faenas o industriales como la minería, se ha evidenciado riesgo de exposición al plomo o arsénico. En un estudio realizado en el municipio del Condado de Fresno (EUA) analizó los factores ambientales y sociales para la aparición de nacimientos prematuros, se identificó que hay un riesgo mayor de prematuridad ante la exposición a los agrotóxicos y contaminantes ambientales y también en condiciones socioeconómicas menores (Padula et al. 2018, 1).

En tanto, para Eslava (2017, 400), los procesos de toma de decisiones y los procesos de mediación en general que conducen a estilos de vida no saludables y los efectos en la salud asociados a los procesos de toma de decisiones, que incluyen la globalización de los mercados, la migración, la pérdida de soberanía y la creación de entornos insalubres; mientras que los procesos mediadores se refieren a la eliminación de las pequeñas empresas, una combinación de flexibilidad laboral, disrupción de la organización comunitaria, lógica empresarial y daño a los ecosistemas por diversas formas de contaminación.

Antecedente de un parto prematuro previo < 36 semanas (30-50 % de riesgo de parto prematuro en su embarazo actual) y embarazo gemelar (50 % de riesgo de parto prematuro) (Carvajal Cabrera y Barriga Cosmelli 2022, 198).

En cuanto al perfil de salud de las madres, la constante exposición al estrés (Montero Aguilera et al. 2019, 1159), los malos hábitos de vida antes mencionados influyen en el origen

de diversas patologías maternas, como la hipertensión arterial gestacional, que provoca la preeclampsia y el parto prematuro. Estos escenarios vividos por la madre derivan en problemas de salud como insomnio y estrés en el entorno familiar.

Por otro lado, las vulnerabilidades frente a condiciones o enfermedades biológicas durante el embarazo también pueden aumentar la frecuencia de nacimientos prematuros. El 65-85 %, de los partos prematuros espontáneos se asocian fuertemente con algún proceso infeccioso. El mecanismo más común de infección intrauterina es el ascenso de microorganismos por la contaminación de infección de vías urinarias y/o vaginales (Torres Lestrade et al. 2020, 1439). Por otro lado, hay también procesos destructivos durante el embarazo que, según este estudio, tienen relación con el consumo del tabaco, la atención prenatal y vigilancia prenatal deficiente (Rodríguez Coutiño, Ramos González y Hernández Herrera 2013, 502).

Según los ensayos clínicos en curso, las comorbilidades, el sobrepeso, la obesidad y la edad materna > 35 años son las principales causas de hospitalización y síntomas graves tanto en las mujeres obstétricas como en la población general. Entre las mujeres que experimentaron un aborto espontáneo, la edad materna avanzada y los antecedentes de aborto espontáneo fueron características comunes. La tasa clínicamente reconocida de aborto espontáneo en mujeres de 20 a 30 años es del 9 al 17 %, y esta tasa aumenta drásticamente al 20 % a los 35 años, al 40 % a los 40 años y al 80 % a los 45 años (Carvajal Cabrera y Barriga Cosmelli 2022, 508).

El embarazo adolescente amenaza la salud de la madre y el niño. Las progenitoras menores de 14 años tienen una mayor probabilidad de parto prematuro y/o bajo peso al nacer. De manera similar, la prevalencia de nacimientos prematuros y bajo peso al nacer, especialmente en países en desarrollo, se asocia con los niveles bajos de escolaridad, nivel socioeconómico y otras razones (p. ej., acceso deficiente a la salud, violencia doméstica). Estos elementos aumentan la probabilidad de que un bebé muera prematuramente y, aunque las tasas de supervivencia de los bebés prematuros han mejorado en las últimas décadas, muchos sobrevivientes son más vulnerables a problemas de salud y desarrollo (Carbonell et al. 2010, 774).

A más de los diferentes procesos anteriormente descritos que deterioran la salud de la población en estudio hasta cierto punto; sin embargo, lo que realmente amenaza a la salud son los procesos de globalización, que se han venido generando en la actualidad, especialmente en la economía capitalista, originando cambios en todo el mundo y por supuesto la comunidad indígena no es la excepción, sumado a la migración, los rotundos cambios culturales, la

inequidad y exclusión social y la discriminación racial son el resultado de los modelos de desarrollo externos al que se encuentran sometidos las comunidades indígenas.

La vida cotidiana de las comunidades enfatiza el uso de los recursos naturales, donde existe una relación con la naturaleza muy cercana, extrayendo del bosque lo necesario para la supervivencia, sin embargo, existe situaciones que originan la imposición económica como es el resultado de la explotación de recursos naturales, especialmente del petróleo y la minería; las negociaciones entre gobiernos y los modos de producción que difieren de la cosmovisión tradicional cotidiana, que amenaza con destruir o socavar el tejido cultural de las comunidades y su relación con el medio ambiente, en ambos casos son situaciones destructivas.

Con base en lo anterior, se puede apreciar que las dinámicas culturales y productivas de las comunidades indígenas fueron alteradas principalmente por el mercado, dando lugar a nuevos procesos protectores o destructivos que afectaron la vida y los medios de subsistencia de estos pueblos y la salud de los mismos.

#### **4. Procesos protectores y procesos destructivos**

Los modos de vivir que determinan la salud se pueden desarrollar mediante un conjunto de procesos. Las decisiones se pueden tomar a través de una serie de procesos. Dependiendo de las condiciones sociales de cada espacio y tiempo, según las relaciones sociales que desarrollen, estos procesos tienen diferentes predicciones de salud y pueden ser utilizados para crear condiciones de justicia, mantenimiento y mejora o, por el contrario, para tomar en cuenta la inequidad, privación y deterioro. En otras palabras, el proceso por el cual se desarrolla el modo de vida de las sociedades y grupos adquiere cualidades protectoras/beneficiosos (saludables) o cualidades destructivas, reforzantes (no saludables).

Cuando un proceso se vuelve benéfico, se convierte en agente protector, sustentador y estimulante benéficos para la vida humana, individual y colectiva, lo llamamos proceso protector o benéfico; y cuando el proceso se convierte en un elemento destructivo, conduce a la privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo que llamamos procesos destructivos. Se entiende que el proceso puede corresponder a diferentes dimensiones y ámbitos de la reproducción social y puede ser protector o destructivo según las condiciones históricas en que se desarrolla la respectiva colectividad (Breilh 2006, 188).

En muchos casos las personas experimentan procesos destructivos tanto a nivel físico como psicológico, por las características de su entorno en donde están expuestos a riesgos en su trabajo, que por lo general no tienen un buen ingreso económico, por otro lado, se evidencia

que la vivienda no es del todo óptima y más la carencia de los servicios básicos. Este tipo de situaciones genera preocupación y angustia por no contar con los recursos necesarios para el sustento de sus familias.

## **5. Tres vías de inequidad: género, etnia y clase social**

Como explica Breilh (1996, 19), la acumulación y concentración de poder se ha consolidado y expandido desde el período histórico de las sociedades de clases, donde la unidad y la interdependencia crearon tres fuentes de inequidad social: el género, etnia y clase social.

El género, clase y etnia son tres categorías que se interrelacionan, se entretajan una con otra, en ese contexto la cotidianidad de la sociedad se construye sobre estos constructos ya sea de manera consciente o inconsciente y a la vez se van reproduciendo modos sexistas, clasistas y racistas.

Al investigar las determinaciones sociales por género, clase y etnia de un colectivo, permite conocer sus formas de reproducción social, experiencias, formas particulares de organizarse, su interacción con la protección o pérdida de los derechos colectivos y la puesta en marcha de la cooperación social, es decir que permite conocer los procesos que configuran sus modos de vida particulares.

La determinación social relacionada con el género, clase y etnia que ha generado situaciones y condiciones de vida dispares para las personas, como afirma la investigadora mexicana María Concepción López (2022, 71), “influye negativamente en la producción de la salud y en el funcionamiento del sistema de cuidado, dando lugar a enfermedades particulares, muchas de ellas feminizadas, racializadas y/o clasistas del propio modelo hegemónico cultural”.

Sin embargo, las determinadas colectividades no están en desventaja solo por el género, clase y etnia que marcan las construcciones culturales opresivas patriarcalismo, clasismo y racismo, sino que desde la época de la colonia hasta la actualidad las naciones y las comunidades colonizadas económica, política y culturalmente una y otra vez han sido perjudicados y despojados del derecho de autodeterminación.

Desde un concepto menos biologicista, y menos centrada en la salud individual de la mujer según Breilh (1996, 251) considera que; “la salud reproductiva de los géneros está profundamente influida por las contradicciones de su vida”, es decir que a lo largo de su vida va a existir procesos protectores o destructivos que encarnan en beneficio o deterioro de su

salud y cuyo desarrollo se da en su vida social. Así ponen en descubierto que los trastornos de la vida reproductiva, así como el aborto espontáneo, la prematuridad y los recién nacidos con bajo peso, están relacionados íntimamente con el trabajo femenino y se relaciona con la vida social que experimenta las mujeres de diferentes etnias y clases sociales.

De acuerdo a la corriente del positivismo, se considera al género como un factor de riesgo, el mismo que se reduce a un concepto estático de un proceso de estudio, que genera una visión fraccionada de la realidad únicamente de manera externa, con una noción de algo probable cuyo estudio se lo realiza en forma de variable.

En cambio, desde la epidemiología contrahegemónica se considera al género, no específicamente como un factor, una variable o un factor de riesgo, si no como “una característica propia del ser social humano que contribuye a determinar su calidad de vida y de su salud” que se va operando permanentemente entre los procesos destructivos y protectores en relación a las características étnicas y de clases sociales el mismo que genera un proceso de determinación de su salud.

La inequidad de género se puede ver en la sociedad cuando las mujeres ejercen el trabajo informal como una manera de sustentación económica, y en su ejercicio son discriminadas, subvaloradas con la asignación de puestos o tareas inadecuadas. Posteriormente en sus casas son víctimas del poder masculino teniendo que realizar dobles jornada para realizar las tareas domésticas propias del hogar.

Entonces la inequidad de género genera efectos de injusticia para las mujeres, al mismo tiempo alimenta las relaciones subordinadas que contribuyen a la reproducción de las otras dos formas de concentrar el poder, que se acentúa en la cotidianidad de la sociedad generando aceptación es decir como forma natural de vida.

En cuanto a la etnia considerada desde el punto de la epidemiología crítica como uno de los dominios de la estructura de poder, por consiguiente, lo define Breilh como “un conjunto de atributos culturales (idioma, vestido, religión, instituciones) que otorgan una identidad global aceptada por el colectivo” (1996, 26). Además, las identidades sociales construidas a partir de categorías étnicas tienen un significado importante que responden a las condiciones sociales e históricas particulares de las colectividades o naciones. Por ende, los grupos étnico-nacionales que se posicionaron estratégicamente, como resultado adquieren un gran poder para consolidar y expandir su propia cultura y subjetividad colectiva. Porque el poder les otorga a conservar su identidad cultural y sostiene la integridad histórica étnica, llevando a una transformación plurinacional-multiétnica, pero cuando quieren dominar a otros grupos étnicos, puede imponer puntos de vista monoculturales y racistas.

Sin embargo, hoy en día la etnicidad continúa siendo una de las razones más importantes de discriminación, que ha generado un proceso biológico social de división racial, proceso económico de división étnica del trabajo y apropiación, como proceso político de posicionamiento estratégico, acumulación de poder y procesos culturales así también como construcciones dominantes (Wade 2000, 66).

En cuanto a la categoría clase social desde hace muchos años se ha venido desarrollado históricamente un cierto nivel de conciencia de sus intereses estratégicos que a su vez establece el goce de los derechos humanos y de los bienes, de los que depende la calidad de la reproducción social, para Breilh (2010b, 4). La clase social lo define como los rasgos estructurales decisivos del modo de vida de los grupos sociales, que ocupan el mismo lugar en el sistema de relaciones sociales y corresponden al mismo tipo de inclusión en el sistema económico, dependen de: las actividades de sus miembros; las formas de su propiedad, sus relaciones tecnológicas en la sociedad, las formas de participación en el bienestar social y las formas en que disfrutan.

La clase social que conforman las personas, como plantea Breilh (1989, 2) se distinguen principalmente por el lugar que ocupa en un sistema de producción, por su relación con los medios de producción, por su papel que ejercen en la organización del trabajo, y, por lo tanto, por su parte de la riqueza que le corresponde.

Además, es de gran importancia conocer la clase social de una determinada sociedad, porque permite conocer y comprender la organización de las personas, las características propias y también sus relaciones sociales entre sí. Sin embargo, en la actualidad la sociedad vive la lógica de la clase social donde se sigue naturalizándose, la clase social baja o pobre, sin tener que hacer nada al respecto, ubicado en el peldaño más bajo de la escala de la categorización social y por ello están entre los más discriminados y excluidos de la sociedad.

Por consiguiente, la explotación y la discriminación aún se relacionan con el carácter clasista de las tareas de distribución y reproducción social, así como con la clasificación de clase social del empleador, la función que desempeña y el trabajo doméstico. Incluso cuando se trata de la fuerza de trabajo, es necesario identificar las características específicas del trabajador, incluido el género, la clase y la etnia, y cómo ha experimentado estas características en su experiencia personal. El mismo que es responsable del deterioro de la salud de un empleado, así como de su eficiencia y productividad en el trabajo que requiere.

La concentración de la riqueza que establece y sostiene las clases sociales determina una inequidad de poder dominante, y la dominación no significa solo privar a los sujetos de bienes y riquezas, sino que, para mantenerse, debe existir constantemente un proceso de

hegemonía y reconocimiento de dominación, que involucra vinculaciones culturales de dominio de género y etnia. Por lo tanto, cuando existe inequidad que es la apropiación o concentración de poder en una clase, género o etnia aparece una relación de explotación y subordinación (Breilh 2010b, 5).

En este sentido, resultó importante, fundamentar la elección del marco teórico, para ello fue seleccionado como principal enfoque el modelo propuesto por Breilh quien enfatiza la importancia de los rasgos estructurales que definen el modo de vida de los grupos sociales. Según esta definición, la clase social no solo se trata de la posición económica, sino que involucra diversos aspectos que influyen en la forma en que las personas viven y participan en la sociedad.

Esta propuesta resulta idónea para este estudio porque el autor Breilh plantea que la posición social y económica de un grupo va más allá de los ingresos económicos, y abarca aspectos más amplios de su vida, donde involucra la participación en la sociedad, acceso a recursos y servicios. Esta perspectiva más completa ayuda a comprender cómo la inequidad social en los individuos puede estar arraigadas en múltiples dimensiones de la vida de las personas y grupos sociales. Considero, que este autor ha brindado una transformación al análisis de la salud, ha promovido la idea de que la salud no es simplemente un resultado individual, sino que está fuertemente influida por el contexto histórico, social, político económico y cultural en el que las personas viven.

## Capítulo segundo

### Metodología

En este capítulo se realiza una descripción metodológica de las técnicas e instrumentos, pregunta, objetivos de la presente investigación, tipo de estudio, proceso de obtención de la muestra y los aspectos éticos a considerarse, para que el lector pueda conocer y comprender como se desarrolló la investigación y que herramientas permitieron identificar los procesos protectores y destructivos que están presentes en la población de estudio, en los dominios (general, particular e individual). Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo, con enfoque metodológico mixto.

Se debe señalar que, una investigación de enfoque mixto es altamente importante debido a las ventajas y beneficios que ofrece en términos de comprensión profunda de los fenómenos que se están estudiando. Al combinar métodos cuantitativos y cualitativos, se obtiene una perspectiva más completa y rica del problema de investigación. El método cuantitativo a permiten recopilar datos estadísticos, mientras que el método cualitativo ha permitido profundizar la comprensión de los procesos y explorar a fondo las perspectivas y las experiencias de las participantes. Esto puede llevar a la identificación de procesos que podrían pasarse por alto en un enfoque exclusivamente cuantitativo, además, esto puede ayudar a interpretar los resultados y a proporcionar explicaciones más detalladas.

Los hallazgos de un enfoque mixto pueden ser más convincentes y efectivos para informar políticas y prácticas, ya que consideran tanto las perspectivas individuales como los patrones generales. De igual manera, este enfoque permite abordar la complejidad de la salud, sus diferentes dominios, lo que puede conducir a una comprensión más completa y precisa, capturando la diversidad de experiencias, perspectivas individuales y colectivas.

La pregunta central de este estudio es ¿cuáles son los procesos críticos de los modos de vida de las madres de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz?

El objetivo general es comprender y analizar los procesos críticos de los modos de vida de las madres de los recién nacidos prematuros de la Unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz.

Los objetivos específicos de la presente investigación son: (1) identificar los procesos de exposición y vulnerabilidad de las madres de los recién nacidos prematuros de la unidad

de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz; (2) identificar los modos y estilos de vida de las madres de los recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, y (3) conocer los procesos protectores y destructivos que están presentes en las familias de los neonatos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz.

La presente investigación es un tipo de estudio epidemiológico transversal descriptivo. Observacional: Este es un estudio definido como estadístico o demográfico. Se caracteriza por observar y registrar eventos sin interferir con los procesos naturales (Manterola y Otzen 2014, 365). En este trabajo, los registros obtenidos a través de la encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a, UCIN-HPBO 2022 y la entrevista a los autores claves, que también aportan información de la prematurez de los recién nacidos y sus madres.

Transversal: los resultados junto con los antecedentes se observan en el mismo momento, en la población de estudio se investigó los principales procesos críticos de las madres de los recién nacidos prematuros.

Descriptivo: pretende determinar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Hernández Sampieri 2014, 92). Mediante la medición o recopilación de información individual o colectiva sobre los conceptos o variables que requiere el estudio.

En lo que respecta al universo y muestra, el estudio se realiza en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, situado en el cantón Quito, provincia Pichincha. Esta unidad de salud es pública y brinda servicios sanitarios a toda la localidad pediátrica, en especial aquellas familias pertenecientes a la clase media a baja.

La población de estudio corresponde a las madres de los recién nacidos prematuros hospitalizados que cumplieron los criterios de inclusión. Desde enero a junio del año 2022, que corresponde al periodo de estudio, se registraron 50 neonatos prematuros, de los cuales 39 cumplieron con los criterios.

Tabla 1  
**Criterio de inclusión y exclusión**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Madres de los recién nacidos de 28 a 36 semanas y 6 días edad gestacional (determinada por la fecha de la última menstruación, ecografía o Capurro que fueron transferidos al Hospital Pediátrico Baca Ortiz durante el periodo de enero a junio del 2022). -Disponer de las historias clínicas de los recién nacidos prematuros. -Madres que muestren disposición a participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.	- Madres de los recién nacidos con edad gestacional superior a las 37 semanas definida por la fecha de la última menstruación, ecografía o Capurro. - Madres de los recién nacidos con edad gestacional inferior a 28 semanas definida por la fecha de la última menstruación, ecografía o Capurro.

Fuente: Atención del neonato prematuro en la UCIN, 2012

Elaboración propia

A continuación, se detalla el diseño muestral, para ello se tuvo en cuenta los objetivos, el tipo de estudio y por tratarse de una población a la que tenía acceso la investigadora, se incluyeron a la población que cumplió con los criterios de inclusión, fueron un total de 39 madres de recién nacidos prematuros de UCIN del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, en el periodo comprendido de enero a junio del 2022. Cabe mencionar que el presente estudio, a pesar de que se centra en la prematurez como una puerta de entrada, esencialmente se investiga la determinación social de la prematurez, fundamentándose en la realidad determinada de las madres.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa de Epidat, cuyos resultados se exponen a continuación:

Tamaño de la población: 50

Proporción esperada: 10,000%

Nivel de confianza: 95%

Efecto de diseño: 1,0

Tabla 2  
**Cálculo del tamaño de la muestra**

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
3,000	45
4,000	41
5,000	37

Fuente: EPIDAT

Elaboración propia

Después de elaborar y validar los contenidos de los instrumentos previamente seleccionados para este estudio, se aplicó el formulario de encuesta en la muestra seleccionada. Para ello se utilizó el programa como Microsoft Excel y SPSS versión 23.

Para llevar a cabo la recolección de datos primero se procedió a contactar y verificar los casos que cumplieran con los criterios de inclusión. Luego se las contactó de manera presencial en la UCIN del hospital Pediátrico Baca Ortiz, se les brindó información sobre el estudio, sus objetivos. Después de brindar toda la información relevante del estudio, se les invitó a participar en la investigación.

Se aplicó el instrumento presencialmente en el área de Neonatología del Hospital Pediátrico Baca Ortiz, posterior al llenado del consentimiento informado (ver Anexo 4). La duración fue aproximadamente 25 minutos por cada encuesta.

En cuanto a las técnicas e instrumentos que se utilizó en el estudio, posterior a la revisión bibliográfica, para identificar los procesos críticos a nivel institucional se realizaron entrevistas a los profesionales de la UCIN y las madres. Y para caracterizar los modos de vida y estilos de vida de las madres se aplicó la encuesta (ver Anexo 1). Dentro del componente cuantitativo, el estudio utiliza la encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de la madre del prematuro/a para recopilar información sobre niveles socioeconómicos, modos de vida y estilos de vida, es decir, sobre procesos que se desarrollan a nivel particular e individual.

Este instrumento fue desarrollado para recopilar información epidemiológica y sociodemográfica para el análisis de los modos de vida y estilo de vida en relación con la investigación sobre la prematurez de los recién nacidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz considerando, que la investigación es sobre los procesos sociales que determinan los modos de vida de las madres que tienen hijos prematuros. El mismo, que consta de 89 ítems divididos en 5 módulos que corresponde: al módulo uno: los datos de identificación de la persona encuestada; módulo dos, a los modos de vida e inserción social de las familias; módulo tres y cuatro sobre los estilos de vida de las madres antes y durante el embarazo; y finalmente en el módulo cinco se extrae los datos relevantes de la historia clínica que aportan información sobre la condición de salud del prematuro.

Dentro del componente cualitativo, se realizaron entrevistas a un pequeño grupo de madres, de acuerdo a la categorización de la inserción social; con tal motivo, el estudio seleccionó una madre de cada fracción de clase, es decir, una de la clase pequeño propietario, empleado público o privado y una madre de la clase trabajadora, cuyos hijos prematuros permanecían hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de neonatología. Se efectuó esta entrevista con la finalidad de obtener información, sobre los estilos de vida, percepción

del problema, afecciones en los ámbitos sociales como también económicos y, por último, los problemas que ellas perciben durante su estadía en esta casa de salud.

En el desarrollo del presente estudio, a más de encuestar a las madres, se aplicó una entrevista al personal de salud. La entrevista se realizó a un especialista en neonatología, un médico residente y una enfermera, este personal de salud labora actualmente en la unidad de cuidados intensivos de neonatología. Las entrevistas tuvieron una duración de 7 minutos, previo a la autorización y firma del consentimiento informado (ver anexo 4).

Tabla 3

**Descripción de los participantes (madres y personal de salud) de la entrevista**

Ubicación socio-laboral	Edad (años)	Género	Formación
Médico tratante	42	Femenino	Especialista
Médico residente	39	Masculino	Profesional
Enfermera	28	Femenino	Magister
Madre clase trabajadora	30	Femenino	Primaria
Madre clase pequeño propietario	39	Femenino	Primaria
Madre clase empleado público o privado	36	Femenino	Profesional

Fuente y elaboración propia

Mientras que la epidemiología hegemónica, establece una relación casualista, lineal, priorizando el enlace entre causa y efecto, en cambio, la epidemiología crítica considera importante a los tres dominios de la determinación social de la salud; general, particular y singular, con un movimiento dialéctico, con presencia de procesos críticos que a su vez puede ser protectores o destructivos.

Para estudiar los procesos protectores y destructivos, esta investigación definió indicadores claves que sirvieron de base para el diseño de la encuesta que posteriormente se ingresó a la base de datos SPSS versión 23.

Y para las entrevistas se realizó al personal de salud de UCIN de H.P.B.O. y a las madres de los recién nacidos prematuros mediante un diálogo abierto, los mismos que fueron grabados previo permiso de los participantes, la cual fue desarrollada de acuerdo al problema de la investigación, posteriormente fueron transcritas y se extrajeron los datos más importantes del estudio.

Para el desarrollo de la presente investigación fue crucial identificar las clases sociales para comprender su calidad de vida y comparar sus modos y estilos de vida. Porque no es lo mismo clasificar los estratos sociales de acuerdo a los ingresos económicos solo por el hecho de tener un ingreso monetario semejante como es el enfoque positivista, ya que la similitud

de los ingresos puede ser parecidos, pero por el hecho de pertenecer a diferentes clases sociales sus modos de vida determina diferente calidad de vida y los ingresos solo puede ser un indicador que percibe de manera externa, por lo tanto es necesario identificar la tipología de las clases sociales, “desde un sistema de clasificación social que no sólo partiera de los efectos en la esfera del consumo, sino que asumiera los determinantes en la esfera de la producción” (Breilh 1989, 1).

La categoría clase social, permite integrar las dimensiones fundamentales que en si determinan los modos de vida y sus relaciones sociales. En otras palabras, la categoría clase social pasa a ser la variable inserción social, para facilitar la operacionalización en base a las cuatro variables, que se aplicó en la encuesta en el trabajo de campo: (a) lugar en el aparato productivo; (b) relaciones técnicas (frente a los medios de producción); (c) relaciones de propiedad (papel en la organización del trabajo); y (d) relaciones de distribución (cuota de la riqueza de que disfrutan) (Breilh 1989, 2).

La inserción social, una de las variables que analiza la categoría clase social, la misma que representa una de las expresiones de la matriz de poder presentes en el sistema productivo, luego se realizó un análisis integral, mediante un cruce de las variables como etnia y género.

Tabla 4  
Matriz de construcción del índice de inserción social - INSOC

Proceso	Dimensión	Variabes	Índice
Fracción de clase	Clase social	Ocupación del principal responsable económico	INSOC
		Propietario de los medios de producción del principal responsable económico	
		Tarea del principal responsable económico	
		Fuente de ingresos del principal responsable económico	

Fuente y elaboración propias

Para el procesamiento de datos del presente estudio, se adaptó el esquema de operacionalización propuesto en Colombia por el ENSAB-IV del Ministerio de Salud y Protección Social 2015 y de la tesis de David Acurio (2021).

El esquema está clasificado en tres clases sociales.

1. Clase trabajadora: se refiere a la persona que vende mano de obra a una empresa en la que no es propietario, bajo un contrato de más de tres meses y no realiza trabajos administrativos. Esta categoría incluye trabajadores de fábricas, mineros y trabajadores no ejecutivos en empresas comerciales, de servicios, construcción, agrícolas y pesqueras (Acurio Páez 2021, 87).

2. Pequeño propietario: es responsable del desarrollo de sus actividades económicas, lo que significa que compra productos elaborados o semielaborados para ser vendidos posteriormente. No es un profesional ni técnico, es un empresario autónomo y pequeño empresario.
3. Empleado público o privado: está integrado por empleados profesionales y técnicos independientes, empleados de empresas privadas o empresas públicas y privadas que cuenten con títulos técnicos profesionales, que perciban un salario fijo y realicen funciones de control técnico, coordinación, supervisión y gestión, incluido el personal técnica-administrativo.

En referencia a la tesis de David Acurio, se han desarrollado diferentes tipologías de los modos de vida, los mismos que permitieron distinguir las diferencias que se presentan dentro de las clases sociales.

Es necesario recalcar que la operacionalización de los modos de vida se lo realiza desde la inserción social, que desarrolla condiciones importantes para la reproducción social, económica y cultural. El desarrollo de los modos de vida comienza con la identificación de cinco dominios planteados por Breilh (2003b, 19) de los que surgen lo siguiente:

- Trabajo
- Consumo y vida doméstica
- Soporte organizativo
- Conciencia y subjetividad
- Metabolismo sociedad-naturaleza

Con respecto al modelo analítico y operacionalización de variables correspondientes para el plan de análisis de la información, se establecieron cinco módulos esenciales para el estudio. En cuanto al módulo 1 de la encuesta epidemiológica, se obtuvieron los datos demográficos como; etnia, estado civil, nivel de instrucciones, ocupación y edad de la madre.

En el módulo dos de la encuesta epidemiológica, se extrae información sobre modos de vida de las familias y la inserción social (INSOC). En este apartado las preguntas estuvieron orientadas a identificar al responsable económico del hogar, ocupación, propietario de los medios de producción, tarea principal, ingresos mensuales, afiliación del seguro social. De acuerdo a la ocupación, tarea, propietario de los medios de producción y fuente de ingreso del principal responsable del hogar, se identifica tres clases sociales; clase trabajadora, empleados públicos o privados y pequeños propietarios. En este módulo también se describen las características de la vivienda, convivencia, número de personas que habitan en la vivienda, zona de ubicación de la vivienda, servicio de recolección de desechos, servicios básicos,

pertenece a alguna organización social, calidad de alimentación, actividad en el tiempo libre, práctica del deporte y deportes colectivos.

En el módulo tres de la encuesta epidemiológica, se integró información relacionada con el perfil de la madre antes del embarazo. En esta categoría las preguntas están en torno al estado de salud de la madre antes del embarazo, tratamiento médico, abortos anteriores, partos con malformaciones, antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares, afecciones mentales, horas de sueño, tabaquismo, exposiciones a contaminantes domésticos o laborales.

En el módulo cuatro de la encuesta epidemiológica, se integra información sobre el perfil de la madre durante el embarazo, se consideraron algunas preguntas como; el número de embarazos, calidad de alimentación, dieta, exposición ambiental de las madres, control prenatal, ácido fólico, medicación en el embarazo, enfermedades o complicaciones del embarazo y tipo de parto.

Finalmente, en el módulo cinco de la encuesta se recabó información de la historia clínica del bebé, las características consideradas son: género, maduración pulmonar, edad gestacional, peso al nacer, necesidad de reanimar después del parto, puntuación APGAR, complicaciones hasta los 28 días, restricción de crecimiento intrauterino, afectaciones respiratorias, digestivas, neurológicas, cardiovasculares, infecciones y alteraciones metabólicas (ver anexo 5).

Los datos obtenidos en la presente investigación están organizados para el análisis estadístico SPSS versión 23, cuya información se procesó en estadística descriptiva. En base a la exploración uni y bivariada, por territorio, grupos de edad, escolaridad, etnia, con relación a la inserción social. Con esto se pudo tener información de los procesos críticos del objeto de estudio. Por otro lado, la matriz de procesos críticos se realizó considerando los módulos planteados para el estudio, en esta matriz se describen los bloques y características de cada uno de los módulos descritos, esenciales para la obtención de la información, para lo cual se emplea un enfoque de la determinación social (ver anexo 6).

A continuación, se detalla las consideraciones y recaudos éticos, que se tomó en cuenta en la investigación previo a la ejecución de los instrumentos a la población de estudio:

Consentimiento previo, libre e informado: en este apartado, se desarrolló un formulario de consentimiento en donde se detalla que las madres de los recién nacidos prematuros accedieron a participar en el estudio, se les anunció que la información recibida será reservada y únicamente para el conocimiento de la institución.

Garantía de privacidad y anonimato: se dio a conocer los beneficios y bondades de la investigación y a su vez se garantizó la absoluta privacidad, a través del anonimato, preservando la identidad, evitando toda pista de los participantes. Los datos personales obtenidos durante la investigación no serán divulgados a otras partes ni serán utilizados para otros propósitos.

Principios bioéticos: los datos de carácter personal que se generaron de la población de estudio fueron tratados de forma leal y lícita. Evitando por medios fraudulentos, desleales y a su vez cumplieron con los siguientes principios bioéticos: no-maleficencia; la información obtenida no causará daño y se tratará de buscar el bien para las personas participantes a través del cumplimiento del principio de beneficencia. Se respetará su autonomía y se ajustará al principio de justicia.

Compromiso de la praxis: con la mirada de la determinación social en el proceso se generará actividades que permitan viabilizar ese cambio, describir como se elabora con una línea de los actores claves. Se elaborará los lineamientos para el plan de acción de mejora basándonos en los resultados. Los resultados de la investigación serán entregados a la institución y socializados a los profesionales y a la población de estudio.



## **Capítulo tercero**

### **Procesos críticos y modos de vida**

A partir de este capítulo se pretende describir los procesos críticos de los modos de vida de las madres de los recién nacidos prematuros dentro de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz. La encuesta aplicada se diseñó para identificar los procesos de exposición y vulnerabilidad, modos y estilos de vida y los procesos protectores y destructivos de las madres de los recién nacidos prematuros. Y también se vio la necesidad de aplicar una entrevista al personal de salud y a las madres de familia de cada fracción social, y se detalla a continuación los resultados. Posteriormente se describe la discusión, las conclusiones y recomendaciones del estudio.

#### **1. Contexto de estudio**

El Hospital Pediátrico Baca Ortiz, inaugurado desde el 14 de julio de 1948, creado para el cuidado de los niños y adolescentes ecuatorianos, es una unidad de salud de tercer nivel de atención, con especialización pediátrica y con una zona de influencia a nivel nacional entre las edades de 0 días hasta los 14 años, 11 meses y 29 días de edad.

Según la rendición de cuentas del Hospital Pediátrico Baca Ortiz 2019, el servicio de neonatología cuenta con una capacidad para 21 neonatos (con una disponibilidad de 5 camas intensivas) (2020, 6), sin embargo, muchas veces sobre pasa esta capacidad, llegando hasta 7 a 8 neonatos intensivos. Lo cual dificulta la atención eficiente, por un lado, por la falta de recursos humanos, así como el número insuficiente del personal de enfermería y, por otro lado, el mismo hecho de no contar con los equipos e insumos médicos que requieren.

Esta unidad de salud recibe pacientes prematuros transferidos de diferentes lugares del país, en la presente investigación, 22 neonatos prematuros fueron transferidos desde la región de la sierra, mientras que los 17 restantes desde la región de la Amazonía.

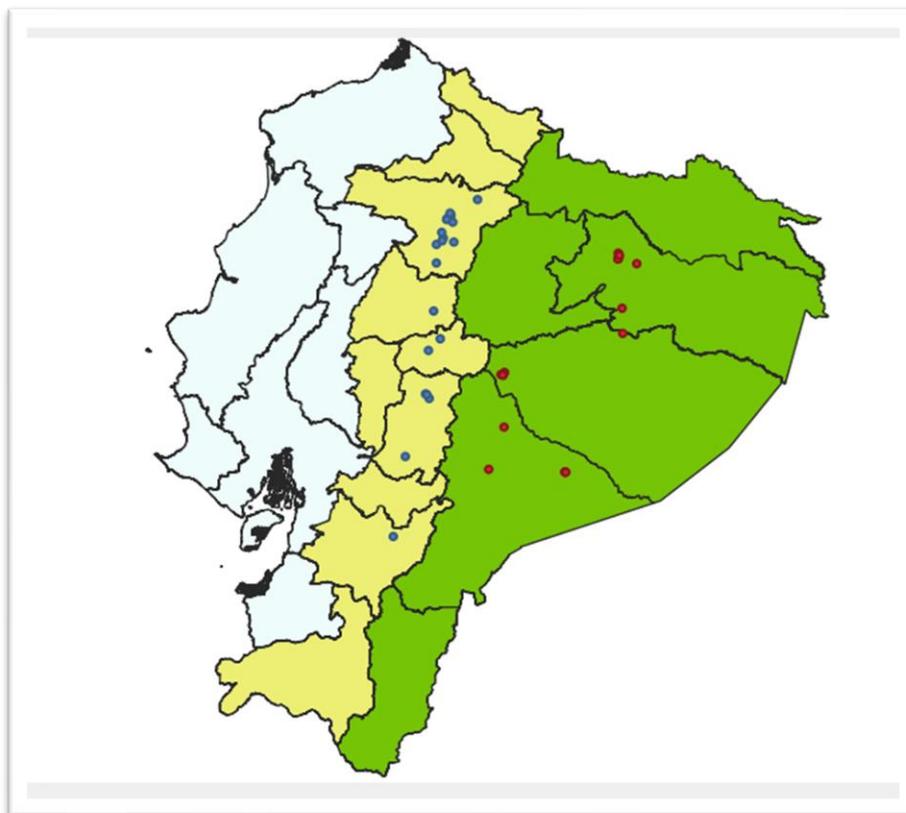


Figura 1. Ubicación de las viviendas de las madres en la región sierra y Amazonía del Ecuador (2022)  
Fuente y elaboración propia

Fue importante identificar el territorio en donde las madres residen, porque al hablar de territorio muchas veces lo asociamos con la división política de un país o región, pero en la presente investigación al referirnos al concepto de territorio nos permitirá, enriquecer los conocimientos sobre la dinámica de la salud y enfermedad de las madres de los recién nacidos prematuros en la región amazónica y sierra del Ecuador.

Aunque el significado conceptual del territorio está relacionado con el espacio, pero considero que no es un espacio muerto o un espacio sin historia, al contrario, el territorio incluye el tiempo, las relaciones de poder y su relación con la naturaleza, ya que las colectividades que en ella habitan es donde se desarrollan y manifiestan las consecuencias, o también los procesos destructivos o protectores.

La región amazónica se caracteriza por ser pluricultural, con el mayor número de etnias indígenas de la región, entre ellas la etnia shuar que se desplaza en las provincias de Morona Santiago, Zamora Chinchipe y en menor porción en las provincias de Napo, Orellana, Sucumbíos (Gnerre 2015), y estas poblaciones también se encuentran en extrema pobreza, con un índice alto de pobreza debido a necesidades básicas insatisfechas.

Por otro lado, las características extensas de sus territorios, la accesibilidad o retorno a sus hogares se torna difícil, en algunos casos es únicamente por vía aérea, lo cual implica alto costo para el desplazamiento, por ello sobreviven de su propio sustento sin percibir ningún ingreso económico debido a que no existen fuentes de trabajo.

## **2. Características de las participantes del estudio**

En la presente investigación participaron 39 madres de recién nacidos prematuros hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de neonatología del Hospital Pediátrico Baca Ortiz. El 56 % de madres residen en la región Sierra y el 44 % en la Amazonía. Estas mujeres se autoidentifican como mestizas y shuar con el 36 %, indígenas de la sierra (puruhás, waranka) con el 21 % y 8 % se autoidentifican como afroecuatorianas.

En referencia al estado civil, el 77 % son casadas y el 23 % son solteras. En cuanto al nivel de instrucción, el 49 % pertenece a primaria, el 31 % a secundaria y el 20 % a superior (solo una madre tenía superior completo y las demás continuaban estudiando) y en cuanto a la ocupación de la madre durante el embarazo, el 18 % se dedicaba al trabajo dependiente, 33 % al trabajo doméstico no remunerado y el 49 % se dedicaba al trabajo informal.

Con respecto a la edad, el 21 % se encuentra en el rango de edad de menos de 19 años, 28 % corresponde al rango de edad más de 35 años y el 51 % se encuentra en el rango de 20 a 34 años, es decir, que la mayoría de las mujeres están en edad que pueden soportar la pesada carga laboral para satisfacer sus necesidades en el hogar. Sin embargo, esta exposición también puede ser susceptible a enfermedades por exceso de trabajo y fatiga mental.

De acuerdo con la ocupación, tarea, propietario de los medios de producción y fuente de ingreso del principal responsable del hogar, se identifica las siguientes clases sociales; el 51 % de la población en estudio pertenece a la clase trabajadora, el 31 % a la clase empleados públicos o privados y el 18 % a la clase pequeños propietarios.

Las características de las mujeres con base a la inserción social, la clase social de pequeños propietarios con el 71 % se autoidentifican como shuar, la región de residencia es la Amazonía y pertenecen al rango de edad de 20 a 34 años, seguido del rango de más de 35 años, son casadas con el nivel de instrucción de primaria, secundaria y superior. Para el caso de los empleados públicos o privados el 42 % se autoidentifica como mestiza y el 25 % como afroecuatoriana y shuar respectivamente, la región de residencia se centra en la Sierra con el 67 % y el 33 % en la Amazonía, el rango de edad al que pertenecen es de 20 a 34 años y más de 35 años, son casadas.

Para el análisis de la clase trabajadora, el 40 % se autoidentifica como mestiza y el 30 % como indígenas de la Sierra y Shuar, como región de residencia, el 60 % pertenece a la Sierra y el 40 % a la Amazonía; en cuanto al rango de edad, el 55 % pertenece al grupo de 20 a 34 años, son mujeres solteras y casadas con un nivel de instrucción de primaria y seis de ellas terminaron la secundaria.

Tabla 5  
Características de la madre y la inserción social

	Inserción social					
	Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
	n	%	n	%	n	%
<b>Región de residencia</b>						
Sierra	2	29	8	67	12	60
Costa	0	0	0	0	0	0
Amazonía	5	71	4	33	8	40
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Edad</b>						
Menos de 19 años	1	14	2	17	5	25
20 a 34 años	4	57	5	42	11	55
Más de 35 años	2	29	5	42	4	20
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Etnia</b>						
Mestiza	1	14	5	42	8	40
Indígena	1	14	1	8	6	30
Afroecuatoriana	0	0	3	25	0	0
Shuar	5	71	3	25	6	30
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Estado civil</b>						
Soltera	1	14	1	8	7	35
Casada	6	86	11	92	13	65
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Nivel de instrucción</b>						
Primaria	3	43	2	17	12	60
Secundaria	2	29	4	33	6	30
Superior	2	29	6	50	2	10
Ninguno	0	0	0	0	0	0
Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación Social de la Salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a

Elaboración propia

Las mujeres que son pequeñas propietarias, con el 71 % viven en la región de la Amazonía, el 67 % de mujeres que son empleadas en el sector público o privado viven en la Sierra ecuatoriana y en el caso de la clase trabajadora el 60 % reside en la región de la Sierra y el 40 % en la Amazonía.

Tabla 6  
Lugar de residencia y la inserción social

	Inserción social					
	Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
	n	%	n	%	n	%
<b>Región de residencia</b>						
Sierra	2	29	8	67	12	60
Amazonía	5	71	4	33	8	40
Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación Social de la Salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a  
Elaboración propia

### 3. Modos de vida

Retomando a Jaime Breilh, los elementos de la dimensión particular de la determinación social de la salud son los siguientes:

Modo de vida (grupal o colectivo), condiciones y espacios estructurados: está constituido por las condiciones grupales del trabajo, relacionada a la posición de la estructura productiva y agrupada por patrones laborales; además abarca la calidad de bienes de consumo del grupo, tipo cuota, construcciones de necesidad, sistemas de acceso y patrones de consumo; a la par tiene la capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad, es decir, es la clase para sí; de igual modo tiene la capacidad objetiva del grupo para el empoderamiento, organización y soportes en beneficio del grupo; finalmente resalta la calidad de las relaciones ecológicas del grupo, relación con la naturaleza. (Breilh 2010a, 103)

En este apartado se presentan los resultados de los procesos críticos encontrados en las dimensiones de los modos de vida de la población de estudio.

#### 3.1 Inserción social y trabajo

Los modos de vida con respecto a la inserción social, en el caso de la clase social de los pequeños propietarios, 7 de ellos mencionaron que su cónyuge es el principal responsable económico, la ocupación en la que se desenvuelven es de pequeño empresario, los medios de producción del propietario se basan en obtención de mercadería, la principal tarea del responsable económico es hacer y dirigir el trabajo, en cuanto a la principal fuente de ingresos los pequeños propietarios mencionaron que es por ventas ambulantes, y perciben un rango de ingresos mensuales menos de \$425 y el 29 % percibe \$425.

Para el empleado público o privado, 12 de los encuestados comentaron que su cónyuge es el principal responsable económico. Son profesionales y técnicos; la tarea del responsable

económico es hacer el trabajo y la principal fuente de ingreso es su sueldo como empleado de empresa en el sector privado o público, el 75 % percibe entre \$425 y \$850.

Para la clase trabajadora, el principal responsable económico es su cónyuge, son obreros y trabajadores, no son propietarios de ningún medio de producción y su principal tarea se basa en hacer el trabajo (jornalero); la principal fuente de ingreso la reciben de manera diaria o por semana. En cuanto al rango de ingresos mensuales, el 85 % percibe menos de \$425.

Con respecto a los ingresos económicos, según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (Escobar 2022, párr. 7), el 27,7 % de la población ecuatoriana se considera pobre porque recibe menos de \$85,60 mensuales. Otro 10,5 % vive en pobreza extrema con ingresos inferiores a \$48,24 mensuales a diciembre de 2021, incluso hay familias de la región de la Amazonía que sobrevive de su autosustento sin percibir ningún ingreso económico por la escasa fuente de trabajo.

Tabla7  
**Modos de vida/ Inserción Social**

		Inserción social					
		Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
		n	%	n	%	n	%
Principal responsable económico	Su cónyuge	7	100	12	100	15	75
	Su padre	-	-	-	-	4	20
	Padraastro/ madrastra	-	-	-	-	1	5
	Total	7	100	12	100	20	100
Ocupación del responsable económico	Profesional que trabaja como empleado público o privado	-	-	8	67	-	-
	Empleado público o privado administrativo	-	-	4	33	-	-
	Pequeño empresario	7	100	-	-	-	-
	Obrero y trabajador	-	-	-	-	20	100
	Total	7	100	12	100	20	100
Propietario de los medios de producción	Locales	2	29	-	-	-	-
	Tierra	-	-	3	25	6	30
	Máquinas (vehículo)	-	-	1	8	-	-
	Herramientas	-	-	1	8	-	-
	Mercadería	4	57	-	-	-	-
	Ninguno	1	14	7	58	14	70
	Total	7	100	12	100	20	100
Tarea del responsable económico	Hace el trabajo (Jornalero)	-	-	9	75	20	100
	Dirige y organiza el trabajo de otros (Capataz)	2	29	2	17	-	-
	Hace y dirige el trabajo (Patrón o Propietario)	5	71	1	8	-	-
	Total	7	100	12	100	20	100
Fuente de ingresos	Jornal diario o por semana	-	-	-	-	19	95
	Sueldo como empleado del sector público	-	-	2	17	-	-
	Sueldo como empleado de empresa sector privado	-	-	10	83	-	-
	Sueldo como empleada doméstica	-	-	-	-	1	5
	Ventas ambulantes	7	100	-	-	-	-
	Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a  
 Elaboración propia

### 3.2 Inserción social y patrones de consumo

Con respecto al acceso a la educación, las mujeres pequeñas propietarias. Así, el 43 % tiene un nivel de instrucción de primaria, el 29 % posee secundaria y superior, respectivamente. Las mujeres empleadas en el sector público o privado, el 50 % tiene un nivel de instrucción superior y el 33 % secundaria. Las mujeres de clase trabajadora el 60 % cuentan con un nivel de instrucción de primaria y el 40 % secundaria.

Tabla 8  
Acceso a la educación

	Inserción social					
	Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nivel de instrucción</b>						
Primaria	3	43	2	17	12	60
Secundaria	2	29	4	33	8	40
Superior	2	29	6	50	0	0
Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a  
Elaboración propia

#### 3.2.1 Inserción social y calidad de la vivienda/acceso a los servicios básicos

Para el análisis de los modos de vida se describen las características de la vivienda y servicios básicos con la inserción social. Las pequeñas propietarias, con el 71 %, poseen su vivienda en el área rural del país; el 57 % de mujeres viven en propiedades alquiladas y el 29 % cuenta con casa propia. El número de personas que habitan en la vivienda es de dos a tres con el 57 % y se encuentra el grupo de mujeres que viven con más de cuatro integrantes con el 29 %.

Para el análisis de la percepción de la calidad de la vivienda, el 71 % de encuestadas menciona que no es satisfactorio y el 29 % por el contrario, dice que si es satisfactorio. En cuanto al tipo de baño que poseen en su gran mayoría tienen baño con alcantarillado. En cuanto a la recolección de desechos, el 57 % de mujeres mencionó que se recoge con una frecuencia de cada dos semanas. La fuente de agua de consumo doméstico se usa mediante el agua del río, con el 57 % y el 43 % consume agua entubada. En cuanto al análisis del acceso a los servicios básicos, el 71 % de encuestadas expresó que cuentan con los servicios básicos

incompletos y apenas el 29 % cuenta con energía eléctrica, agua potable, alcantarillado e internet, es decir, con todos los servicios básicos.

En cuanto a la clase de empleados público o privado, el 75 % cuenta con sus viviendas en el área rural del país, el 42 % cuenta con vivienda propia y alquilada respectivamente. El número de personas que habitan la vivienda con el 42 % mencionan que son cuatro miembros y más.

En cuanto a la percepción de la calidad de la vivienda, el 58 % expresó que se sienten satisfechas y para el 42 % no es satisfactorio. Para el tipo de baño de la vivienda, el 75 % cuenta con baño con alcantarillado. Sobre la recolección de desechos, el 58 % comentó que disponen regularmente del servicio y el 25 % no cuentan con el servicio de recolección de desechos inorgánicos; siguiendo con la fuente de agua de consumo doméstico, el 75 % tiene agua entubada, y el 58 % poseen todos los servicios básicos.

Para la clase trabajadora, el 80 % cuenta con su vivienda en el área rural, el 55 % de mujeres vive en casas prestadas y el 35 % en viviendas alquiladas. En cuanto al número de personas que habitan la vivienda, el 45 % vive con más de cuatro miembros y el 35 % con cuatro. En cuanto a la percepción de la calidad de la vivienda, el 75 % manifestó que no es satisfactorio. El 45 % tiene baño con alcantarillado, el 30 % a campo abierto y el 25 % por medio de letrinas. Sobre la recolección de desechos, el 40 % dispone regularmente y el 35 % no tiene recolección de desechos inorgánicos.

La fuente de agua de consumo doméstico se da por agua entubada con el 55 % y el 35 % por medio de agua de pozo, finalmente para el acceso a los servicios básicos de forma parcial o incompleto corresponde al 75 %.

El acceso a los servicios básicos, como agua potable y saneamiento, es responsabilidad del Estado y está establecido en la Constitución de la República del Ecuador, en el capítulo segundo, correspondiente a los derechos del buen vivir a una vida digna, así en el Artículo 12: El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua es un patrimonio nacional de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida (Asamblea Nacional 2008, 13). Lamentablemente, la realidad de varias familias es todo lo contrario en donde carecen del abastecimiento del agua salubre a sus domicilios, poniendo en peligro la salud y la supervivencia.

Tabla 9  
Calidad de la vivienda/ acceso a los servicios básicos

	Inserción social					
	Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
	n	%	n	%	n	%
<b>Ubicación de la vivienda</b>						
Rural	5	71	9	75	16	80
Urbano	2	29	3	25	4	20
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Propiedad de la vivienda</b>						
Propia	2	29	5	42	2	10
Propia pagándose	0	0	0	0	0	0
Prestada	1	14	2	17	11	55
Alquilada	4	57	5	42	7	35
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Número de personas que habitan la vivienda</b>						
De dos a tres	4	57	2	17	4	20
Cuatro	1	14	5	42	7	35
Más de cuatro	2	29	5	42	9	45
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Percepción de la calidad de la vivienda</b>						
Satisfactoria	2	29	7	58	5	25
No satisfactorio	5	71	5	42	15	75
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Tipo de baño</b>						
Campo abierto	1	14	3	25	6	30
Letrina	1	14	0	0	5	25
Baño (alcantarillado)	5	71	9	75	9	45
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Recolección de desechos</b>						
Dispone regularmente	1	14	7	58	8	40
Cada dos semanas	4	57	2	17	5	25
Sin recolección de desechos inorgánicos	2	29	3	25	7	35
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Fuente de agua de consumo doméstico</b>						
Agua de río	4	57	1	8	2	10
Agua de pozo	0	0	2	17	7	35
Agua entubada	3	43	9	75	11	55
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Acceso a los servicios básicos</b>						
Ninguno -		-		-		-
Energía Eléctrica, agua potable, alcantarillado (parcial)	5	71	5	42	15	75
Energía Eléctrica, agua potable, Alcantarillado, internet (completo)	2	29	7	58	5	25
Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a.  
Elaboración propia

### **3.2.2 Inserción social y acceso a la alimentación**

En el análisis de la alimentación y la inserción social se obtuvieron los siguientes resultados: las pequeñas propietarias mencionaron que el lugar en donde se alimentaron durante el embarazo fue en casa, con una dieta familiar completa, equilibrada y suficiente, mientras que el 43 % comentó que no siguieron una dieta con estas características y el 57 % si lo hizo.

Las empleadas del sector público o privado mencionaron que el lugar donde se alimentaron durante el embarazo fue en casa con el 92 %. Sobre una dieta familiar completa, el 58 % comentó que si tuvo una dieta completa y el 67 % mencionó que tuvo una dieta equilibrada.

Para la clase trabajadora, se describe que las mujeres se alimentaron durante su embarazo en casa, en cuanto a la dieta familiar completa y equilibrada el 60 % de mujeres no contó con una dieta con estas características. Para finalizar las mujeres que tuvieron una dieta familiar adecuada, representaron el 55 % y la otra mitad de madres no tuvieron dicha dieta. Por lo tanto, se describe que las mujeres de clase trabajadora son más vulnerables a no tener una dieta completa, suficiente y adecuada.

### **3.2.3 Inserción social y acceso a los servicios de salud**

Para la descripción de la salud y la inserción social se conoció que, a las pequeñas propietarias, les toma menos de 30 minutos llegar a un establecimiento de salud, y no cuentan con ningún seguro. El 58 % de las mujeres empleadas del sector público o privado expresó que les toma menos de 30 minutos llegar a un centro de salud, y en cuanto a la afiliación al seguro de salud, el 58 % de mujeres no cuenta con ningún seguro y el 25 % tiene seguro privado. La clase trabajadora comentó que le toma menos de 30 minutos llegar a un centro de salud y ninguna de ellas cuenta con seguro.

La mayoría de las mujeres si tienen establecimientos de salud cercanos a sus lugares hogares, sin embargo, 34 madres no poseen seguro de salud u otra entidad establecida como un servicio médico que garantice el derecho a la salud, teniendo en cuenta que la atención a madres en etapa de gestación es fundamental para identificar los procesos destructivos, diagnosticar la condición fetal, evaluar la condición materna y educar a la madre con la

finalidad de prevenir nacimientos prematuros en cierta parte, siendo mayor el impacto en las mujeres de la clase trabajadoras como también en los pequeños propietarios.

### **3.3 Inserción social y la dimensión subjetiva**

Se consultó a las madres sobre cómo se sienten al tener un bebe prematuro. La percepción de las madres, basada en esta triple inequidad tratada en el primer capítulo, fue importante para conocer las condiciones de reproducción social en estos grupos. Las madres entrevistadas sin distinción de clase social coinciden en que su estado emocional se ha visto afectado por la salud de sus bebés. Las madres que pertenecen a la fracción de clase de pequeñas propietarias comentaban que la tristeza y la soledad son sentimientos con los que deben convivir todos los días. Las mujeres de la clase empleadas público o privado hicieron referencia al estrés y también a la tristeza, y las madres de clase trabajadora coinciden en sentir tristeza, pero de manera profunda, sienten miedo, sobre todo soledad, otro punto que mencionaron, fue que, no sabían la magnitud del problema que conlleva tener un hijo prematuro.

Angélica madre de 39 años, mestiza, casada, actualmente no trabaja, madre de tres hijos. Pertenece a la clase pequeña propietaria. La madre comenta que, durante el tiempo de hospitalización, se sentía estresada y triste por el estado complejo de salud de su hijo prematuro, incluso afectando su vida social; “ya no tengo tiempo para salir con mi familia peor amigos”, además comentó que no tiene tiempo para pasar con sus otros hijos, en ocasiones quedan solos en casa. Angélica trabajó hasta los 5 meses de su embarazo como vendedora de confites junto a su esposo. El principal responsable económico de su hogar es su cónyuge, él es vendedor de confites. Los ingresos mensuales son aproximadamente de 400 dólares.

En cuanto a los recursos humanos y materiales de esta casa de salud, considera que el Hospital Pediátrico Baca Ortiz cuenta con los profesionales especializados y capacitados, sin embargo, muchas de las veces no hay medicamentos, ni insumos médicos, por esa razón ellos gastan semanalmente entre 20 a 30 dólares en medicinas.

Mónica madre de 36 años, mestiza, actualmente no trabaja, madre de dos hijos (3 y 6 años de edad). Pertenece a la fracción de clase, empleado público o privado: Comenta que, durante el tiempo de hospitalización, ella se sentía estresada y triste por la salud de su hijo prematuro, a pesar de que no tenía el apoyo de su familia ni amigos, ella se sentía apoyada por su esposo. El principal responsable económico de su hogar es su cónyuge, técnico en diseño gráfico. Los ingresos mensuales son aproximadamente de 550 dólares. En cuanto a los

recursos humanos y materiales, al igual que Angélica, considera que el Hospital Pediátrico Baca Ortiz cuenta con los profesionales especializados, sin embargo, muchas de las veces no hay medicamentos, y ella gasta semanalmente 20 dólares en medicinas.

María, madre de 30 años, indígena puruhá, pertenece a la clase trabajadora. Durante el tiempo de hospitalización, mencionó sentirse estresada y triste por la condición crítica de su hija prematura; además estaba deprimida por el hecho de estar sola en la ciudad de Quito, lejos de sus cinco hijos y su esposo. María trabajó hasta los 6 meses de su embarazo como ayudante de agricultura. El principal responsable económico de su hogar es su cónyuge, él es agricultor y los ingresos mensuales son aproximadamente de 300 a 400 dólares.

Respecto a los recursos humanos y materiales de esta casa de salud, considera que el Hospital pediátrico Baca Ortiz cuenta con los profesionales especializados, sin embargo, en ocasiones no hay medicamentos y gasta aproximadamente 20 dólares semanales, que frecuentemente no contaba con esa cantidad de dinero.

A continuación, se detallan las entrevistas que tuvieron la finalidad de identificar los procesos críticos a nivel institucional, obteniendo información por parte del personal de salud que brinda el cuidado especializado al neonato y sobre los procesos críticos asociados con el incremento de la prematuridad.

La mayoría del personal de salud, médicos y enfermeras señala a la madre como la responsable, debido a los escasos o nulos controles maternos, poco cuidado en el embarazo, embarazo adolescente, falta de consumo de ácido fólico; es decir por falta de cuidado propio, haciéndolas responsables de su salud. En tanto, la especialista en neonatología argumentó que la prematuridad no solo tiene que ver con el cuidado individual de parte de las mujeres embarazadas, sino que también hay otros factores biológicos, así como la infección de vías urinarias.

En cuanto al manejo de los pacientes, el personal de salud menciona que sí existe un protocolo para la atención del prematuro realizado por el Ministerio de Salud Pública a nivel nacional, pero internamente el servicio de neonatología no cuenta con un protocolo especializado para la atención de los prematuros específicamente. Un médico argumentó sobre la necesidad de implementar protocolos sobre el manejo del prematuro adaptado a las características socioculturales y al tipo de pacientes que se maneja en la UCIN del Hospital Baca Ortiz.

En lo que respecta a las estrategias por parte del MSP, no mencionan campañas específicas en este ámbito. La especialista en Neonatología argumentó que en el Ecuador se implementó la estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo Integral de Salud, con

la finalidad de brindar una atención integral al paciente hasta sus hogares y de esta manera detectar los factores de riesgo de los pacientes vulnerables, entre ellos, las embarazadas. Sin embargo, esta estrategia cubre únicamente a las madres embarazadas en riesgo.

De la misma manera, argumentan que no existen políticas que garanticen el derecho de la salud de los prematuros. Una enfermera mencionó que existe una Guía de Práctica Clínica del prematuro 2015 que ha sido desarrollada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el mismo que brinda recomendaciones para asistir a médicos en la toma de decisiones en el tratamiento del RN prematuro.

Acerca de la disposición de recursos humanos en el Hospital Pediátrico Baca Ortiz, las personas entrevistadas argumentaron que existe insuficiente personal de enfermería, ya que generalmente hay una sobrecarga de pacientes, lo que de alguna manera influye en la atención de salud de los neonatos prematuros. Otra barrera considerada por el personal de salud es la escasez de insumos y equipo médicos que son indispensables para la atención adecuada del paciente. Una enfermera menciona que la falta de los recursos materiales es por la inadecuada gestión del presupuesto por parte de las autoridades competentes.

El personal médico considera que el Hospital Pediátrico Baca Ortiz no asigna los recursos materiales suficientes para brindar una atención eficiente que garantice la salud de los neonatos, ya que en ocasiones han tenido que adaptarse con lo poco que hay. Una enfermera mencionó que, ante la falta de insumos médicos, lo que hacen es compartir entre pacientes y ella considera que esa medida, es una de las causas de infecciones que prolonga la hospitalización y deterioro de la salud del prematuro.

Desde el punto de vista de la epidemiología crítica se debe superar el sistema convencional de información en salud, que observa fundamentalmente los “factores de enfermedad” y sus efectos mórbidos aislados, invisibilizando los procesos de determinación integrales (Breilh 2003a). Lamentablemente las entidades de salud del Ecuador se encuentra bajo los lineamientos del Código Orgánico de Salud, en donde el proceso de enfermedad se fundamenta en factores de riesgo, fragmentados, aislados y concibiendo al proceso de la salud como individual y no desde un enfoque colectivo integral de la sociedad, asumiendo acciones y estrategias con una lógica lineal y positivista es una de las más grande debilidades del COS.

El COS construye un sistema de salud débil porque sus estrategias no se basan en la prevención, promoción de la salud y cuyo proceso no integra una visión dialéctica del pensamiento científico ni un carácter emancipador con el objetivo de llegar a la equidad, por el contrario está basado en un sistema de acumulación de poder, político y social, demostrando poco interés por la salud como tal, proporcionando una atención sanitaria

asistencialista con una lógica lineal y modelo farmo-bio-médico, creado para solucionar las etiologías de las enfermedades.

### **3.4 Inserción social: organización y soportes colectivos**

El 57 % de las pequeñas propietarias no pertenecen a ninguna organización y las madres que sí pertenecen a organizaciones son de carácter religioso y deportivo. Por otro lado, el 57 % de madres no tuvo soporte familiar en el embarazo y el 43 % si lo tuvo. En cuanto a la participación de actividades de la salud, el 86 % no participó en estas actividades.

Respecto a las empleadas del sector público o privado, el 83 % no pertenece a ninguna organización; en cuanto al soporte familiar, el 67 % de madres tuvo soporte y acompañamiento. Una pequeña minoría ha participado en actividades de salud.

Para la clase trabajadora, el 85 % no pertenece a ninguna organización y las mujeres que si tienen vinculación con organizaciones deportivas. Para el análisis del soporte familiar en el embarazo, el 50 % no tuvo este apoyo. En cuanto a la participación en actividades de salud, el 85 % de madres no ha participado en las actividades organizadas.

Para el análisis de las relaciones con la naturaleza y la inserción social, el 86 % de las pequeñas propietarias comentaron que en su barrio sí disponen de parque y plazas, cuentan con árboles y espacios verdes; los parques del barrio tienen canchas deportivas y tienen plantas dentro del parque. Sostienen además que cuentan con lugares específicos para realizar prácticas deportivas.

En tanto, las empleadas del sector público o privado, el 83 % comentó que en su barrio sí disponen de parques y plazas, de árboles y espacios verdes, cuentan con canchas deportivas, también existen caminerías y plantas dentro del parque, por otro lado, el 67 % dijo que no cuentan con máquinas para hacer ejercicio dentro de su sector.

La clase trabajadora con el 75 % comentó que en sus barrios cuentan con parque y plazas, con árboles y espacios verdes, también con canchas deportivas y con caminerías y dentro de los parques hay plantas, el 80 % de madres dijo que no existen máquinas para hacer ejercicio y el restante dijo que sí.

### **3.5 Inserción social y relación con la naturaleza**

En cuanto a la relación ecológica con la naturaleza y la inserción social, el 86 % de mujeres pequeñas propietarias comentó que los vecinos si separan los residuos reciclables en sus casas, el 71 % dijo que en su barrio organizan mingas de limpieza y mantenimiento. Las empleadas en el sector público o privado en un 75 % sostienen que separan los residuos reciclables en sus casas, mientras que el 67 % expresó que en su barrio organizan mingas de limpieza y mantenimiento. La clase trabajadora tiene un panorama diferente, el 50 % de encuestadas dijo que sus vecinos sí separan los residuos reciclables en sus casas y el 50 % que no lo hacen, por otro lado, el 40 % de madres comentó que su barrio organiza mingas de limpieza y mantenimiento.

## **4. Condición de salud de la madre**

La clase social de pequeños propietarios con el 43 % tuvo una percepción regular de su estado de salud antes del embarazo, no tuvieron un parto planificado, para los controles prenatales el 71 % tubo de 1 a 4 controles y el 29 % ninguno. Refieren haber tomado ácido fólico durante el embarazo, y el 43 % tomó medicación y tuvo parto por cesárea.

La clase empleado público o privado, con el 67 % tuvieron una percepción regular de su estado de salud antes del embarazo, el 48 % tuvo un parto planificado, en cuanto al control prenatal, el 33 % tubo de 5 a 7 controles y consumieron ácido fólico; el 58 % tomó medicación en el embarazo, la mayoría tuvo su parto por cesárea y el 33 % normal.

La clase trabajadora, por su parte, tuvo una percepción de su salud mala antes del embarazo con el 20 % y el 35 % regular, el parto no fue planificado, el 30 % no tuvo ningún control prenatal, no consumieron ácido fólico, y el 45 % no usó medicamentos durante el embarazo y su parto fue por cesárea.

Para concluir es necesario enmarcar las diferenciaciones importantes entre clases sociales; lamentablemente las madres que pertenecen a la fracción social más pobre, es decir la clase trabajadora, tiene peores condiciones que otros hogares que tienen mayores ingresos económicos en donde se evidencia en su mayoría una percepción de salud mala a regular antes del embarazo, embarazos no planificados y una tercera parte no tubo controles médicos durante el embarazo.

Tabla 10  
Condición de salud de la madre y la inserción social

	Inserción social					
	Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
	n	%	n	%	n	%
<b>Percepción de estado de salud antes del embarazo</b>						
Bajo	2	29	-	-	4	20
Regular	3	43	8	67	7	35
Bueno	2	29	4	33	9	45
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Parto planificado</b>						
No	6	86	7	58	13	65
Sí	1	14	5	42	7	35
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Control prenatal</b>						
8 o más	-	-	2	17	-	-
de 5 a 7	-	-	4	33	5	25
De 1 a 4	5	71	5	42	9	45
Ninguno	2	29	1	8	6	30
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Ácido fólico</b>						
No	2	29	1	8	9	45
Sí	5	71	11	92	11	55
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Medicación durante el embarazo</b>						
No	4	57	5	42	16	80
Sí	3	43	7	58	4	20
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Parto</b>						
Normal	1	14	4	33	7	35
Cesárea	6	86	8	67	13	65
Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a  
Elaboración propia

La clase social de pequeños propietarios con el 29 % tuvo complicaciones durante el embarazo por diabetes gestacional, para las afectaciones mentales durante el embarazo el 14 % tuvo ansiedad y estrés, el restante no tuvo ninguna afección.

La clase de empleados públicos o privados con el 25 % presentaron hipertensión arterial gestacional, las afectaciones mentales durante el embarazo con el 50 % se encuentra el estrés y con el 8 % la ansiedad y depresión.

La clase trabajadora por su lado tiene un panorama distinto, el 10 % presentó complicaciones durante el embarazo por la hipertensión arterial y diabetes gestacional; las afectaciones mentales durante el embarazo fueron con el 55 % el estrés, con el 15 % ansiedad y con el 10 % depresión.

Tabla 11  
Complicaciones durante el embarazo y la inserción social

	Inserción social					
	Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
	N	%	n	%	n	%
<b>Complicaciones durante el embarazo</b>						
Ninguno	1	14	4	33	4	20
Hipertensión arterial gestacional	1	14	3	25	2	10
Diabetes gestacional	2	29	-	-	1	5
Eclampsia/preeclampsia	-	-	1	8	-	-
Parto prematuro	2	29	2	17	7	35
Placenta previa	-	-	-	-	-	-
Ruptura prematura de membranas	1	14	2	17	6	30
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Afectaciones mentales durante el embarazo</b>						
Ninguna	5	71	4	33	4	20
Ansiedad	1	14	1	8	3	15
Depresión	-	-	1	8	2	10
Estrés	1	14	6	50	11	55
Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a.

Elaboración propia

## 5. Procesos de exposición y vulnerabilidad de las madres de los niños/as prematuros/as

### 5.1 Exposición y la inserción social

En este apartado, y con base en la revisión bibliográfica sobre las condiciones antes y durante el tiempo de gestación, se consultó sobre los diversos tipos de exposiciones a los que se enfrentaron las madres. Al respecto se obtuvieron los siguientes resultados, el 64 % de mujeres realizó esfuerzo físico durante el embarazo y a su vez el 77 % tuvieron jornadas laborales extensas.

En cuanto a la clase social empleado público o privado todas las madres mencionaron no haber realizado esfuerzo físico, pero el 58 % afirmaron haber tenido jornadas laborales extensas, este grupo de mujeres desempeñaban labores en oficinas, trabajo virtual o educadoras (así como secretarías, tecnólogas, asistentes y docentes), con respecto a la clase pequeño propietario el 71 % de las madres realizó esfuerzo físico durante el embarazo y 57 % trabajaron jornadas laborales extensas, este grupo de mujeres desempeñaban labores como

vendedoras ambulantes y artesanas, mientras que la peor fracción social la clase trabajadora en su mayoría se dedicaba a la agricultura, por su lado más del 95 % de las madres mencionaron haber realizado esfuerzo físico y haber trabajado jornadas laborales extensas durante el embarazo.

Cabe recalcar que el 33 % de las madres en estudio se dedicaban al trabajo doméstico no remunerado, mientras que 77 % de las madres trabajaban durante el periodo de gestación y a su vez mencionaron haberse sentido cansadas porque, aparte de trabajar, también eran responsables del cuidado de su hogar y de sus hijos e incluso de sus esposos, pues ellos no las ayudaban, es decir, en su hogar, se convierte en víctimas del poder masculino, teniendo que trabajar doble jornada para hacer las tareas domésticas.

En cuanto a las exposiciones antes y durante el embarazo. Las madres que pertenecen a la clase de empleados públicos o privados, el 17 % comentó que tuvo exposición laboral antes del embarazo por exposición a zonas petroleras. Mientras que la mayoría comentó no haber tenido ninguna exposición laboral ni química durante el embarazo. El 100 % vive lejos de las fábricas e instalaciones productivas, el tipo de vehículo que transita en la zona en donde viven con el 67 % mencionan que es liviano.

Las pequeñas propietarias con el 43 % tuvieron exposición antes del embarazo por la alta contaminación vehicular, el 14 % de mujeres tuvo exposición a zonas petroleras y al uso excesivo de agrotóxicos. En cuanto a la exposición laboral durante el embarazo, el 43 % tuvieron exposición por la alta contaminación vehicular y 29 % tuvo exposición a zonas petroleras. El 100 % no tuvo ninguna exposición química durante el embarazo. El 57 % vive lejos de las fábricas e instalaciones productivas y el tipo de vehículo que transita en la zona en donde viven es el transporte pesado con el 57 %.

La clase trabajadora con el 30 % tuvo exposición antes del embarazo por el uso excesivo de agrotóxicos, el 25 % de mujeres tuvo exposición por la alta contaminación vehicular. En cuanto a la exposición laboral durante el embarazo, el 35 % tuvieron exposición por el uso excesivo de agrotóxicos, el 25 % de mujeres tuvo exposición por la alta contaminación vehicular y el 15 % de mujeres tuvo exposición a zonas petroleras. También se consultó sobre la exposición química durante el embarazo y el 50 % de las madres manipularon alimentos agrícolas con presencia de químicos. Mientras que el 75 % viven en lugares cercanos a las fábricas e instalaciones productivos y el tipo de vehículo que transita en la zona en donde viven es el transporte pesado con el 57 %.

Por lo tanto, todas las familias experimentaron diferentes procesos de exposición, sin embargo, el grado de afección y la defensa es diferente para la clase trabajadora.

Tabla 12  
Exposición según la inserción social

		Inserción social					
		Empleado público o privado		Pequeño propietario		Clase trabajadora	
		N	%	n	%	N	%
Exposición laboral antes del embarazo	Ninguna	10	83	2	29	5	25
	Uso excesivo de agrotóxicos	-	-	1	14	6	30
	Cercanía a zonas petroleras	2	17	1	14	4	20
	Alta contaminación vehicular	-	-	3	43	5	25
	Total	12	100	7	100	20	100
Exposición laboral durante el embarazo	Ninguna	12	100	2	29	5	25
	Uso excesivo de agrotóxicos	-	-	-	-	7	35
	Cercanía a zonas petroleras	-	-	2	29	3	15
	Alta contaminación vehicular	-	-	3	43	5	25
	Total	12	100	7	100	20	100
Exposición química durante el embarazo	Ninguno	12	100	7	100	10	50
	Químico; manipulan alimentos agrícolas	-	-	-	-	10	50
	Total	12	100	7	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a. Elaboración propia.

## 5.2 Antecedentes de salud e inserción social

En la clase social de pequeñas propietarias, el 29 % tuvo antecedentes de aborto. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos el 14 % presentó legrados múltiples; en sus antecedentes personales patológicos, una madre tiene diabetes. En cuanto a los antecedentes patológicos familiares, el 57 % mencionó tener familiares con hipertensión arterial, diabetes, problemas de la tiroides. Y para finalizar las patologías que se presentaron en las madres durante el periodo gestacional fueron las infecciones de vías urinarias con el 86 % y el 14 % corresponde a las infecciones cervicouterinas.

En la clase social de empleadas públicas o privadas, el 8 % tiene antecedentes de aborto, no tienen antecedentes quirúrgicos, ni antecedentes personales patológicos. En cuanto a los antecedentes patológicos familiares, el 42 % manifiesta que en su familia hay algunos antecedentes. Para las patologías durante el embarazo el 58 % presentó infección de vías urinarias y el 42 % infecciones cérvico uterinos.

La clase trabajadora, por su lado, el 15 % presenta antecedentes de aborto, el 5% tienen antecedentes quirúrgicos por legrados, y el 15 % presenta antecedentes personales patológicos como la hipertensión arterial. En cuanto a los antecedentes de patologías familiares, más de la mitad de las mujeres refieren tener familiares con enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial. Para las patologías durante el embarazo el 70 % presentó infección de vías urinarias y el 30 % infecciones cérvico uterinos.

Acerca de las patologías durante el embarazo, todos los grupos sociales refieren procesos infecciosos (vías urinarias y cérvico uterinos). Se trata de madres en procesos de gestación insertas en entornos vulnerables y territorios socioeconómicamente segregados, expuestas a procesos malsanos y con limitadas condiciones de acceso a servicios básicos, lo que compromete su salud y la de sus bebés.

## **6. Dominio singular (estilos de vida)**

### **6.1 Patrón personal de consumo/ descanso**

La clase social de pequeños propietarios, con el 43 % tuvo un descanso durante el embarazo de 6 a 4 horas, le sigue el 29 % que descansó de 7 a 8 horas y más de 9 horas. La clase de empleados públicos o privados, con el 75 % tuvieron un descanso de 7 a 8 horas, y la clase trabajadora con el 30 % tuvo un descanso de 6 a 4 horas y el 55 % de 7 a 8 horas.

La clase social de pequeños propietarios, la clase de empleados públicos o privados y la clase trabajadora detallaron que nunca han consumido tabaco.

### **6.2 Patrón personal de consumo: alimentación**

Para el análisis de la alimentación, la clase social de pequeños propietarios mencionó que se alimentaban de tres a cuatro comidas al día, el lugar donde se alimentaban durante el embarazo fue netamente en casa y el consumo de alimentos fue de alimentos naturales.

La clase de empleados públicos o privados mencionaron que consumían de tres a cuatro comidas en el día, el lugar donde se alimentaban fue en sus casas y solo una madre consumía alimentos en restaurantes y patios de comida, el consumo de alimentos fue netamente natural y el 17 % mencionó que fueron más los alimentos procesados.

La clase trabajadora detalló que las comidas en el día eran de tres a cuatro, el lugar donde se alimentaba durante el embarazo fue en la casa y el consumo de alimentos fue natural y el 10 % consumió alimentos procesados.

### 6.3 Procesos protectores: actividad física

En el análisis sobre los hábitos saludables, la clase social de pequeños propietarios mencionaron que la actividad en el tiempo libre con el 57 % es hacer ejercicio y el 43 % pasar con la familia, el 71 % comentó que sí realizan deporte y el 29 % no lo hace. Las mujeres de la clase de empleadas públicos o privados, por su parte, prefieren pasar con la familia en su tiempo libre y el 67 % comentó que no hace ningún deporte. La clase trabajadora expresó con el 85 % que prefieren pasar en familia, el 10 % dijo que prefiere descansar, y el 85 % no practica ningún deporte.

Tabla 13  
Hábitos saludables y la inserción social

	Inserción social					
	Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
	n	%	n	%	n	%
<b>Actividad en el tiempo libre</b>						
Ninguno	-	-	-	-	-	-
Hacer ejercicio	4	57	1	8	1	5
Pasar con la familia	3	43	10	83	17	85
Descansar	-	-	1	8	2	10
Total	7	100	12	100	20	100
<b>Deporte</b>						
No	2	29	8	67	17	85
Sí	5	71	4	33	3	15
Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a  
Elaboración propia

## 7. Perfil epidemiológico del bebé prematuro

En la tabla 14 se describe el perfil epidemiológico del prematuro en base a la inserción social de la madre. Las mujeres que pertenecen a la clase empleados públicos o privados y se autoidentifican como shuar, indígenas, mestizas y afroecuatorianas, tuvieron bebés del género femenino, en cuanto a las mujeres de la clase trabajadora y se definen como mestizas, tuvieron

bebés del género masculino. Con respecto a la maduración pulmonar del prematuro, los bebés que no tuvieron esta maduración son hijos de mujeres de clase trabajadora que se definen como mestizas. En cuanto a la edad gestacional de los bebés al nacer, las mujeres que se autoidentifican como shuar, 57 % tuvieron a sus hijos a las 32 semanas. En el caso de las mujeres que se autodefinen como mestizas y afroecuatorianas, la edad gestacional al nacer de sus bebés fue de 34,1 a 36,6 semanas, en el caso de la edad gestacional de 32 semanas, los prematuros son hijos de madres que se autodefinen como indígenas de la Sierra en un 50 %.

Con respecto a la necesidad de reanimación después del parto, los bebés que si necesitaron reanimación son hijos de madres de clase trabajadora que se autodefinen como mestizas y shuar. En cuanto al test de Apgar del RN. los prematuros en buen estado de adaptación, con el rango de 7-10 son hijos de madres de clase trabajadora que se identifican como mestizas y shuar. En el caso de los bebés, con el rango de 6-4 moderadamente deprimido, sus madres fueron de la clase trabajadora y se autodefinen como indígenas de la Sierra y shuar.

A continuación, se describe el retardo de crecimiento intrauterino, en su mayoría son mujeres de clase trabajadora, que se definen como shuar, continuando con los bebés que tuvieron complicaciones hasta los 28 días de nacidos, fueron todos los prematuros.

Según las afectaciones respiratorias los bebés que sufrieron esta condición son hijos de madres de clase trabajadora y empleados públicos o privados, se autodefinen como shuar y mestizas. En cuanto a las afecciones digestivas, los bebés que tuvieron esta condición son hijos las mujeres de empleados públicos o privados y se definen como mestizas, shuar e indígenas de la Sierra; con respecto a las infecciones, los bebés que tuvieron esta enfermedad, sus madres son de clase trabajadora y se autodefinen como mestizas, indígenas y shuar. Para el análisis de las afectaciones neurológicas, los prematuros con esta condición son hijos de madres de clase trabajadora y los empleados públicos o privados que se definen como shuar y mestizas.

Para la descripción de las afectaciones cardiovasculares, se tiene una pequeña cantidad de prematuros que padecen esta condición, son hijos de madres de empleados públicos o privados y se definen como mestizas y afroecuatorianas. En cuanto al análisis de las afecciones metabólicas, de igual manera son pocos los prematuros que padecen esta afección, son hijos de madres de clase trabajadora, empleados públicos o privados y pequeñas propietarias, se definen como indígenas de la Sierra y shuar.

Para finalizar este análisis se tiene el peso al nacer de los bebés, los prematuros con el peso de 1001-1500 gramos, considerado muy bajo peso al nacer, más del 60 % son hijos de

madres de clase trabajadora y pequeñas propietarias que se autoidentifican como shuar, indígenas de la sierra y afroecuatoriana. Por otro lado, los bebés cuyo peso está entre 1501-2500 gramos, como bajo peso al nacer, son hijos de madres de empleado público o privado y se identifican en su mayoría como mestizas. Finalmente, los bebés con un peso menor de 2500 gramos en su minoría son hijos de madres de la clase empleado público o privado y se definen como mestizas.

En cuanto a la etnia, las madres que se autoidentifican como shuar es el 50 % de los prematuros son masculinos, 64 % nacieron en una edad gestacional de 32 semanas con un peso entre 1001-1500 gramos, es decir muy bajo peso al nacer. Dentro de las complicaciones con mayor incidencia se tienen afecciones respiratorias, restricción de crecimiento intrauterino, neurológicas, 86 %, 64 % y el 57 %, respectivamente. Entre otras complicaciones como afecciones cardíacas, metabólicas e infecciones se manifestaron con menos impacto.

Las madres que se autoidentifican como mestizas, el 79 % de los prematuros son masculinos, 43 % nacieron en una edad gestacional de 34.1 a 36 semanas y 6 días, el 43 % con un peso entre 1501-2500 gramos, dentro de las complicaciones con mayor incidencia fueron las afecciones respiratorias, neurológicas, 71 % y 43 %, respectivamente.

Las madres que se autoidentifican como indígenas de la Sierra, el 75 % de los prematuros son femeninos, 50 % nacieron en una edad gestacional de 28 a 32 semanas, el 38 % con un peso entre 1001-1500 gramos, es decir muy bajo peso al nacer, dentro de las complicaciones con mayor incidencia fueron las afecciones respiratorias, infecciones, neurológicas y metabólicas 88 %, 63 % y el 63 %, respectivamente.

Las madres que se autoidentifican como afroecuatorianas el 67 % de los prematuros son femeninos, nacieron en una edad gestacional de 34.1 a 36 semanas y 6 días, con un peso entre 1001-1500 gramos, dentro de las complicaciones con mayor incidencia fueron a las afectaciones cardiovasculares con un 100 % y el 67 % a las afecciones respiratorias, neurológicas, infecciones y restricciones de crecimiento intrauterino.

En cuanto a la clase social, las madres que pertenecen a la clase pequeño propietario, el 71 % de los prematuros son masculinos, nacieron en una edad gestacional de 32 semanas, con un peso entre 1001-1500 gramos, dentro de las complicaciones con mayor incidencia fueron con un 71 % de los prematuros padecieron de afectaciones respiratorias, neurológicas y restricciones de crecimiento intrauterino.

Las madres que pertenecen a la clase empleado público o privado, el 58 % de los prematuros son femeninos, el 58 % nacieron en una edad gestacional de 34.1 a 36 semanas y 6 días, con un peso entre 1501-2500 gramos bajo peso al nacer, dentro de las complicaciones

que con mayor incidencia se presentaron en los prematuros fueron en un 83 % afectaciones respiratorias y el 58 % padecieron de afecciones neurológicas.

Mientras que las madres que pertenecen a la clase trabajadora, el 55 % de los prematuros son masculinos, el 60 % nacieron en una edad gestacional de 32 semanas y el 50 % 34.1 a 36 semanas y 6 días, con el 40 % con un peso entre 1001-1500 gramos, dentro de las complicaciones que con mayor incidencia se presentaron en los prematuros fueron en un 80 % afectaciones respiratorias y 40 % padecieron de un retardo de crecimiento intrauterino.

Tabla 14  
**Perfil epidemiológico del prematuro con la inserción social**

		Inserción social					
		Pequeño propietario		Empleado público o privado		Clase trabajadora	
		n	%	n	%	n	%
Edad gestacional al nacer	32 semanas	4	57	-	-	12	60
	32.1 a 34 semanas	1	14	7	58	1	5
	34.1 a 36 semanas y 6 días	2	29	5	42	7	35
	Total	7	100	12	100	20	100
Peso al nacer	1001-1500 gramos	4	57	3	25	13	65
	1501-2500 gramos	3	43	8	67	3	15
	>2500	-	-	1	8	4	20
	Total	7	100	12	100	20	100
Retardo de crecimiento intrauterino	No	2	29	6	50	12	60
	Sí	5	71	6	50	8	40
	Total	7	100	12	100	20	100
Afectaciones respiratorias	No	2	29	2	17	4	20
	Sí	5	71	10	83	16	80
	Total	7	100	12	100	20	100
Afectaciones digestivas	No	5	71	5	42	12	60
	Sí	2	29	7	58	8	40
	Total	7	100	12	100	20	100
Afecciones metabólicas	No	4	57	9	75	17	85
	Sí	3	43	3	25	3	15
	Total	7	100	12	100	20	100
Afectaciones cardiovasculares	No	7	100	7	58	18	90
	Sí	-	-	5	42	2	10
	Total	7	100	12	100	20	100
Afectaciones neurológicas	No	2	29	5	42	13	65
	Sí	5	71	7	58	7	35
	Total	7	100	12	100	20	100
Infecciones	No	5	71	5	42	12	60
	Sí	2	29	7	58	8	40
	Total	7	100	12	100	20	100

Fuente: Encuesta de la determinación social de la salud en modos y estilos de vida de madre del prematuro/a  
 Elaboración propia

Después de realizar una detallada descripción de los resultados, se realiza un breve resumen de los modos de vida malsanos, recalando que existe un incremento de su impacto en la fracción más pobre: por el contrario, en el estudio se evidencia que la clase de empleado público o privado es la que menos sufre, por ejemplo este grupo social se caracteriza porque la tarea del responsable económico es hacer el trabajo (cajero, asistente de farmacia, educador, diseñador gráfico y etc.) y la principal fuente de ingreso la obtienen mediante el sueldo de

empleados privados o públicos, el 75 % percibe entre \$425 y \$850. Pese a tener un trabajo en mejores condiciones que las demás clases sociales, el 58 % no posee ningún seguro de salud.

Con respecto al patrón de consumo, el 42 % cuenta con vivienda propia, para la percepción de la calidad de la vivienda el 58 % expresó que se sienten satisfechas, el 75 % cuenta con baño con alcantarillado, el 58 % tiene recolección de desechos, la fuente de agua de consumo doméstico el 75 % es agua entubada, en cuanto al acceso de servicios básicos, el 58 % cuenta con todos los servicios básicos y tienen una dieta completa, suficiente y adecuada.

Otra de las dimensiones importantes es la salud mental de este grupo, las mujeres, coinciden en sentir tristeza por el estado de salud de su hijo. En cuanto a la organización/soportes en su mayoría no pertenece a ninguna organización, en una minoría han participado en actividades de salud, y el 33 % tuvo soporte familiar en el embarazo. En cuanto a la relación ecológica con la naturaleza es adecuada porque el 75 % sostienen que separan los residuos reciclables en sus casas y participan en mingas de limpieza y mantenimiento de su barrio.

Por otro lado, la clase de pequeños propietarios muestra una tendencia hacia los modos de vida malsanos, porque los medios de producción del propietario se basan en obtención de mercadería (vendedor de ropa, collares, confites), la principal tarea del responsable económico es hacer y dirigir el trabajo, en cuanto a la principal fuente de ingreso los pequeños propietarios mencionaron que es por ventas ambulantes, y perciben un rango de ingresos mensuales menos de \$425 y el 29 % percibe \$425. Todas las mujeres que pertenecen a este grupo social no poseen seguro de salud.

Con respecto al patrón de consumo el 29 % cuenta con vivienda propia, pero el 57 % su vivienda es alquilada, para la percepción de la calidad de la vivienda el 71% expresó que no se sienten satisfechas, el 71 % cuenta con baño con alcantarillado, el 57 % tiene recolección de desechos, la fuente de agua de consumo doméstico el 43 % tiene agua entubada, pero el 57 % consume agua del río, en cuanto al acceso de servicios básicos, el 29 % cuenta con todos los servicios básicos y casi el 50 % tienen una dieta completa, suficiente y adecuada.

Otra dimensión importante es la salud mental de este grupo, las mujeres, coinciden en sentir miedo, tristeza y soledad por el estado de salud de su hijo. En cuanto a la organización/soportes más del 50 % no pertenece a ninguna organización ni tuvo soporte familiar en el embarazo y en una minoría han participado en actividades de salud. En cuanto a la relación ecológica con la naturaleza el mismo que se evidencia que es adecuado, ya que más del 70 % sostienen que realizaban actividades que ayudaban al medio ambiente, así como separar los

residuos reciclables en sus casas y la participación en mingas de limpieza y mantenimiento de su comunidad.

Aunque es evidente los modos de vida malsanos en la clase pequeño propietario, aún aumenta el impacto en la fracción trabajadora, se determina que sus modos de vida son deteriorados debido a que no son propietarios de ningún medio de producción y su principal tarea se basa en hacer el trabajo (así como agricultor, peón de construcción, chofer, guardia). La principal fuente de ingreso la reciben de manera diaria o por semana, en cuanto al rango de ingresos mensuales, el 85 % percibe menos de \$425. Todas las mujeres que pertenecen a este grupo social no poseen seguro de salud.

Para la clase trabajadora el 80 % cuenta con su vivienda en el área rural, el 55 % de mujeres viven en casas prestadas y el 35 % en viviendas alquiladas, para la percepción de la calidad de la vivienda el 75 % manifestó que no es satisfactorio, para el tipo de baño con el que cuentan, el 45 % tiene baño con alcantarillado, el 30 % a campo abierto y el 25 % por medio de letrinas; para la recolección de desechos, el 35 % no tiene recolección de desechos inorgánicos, la fuente de agua de consumo doméstico se da por agua entubada con el 55 % y el 35 % por medio de agua de pozo, finalmente para el acceso a los servicios básicos, solo el 25 % cuenta con todos los servicios básicos. Y menos del 50 % de las mujeres de esta clase son más vulnerables a no tener una dieta completa, suficiente y adecuada.

Otra dimensión importante es la salud mental de este grupo, las mujeres, coinciden en sentir miedo, tristeza y no sabían la magnitud de tener un hijo prematuro. En cuanto a la organización/ soportes el 85 % no pertenece a ninguna organización ni han participado en actividades de salud ni salud mental y el 60 % no tuvo el soporte familiar en el embarazo. En cuanto a la relación ecológica es malsano, ya que menos del 50% sostienen que realizaban actividades que ayudaban al medio ambiente, así como separan los residuos reciclables en sus casas y muy pocos participaban en mingas de limpieza y mantenimiento de su comunidad.

Refiriéndose a los estilos de vida que repercute el perfil de salud de las madres, se constató que representan una mínima vulnerabilidad en su estado de salud y, en general, los ambientes familiares de las madres fueron determinados por múltiples procesos en los estilos de vida; aquellos que lo hacían por el ambiente del hogar estaban sujetos a este estilo de vida poco saludable.

En resumen, el uso que hacen las madres de su tiempo libre está determinado en gran medida por pasar tiempo con sus familias predominando en todas las clases sociales. Se puede ver una tendencia mayoritaria de patrones malsanos del descanso a nivel del pequeño propietario y la clase trabajadora los mismos que sus horas de descanso son insuficientes para

recuperar las elegías que demanda el embarazo. Por otro lado, solo las madres de pequeños propietarios, realizan ejercicio más del 70 % y las demás madres no lo realizan. A través de estos resultados se puede concluir que el estilo de vida con respecto al tiempo libre, horas de sueño adecuado y la práctica de actividad deportiva, la mayoría de madres no lo realiza, probablemente se deba al trabajo doméstico o por las ocupaciones con sus otros hijos, teniendo en cuenta que el 74 % de las madres tienen más de 5 hijos, por ende, no disponen de tiempo establecido para realizar actividades que contribuyan al beneficio de proteger su salud.

Con respecto al perfil epidemiológico de los recién nacidos prematuros, la alta tasa de mortalidad y morbilidad neonatal están asociadas con el nacimiento prematuro, y aproximadamente el 45 % de los bebés prematuros desarrollarán a largo plazo un deterioro neuromotor como parálisis cerebral infantil, el 35 % deficiencias visuales y el 25 % sufrirá deficiencias cognitivas o también auditivas (Montesdeoca Bastidas 2021, 105). Con respecto a los recién nacidos de muy bajo peso al nacer es decir menos de 1500 gramos, representan el 40 % de la mortalidad infantil. En la presente investigación los prematuros de muy bajo peso al nacer corresponde el 51 %; el 36 % a prematuros de bajo peso y el 13 % corresponde a un peso mayor a 2500 gramos al nacimiento. Por otro lado, los prematuros tardíos de 34 a 36 semanas y 6 días tienen una tasa de mortalidad más alta que los recién nacidos a término y también pueden tener más complicaciones de salud como hipertensión pulmonar, dificultad respiratoria, ictericia, control inestable de la temperatura y dificultades para alimentarse (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2014, 11).

Los resultados reflejan que el 36 % corresponde a los prematuros tardíos, mientras que el 41 % son RN muy prematuros y el 23 % son prematuros moderados. El problema de salud más común en los neonatos prematuros es el sistema respiratorio, entre ellos, la enfermedad de la membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria. Los resultados de la presente investigación, el 80 % correspondió a las afecciones respiratorias, así como la enfermedad de la membrana hialina. Sin embargo, el 49 % de los prematuros han sufrido afecciones neurológicas, así como la hemorragia intracerebral intraventricular y periventricular, que a su vez se asocia con altas tasas de mortalidad y afectan el pronóstico del desarrollo cerebral. Otras complicaciones es la restricción de crecimiento intrauterino con un 49 %, afecciones digestivas con un 44 %, así como la enterocolitis necrotizante, el 44 % de los prematuros sufrieron en el transcurso de su hospitalización, infecciones nosocomiales asociado a los cuidados de salud, el 23 % corresponde a las afecciones metabólicas, así como inestabilidad de la glicemia y el 18 % corresponde a las afecciones cardíacas.

## **Discusión**

La Organización Mundial de la Salud (2018) considera que son muchas las estrategias utilizadas para prevenir y tratar el parto prematuro que van desde la atención previa a la concepción hasta el parto y la atención sanitaria posnatal. Sin embargo, a pesar de las mejoras en algunos sectores de la salud, todavía existen indicadores de desigualdades en los lugares más vulnerables que predominan en la clase social categorizada como baja desde el constructo social de desigualdad, que viven en la pobreza y se encuentran en una situación completamente prevenible. Lamentablemente, el marco institucional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador tiene un carácter hegemónico de los sistemas biomédicos, con una visión lineal, fragmentada y casualista, cuya resolución es la intervención de los factores de riesgo de la prematurez.

Frente a esto, el presente estudio adoptó un nuevo paradigma diferente al sistema de salud convencional. Este trabajo se enfoca en la determinación social de la salud, paradigma contra hegemónico y multidimensional que analiza los tres dominios: general, particular y singular. Jaime Breilh propone, desde la concepción de estas tres dimensiones, el primer paso para poder entender la salud desde un punto de vista holístico es romper la hegemonía de estos conceptos biomédicos y la lógica liberal de la práctica tradicional. Los problemas de salud no son solo las enfermedades y la prevención como fenómeno individual. No lo es, en primer lugar, porque los hechos que enferman a las personas no afectan a una sola persona o a unos pocos, sino que pueden afectar a sociedades enteras, y en segundo lugar, porque estos procesos no ocurren, no se multiplican y no se contagian a las familias por población o espacio personal, sino que se crea y se distribuye en toda la sociedad o incluso en la sociedad en su conjunto (Breilh 2010b, 107).

Con el sustento por Jaime Breilh, en el presente estudio se pudo evidenciar que existen relaciones de inequidad y desigualdad en la tríada: género, clase social y etnia. Las madres de los recién nacidos prematuros de la clase social (media a baja) pequeño propietario y especialmente la clase trabajadora existe, la presencia de procesos destructivos en sus modos y estilos de vida y también se evidencia en este grupo un mayor grado de exposición y vulnerabilidad a diferencia de la clase de empleados públicos o privados donde el impacto es menor. Esa inequidad es una característica importante de los sistemas de reproducción social [...] puesto que moldea los rasgos de los componentes estructurales del modo de vivir y explica las sorprendentes diferencias entre dichos modos de vivir de las diferentes clases sociales (Breilh 2010a, 105).

En función de los resultados obtenidos, se puede decir que la prematuridad en recién nacidos se encuentra estrechamente relacionada con la determinación social que incrementa la vulnerabilidad de las mujeres gestantes. Al respecto, Mendoza et al. (2016) opinan que la prematuridad se encuentra relacionada con la falta de condiciones suficientes para una educación integral acorde a su entorno sociocultural, socio histórico, en sus costumbres habituales y ancestrales y la pérdida de la identidad cultural, características del trabajo y condiciones de protección de sus derechos. En muchos casos, el parto prematuro es evitable como resultado de las complicaciones del parto durante el embarazo, el parto y la maternidad, pero son las condiciones sociales de pobreza y el escaso acceso a la atención de la salud las que ponen en desventaja a mujeres y a la población infantil, aún y antes del nacimiento.

En este sentido, (Donini Souto et al. 2021, 4) señala que las mujeres de clase baja deben trabajar durante todo el embarazo, lo que significa mayor exposición, con un riesgo más elevado en aquellos casos que deben realizar la manipulación de químicos, que por lo general no se hace con el debido cuidado que establecen las medidas de seguridad, además pueden no contar con el equipo de protección necesario. Cabe destacar, que aun antes de la concepción, este tipo de exposición representa un riesgo para el periodo gestacional, lo que incrementa su vulnerabilidad y es asociado al bajo peso al nacer, parto prematuro, malformaciones congénitas, retraso en el desarrollo fetal y bajas puntuaciones en el índice de Apgar, por debajo de la media.

Debe señalarse, que una enfermedad puede evolucionar según las características de la patología, pero también va a depender de la clase social, la situación económica, discriminación, desempleo, el entorno físico, el entorno laboral, etc. Lo que puede modificar el resultado de la enfermedad en términos de supervivencia, capacidad funcional y calidad de vida y inequidad en el uso de los servicios de salud, falta de personal de salud, limitaciones logísticas, etc.; atención deficiente de la salud en sectores de difícil acceso, como áreas rurales donde hay escasez de trabajadores de la salud Mendoza et al. (2016, 334).

Este estudio encontró que la exposición de las mujeres a los contaminantes y agrotóxicos, es más común en la clase trabajadora, considerando que habitan en sectores rurales o cercanos a zonas de explotación petrolera, lo que refiere exposición a otros agentes químicos. Estos hallazgos coinciden con Ferreira y Sousa (2016, 4) al establecer que existe asociación entre los agrotóxicos y prematuridad y otras consecuencias como bajo peso al nacer, con mayor incidencia en las mujeres que habitan en zonas rurales, quienes registran mayor exposición.

Por su parte, Donini et al. (2021, 4) señalan que en muchos casos la vulnerabilidad de las mujeres en etapa preconcepcional y en periodo de gestación se incrementa por factores externos por la exposición a los agrotóxicos, impactando al feto, lo que conlleva a consecuencias como prematuridad, bajo peso al nacer, malformaciones, niveles bajos en el índice de Apgar, problemas de crecimiento a nivel gestacional y alteraciones en el perímetro cefálico del neonato.

Por otro lado, se tiene que la vulnerabilidad de las mujeres en periodo de gestación es consecuencia de la situación económica, siendo en este caso la pobreza relacionada con la prematuridad, que corresponden en su mayoría a personas que trabajan en zonas rurales, donde los ambientes de trabajos resultan insalubres y por lo general no hay ningún tipo de supervisión del cumplimiento de las normativas de seguridad e higiene en el contexto laboral. De igual manera, estas poblaciones son vulnerables por la ausencia de políticas públicas, por lo que no hay ningún tipo de garantía de acceso a la salud. En este sentido, se determinó la relación de los nacimientos prematuros con los contaminantes ambientales y también a las condiciones socioeconómicas menores Padula et al. (2018, 12).

Breilh señala que los diferentes modos de vida van a depender de los niveles de exposición lo que hacen que algunos grupos sociales sean más vulnerables que otros. Al respecto, Matos et al. (2020, 179) mencionan que la exposición a procesos destructivos durante el periodo de gestación incrementa el riesgo de los partos prematuros. Debe señalarse, que esta es una problemática que ha incrementado su prevalencia en los últimos años, como consecuencia de los problemas en cuanto a las deficiencias de los insumos sanitarios y sobre todo destacando aspectos como los procesos sociales, ambientales, políticos, públicos y económicos, es decir inequidad que va desde la dimensión general, particular e individual concatenado entre sí.

Por otro lado, autores como Rodríguez et al. (2013, 502) establecen que las vulnerabilidades que presentan las mujeres respecto a las condiciones o padecimiento de algunas enfermedades durante el embarazo incrementan el riesgo de tener un parto prematuro en el cual el neonato presenta consecuencias asociadas a deficiencias en el desarrollo gestacional y después del nacimiento. Por otro lado, se tiene procesos destructivos durante la gestación asociados a las deficiencias en los sistemas de salud, en la atención, prevención y vigilancia prenatal enfocada en la salud, como la ausencia de la enfermedad con un carácter individual y no colectivo.

En lo que respecta a la vulnerabilidad, en el presente estudio se encontró una clase social (media baja a pobre) pequeños propietarios a clase trabajadora, con servicios básicos

deficitarios, donde en su mayoría no disponen de vivienda propia y sus ingresos económicos básicos o bajos, que generan estados de tensión físicas y emocionales, además de encontrarse expuestas a riesgos laborales, químicos y ambientales. Al respecto, Montero et al. (2019) señalan que existe una alta vulnerabilidad de un parto prematuro en aquellas mujeres expuestas a estrés social y ansiedad, sumado a los componentes biológicos y epidemiológicos.

En este sentido, como consecuencia de la distribución inequitativa de los recursos sociales, económicos y públicos del Ecuador, que también afecta a nivel institucional, en donde los recién nacidos son vulnerables por las deficiencias en los sistemas de salud, dificultad de acceso a las citas médicas, además de las políticas con un enfoque médico-asistencialista.

Sobre los procesos destructivos, Breilh (2003b) considera que estos van a depender de los modos de vida, señalando los patrones típicos de trabajo, la desorganización social, espacios sin ningún tipo de protección laboral ni seguridad social. También, menciona los problemas de alimentación, en donde la clase social baja tiene mayor vulnerabilidad, por no tener acceso a una alimentación completa, a lo que se le suman las situaciones de vivienda en malas condiciones, accesos limitado y distante a los servicios de salud médico-asistencialista, acceso limitado a unidades de salud de mayor complejidad, escasas unidades de transporte, considerando que esta situación se ve agravada por presencia de clases sociales dominadas, inequidad de género etnia y clase social, trabajo (productivo, reproductivo).

Cabe destacar, que deben tenerse en cuenta los modos y estilos de vida, por su importancia para la epidemiología crítica, en donde la inequidad es una categoría clave. Para comprenderlas en su totalidad, se deben abordar las categorías de diferencia y desigualdad, no solo porque la cognición requiere aclarar sus diferentes significados, sino también porque son elementos interrelacionados. La diversidad de género y el multiculturalismo son fuerzas que proporcionan buenos y valiosos recursos para el desarrollo humano. En una sociedad justa, la diversidad fructifica como una cualidad rica. Sin embargo, una sociedad basada en la desigualdad, la diversidad puede convertirse en una herramienta de explotación y sometimiento (Breilh 2006, 210).

En los espacios personales y domésticos, determinadas personas organizan su estilo de vida a lo largo del tiempo. Dentro del modo de vida grupal, se forman estilos de vida, elementos y tendencias no saludables, así como procesos de salud y protección, es decir, procesos destructivos y protectores. Dependiendo también de estos procesos, el desarrollo de fenotipos y genotipos humanos, ya sean procesos beneficiosos (soporte y protección

fisiológica, fisiológica y psicológica) o alterados y perturbados (patologías fisiológicas, vulnerabilidades y debilidades psicológicas).

Observando la historia clínica de los bebés prematuros en estudio, se hallaron los problemas de salud comunes como afectaciones respiratorias, neurológicas, cardiovasculares y metabólicas, infecciones, bajo peso al nacer y problemas de crecimiento, así como complicaciones hasta los 28 días de nacidos y la necesidad de reanimación después del parto.

En relación a las problemáticas evidenciadas, desde la perspectiva de la epidemiología crítica se constató que los perfiles epidemiológicos, que no son simples perfiles estadísticos, varían de una clase social a otra. Al respecto, Mendoza et al. (2016, 335). Mencionan que el parto prematuro es un grave problema de salud pública por su alta morbilidad y mortalidad, así como por los altos costos económicos y sociales que implica su atención. Además, el parto prematuro está asociado a aspectos relacionados con los sistemas de salud y del país, como los sistemas políticos, ambientales, sociales y económicos. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento del neonato prematuro deben convertirse en una política nacional obligatoria a nivel mundial y requiere involucrar a muchos actores.

## Conclusiones y recomendaciones

### Conclusiones

El ámbito de la determinación social de la salud es un tema extenso y complejo, especialmente por los diversos procesos considerados, y que varían para todos los individuos. En cualquier caso, el primer paso hacia su investigación es caracterizar, enumerar y analizar los elementos, situaciones y condiciones que pueden afectar a la salud de los colectivos y, en particular, pueden pensarse como procesos sociales y no como situaciones causales de una condición de salud específica.

En cuanto a la tendencia global del capitalismo neoliberal que establece la orientación de las políticas económicas del Ecuador, para resguardar el crecimiento exponencial y monopólico de las grandes empresas extractivistas del petróleo, proyectos megamineros y las agroindustrias, que han venido afectando fuertemente el espacio de integración, al acelerar los mecanismos de acumulación de capital, teniendo un efecto devastador e irreparable de la salud de las familias y de la madre naturaleza.

En relación al orden político y cultural, que por un lado interviene la fragmentación del sistema político ecuatoriano que determina y naturaliza la inequidad social, la misma que no responden a las situaciones críticas institucionales generando dificultades en la atención de los niños prematuros y sus madres, que desde luego esta función le compete al gobierno central, a las administraciones zonales y las entidades públicas. Por el otro lado interviene el sistema cultural que claramente son visibles los procesos individualistas modernos, basados en la ideología neoliberal, el eurocentrismo y el patriarcado, que crean una triple inequidad (en términos de género, etnia y clase social). Así, vivimos en una sociedad contraria a la vida, que refuerza y profundiza la inequidad, reproduce patrones de dominación que a su vez normaliza condiciones de inequidad y violencia en el colectivo.

Sumado al predominio del incumplimiento del derecho a la salud en la madre y al neonato prematuro, por parte de la autoridad sanitaria máxima que es el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, lo que atenta contra la prestación del servicio médico basada en la vigilancia convencional, la etiología de las enfermedades, causalidad y prevención de enfermedades de manera individual desde la visión reduccionista y bajo el paradigma positivista.

Los procesos destructivos presentes en la dimensión particular e individual, que señala principalmente el aspecto socioeconómico de las madres, afectando sus modos de vida, debido a la inestabilidad laboral del principal responsable económico, que en su mayoría es el conyugue, que carecen de un seguro de salud y un salario que no es acorde a las exigencias del trabajo realizado y no es lo suficiente para subsistir de forma digna. Es así la limitación económica que entreteje procesos malsanos con respecto a sus viviendas en condiciones precarias, sus bajos salarios están destinados al pago de arriendo, que resulta común en la mayoría de las participantes, quedando menos dinero para aspectos como la salud, educación y alimentación.

Así, también un punto importante lo que representa una carga aún mayor para las mujeres, que también deben hacerse cargo de las labores domésticas, esto implica mayor esfuerzo físico, menos tiempo para el descanso y mucho menos para actividades relacionados con los soportes colectivos. Es así como se han venido tramando permanentemente entre los procesos destructivos en relación a las características étnicas y de clases sociales el mismo que ha determinado el deterioro de la salud.

En referencia a los procesos protectores considerables en esta investigación es el soporte familiar durante el embarazo; y ninguna madre tuvo hábitos de consumo malsanos, con referencia al consumo de tabaco, alcohol o drogas. En este sentido son pocos los hallazgos en comparación a los procesos destructivos identificados en este estudio; sin embargo, estos procesos se tornan beneficiosos y favorecedores para la salud de las madres.

En el desarrollo de la investigación se logró identificar los procesos de exposición antes y durante el embarazo, se evidenció en la mayoría de las mujeres que se dedican a la agricultura, el uso excesivo de agrotóxicos, manipulación de alimentos con presencia de agrotóxicos; habitar cerca de fábricas e instalaciones productivas, así como también realizar esfuerzo físico y largas jornadas laborales durante el embarazo, cuya exposición a condiciones laborables resulto un peligro para la salud materna y fetal, sumado a las condiciones sociales particulares como clase y etnia, que pueden funcionar como elementos que incrementan de manera negativa la salud.

Los procesos de vulnerabilidad identificados en la presente investigación están profundamente cruzados por las características del territorio de las madres de los recién nacidos prematuros que habitan en los espacios de la región sierra y la Amazonía del Ecuador, en su mayoría viven en áreas rurales y lugares alejados del centro de la ciudad, con limitación de accesos a los servicios de salud, educación y transporte; la vulnerabilidad de este grupo de estudio también está relacionado con las condiciones precarias de las viviendas y ante la falta

de acceso de agua potable, ausencia de alcantarillados, escasez de servicios de saneamiento, los mismos que incrementan la probabilidad de desarrollar infecciones y otras enfermedades. Desde la visión de la epidemiología crítica la salud no se basa de un orden específicamente individual, sino que la salud es un proceso integral, colectivo, complejo, socialmente determinado por su vida social y sus espacios.

En el desarrollo de la investigación, se evidencia la diferenciación de los modos de vida malsanos que predomina en la clase social más pobre. De acuerdo al trabajo, los hogares se encuentran en circunstancias de vulnerabilidad con respecto a las condiciones de trabajo deteriorados, entre ellos, el hecho de no poseer un seguro de salud u otra entidad establecida como un servicio médico que garantice el derecho a la salud, teniendo en cuenta que la atención a las madres en etapa de gestación es fundamental para identificar enfermedades, diagnosticar la condición fetal y evaluar la condición materna.

Y de acuerdo a los procesos destructivos identificados en los territorios, en este estudio deduce que existe la presencia de un metabolismo sociedad–naturaleza destructiva, resultante de la imposición de modos de producción malsanos, además de colonizar y transformar sus espacios importantes en la comunidad, resultando la pérdida no solo de su salud sino también pérdida de la identidad y cultura de las diferentes familias.

Finalmente, los impactos diferenciales de los procesos destructivos, exposición y vulnerabilidad presentes en las clases sociales se podría decir que influyen directamente en la morbilidad de los recién nacidos prematuros; en el presente estudio se evidencia un incremento de nacimientos muy prematuros, con muy bajo peso al nacer, que predomina en las madres de la clase trabajadora, por lo tanto, mayores van a ser sus complicaciones y riesgo de muerte; en comparación a la clase empleado público o privado que predominaron los nacimientos de prematuros leves; por ello, cabe señalar que el grupo de prematuros leves fue el que menos complicaciones presentó; esto ayuda a comprobar que cuanto mayor sea la edad gestacional del neonato es más maduro biológicamente y, por lo tanto, menos propenso a sufrir complicaciones. Entonces, se podría decir que los hogares con peor fracción de clase social, cuyos niños, sufren mayores complicaciones por su grado de prematurez y bajo peso al nacer, en relación de aquellos hogares que pertenecen a familias con mejores ingresos.

En conclusión, el parto prematuro es el resultado de una red compleja de este proceso multidimensional que interactúa entre sí y su incremento de la vulnerabilidad se asocia a la clase social, género y etnia. Por ello, para prevenir enfermedades no solo se debe tener un enfoque individual, sino una visión colectiva, aunque las medidas de salud por sí solas no son suficientes, deben existir políticas y planes de acción integrales para reducir las inequidades

en salud, específicamente entre las madres y los recién nacidos. De hecho, las políticas de salud por sí solas no conduce a cambio individual, pero puede brindar soluciones para abordar algunos de los mecanismos que contribuyen a la inequidad en salud.

Lamentablemente, esta problemática parece no tener fin, cuando se naturaliza la inequidad y acumulación de poder de ciertos grupos sociales, géneros o etnias conllevan a un futuro nada alentador para muchos niños/as, cuando aun antes de nacer ya son víctimas de la precariedad que experimenta su familia, siendo aún más vulnerables por los problemas de salud que debe afrontar un recién nacido prematuro, pudiendo afectar su desarrollo a nivel cognitivo, físico o social y en los casos de mayor gravedad con repercusiones en el desarrollo integral de su salud. Que, en muchos de los casos, también van a depender de la atención que se les brinde en los centros hospitalarios lo cual se ve limitada por la falta de políticas y recursos destinados para los sectores rurales y también para las unidades de salud complejas como el Hospital Pediátrico Baca Ortiz.

En el desarrollo de la presente investigación también se encontraron limitaciones. Una de ellas, fue el acceso a un número mayor de madres que pudieran participar en el estudio tanto para el componente cuantitativo como el cualitativo. Por consiguiente, los hallazgos presentados aquí están limitados únicamente por el contexto de las familias involucradas en el estudio.

Por otro lado, es importante mencionar que el análisis de la condición etnoracial y de la cultura es una parte esencial de muchas investigaciones y estudios en diversas disciplinas, estos análisis buscan comprender cómo la pertenencia étnica, racial y cultural influye en las experiencias, actitudes, comportamientos y resultados de las personas y los grupos en diferentes contextos. Explora cómo la pertenencia a ciertos grupos étnicos o culturales afecta la forma en que las personas interactúan con su entorno y se relacionan con los demás. Para aplicar este método se requería mayor tiempo de diálogo, lamentablemente la población de estudio contaba con el tiempo limitado, razón por la que se ejecutó la presente metodología, por efecto de este estudio, se buscaba analizar los procesos críticos que influyen en la salud de las madres de los recién nacidos prematuros. Examinando cómo los procesos de exposición, vulnerabilidad, procesos protectores y destructivos forman parte de las estructuras que subsumen la salud de esta población.

## Recomendaciones

Resulta fundamental que se destinen recursos para brindar mejores oportunidades de vida a las madres que habitan en los sectores rurales, considerando las repercusiones de los partos prematuros, para el desarrollo del niño y su familia, convirtiéndose en un proceso que incrementa su vulnerabilidad. Es importante, atender el problema de raíz y es en la falta de oportunidades, se requiere del cumplimiento de los derechos a una educación, pero que esta sea de calidad, que las personas tengan acceso a la salud de forma equitativa sin distinción de género, clase social ni etnia.

Se requiere de un esfuerzo arduo y un trabajo coordinado entre el Estado, las instituciones de salud y la comunidad para poder llegar hasta las familias. Lo principal es cambiar la percepción que estos tiene del sistema de salud, para poder atraerlos, esto implica el respeto de sus derechos, un trato digno y bajos los principios de igualdad y equidad, es decir, se trata de hacer valer sus derechos.

De la misma forma, continuar y reforzar los programas de acceso a planificación familiar, salud reproductiva y atención primaria, es decir fortalecer su línea de prevención, pero más allá del concepto clásico de prevención etiológica, si no basado en la equidad y donde se garantice el acceso a la salud para todos, en igualdad de condiciones, para que las poblaciones subordinadas dejen de sufrir las consecuencias de las inequidades sociales.

Proteger en la práctica en salud la persistencia y desarrollo de contenidos críticos, como instaurar la equidad de género, clase y etnia en la construcción de políticas sociales o de salud, con la finalidad de reducir la inequidad de los grandes grupos de poder.

Se espera que los resultados de este estudio contribuyan en la reducción de la tasa de nacimientos prematuros, aunque este es un objetivo ambicioso, su alcance requiere de un trabajo coordinado en donde cada aporte cuenta. Hasta ahora resultan insuficientes las medidas establecidas, esto se evidencia en los datos epidemiológicos; sin embargo, es importante rediseñar las políticas y planes de acción integral para minimizar la desigualdad en salud, especialmente en este colectivo vulnerable.

Nosotros tenemos la responsabilidad de entender, investigar y replicar este paradigma, contrariamente a la visión positivista y fragmentada, es necesario reconocer la profunda conexión de los procesos de diferentes órdenes que determinan la vida y por su puesto, la salud, abarcando tanto la organización social como el mundo de la vida que la sustenta, comprendiendo que existe un vínculo entre la salud, el medio ambiente y la sociedad. Por consiguiente, el derecho a la salud comprende no solo el derecho a bienes que faciliten un

tratamiento adecuado a la enfermedad, sino que la importancia del derecho a una vida sana está relacionada con la importancia de otros derechos del buen vivir, por lo tanto, requiere la participación de entidades políticas, sociales, culturales, educativos y ambientales.

Resultó interesante analizar sus modos de vida desde el enfoque de la determinación social de la salud, de modo que se puedan diseñar programas para esta población que mejoren no solo las condiciones de vida, del embarazo, si no que, de un impacto positivo relacionado a las decisiones a nivel de las zonas de intervención, su comunidad y su familia como una estrategia primordial. Sin embargo, es importante dar a conocer, que el acceso de la salud aún continúa existiendo demora por parte de los servicios de salud para brindar una atención inmediata a este colectivo, aún existe limitantes físicas, estructurales administrativas o logísticas que de alguna manera generan una barrera en el acceso pleno a los servicios de salud establecidos en la constitución como garantía de derecho universal y gratuito.

Se invita estudiar al proceso de salud y enfermedad, a través de los diferentes instrumentos de la salud colectiva y específicamente los de la epidemiología crítica, para participar en la construcción de un sistema de compensaciones que beneficien el origen de los procesos saludables en torno a las familias vulnerables.

Es necesario superar la vigilancia epidemiológica convencional en un monitoreo estratégico participativo para transformar en una herramienta de poder colectivo y de negociación del desarrollo de la salud laboral y el bienestar, fundamentándose en la salud como un proceso crítico de una colectividad, permitiendo implementar una gestión con una visión multidimensional para la planeación estratégicas emancipadora con un enfoque colectivo integral de la sociedad, dejando a un lado acciones con una lógica lineal o mecánico tratando como sujetos individuales.

## Lista de referencias

- Acurio Páez, David. 2021. “Cuenca: Alimentación, inequidad y poder; estudio de la determinación sociocultural de los consumos alimentarios y del estado nutricional en la ciudad de Cuenca”. Tesis doctoral, Cuenca: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8879>.
- Allan Künzle, Luis. 2021. “Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica”. Informe de investigación. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8086>.
- Asamblea Nacional. 2008. *Constitución de la República del Ecuador*. <https://www.defensa.gob.ec>.
- Boyle, Ashley K., Sara F. Rinaldi, Jane E. Norman, y Sarah J. Stock. 2017. “Preterm Birth: Inflammation, Fetal Injury and Treatment Strategies”. *Journal of Reproductive Immunology* 119 (febrero): 62–66. doi:10.1016/j.jri.2016.11.008.
- Breilh, Jaime. 1989. “Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social”. CEAS. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3565>.
- . 2002a. “Nueva visión de la salud familiar y su determinación”. <http://hdl.handle.net/10644/3520>.
- . 2002b. “Inequidad en salud: Ecuador. El asalto a los derechos humanos y la resistencia del sueño andino”. Ponencia presentado en Cuarta Conferencia Anual Distinguida en Salud Pública y Derechos Humanos., Universidad de Michigan. Escuela de Salud Pública, Centro para Investigación de Etnicidad, Cultura y Salud, Ann Harbor, abril 4. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3402>.
- . 2003a. “De la vigilancia convencional al monitoreo participativo”. *Ciência & Saúde Coletiva* 8 (4). doi:10.1590/S1413-81232003000400016.
- . 2003b. “Metodología de la investigación en salud: determinación y evidencias.” <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3572>.
- . 2006. *Epidemiologia crítica: ciencia emancipadora e interculturalidade de Jaime Breilh. Prefacio a Edicao Brasileira*. Brazil: Editora FIOCRUZ. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3618>.
- . 2008. “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud”. En *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*, 14–29. México: D.F.: ALAMES. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3413>.
- . 2010a. “Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud”. En *Determinação social da saúde e reforma sanitária*, editado por Roberto Passos Nogueira, 87–125. Coleção Pensar em saúde. Rio de Janeiro, Brazil: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES. <http://hdl.handle.net/10644/3412>.
- . 2010b. “Operacionalización clase social”. Ponencia presentado en Seminario Consolidación Metodológica, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, agosto 18. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3612>.
- . 2012. “Breves notas acerca de la salud y las políticas debidas”. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3582>.

- . 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica)”. Seminario presentado en VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI., Universidad Nacional de Colombia. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3524>.
- . 2014. “Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica”. En *Tras las huellas de la determinación*, María Morales, 20–75. Colombia: Colección Coediciones. [http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z0/fYzBDoIwEER\\_hQtH0koM4pEQY0I4aWKgF7O0G6mWFuHi\\_Hwrnrx42My-ycwwwRomLDz1DUg7CyZwK7Jrvi\\_TTbHI9fFULbzIyuKwO1\\_qNE9ZxcT\\_QFjQ92kSBRPSWcIXsWZ0M4FZFELMwf9S7wb8\\_157wgEihVGnO6MdoQQfc4OSlh8NKMMYatAfWzw677Vyq2k0BNIWGIgJxYSCq3EhOsXNEHZ-BDtGwon4mg!/](http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna!/ut/p/z0/fYzBDoIwEER_hQtH0koM4pEQY0I4aWKgF7O0G6mWFuHi_Hwrnrx42My-ycwwwRomLDz1DUg7CyZwK7Jrvi_TTbHI9fFULbzIyuKwO1_qNE9ZxcT_QFjQ92kSBRPSWcIXsWZ0M4FZFELMwf9S7wb8_157wgEihVGnO6MdoQQfc4OSlh8NKMMYatAfWzw677Vyq2k0BNIWGIgJxYSCq3EhOsXNEHZ-BDtGwon4mg!/).
- . 2015. “Urgencia de interpelar a los decisores de políticas de integración desde el derecho integral a la salud”. Ponencia presentada en la mesa redonda Políticas regionales en salud presentado en la incursión de UNASUR en la diplomacia en salud, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/4614>.
- Breilh Paz y Miño, Jaime. 1996. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3552>.
- Breilh Paz y Miño, Jaime Eduardo. 2010. “Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud”. Abya-Yala. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/948>.
- Carbonell, Olga Alicia, Sandra Juliana Plata, Paola Andrea Peña, Martha Cristo, y Germán Posada. 2010. “Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular”. *Universitas Psychologica*.
- Carvajal Cabrera, Jorge Andrés, y María Isabel Barriga Cosmelli. 2022. *Manual Obstetricia y Ginecología*. 13.a. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. <file:///C:/Users/PC/Desktop/INSTRUMENTO/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2021-11112020.pdf>.
- Castillo Terán, Doris, y Marcela Ramón Alarcón. 2001. “Estudio de los factores biopsicosociales como causantes de prematuridad en el Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito-Ecuador.” *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*.
- Colectivo de Investigación y Acción Psicosocial. 2017. *La herida abierta del cóndor*. Ecuador. <C:/Users/PC/Downloads/herida-abierta-del-cc3b3ndor.pdf>.
- Donini Souto, Lucia Helena, Franciela Delazeri Carlotto, Juliana Petri Tavares, Graziella Chaves Trevilato, Richard Santos Afonso, y Deise Lisboa Riquinho. 2021. “Asociación entre comercialización de agrotóxicos con prematuridad y bajo peso al nacer al sur de Brasil”. *Revista Cubana de Enfermería*.
- ECU11. 2021. “Región Sierra Ecuador características provincias”. *ECU11*. <https://ecu11.com/region-sierra-ecuador-caracteristicas-provincias/>.
- Escobar, Diego. 2022. “La Amazonía es la región más pobre del Ecuador”. *Revista Amazónica. El Yucazo*. junio 25. <https://www.revistaelyucazo.com/l/mientras-la-amazonia-siga-siendo-la-mas-pobre-del-ecuador-habra-movilizacion-popular/>.
- Eslava Castañeda, Juan Carlos. 2017. “Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad”. *Revista de Salud Pública* 19 (3): 396–403. doi:10.15446/rsap.v19n3.68467.

- Ferreira-de-Sousa, Flávia Nogueira, y Vilma Sousa Santana. 2016. “Mortalidade por acidentes de trabalho entre trabalhadores da agropecuária no Brasil, 2000-2010”. *Cadernos de Saúde Pública* 32 (4). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. doi:10.1590/0102-311X00071914.
- Foucault, Michel. 1995. “¿Qué es la crítica?” <https://digitum.um.es>.
- García Cervantes, Mirna Karime. 2021. “Estudio de los modos de vida de la Asociación de padres y amigos de personas con autismo y síndromes asociados de la ciudad de Esmeraldas, año 2020”. Tesis maestría, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Área de Salud. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8393>.
- Gnerre, Maurizio. 2015. “Información General Archivo de Lenguas y Culturas del Ecuador”. *Archivo de Lenguas y Culturas del Ecuador*. <https://flacso.edu.ec/lenguas-culturas/lenguas/shuar-chicham/informacion-general/>.
- Hall, Stuart, David Held, y Tony McGrew. 1992. “The Question of Cultural Identity”. *Modernity and Its Futures*.
- Hendricks, Jon, y Laurie Russell Hatchb. 2006. “Seventeen - Lifestyle and Aging”. En *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 6th ed., 301–19. Burlington: Academic Press. doi:10.1016/B978-012088388-2/50020-1.
- Hernández Sampieri, Roberto. 2014. *Metodología de la investigación*. Sexta. México: McGRAW-HILL / Interamericana editores, S.A. DE C.V. file:///C:/Users/PC/Downloads/6\_Metod\_Invest\_Sampieri.pdf.
- Hospital Pediátrico Baca Ortiz. 2021. “Datos estadísticos de neonatología”. Hospital Pediátrico Baca Ortiz: Hospital.
- INEC. 2022. “Reporte de Pobreza Ecuador”. *Censo Ecuador*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>.
- Jima, Daniel. 2017. “La región interandina o sierra”. *Academia Premium*. [https://www.academia.edu/34121010/LA\\_REGION\\_INTERANDINA\\_O\\_SIERRA](https://www.academia.edu/34121010/LA_REGION_INTERANDINA_O_SIERRA).
- Kuhn, Thomas. 1998. “Posfácio 1969”. En *A Estrutura das Revoluções Científicas*, 217–57. São Paulo: Perspectiva. file:///C:/Users/PC/Downloads/KUHN,%20Thomas.%20A%20Estrutura%20das%20Revoluc%CC%A7o%CC%83es%20Cienti%CC%81ficas.pdf.
- Larrea, Carlos. 2005. “Desnutrición, etnicidad y pobreza en el Ecuador y el Área Andina”. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/856>.
- López Silva, María Concepción. 2022. “Investigación participativa de la determinación social de la salud y los derechos del empleo doméstico en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 2016-2017”. Tesis doctoral, Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8591>.
- Maldonado Quezada, Aida Yadira. 2022. “La historia a través de las narradoras: medios y mediaciones en los relatos de vida de las mujeres shuar en la parroquia Los Encuentros”. Tesis de maestría, Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8746>.
- Manterola, Carlos, y Tamara Otzen. 2014. “Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica” 32 (2): 365. doi:10.4067/S0717-95022014000200042.
- Matos Alviso, L.J., K.L. Reyes Hernández, G.E. López Navarrete, M.U. Reyes Hernández, E.S. Aguilar Figueroa, O. Pérez Pacheco, U. Reyes Gómez, et al. 2020. “La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad”, *Revista Médico-Científica de la Secretaría de la Salud Jalisco*, 7 (3): 179.
- Mendoza Tascón, Luis Alfonso, Diana Isabel Claros Benítez, Laura Isabel Mendoza Tascón, Martha Deyfilia Arias Guatibonza, y Claudia Bibiana Peñaranda Ospina. 2016.

- “Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro”. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 81 (4). Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología: 330–42. doi:10.4067/S0717-75262016000400012.
- Mies, Maria, y Shiva Vandana. 2016. *Ecofeminismo: Teoría Crítica y Perspectivas*. Icaria y Antrazyt. <http://www.marcialpons.es/libros/ecofeminismo/9788498886924/>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2014. *Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro*. Ecuador: Dirección Nacional de Normatización. file:///C:/Users/PC/Downloads/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro(2).pdf.
- Ministerio Salud Ecuador. 2020. “Rendición de Cuentas del Hospital Pediátrico Baca Ortíz 2019”. Ponencia, Hospital Pediátrico Baca Ortíz, marzo 5. file:///C:/Users/PC/Downloads/Presentaci%C3%B3n-RC-\_Hosp-Baca-Ortiz.pdf.
- Montero Aguilera, Alexis, Rafael errera Montoya, Damaris Paz Delfin, María Perez Dajaruch, y Yenía Díaz Fonseca. 2019. “Riesgos maternos asociados a la prematuridad”. *MULTIMED* 23 (5): 1163–82.
- Montesdeoca Bastidas, Marco Antonio. 2021. “Procesos de acompañamiento en el niño/a prematuro/a en la Unidad de Neonatología del Hospital General San Vicente de Paúl: un análisis desde la determinación social de la salud”. Tesis de maestría, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/8356>.
- Morán, Rosario, Lucía Vaamonde, y Grazzia Rey. 2021. “Hallazgos histopatológicos placentarios en nacimientos de pretérmino y término precoz”. *Ginecología y Obstetricia de México* 89 (08): 595–602. doi:10.24245/gom.v89i8.5619.
- OPS. 2019. “OPS/OMS | Bebés prematuros: historias de seis madres”. PAHO. *Pan American Health Organization / World Health Organization*. noviembre 7. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15581:por-una-atencion-apropiada-en-el-momento-justo-y-en-el-lugar-adecuado&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15581:por-una-atencion-apropiada-en-el-momento-justo-y-en-el-lugar-adecuado&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0).
- Organización Mundial de la Salud. 2018. “Nacimientos prematuros”. *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2019. “Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro”. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/4860247>\_spa.
- Ortega, Nathaly, y Santiago Vasco. 2022. “Sobrevida y principales causas de morbilidad y mortalidad en prematuros en Ecuador”. *The Ecuador Journal of Medicine* 2 (1): 1–13. doi:10.46721/tejom-vol2issEsp-2022-1-13.
- Padula, Amy M., Hongtai Huang, Rebecca J. Baer, Laura M. August, Marta M. Jankowska, Laura L. Jellife-Pawlowski, Marina Sirota, y Tracey J. Woodruff. 2018. “Environmental pollution and social factors as contributors to preterm birth in Fresno County”. *Environmental Health* 17 (70). doi:10.1186/s12940-018-0414-x.
- Peixoto Veras, Renato, Maurício Lima Barreto, Naomar Almeida Filho, y Rita Barradas Barata, eds. 1998. *Epidemiologia: contextos e pluralidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. [https://www.researchgate.net/publication/281282348\\_Epidemiologia\\_contextos\\_e\\_pluralidade](https://www.researchgate.net/publication/281282348_Epidemiologia_contextos_e_pluralidade).
- Ramos Ramos, Alfredo, Armando Martínez Ramírez, Armando Morales Fernández, y Rosa María Valdez López. 2004. “La prematuridad y sus repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño, en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México”. *Cadernos de Saúde Pública* 14: 313–18. doi:10.1590/S0102-311X1998000200015.
- Rellán Rodríguez, S, C Garcia de Ribera, y M. Paz Aragón Garcia. 2008. “Protocolos Diagnóstico terapéuticos de AEP: El recién nacido prematuro”. file:///C:/Users/PC/Desktop/PROCESAMIENTO%20DE%20DATOS/8\_1.pdf.

- Rodríguez Coutiño, Susana Isabel, René Ramos González, y Ricardo Jorge Hernández Herrera. 2013. “Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles”. *Ginecol Obstet Mex*.
- Rodríguez Salazar, Verónica Gabriela. 2019. “Morbimortalidad de recién nacidos prematuros extremos atendidos en el Hospital de los Valles desde enero 2014 a diciembre 2018.” Trabajo de titulación de posgrado, Quito: Universidad San Francisco de Quito. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/7939>.
- Ruiz Mantilla, Lucy. 2000. *Amazonía Ecuatorina*. Primera. Quito, Ecuador: EcoCiencia - Comité Ecuatoriano de la UICN. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/10440-opac>.
- Sánchez, Ma. del Carmen, María Martha Arévalo, Miriam Figueroa, y Rosa María Nájera. 2014. *Atención del neonato prematuro en la UCIN*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3159512>.
- Sandoval Illescas, Karol Mabel. 2019. “Enfoque de la determinación social de la malnutrición infantil en niños y niñas que acuden a los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del MIES, en la Administración Zonal Quitumbe, en el año 2018”. Tesis de maestría, Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/6994>.
- Secretaría General del Sínodo. 2020. “La Amazonía en Ecuador”. *synod.va*. <http://secretariat.synod.va/content/sinodoamazonico/es/la-panamazonia/amazonia-en-ecuador.html>.
- Solíz Torres, María Fernanda. 2016. *Lo que la mina se llevó: estudio de impactos psicosociales y socioecosistémicos tras la salida de la empresa Kinross en las comunidades ubicadas en la zona de influencia directa del Proyecto Fruta del Norte*. Primera edición. Quito: La Tierra. <http://hdl.handle.net/10644/5194>.
- Torres Lestrade, Olga Daniela, Iván Hernández Pacheco, Cizani Meneses Nuñez, y Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma. 2020. “Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino”. *Portal Regional da BVS* 5 (11): 1426–43. doi:10.19230/jonnpr.3779.
- Wade, Peter. 2000. *Raza y etnicidad en Latinoamérica*. Quito: Abya-Yala. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital>.



## Anexos

### Anexo 1: Formulario encuesta de la Determinación Social de la Salud en modos y estilos de vida de madre prematuro/a



UNIVERSIDAD ANDINA  
SIMON BOLIVAR  
Ecuador

#### Encuesta de la Determinación Social de la Salud en modos y estilos de vida de madre prematuro/a

Código \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sector donde vive \_\_\_\_\_  
celular \_\_\_\_\_

#### MÓDULO 1: DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. ¿Usted ha tenido otro hijo prematuro/a?
1. Si
  2. No
  - ¿Cuántos? \_\_\_\_\_
2. Etnia
1. Mestiza
  2. Indígena
  3. Montubia
  4. Afroecuatoriana
  5. Blanca
  6. Awá
  7. Shuar
3. Estado Civil
1. Soltera
  2. Casada
  3. Unión libre
  4. Divorciada
  5. Viuda
  6. Otro
  - ¿Cuál? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?
1. Primaria
  2. Secundaria
  3. Superior
  4. Ninguno
5. Ocupación
1. Trabajo independiente
  2. Trabajo dependiente
  3. Estudiante
  4. Ama de casa
  5. Trabajo informal
  6. Ninguno

#### MÓDULO 2: MODOS DE VIDA DE LAS FAMILIAS

##### INSERCIÓN SOCIAL (INSOC)

6. ¿El/ el principal responsable económico de su hogar es?

1. Usted mismo/a
2. Su cónyuge
3. Su padre
4. Madre
5. Padrastro/ madrastra
6. Otro familiar cercano
7. Otro: \_\_\_\_\_

7. ¿La ocupación de la persona que es principal responsable económico es?

1. Profesional con título que trabaja en empresa particular
2. Profesional con título que trabaja para el estado
3. Empleado de empresa particular no titulado,
4. Empleado público no titulado
5. Comerciante propietario de pequeño negocio,
6. Obrero o trabajador manual de empresa no propia,
7. Pequeño trabajador agrícola,
8. Trabajadora doméstica no remunerada
9. Jubilado
10. Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

8. La persona que es el principal responsable económico, para la producción es propietario de:

1. Locales
2. Tierra
3. Máquinas (vehículo)
4. Herramientas
5. Mercadería
6. Ninguno

9. ¿Cuáles la tarea principal del/la responsable en el trabajo?

1. Hace el trabajo (Jornalero)
2. Dirige y organiza el trabajo de otros (Capataz)
3. Hace y dirige el trabajo (Patrón o Propietario)
4. No aplica. (Describa en que trabaja)

10. ¿Cuáles la fuente más importante de los ingresos del principal responsable económico?

1. Alquiler de propiedad
2. Jornal diario o por semana
3. Negocio particular
4. Pensión Jubilar
5. Sueldo como empleado del sector público
6. Sueldo como empleado de empresa sector privado
7. Sueldo como empleada doméstica
8. Ventas ambulantes
9. Donaciones de familiares
10. Pensiones de familiares o bono
11. Otros

11. ¿Cuál es la afiliación que posee en el sistema general de seguridad social en salud?

1. Ningún seguro de salud
2. Seguro campesino
3. Seguro social
4. Seguro privado

12. ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales?

1. No percibe ningún ingreso
2. Percibe menos de 425 dólares
3. Percibe 425 dólares
4. Percibe entre 425 dólares y 850 dólares

5. Gana 850 dólares o más
13. ¿Qué tipo de vehículos transita en su zona donde vive?
1. Liviano
  2. Medio
  3. Pesado
14. ¿Cuánto tiempo se hace a su establecimiento de salud más cercano?
1. A menos de 30 minutos
  2. De 31 a 60 minutos
  3. Mayor a 60 minutos
15. ¿La zona de ubicación de su vivienda es?
1. Rural
  2. Urbano
  3. Industrial
16. ¿Usted con quién vive?
1. Familia nuclear (cónyuge, padres, hermanos, hijos)
  2. Familia extendida (abuelos, tíos, primos, cuñados)
  3. Otros ¿Quién? \_\_\_\_\_
17. ¿Su vivienda es?
1. Propia totalmente pagada
  2. Propia pagándose
  3. Prestada
  4. Alquilada
18. ¿Cuántas personas habitan en esta vivienda?
1. De dos a tres
  2. Cuatro
  3. Más de cuatro
19. ¿Considera la calidad de su vivienda cómo?
1. Satisfactorio
  2. Poco satisfactorio
  3. Insatisfactoria
20. ¿Cuál es el tipo de baño que posee su vivienda?
1. Campo abierto
  2. Letrina
  3. Baño (alcantarillado)
21. ¿Su vivienda tiene servicio de recolección de desechos?
1. Dispone regularmente
  2. Cada dos semanas
  3. Sin recolección de desechos inorgánicos
22. ¿De qué manera Ud. dispone del agua para su vivienda?
1. Agua del río
  2. Agua de pozo
  3. Agua entubada
23. ¿Con cuáles de los servicios básicos cuenta la vivienda que usted habita?
1. Energía Eléctrica, agua potable, alcantarillado (parcial)
  2. Energía Eléctrica, agua potable, alcantarillado, internet (completo)
  3. Ninguno
24. ¿Pertenece usted a alguna Organización Social en su barrio o localidad?
1. Si
  2. No
25. ¿Qué tipo de organización?

1. Religiosa
2. Social
3. Ninguno
4. Artística (pintura, música, danza, entre otras)
5. Deportiva
6. Otra.....

26. ¿Cuántas comidas se alimenta al día?

1. Cinco
2. Tres- cuatro
3. Dos-una

27. ¿Por lo general usted se alimenta en dónde?

1. Casa
2. Restaurante, patios de Comida de Centros Comerciales
3. Mercado
4. Puestos de la calle

28. ¿A qué edad comenzó a fumar?

1. 10 a 15 años
2. 16 a 20 años
3. Nunca

29. ¿A qué se dedica en su tiempo libre u ocio?

1. Hacer ejercicio
2. Pasar con la familia
3. Dormir
4. Redes Sociales
5. Recursos audiovisuales (ver tv, escuchar música, videojuegos)
6. Salir con amigos/ compañeros
7. Leer
8. Viajar
9. Bailoterapia
10. Otros

30. ¿Practica algún deporte?

1. Si
  2. No
- ¿Cual?

31. Antes de tener a su hijo (a) el padre o la madre vivieron o trabajaron (por un período mayor a 5 meses) en ambientes donde había:

1. Uso excesivo de agrotóxicos
2. Zonas de explotación minera
3. Zonas petroleras
4. Zonas de alta contaminación industrial
5. Alta contaminación vehicular
6. Otras fuentes de contaminación
7. Ninguna

32. ¿El barrio donde usted vive dispone de parques o plazas?

1. Si
2. No

33. ¿El barrio donde usted vive dispone de árboles, espacios verdes?

1. Si
2. No

34. Si existen parques o plazas en su barrio, ¿estos disponen de canchas deportivas?

1. Si
2. No

35. Si existen parques o plazas en su barrio, ¿estos disponen de juegos infantiles?  
1. Si  
2. No
36. Si existen parques o plazas en su barrio, ¿estos disponen de máquinas para hacer ejercicio.  
1. Si  
2. No
37. Si existen parques o plazas en su barrio, ¿estos disponen de caminerías?  
1. Si  
2. No
38. Si existen parques o plazas en su barrio, ¿estos disponen de plantas?  
1. Si  
2. No
39. ¿Usted diría que, en general, los vecinos separan los residuos reciclables en sus casas?  
1. Si  
2. No
40. ¿En su barrio se organizan para realizar mingas de limpieza o mantenimiento?  
1. Si  
2. No

### **MODULO 3: PERFIL DE LA MADRE ANTES DEL EMBARAZO**

41. ¿Cómo fue su estado de salud antes del embarazo?  
1. Bajo  
2. Regular  
3. Bueno
42. ¿Ha tenido algún tratamiento médico antes del embarazo?  
1. Hipertensión Arterial  
2. Cirugía - cesárea  
3. Diabetes  
4. Ninguno
43. ¿Tubo abortos anteriores?  
1. Si  
2. No
44. ¿El embarazo fue gemelar?  
1. Si  
2. No
45. ¿Ha tenido anteriores partos con algún tipo de malformaciones congénitas?  
1. Si  
2. No
46. ¿Le han realizado anteriormente?  
1. Cirugía cervical previa  
2. Legrados múltiples  
3. Malformaciones uterinas  
4. Ninguno
47. ¿UD. Padece de alguna de las siguientes enfermedades?  
1. Hipertensión arterial  
2. Diabetes  
3. Celiaquía  
4. Asma  
5. Problemas de tiroides  
6. Cáncer  
7. Otras

8. Ninguno

48. ¿Algún familiar sufre de alguna enfermedad importante?

1. Si ¿Cuál?

2. No

49. ¿En esa Organización Usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud general?

1. Si

2. No

50. ¿En esa Organización usted, ha participado en alguna actividad relacionada con la salud mental?

1. Si

2. No

51. ¿Cuántas horas diarias usted duerme?

1. 7 a 8 horas

2. Mas de 9 horas

3. 6 a 4 horas

4. 1 a 3 horas

52. ¿En su vivienda existe algún tipo de contaminación del agua?

1. Si

2. No

53. ¿Existe medios de producción cercanos al hogar (bloquera, fábricas, zonas petroleras)?

1. Si

2. No

#### **MODULO 4: PERFIL DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO**

54. ¿Cuántos embarazos ha tenido? \_\_\_\_\_

55. ¿Es su primer parto?

1. Si

2. No

56. ¿El presente parto fue planificado?

1. Si

2. No

57. ¿El embarazo fue gemelar?

1. Si

2. No

58. ¿Usted considera que Ud. consume principalmente alimentos procesados o naturales?

1. Más alimentos procesados

2. Más alimentos naturales

59. ¿La dieta familiar es completa?

1. Si

2. No

60. ¿La dieta familiar es equilibrada?

1. Si

2. No

61. ¿La dieta familiar es suficiente?

1. Si

2. No

62. ¿La dieta familiar es adecuada?

1. Si
2. No

63. ¿Durante su embarazo Ud. Manipulo algún químico?

1. Químico; manipulan alimentos agrícolas
2. Radiación ionizante
3. Ninguno

64. Durante el embarazo, la madre trabajó o vivió (por un período mayor a 3 meses) en ambientes donde había

1. Uso excesivo de agrotóxicos
2. Zonas de explotación minera
3. Zonas petroleras
4. Zonas de alta contaminación industrial
5. Alta contaminación vehicular
6. Otras fuentes de contaminación
7. Ninguna

65. ¿Siente que el nivel de contaminación del aire que respira en el sector donde vive es?

1. Alto
2. Medio
3. Bajo

66. ¿Cuántos controles se hizo en su embarazo?

1. 8 o más
2. De 5 a 7
3. De 1 a 4
4. Ninguno

67. ¿Recibió ácido fólico durante el embarazo?

1. Si
2. No

68. ¿Recibió medicación durante el embarazo?

1. Si
2. No

69. ¿UD. Padeció alguna de las siguientes enfermedades durante el embarazo?

1. ITS
2. Infecciones vectoriales
3. Infecciones zoonóticas
4. Infecciones inmunoprevenibles
5. Infecciones de vías urinarias
6. enfermedad por factores de inmunidad
7. Infecciones cérvico-uterinos
8. Ninguno

70. ¿UD. Padeció alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo?

1. Hipertensión arterial gestacional
2. Diabetes gestacional
3. Eclampsia
4. Sangrado vaginal
5. Parto prematuro
6. Placenta previa
7. Ninguno
8. Ruptura prematura de membranas

71. ¿Durante el embarazo, Ud. tuvo alguna de las siguientes afectaciones?

1. Ansiedad
2. Depresión
3. Episodios de violencia intrafamiliar
4. Duelos

- 5. Trastornos de la alimentación
- 6. Estrés
- 7. Ninguna

72. ¿El parto fue?  
 1. Normal  
 2. Cesárea

73. Trabajo Esfuerzo físico  
 1. Si  
 2. No

74. Jornada laboral extensa  
 1. Si  
 2. No

75. ¿Soporte familiar durante el embarazo?  
 1. Si  
 2. No

#### **MÓDULO 5: DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

76. Género  
 1. Femenino  
 2. Masculino

77. Maduración pulmonar previa  
 1. Si  
 2. No

78. Edad gestacional al nacer  
 1. < 28 semanas  
 2. 28 a 32 semanas  
 3. 32.1 a 34 semanas  
 4. 34.1 a 36 semanas y 6 días

79. Necesidad de reanimar después del parto  
 1. Si  
 2. No

80. Puntuación APGAR  
 1. 7-10 buen estado de adaptación  
 2. 6-4 moderadamente deprimido  
 3. Menor a 3 severamente deprimido

81. Retardo de crecimiento intrauterino  
 1. Si  
 2. No

82. Complicaciones hasta los 28 días de vida  
 1. Si  
 2. No

83. Afectaciones respiratorias  
 1. Si  
 2. No

84. Afectaciones Digestivas  
 1. Si  
 2. No

85. Infecciones  
 1. Si  
 2. No

86. Afectaciones neurológicas  
 1. Si  
 2. No

87. Afectaciones cardiovasculares	1. Si 2. No
88. Alteraciones metabólicas	1. Si 2. No
89. Peso al nacer	1. Menor 1000 gramos peso extremadamente bajo al nacer 2. 1001- 1500 gramos muy bajo peso al nacer 3. 1501-2500 gramos bajo peso al nacer 4. >2500

**Anexo 2: Guía de entrevista para el personal de salud**

1. ¿Qué tipo de campañas ha implementado el Ministerio de salud pública para la prevención de la prematurez?
2. ¿Qué políticas ha implementado el Ministerio de salud pública para asegurar la atención de los pacientes prematuros?
3. ¿Con su experiencia, porque considera que es el alto número de recién nacidos prematuros en el hospital?
4. ¿La unidad cuenta con los profesionales necesarios y capacitados para garantizar la atención de los pacientes prematuros?
5. ¿Qué tipo de recursos asigna el Hospital Pediátrico Baca Ortiz, al área de neonatología?
6. ¿Las condiciones actuales del área de neonatología son las adecuadas para garantizar la atención?
7. Ante la carencia de insumos y medicamentos en el área de UCIN ¿Cuáles son las medidas adoptadas por el personal de salud para asegurar la adecuada atención?
8. ¿Cuál es el costo diario aproximado de la hospitalización de un prematuro, en la UCIN en un hospital privado?
9. ¿Cómo unidad ustedes cuentan con un protocolo establecido para garantizar el manejo a los pacientes prematuros?
10. ¿Cómo prestadores de salud cuales han sido las principales dificultades que han tenido que enfrentar para garantizar la atención de los prematuros?
11. ¿Qué tipo de recomendación podría plantear que contribuya al mejoramiento del servicio de UCIN?

**Anexo 3: Guía de entrevista para los familiares**

1. ¿Qué repercusiones sociales conlleva tener un hijo prematuro?
2. ¿Qué repercusiones laborales conlleva tener un hijo prematuro?
3. ¿Cuál es el costo económico que representa el tratamiento de su bebé?
4. ¿Quién asume los gastos económicos del recién nacido?
5. ¿La institución le brinda todos los insumos o medicamentos que requiere para la atención de su bebé?
6. ¿La institución les ha brindado capacitaciones referentes a los cuidados de su bebé en el hogar?
7. ¿Cuáles han sido las principales limitaciones que su familiar ha experimentado desde el inicio del nacimiento de su bebé?
8. ¿Ud. Cree que el hospital cuenta con los profesionales necesarios y capacitados para garantizar la atención de su bebé?
9. ¿Qué tipo de recomendación podría plantear que contribuya al mejoramiento del servicio de neonatología y a la salud de su familiar?

**Anexo 4: Consentimiento previo e informado****Consentimiento informado y autorización**

Usted ha sido invitada a participar en la investigación: **La prematurez de los recién nacidos de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Pediátrico Baca Ortiz. Un enfoque de la determinación social.** El principal objetivo de este estudio es analizar los procesos destructivos y protectores de los modos de vida de las madres de los recién nacidos prematuros.

La investigación se realiza bajo estrictos procedimientos científicos y normas de confidencialidad de datos. No implica ningún riesgo ni procedimiento que afecte su salud y bienestar. Para participar en esta investigación es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

**Beneficios:** No recibirá ningún beneficio económico, ni recompensa alguna, por participar este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información muy valiosa para estudios futuros.

**Voluntariedad:** Su participación es absolutamente voluntaria. Tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento.

**Confidencialidad:** Todas sus opiniones serán confidenciales, y las mantendremos en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular.

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, los mismos que serán devueltos a la comunidad, en una reunión organizada únicamente con este propósito, donde se informará sobre los principales hallazgos de este estudio.

Por medio del presente documento dejo constancia que conozco el estudio y su importancia, así como mi forma de participar.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de cédula \_\_\_\_\_

Información del contacto:

Responsable de la investigación: Eliza Moraima Manobanda Manobanda,

Correo electrónico: [eliza.manobanda@hbo.gob.ec](mailto:eliza.manobanda@hbo.gob.ec)

Teléfono: [0960259402](tel:0960259402)

### Anexo 5: Modelo analítico y operacionalización de variables

Operacionalización de las variables			
Categoría	Variable/bloques	Contenido	
Características generales de las madres de los RN prematuros	Región de residencia	1. Sierra 2. Costa 3. Amazonía	
	Edad	1. Menos de 19 años 2. De 19 a 34 años 3. Más de 35 años	
	Etnia	1. Mestiza 2. Indígena 3. Montubia 4. Afroecuatoriana 5. Blanca 6. Awá 7. Shuar	
	Estado civil	1. Soltera 2. Casada	
	Nivel de instrucción	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Ninguno	
	<b>Dimensión</b>	<b>Categoría/ BLOQUES</b>	<b>Variable</b>
<b>Dimensión particular</b>	Territorio	Región de residencia	1. Sierra 2. Costa 3. Amazonia
	Inserción Social	Principal responsable económico	1. Usted mismo/a 2. Su cónyuge 3. Su padre 4. Madre 5. Padrastro/ madrastra 6. Otro familiar cercano 7. Otro: _____
		Ocupación del responsable económico	1. Profesional que trabaja como empleado público o privado

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Empleado público o privado administrativo</li> <li>3. Pequeño empresario (Comercio y otros)</li> <li>4. Obrero y trabajador</li> </ol>
	Propietario de los medios de producción	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Locales</li> <li>2. Tierra</li> <li>3. Máquinas (vehículo)</li> <li>4. Herramientas</li> <li>5. Mercadería</li> <li>6. Ninguno</li> </ol>
	Tarea del responsable económico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hace el trabajo (Jornalero)</li> <li>2. Dirige y organiza el trabajo de otros (Capataz)</li> <li>3. Hace y dirige el trabajo (Patrón o Propietario)</li> <li>4. No aplica. (Describa en que trabaja)</li> </ol>
	Fuente de ingresos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alquiler de propiedad</li> <li>2. Jornal diario o por semana</li> <li>3. Negocio particular</li> <li>4. Pensión Jubilar</li> <li>5. Sueldo como empleado del sector público</li> <li>6. Sueldo como empleado de empresa sector privado</li> <li>7. Sueldo como empleada doméstica</li> <li>8. Ventas ambulantes</li> <li>9. Donaciones de familiares</li> <li>10. Pensiones de familiares o bono</li> <li>11. Otros</li> </ol>
	Resumen: Inserción social (INSOC)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pequeño propietario</li> <li>2. Empleado público o privado</li> <li>3. Clase trabajadora</li> </ol>
Modos de vida: Patrones de trabajo	Ocupación de la madre	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trabajo independiente</li> <li>2. Trabajo dependiente</li> <li>3. Estudiante</li> <li>4. Trabajo doméstico no remunerado</li> <li>5. Trabajo informal</li> <li>6. Ninguno</li> </ol>

	Rango ingresos mensuales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No percibe ningún ingreso</li> <li>2. Percibe menos de 425 dólares</li> <li>3. Percibe 425 dólares</li> <li>4. Percibe entre 425 dólares y 850 dólares</li> <li>5. Gana 850 dólares o más</li> </ol>
Modos de vida: patrones de consumo;  acceso a la educación	Nivel de instrucción	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria</li> <li>2. Secundaria</li> <li>3. Superior</li> <li>4. Ninguno</li> </ol>
Calidad de la vivienda/ acceso a los servicios básicos	Ubicación de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rural</li> <li>2. Urbano</li> <li>3. Industrial</li> </ol>
	Propiedad de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propia</li> <li>2. Propia pagándose</li> <li>3. Prestada</li> <li>4. Alquilada</li> </ol>
	Número de personas que habitan la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De dos a tres</li> <li>2. Cuatro</li> <li>3. Más de cuatro</li> </ol>
	Percepción de la calidad de la vivienda	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Satisfactoria</li> <li>1. No satisfactoria</li> </ol>
	Tipo de baño	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Campo abierto</li> <li>2. Letrina</li> <li>3. Baño (alcantarillado)</li> </ol>
	Recolección de desechos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispone regularmente</li> <li>2. Cada dos semanas</li> <li>3. Sin recolección de desechos inorgánicos</li> </ol>
	Fuente de agua de consumo doméstico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agua del río</li> <li>2. Agua de pozo</li> <li>3. Agua entubada</li> </ol>
	Acceso a los servicios básicos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Energía Eléctrica, agua potable, alcantarillado (parcial)</li> <li>2. Energía Eléctrica, agua potable, alcantarillado, internet (completo)</li> <li>3. Ninguno</li> </ol>
Acceso a la alimentación	Lugar donde se alimenta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Casa</li> </ol>

		<p>2. Restaurante, patios de Comida de Centros Comerciales</p> <p>3. Mercado</p> <p>4. Puestos de la calle</p>
	Dieta familiar completa	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Dieta familiar equilibrada	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Dieta familiar suficiente	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Dieta familiar adecuada	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
Acceso a los servicios de salud	Tiempo al establecimiento de salud	<p>1. A menos de 30 minutos</p> <p>2. De 31 a 60 minutos</p> <p>3. Mayor a 60 minutos</p>
	Afiliación del seguro de salud	<p>1. Ningún seguro de salud</p> <p>2. Seguro campesino</p> <p>3. Seguro social</p> <p>4. Seguro privado</p>
Modos de vida: construcción de identidad y la subjetividad		Información de la entrevista
Modos de vida: Organización y soportes colectivos	Organización al que pertenece	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Tipo de organización a la que pertenece	<p>0. No pertenece a ninguna organización</p> <p>1. Organización religiosa</p> <p>2. Organización social</p> <p>3. Organización Artística (pintura, música, danza, entre otras)</p> <p>4. Otra organización</p> <p>5. Organización deportiva</p>
	Soporte familiar en el embarazo	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Participación de actividades de salud	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Participación de actividades de salud mental	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>

	Estado civil	1. Soltera 2. Casada
Modos de vida: Relaciones con la naturaleza	En su barrio dispone de parque y plazas	1. Si 0. No
	Los parques de su barrio disponen árboles y espacios verdes	1. Si 0. No
	Los parques de su barrio disponen de canchas deportivas	1. Si 0. No
	Los parques de su barrio disponen de juegos infantiles	1. Si 0. No
	En su barrio dispone de máquinas para hacer ejercicio	1. Si 0. No
	Los parques de su barrio disponen de caminerías	1. Si 0. No
	Los parques de su barrio disponen de plantas	1. Si 0. No
Modos de vida: Relación ecológica con la naturaleza	Los vecinos separan los residuos reciclables en sus casas	1. Si 0. No
	En su barrio organizan mingas de limpieza y mantenimiento donde vive	1. Si 0. No
Exposición	Exposición laboral antes del embarazo	1. Uso excesivo de agrotóxicos 2. Zonas de explotación minera 3. Zonas petroleras

			<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Zonas de alta contaminación industrial</li> <li>5. Alta contaminación vehicular</li> <li>6. Otras fuentes de contaminación</li> <li>7. Ninguna</li> </ul>
		Exposición laboral durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Uso excesivo de agrotóxicos</li> <li>2. Zonas de explotación minera</li> <li>3. Zonas petroleras</li> <li>4. Zonas de alta contaminación industrial</li> <li>5. Alta contaminación vehicular</li> <li>6. Otras fuentes de contaminación</li> <li>7. Ninguna</li> </ul>
		Exposición química durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Químico; manipulan alimentos agrícolas</li> <li>1. Radiación ionizante</li> <li>2. Ninguno</li> </ul>
		Percepción de la contaminación del aire donde vive	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Alto</li> <li>2. Medio a bajo</li> </ul>
		Cercanía del hogar a fábrica e instalaciones productivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>0. No</li> </ul>
		Tipo de vehículo que transita su zona	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Liviano</li> <li>2. Medio</li> <li>3. Pesado</li> </ul>
		Esfuerzo físico durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>0. No</li> </ul>
		Jornada laboral extensa	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>0. No</li> </ul>
Dominio singular (Estilos de vida)	Patrón personal de consumo/ descanso	Cuántas horas dormía durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 7 a 8 horas</li> <li>2. Más de 9 horas</li> <li>3. 6 a 4 horas</li> <li>4. 1 a 3 horas</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 10 a 15 años</li> </ul>

Hábitos malsanos	Tabaquismo Tiempo de consumo de tabaco	2. 16 a 20 años 3. Nunca
Patrón personal de consumo/ alimentación	Número de comidas se alimenta al día	1. Cinco 2. Tres- cuatro 3. Dos-una
	Lugar donde se alimenta durante el embarazo	1. Casa 2. Restaurante, patios de Comida de Centros Comerciales 3. Mercado 4. Puestos de la calle
	Consumo de alimentos	1. Más alimentos procesados 2. Más alimentos naturales
	Lugar donde se alimenta	1. Casa 2. Restaurante, patios de Comida de Centros Comerciales 3. Mercado 4. Puestos de la calle
Soporte familiar	Tipo de familia	1. Familia nuclear (cónyuge, padres, hermanos, hijos) 2. Familia extendida (abuelos, tíos, primos, cuñados) 3. Otros
Hábitos saludables	Actividad en el tiempo libre	1. Hacer ejercicio 2. Pasar con la familia 3. Descansar 4. Redes Sociales 5. Recursos audiovisuales (ver tv, escuchar música, videojuegos) 6. Salir con amigos/ compañeros 7. Leer 8. Viajar 9. Bailotearía 10. Otros
	Deporte	1. Si 0. No ¿Cuál?
Condición de salud de la madre	Percepción del estado de salud antes del embarazo	1. Bajo 2. Regular

		3. Bueno
	Parto planificado	1. Si 0. No
	Control prenatal	1. 8 o más 2. De 5 a 7 3. De 1 a 4 4. Ninguno
	Ácido fólico	1. Si 0. No
	Medicación durante el embarazo	1. Si 0. No
	Parto	1. Normal 2. Cesárea
Antecedentes de salud	Tratamiento médico antes del embarazo	1. Hipertensión Arterial 2. Cirugía - cesárea 3. Diabetes 4. Ninguno
	Antecedentes de abortos	1. Si 0. No
	Embarazo gemelar	1. Si 0. No
	Antecedentes de hijos con malformaciones congénitas	1. Si 0. No
	Antecedentes quirúrgicos	1. Cirugía cervical previa 2. Legrados múltiples 3. Malformaciones uterinas 4. Ninguno
	Antecedentes personales patológicos	1. Hipertensión arterial 2. Diabetes 3. Celiaquía 4. Asma 5. Problemas de tiroides 6. Cáncer 7. Otras 8. Ninguno
	Antecedentes patológicos familiares	1. Si ¿Cuál? 0. No
	Número de embarazos	1. 1-2 2. 3-4 3. Más de 5

	Partos prematuros antecedentes	1. Si 2. No
	Patologías durante el embarazo	1. ITS 2. Infecciones vectoriales 3. Infecciones zoonóticas 4. Infecciones inmunoprevenibles 5. Infecciones de vías urinarias 6. Enfermedad por factores de inmunidad 7. Infecciones cérvico-uterinos 8. Ninguno
Complicaciones	Complicaciones durante el embarazo	1. Hipertensión arterial gestacional 2. Diabetes gestacional 3. Eclampsia 4. Sangrado vaginal 5. Parto prematuro 6. Placenta previa 7. Ninguno 8. Ruptura prematura de membranas
	Afectaciones mentales durante el embarazo	1. Ansiedad 2. Depresión 3. Episodios de violencia intrafamiliar 4. Duelos 5. Trastornos de la alimentación 6. Estrés 7. Ninguna
Perfil epidemiológico del prematuro	Género del RN	1. Femenino 2. Masculino
	Maduración pulmonar previa	1. Si 0. No
	Edad gestacional al nacer	1. < 28 semanas 2. 28 a 32 semanas 3. 32.1 a 34 semanas 4. 34.1 a 36 semanas y 6 días
	Necesidad reanimación después del parto	1. Si 0. No

		<p>Apgar del RN</p> <p>1. 7-10 buen estado de adaptación</p> <p>2. 6-4 moderadamente deprimido</p> <p>3. Menor a 3 severamente deprimido</p>
	Retardo de crecimiento intrauterino	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Complicaciones hasta los 28 días de nacido	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Afectaciones respiratorias	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Afectaciones digestivas	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Infecciones	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Afectaciones neurológicas	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Afectaciones cardiovasculares	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Afecciones metabólicas	<p>1. Si</p> <p>0. No</p>
	Peso al nacer	<p>1. Menor 1000 gramos peso extremadamente bajo al nacer</p> <p>2. 1001- 1500 gramos muy bajo peso al nacer</p> <p>3. 1501-2500 gramos bajo peso al nacer</p> <p>4. &gt;2500</p>

Fuente y elaboración propia

## Anexo 6: Matriz de procesos críticos

Dominio	Componentes	Subcomponentes	Lógica dominante de generación de procesos críticos	Procesos protectores	Procesos Destructivos
GENERAL	Relaciones estructurales generales	Modelo económico	Globalización, acumulación acelerada del desarrollo capitalista		Distribución inequitativa de los recursos sociales, económicos y públicos del Ecuador
		Estado y Políticas	Políticas y acciones de los estados que han apoyado el modelo de desarrollo capitalista y de mercado.	Cuentan con una unidad de salud especialidades como sitio de referencia	Políticas que apoyan el enfoque médico-asistencialista de salud de los prematuros. Política que no están enfocadas en la defensa de la salud colectiva. Dificultad del sistema de salud para acceder a citas médicas. Barreras geográficas
			Marco legal	Servicio público	Institucional: existe guías prácticas clínica 2015 del recién nacido, protocolos, documentos normativos desactualizados
		Culturales	Cultura del Consumismo		Escasas investigaciones sobre la prematuridad. No se integra los saberes ancestrales
	Ideología, producción de conocimiento			Acelerado, pero desigual, desarrollo científico-técnico	
	Modelo territorial	Construcción de modelo de ciudad neoliberal y nueva ruralidad		Áreas rurales con escaso acceso a los servicios de atención de salud Residentes en áreas rurales o suburbios Territorios malsanos (zonas petroleras, agroindustriales)	
	Matriz de poder en la estructura social	Inequidad de clase, género y etnia en el modelo societario	Relaciones de poder patriarcales, clasistas, racistas		Clases sociales dominadas/subordinadas
PARTICULAR- (espacio barrial/ comunitario / grupal / familiar) Modos de vida (en sus 5 dimensiones)	Modos de vida de los grupos sociales	a) Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.			-Desorganización social del trabajo -Espacios de producción y trabajo malsanos -No poseen seguridad social -Salarios mínimos
		b) Calidad y disfrute de bienes de consumo: acceso; patrones de consumo.		Acceso de alimentos sin conservantes	-Escaso acceso a una alimentación completa - Accesos limitado y distante a los servicios de salud médico-asistencialista, -acceso limitado a unidades de salud de mayor complejidad,

					-Vivienda en malas condiciones -Acceso a los servicios básicos incompleto
		c) Construcción de la cultura, identidad y la subjetividad		Saberes ancestrales protectores	-Desconocimiento de la magnitud del problema - No se integra los saberes ancestrales - Comportamientos y relación jerárquica
		d) Organización y soportes colectivos		Buenas relaciones con los colectivos	-Debilidad del sujeto social -Clases sociales dominadas
		e) Relaciones con la naturaleza en el nivel particular		Ubicación de la vivienda en sitios rodeados por áreas verdes. Cuidado del ambiente	-Ambiente deteriorado por la lógica centrada en el crecimiento del capital. - Escaso acceso al agua segura. -Manejo inadecuado de desechos
	Exposiciones	Laborales			Exposición laboral agrotóxicos y explotación laboral
		Ambientales			Exposición ambiental con agrotóxicos
		Domésticas			Extensas jornadas de trabajo doméstico en el hogar
	Triple inequidad en las relaciones de clase, género y etnia				-Inequidad de género, trabajo (productivo, reproductivo) accesos a los recursos económicos - Clases sociales dominadas -Inequidad étnica
	Características del espacio particular	Barrial			-Escasa participación con una organización social y actividades comunitarias
		Familiar		Actividades deportivas o recreativas en familia	-Buenas relaciones familiares
		Grupal		Buenas relaciones con los vecinos	
	Vulnerabilidades diferenciales				-Escasos ingresos económicos, -Condiciones deterioradas de la vivienda -Modos de vida malsanos
<b>Singular</b> (Estilos de vida y condiciones de salud)	Estilos de vida de los individuos	a) Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.			Jornadas extensas, sobrecarga de trabajo, levantamiento de cargas pesadas, educación
		b) Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de			Alimentación pobre en nutrientes, acceso a los servicios de salud médico-asistencial.

		servicios; recreación.			
		c) Concepciones y valores personales.			- Desconocimiento de la magnitud del problema -Tristeza, estrés
		d)Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.			
		e) Itinerario ecológico personal.		Cuidan la naturaleza, disfrute de la naturaleza	
	Salud individual	Perfil de salud individual-(embodiment)		Sin hábitos tóxicos	-Caracterización del recién nacido prematuro. -Tipo y complicaciones en el parto
		Fenotipos y genotipos			-Morbilidad -Antecedentes de la madre y del padre, antecedentes gineco-obstétricos del recién nacido prematuro (embarazo y parto) - Condición de salud de la madre y el recién nacido prematuro -Atención durante la hospitalización en la unidad de salud

Fuente y elaboración propia