

Mujeres Pariendo entre la Violencia y la Resignación

— Morbilidad y mortalidad materna y neonatal en tres provincias del Ecuador



Fundación Desafío

Sara Larrea Izaguirre
Investigadora

Proyecto: Mejora del ejercicio de los Derechos sexuales y Derechos reproductivos en las provincias de Tungurahua, El Oro y Orellana.



2 283 978 / 2 280 199

fundaciondesafioecuator@gmail.com

Manuel Larrea y Santa Prisca esq. Ed. CONEISA, piso 9 oficina 954

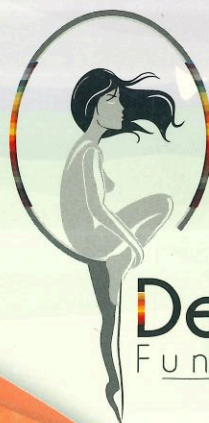
www.fundaciondesafio-ec.org



facebook.com/fundacion.desafio



[@DesafioDerechos](https://twitter.com/DesafioDerechos)



Desafío
Fundación

Diseño y diagramación: 35mm - visual statements

www.treintaycincomilímetros.com

Con el apoyo de:



Gipuzkoako Foru Aldundia
Diputación Foral de Gipúzkoa

Giza Eskubideak Derechos Humanos



Lankidetzeta eta Berdintasuna Cooperación e Igualdad

medicusmundi

Proyecto: Mejora del ejercicio de los Derechos sexuales y Derechos reproductivos en las provincias de Tungurahua, El Oro y Orellana.



Mujeres Pariendo entre la Violencia y la Resignación

Morbilidad y mortalidad materna y neonatal en tres provincias del Ecuador

Mujeres Pariendo entre la Violencia y la Resignación
Morbilidad y mortalidad materna y neonatal en tres provincias del Ecuador

Proyecto: Mejora del ejercicio de los Derechos sexuales y Derechos reproductivos en las provincias de Tungurahua, El Oro y Orellana.

Fundación Desafío
Medicus Mundi Gipuzkoa

Investigadora
Sara Larrea Izaguirre

Participaron en el diseño del estudio
Fundación Desafío

Virginia Gómez de la Torre Bermúdez, Martha López Ángel

Asociación de Mujeres Kichwas Kallary Kausay

Hilda Ajón Mamallacta, Rosa Belén Chimbo Yumbo, Erlinda Quindigua Shiguango, Verónica Quindigua Shiguango, Adriana Shiguango Cerda

Movimiento de Mujeres de El Oro

Rosa López Machuca, Diana Cecibel Cuenca, Elsita Loor Loor, Fernanda Landín, Lady Saldaña Jaigua

Coordinadora Política de Mujeres de Tungurahua

Miryam Auz, Gloria Estrella, Rita García Zambrano, Gina Vásquez Pacheco

Participaron en la recolección de la información:

Miryam Auz, Diana Cecibel Cuenca, Gloria Estrella, Verónica Quindigua, Erlinda Quindigua, Adriana Shiguango, Gina Vásquez Pacheco

Participaron en el análisis de la información:

Miryam Auz, , Diana Cecibel Cuenca, Gloria Estrella, Virginia Gómez de la Torre Bermúdez, Fernanda Landín Mosquera, Elsita Loor, Martha López Ángel, Erlinda Quindigua, Verónica Quindigua, Adriana Shiguango, Gina Vásquez Pacheco.

Participaron en la revisión del informe final:

Virginia Gómez de la Torre
Yolanda Hernández Mosquera
Martha López Ángel

**Las siguientes organizaciones e instituciones
participaron en este estudio:**

Movimiento de Mujeres de El Oro
Centro de Atención Integral Rosa Vivar Arias
Asociación de Mujeres Kichwas Kallary Kausay de Orellana
Coordinadora Política de Mujeres de Tungurahua
Fundación Desafío

Edición y corrección de Estilo

Martha López Ángel

Virginia Gómez de la Torre

Diseño, diagramación e impresión

35mm - visual statements

www.treintaycincomilímetros.com

FUNDACIÓN DESAFÍO

Manuel Larrea N12-23 y Santa Prisca. Edificio CONEISA, 9no Piso, Ofic. 954

Telefax: 2 283 978

Email: fundaciondesafioecuator@gmail.com

www.fundaciondesafio-ec.org

@DesafioDerechos

[Facebook.com/fundacion.desafio](https://www.facebook.com/fundacion.desafio)

Quito - Ecuador

Noviembre 2016

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Diputación Foral de Gipuzkoa/Derechos Humanos-Cooperación e Igualdad, por medio de Medicus Mundi Gipuzkoa. Los puntos de vista que aquí se expresan reflejan la opinión de las autoras. No expresan las opiniones oficiales de las instituciones.

CONTENIDO

Resumen	2
Presentación	4
Introducción	6
Metodología	7
Técnicas de investigación participativa	7
Aspectos éticos	7
Perfiles de las mujeres que participaron en el estudio	8
Parir con dolor y violencia: testimonios de mujeres sobre complicaciones durante sus embarazos, partos y postpartos	11
Discusión	19
Perder una criatura: testimonios sobre mortalidad neonatal	21
Discusión	25
Morir dando vida: historias de muerte materna	27
Discusión	29
Testimonios de violencias contra las mujeres: el contexto de las complicaciones antes, durante y después del parto	31
Discusión	38
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Bibliografía	42
Anexo: Indicadores de salud reproductiva: una aproximación al contexto de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en tres provincias del Ecuador	45

Mujeres Pariendo entre la Violencia y la Resignación

"Una mujer es inevitablemente la historia de su vientre, de las semillas que en él fecundaron, o no lo hicieron, o dejaron de hacerlo, y del momento aquel, el único, en que se es diosa".

Marcela Serrano en Antigua vida mía

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar las experiencias e interpretaciones de las mujeres acerca de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, en base a la recolección de testimonios; desde una perspectiva participativa y feminista. Se analizaron colectivamente los testimonios de 13 mujeres.

Se utilizó una metodología cualitativa basada en la entrevista semi-estructurada como principal técnica de investigación. Se realizó un muestreo por conveniencia en el que las organizaciones locales de mujeres -que participaron en todas las fases de la investigación- establecieron contactos con informantes clave de tres provincias del país (El Oro, Tungurahua y Orellana). También se realizó una entrevista grupal con mujeres quichuas para explorar las experiencias y conocimientos acerca de las prácticas tradicionales de cuidado durante el embarazo, el parto y el posparto y recopilar testimonios personales.

Los testimonios recopilados durante el estudio pusieron en evidencia la manera en que la violencia de género y el control patriarcal sobre los cuerpos de las mujeres actúan como barrera para acceder a anticoncepción, a los controles médicos durante el embarazo y a la atención especializada y oportuna de las complicaciones durante el parto; mientras que el apoyo emocional y las redes sociales fuertes mejoran la percepción de las mujeres sobre la experiencia de dar a luz y facilitan el autocuidado.

Encontramos también grandes divergencias entre lo que las mujeres esperan de su parto y lo que ocurre en la práctica, y entre lo que ellas y el personal médico perciben como un embarazo complicado. Ambas diferencias constituyen razones para la insatisfacción de las usuarias respecto a la atención hospitalaria del embarazo y el parto y barreras para el acceso a este tipo de atención.

Este estudio recopila tres historias de muertes de criaturas poco después de nacer. Las historias muestran la falta de información de las madres de estas criaturas, que es producto de la relación jerárquica que se establece entre el personal de salud y las usuarias; así como la desvalorización de las emociones y percepciones de las mujeres cuando ellas o sus criaturas son atendidas en el sistema de salud.

Obtuvimos tres testimonios indirectos de muertes maternas, todos los casos estuvieron marcados por la existencia de diversos tipos de violencia contra las mujeres, y uno de ellos fue un femicidio durante el embarazo. Los testimonios dan cuenta de cómo la violencia de género produce un contexto apropiado para la muerte materna, **y la importancia de incluir las muertes relacionadas con la violencia de género en la definición de muerte materna que se usa para producir las estadísticas nacionales e internacionales.**

Ahondando en el análisis de la relación entre las violencias contra las mujeres y las complicaciones y muertes durante el embarazo, el parto y el puerperio, el estudio presenta los testimonios de la violencia que vivieron 8 de las 13 mujeres que entrevistamos. Recopilamos testimonios sobre violencia psicológica, física, patrimonial y sexual en la pareja, acoso sexual, violencia obstétrica y discriminación en el sistema de salud. La violencia en la pareja, la violencia obstétrica y la discriminación en los servicios de salud fueron los tipos de violencia más comunes. Encontramos que las mujeres de nacionalidades indígenas enfrentan, además, discriminación étnica y formas específicas de violencia cuando acuden al sistema de salud.

El estudio concluye que la falta de información y los diversos tipos de violencia a los que están expuestas las mujeres son elementos comunes en las historias de morbilidad y mortalidad materna y de muerte neonatal, que deben ser atendidas y enfrentadas desde el sistema de salud, con la implementación de un enfoque de derechos y atención integral que respete y tome en cuenta las necesidades de las mujeres para lograr el objetivo de garantizar maternidades elegidas y seguras.

A manera de anexo, este documento incluye los resultados de una compilación de indicadores de salud reproductiva a nivel nacional y en las tres provincias en las que se centra este estudio, que servirán para leer en contexto los relatos de mujeres presentados en el estudio y comprender la gravedad del estado de la salud reproductiva de niñas y mujeres en el Ecuador.

Presentación

*El cuerpo de las mujeres ha sido siempre
en todos los sistemas políticos y económicos que conocemos,
materia prima para producir y reproducir
el bien más precioso de la especie humana
que es su propia supervivencia y su propia perpetuación.
Ha sido la fuente que provee la fuerza de trabajo necesaria
para crear todo lo que la humanidad haya podido
considerar como riquezas,
y esto antes de que estas riquezas puedan
ser acaparadas o repartidas.*

(Hort, Elfriede. Los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Redes Cristinas, Sep.2006)

Es el cuerpo de las mujeres el que alberga, en una suerte de primera morada, a todo ser humano. Es el cuerpo femenino el que ha garantizado durante la existencia humana en el planeta tierra, la sobrevivencia del ser humano. Es su cuerpo el que sigue siendo el escenario de la lucha por la vida, sea que desea parir otro ser humano o sea que no quiere y apuesta solamente por su vida.

Nada hay más cercano al miedo a la muerte estando saludable, como la cercanía al parto. Miedo ancestral y medular alojado en lo más profundo del cuerpo y de las sensaciones de las mujeres. Miedo acrecentado por una especie de iatrogenia que desde hace más de un siglo le está diciendo a la mujer que parir es peligroso, y que tiene que ponerse en "buenas manos", no solo ella, sino la criatura que está gestando. Mensaje ambivalente, en una sociedad que ha logrado muchísima sabiduría respecto a entender la fisiología y fisiopatología del embarazo, parto, y posparto y por otro lado, ha construido un imaginario de riesgo y dolor en estos procesos, ocasionando que las mujeres pierdan su capacidad de gestionar sus embarazos y partos en concordancia con este desarrollo de la ciencia médica que paradójicamente le ofrece solución para evitar más del 80% de las complicaciones por las cuales se produce morbilidad y/o muerte.

"En una paradoja suprema, el nacimiento se convirtió en la principal causa de muerte de las hembras de la especie humana. Una somera revisión de las fechas de las antiguas lapidas de cualquier cementerio anterior al siglo XX confirma la elevada mortalidad asociada habitualmente con el parto, condición que no se presenta para ningún otro mamífero. Ninguna hembra de especie alguna tiene tanta dificultad en parir a sus crías como la humana. Y ninguna hembra de alguna otra especie suele solicitar y requerir ayuda de otras personas para dar a luz su bebé." (Shlain, Leonard. Sexo, tiempo y poder. Como la sexualidad de la mujer dio forma a la evolución humana. Ed. Océano, México.2011)

El miedo a morir en el parto, es medular y no es por perder la vida de quien está embarazada, es el miedo a morir y dejar solo o sola al hijo/a que se está pariendo, porque las mujeres sabemos que cuando el embarazo es deseado, parir el hijo/a en las mejores condiciones para él/la y para la mujer que lo empuja para afuera, es el inicio de una sucesión de acontecimientos que tendrán a una mujer construyéndose en madre y reinventándose a diario para que su bebé triunfe en la vida o por lo menos sobreviva a ella sin tanto sufrimiento.

"Mujeres pariendo entre la violencia y la resignación", es un estudio de corte cualitativo que fundamentalmente plantea que el proceso reproductivo es una sucesión de momentos en los cuales la violencia en contra de la mujer es un continuum y que la violencia obstétrica empieza a aparecer tímidamente como una de las expresiones más crueles del proceso reproductivo. Esta violencia está imbricada y asumida en la mujer y en el sistema, nuevamente como natural. La violencia a veces aparece como parte del proceso de atención, por lo tanto resulta difícil visibilizarla y enfrentarla. Las mujeres la viven como una batalla ganada a la muerte y al dolor, producto de su valentía y/o resignación.

¿Que desearía una mujer embarazada o que va a parir?

- Estar en las "mejores manos"
- Que la criatura salga sana, vital, lista a enfrentar la vida, sin secuelas
- No morir en el intento de parir, no complicarse, y si aparece algún problema, que éste sea resuelto sin consecuencias para la mujer y la criatura.

"Mujeres pariendo entre la violencia y la resignación" nos plantea situaciones en las cuales básicamente las mujeres viven sus embarazos y partos en medio de la violencia, es decir, como la primera complicación. La violencia incluso llega a causar femicidio, lo cual se puede ver en un testimonio desgarrador de una de las mujeres a cuya hermana la mataron estando embarazada.

Morir en el parto no es una posibilidad remota para las ecuatorianas excluidas de la educación y de un estatus socioeconómico que les permita sobrevivir. Morir en el parto o complicarse en el mismo es una posibilidad muy cierta para las indígenas, y las afro ecuatorianas y las que tienen menos educación, grupos en los cuales la mortalidad materna es más alta que en otros grupos de mujeres.

No debería ser una disyuntiva parir o morir, o parir en medio de una complicación. El embarazo y el parto deberían ser experiencias vitales, deseadas y vividas con el apoyo de la ciencia médica pero también con el acompañamiento de la familia y/o de las mujeres que saben del oficio de "hacer parir".

Fundación Desafío

Introducción

El Estado ecuatoriano ha reconocido que la mayor parte de causas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal son prevenibles¹ y ha implementado un sinnúmero de políticas públicas para tratar y prevenir las complicaciones y para evitar las muertes durante el embarazo, el parto y el postparto. A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas dos décadas, el país todavía está lejos de alcanzar las metas que se ha propuesto, especialmente en lo relativo a la mortalidad materna² y siguen existiendo grandes inequidades en estos resultados de salud para distintos grupos poblacionales. Por ejemplo, la razón de mortalidad materna es seis veces más alta para mujeres con instrucción primaria o ninguna instrucción, comparada con las mujeres que tienen instrucción superior; y este indicador es casi siete veces mayor para las mujeres afro ecuatorianas que para las mujeres montubias y casi cuatro veces mayor que para las mujeres mestizas.³

En su camino para establecer mejores estrategias para la prevención, el Ministerio de Salud Pública ha implementado un sistema para registrar las muertes y complicaciones maternas e incluso se ha iniciado estrategias de búsqueda activa de casos.^{1,4,5} Pero los formatos de registro se centran en la información cuantificable y omiten datos importantes acerca del contexto en el que suceden las muertes maternas, a pesar de que se sabe que los factores de riesgo para la muerte materna varían según el contexto.⁶ La mortalidad infantil y neonatal también es en su mayoría prevenible y muchos de sus determinantes están vinculados al contexto social y económico de la madre y la familia. Sin embargo, poco se ha hecho por dilucidar los mecanismos causales de esta relación, y la poca información que existe sobre el tema tiende a responsabilizar a las mujeres por las muertes neonatales, ligándolas a la falta de educación, los cuidados inadecuados, las prácticas y costumbres culturales que no coinciden con la evidencia científica, etc.

En general, las investigaciones cualitativas sobre morbilidad y mortalidad materna y neonatal son escasas y se sabe poco sobre el impacto que las complicaciones durante el parto, el embarazo y el puerperio tienen sobre las mujeres sobrevivientes y sus familias. Además, existen vacíos en la información sobre las causas no biomédicas de estas complicaciones y muertes, especialmente sobre la relación entre las percepciones y experiencias de las mujeres y los resultados de salud durante esta etapa de sus vidas reproductivas.^{6,7}

En este contexto, el objetivo de esta investigación fue analizar las experiencias e interpretaciones de las mujeres acerca de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, en base a la recolección de testimonios; desde una perspectiva participativa y feminista. Los resultados de la investigación presentados en este documento surgieron del análisis colectivo –con la participación de organizaciones de mujeres– de los testimonios y las historias de 13 mujeres de tres provincias del Ecuador. Estas mujeres compartieron con nosotras sus relatos sobre momentos importantes e impactantes en sus vidas, con el objetivo de aportar para visibilizar las problemáticas que viven mujeres de diversas condiciones sociales, y que muchas veces quedan silenciadas en un mundo patriarcal.

Este documento está dividido en dos partes, la primera recoge el estudio cualitativo, incluye un apartado de discusión por cada tema, en el que se analizan los resultados de esta investigación en relación con los hallazgos de otras investigaciones sobre el mismo tópico; incluye además las conclusiones y recomendaciones basadas en los resultados del estudio. En la segunda parte se presenta un resumen de las estadísticas oficiales que permiten contextualizar los relatos de las mujeres.

Metodología

Se utilizó una metodología cualitativa para explorar las experiencias e interpretaciones de mujeres respecto a sus vivencias del embarazo, el parto y el posparto con especial énfasis en eventos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal. La principal técnica de recolección de información fue la entrevista semiestructurada. Se utilizó un muestreo por conveniencia: las organizaciones locales de mujeres establecieron contactos con informantes clave. Se realizaron 13 entrevistas a mujeres de tres provincias del país (El Oro, Tungurahua y Orellana). Adicionalmente se realizó una entrevista grupal con mujeres quichuas en la provincia de Orellana, para explorar las experiencias y conocimientos acerca de las prácticas tradicionales de cuidado durante el embarazo, el parto y el posparto y recopilar testimonios personales.

Todas las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas literalmente, la investigadora principal realizó un análisis temático preliminar utilizando el programa Atlas.ti para codificar, categorizar y seleccionar testimonios. Estos resultados fueron analizados colectiva y participativamente en un taller con las integrantes de organizaciones de mujeres que colaboraron en el estudio.

Técnicas de investigación participativa

Siguiendo los lineamientos de la investigación participativa,⁸ integrantes de organizaciones de mujeres involucradas en el proceso participaron en todas las fases de la investigación. Para asegurar su participación durante el diseño de la investigación, se organizó un taller donde se establecieron las bases teóricas y metodológicas para llevar a cabo la investigación y se analizaron casos de morbilidad y mortalidad materna y neonatal identificados por las organizaciones de mujeres para reflexionar sobre qué necesitamos saber (investigar) para cambiar la realidad de las mujeres en nuestros propios contextos. Posteriormente, los resultados de esta reflexión fueron procesados por la investigadora principal para diseñar los objetivos específicos y las dimensiones del estudio.

Las integrantes de las organizaciones identificaron a las informantes clave y participaron en la realización de las entrevistas en los casos en los que se consideró que su participación no modificaba las condiciones necesarias para la entrevista ni ponía en riesgo la comodidad ni el derecho a la confidencialidad y a la privacidad de las entrevistadas.

Después de un primer proceso de análisis de la información recolectada, los resultados preliminares fueron presentados a las organizaciones de mujeres en un segundo taller, donde se discutieron los hallazgos e interpretaciones. Esta discusión fue tomada en cuenta para la redacción del informe final de esta investigación.

Aspectos Éticos

Todas las informantes de esta investigación firmaron un formulario de consentimiento informado y recibieron una explicación oral y escrita de los objetivos y alcances de la investigación. La información recolectada fue tratada de manera anónima y confidencial durante todo el proceso de investigación.

Perfiles de las Mujeres que participaron en el Estudio

Las citas que se incluyen a lo largo del documento, han sido extraídas literalmente de las conversaciones que tuvimos con las participantes del estudio e incluyen la identificación de cada una de ellas. A continuación, presentamos un cuadro resumen del perfil de las mujeres que aportaron con sus testimonios para la investigación, al que se puede volver para identificar el contexto de las personas cuyas palabras se citan en el texto:

Informantes Clave

Nombre*	Perfil	Tipo de informante**	
		Directa	Indirecta
Marcia	Tenía 18 años cuando se embarazó por primera vez. Tuvo complicaciones durante el embarazo y el parto. Actualmente está casada y tiene 3 hijos. Se dedica a las labores domésticas y al voluntariado en diversas organizaciones sociales y políticas. Su esposo es un conocido y exitoso profesional. Marcia ha vivido violencia sexual, física y psicológica sistemática durante varios periodos de su vida. Vive en la Sierra.		
Marcela	Tiene 23 años. Cuando tenía 19, se embarazó por primera vez y dejó de estudiar para casarse y dedicarse a las labores domésticas. Su primer hijo murió unos meses después del parto. Ahora tiene un hijo pequeño. Perteneció a una familia de clase media de la Costa.		
Estefanía	Tiene 31 años y se dedica a vender comida en un mercado. Tiene un hijo de 6 años con su exesposo, de quien se separó porque la maltrataba. Convive con su pareja actual, con quien se embarazó y tuvo un aborto espontáneo. Tuvo complicaciones durante el parto en su primer embarazo. Vive en la Costa.		

*Nombres ficticios. Todos los nombres han sido cambiados para mantener el anonimato de las participantes

**El tipo de informante "directa" se refiere a los casos en los que la información fue obtenida directamente de la protagonista de la historia. En los casos en que el tipo de informante ha sido marcado como "secundaria", los testimonios se recolectaron de personas cercanas a la protagonista de la historia.

Amelia	Tiene 48 años, se dedica a las labores domésticas y al voluntariado. Su esposo se dedica a la pesca. Tiene 2 hijos y una hija. Tuvo una hija que murió unas horas después del parto. Vive en la Costa.		
Fernanda	Tiene 36 años, es de nacionalidad quichua y actualmente está desempleada, ha trabajado como ayudante en comedores. Tiene dos hijas de su expareja, de quien se separó hace varios años. Hasta hace poco convivía con una nueva pareja de quien se embarazó. El hijo producto de este embarazo murió después del parto. Su hija mayor, de 14 años, quedó embarazada luego de haber sido violada sistemáticamente por su padrastro y está a punto de parir. Su pareja huyó cuando ella se enteró de las violaciones y el embarazo. Vive en la Amazonía.		
Andrea	Tiene 29 años, es psicóloga, está casada y tiene una hija. Tuvo complicaciones durante el parto y el postparto. Vive en la Costa.		
Lucrecia	Tiene 28 años, egresó de la carrera de economía y actualmente se dedica a las labores domésticas y ayuda en un negocio familiar. Tuvo complicaciones durante el parto y el postparto. Perteneció a una familia de clase media y vive en la Costa.		
Leticia	Tiene 29 años y 3 hijas. Es de la Costa pero vive en la Amazonía. Proviene de una familia muy pobre en la que fue violentada sistemáticamente. Ha tenido varias parejas que también la han violentado de diversas formas. Tuvo complicaciones durante sus embarazos y partos. Actualmente está desempleada y reside en un albergue para mujeres que han vivido violencia, en el pasado trabajó como ayudante en cocinas, empleada doméstica y vendedora.		

Gloria	Tiene 25 años y su primer embarazo fue a los 19. Está separada del padre de sus dos hijas, que la agredía física y psicológicamente durante el tiempo que duró su relación, incluyendo sus dos embarazos. Tuvo complicaciones en el parto. Trabajó durante unos años como cajera en un almacén, pero cuando se embarazó dejó el trabajo. Actualmente está desempleada y vive en la Amazonía, en un albergue para mujeres que han vivido violencia.		
Lorena	Tiene 54 años y 10 hijos/as. Tiene conocimientos sobre partos porque su mamá era partera y ella la acompañaba en su trabajo. Ha acompañado en el parto -en la casa y en el hospital- a varias de sus hijas y a otras mujeres de su comunidad. Es de nacionalidad quichua, hace artesanías y trabaja como voluntaria en una organización de mujeres. Conoce innumerables historias de complicaciones y violencia obstétrica por el trabajo que ha realizado.		
Rosa	Rosa tuvo una hermana que murió mientras estaba embarazada. Su hermana se casó a los 16 años, tuvo dos hijos con su esposo y después de unos años se separó de él porque la maltrataba. Después de un tiempo se volvió a casar y tuvo un hijo con su nueva pareja. Fue asesinada por su pareja mientras estaba embarazada de su cuarto hijo. Trabajó como obrera de fábrica y en venta de comidas. Vivió en un pueblo de la sierra.		
Paulina	Tiene aproximadamente 50 años. Ha trabajado en proyectos comunitarios de salud y es voluntaria en una organización de mujeres de nacionalidad quichua. Ha acompañado varios partos en el hospital y nos contó varios episodios de violencia obstétrica y discriminación que ha presenciado durante sus acompañamientos.		
Gema	Tiene 26 años y es de nacionalidad quichua. Tuvo complicaciones durante el parto de su primera hija y sufrió violencia obstétrica en el hospital.		

Parir con dolor y violencia: testimonios de mujeres sobre complicaciones durante sus embarazos, partos y postpartos

Aunque no todas las mujeres que entrevistamos habían planeado sus embarazos, todas habían decidido llevarlos a término, y declararon que sus criaturas eran deseadas. Para varias de ellas, el primer embarazo marcaba un hito en su relación, pues creían que tener una criatura en común implicaba consolidarse como pareja.

Varias de las mujeres que entrevistamos tuvieron su primer hijo/a siendo todavía muy jóvenes. Al ser cuestionadas acerca de la relación entre su edad y la manera en la que experimentaron la maternidad, todas contestaron que ser madres jóvenes era lo común en su contexto, por lo que no veían su edad como algo que afectara su experiencia.

Muchas de las expresiones que las mujeres usaban para describir su labor como madres daban cuenta de la idea generalizada de que ser madre es una parte natural de la vida de todas las mujeres y de que la resignación es la respuesta adecuada frente a las dificultades, las imposiciones sobre sus cuerpos y sus vidas y la falta de poder para decidir autónomamente, tal como evidencian los testimonios que presentamos en este capítulo.

Para las mujeres que vivían en condiciones de pobreza y/o que habían vivido violencia sistemática en sus familias de origen, encontrar una pareja y embarazarse era visto como una puerta de salida de la situación en la que vivían, tal como relata Marcia al ser cuestionada sobre la edad a la que tuvo su primer hijo:

Bueno no, yo no me sentía tan joven, para mí era lo normal[...] cuando yo me casé yo decía "bueno, yo he decidido hacer mi vida de esta forma y así la voy a vivir", o sea para mí fue un alivio el salir de mi casa, el hecho de casarme fue una liberación y yo pienso de que si no hubiera sido con él, hubiera sido con cualquiera
(Marcia, entrevista personal)

Para Marcela, haber tenido un embarazo no planificado a los 19 años implicó dejar de lado sus planes de continuar sus estudios para casarse y dedicarse a las labores domésticas. Sin embargo, cuando ella relata la historia del embarazo, no interpreta su cambio de planes como una pérdida, sino que se centra en su experiencia y sus ideales de maternidad:

Entrevistadora (E.): [...] tú ¿a qué te dedicabas en ese tiempo, antes, cuando te quedaste embarazada y así?, ¿trabajabas?
[...]

Marcela (M.): Bueno, antes de quedarme embarazada yo tenía mis planes de ir a estudiar a [otra ciudad], y ya el momento que salí embarazada me casé y me dediqué a la casa, hasta ahora

E: ¿y qué edad tenías?

M.: ¿A lo que salí embarazada? cumplí 19 años, 19
[...]

¿Crees que ser madre tan joven también influyó en cómo viviste tú la experiencia [de la muerte de su hijo]?

M.: No lo sé porque yo me preguntaba, cuando yo estaba en [la ciudad donde murió su hijo] yo dije "nunca me imaginé que yo tendría que pasar por esto". [...] o sea cada momento que yo vivía allá [...] con mi hijo, y las cosas duras que tuvimos que pasar, [...] un día dije "ya no aguanto más" cogí y me salí de que yo estaba con mi hijo, yo lo dejé a mi hijo dormido, me salí y me senté en una sillita que daba justo en lo que es una vista muy bonita, y yo me puse a pensar [...] o sea hace un año atrás mi visión era otra, era estudiar y todo eso, pero jamás, jamás, me imaginé que un hijo mío tendría que pasar por todo esto, y jamás imaginé que yo tendría que vivirlo con él [...]

(Marcela, entrevista personal)

La mayoría de mujeres que entrevistamos relataron que sus embarazos habían sido "normales". Es decir, que no tuvieron malestares fuertes ni complicaciones mientras estaban embarazadas. La mayor parte relató también que había tenido controles médicos durante el embarazo, aunque hubo algunas excepciones a esta generalización.

Leticia y Gloria dijeron que no tuvieron controles médicos durante el embarazo. Ambas eran violentadas sistemáticamente por sus parejas durante sus embarazos, y nombraron la falta de apoyo de su pareja como la razón por la que no acudían a los controles. Gloria dijo además que no tenía dinero para salir de su casa y Leticia declaró que se había quedado embarazada porque su marido no estaba de acuerdo con que ella usara anticonceptivos porque creía que la anticoncepción hacía posible la infidelidad de las mujeres.

En la entrevista en grupo con mujeres quichuas varias participantes mencionaron que es común en su cultura no asistir a los controles médicos durante el embarazo. La principal razón para esto es el miedo a ser maltratadas y a ser atendidas por un hombre, práctica que no se ve como normal en su cultura:

Porque muchas mujeres del campo tenemos miedo, vergüenza, de que el médico vea [...] O sea mi vagina puede ver solamente mi esposo, nadie más.

(Paulina, entrevista grupal)

Independientemente de haber recibido controles médicos durante el embarazo, el parto fue el momento en el que más participantes de este estudio relataron haber tenido complicaciones. La percepción de haber tenido un parto complicado no coincide con las definiciones biomédicas de complicaciones durante el parto. Al ser preguntadas sobre las complicaciones que habían vivido, las mujeres entrevistadas describieron labores de parto muy largas, dificultades para tener un parto vaginal, haber sufrido un aborto espontáneo o haber vivido violencia durante el embarazo o el parto, situaciones que no son consideradas como complicaciones desde la visión biomédica de la salud.

Probablemente, una de las razones que explica esta diferencia de interpretaciones entre el personal de salud y las mujeres, es la poca información que las mujeres reciben acerca de las causas y los procesos biológicos de las complicaciones durante el embarazo, que fue una constante en los testimonios que encontramos. Ninguna de las mujeres que relató haber tenido complicaciones durante el embarazo y el parto pudo explicar con certeza lo que había sucedido ni la razón por la que sucedió. En muchos casos, tampoco tenían certeza acerca del tratamiento que recibieron.

Muchas de las entrevistadas dijeron que no estaban informadas acerca de los procedimientos médicos que se realizan durante un parto, ni de las sensaciones corporales que pueden esperar durante este proceso. Además, muy pocas habían tenido la posibilidad de planear el parto según sus propios deseos y su cultura, con acompañamiento profesional. En la mayoría de los casos excepcionales en los que el parto había sido planificado, el personal médico había decidido el tipo de parto que tendría la mujer, sin explicarle sus razones para esta decisión ni consultar su opinión.

A pesar de esto, la mayor parte de participantes tenía una idea clara de cómo quería que fuera su parto, y esta idea generalmente estaba marcada por la manera en que dan a luz las mujeres de su entorno más cercano. Así, mientras que para las mujeres mestizas y urbanas la expectativa común y tradicionales dar a luz en un hospital, con supervisión médica, y muchas veces por cesárea; generalmente para las mujeres de origen rural lo ideal es tener un parto desmedicalizado, en sus casas y con la compañía de su pareja y sus mujeres cercanas (madre, suegra, hermanas, etc.).

Para varias, la divergencia entre la idea que ellas tenían de cómo sería su parto y las recomendaciones o los procedimientos médicos que esperaban recibir en el hospital, constituye una razón para evitar los partos hospitalarios, tal como lo relata Amelia:

Amelia: Yo tuve a mi primer hijo y tenía 18 años[...]lo que sí estuve con dolores que una a veces no sabe cuándo es primeriza de los dolores, porque hay madres o hay personas que a uno le dicen "verá, así van a ser los dolores" y ya una está preparada para lo que viene, pero a veces a una ni le dicen

Entrevistadora: ¿A ti no te dijeron?

A.: No me dijeron que qué era que me iba a pasar, ni nada. Yo di a mi hijo sí, el mayor estuve yo sí le digo mal cuando estuve para darlo a luz. Porque yo estuve con dolores como casi 4 días y como yo tengo una hermana más pequeñita que mí, que ella dio a luz en la casa a sus hijos, igual yo decía "si todos han dado a luz en la casa ¿por qué yo no puedo dar en la casa?" yo hecha la necia también que quería dar a luz en la casa.[...] Cuando ya al quinto día yo ya veía que iba a perdiendo fuerza, que yo ya no podía y yo le decía a mi esposo "yo creo que ya no, que esto va a ser, hasta aquí voy a llegar porque ya creo que no voy a resistir de tener a mi hijo" y él me decía que "vamos[...]para llevarte al doctor" y yo "¡No! Todas mis hermanas han dado a luz aquí en la casa, y también quiero hacerlo yo". [...]cuando dice él, de verdad que no me recuerdo ahí, dice él que yo así caí, me desmayé, estaba con una comadrona, dice que esa señora no sé qué me hacía, pero me desmayé y me quedé. Cuando desperté que yo me voy a mover y "ay, me dolió la barriga", ya me habían hecho la cesárea
(Amelia, entrevista personal)

Igual que Amelia, Lucrecia había decidido dar a luz con partera y tener la mínima intervención médica posible. Como había tenido mucha presión de su entorno cercano para tener el parto en el hospital, por miedo a que ocurrieran complicaciones y no pudiera recibir atención de emergencia, planificó tener el parto con una partera en una clínica privada. El acuerdo era que el ginecólogo de la clínica participaría solamente si el parto se complicaba. Pero Lucrecia no recibió información suficiente por parte de la partera, y cuando la labor de parto duró más de lo esperado, la partera la presionó y culpabilizó, tal como ella relata en el siguiente testimonio:

La partera empezó a decir "pero es que ella no puja, no puja", "es que tiene que pujar" así como a echarme la culpa a mí, y eso a mí en esas condiciones no me ayudaba. Entonces ya, después, yo sentía que ya me estaba cansando, también lo psicológico, ¿no? Ya estaba desanimándome hasta que yo pedí "ya, llamen al doctor, si no funciona, háganme cesárea". Entonces él vino y con sus dedos me abrió la... o sea yo sentí que hizo fa, fa, y me abrió más la vagina. Y entonces[...]no me presionaba tanto como la partera, él me decía "tú me avisas" que cuando yo sienta el dolor que le avise. [...] Entonces cuando él vino fue un poco más calmado y como que cuando yo pedía lo de la cesárea porque ya estaba así desmoralizada, entonces decía "pero es que eso no se puede, porque tiene que venir el anestesiólogo, el anestesiólogo no está" y no sé qué más[...]y entonces intentamos y como no se podía, pero ya estaba ahí la cabeza, entonces ahí el médico me cortó. Y cuando él vino fue cuestión de media hora, 20 minutos, yo creo, y ya salió.

(Lucrecia, entrevista personal)

Varias mujeres quichuas relataron que ellas no querían ir al hospital porque tenían miedo de la violencia obstétrica que se vive en ese lugar, y querían tener control sobre la manera en que se realizaría su parto. A pesar de que ellas conocían que los partos en casa sólo son seguros cuando se ha determinado previamente que no existen complicaciones ni factores de riesgo, este miedo, que surge de las innumerables historias de maltrato que han visto, oído y vivido, hace que algunas veces decidan dar a luz en la casa incluso cuando existen complicaciones, tal como refleja el relato de Lorena:

Lorena: Y ahora desde ahí tuvieron miedo las dos hijas, madres solteras, [me decían] "mamita yo no quiero dar a luz" [...] "no quiero irme, no quiero irme" y yo [...] hice dar a luz a las dos [en la casa], [...] sino que me complicó a mí también, ya le estaba llevando al hospital, pero yo [pensé] "tengo que ponerme valiente, porque si digo me han de hablar los médicos" [...] dos vueltas se dio el cordón umbilical así y al momento que quería nacer, el niño subía, cuando ya respiraba para arriba subía, yo digo "¿qué será que pasa? [...] le digo - "mija, puja", nada, "puja", "mamita no puedo", ya se iba a desmayar mi hija "ánimo" le digo y empezó a cerrar la pierna "¿y ahora?", digo yo. Pero yo me puse a orar [...] cuando me acordé le digo "¡esto está pasando! ahora sí puja, mija". En el momento cuando ya... yo le tenía listo guante, bisturí, aquí ya es otra cosa y todo el sablón -ese que se desinfecta- [...] y con eso me lavé la mano, estaba listito, cuando no más bajó la cabecita a penas, ya estaba, ya estaba dilatadísimo ya, pero sino que no sé cómo... al momento que saca la cabecita le mando así las manos "pac" le siento aquí no más que estaba el hombro, [...] el cordón, y cuando yo le mandé el dedo [...] así despacito le mandé, y ni sé cómo mi hija me dice "mami me duele", "puje nomás" le digo y fuerte le avancé a sacar, de ahí si aflojó, después otra vuelta ha estado ahí, lo mismo, así le cogí bonito cuando ya cogió el dolor se vino el bebé, pero ya estaba moradito [...] Ya estaba por morir, [...] el niño solo espumita botaba y yo ya sabía que los médicos les dan un chirlozo en la nalga "chis, chis" para que lloren. De ahí chilló [...]

(Lorena, entrevista grupal)

Algunas de las mujeres que habían decidido parir en el hospital también tuvieron complicaciones, tal como muestran los siguientes relatos:

Llegó el día, yo estaba como con dolores pero no tenía dilatación. Fui a la maternidad [...] y me decían "señora, ¿qué la obstetriz no le ha visto que usted tiene una fuerte infección? Esa misma infección le ha provocado que esté poco a poco derramando agua fuente, líquido" Le digo "no, porque me daba ganas de orinar, pero yo me iba a orinar". Dice, "no, vamos a ingresarla" y me drenaron agua fuente. Pero qué había sido, que yo había cogido dentro de lo que es la bolsa gestacionaria [sic] había cogido líquido, y mi hijo se estaba ahogando. Yo entré a dar a luz a las 8 de la mañana de un día 22 de diciembre y di a luz a las 2 de la madrugada el 23 de diciembre. Entonces me tuvieron con suero, me drenaron y me tenían ahí [...]

Y me tuvieron en unas máquinas que le capturan así los latidos del corazón y cuando uno respira[...] Él soportaba más, porque él ya estaba normal, a mí era que se me estaban bajando las pulsaciones porque me estaba ahogando, entonces me tuvieron que hacer una cesárea de emergencia[...] Sí, fue duro[...] porque para qué, ahí lo único que me decían los doctores era "ay, sí, estás bien, con que no bajes menos de 60 los latidos del corazón está bien" Y yo ya tenía 62, 63 así [...] Entonces ya cuando comenzó a bajar eso de 50, ahí se asustaron, ahí porque ellos me conversaban y me decían, la doctora que estaba de turno venía y me decía "¿cómo estás?" [...] le digo "bien", me dice "te estás ahogando?", me pregunta, y yo le digo "sí, me falta un poco la respiración" entonces ella cogió y me dijo "no, la cesárea de emergencia"

(Estefanía, entrevista personal)

Tal como el testimonio de Andrea expone y como otros testimonios confirmarán más adelante, la falta de consistencia en los criterios de diferentes profesionales de salud sobre cuándo llega el momento del parto y los retrasos en la atención hospitalaria son una constante en las historias de complicaciones y muertes:

Andrea: De ahí me voy a hacer de nuevo otro examen[...] de nuevo otro eco, me dicen "no, la niña tiene enredado el cordón y la niña está ya haciendo popó, -dice- se está tragando. A usted hay que intervenirla ya"

Entrevistadora: ¿en el hospital te dijeron eso?

A.: No, ahí me dijeron que espere dos semanas, ¿ya? Porque ya tenía los 9 meses, ¿ya? pero me dijeron que faltaba dos semanas para los 9 meses. En cambio en el otro lugar que me fui a hacer yo el eco me habían dicho que no, [que] el niño está tragando ya el popó, y aparte está enredado, y me dijo una palabra técnica que ellos... "sufrimiento fetal".

(Andrea, entrevista personal)

Las mujeres que entrevistamos también relataron sobre complicaciones que continuaban o aparecían después del parto. Marcia y Leticia relataron haber tenido sobrepartos, Andrea y Marcia tuvieron infecciones en la herida después de la cesárea y Gema y Lucrecia tuvieron dificultades con el cuidado de las heridas de los cortes que les realizaron para facilitar el parto vaginal.

Varias atribuyen sus complicaciones postparto a no haber recibido los cuidados adecuados, o a que se vieron en la necesidad de realizar labores domésticas pesadas muy poco tiempo después del parto, tal como relata Marcia:

Marcia: En el segundo que te digo, fue el sobreparto ese que me dio, porque yo igual hice lo que no tenía que hacer ¿no?

E. ¿Y tampoco te dijeron cuánto tiempo, qué actividades, ni nada?

M. No, no, no, entonces yo – más que nada era porque yo me puse a lavar los pañales de mi enano, porque ya tenía así[señala con la mano una pila muy alta]y mi marido me decía “ve – dice- tienes que lavar”, lo lógico hubiera sido “ve, te doy lavando” pero no[...]entonces me pasé hasta la noche lavando, verás, lava que lava los pañales y todo. Claro, obvio, a la noche estuve con fiebre, con dolores de todo[...]
(Marcia, entrevista personal)

Las prácticas de cuidado durante el postparto varían en diferentes culturas y lugares. En el grupo de mujeres que entrevistamos, unas dijeron haber recibido cuidados especiales (limitaciones en la dieta o en las actividades que realizan, reposo, etc.) durante periodos largos (hasta un mes), mientras otras –sobre todo las que menos apoyo y vínculos sociales tenían- habían vuelto a su vida normal solamente unos días después del parto.

Otro problema común, especialmente después del primer parto, son las complicaciones con la lactancia. Según las entrevistadas, parte de estas complicaciones se debe a la poca información que existe acerca del proceso de empezar a dar de lactar y el cuidado de una misma durante este periodo:

Lucrecia: También se me partieron los pezones, en la de acá, más que en la de acá

Entrevistadora: O sea ¿el proceso de dar de lactar también fue duro al principio?

L.: Sí, también

E.: ¿Y alguien te explicó cómo era?

L.: Cuando llegó mi hermana, mi hermana llegó a visitarme como a los tres días. Yo sí le preguntaba a mi suegra, pero mi suegra [decía] “es que yo fui hace tantos años mamá” [...]pero tampoco me decían mucho en realidad, yo creo que es como que se da por sentado que tenemos sufrir, no sé[...]Lo que yo sabía era lo que yo había investigado[...]O sea yo creo que hay que informarse bastante [...]no quedarse sólo con la información que te dan los médicos, y por ejemplo o sea preguntas sobre el tema de la lactancia, es que no te dicen nada.

(Lucrecia, entrevista personal)

Marcia y Andrea mencionaron que las dificultades con la lactancia y el parto les habían generado una especie de rechazo hacia sus criaturas, lo que a su vez hacía que dar de lactar fuera aún más difícil:

O sea el parto normal, tranquilo, todo, todo bien. Se me acumularon... tenía mucha leche y el bebé era muy pequeño, bueno lactaba, tenía, yo me sacaba y tanta cosa. [...] Pero bueno, para mí fue un impacto[...] O sea era una nueva experiencia y quería yo tener mi hijo y ya cuando lo tuve todo chévere, pero sentí un... era como un shock ¿no?, el momento que lo tuve, la responsabilidad que era el hecho de tener un hijo, como que fue un rechazo, yo no quería preocuparme de la criatura, es más, cuando me dolía y cuando ¿cómo es? lactaba o sea salía la leche y todo, pero era eso ¿no?, tenía un rechazo a todo. Se me empezó a acumular la leche, no lactaba como es debido, cada dos horas le tenía que darle de comer, yo moría de sueño, había veces que... algunas situaciones casi se me cae la criatura porque era día y noche ¿no? [...] yo di a luz aquí y mi marido vivía en otra ciudad - entonces no tenía nadie quién me ayude.

(Marcia, entrevista personal)

Andrea relata así este proceso:

Por la misma herida abierta tenía miedo que me patee, que me haga doler, sentí, cogí rechazo a mi hija, rabia y pensaba que por ella era la culpa que yo esté atravesando por eso, todo ese problema de salud, y entré en depresión de nuevo, porque el cuidado de mi hija lo asumió mi hermana, ella la bañaba, ella le cambiaba y mi esposo me cuidaba a mí y ella le cuidaba a la niña [...]

algo terrible ¿por qué? porque era mi primera hija, eh, la etapa que yo creía que era la mejor, sentirle a mi hija conmigo me provocó rechazo, sentimientos de vacío, quería que mi hija no estuviera conmigo, que se vaya, y no quería dar de amamantar y sentía rabia, no sentía amor por ella, esa es la palabra. Y que personas particulares digan[...] "no, tienes que aprender a ser madre, tantas mujeres que han pasado por eso y no se han muerto, tienes que ponerte bien"

(Andrea, entrevista personal)

El testimonio de Andrea además da cuenta de cómo el rechazo que ella sentía hacia su hija, constituía una razón para recibir juicios de valor sobre su actitud, y de la creencia social y cultural de que todas las mujeres deben sobreponerse al dolor y, gracias al instinto materno, desarrollar actitudes de amor y cuidado hacia sus criaturas.

Discusión

Coincidiendo con los resultados de otras investigaciones, este estudio evidenció que para muchas mujeres los embarazos no planificados se convierten en no deseados por diversas razones, que incluyen la creencia de que ser madre es un rol natural de las mujeres, el deseo de consolidar una relación o de completar la familia⁹ y la resignación como respuesta “natural y femenina” ante las dificultades de la vida.

Las condiciones sociales y los mandatos culturales que subordinan a las mujeres al poder masculino y les restringen la posibilidad de decidir sobre sus propios cuerpos y vidas, las exponen a embarazos no deseados ya complicaciones. La violencia contra las mujeres y la falta de control sobre sus cuerpos limitan su capacidad de autocuidado. Este estudio fortalece la evidencia respecto al rol de la violencia de género y el control patriarcal sobre los cuerpos de las mujeres como barrera para acceder a anticoncepción, a los controles médicos durante el embarazo y a la atención especializada y oportuna de las complicaciones durante el parto.^{7,10} El estudio también pone en evidencia que el apoyo emocional y las redes sociales fuertes mejoran la percepción de las mujeres sobre la experiencia de dar a luz y facilitan el autocuidado durante el embarazo y el postparto, tal como otros estudios han documentado previamente.¹⁰

También en coincidencia con otros estudios,^{9,11} esta investigación expone que los enfoques con los que se aborda la lactancia y sus beneficios en el sistema de salud y en la sociedad en general, se centran en el rol biológico de las mujeres como productoras de leche para alimentar a sus criaturas, instrumentalizándolas, y no toman en cuenta la necesidad de información, acompañamiento y reconocimiento de las emociones y percepciones de las madres lactantes.

Contrario a lo encontrado en un estudio previo respecto a la relación entre la satisfacción con la atención del parto y haber realizado previamente un plan de parto¹¹, este estudio encontró que las mujeres desarrollan sus propias ideas y expectativas sobre sus partos, independientemente de la participación del personal de salud en las decisiones previas y la elaboración de un plan de parto formal.

Los resultados coinciden, sin embargo, en que la divergencia entre lo que las mujeres esperan de su parto y lo que ocurre en la práctica, constituye una razón para su insatisfacción respecto a la atención hospitalaria del parto y genera sentimientos de frustración. Otro factor asociado a la insatisfacción de las usuarias que se encontró en este y otros estudios es la percepción de trato inadecuado por parte del personal de salud.¹²

Este estudio encontró grandes diferencias entre la definición médica de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio y las percepciones de las mujeres acerca de lo que significa tener un embarazo complicado, tal como se ha encontrado en el análisis del auto reporte de complicaciones durante el parto en encuestas poblacionales y censos.¹³ No encontramos estudios previos que abordaran estas diferencias a profundidad o con una metodología cualitativa, pero consideramos que esta información puede ser crucial para redefinir el concepto de calidad en la atención en salud y vincularla al respeto de los derechos humanos y la autonomía de las mujeres. Las percepciones de las mujeres sobre lo que significa tener un embarazo o un parto complicados, deben ser tomadas en cuenta a la hora de diseñar políticas públicas para evitar los retrasos en la atención y reducir así la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Perder una criatura: testimonios sobre mortalidad neonatal

Marcela, Amelia y Fernanda perdieron a sus criaturas poco después del parto. Ellas describen estas experiencias como episodios muy dolorosos, llenos de angustia, desesperación y falta de información. En este estudio, todas las mujeres que perdieron a sus criaturas habían tenido embarazos relativamente normales y habían recibido todos los controles médicos durante este proceso. A pesar de esto, sabían poco respecto a lo que había sucedido después del parto y no se sentían capaces de identificar las razones de la muerte de sus criaturas, pues en varios casos ni siquiera les habían permitido verlas, tal como evidencia el testimonio de Marcela y otros que presentamos más adelante:

Marcela: o sea fue que mi esposo me mostró la grabación del parto así unos días después, y yo en la grabación [...]vi que su estómago estaba ya hinchado, pero yo que no soy especialista en medicina, en pediatría, me di cuenta que algo mal estaba en el estómago de mi hijo, porque una cosa es que uno se da cuenta cuando el bebé es gordito y cuando el estómago está hinchado, y yo me di cuenta de eso pero yo ya me di cuenta después de lo que había pasado todo, de lo que pasé con mi hijo. Y todo empezó con que él no quería comer, no quería comer y durante los dos días, tres días que estuve en la clínica él no quiso comer, pero la pediatra dijo que eso era normal,[...]que ya poco a poco iba a comer y todo eso. Y tampoco hacía lo que era orinar, o sea orinaba sí, pero no hacía popó. Y después de que ya nos dieron de alta, nosotros nos fuimos donde una tía a pasar ahí todo lo que es el... la dieta, supuestamente iba a pasar yo todo lo que era la dieta en la casa de mi tía, pero justo el día que nosotros llegamos donde mi tía, mi hijo comenzó a vomitar verde, verde y un olor así como a popó[...] uno ya se daba cuenta que no era normal. Entonces nos asustamos, yo no podía moverme por lo que estaba recién con cesárea[...]no me dejaron ver a mi hijo, sino quien lo vio fue mi esposo. [...] pero él también vio una reacción media rara, pero como él dijo "estamos con médicos, ellos tendrían que saber" pero no, tampoco actuó así como con curiosidad así como de saber qué le pasa, si está mal, todo eso. Pero ya nos dimos cuenta cuando nos dieron de alta porque él comenzó a vomitar verde y ahí fue que lo llevaron donde... al seguro, si mal no recuerdo. Y ahí fue donde le dijeron que tenía que internarse, que tenían que internarlo porque las cosas no estaban bien. Comenzaron a haber cosas extrañas en él y a mí no me tenían informada de nada prácticamente. Quien sabe todos esos procesos más claro es mi esposo,
(Marcela, entrevista personal)

Algunas veces, cuando el embarazo es deseado, un aborto espontáneo puede ser interpretado como la pérdida de una criatura. Este fue el caso de Estefanía, que tuvo un aborto espontáneo en una etapa muy temprana del embarazo y fue internada en la misma sala que las mujeres que acababan de dar a luz y las que habían decidido abortar.

Yo lo que lloraba, ellas preguntaban que[por qué] yo lloraba. O sea ellas pensaban que yo lloraba ahí en el quirófano era porque me dolía, yo le decía que no era porque me dolía, sino que lo que sentía, lo que lloraba era emocionalmente que me sentía súper mal. Me dice "pero ve, aquí vienen algunas muchachas con todas las ganas de abortar, y tú estás que lloras" digo "pero es que yo sí quería tener a mi hijo, yo sí amo a mi marido, yo sí quería volver a ser mamá".

(Estefanía, entrevista personal)

Para Estefanía, haber sido internada junto a mujeres en situaciones emocionales muy diferentes a la suya (unas estaban contentas porque acababan de parir, otras porque habían logrado abortar en un sistema que lo penaliza) fue una experiencia violenta y dolorosa:

Ya me subieron a sala, estaban todas esas mamás ya con sus hijos, ya, y yo ahí sí les dije a las licenciadas, les dije "eso es muy cruel de su parte que nos hagan eso a las personas que sí hemos querido tener esos bebés"

(Estefanía, entrevista personal)

Después de un aborto espontáneo o provocado, compartir el espacio físico con madres que acaban de parir a criaturas que deseaban, pone a las mujeres en una situación emocional especialmente difícil en la que tienen que enfrentar discursos y mandatos sociales que enaltecen la maternidad y culpabilizan a las mujeres que no son madres. El testimonio de Estefanía pone en evidencia que el dolor de las mujeres respecto a la pérdida de una criatura es desvalorizado y sus emociones no son consideradas importantes a la hora de diseñar las estructuras de los servicios de salud.

Igual que en los testimonios sobre embarazos y partos, las mujeres que perdieron a sus criaturas dijeron que habían recibido poca información durante el proceso del parto y el postparto, tal como se evidencia en la historia de Fernanda:

El 29 de septiembre nace, 10 de la mañana, 10 de la noche me fallece, 12 horas vivió[...] Me imagino, creo, que pasó las horas, no sé[...] Se hizo popó adentro, comió, había ido a fosas nasales, a pulmones así y ya grave salió para respirar y así, todo mal, creo que era grave, no sé, pusieron paro cardio [cardíaco], algo de eso

(Fernanda, entrevista personal)

Pero no solamente el sistema de salud restringe la información a las mujeres, la familia y las personas cercanas también lo hacen, basándose en la creencia generalizada de que las emociones fuertes pueden causar complicaciones postparto, tal como muestra el testimonio de Amelia:

Amelia: Como yo vivo así al lado del estero, del mar, como yo sentía calor yo me cogía y me tiraba a bañar así al mar. [...] me estaba bañando y yo salí de ahí, me resbalé subiendo el puente me resbalé en la escalera, caí sentada. Como a los 5 días más o menos otra vez [...] me caí, en eso en una punta del aparador me pegué aquí en la barriga, se me hizo todito esto negro, ya de 6 meses, faltándome 2 días para 6 meses, me golpeé y se me golpeó todito esto así. De ahí como no me dolía, se me movía la criatura así bastante [...] como a los 3 días de la caída fui donde el doctor, porque ya ahí sí me comenzaba a doler, comencé a sangrar, comencé a botar líquido, me fui al policlínico, donde la doctora que me estaba atendiendo. Ahí la doctora me puso suero, me tuvo casi 3 días en el policlínico, como me seguía así el dolor, la criatura se me movía demasiado, la doctora dijo que había que operar, que había que sacarla. Pero yo le digo "doctora, pero si se va a salvar la criatura sáquemela. Si yo sé que... Pero si ve que está bien, que en los exámenes en el eco me sale que está bien, para qué me la... basta con el tratamiento" Pero ella dijo que no, porque así como iba estaba perdiendo demasiado líquido, estaba sangrando [...] Dice "no puedo dejar que eso suceda, mejor es sacarla" y me dijo "si está de acuerdo sacamos" [...] le digo "pero si va a vivir sáquemela, y si no va a vivir déjemela ahí porque si se me muere se me muere adentro mío y si me llevo a morir me muero con mi hija" yo no quería. Pero ella me aseguró que... llamó a otro médico y el otro médico [...] el pediatra- dijo que la niña sí iba a sobrevivir porque la niña estaba con buen peso y estaba grande, estaba toda normal, [...] me hicieron un eco y que la niña estaba completa y se veía que era una niña que ya estaba normalmente para nacer, porque mi hija nació con 8 libras [...] Mi esposo que [...] si le daban esa seguridad, que me hicieran la cesárea. Ya pues, me hicieron la cesárea, yo le dije a la doctora que me ligara y ahí en ese policlínico donde yo estaba no había incubadora y ahí ellos fueron a buscar incubadora, todo, para llevarla. Y consiguieron incubadora en el hospital, ahí la llevaron a la niña, al hospital [...] Pero la niña recibió todo el golpe. Toda esta parte (se señala la cara y la cabeza) era negrito, toda esta parte de aquí tenía negrito, se había golpeado, no ve que yo me pegué así en el filo del aparador. Ya, pero el doctor le vio, le hicieron todos los exámenes y dijo que sí estaba bien y todo, y que necesitaba por lo menos una semana, quince días estar en una incubadora. Ya la niña a los tres días de haber estado en la incubadora la niña muere [...] Bueno un médico pediatra por fuera dijo que la niña le había dado tétanos. Quizá la habrían bañado a la niña, quizá le había entrado algún frío, porque la niña se puso moradita [...]

E.: ¿y cómo la llevaron del policlínico al hospital?

A.: la llevaron cubierta, bien cubierta

E.: ¿Pero el policlínico o tu familia? ¿Quién?

A.: De ahí del policlínico la llevó un doctor, con mi familia

E.: ¿en un carro normal?

A.: *Sí, con mi esposo y una hermana fueron al hospital para llevar a la niña[...] Claro, yo también estuve, como quiera estuve más de una semana ahí, y ya pues, yo lo que pasó, no me habían dicho que la niña había fallecido, nada. Porque yo sí tenía, me dijeron que era niña, yo sí tenía emoción, yo sí ya diciendo "bueno, con esta me quedo, sería la última" [...] y ellos no me habían dicho nada, que la niña había fallecido me enteré al otro día [...] me dijo justamente una enfermera, una licenciada yo le pregunté, "¿no sabe nada cómo está? [...]" Me dice "¿y no sabrá usted -dice- que la niña falleció?" "¿qué?" le digo "sí, dice, la niña falleció, yo pensé que ya le habían dicho". Estaba mi hermana afuera y yo me levanté, me saqué ese suero y me levanté y le dije a mi hermana "no, es mentira, es mentira". Le digo "yo me voy", yo cogí, me saqué ese suero, eso que tenía y me cambié, le digo a mi hermana "vámonos" [...] Y ahí salió la doctora, me dijo que no, que no me fuera, porque me iba a hacer mal "no me importa, [...] pero yo me voy". Cuando yo llegué a mi casa, casi ya estaban para sacarla para ir a sepultarla*

(Amelia, entrevista personal)

A la restricción generalizada de información, se suma la relación jerárquica que se establece entre las mujeres y el personal de salud. Tal como evidencian los testimonios que hemos presentado, muchas mujeres no sienten que tengan el poder suficiente para exigir una mejor atención, respuestas a sus preguntas o contradecir al personal de salud.

A pesar de que la mayoría de mujeres que habían perdido a sus hijos/as no tenían una idea clara de cómo había sucedido, el retraso en la atención del parto en el hospital parece ser una razón común en estas y otras historias de muerte neonatal, tal como muestran los siguientes testimonios:

F.: *Yo estaba andando en controles [...] y de ahí, solo que no me fui de aquí "pasando un día, venga" -dijeron- y yo me fui directo al hospital, entonces [...] un sábado dijeron que espere "venga lunes", me voy lunes "venga miércoles", así andan "venga miércoles, venga jueves" y así. Un domingo entro [...] de 41 semanas entro, y ahí [...] no había dolores, me pusieron esas pastillitas y ya con eso, con tres dosis ya me coge dolor así pero no me dilataba y ahí está, ya pues 41 semanas con 3 días. El 29 de septiembre nace, 10 de la mañana, 10 de la noche me fallece, 12 horas vivió.*

(Fernanda, entrevista personal)

Había una chica joven que la llevaban en una camilla, era como una, dos de la mañana, mientras esperaba al doctor [...] la mamá venía entrando, gritando, en la camilla, decía que "ustedes son malos, no me escucharon, yo sí dije que la hagan quedar en el hospital porque mi hija ya iba a dar a luz, pero ustedes dijeron que todavía no, que lleve nomás al subcentro, y allá igual no me atendieron, de ahí vuelta me mandaron" dice [...] Ya tenía aquí salido el bebé, sí, y todo descubierto [...].

Había una médica, una doctora, creo que era obstetriz de otro país - cubano creo que son los que van ahí - [...] entonces cuando la doctora asomó [...] le atendió a la chica, es que la señora lloraba, gritaba "ustedes me lo mataron, ustedes tuvieron la culpa, mi hija estaba sana, vino bien y ahora por no atender en el hospital, ahora me mandaron a (centro de salud) vuelta me traen aquí, mi nieto se muere", la verdad cuando llegaron ya a la sala de - ¿cómo se llama? - de emergencia, ahí se quedó callado todo, más la chica, la chica no reaccionaba pero por los comentarios, allá decían "o se muere la mamá o el niño muere", y entonces rapidito le atendieron, creo que a la señora la engañaron bonito y la fueron llevando [...] hasta ahí llegué a saber, pero mi cuñado al último me dijo que se había muerto el bebé y la muerte había causado por andar para acá para allá
(Paulina, entrevista grupal. Orellana, 2016)

Marcela, Amelia y Estefanía, enfrentaron la pérdida de sus criaturas en compañía de sus parejas y de otras mujeres cercanas. Según ellas relatan, el apoyo y los vínculos sociales fuertes hicieron más llevadero el dolor que sentían, y el proceso de enfrentar la muerte de sus hijos/as después de que sucedió.

La creencia religiosa de que Dios decide sobre la vida y la muerte y la resignación ante esa decisión divina, funcionan como herramientas de las mujeres para enfrentar y superar la muerte de sus criaturas:

[...] tal vez Dios sabía que estaba pasando [que su hija mayor estaba siendo abusada sistemáticamente por el padrastro] y me llevó también, qué tal si hubiera vivido mi hija, también vivía ahí mismo, yo no sabía entonces, mejor que se fue, eso digo ya
(Fernanda, entrevista personal)

Entonces a veces me echo yo la culpa de no haber actuado firme en que mi hijo reciba la mejor atención, pero a veces digo "Dios tiene un propósito a lo mejor, y si yo mi hijo estuviera vivo no tuviera mi otro hijo", porque el hijo que tengo ahora es planeado, pero con miedo, con miedo a que pueda pasar lo mismo que lo que pasó con mi primer bebé

(Marcela, entrevista personal)

Discusión

Se sabe que existen factores biológicos, sociales y culturales que actúan como determinantes de la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil. El bajo peso al nacer, la prematuridad, la edad y escolaridad de la madre, las redes de apoyo, el acceso a servicios de salud, las tradiciones respecto a la atención del parto y el cuidado postnatal, entre otros factores, interactúan para determinar el riesgo de muerte neonatal en un contexto específico.¹⁴

La información cualitativa recopilada en estos testimonios da cuenta de la escasa relación entre esta evidencia científica y la práctica clínica en la atención del embarazo, el parto y el postparto: incluso cuando presentaban factores de riesgo fácilmente identificables, las mujeres no fueron informadas sobre su condición ni sobre las posibles complicaciones de su embarazo.

Parece ser que la infantilización de las mujeres y la sublimación de la maternidad juegan un rol más importante que la evidencia científica a la hora de determinar el tipo de discursos y de información que el personal de salud utiliza para comunicar a las mujeres el estado de su embarazo y de sus criaturas. Otros estudios coinciden en que las percepciones y creencias del personal de salud respecto a la feminidad y la maternidad influyen sobre el tipo de atención que se brinda a las mujeres en mayor medida que los planes, programas y políticas diseñados desde los sistemas de salud y otras instituciones.⁷

La poca importancia que se da a las emociones de las mujeres después de haber perdido una criatura -tanto en el diseño de la estructura de los servicios, como en la interacción directa entre el personal de salud y las mujeres- también están relacionados con las creencias respecto a la feminidad y la culpabilización de las mujeres por la muerte de sus criaturas. Abordaremos este tema con mayor profundidad en el apartado dedicado a violencias contra las mujeres.

La información presentada en este apartado muestra la necesidad de desarrollar un enfoque integral de salud, que aborde también la salud mental y emocional e las madres que pierden a sus criaturas por muertes neonatales.

Morir dando vida: historias de muerte materna

A pesar de que la incidencia de la muerte materna es relativamente alta en el Ecuador, recopilar relatos de este tipo de muertes fue difícil. Las historias de muertes de mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio están rodeadas de secretismo, culpabilización, falta de información, violencia y dolor.

En general, las mujeres que entrevistamos habían oído sobre historias de muertes maternas, pero no conocían los detalles de estos episodios. Incluso cuando las mujeres que murieron habían pertenecido a sus entornos cercanos, los detalles sobre las causas de la muerte eran inexactos.

A pesar de esto obtuvimos tres testimonios indirectos de muertes maternas. Rosa, Gloria y Marcia relataron historias cuyos elementos comunes fueron el retraso en la atención y diferentes tipos de violencias contra las mujeres.

El testimonio de muerte materna más desgarrador es el de Rosa, que relató la historia de su hermana que fue víctima de un femicidio durante el embarazo:

Se casaron[...] con bombos y platillos, porque se veía una pareja feliz. [...] A los 6 meses más o menos, cerca del año, ya comenzó a darle la mala vida, lo mismo [que el esposo anterior], le maltrataba[...] Resulta que llegaba borracho y llegaba a patear las cosas, a romper todo, a pegarle, todo eso y los bebés todavía eran pequeños y cuando ya le sentían que llegaba borracho no sabían dónde meterse. Un día los vecinos cansados, porque ya no tenían qué hacer, porque llegaban a defenderle y con todos los vecinos le mandaba pero por ahí. [...] Y con el agresor también que estaba así tratada, decía que cada que llegaba si no le daba, o no se acostaba con ella era el maltrato, le pegaba, decía que sí "que sí que no quieres estar conmigo porque ya has de estar con mozo, ya has de estar con otro" entonces ¿qué tenía que hacer ella?... así, de improvisto, se quedó [embarazada][...] ¿qué pasa? "pac, pac," a las 4 de la mañana, resulta que el niño más grandecito que tenía tal vez unos 6, 7 años viene "tía, tía" y desesperado ¿qué pasaría?, digo así en el desespero así, "¿sabes qué tía? Mi mami está muerta", digo "¿muerta?", en ese rato qué dolor, qué desesperación[...] Cuando yo llegué ya había estado la policía, había estado la doctora que le ha atendido, había estado dándole ya el dictamen - ¿cómo se dice? - que está fallecida, que está muerta[...] que éste en la noche llegó borracho, la maltrató, quién quita que - ¿cómo le digo? - hasta le asfixió, la mató él mismo porque de la camita donde que ella estaba dormida, para pedir auxilio a los muchachos, se ha botado de la cama, se ha caminado bastante arrastrándose hasta casi la mitad del cuarto, en eso, ya el bebé se le había salido ahí en lo que estaba trajinando arrastrando [...] De 5 - 6 meses más o menos estaba, entonces el bebé ya se queda y sigue

arrastrando y con la sangre que prácticamente botó porque prácticamente con un niño ya todo se fue en hemorragia, camina, camina y cerca de la puerta seguramente ya se debilitó, yo no sé, o no le escucharon los muchachos, yo no sé qué pasó. [...] Entonces en ese rato, yo llego, le vi todo eso, ese desgarrador, el cuarto todo, era como que una bronca tremenda que había tenido prácticamente, porque todo estaba tirado, todo estaba al suelo, [...] y él se había ido [...] Sí llevo eso siempre de que él la mató, [...] porque ese día habían discutido según la versión de la vecina dice "estaban peleando, estaban discutiendo, ella estaba pidiendo auxilio pero no podíamos meternos porque cuando íbamos, golpeábamos, queríamos hacer, con todo nos mandaba y ese día estaba peleando" [...]

(Rosa, entrevista grupal)

Marcia conocía la historia de una mujer cercana que murió durante el parto. Además de una anemia severa provocada por las restricciones en la comida y por las náuseas que tenía durante el embarazo, Marcia destacó la falta de vínculos sociales y de apoyo como parte importante del contexto en el que surgieron las complicaciones y la muerte de esta mujer:

Tenía problemas ella - también por su embarazo y todo no resistía la comida en el estómago - entonces ella tuvo una anemia severa. Por todas las cosas que le habían pasado no comía, su criatura estaba también con problemas y el momento en el que ya le tocó ir a dar a luz, ella fue pero sus fuerzas no le dieron para poder soportar el parto. Dio a luz y ella murió y la criatura nació con problemas de salud más que nada, ¿no?, de ahí se desarrolló correctamente la criatura porque la señora, la abuela, le recogió. Pero el caso de esta señora es muy fuerte porque ella sufrió violencia de toda clase, ¿no?, y sobre todo el hecho de que no tenía quién le vea, era sola y no había, inclusive las concuñadas - que supuestamente eran sus amigas - nunca le dieron una mano o sea ella vivió y murió sola. Le restringían la comida y nunca tuvo los chequeos médicos y fue al hospital para dar a luz y ahí vieron que tenía una anemia severa y por eso no resistió

(Marcia, entrevista grupal)

Gloria también conoció una mujer cercana que murió durante el parto:

Gloria: Fue la prima del papá de mi hijo, o sea de mi ex pareja [...] la señora nunca había ido al subcentro, nunca se hizo atender y a los 8 meses que tenía [...] le empezó a doler la barriga todo el tiempo y le dolía la espalda [...] Entonces le querían traer al subcentro y ella no se quiso venir y le llamaron a la ambulancia y le fueron a ver y le trajeron y a lo que llegó al hospital dice que ha llegado bien, que ha llegado bien, [...] pero no sé cuál fue la circunstancia, que sería porque no se hizo atender los controles o fue una mala atención de los doctores porque ella empezó a sangrar y sangrar y sangrar y no paró el sangrado [...] Cuando llegó solo estaba con dolores y que los doctores le habían puesto para sacar el bebé

Entrevistadora. ¿Y cómo se dieron cuenta de que no podía parir en la casa? Porque los dolores son normales, o sea cuando vas a parir te duele

G.: Sí, porque los dolores si eran así como que estuviera dando parto pero no botaba lo que es líquidos y todo eso, entonces ellos pensaron que todavía faltaba[...]

E.: Y ahí ¿quién la ayudó, o sea quién decidió llamar a la ambulancia?

G.: El novio

E.: ¿Y ella cuántos años tenía?

E.: Tenía 32 años

E.: ¿y más hijos?

G.: Tenía 4 hijos y una niña de dos años tenía y el bebé no se murió, solo se murió la mamá.

E.: ¿Entonces quedaron 5 hijos?

G. Sí

E.: ¿Y con quién se quedaron?

G.: Con los otros hijos se quedó el papá y con el bebé que nació le llevó una hermana del papá.

E.: ¿Y están bien los niños, tú sabes?

G.: Del bebé que le llevaron si no tengo idea si estará grande, si estará bien, si creció, yo no sé. Y los otros bebés que se quedaron con el papá sí están con él.

E.: ¿Y él los cuida?

G.: sí

(Gloria, entrevista personal)

Discusión

Tal como hemos visto a lo largo del estudio, la violencia de género actúa como una barrera para acceder a controles médicos y a la atención profesional durante el parto. Las historias presentadas en este apartado muestran además, en coincidencia con otros estudios, que la violencia puede a su vez generar el contexto para la muerte materna.¹⁵⁻¹⁹

El testimonio de femicidio durante el embarazo presentado en este estudio expone hallazgos similares a los de estudios previos que indican que los embarazos no deseados y la falta de acceso a servicios de aborto seguro están vinculados a la violencia contra las mujeres, los femicidios y los suicidios durante el embarazo.¹⁵⁻¹⁹

A su vez, tal como muestra el mismo testimonio, los embarazos no deseados pueden estar vinculados con la violencia de género, pues en muchos casos son producto de la violencia sexual ejercida por parejas o personas del entorno cercano.^{17,19}

Otros estudios previos han mostrado que las mujeres embarazadas están en mayor riesgo de vivir violencia de género por parte de sus parejas¹⁷ y que el riesgo de vivir violencia grave y recurrente se intensifica durante el posparto.¹⁹ Sin embargo, según la definición oficial de muerte materna utilizada en Ecuador y en la mayor parte de países del mundo^{5,17} este indicador excluye los casos en los que la muerte ocurre como producto de la violencia contra las mujeres en la pareja, por considerarse que la violencia no está relacionada con el embarazo, tal como muestra la siguiente definición, utilizada por el Ministerio de Salud Pública en sus estudios de muerte materna:

Muerte accidental.- No está relacionada con el embarazo o el parto, incluye la muerte causada por cualquier tipo de violencia y por razones económicas, sociales y culturales.⁵

Estudios en otros contextos han identificado que si las muertes violentas durante el embarazo, el parto y el puerperio estuvieran incluidas en la definición y las estadísticas de muerte materna, la violencia estaría entre las cinco primeras causas de muerte materna, y que la cantidad de muertes causadas por la violencia es comparable a la cantidad causada por la hipertensión arterial provocada por el embarazo.^{16,15}

Un estudio sobre violencia y muerte materna encontró que casi la mitad de casos identificados como muertes maternas violentas fueron suicidios (47%),¹⁶ elemento que no se encontró en esta investigación pero que deberá ser investigado a profundidad en el contexto ecuatoriano para revelar un fenómeno que se mantiene oculto y sobre el que otras investigaciones ya han llamado la atención,^{15,20} especialmente cuando se trata de niñas y mujeres muy jóvenes.

Testimonios de violencias contra las mujeres: el contexto de las complicaciones antes, durante y después del parto

A pesar de que las violencias contra las mujeres fueron un elemento común de casi todos los testimonios que recopilamos para este estudio y de que la contribución de la violencia a la morbilidad materna y neonatal ha sido analizada en los apartados anteriores, hemos destinado una sección específica al análisis de las violencias y sus efectos en el embarazo y el parto, porque consideramos que es fundamental visibilizar este fenómeno como una parte importante del contexto en el que las mujeres se embarazan y dan a luz.

Las mujeres que entrevistamos habían vivido diversos tipos de violencia: psicológica, física, patrimonial y sexual en la pareja, acoso sexual, violencia obstétrica, incesto y abuso sexual. En este apartado presentamos las experiencias e interpretaciones de estas mujeres respecto a las violencias que vivieron.

La historia de violencia sistemática en la familia y en la pareja fue el contexto en el que ocurrieron los embarazos y las complicaciones durante el parto y postparto vividas por Marcia:

*Yo quiero contarte la historia de mi vida. Empezó desde la niñez, yo fui violada desde una persona cercana[...]Y la verdad eso marcó mi vida. Luego de eso familiares así mismo lo intentaron unas cuantas veces y, hasta cuando yo tenía unos 14 años, en el momento que yo me di cuenta de que eso no era lo correcto yo fui la que puse un "hasta aquí". Luego de eso a los 15 años le conocí a mi marido actual y me casé. Durante mi vida de casada, bueno, durante toda mi vida he sido acosada en la calle, a mí me han cogido de todo, el rato menos pensado, o sea ha sido fuerte porque son las culpas que uno va pensando que es cuestión de uno, ¿no? que no es cuestión de la gente, que es cuestión de uno. Y yo siempre estaba relegada, yo me dedicaba a la casa, crié a mis hijos – para mí ese es uno de mis orgullos más grandes – pero después me empecé a desarrollar[...]pero ahí empezaron mis problemas en mi hogar
(Marcia, entrevista personal)*

Tal como evidencia su testimonio, la decisión de Marcia de casarse muy joven estuvo marcada por la necesidad de huir de un hogar violento. Su matrimonio fue el contexto para embarazos y partos complicados y los embarazos y las complicaciones la expusieron a sufrir violencia obstétrica, tal como veremos más adelante.

El desgarrador relato de Leticia acerca de la violencia física, sexual y psicológica que ha vivido a lo largo de su vida, fue el contexto para las complicaciones durante sus embarazos y partos y otras dificultades que relató durante nuestro contacto para esta investigación. A continuación presentamos los relatos de solamente algunos de los episodios de violencia que Leticia ha vivido.

Leticia fue abandonada por su madre cuando acababa de nacer y quedó al cuidado de su abuela y su papá.

[...] con mi papá y mi abuela igualmente me pasó, cuando tenía 5 años mi bisabuelo me violó,[...] entonces mi abuelito cada vez que quería, que él quería abusar de mí, me llevaba así por el monte y comenzaba a abusar de mí, en una casita que había, comenzaba a abusar de mí, entonces[...] yo le conté a mi abuela que mi bisabuelo me hacía esto, y ella no me creyó [...] Entonces yo tengo todavía ese recuerdo ahí, todavía no lo supero por más terapia que tengo
(Leticia, entrevista personal)

Unos años después, fue a vivir con su mamá, que también la maltrataba:

[...]ahí como a los 7 años que cumplí mi mamá me fue a ver y me llevó con ella[...]de ahí me puso a estudiar, gracias a mi mamá yo sé leer y escribir por lo menos mi nombre. [...]Jigual mi mamá me seguía dando la misma vida de perro, siempre me maltrataba, me trataba mal, la cabeza ya me la hacía en veces como alcancía [porque] me daba con las cucharas en la cabeza
(Leticia, entrevista personal)

Leticia ha pasado la mayor parte de su vida viviendo con diferentes miembros de su familia o con sus parejas y migrando a otras ciudades para huir de la violencia de su entorno cercano. Durante la adolescencia volvió a vivir con su abuela y conoció a un hombre con el que fue obligada a emparejarse porque su abuela creía que había mantenido relaciones sexuales con él:

Como ella era evangélica, mi abuela, entonces eso no era juego para ella ni nada[...]llamando al diablo es lo que están[...]ya viene tu tía, sinvergüenza, perra" me dijo. Entonces llegó mi tía y así se cogió como a gritar, a hablar, entonces "ya que buscaste marido, ya quédate" entonces yo no me quería quedar, quería irme, de ahí mi papá también "si ya quieres marido, ya quédate con él" entonces prácticamente me botaron, me dejaron ahí aunque yo no me quería quedar
(Leticia, entrevista personal)

Como producto de esa relación forzada, Leticia quedó embarazada y tuvo dos niñas, el padre de las criaturas la abandonó mientras todavía estaba embarazada y ella tuvo que regresar a casa de su abuela, donde volvió a sufrir violencia:

Leticia: Mi abuela empezó a maltratarme, a tratarme mal, me decía que yo era una basura, que era una pendejada, que no valía para nada, entonces ella me pegaba, una vez me cogió y me dio un machetazo que me fue cortando la espalda, de ahí ella me cogió y me dio con un palo en las piernas, de ahí me dijo ella "si te quieres largar, lárgate" y siempre que me botaba ella esperaba que fueran las 12 de la noche para hacerme despertar y decirme "si te quieres largar, lárgate, pero no con las niñas" Entonces una vez yo le dije "si me voy, me voy con las niñas". Entonces cogió y me dio con una cuchareta que me partió la cabeza. Entonces yo veía sangre, sangre, y ya no salí y andaba así con los brazos y todas las piernas marcadas, entonces en ese momento yo cogí, alisté mis cosas en la noche y le dije a un vecino de ahí que me ayudara a sacarlas
(Leticia, entrevista personal)

Después de unos años, Leticia conoció a un hombre con el que decidió convivir. En esa relación ella vivió violencia desde el inicio: su pareja no la dejaba usar anticonceptivos ni le permitía salir de la casa, pero los episodios de violencia se intensificaron e hicieron más frecuentes cuando quedó embarazada. Entre otras cosas, el agresor de Leticia ponía como excusa para golpearla sus dudas respecto a la paternidad de la niña:

Leticia: Yo no quise quedarme embarazada sino que no salía prácticamente, él me dejaba encerrada en la casa

Entrevistadora: ¿te encerraba?

L.: Sí, él me encerraba en la casa, me decía que para que no salga, entonces él mismo ya a la hora del almuerzo me sabía ir a dejar la comida [...] Salí embarazada como a los 7, casi 7, 8 meses ya que estuve conviviendo con mi pareja, salí embarazada y él los primeros 3 meses vivimos bien, de ahí [...] él era muy agresivo, siempre me trataba mal [...] o sea él me dijo "Bueno, yo todavía no quería tener hijos" yo le digo "bueno, pero no es que me he embarazado a propósito" y yo cuando me quise cuidar no me dejó [...]

E.: ¿te pegaba cuando estabas embarazada?

Sí, ahí fue que me dio con el palo de la escoba me daba así en los brazos, de ahí se iba, y cuando regresaba así mismo, él siempre trataba de no darme en la barriga, me cogía me daba en la cara, me daba en los brazos, en las piernas, de ahí en la noche cuando íbamos a dormir a veces sabía decir "quién sabe si esa niña será o no será mía, como yo no paso aquí el día, solamente vengo es en la noche, trabajo en el día". Le digo "ya que nazca la niña si quieres te haces una prueba de ADN para que salgas de dudas". Entonces me dice "ya pues". Y una vez borracho me dijo "solamente yo te estoy aguantando hasta que nazca esa bebé[...] para hacerme una prueba de ADN si es mío bueno te aceptaré que te quedes aquí, porque es mi hijo, pero si no es, te coges y te vas, y tú sabrás qué haces"[...]

Me decía que yo era una basura, que no valía nada, que no servía para nada. [...] [en una ocasión] estuvieron ahí los hijos, llegaron, el hijo hizo regar la comida, les serví la comida a ellos e hicieron regar y de ahí yo le digo "mira cómo ensucian ahí, que después llegan las hormigas" de ahí dice "tú no tienes que decir nada, a vos qué chuchas te importa, son mis hijos" y me cogió y me dio una cachetada[...] y me tiró el vaso de jugo en la cara. [...]. Él cada que me maltrataba él después salía como si nada pasaba. [...] [otra vez] yo estaba barriendo y le topo el pie, me cogió, me insultó, me dijo que si no veía, que si estaba ciega, por dónde estaba barriendo[...] y me quitó el palo, me quitó la escoba y me dio con el palo de la escoba, me dio en la espalda, de ahí el otro me cogió y me dio en las piernas. Bueno ya, pasó eso de ahí. De ahí, anteriormente, antes de dar a luz a la niña él cogió y con un tubo de esos que hay para el agua me cogió y me dio así aquí

Entrevistadora: ¿en la pierna?

L.: Sí, tengo las marcas, así como manchas, me cogió y me dió. Me dio dos veces en ambos lados y uno aquí así que todavía se me ve un poco la cicatriz

Después del parto la violencia continuó en escalada hasta llegar a las amenazas de asesinato:

[...] una noche llegó el papá de visita [...], así mismo estaban tomando y de ahí ya a la noche nos fuimos a acostar. No sé qué le pasó cuando me coge y me dice "hazte más allá" -dice- de ahí yo cogí y dice "ven acuéstate acá" pero no me insinúa nada de que como quería tener intimidad ninguna cosa, [...] De ahí ya cogió y me dice "pon a la niña allá -dice- y tú acuéstate ahí en medio" de ahí yo me acosté en medio y [...] de ahí así me quiso abrazar, yo le digo "está haciendo calor" le digo, y a él nunca le gustaba así que le abrazen, nada, él era incapaz de abrazar, de ahí cogió y me dice "sí, con quién andarás. Si yo ya te aguanto es por mi hija" [...] y de ahí me dio un puñete en lo que fue el ojo, me dio un puñete aquí en la pierna y otro acá en el brazo. [...] cuando me dio el puñete en el brazo la niña se viró, de ahí yo le dije [...] "verás que la niña está ahí durmiendo" - le dije- de ahí cogió y [...] pasó rozándole [...] la mano la cabecita de la niña, que recién tenía como un mesecito [...]. Entonces [...] "bueno, le digo, si ya no quieres cualquier rato me voy a largar a vivir con mi hija" de ahí me dijo "no-dice- si quieres largarte, lárgate sola, dice, pero a mi hija me la dejas" y siempre me decía eso [...] "Sí, dice, pobre de vos que te largues, el día que te quieras largar lárgate sola, porque yo soy capaz de buscarte y de matarte. No me importa coger y quitarte la niña e irme si es posible hasta otro lado, si es posible hasta cambiarme de identidad y irme a otro país"

(Leticia, entrevista personal)

Aunque no fue víctima directa, Fernanda también tuvo que convivir con la violencia durante su embarazo y después del parto. Ella tuvo dos hijas con una pareja de la que se separó. Varios años después empezó a convivir con un hombre y se embarazó. Aunque Fernanda nunca fue agredida por su pareja, al final de su embarazo que terminó en la muerte de su bebé recién nacido, se enteró de que su hija de 14 años estaba embarazada porque su padrastro la había violado sistemáticamente durante años, tal como relata a continuación:

*[...] Entonces ya doy luz, me voy a enterrar a mi hija, llego, regreso, ahí me doy cuenta algo le está pasando a mi hija, le hago exámenes, sale embarazada, unos 10 días de [dar a luz]. Casi me muero ahí, me entero y que la barriga me bajó más sangre y pasaba llora y llora, hasta me quería morir[...] y entonces que me entero así de una ¿no? A ella nunca había visto así ni un novio, ni un enamorado, no tiene ella, es callada así [...] Ya está puesta la denuncia, entonces ahí estamos [...] Jeso me tiene muchísimo mal porque en persona que yo confié, o sea antes no confiaba, luego di confianza y que me vaya haciendo a mi hija [...] [la] tenía amenazada de muerte que no le avisara nada, ni nadita, porque le mataba a la [hermana]pequeña, le mataba a la pequeña él. [...] Ella calladita ha estado y nunca iba a avisar, no iba a avisar porque si no hubiese dado cuenta ella iba a morir calladita.
(Fernanda, entrevista personal)*

Gloria también vivió violencia de varios tipos en su relación de pareja, incluyendo violencia sexual durante el embarazo y después del parto:

*[...] Me maltrataba físicamente, sicológicamente[...] yo pienso que él solo me trataba de que yo era un objeto sexual para él. Lo digo porque yo lo viví con él [...] En la violencia de que él me trataba de... de que tiene que tener relaciones, era después de que el niño nació, después de 8 días él quería tener relaciones y le dije "yo no puedo tener relaciones porque estoy todavía así" y él me decía que "tienes que tener relaciones" y que si no tenía relaciones era porque yo no le iba... y también cuando estaba embarazada de la niña él me obligaba a tener relaciones pero yo no quería tener porque como estaba embarazada no quería tener [...] Yo a él así lo quería como una persona que me quiere a mí pero él no supo valorar que yo me hacía a él. Me decía que yo era una mujer del peor mundo. Me trataba como si yo no fuera la mujer de él y siempre me rechazaba.
(Gloria, entrevista personal)*

Pero la violencia de pareja y en el entorno cercano no es la única a la que están expuestas las mujeres durante su etapa reproductiva. Las participantes de esta investigación relataron también múltiples episodios de violencia obstétrica y de discriminación en los establecimientos de salud.

En el momento en que yo ya fui a los médicos a hacerme chequear, cuando ya tenía 16 años, tuve un episodio en un hospital en donde me atendieron pero - como había tanta gente - me dejaron con el interior en una pierna. Llega el médico con los pasantes, y la reacción de él fue "¿y bueno, qué pasa, estamos en la 24³?". Ese fue su comentario y yo me sentía el ser más infame del mundo. Bueno, chequeó, hacían bromas de ese tipo y así, o sea yo, la verdad es que igual cuando me han hecho los exámenes de mamas, es esa sensación de cuando uno se incomoda porque sabes que no lo están haciendo sanamente ¿no?

(Marcia, entrevista personal)

Varias de las participantes del estudio reportaron haber vivido o haber visto de cerca a personal de salud que maltrata a las mujeres durante el parto diciéndoles que no deben gritar ni quejarse del dolor porque ellas mismas se buscaron estar en esa situación. Las frases que culpabilizan a las mujeres por el dolor del parto relacionándolo con el acto sexual que dio lugar al embarazo tales como "cuando abrió las piernas no estaba gritando", se repiten en diferentes contextos dichas por personal de salud y por personas cercanas a las mujeres:

Andrea: Entonces salí de la operación bien, bien, el siguiente día que me tenían que poner la faja[porque]estaba operada,[...] la enfermera, no sé, creo que ya es labor de ella, pero como que fuera un animal, cogió me obligó a que me siente, y cogió con sus manos y me sobó la barriga, me dijo "te voy a acomodar la madre"[...] y me metió los dedos así, me hurgaba, ¡Dios mío! Me dolía, me dolía a muerte [...] yo comencé a llorar y lloraba y decía "ya, no me toquen, ya, déjenme" y mi hermana dice "ya, cálmate, eso quisiste, ahí está"[...] una enfermera me dijo "eso a todo el mundo le pasa, ¿y cómo abres las piernas? ¿no sintió el dolor?" porque ella vio el respaldo de mi hermana que también estaba agresiva conmigo.

(Andrea, entrevista personal)

Este mismo tipo de violencia es relatado por las mujeres indígenas como una razón para no utilizar el sistema de salud, pues perciben este maltrato como una forma de discriminación por su etnia, tal como relata Paulina:

Pero en realidad cuando una se pasa en el pueblo nunca pensamos lo que es hospital, pero la realidad, la realidad de las compañeras mujeres quichua siempre han dado a luz en la casa. En la casa porque muchas de las veces, cuando ellas quieren se van al hospital y en el hospital las tratan mal y a veces las primerizas -no siempre- no saben el dolor cómo es y ellas empiezan a desesperarse del dolor, todo eso, pero médicos y enfermeras les maltratan dice "cállese, cállese, para eso no hubieran estado con su marido, para eso están abriendo la pierna" así le insultan. Porque yo con mis propios oídos le escuchaba, cuando yo estaba aquí con el parto de mi último varón, así le trataba a otra compañera, entonces yo también soy quichua y le decía "¿Por qué le maltratan de esa forma? Porque todas tenemos derecho, todas necesitamos del mismo trato", porque son colonas a veces le tratan de otra forma porque son las señoras, las chicas quichuas por eso le tratan mal.

(Paulina, entrevista grupal)

Adicionalmente, las mujeres indígenas enfrentan malos tratos relacionados con los prejuicios acerca de sus costumbres y su aseo: el personal de salud se queja de que ellas llegan sucias al hospital:

[El personal de salud] dice "verán que han agarrado los pies, mírele las manos cómo está". Es que nosotros sí sabemos que las compañeras son... que vienen del campo. En el campo -también yo sé, yo soy del campo- imagínese uno ir a la chacra, sembrar[...], siempre se cava con la mano, entonces las uñas siempre uno se tiene así[...]. Sobre todo en la sierra, las compañeras quichuas que siembran la papa, así todo. Entonces a la hora del dolor, las pobres compañeras se van así pues, uno se piensa que nos van a tratar bien, pero a uno siempre le maltratan y le tratan mal y anteriormente sí, hasta las veces mismo hay así [...]

(Paulina, entrevista grupal)

Otro tipo de violencia reportada en esta investigación es la discriminación por estado civil. Aunque este no fue un elemento común en las historias de las mujeres que entrevistamos, pone en evidencia cómo la aplicación de leyes, normas y guías hospitalarias está mediada por la discrecionalidad, las creencias y la moral individual del personal que atiende, tal como se ha visto en otros casos reportados en esta investigación.

Estefanía se casó con el padre de su primer hijo. Después de unos años decidió separarse porque vivía violencia en su relación, pero su expareja se ha negado a colaborar con los trámites del divorcio, por lo que legalmente sigue casada con él. Actualmente ella convive con su nueva pareja de la que quedó embarazada y tuvo un aborto espontáneo. Después de la atención de emergencia para el aborto espontáneo, el personal del hospital puso como condición para seguir recibiendo atención que ella entregara una copia del documento de identificación de su expareja, que es su esposo legal.

Estefanía: yo llevé la cédula del padre del hijo que había perdido[...]. Y resulta que no era la cédula de él[...]. porque decían que era un trámite legal y necesitaban sacar la cédula del que constaba en mi cédula como marido mío legalmente.

Entrevistadora: ¿Pero por qué necesitabas cédula de otra persona para hacerte un examen tú?

E.: Me dijeron que era un trámite legal y como era un trámite legal, eso se tenía que hacer legalmente

En.: ¿pero nunca te explicaron por qué?

Es.: Era porque era un trámite legal[...]. si legalmente yo estoy casada con un hombre y él tiene que responder por mí legalmente[...]. y entonces una licenciada dice "entonces han creído que el que te acompañaba era tu esposo legalmente, porque ahora es así, te piden"

(Estefanía, entrevista personal)

Un tipo diferente de violencia relacionada con el embarazo encontrado en este estudio es el retraso de la atención del parto una vez que la mujer llegó a un establecimiento de salud, que ya se evidenciaron en testimonios presentados en los capítulos anteriores. Los testimonios de este estudio muestran que muchas veces los retrasos en la atención se relacionan con la creencia del personal de salud de que las mujeres exageran cuando describen sus síntomas durante la labor de parto y que el pedido de atención urgente por parte de una mujer no es un indicador de la necesidad de la atención.

Discusión

En el Ecuador, según datos oficiales, 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género y 1 de cada 4 ha sido víctima de violencia sexual.²¹ La alta prevalencia de la violencia contra las mujeres y el alarmante subregistro de estos casos se ponen en evidencia en este estudio, donde la mayor parte de participantes declaró que había vivido algún tipo de violencia de género durante su vida. La relación entre la violencia de género, las complicaciones durante el embarazo y la mortalidad materna ya ha sido discutida en el apartado anterior.

En este apartado nos centraremos en la discusión de la violencia obstétrica y los diferentes tipos de discriminación que las mujeres enfrentan en el sistema de salud y su relación con la morbilidad materna.

Aunque no hemos encontrado estudios que definan la prevalencia de la violencia obstétrica en Ecuador, se sabe que ésta existe y diversas organizaciones de mujeres han luchado durante décadas para erradicarla y para lograr que exista una norma que la penalice.²² Además, varios estudios previos han expuesto testimonios de este tipo de violencia en el sistema de salud ecuatoriano.^{23,24} En concordancia con estos y otros estudios realizados en contextos similares,²⁵ esta investigación expone varios episodios de violencia obstétrica y pone en evidencia que el sistema de salud y en concreto la atención del embarazo y el parto, son espacios y momentos en los que las mujeres están expuestas a graves violaciones de sus derechos humanos.

En coincidencia con otros estudios,^{24,26} las participantes de esta investigación atestiguaron haber sido víctimas de prácticas violentas como los tactos repetidos, las cesáreas programadas sin base científica, la falta de privacidad en la atención durante la labor de parto, la realización de procedimientos médicos invasivos sin información ni consentimiento previo, el maltrato y los comentarios hirientes, la desestimación del dolor de las parturientas y los retrasos en la atención hospitalaria del parto.

El estudio puso en evidencia, además, la discriminación y las formas específicas de violencia que las mujeres de nacionalidades indígenas enfrentan cuando acuden al sistema de salud. Otros estudios han determinado que la percepción de discriminación étnica en el sistema de salud está relacionado con el estado de salud física y mental de las personas^{27,28} y puede resultar en²⁹ el retraso de la búsqueda de atención especializada por problemas de salud.

Estas prácticas de violencia y discriminación que son naturalizadas por el personal de salud y por muchas mujeres, no solamente vulneran los derechos humanos de las usuarias de los servicios de salud, sino que también ponen en riesgo las estrategias de reducción de la muerte materna y cuidado pre y neonatal, pues influyen sobre la predisposición de las mujeres para acudir a los controles prenatales y buscar la atención hospitalaria del parto, dificultando la identificación de factores de riesgo y el acceso a la atención especializada de las complicaciones.^{12,29,30}

Conclusiones

La falta de información y los diversos tipos de violencia a los que están expuestas las mujeres fueron elementos comunes en las historias de morbilidad y mortalidad materna y de muerte neonatal que relataron las participantes de esta investigación. Estos testimonios ponen en evidencia que a pesar de las políticas públicas y las acciones estatales encaminadas a reducir estos indicadores, en muchos casos la atención del parto se sigue retrasando en el hospital, debido a problemas en la organización de los servicios y a aspectos culturales que refuerzan los roles inequitativos de género y el control patriarcal sobre los cuerpos de las mujeres. La atención hospitalaria del parto se retrasa porque el personal de salud no confía en las mujeres y en sus percepciones de los síntomas y el dolor, no les entrega información necesaria para el autocuidado y el control de los procesos del embarazo, el parto y el postparto, no toma en cuenta sus opiniones a la hora de planificar el método del parto.

La violencia de género y el control sobre los cuerpos de las mujeres funcionan como barreras para acceder a anticoncepción, a los controles médicos durante el embarazo y a la atención especializada y oportuna de las complicaciones durante el parto. Las diferencias entre la definición médica de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio y las percepciones de las mujeres acerca de lo que significa tener un embarazo complicado agrandan la distancia entre el sistema de salud y las mujeres, e incrementan la insatisfacción y la percepción de mala calidad de atención. Las percepciones y emociones de las mujeres no son tomadas en cuenta a la hora de evaluar la calidad de los servicios ni de diseñar estructuras y políticas públicas para mejorarlos.

Nuestra investigación mostró además que la inexistencia de planes de parto acordados previamente entre la mujer y el personal de salud, la falta de información sobre los procedimientos médicos y las sensaciones corporales que ocurren durante el parto, y la insatisfacción de las usuarias con la atención prenatal y la atención en partos anteriores pueden resultar en el retraso en la atención especializada de las complicaciones durante el parto.

Este estudio contribuye a la evidencia de que la violencia contra las mujeres está vinculada a la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Esperamos que nuestros hallazgos sirvan para fortalecer la argumentación a favor de que las muertes violentas durante el embarazo y el puerperio sean consideradas muertes maternas así como para comprender la importancia de implementar adecuadamente las normas que exigen la realización del tamizaje para violencia de género durante los controles prenatales y la atención médica durante el parto y el embarazo.

Nuestros hallazgos también demuestran que la violencia obstétrica y la discriminación por etnia son prácticas cotidianas en el sistema de salud ecuatoriano, que además de vulnerar los derechos de las mujeres constituyen barreras para el acceso a los cuidados de salud.

Finalmente, queremos destacar la necesidad de desarrollar un enfoque integral de salud, que sea respetuoso de las necesidades y derechos de las mujeres, que aborde la salud física, mental y el bienestar emocional, para lograr el objetivo de garantizar maternidades elegidas y seguras.

Recomendaciones

- La violencia en contra de la mujer debe ser tomada en cuenta como causa de enfermedad y muerte materna
- Incluir las muertes relacionadas con la violencia de género en la definición de muerte materna
- Reactivar la participación de las mujeres en el seguimiento y visibilización de la enfermedad y muerte materna
- Trabajar en una propuesta específica de prevención y protección integral a niñas embarazadas antes de los 14 años.

Bibliografía

1. MSP. La Vigilancia Epidemiológica de La Mortalidad Materna En El Ecuador. Años 2002 Al 2011. Quito; 2013.
2. SENPLADES. Objetivos Del Milenio Balance 2013. Quito; 2014.
3. Noboa H. Inequidades En Mortalidad Materna En El Ecuador. Quito; 2015.
4. MSP. Datos esenciales de Salud: una mirada a la década 200-2010. Minist Salud Pública. 2012:1-60.
5. MSP. Informe de La Investigación Anual a Través de La Búsqueda Activa de Casos de Muerte Materna Y Calidad Del Dato. Quito; 2015.
6. Chávez-Courtois M, Sánchez-Miranda C, Romero-López E, Torres- JL, González-Pacheco I. Propuesta metodológica para el estudio de la muerte materna desde La perspectiva antropológica y social. 2010;24(1):67-75.
7. Torres S, Sequeira S. Cuando a uno le gusta una mujer, lo primero que quiere es que le tenga un hijo. Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras. 2003:1-75.
8. Durston J, Miranda F. Experiencias Y Metodología de La Investigación Participativa. (CEPAL, ed.). Santiago; 2002.
9. Pinho AP, Pamplona VL, Garcia C. Sentimientos y percepciones de mujeres en el ciclo embarazo-puerperio que sobrevivieron a una morbosidad materna grave. 2010;18(6).
10. Herrera MDC, Cruz JL, Robledo GP, Montoya G. La economía del grupo doméstico: determinante de muerte materna entre mujeres indígenas de Chiapas, México. Rev Panam Salud Pública. 2006;19(2):69-78. doi:10.1590/S1020-49892006000200001.
11. Higuero-Macias JC, Crespillo-Garcia E, Mérida-Téllez JM, Martín-Martínez SR, Pérez-Trueba E. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. Matronas Profesión. 2013;14(3-4):84-90.
12. Bronfman-Pertzovsky MN, López-Moreno S, Magis-Rodriguez C, Moreno-Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. Salud Publica Mex. 2003;45(6):445-454.
13. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, de Sousa MH, Amaral E. Investigación sobre morbilidad materna severa y casos que casi conducen a la muerte en Brasil: lo que hemos aprendido. Reprod Health Matters. 2009;15(5):33-40.

14. Mejía H. Factores de riesgo muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped.* 2000;39(3):104-117.
15. Granja AC, Zacarias E, Bergström S. Violent deaths: The hidden face of maternal mortality. *Int J Obstet Gynaecol.* 2002;109(1):5-8. doi:10.1111/j.1471-0528.2002.01082.x.
16. Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Publica Mex.* 2006;48(62):297-306.
17. Espinoza H, Camacho AV. Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(2):123-129. doi:10.1590/S1020-49892005000200011.
18. Frautschi S, Cerulli A, Maine D. Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet.* 1994;47(3):275-284. doi:10.1016/0020-7292(94)90574-6.
19. Mezey GC, Bewley S. Domestic violence and pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(5):528-531. doi:10.1136/bmj.314.7090.1295.
20. Gómez de la Torre V, Castello P, Cevallos MR. Vidas Robadas. Entre La Omisión Y La Premeditación. Situación de La Maternidad Forzada En Niñas Del Ecuador. 1era ed. Quito: Fundación Desafío; 2015.
21. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC. Resultados de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. 2012:49.
22. Coalición Nacional de Mujeres para la Elaboración del Informe Sobre a la CEDAW. Informe sobre al Comité de la CEDAW. Ecuador-2014. 2014. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
23. Varea S. Maternidad Adolescente: Entre El Deseo Y La Violencia. (Abya-Yala E, ed.). Quito: Flacso-Sede Ecuador; 2008.
24. Mideros R. Desafíos de la atención del parto en Ecuador de 2014. 2014:1-10.
25. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Rev CONAMED.* 2015;19(1):37-42.
26. Terán P, Castellanos C, González Blanco, Mireya Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 73(3):171-180.

27. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *Am J Public Health.* 2003;93(2):200-208. doi:10.2105/AJPH.98.Supplement_1.S29.
28. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med.* 2009;32(1):20-47. doi:10.1007/s10865-008-9185-0.
29. Lee C, Ayers SL, Kronenfeld JJ. The Association between Perceived Provider Discrimination, Health Care Utilization, and Health Status in Racial and Ethnic Minorities. *Ethn Dis.* 2009;19(3):330-337.
30. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex.* 2007;49(2):86-93. doi:10.1590/S0036-36342007000200003.

Anexo: Indicadores de salud reproductiva: una aproximación al contexto de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en tres provincias del Ecuador

*	Indicador
10.1	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.2	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.3	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.4	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.5	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.6	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.7	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.8	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.9	Fecundidad no deseada (FND) y abortos
10.10	Fecundidad no deseada (FND) y abortos

Indicadores de salud reproductiva: una aproximación al contexto

Este apartado presenta una recopilación de los indicadores provinciales y nacionales más importantes respecto a la salud reproductiva. La información recopilada se centra en los siguientes indicadores: mortalidad materna, principales causas de morbilidad materna y morbilidad neonatal e infantil, mortalidad infantil, porcentaje de población que usa anticonceptivos modernos, tasa específica de nacimientos de madres adolescentes y egresos hospitalarios por aborto. Incluye también un breve análisis sobre las inequidades en la salud reproductiva entre las mujeres de las tres provincias incluidas en el estudio.

El Oro

Variables socioeconómicas

La Tabla 1 presenta las principales variables socioeconómicas para la provincia de El Oro. Para el año 2010, la mayor parte de la población de El Oro se autodefine como mestiza, el porcentaje acumulado de población que no se considera mestiza ni blanca es del 10,4%. El 61,2% de la población de la provincia es pobre según necesidades básicas insatisfechas. El porcentaje de población femenina de 30 años o más cuyo nivel de instrucción más alto es la primaria es del 45,5%, mientras que el de población femenina de 30 años o más con instrucción universitaria es de 17,2%. En esta provincia, el acceso de las mujeres a la educación es ligeramente más alto que el de los hombres: el resultado de estos dos últimos indicadores para la población en general es de 47% y 15,8% respectivamente.

Tabla 1: Variables socioeconómicas. El Oro

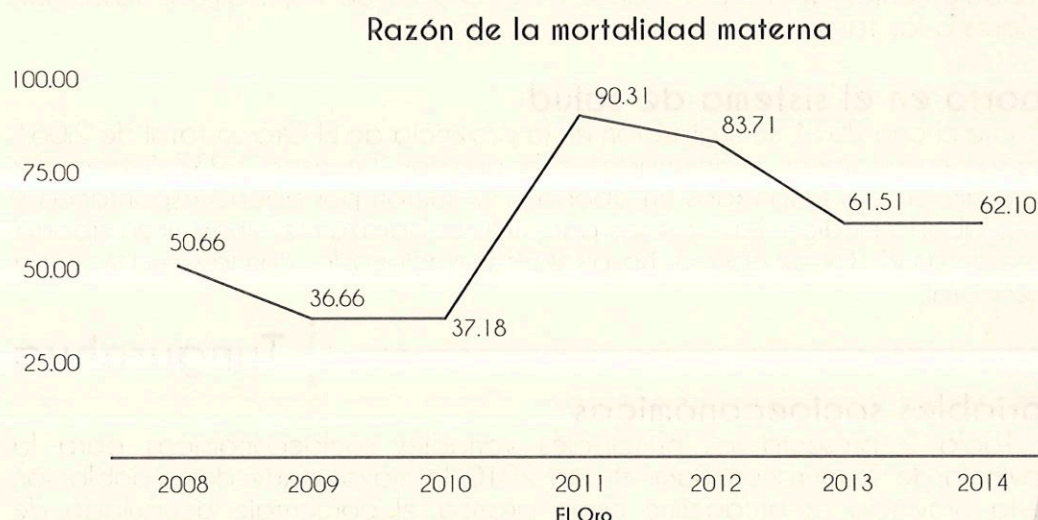
Variables socioeconómicas de la provincia de El Oro	
Indicador	%
Población indígena, afrodescendiente y montubia (no mestiza ni blanca)	10,4
Población que es pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas	61,2
Población femenina de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la primaria	45,5
Población femenina de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la universitaria (superior o postgrado)	17,2
Población de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la primaria	47,0
Población de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la universitaria (superior o postgrado)	15,8

Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda 2010. Elaboración propia

Mortalidad materna

En la provincia de El Oro, la Razón de Mortalidad Materna ha aumentado de 48/100.000 nacidos vivos (n.v.) en 2008 a 62/100.000 n.v. en 2014, pasando por su punto más bajo en los años 2009 y 2010 (alrededor de 37/100.000 n.v.) y con un pico en el año 2011 de 90/100.000 n.v. que luego baja progresivamente en los siguientes dos años para volver a subir ligeramente hasta 62/100.000 en el 2014, tal como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1: Razón de mortalidad materna. El Oro



Fuente: INEC, Anuario de Nacimientos y defunciones, 2015. Elaboración propia

Mortalidad neonatal e infantil

El Gráfico 2 presenta la tasa de mortalidad infantil (muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos), para la provincia de El Oro. Este indicador se ha mantenido relativamente estable durante el período de tiempo presentado en el gráfico, con excepción de un ligero aumento en el año 2014. En comparación con el resto del país, la provincia tiene una de las tasas provinciales de mortalidad infantil más bajas.

Gráfico 2: Tasa de mortalidad infantil. El Oro, 2008-2014



Fuentes: INEC, Base de datos de nacimientos y defunciones 2014. INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2014. Elaboración propia

Durante el año 2014 se registraron en la provincia de El Oro un total de 86 muertes infantiles (de menores de 1 año), de las cuales 41 fueron muertes neonatales (en menores de 1 mes). La tasa específica de mortalidad infantil para la provincia en el año 2014 fue de 6,7 por cada 1.000 nacidos vivos.¹

Embarazo en adolescentes

El porcentaje de mujeres de entre 15 y 24 años que ha estado embarazada alguna vez en la provincia de El Oro es de 37,5%, casi 5 puntos porcentuales más bajo que la media nacional. La tasa específica de embarazo en niñas de 10 a 14 años para la provincia es de 2,2, y la tasa específica de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en El Oro es de 73,1, ambas tasas son similares a las tasas nacionales.

Aborto en el sistema de salud

Durante el año 2014, se registraron en la provincia de El Oro un total de 2.061 egresos hospitalarios relacionados con abortos. De esos, 1.937 fueron por 'otros embarazos terminados en aborto', 117 fueron por aborto espontáneo y 7 por 'aborto médico'. Los egresos por 'otros embarazos terminados en aborto' representan el 10% de egresos hospitalarios relacionados con la salud materna y neonatal.

Tungurahua

Variables socioeconómicas

La Tabla 2 presenta las principales variables socioeconómicas para la provincia de Tungurahua. Para el año 2010, la mayor parte de la población de la provincia se autodefine como mestiza, el porcentaje acumulado de población que no se considera mestiza ni blanca es del 14,3%. El 57% de la población de la provincia es pobre según necesidades básicas insatisfechas. El porcentaje de población femenina de 30 años o más cuyo nivel de instrucción más alto es la primaria es del 58,8%, mientras que el de población femenina de 30 años o más con instrucción universitaria es de 30%.

Tabla 2: Variables socioeconómicas. Tungurahua

Variables socioeconómicas de la provincia de Tungurahua	
Indicador	%
Población indígena, afrodescendiente y montubia (no mestiza ni blanca)	14,3
Población que es pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas	57,0
Población femenina de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la primaria	58,8
Población femenina de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la universitaria (superior o postgrado)	30,0
Población de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la primaria	57,7
Población de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la universitaria (superior o postgrado)	30,6

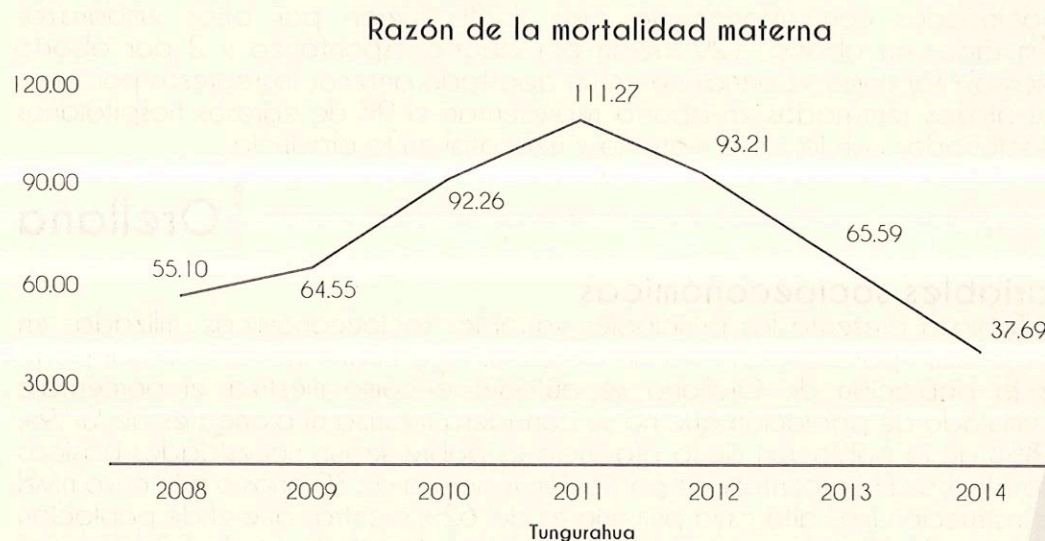
Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda 2010. Elaboración propia

¹ El aborto médico es, según la definición de la CIE-10, el aborto terapéutico, realizado por indicaciones legales o médicas

Mortalidad materna

En Tungurahua, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) fue de 55/100.000 n.v. en el año 2008, subió hasta llegar a su punto más alto en el año 2011 (111/100.000 n.v.), para luego bajar durante los siguientes tres años hasta llegar a 38/100.000 n.v. en el 2014, tal como se puede ver en el gráfico a continuación. Durante el período 2008-2014, la RMM de Tungurahua ha sido más alta que la nacional, con una brecha de 40/100.000 n.v. durante el año 2011 que disminuye hasta desaparecer en el 2014.

Gráfico 3: Razón de mortalidad materna. Tungurahua

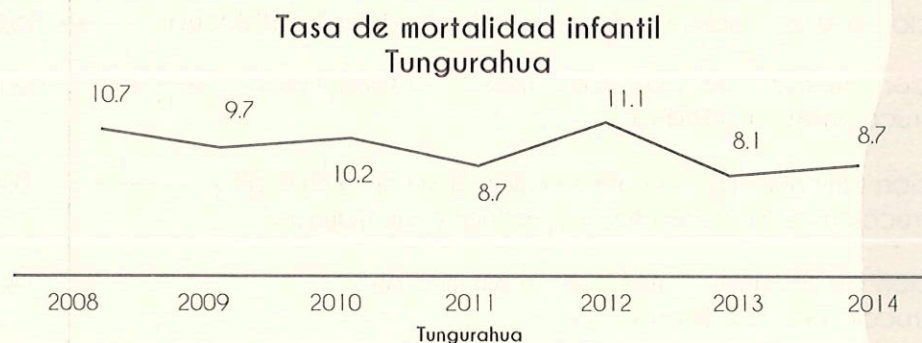


Fuente: INEC, Anuario de Nacimientos y defunciones, 2015. Elaboración propia

Mortalidad neonatal e infantil

El Gráfico 4 presenta la tasa de mortalidad infantil (muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos), para la provincia de Tungurahua. El 2008 Tungurahua tenía una tasa de mortalidad infantil de 10,7 por cada 1.000 n.v., que se ha reducido hasta 8,7/1.000 n.v. para el año 2014, después de pasar por varias fluctuaciones. La provincia tiene una tasa de mortalidad infantil más alta que la del país, aunque la brecha se ha reducido en los últimos años. Durante el año 2014, se registraron en Tungurahua 92 muertes infantiles, de las cuales 43 ocurrieron en menores de un mes.

Gráfico 4: Tasa de mortalidad infantil. Tungurahua, 2008-2014



Fuentes: INEC, Base de datos de nacimientos y defunciones 2014. INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2014. Elaboración propia

Embarazo en adolescentes

El porcentaje de mujeres de entre 15 y 24 años de edad que residen en Tungurahua y han estado embarazadas alguna vez es de 41,7%, similar a la media nacional. La tasa específica de embarazo en niñas de 10 a 14 años para la provincia es de 0,8, y la tasa específica de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años es de 57,2, ambas tasas son más bajas que las nacionales y Tungurahua tiene las tasas específicas de nacimientos de niñas y adolescentes más bajas comparada con las otras provincias de este estudio.

Aborto en el sistema de salud

Durante el año 2014, se registraron en Tungurahua 1.361 egresos hospitalarios relacionados con abortos. De esos, 1.230 fueron por 'otros embarazos terminados en aborto', 129 fueron por aborto espontáneo y 2 por 'aborto médico'.² Tal como se mencionó en un apartado anterior, los egresos por 'otros embarazos terminados en aborto' representan el 9% de egresos hospitalarios relacionados con la salud materna y neonatal en la provincia.

Orellana

Variables socioeconómicas

La Tabla 3 presenta las principales variables socioeconómicas utilizadas en este estudio para la provincia de Orellana. Para el año 2010, la mayor parte de la población de Orellana se autodefine como mestiza, el porcentaje acumulado de población que no se considera mestiza ni blanca es del 37,9%. El 85% de la población de la provincia es pobre según necesidades básicas insatisfechas. El porcentaje de población femenina de 30 años o más cuyo nivel de instrucción más alto es la primaria es del 62%, mientras que el de población femenina de 30 años o más con instrucción universitaria es de 8,3%. En esta provincia, el acceso de las mujeres a la educación es ligeramente más bajo que el de los hombres: el resultado de estos dos últimos indicadores para la población en general es de 58,5% y 9% respectivamente. Y el acceso a la educación superior es significativamente más bajo que en las otras provincias incluidas en el estudio.

Tabla 3: Variables socioeconómicas. Orellana

Variables socioeconómicas de la provincia de Orellana	
Indicador	%
Población indígena, afrodescendiente y montubia (no mestiza ni blanca)	37,9
Población que es pobre por Necesidades Básicas Insatisfechas	85,0
Población femenina de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la primaria	62,0
Población femenina de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la universitaria (superior o postgrado)	8,3
Población de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la primaria	58,5
Población de 30 años o más cuyo nivel más alto de instrucción es la universitaria (superior o postgrado)	9,0

Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda 2010. Elaboración propia

² El aborto médico es, según la definición de la CIE-10, el aborto terapéutico, realizado por indicaciones legales o médicas

Mortalidad materna

La provincia de Orellana pasó de tener una RMM de 26/100.000 n.v. en el año 2008 a 126/100.000 n.v. en 2009 (respectivamente, la RMM más baja y la más alta del período en las provincias estudiadas), para luego bajar a 50/100.000 n.v. en 2010, volver a subir a 103/100.000 n.v. en 2011 y luego bajar nuevamente hasta tener la RMM más baja entre las provincias del estudio en 2013, con 26/100.000 n.v., y subir hasta 108/100.000 n.v. en 2014.

Gráfico 5: Razón de mortalidad materna. Orellana

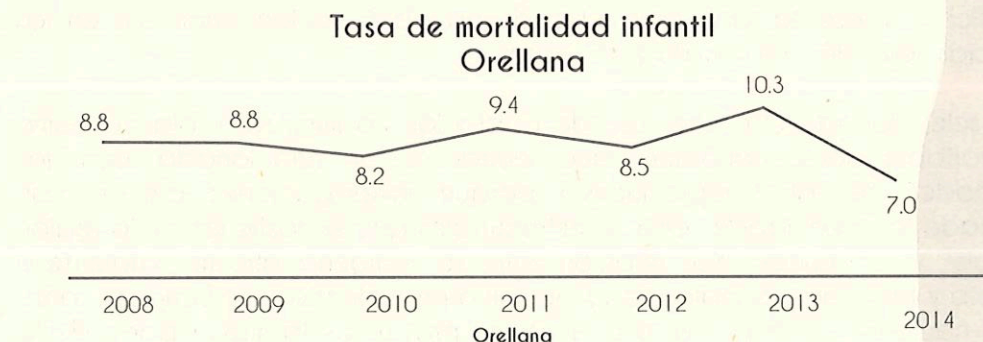


Fuente: INEC, Anuario de Nacimientos y defunciones, 2015. Elaboración propia

Mortalidad neonatal e infantil

El Gráfico 6 presenta la tasa de mortalidad infantil (muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos), para la provincia de Orellana. Este indicador ha bajado de 8,8 muertes por cada 1.000 n.v. en 2008, a 7/1.000 n.v. en 2014, pasando por un pico de 10,3/1.000 n.v. en el año 2013. La provincia tiene una tasa de mortalidad infantil más baja que la nacional en casi todo el período presentado en el gráfico, exceptuando los años 2011 y 2013. Durante el año 2014 Orellana registró un total de 26 muertes de menores de 1 año, de las cuales 7 fueron de menores de 1 mes (muerte neonatal).

Gráfico 6: Tasa de mortalidad infantil. Orellana, 2008-2014



Fuentes: INEC, Base de datos de nacimientos y defunciones 2014. INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2014. Elaboración propia

Embarazo en adolescentes

El porcentaje de mujeres de entre 15 y 24 años que viven en la provincia de Orellana y han estado embarazadas alguna vez es de 60,2%, casi 20 puntos porcentuales más alto que la media nacional. Para el año 2014, la tasa específica de embarazo en niñas de 10 a 14 años para la provincia es de 2,5, y la tasa específica de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en Orellana es de 101,7, ambas tasas son más altas que las tasas nacionales, la tasa de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años es significativamente más alta que la nacional y la de las otras provincias incluidas en el estudio.

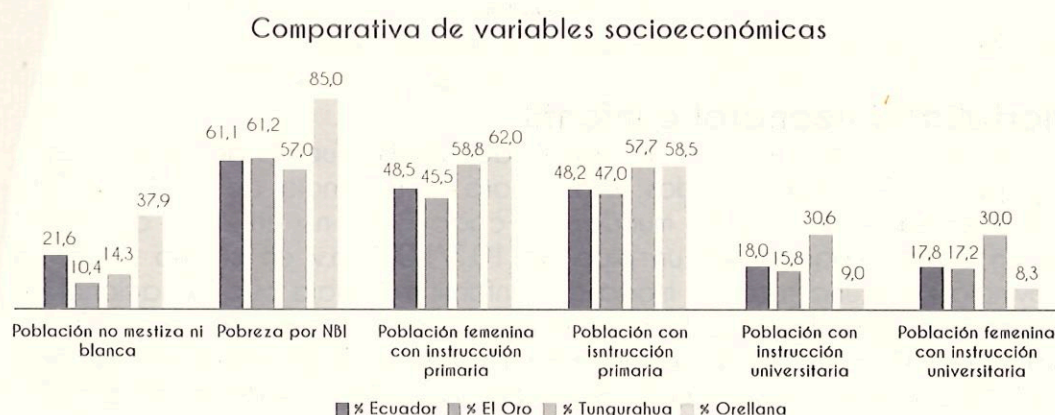
Aborto en el sistema de salud

Durante el año 2014, se registraron en Orellana 241 egresos hospitalarios relacionados con abortos. De esos, 233 fueron por 'otros embarazos terminados en aborto', 4 fueron por aborto espontáneo y 4 por 'aborto médico'. Tal como se mencionó en un apartado anterior, los egresos por 'otros embarazos terminados en aborto' representan el 7% de egresos hospitalarios relacionados con la salud materna y neonatal.

Ecuador: breve análisis de las inequidades en la salud reproductiva

Variables socioeconómicas

Gráfico 7: Comparativa de variables socioeconómicas entre las provincias del estudio



Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda 2010. Elaboración propia

El Gráfico 7 presenta la comparativa de variables socioeconómicas en las provincias seleccionadas para este estudio.

Se ha seleccionado el porcentaje de población no mestiza ni blanca como una variable socioeconómica que puede estar relacionada con las inequidades en salud reproductiva porque investigaciones previas han destacado las inequidades étnicas estructurales que se sostienen en la región y el país², y han encontrado relación entre ser indígena, afrodescendiente o montubia y tener peores indicadores de salud reproductiva³. En Ecuador, tanto a nivel nacional como en cada una de las provincias, la mayor parte de la población se autodefine como mestiza, el porcentaje acumulado de personas que se autodefinen como indígenas, afrodescendientes, montubias y

otras es de 21,6% a nivel nacional. Entre las provincias seleccionadas para este estudio, Orellana es la que tiene el porcentaje más alto de población no mestiza ni blanca (37,9%), que es significativamente más alto que el porcentaje nacional. Tungurahua y El Oro tienen proporciones de población no mestiza ni blanca más bajas que la nacional.

La pobreza, medida de diferentes maneras, también está relacionada con las inequidades en los resultados de salud según estudios previos⁴. En este estudio se ha seleccionado la pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI), por ser un indicador que se presenta en las estadísticas nacionales y es fácil de comprender. El 60% de la población del país es pobre por necesidades básicas insatisfechas (NBI). Entre las provincias del estudio, Orellana tiene una proporción de personas pobres 25 puntos porcentuales mayor que la del país. Le sigue El Oro, cuyo porcentaje de personas pobres es ligeramente más alto que el nacional y Tungurahua, con una proporción de pobreza ligeramente más baja que la nacional.

El acceso a la educación es a su vez un indicador y un determinante de peores resultados en salud, y está claramente vinculado con la salud materna y neonatal.^{5,6} Se han seleccionado como indicadores del acceso a la educación la proporción de población femenina de 30 años o más que tiene como máximo instrucción primaria (incluyendo a las mujeres analfabetas, a quienes no han tenido ninguna instrucción, a quienes tienen primaria incompleta y primaria completa) y el porcentaje de la misma población que tiene instrucción superior o de postgrado, para facilitar la comparación entre la población femenina con peor y mejor acceso a la educación. En Ecuador, el 48,5% de las mujeres de 30 años o más ha tenido acceso, como máximo, a instrucción primaria, mientras que el 18,0% de mujeres de ese grupo de edad tiene instrucción superior o postgrado. Orellana tiene el porcentaje más alto de mujeres con poco acceso a la educación (62,2%), seguido por Tungurahua (58,8%). Ambas provincias tienen peor acceso de la población femenina a la educación que el total del país, mientras que El Oro tiene un porcentaje de mujeres con poco acceso a educación ligeramente más bajo que el nacional.

Tungurahua es la provincia con el porcentaje más alto de mujeres que han accedido a educación superior y supera al país con 12 puntos porcentuales. El Oro tiene un porcentaje de mujeres que ha accedido a educación superior similar al nacional, mientras que Orellana está por detrás de la proporción nacional por 10 puntos porcentuales.

Mortalidad materna

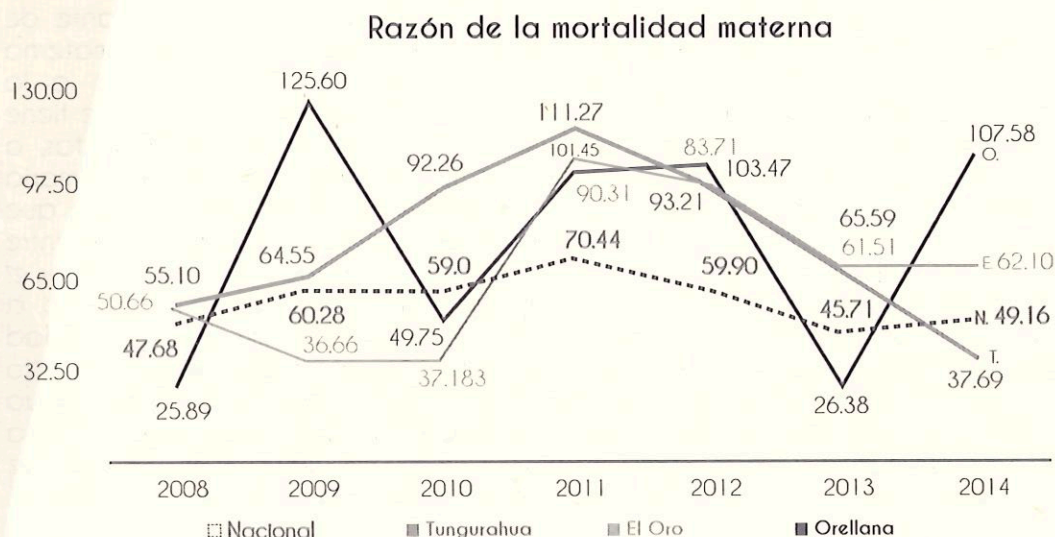
Según datos oficiales, la razón de mortalidad materna (RMM) pasó de 84,6 por cada 100.000 nacidos vivos en 1990, a 59,9/100.000 nacidos vivos en 2012 a nivel nacional.⁷ Sin embargo, al mirar este indicador en un período más acotado, se puede ver claramente que la RMM no se ha reducido significativamente durante los últimos cinco años, a pesar de haber tenido fluctuaciones importantes.

El Gráfico 8 presenta la RMM para el Ecuador y las tres provincias de interés de este estudio, entre los años 2008 y 2014. Durante este período, la RMM nacional ha pasado de 51/100.000 n.v. a 46/100.000 n.v, con pequeñas fluctuaciones alrededor de 60/100.000 n.v. en los años 2009, 2010 y 2012, un repunte de 70/100.000 n.v. en el 2010 y un importante descenso hasta 46/100.000 en el año 2013, que no se mantiene en el 2014.

El Oro empezó el período que se muestra en el gráfico con una RMM similar a la de todo el país, pero llegó a 2013 con una RMM 43% más alta que la nacional, diferencia que se ha mantenido a partir del año 2011. Tungurahua ha tenido una RMM más alta que la nacional durante todo el período mostrado en el gráfico, la brecha entre la RMM de la provincia y la nacional ha llegado a su punto más alto en el año 2010, cuando la RMM de la provincia fue cerca del 50% más alta que la nacional.

La provincia de Orellana tiene una RMM cuya tendencia difiere drásticamente de la nacional: mientras que la provincia ha tenido la RMM más baja del grupo seleccionado en los años 2008 y 2013, tuvo una RMM de más del doble que la nacional en 2009, y terminó el período del estudio con la RMM más alta entre las provincias del estudio, que es además más del doble que la nacional.

Gráfico 8: Razón de mortalidad materna en las provincias del estudio



Fuente: INEC, Anuario de Nacimientos y defunciones, 2015. Elaboración propia

Para facilitar la comprensión de la mortalidad materna, presentamos también los números absolutos de muertes de mujeres durante el parto, el postparto y el puerperio. Durante el 2014, se registraron 169 muertes maternas a nivel nacional, 21 de esas muertes (12,4%) fueron de adolescentes: 3 de niñas entre 10 y 14 años de edad y 18 de jóvenes de entre 15 y 19 años. Una de las muertes maternas en mujeres de entre 15 y 19 años ocurrió en Orellana, las otras dos provincias no registraron ninguna muerte en menores de 19 años.¹

Un estudio previo exploró las inequidades socioeconómicas que se esconden tras las cifras nacionales de este indicador. El estudio encontró que mientras que en 2013 la RMM fue de 15,1/100.000 n.v. para mujeres con instrucción superior, esta cifra es de 80,4/100.000 n.v. para mujeres con instrucción primaria o ninguna instrucción. Las brechas se vuelven incluso más agudas cuando la RMM es analizada según etnia. Por ejemplo, la RMM para las mujeres afroecuatorianas es casi siete veces mayor que para las montubias (186,5n.v. vs. 27,2/100.000 n.v.)³ y casi cuatro veces mayor que para las mestizas (48,6/100.000 n.v.).³

Causas de muerte materna

Según información oficial de los años 2012-2014, las causas obstétricas directas son responsables de entre el 70 y el 80% de las muertes maternas. La hipertensión arterial, la hemorragia postparto y la eclampsia son las tres principales causas de muerte materna durante este período. Es importante resaltar que en los años 2013 y 2014, el aborto no especificado aparece como la 9na y la 5ta causa de muerte materna, respectivamente, siendo la causa de 3 muertes en el 2013 y 6 muertes en el 2014. La información sobre las principales causas de muerte materna durante este periodo se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4: Principales causas de muerte materna. Ecuador (2012-2014)

Causa de la muerte materna	2012		2013		2014	
	No. de muertes	Porcentaje	No. de muertes	Porcentaje	No. de muertes	Porcentaje
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa	33	16,10%	25	16,13%	12	7,23%
Hemorragia postparto	28	13,66%	21	13,55%	27	16,27%
Eclampsia	25	12,20%	16	10,32%	18	10,84%
Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptioplacenta)	8	3,90%	5	3,23%	4	2,41%
Sepsis puerperal	6	2,93%	8	5,16%	4	2,41%
Embarazo ectópico	5	2,44%	4	2,58%	10	6,02%
Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	5	2,44%	2	1,29%	-	-
Embolia obstétrica	5	2,44%	-	-	6	3,61%
Placenta previa	4	1,95%	-	-	-	-
Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	4	1,95%	4	2,58%	2	1,20%
Aborto no especificado	-	-	3	1,94%	6	3,61%
Otros productos anormales de la concepción	-	-	6	3,87%	2	1,20%
Hipertensión preexistente que complica el embarazo, parto y el puerperio	-	-	2	1,29%	-	-
Aborto espontáneo	-	-	-	-	5	3,01%
Otro trauma obstétrico	4	1,95%	3	1,94%	5	3,01%
Otras complicaciones del trabajo y de parto y del parto, no clasificadas en otra parte	-	-	-	-	5	3,01%

Fuente: INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2012 - 2014. Elaboración propia

Morbilidad materna

Todas las causas relacionadas con el embarazo y el parto fueron el origen de alrededor del 30% de los egresos hospitalarios de mujeres entre los años 2012 y 2014, esto incluye la atención hospitalaria de partos vaginales y cesáreas, que juntos representan cerca del 25% de las atenciones. La Tabla 5 presenta las principales causas de egresos hospitalarios de mujeres entre los años 2012 y 2014.

Tabla 5: Principales causas de egresos hospitalarios de mujeres. Ecuador (2012-2014)

**Principales causas de egresos hospitalarios de mujeres. Ecuador
2012 - 2014**

Causa	2012		2013		2014	
	No. de muertes	Porcentaje	No. de muertes	Porcentaje	No. de muertes	Porcentaje
Colelitiasis	24.696	3,22%	25.283	3,29%	25.869	3,34%
Apendicitis aguda	13.607	1,78%	15.705	2,05%	16.310	2,11%
Aborto no especificado	20.725	2,70%	17.915	2,33%	15.783	2,04%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	15.837	2,07%	15.316	1,99%	15.395	1,99%
Neumonía, organismo no especificado	17.002	2,22%	17.189	2,24%	14.546	1,88%
Otros trastornos del sistema urinario	9.844	1,28%	11.703	1,52%	13.371	1,73%
Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	11.325	1,48%	11.440	1,49%	12.951	1,67%
Falso trabajo de parto	14.373	1,88%	15.185	1,98%	12.585	1,62%
Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre	14.296	1,87%	12.285	1,60%	12.241	1,58%
Leiomioma del útero	9.661	1,26%	-	-	9.973	1,29%
Parto único espontáneo	111.265	14,52%	100.212	13,05%	95.718	12,35%
Parto único por cesárea	67.680	8,83%	68.922	8,98%	70.796	9,14%
Otros partos	798	0,10%	1.103	0,14%	1.296	0,17%

Fuente: INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2012 - 2014. Elaboración propia

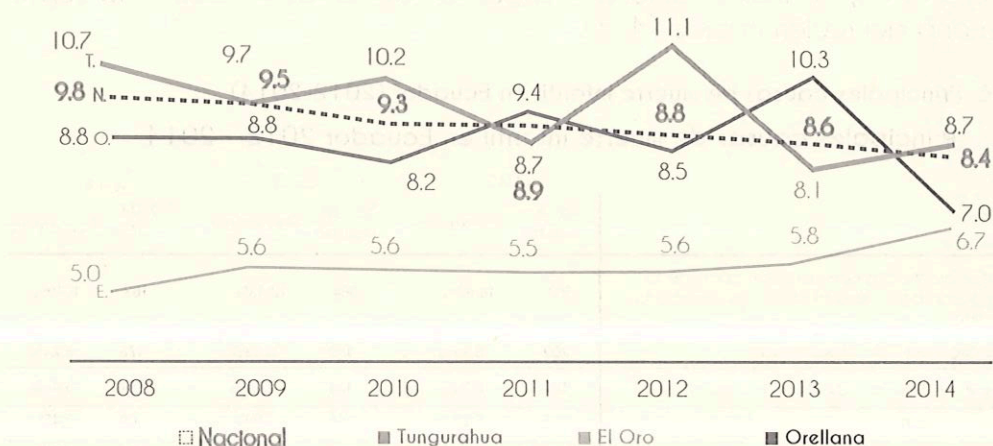
Mortalidad neonatal e infantil

El Ecuador ha declarado que ha cumplido el Objetivo del Milenio número 4, que consistió en reducir dos terceras partes la mortalidad en la niñez en el período 1990-2015. Según datos oficiales, la tasa se redujo de 43,1 muertes de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos en 1990, a 13,4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2012. La mortalidad infantil (muertes en menores de 1 año de edad) se redujo de 30,3/1.000 a 10,1/1.000 en el mismo período.⁷ La mortalidad neonatal (muerte en menores de 28 días) se redujo de 9,3/1.000 nacidos vivos en el año 2000 a 6,3/1.000 en el año 2010.⁸

El Gráfico 9 muestra la serie temporal de la tasa de mortalidad infantil entre los años 2008 y 2013, con una tendencia a la baja que llega a 8,4 por cada 1.000 n.v. en 2014. Las tasas de mortalidad infantil de Tungurahua y Orellana también han disminuido de 10,7/1.000 n.v. y 8,8/1.000 n.v. en 2008 a 8,7/1.000 n.v. y 7/1.000 n.v. en 2014. Mientras tanto, la provincia de El Oro ha tenido una tasa de mortalidad infantil significativamente más baja que la nacional y la de las otras provincias en todo el período presentado, pero ha aumentado lentamente partiendo de 5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2008 a 7/1.000 en 2014.

Gráfico 9: Tasa de mortalidad infantil según provincias del estudio. 2008-2014

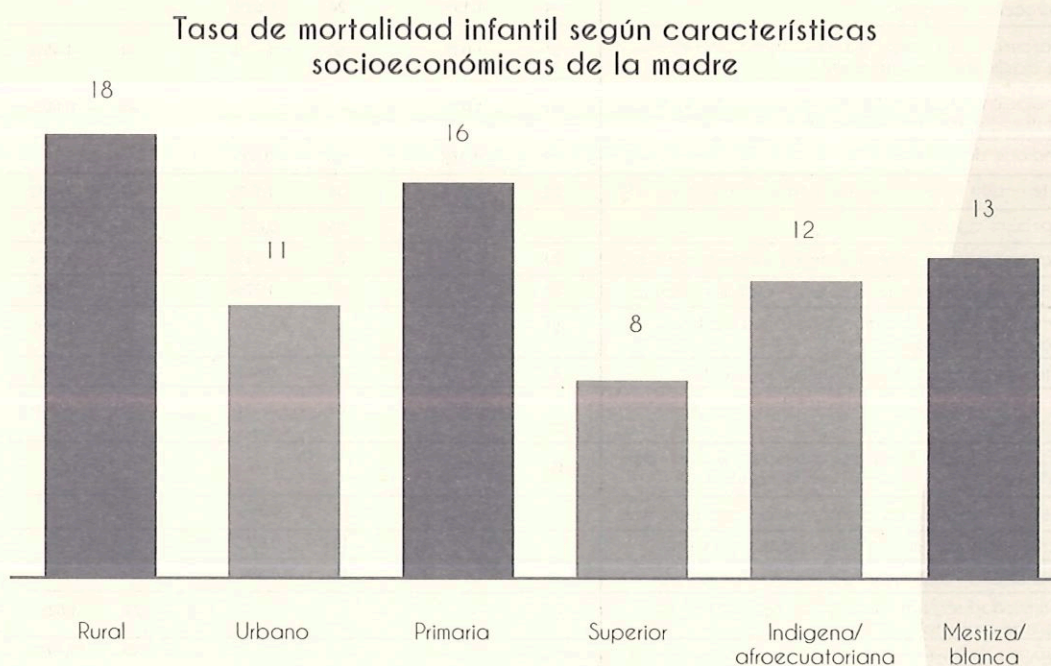
Tasa de mortalidad infantil según provincias del estudio



Fuentes: INEC, Anuario de nacimientos y defunciones 2014. Elaboración propia

Las tasas de mortalidad infantil también varían según las características socioeconómicas de la madre, tal como pone en evidencia el Gráfico 10: las tasas de mortalidad infantil más altas se encuentran entre las criaturas de mujeres del área rural, las que han tenido menor acceso a educación y las mestizas o blancas.

Gráfico 10: Tasa de mortalidad infantil según características socioeconómicas de la madre. Ecuador (2012)



Fuente: ENSANUT ECU-2012. Elaboración propia

Principales causas de mortalidad infantil

La Tabla 6 presenta las principales causas de mortalidad infantil para los años 2012-2014. Los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer causaron 1.115 muertes infantiles en este período. Otras causas recurrentes fueron la dificultad respiratoria del recién nacido (842), la neumonía (544), las malformaciones congénitas del corazón (505) y la sepsis bacteriana del recién nacido (413).

Tabla 6: Principales causas de muerte infantil en Ecuador (2012-2014)

Principales causas de muerte infantil en Ecuador 2012 - 2014

Causa	2012		2013		2014	
	No. de muertes	Porcentaje	No. de muertes	Porcentaje	No. de muertes	Porcentaje
Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	568	18,92%	364	12,43%	183	6,49%
Neumonía, organismo no especificado	209	6,96%	159	5,43%	176	6,24%
Otras malformaciones congénitas del corazón	197	6,56%	154	5,26%	154	5,46%
Neumonía congénita	157	5,23%	146	4,99%	69	2,45%
Sepsis bacteriana del recién nacido	149	4,96%	105	3,59%	159	5,64%
Dificultad respiratoria del recién nacido	146	4,86%	282	9,63%	414	14,68%
Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte	87	2,90%	125	4,27%	80	2,84%
Síndromes de aspiración neonatal	81	2,70%	51	1,74%	47	1,67%
Asfixia del nacimiento	56	1,87%	69	2,36%	93	3,30%
Hipoxia intrauterina	54	1,80%	24	0,82%	28	0,99%
Trastornos cardiovasculares originados en el periodo perinatal	48	1,60%	60	2,05%	40	1,42%
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	40	1,33%	24	0,82%	21	0,74%
Otros problemas respiratorios del recién nacido, originados en el periodo perinatal	35	1,17%	39	1,33%	35	1,24%
Obstrucción no especificada de la respiración	35	1,17%	55	1,88%	51	1,81%
Hidrocefalo congénito	34	1,13%	24	0,82%	-	-
Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular, no clasificadas en otra parte	31	1,03%	50	1,71%	41	1,45%
Inhalación e ingesta de otros objetos que causan obstrucción de las vías respiratorias	31	1,03%	-	-	25	0,89%
Síndrome de Down	29	0,97%	26	0,89%	-	-
Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	26	0,87%	34	1,16%	41	1,45%
Bronquitis aguda	-	-	25	0,83%	19	0,65%
Malformaciones congénitas de los tabiques cardíacos	23	0,77%	30	1,02%	49	1,74%
Malformaciones congénitas de las grandes arterias	23	0,77%	40	1,37%	43	1,52%
Hemorragia intracraneal no traumática del feto y del recién nacido	21	0,70%	-	-	29	1,03%
Otras malformaciones congénitas del encéfalo	21	0,70%	19	0,65%	31	1,10%
Malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas y conexiones	21	0,70%	39	1,33%	35	1,24%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	217	7,23%	-	-	-	-
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	-	-	29	0,99%	-	-
Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	-	-	19	0,65%	-	-
Anencefalia y malformaciones congénitas similares	-	-	17	0,58%	-	-
Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	-	-	-	-	29	1,03%
Desnutrición proteicoenergética severa no especificada	-	-	-	-	25	0,89%
Otras septicemias	-	-	-	-	21	0,74%
Neumonía bacteriana, no clasificada en otra parte	-	-	-	-	21	0,74%
Causas mal definidas	-	-	203	6,93%	181	6,42%
Resto de causas de mortalidad infantil	638	21,25%	722	24,66%	700	24,81%

Fuente: INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2012 - 2014. Elaboración propia

Atención hospitalaria del embarazo y el parto⁹

A nivel nacional, para el año 2012, el 95% de mujeres tuvo al menos un control prenatal, el 70% lo tuvo en el primer trimestre y el 80% tuvo cinco o más controles durante el embarazo. El 90% de mujeres fue atendido en un establecimiento de salud público o privado durante su parto.

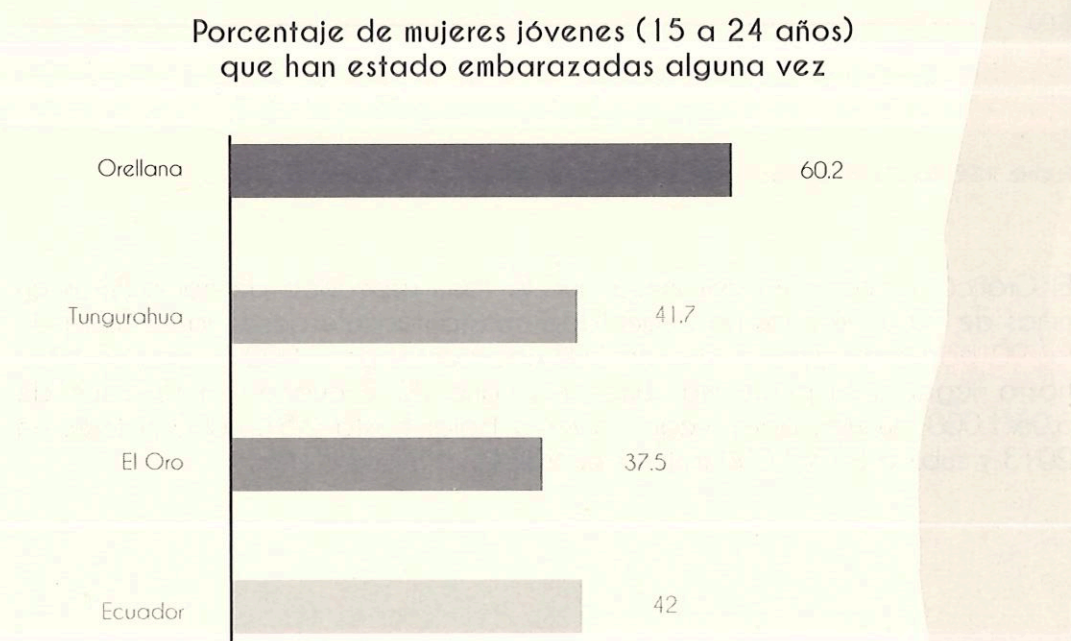
Cabe destacar que el 40% de mujeres tuvo parto por cesárea y que la proporción de cesáreas en el sistema de salud ha aumentado cerca de 24 puntos porcentuales desde el año 1994. La proporción de partos por cesárea es más alta entre mujeres que viven en el área urbana, las mujeres montubias, las que tienen mayor acceso a educación, las que están en el quintil económico más alto y las mujeres de mayor edad. También es importante resaltar que cerca del 77% de partos realizados en establecimientos del sistema público de salud son partos vaginales, por el contrario, el 70% de partos realizados en establecimientos privados de salud son cesáreas.

Embarazo en jóvenes y adolescentes

Otro indicador del estado de la salud reproductiva de un país es la tasa de embarazo en adolescentes. Hasta el año 2010, Ecuador tenía la segunda tasa específica de embarazos en adolescentes más alta de Latinoamérica, solamente menor que la de Venezuela¹⁰.

El Gráfico 11 presenta el porcentaje de mujeres jóvenes (de entre 15 y 24 años) que han estado embarazadas alguna vez, a nivel nacional y para las provincias del estudio. La provincia de Orellana presenta el porcentaje más alto, casi 20 puntos porcentuales mayor que la nacional, le sigue Tungurahua, con un porcentaje similar al nacional y El Oro, con una proporción casi 5 puntos porcentuales menor que la nacional.

Gráfico 11: Porcentaje de mujeres jóvenes (15-24 años) que han estado embarazadas alguna vez, según provincias del estudio (2012)



Fuente: ENSANUT ECU-2012. Elaboración propia

Los Gráficos 12 y 13 presentan la tasa específica de nacimientos de madres adolescentes, según grupos de edad (10-14 años y 15-19 años respectivamente), para los años 1990-2014. Mientras que, en general, la tasa de nacimientos de madres de 10 a 14 años ha aumentado en este período de tiempo, la tasa específica para adolescentes de 15 a 19 años se ha mantenido en valores similares durante este período. A nivel nacional, al 2013, cerca del 20% de nacimientos fueron de madres de entre 15 y 19 años de edad.

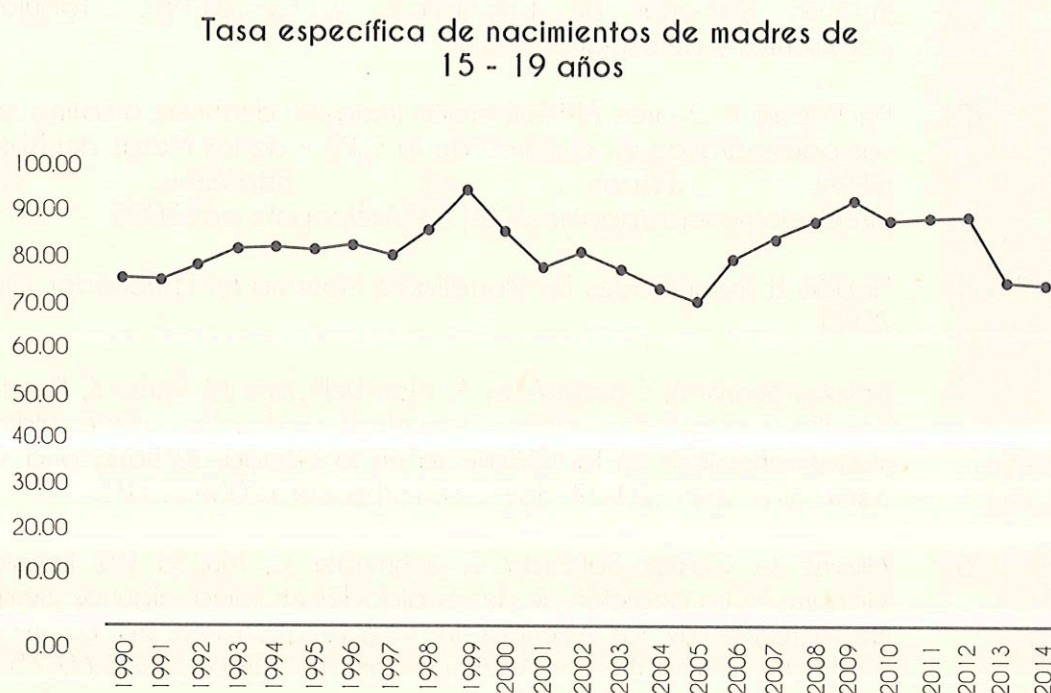
Gráfico 12: Tasa específica de nacimientos en niñas (10-14 años) en Ecuador. 1990-2014



Fuente: INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2014 y 2015. Elaboración propia

El Gráfico 12 pone en evidencia que la tasa específica de nacimientos en niñas de 10 a 14 años ha aumentado constantemente desde la década de los 90, partiendo de una tasa de 1,08 nacimientos por 1.000 mujeres en 1990 hasta llegar a su punto más alto en el año 2012 cuando la tasa fue de 3,08/1.000 mujeres, para luego volver a bajar hasta 2,51/1.000 mujeres en 2013 y subir a 2,73/1.000 mujeres en 2014.

Gráfico 13: Tasa específica de nacimientos en adolescentes (15-19 años). Ecuador. 1990-2014



Fuente: INEC, Tabulados de nacimientos y defunciones 2014. Elaboración propia

El Gráfico 14 presenta la tasa específica de nacimientos de madres de 15 a 19 años. La tasa pasó de 73,62 nacimientos por cada 1.000 mujeres en 1990 a un pico de 88,46/1.000 mujeres en el año 1999, que luego se redujo hasta llegar al valor más bajo de este periodo con una tasa de 69,54/1.000 en el año 2005 y volver a bajar hasta 72,93/1.000 mujeres en el año 2013 y 72,33/1.000 mujeres en 2014.

Para comprender la incidencia de embarazo adolescente es importante tomar en cuenta indicadores del contexto en que estos embarazos ocurren: para el año 2012, el 15,8% de adolescentes de entre 15 y 19 años se encontraba casada o unida, el 39% de mujeres de este grupo de edad ya había tenido relaciones sexuales y el 32,3% usó protección en su primera relación sexual. Una de cada cuatro mujeres en Ecuador ha vivido violencia sexual alguna vez en su vida y 1 de cada 10 mujeres ha sido víctima de abuso sexual antes de cumplir 18 años.¹¹

La proporción de adolescentes que han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años aumentó en 12 puntos porcentuales desde el 2004, mientras que la cifra de adolescentes que usó anticonceptivos en su primera relación sexual subió casi 19 puntos porcentuales en este periodo. El anticonceptivo más usado fue el condón masculino, cuyo uso ha aumentado en 18 puntos porcentuales desde el 2004. La proporción de mujeres de entre 15 y 24 años que ha estado embarazada alguna vez (42%), es más alta entre mujeres con menor nivel de instrucción (63,3% entre mujeres con instrucción primaria vs 33,9% entre mujeres con instrucción superior) y mujeres del quintil económico más pobre (48% en el quintil 1 vs. 28% en el quintil 5).⁹

Fuentes de datos cuantitativos

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC. Tabulados nacimientos y defunciones. 2014.
2. Del Popolo F, Oyarce AM. Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del Milenio. CEPAL. Dispon en <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/21237/delpopolo.pdf>. 2005.
3. Noboa H. Inequidades En Mortalidad Materna En El Ecuador. Quito; 2015.
4. Dalmau-Bueno A, García-Altes A, Mari-Dell'Olmo M, Pérez K, Kunst AE, Borrell C. Veintidós años de evolución de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la ciudad de Barcelona. *Cac Sanit*. 2010;24(1):20-27. doi:10.1016/j.gaceta.2009.05.015.
5. Alleyne G, Castillo-Salgado C, Schneider C, Mujica OJ, Loyola E, Vidaurre M. La medición de desigualdades en salud: algunos ejemplos de la región de las Américas. In: Organization PAH, ed. *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*; 2001:69-75.
6. Mejía H. Factores de riesgo muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped*. 2000;39(3):104-117.
7. SENPLADES. Objetivos Del Milenio Balance 2013. Quito; 2014.
8. MSP. Datos esenciales de Salud: una mirada a la década 200-2010. Minist Salud Pública. 2012:1-60.
9. Freire W, Ramírez-Luzuriaga M, Belmont P, et al. Tomo II: Encuesta Nacional de Salud Y Nutrición de La Población Ecuatoriana de Cero a 59 Años. ENSANUT-ECU 2012. Quito-Ecuador: Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2014.
10. Gómez de la Torre V, Castello P, Cevallos MR. Vidas Robadas. Entre La Omisión Y La Premeditación. Situación de La Maternidad Forzada En Niñas Del Ecuador. 1era ed. Quito: Fundación Desafío; 2015.
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC. Resultados de la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres. 2012:49.