

Gestión Comunitaria e Intercultural para prevenir complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el primer nivel de atención del Oriente ecuatoriano

Community and Intercultural Management to prevent obstetric complications in pregnant women receiving care at the Primary Health Care Level in Eastern Ecuador

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0333>

Frankya Lucía Estrada-Berrú^{1*}

<https://orcid.org/0009-0004-5123-6766>

frankyaestrada08@gmail.com

Marlene Johana Chamba-Tandazo¹

<https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>

mchamba@utmachala.edu.ec

Recibido: 13/03/2026

Aceptado: 15/05/2026

RESUMEN

Introducción: La prevención de complicaciones obstétricas en contextos amazónicos continúa limitada por barreras territoriales, socioculturales y organizacionales que afectan la efectividad del primer nivel de atención. **Objetivo:** Analizar la relación entre la gestión comunitaria e intercultural y la prevención de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el primer nivel de atención del Oriente ecuatoriano. **Materiales y métodos:** Se desarrolló un estudio mixto, transversal y prospectivo en 60 gestantes adscritas a un centro de salud tipo A del Oriente ecuatoriano. Se aplicó una encuesta estructurada validada por expertos y complementada con comentarios abiertos y entrevistas a parteras tradicionales y personal de salud. El análisis incluyó estadística descriptiva, prueba de Chi-cuadrado de Pearson y análisis temático-categorial. **Resultados:** Evidenciaron predominio de condiciones de vulnerabilidad social, presencia de embarazos no planificados, periodos intergenésicos cortos y limitado reconocimiento de signos de alarma. Aunque la mayoría identificó al centro de salud como principal lugar de atención, persistieron barreras geográficas y debilidades en el seguimiento comunitario. Además, se observó una alta valoración de la partera tradicional, pero con escasa integración funcional dentro del sistema sanitario. Las gestantes reportaron necesidades relacionadas con visitas domiciliarias, más información y atención culturalmente respetuosa. **Conclusión:** La prevención de complicaciones obstétricas no depende únicamente de la cobertura de servicios, sino de la articulación efectiva entre gestión comunitaria, pertenencia intercultural y capacidad resolutoria del primer nivel de atención. Persisten limitaciones estructurales que reducen la continuidad del cuidado prenatal en contextos amazónicos indígenas.

Palabras clave: Gestión en salud, interculturalidad, atención primaria en salud, complicaciones en el embarazo, promoción de la salud.

1. ¹Universidad Técnica de Machala, Ecuador

* Autor de correspondencia: frankyaestrada08@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The prevention of obstetric complications in Amazonian settings continues to be limited by territorial, sociocultural, and organizational barriers that affect the effectiveness of primary health care services. **Objective:** To analyze the relationship between community and intercultural management and the prevention of obstetric complications among pregnant women receiving care at the primary health care level in Eastern Ecuador. **Materials and Methods:** A mixed-methods, cross-sectional, and prospective study was conducted with 60 pregnant women attending a Type A health center in Eastern Ecuador. Data were collected through a structured survey validated by experts and complemented with open-ended responses and interviews with traditional midwives and healthcare personnel. The analysis included descriptive statistics, Pearson's Chi-square test, and thematic-categorical analysis. **Results:** The findings revealed a predominance of social vulnerability conditions, unplanned pregnancies, short interpregnancy intervals, and limited recognition of obstetric warning signs. Although most participants identified the health center as their primary source of care, geographical barriers and weaknesses in community follow-up persisted. Likewise, traditional midwives were highly valued within the communities; however, their functional integration into the formal healthcare system remained limited. Pregnant women also reported the need for home visits, improved access to information, and culturally respectful care. **Conclusion:** The prevention of obstetric complications depends not only on healthcare coverage, but also on the effective integration of community management, intercultural relevance, and the problem-solving capacity of primary health care services. Structural limitations continue to hinder the continuity of prenatal care in indigenous Amazonian settings.

Keywords: Health management; interculturality; primary health care; pregnancy complications; health promotion.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores más sensibles del desempeño de los sistemas de salud debido a su estrecha relación con las condiciones de acceso, calidad y continuidad de la atención. A nivel global, la persistencia de muertes maternas en países de ingresos bajos y medios, evidencia que los avances tecnológicos y clínicos no han sido suficientes para garantizar resultados equitativos (1). Esta situación refleja debilidades en la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios, especialmente en el primer nivel de atención, donde deberían concentrarse las acciones preventivas y de seguimiento oportuno.

En América Latina y el Caribe, la mortalidad materna trasciende su dimensión clínica y constituye una expresión de profundas desigualdades sociales y territoriales. Factores como la pobreza, la exclusión social y las barreras para acceder a servicios de salud oportunos y de calidad condicionan los resultados en salud materna. En este contexto, las

comunidades indígenas enfrentan mayores desventajas debido a la coexistencia de obstáculos geográficos, económicos, culturales y lingüísticos, que limitan el acceso, la continuidad y la pertinencia de la atención (2,3).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales tienen un mayor impacto en los resultados de salud que los factores biológicos o el acceso a servicios sanitarios (4). El modelo de los determinantes sociales de la salud propuesto por Dahlgren y Whitehead destaca que los resultados en salud no dependen exclusivamente de los servicios sanitarios, sino de un conjunto de determinantes relacionados que actúan de manera estructural sobre las oportunidades de salud de las personas. Asimismo, enfatiza que los estilos de vida no son completamente individuales, sino que están condicionados por los contextos sociales y económicos en los que las personas viven (5). En este sentido, la salud materna debe comprenderse como el resultado de condiciones estructurales vinculadas a la educación, los ingresos, el entorno social y la discriminación estructural.

Frente a estas desigualdades, la Atención Primaria de Salud (APS), fortalecida desde la Declaración de Alma-Ata (6) y reafirmada en la Declaración de Astaná (7), se posiciona como una estrategia fundamental para mejorar los resultados de salud materna. Su enfoque trasciende la atención curativa e incorpora la gestión comunitaria, la participación social y la pertinencia intercultural como componentes centrales, especialmente en poblaciones vulnerables (8,9).

En este marco, el modelo de salud intercultural dentro de la salud pública propone la articulación entre el sistema biomédico y los sistemas médicos tradicionales, reconociendo la coexistencia de diversas formas de comprender la salud, la enfermedad y el cuidado (10). Este enfoque se alinea con la APS, al promover la integridad, la participación comunitaria y la pertinencia cultural en la atención sanitaria.

En contextos indígenas, la atención materna se desarrolla en un espacio de interacción entre ambos sistemas; mientras el primero se centra en la estandarización clínica y la atención dentro de instituciones centralizadas, los sistemas de salud indígena se basan en cosmovisiones propias, prácticas comunitarias y saberes ancestrales (11,12). La limitada articulación entre ambos enfoques genera fragmentación en la atención, desconfianza institucional y baja adherencia a los controles prenatales (8,10), lo que reduce la efectividad de las estrategias preventivas.

En Ecuador, el reconocimiento constitucional como Estado intercultural y plurinacional, integrado por 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas, establece un marco normativo que respalda el derecho a una atención en salud culturalmente pertinente (2,11). No obstante, la aplicación práctica de este principio enfrenta grandes desafíos, especialmente en territorios rurales y amazónicos donde confluye la dispersión geográfica, las limitaciones en la accesibilidad y la alta proporción de población indígena (13,14).

Diversos estudios evidencian que las mujeres indígenas ecuatorianas presentan tasas de mortalidad materna dos a tres veces mayores que las mujeres mestizas, asociadas a menor acceso a anticoncepción moderna, menor frecuencia de controles prenatales y mayores barreras culturales y lingüísticas (15). Estas condiciones reflejan la persistencia de brechas estructurales en la organización de los sistemas de salud, particularmente en el primer nivel de atención.

A pesar de la existencia de investigaciones sobre mortalidad materna e interculturalidad, sigue siendo limitada la comprensión del papel de la gestión comunitaria y la pertinencia intercultural en la prevención de complicaciones obstétricas en el primer nivel de atención en contextos amazónicos.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la gestión comunitaria e intercultural y la prevención de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el primer nivel de atención del Oriente ecuatoriano.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto, con predominio cuantitativo y de tipo transversal, orientado a analizar la gestión comunitaria e intercultural en la prevención de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el primero nivel de atención del Oriente ecuatoriano. Smajic, et al. (16) señalan que la elección de métodos mixtos favorece la comprensión de manera integral de los fenómenos complejos de la salud, combinando la medición objetiva con la interpretación de las experiencias.

Por otro lado, el diseño transversal permitió caracterizar la situación de las gestantes en un momento determinado, facilitando la evaluación simultánea de variables y la identificación de posibles asociaciones, constituyendo una alternativa útil para un análisis preliminar (17).

La población de estudio estuvo conformada por gestantes adscritas al área de cobertura de un centro de salud tipo A del Oriente ecuatoriano, identificadas a través de los registros de fichas familiares institucionales y del trabajo comunitario realizado por el personal de salud. Dicho establecimiento de salud proporciona cobertura a 14 comunidades indígenas kichwa, ubicadas en un contexto geográfico disperso.

Debido a estas características geográficas del área de cobertura y a la disponibilidad de las participantes, la selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, conformado por 60 gestantes, considerando criterios de accesibilidad, disponibilidad y aceptación voluntaria en la investigación.

Por lo tanto, se incluyeron únicamente a gestantes adscritas al establecimiento de salud que aceptaron participar voluntariamente en la investigación, y se excluyeron aquellas que no aceptaron participar o que no completaron el instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de información se aplicó una encuesta estructurada y dirigida a la población mencionada, orientada a evaluar aspectos relacionados con la atención en salud desde un enfoque intercultural. Previamente el instrumento fue validado mediante el juicio de 3 expertos, quienes evaluaron cada ítem considerando los criterios de claridad, pertinencia y coherencia. Fleitas, et al. (18) señalan que el juicio de expertos contribuye positivamente en la calidad, fiabilidad y utilidad de una investigación, ya que identifica posibles sesgos, evalúa la metodología y garantiza la coherencia de los resultados obtenidos.

El cuestionario estuvo estructurado en seis secciones: características sociodemográficas; antecedentes obstétricos; acceso y uso de los servicios de salud; creencias y prácticas culturales relacionadas con el embarazo; pertinencia cultural y trato percibido durante la atención prenatal; y conocimiento e información de complicaciones obstétricas. Adicionalmente, se incluyó un espacio para comentarios abiertos, que permitió a las gestantes expresar percepciones y experiencias relevantes de manera libre.

Posteriormente, se realizó una prueba piloto en gestantes pertenecientes al centro de salud, con la finalidad de verificar la comprensión de los ítems y evaluar la consistencia interna del instrumento. Los datos obtenidos se tabularon en el programa estadístico SPSS versión 31, donde se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,90, lo que evidencia una alta consistencia

interna del mismo. Roco, et al. (19) señalan que este coeficiente permite determinar el grado de relación entre los ítems de un instrumento, considerándose valores entre 0,7 y 0,9 como adecuados.

Dado que el instrumento no requirió modificaciones posteriores a la prueba piloto, el cuestionario fue aplicado a las gestantes restantes incluidas en el estudio, cuya información recopilada se tabuló en SPSS versión 31 y se realizó un análisis mediante estadística descriptiva, elaborando tablas de frecuencias para ambas variables y, calculando medidas de tendencia central y de dispersión en caso de la variable edad.

Adicionalmente, se realizó análisis inferencial mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, con la finalidad de identificar posibles asociaciones entre variables sociodemográficas, culturales y de acceso relacionadas con la atención prenatal y la prevención de complicaciones obstétricas. Se consideró un nivel de significancia estadística $p < 0,05$. Montaña, et al. (20) retomando los planteamientos de Karl Pearson, señalan que la prueba de Chi-cuadrado permite analizar asociaciones entre variables categóricas y determinar diferencias estadísticamente significativas en investigaciones de salud.

Los comentarios abiertos de las gestantes fueron analizados mediante un análisis cualitativo de tipo temático-categorial, siguiendo el enfoque propuesto por Braun y Clarke (21). Inicialmente se realizó la lectura completa de las respuestas para familiarizarse con la información y posteriormente se efectuó una codificación identificando ideas y experiencias relevantes. Luego los códigos fueron organizados en categorías y temas principales, lo que permitió identificar patrones de significado. Finalmente, los resultados cualitativos se interpretaron para complementar los hallazgos cuantitativos, y fortalecer el enfoque mixto del estudio.

Para complementar la interpretación de los resultados, se realizaron entrevistas semiestructuradas a parteras tradicionales y personal de salud de la institución, sin formar parte del análisis estadístico, con el fin de incorporar diferentes puntos de vista y mejorar la comprensión del fenómeno analizado desde un enfoque intercultural.

Esta investigación contó con la autorización del establecimiento de salud correspondiente. Previo a la recolección de la información, se explicó a los participantes el pronóstico y alcance del estudio, obteniéndose el consentimiento informado de gestantes, parteras tradicionales y personal de salud. Asimismo, se garantizó la

confidencialidad de la información y el respeto a la dignidad e integridad de los participantes. En concordancia con lo señalado, el respeto al principio de autonomía implica que las decisiones de los participantes sean libres, informadas y protegidas durante todo el proceso investigativo, especialmente en estudios realizados en contextos sociales y comunitarios (22).

RESULTADOS

La mayoría de las gestantes se sitúan en el rango de 20 a 34 años, mientras que más de un tercio son adolescentes y un pequeño grupo presenta edad materna avanzada. La edad promedio fue de 23,35 años, con un rango de 13 a 40 años (ver tabla 1).

Tabla 1
Perfil etario de las gestantes encuestadas

Variable / Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Valor
Edad según rangos (años)			
10 a 19 años	23	38,3	
20 a 34 años	33	55,0	
35 a 39 años	3	5,0	
Mayor o igual a 40 años	1	1,7	
Total	60	100,0	
Estadístico descriptivo de la edad (años)			
Media			23,35
Mediana			23
Moda			24
Desviación estándar (%)			6,879
Coefficiente de variación			29,459
Mínimo			13
Máximo			40

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes.

En términos sociodemográficos, predomina la convivencia en pareja, principalmente en unión libre (71,7%). Además, se registra un bajo nivel de instrucción, con mayor proporción en educación primaria (38,3%), seguido de bachillerato (30,0%) y educación secundaria (28,3%), mientras que un pequeño grupo no presentó instrucción formal. Las principales ocupaciones corresponden a quehaceres domésticos y la agricultura con un 46,7% y 28,3% respectivamente. El 98,3% se autoidentifican como indígena kichwa (ver tabla 2).

Tabla 2
Características sociodemográficas de las gestantes encuestadas

Variable / Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Estado civil		
Soltera	5	8,3



Casada	12	20,0
Unión libre	43	71,7
Total	60	100,0
Grado de escolaridad vencido		
Sin instrucción	2	3,3
Educación primaria	23	38,3
Educación secundaria	17	28,3
Bachillerato	18	30,0
Total	60	100,0
Ocupación principal		
Quehacer doméstico	28	46,7
Agricultora	17	28,3
Comerciante	1	1,7
Estudiante	14	23,3
Total	60	100,0
Etnia		
Indígena kichwa	59	98,3
Mestizo	1	1,7
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes

Respecto a los antecedentes obstétricos, el 65,0% de las gestantes indicó que su embarazo actual fue planificado; mientras que el 35,0% registraron que no lo fue. Además, el 63,3% presentó uno o más embarazos previos. Entre las gestantes con antecedentes obstétricos (n=38), el 47,4% presentó periodos intergenésicos con intervalos menores de 24 meses y el 42,1% reportó complicaciones en embarazos previos (ver tabla 3).

Tabla 3

Antecedentes obstétricos de las gestantes encuestadas

Variable / Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Planificación del embarazo actual		
Si	39	65,0
No	21	35,0
Total	60	100,0
Número de embarazos previos		
Ninguno	22	36,7
1 a 2 veces	21	35,0
3 a 4 veces	9	15,0
5 o más veces	8	13,3
Total	60	100,0
Periodo intergenésico		
Menos de 12 meses	4	6,7
12 a 23 meses	14	23,3
24 a 60 meses	13	21,7
Mayor de 60 meses	7	11,7
No corresponde	22	36,7
Total	60	100,0
Presencia de complicaciones en embarazos previos		
Si	16	26,7
No	22	36,7
No corresponde	22	36,7
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes. **Nota:** La categoría “No corresponde” incluye gestantes sin embarazos previos.

En cuanto al acceso y uso de los servicios de salud, la mayoría de las gestantes se encontraba en el segundo y tercer trimestre de embarazo al momento de la encuesta. Respecto a los controles prenatales, el 40,0% reportó cinco o más controles, mientras que el 6,7% indicó no haber realizado controles prenatales. En relación con el lugar de atención ante una emergencia obstétrica, el 96,7% señaló al centro de salud como principal opción. En cuanto al acceso geográfico, cerca de la mitad de las gestantes reportó tiempos de desplazamiento mayor a una hora (ver tabla 4).

Tabla 4

Acceso y uso de los servicios de Salud de las Gestantes Encuestadas

Variable / Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Semana de gestación al momento de la encuesta		
Semana 1 hasta semana 12	10	16,7
Semana 13 hasta semana 27	24	40,0
Semana 28 hasta fin del embarazo	26	43,3
Total	60	100,0
Número de controles prenatales al momento de la encuesta		
Ningún Control	4	6,7
1 a 2 controles	14	23,3
3 a 4 controles	18	30,0
5 o más controles	24	40,0
Total	60	100,0
Establecimiento o lugar de atención en caso de emergencia obstétrica		
Centro de Salud	58	96,7
Acude con la Partera	2	3,3
Total	60	100,0
Tiempo de espera al establecimiento de salud más cercano		
Menos de 15 minutos	4	6,7
15 a 30 minutos	14	23,3
30 minutos a 1 hora	13	21,7
Más de 1 hora	29	48,3
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes.

En relación con las creencias y prácticas culturales, el 48,3% de las gestantes refirió realizar prácticas culturales durante el embarazo, mientras que el 51,7% indicó no realizarlas. Asimismo, el 90,0% reconoce la importancia de las parteras tradicionales en el cuidado prenatal (ver tabla 5).

Tabla 5

Creencias y prácticas culturales de las gestantes encuestadas

Variable / Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Realización de prácticas culturales para el cuidado del embarazo		
Si	29	48,3



No	31	51,7
Total	60	100,0
Importancia de la participación de la partera en el cuidado y toma de decisiones durante la atención prenatal		
Si	54	90,0
No	6	10,0
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes.

En cuanto a la pertinencia cultural y trato recibido, el 50,0% de las gestantes refirió que el personal de salud siempre respeta sus costumbres, prácticas culturales y decisiones durante la atención prenatal, mientras que el otro 50,0% indica que esto ocurre solo a veces. Respecto a la información brindada sobre el cuidado prenatal, el 58,3% señaló que siempre es clara, y el 41,7% manifestó que esto ocurriría solo a veces (ver tabla 6).

Tabla 6

Pertinencia cultural y trato recibido en las gestantes encuestadas

Variable / Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Personal de salud respeta las costumbres, prácticas culturales y decisiones durante la atención prenatal		
Siempre	30	50,0
A veces	30	50,0
Total	60	100,0
Personal de salud brinda información clara sobre el cuidado prenatal		
Siempre	35	58,3
A veces	25	41,7
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes.

Respecto al conocimiento de signos de alarma, el 65,0% de las gestantes no los reconoce. Sólo el 35,0% identifica estas señales y menciona al personal de salud como fuente de información (ver tabla 7).

Tabla 7

Conocimiento e información de complicaciones de las gestantes encuestadas

Variable / Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento de signos de alarma del embarazo		
Si	21	35,0
No	39	65,0
Total	60	100,0
Fuente de información sobre signos de alarma del embarazo		
Personal de salud (médico, obstetra, otros)	21	35,0
Nadie	39	65,0
Total	60	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes.



El análisis inferencial mostró asociaciones no significativas entre las variables analizadas ($p > 0,05$). Sin embargo, la relación entre el rango de edad y el número de controles prenatales presentó un valor cercano al nivel de significancia estadística ($p = 0,066$) (ver tabla 8).

Tabla 8

Asociación entre variables relacionadas con atención prenatal e interculturalidad mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Variables Analizadas	Relación evaluada	χ^2	gl	p	Interpretación
Rango de edad x Número de controles prenatales.	Adherencia al control prenatal.	16,019	9	0,066	Tendencia estadística de asociación.
Escolaridad x Conocimiento de signos de alarma.	Educación y conocimiento sobre signos de alarma.	5,457	3	0,141	No significativa.
Tiempo de espera al establecimiento de salud x Número de controles prenatales.	Acceso geográfico y adherencia al control prenatal	12,234	9	0,200	No significativa.
Respeto cultural durante la atención x Número de controles prenatales.	Relación entre pertinencia cultural y adherencia al control prenatal.	3,008	3	0,390	No significativa.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de encuestas aplicadas a gestantes. **Nota:** χ^2 = valor de Chi-cuadrado de pearson, gl = grados de libertad, p= nivel de significancia.

Los comentarios abiertos evidenciaron percepciones relacionadas con limitaciones en la capacidad resolutive del centro de salud, dificultades en el acceso, demoras en la atención, necesidad de más información y demanda de trato respetuoso (ver tabla 9).

Tabla 9

Percepción de barreras en la atención obstétrica desde la perspectiva de gestión comunitaria e intercultural de las gestantes encuestadas

Capacidad resolutive del primer nivel de atención.	<p>“Sería que haya laboratorio y ecografía para así tener una buena estabilidad y que haya ambulancia” (caso 8)</p> <p>“...que siempre haya medicina” (caso 23)</p> <p>“Me gustaría que implementen aquí en el centro de salud como, por ejemplo: que den charlas, que haya laboratorio aquí mismo para no salir lejos” (caso 28)</p>
Accesibilidad geográfica y seguimiento comunitario	<p>“Quiero que me visiten a la casa nunca me han visitado...” (caso 25)</p> <p>“Que hagan visitas domiciliarias” (caso 26)</p>



Demora en la atención	<i>“Tengo que esperar para la atención” (caso 1)</i> <i>“Disminuir el tiempo de espera” (caso 2)</i> <i>“Que me atiendan más rápido” (caso 3)</i>
Comunicación y educación prenatal	<i>“Quisiera que me expliquen más sobre alimentación en el embarazo, cuidados en el embarazo” (caso 15)</i> <i>“Que nos den más información para saber lo que no entiendo” (caso 17)</i> <i>“Que haya más médicos y que me den más información sobre los signos de alarma del embarazo” (caso 18)</i>
Atención humanizada y respeto cultural	<i>“Me gustaría que atiendan bien las personas cuando están mal de salud” (caso 20)</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de los comentarios abiertos consignados en las encuestas aplicadas a gestantes.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian que, aunque la mayoría de las gestantes se concentra entre los 20 y 34 años de edad, la presencia de adolescentes y mujeres con edad materna avanzada configura un escenario de vulnerabilidad obstétrica diferenciada. Más que una distribución etaria aislada, estos hallazgos sugieren una exposición desigual al riesgo reproductivo, donde la edad opera como un marcador de vulnerabilidad biológica y social. En este sentido, la literatura coincide en que tanto la maternidad temprana como tardía incrementan la probabilidad de complicaciones obstétricas y perinatales (23,24). Sin embargo, en el presente estudio este riesgo no debe interpretarse únicamente desde lo clínico sino desde su interacción con condiciones estructurales como el bajo nivel educativo, la ocupación informal y la alta proporción de población indígena, siendo esta última una confirmación del escenario estudiado como intrínsecamente intercultural, lo que introduce un componente clave en la comprensión del fenómeno.

Estudio reportado por Juárez et al. (25) señalan que mujeres en contextos similares presentaron dificultades para comprender la información recibida durante la atención, lo que repercutió negativamente la calidad y aceptación a los servicios.

Estos elementos configuran un patrón de desigualdad social acumulada que condiciona el acceso efectivo a información, servicios de salud y capacidad de autocuidado. Más que factores aislados, constituyen determinantes que limitan la interacción oportuna con el sistema sanitario y anticipa la necesidad de un abordaje con enfoque territorial e intercultural desde el primer nivel de atención.

Además, la coexistencia de embarazos no planificados, multiparidad, periodos intergenésicos cortos y antecedentes de complicaciones obstétricas revela una acumulación del riesgo reproductivo que no puede explicarse únicamente desde

decisiones individuales, sino desde limitaciones en la continuidad del cuidado y en la efectividad de la planificación familiar.

Estos hallazgos sugieren una debilidad estructural en la capacidad del primer nivel de atención para sostener procesos de seguimiento longitudinal de la mujer antes, durante y entre embarazos. En este sentido, el riesgo obstétrico se incrementa no solo por la presencia de factores clínicos, sino por la discontinuidad del vínculo entre los servicios de salud y la comunidad.

Por tanto, más que un problema de acceso puntual, se evidencia una falla en la articulación preventiva del sistema, lo que refuerza la necesidad de modelos de gestión comunitaria que permitan captar, acompañar y dar seguimiento continuo a las gestantes en contextos de alta vulnerabilidad sociocultural.

Aunque el centro de salud es reconocido como principal punto de atención, la persistencia de barreras geográficas evidencia una inequidad territorial en el acceso efectivo a la atención prenatal. Los tiempos prolongados de desplazamiento sugieren que la cobertura nominal no necesariamente se traduce en accesibilidad real.

En concordancia, Bazualdo y Contreras (14) plantean que las poblaciones rurales o socialmente vulnerables, presentan mayores probabilidades de experimentar barreras en el acceso a servicios médicos, debido a que la distribución insuficiente de recursos sanitarios y a las dificultades de conectividad territorial. De manera similar, Apodaca, et al. (26) sostienen que las condiciones socioeconómicas y territoriales limitan el acceso oportuno a servicios preventivos y actividades de educación en salud, particularmente en poblaciones vulnerables.

Si bien no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas, los hallazgos descriptivos permiten inferir que la distancia y el tiempo de acceso influyen en la continuidad del control prenatal, evidenciando las limitaciones del modelo de atención centrado en la demanda espontánea.

Asimismo, los testimonios de las gestantes refuerzan esta interpretación al señalar la necesidad de visitas domiciliarias y seguimiento activo, lo cual evidencia una débil implementación de estrategias extramurales. Esto sugiere que el primer nivel de atención aún no ha transitado plenamente hacia un modelo de gestión comunitaria proactiva, especialmente en territorios dispersos.



En un estudio realizado en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena de Colombia, los controles prenatales incluían visitas domiciliarias lideradas por el médico, con participación de auxiliares de enfermería, parteras y, en ocasiones médicos tradicionales. Según los participantes, esta estrategia surgió como respuesta a las dificultades de asistencia institucional y a la renuencia de algunas mujeres hacia la atención occidental, favoreciendo la aceptación y seguimiento de controles prenatales por parte de las gestantes indígenas, especialmente cuando el cuidado se realizaba de manera conjunta con la partera y desde elementos propios de su cultural (27).

La alta valoración de la partera tradicional contrasta con su limitada integración funcional dentro del sistema de salud formal, puesto que mayoría de las parteras entrevistadas refirieron sentirse parcialmente excluidas durante el parto institucional, en muchas ocasiones su rol se limita únicamente a la observación, mientras que el personal sanitario asume totalmente la intervención. En cambio, cuando el parto es domiciliario, su participación es activa y se desarrolla en compañía de la familia. Este hallazgo evidencia una interculturalidad más simbólica que operativa, donde el reconocimiento cultural no se traduce en participación efectiva dentro de los procesos de atención.

Además, las parterías dieron a conocer otras problemáticas que limitan su capacidad de atención y el desarrollo de su labor, entre las que destaca: la ausencia de remuneración a pesar de contar con certificación, la carencia de insumos y prácticas de desinfección no estandarizadas y la incomunicación en algunas ocasiones con el personal de salud para la referencia ante una emergencia obstétrica. Esta desconexión evidencia una fragmentación entre el modelo biomédico y los sistemas de cuidado comunitario, lo que limita la continuidad del acompañamiento prenatal y debilita la confianza en los servicios.

En este sentido, la gestión intercultural no debe entenderse únicamente como reconocimiento cultural, sino como articulación real de actores comunitarios en la red de atención, donde la partera pueda desempeñar un rol activo en la captación, acompañamiento y referencia oportuna. Esto es consistente con el enfoque de salud intercultural, que plantea integrar los saberes ancestrales, como el rol de la partera en territorios indígenas, en lugar de desplazarlos (11,12)

El bajo reconocimiento de signos de alarma obstétrica evidencia limitaciones en la efectividad de la educación prenatal, relacionadas no solo con la disponibilidad de información, sino también a la escasa adaptación cultural y comunicacional. Aunque no

se identificó una asociación estadísticamente significativa ente el nivel de escolaridad y el conocimiento de los signos de alarma, los hallazgos descriptivos y los comentarios de las gestantes sugieren la existencia de brechas en la apropiación del conocimiento biomédico, lo que indica que la transmisión de información no está siendo brindada de manera comprensible dentro del contexto sociocultural de las gestantes.

Asimismo, el personal de salud refuerza la existencia de barreras lingüísticas, culturales y territoriales que afectan la atención materna. El idioma kichwa, sigue siendo un elemento clave de confianza en la interacción con la comunidad, especialmente en generaciones mayores y parteras. Esta percepción coincide con lo planteado por Brito (28) quien sostiene que el idioma forma parte de la cosmovisión de los pueblos indígenas y, por lo tanto, en la manera en que se comprende y se asimila la información relacionada con la salud.

En este sentido, la educación prenatal enfrenta el desafío de superar un modelo centrado únicamente en la transmisión de contenidos, incorporando estrategias comunicacionales culturalmente pertinencias y adaptadas a las formas de comprensión de las comunidades indígenas.

La convergencia de barreras territoriales, comunicacionales y culturales revela una fragmentación estructural del primer nivel de atención en contextos amazónicos indígenas. Más que obstáculos aislados, estas limitaciones configuran un modelo de atención con baja capacidad de adaptación a la diversidad sociocultural del territorio.

La falta de insumos, servicios diagnósticos y seguimiento domiciliario evidencia un sistema centrado en la atención intramural, con escasa proyección comunitaria. Esto limita la capacidad preventiva del sistema y refuerza la atención tardía de complicaciones obstétricas.

En este escenario, la formación intercultural del personal de salud emerge como un componente clave, no solo para mejorar la comunicación, sino para reconstruir la confianza institucional en territorios históricamente desatendidos.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra el tamaño muestral reducido (n=60) y el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones indígenas del Ecuador. Además, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas, permitiendo únicamente identificar asociaciones en un momento determinado. De igual

manera, la homogeneidad étnica de la muestra, compuesta predominantemente por población indígena kichwa, pudo influir en la ausencia de significancia estadísticamente en algunas asociaciones inferenciales.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos del estudio permiten replantear la prevención de complicaciones obstétricas en el Oriente ecuatoriano desde una lógica distinta a la tradicional: no como un problema exclusivamente clínico sino como un fenómeno sistemático donde convergen la gestión sanitaria, la interculturalidad y las condiciones de vida de las gestantes. En este sentido, el primer nivel de atención no está fallando únicamente por limitaciones de recursos, sino por una débil articulación entre sus funciones asistenciales, comunitarias e interculturales. Un aspecto relevante que emerge del análisis es la existencia de una “brecha de efectividad” entre el acceso y el impacto del control prenatal. Aunque una proporción importante de gestantes accede a los servicios, esto no se traduce necesariamente en prevención efectiva, evidenciado en el bajo reconocimiento de signos de alarma y en la persistencia de factores de riesgo acumulados. Motivo por el cual, el problema no radica únicamente en la cobertura, sino en la calidad, continuidad y pertinencia de la atención brindada.

Asimismo, los resultados evidencian una “interculturalidad declarativa pero no operativa”. Si bien existe reconocimiento del valor de la partera tradicional y de las prácticas culturales, estas no se integran de manera funcional en los procesos de atención. La partera continúa siendo un actor periférico dentro del sistema formal, desaprovechando su potencial como puente entre la comunidad y los servicios de salud. Esta desconexión limita la confianza, la adherencia y la oportunidad en la búsqueda de atención.

Desde la gestión comunitaria, se identifica que el componente territorial aún es débilmente desarrollado. La escasa presencia de estrategias extramurales como visitas domiciliarias o seguimiento activo evidencia un modelo de atención centrado en la demanda espontánea y no en la anticipación del riesgo, lo cual resulta insuficiente en contextos de dispersión geográfica y vulnerabilidad social.

En conjunto, los resultados permiten proponer que la prevención de complicaciones obstétricas en contextos amazónicos depende de la transición hacia un modelo de

Atención Primaria ampliada, donde la gestión sanitaria integre de manera efectiva la dimensión comunitaria, intercultural y organizacional. Sin esta integración, los avances en cobertura continuarán teniendo un impacto limitado. Sin esta integración, los avances en cobertura continuarán teniendo un impacto limitado sobre los resultados maternos.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. www.who.int [Internet]. 2025 [citado 3 de diciembre de 2025]. Mortalidad materna. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Alban C, Sellan V, Moran C. La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. *Revista Minerva de Investigación Científica* [Internet]. 12 de diciembre de 2020 [citado 9 de diciembre de 2025];1(3):23-34. Disponible en: <https://minerva.autanabooks.com/index.php/Minerva/article/view/14>
doi:<https://doi.org/10.47460/minerva.v1i3.14>
3. Agosto M, Argüello M, Cedeño S, Dueñas J, Padilla C, Valero P, et al. La salud materna como indicador de las desigualdades sanitarias en el Ecuador. *RECIAMUC* [Internet]. 25 de marzo de 2024 [citado 1 de diciembre de 2025];8:658-69. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1310/2058>
doi:[https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.658-669](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.658-669)
4. Organización Mundial de la Salud. www.who.int [Internet]. 2025 [citado 13 de diciembre de 2025]. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
5. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health* [Internet]. octubre de 2021 [citado 18 de diciembre de 2025];199:20-24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062100336X?via%3Dihub>
doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
6. Moreno R, Romero H, Cayuela L, Gabaldón I, Cayuela A, Ortega M. La conferencia de Alma-Ata como final de un proceso histórico (1815-1979). *Medicina de Familia. SEMERGEN* [Internet]. noviembre de 2025 [citado 16 de diciembre de 2025];51(8):102535. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359325000887>
doi:<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102535>
7. Estevan M. De Alma-Ata a Astaná y el futuro de la Atención Primaria de Salud. *Gaceta Médica de Bilbao* [Internet]. 22 de abril de 2026 [citado 29 de abril de 2026];123(1):39. Disponible en: <https://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/1022/1034>
doi:<https://doi.org/10.64246/0619gmb>
8. Guamán M, Fernández A. Costumbres de mujeres indígenas gestantes que interfieren en el acceso a servicios sanitarios: revisión sistemática. *Ibero-American Journal of Health Science Research* [Internet]. 21 de abril de 2025 [citado 30 de noviembre de 2025];5(1):319-330. Disponible en: <https://health.iberojournals.com/index.php/IBEROJHR/article/view/746/595>
doi:<https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i1.746>
9. Merchán J, Merchán J. Gerencia en salud como estrategia para convertir los centros de salud en entes altamente competitivos. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional* [Internet]. 20 de diciembre de 2022 [citado 10 de diciembre de 2025];7(12):878-887. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5033>
doi:10.23857/pc.v7i12.5033
10. Aguilar M, Tobar M, García H. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 13 de diciembre de 2025];24(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.17140/RSP.2020.24.1>

- 2025];22(4):463-467. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2020.v22n4/463-467/es/> doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
11. Romero O, Perilla J, Cedeño S, Tapiero J, Tamayo J. Medicina tradicional ancestral en el sistema de salud de Ecuador. *Sapienza International Journal of Interdisciplinary Studies* [Internet]. 30 de diciembre de 2022 [citado 23 de diciembre de 2025];3(8):272-86. Disponible en: <https://journals.sapienzaeditorial.com/index.php/SIJS/article/view/587/415> doi:<https://doi.org/10.51798/sijis.v3i8.587>
 12. Carrascal J. Interculturalidad en Salud: Resignificando los horizontes en la Educación Médica. *VISUAL REVIEW. International Visual Culture Review / Revista Internacional de Cultura Visual* [Internet]. 10 de noviembre de 2022 [citado 20 de diciembre de 2025];11:1-8. Disponible en: <https://visualcompublications.es/revVISUAL/article/view/3630> doi:<https://doi.org/10.37467/revvisual.v9.3630>
 13. Sanchez S, Macas M, Jingo R, Segovia T, Heredia J, Rodriguez M. Una aproximación a la muerte materna en la Amazonía ecuatoriana en el periodo 2017-2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 15 de marzo de 2023 [citado 22 de diciembre de 2025];7(2):3228-3246. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/5566/8413> doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5566
 14. Bazualdo E, Contreras R. La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 15 de octubre de 2022 [citado 10 de diciembre de 2025];6(6):973-998. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3590/5428> doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590
 15. Guadalupe M, Borbor J, Zambrano M, Goya A, Guzman J. Disparidades étnicas en la mortalidad materna: Un enfoque en los grupos mestizo, indígena y afroecuatoriano. *Ciencia y Educacion* [Internet]. 12 de junio de 2025 [citado 25 de diciembre de 2025];835-44. Disponible en: <https://cienciayeducacion.com/index.php/journal/article/view/zenodo.15760449/1308> doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.15760449>
 16. Smajic E, Avdic D, Pasic A, Prcic A, Stancic M. Mixed Methodology of Scientific Research in Healthcare. *Acta Inform Med.* [Internet]. 30 de marzo de 2022 [citado 30 de noviembre de 2025];30:57-60. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9226784/pdf/AIM-30-57.pdf> doi:10.5455/aim.2022.30.57-60 PubMed PMID: 35800901.
 17. Cvetkovic A, Maguiña J, Soto A, Lama J, Correa L. Estudios Transversales Cross-Sectional Studie. *Revista Facultad Medicina Humana* [Internet]. enero de 2021 [citado 22 de diciembre de 2025];21(1):179-185. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3069> doi:<https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
 18. Fleitas M, Perez V, Zambrano E, Andrade I, Benitez Talhita. Validación a través del juicio de expertos: Importancia y contribución al rigor investigativo actual en el área de la salud. *Revista Publicando* [Internet]. 4 de noviembre de 2025 [citado 30 de noviembre de 2025];12(1):1-17. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2517/2678> doi:<https://doi.org/10.51528/rp.vol12.id2517>
 19. Roco Á, Flores S, Olgún M, Maureira N. Cronbach's alpha and its confidence interval. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. febrero de 2024 [citado 13 de diciembre de 2025];41(1):270-271. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112024000100033&lng=es. Epub 07-Mar-2024. doi:<https://dx.doi.org/10.20960/nh.04961>
 20. Montaña R, Roco Á, Nieves A, Flores S. Chi-square test of homogeneity in clinical studies: A tool for analyzing differences between treatments. *Semergen* [Internet]. Ediciones Doyma,

- S.L.; 2025 [citado 11 de diciembre de 2025]. p. 1-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359324001424> doi:<https://doi.org/10.1016/j.semereg.2024.102332> PubMed PMID: 39561418.
21. Ahmed S, Ali M, Shah I, Tsui A. Effect of maternity care improvement, fertility decline, and contraceptive use on global maternal mortality reduction between 2000 and 2023: results from a decomposition analysis. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2 de noviembre de 2025 [citado 12 de diciembre de 2025];14:e33-e48. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2825%2900409-7> doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00409-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00409-7)
 22. Alvarez N, Sevilla M. La autonomía, condición necesaria para el funcionamiento de los comités de ética en investigación. *Contactos, revista de educación en Ciencias e ingeniería* [Internet]. 8 de septiembre de 2020 [citado 4 de diciembre de 2025];44-56. Disponible en: <https://contactos.izt.uam.mx/index.php/contactos/article/view/74/61>
 23. Nyongesa P, Ekhaguere O, Marete I, Tenge C, Kemoi M, Bann C, et al. Maternal age extremes and adverse pregnancy outcomes in low-resourced settings Paul Nyongesa Paul Nyongesa I. *Frontiers in Global Women's Health* [Internet]. 28 de noviembre de 2023 [citado 7 de diciembre de 2025];4:1-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10715413/pdf/fgwh-04-1201037.pdf> doi:<https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1201037> PubMed PMID: 38090046.
 24. Lopez M, Shahin J, Blotsky A, Malhamé I, Dayan N. Trends in maternal ICU admissions at a quaternary centre in Montreal, Canada, and impact of maternal age on critical care outcomes. *Obstetric Medicine* [Internet]. 4 de junio de 2024 [citado 13 de diciembre de 2025];17(2):84-91. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1753495X231184686> doi:<https://doi.org/10.1177/1753495X231184686>
 25. Juarez C, Villalobos A, Saucedo A, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 10 de octubre de 2020 [citado 4 de diciembre de 2025];34(6):546-552. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000600546 doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.015>
 26. Apodaca G, Calvario J, Gómez G. Barreras estructurales para el acceso a una educación sexual integral desde el cuidado de la salud de jornaleras agrícolas Yoreme-Mayo. *Revista Yachay Científico Cultural* [Internet]. 23 de mayo de 2023 [citado 30 de noviembre de 2025];12(1):31-40. Disponible en: <https://revistas.uandina.edu.pe:443/index.php/Yachay/article/view/671> doi:<https://doi.org/10.36881/yachay.v12i1.671>
 27. Trejos J, Kissula S, Canaval G, Narvaez K, Herreira T, Salim N. Cuidado de Enfermería a mujeres gestantes en una Institución de Salud Indígena de Colombia. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2024 [citado 12 de diciembre de 2025];(69):185-199. Disponible en: <https://rua.ua.es/entities/publication/67a21d46-4ec9-49d1-bf39-e7a292946c90> doi:<https://doi.org/10.14198/cuid.26146>
 28. Brito M. Discriminación y segregación hacia grupos de atención prioritaria y asentamientos informales: barreras físicas, simbolismos e intersecciones en las ciudades de Quito, Guayaquil y Lago Agrio. XIV Seminario Internacional de Investigación en Urbanismo, Madrid-Curitiba, Junio 2022 [Internet]. 3 de junio de 2022 [citado 11 de diciembre de 2025];(14):1-18. Disponible en: <https://upcommons.upc.edu/server/api/core/bitstreams/185da8f0-d8d2-44ce-b642-e76e19631a28/content> doi:<https://doi.org/10.5821/siiu.11998>