

PUCE

Maestría en Epidemiología para la Salud Pública

Título de la investigación

“Acceso a atención prenatal y posparto de madres indígenas en zonas rurales del Ecuador: una mirada desde el modelo de determinantes de la salud, usando ENDI-2022.”

Nombres de autores

Erika Pamela Puchaicela Sarango

Nombre del director de investigación

Mph. Daniela Nataly Cadena Mosquera

Noviembre 2024

ACCESO A ATENCIÓN PRENATAL Y POSPARTO DE MADRES INDÍGENAS EN ZONAS RURALES DEL ECUADOR: UNA MIRADA DESDE EL MODELO DE DETERMINANTES DE LA SALUD, USANDO ENDI-2022.

a Puchaicela Sarango, Erika Pamela; b Cadena Mosquera, Daniela Nataly.

a Egresada de la Maestría Epidemiología en Salud pública, PUCE; Licenciada en Enfermería.

b Magister en Salud Pública; Docente-investigadora PUCE.

Autora de correspondencia: Puchaicela Sarango, Erika Pamela, eppuchaicela@puce.edu.ec, código postal 110104.

Contribuciones de autoría.

Investigación y redacción del artículo: Lcda. Erika Pamela Puchaicela Sarango

Mentor y Diseño metodológico: Mph. Daniela Nataly Cadena Mosquera.

Financiación. «Sin financiación».

Conflictos de intereses: Los autores del presente artículo declaran no tener ningún conflicto de interés.

Agradecimiento

Al concluir este proyecto, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible este logro. En primer lugar, agradezco profundamente a mi madre y hermana, quienes siempre me han brindado su apoyo incondicional, permitiéndome alcanzar mis objetivos tanto personales como académicos. Su cariño y motivación me han impulsado a seguir adelante, a pesar de las dificultades, y a no rendirme ante los obstáculos. También quiero agradecer a mi tutora por su dedicación y paciencia. Sin sus sabias palabras y correcciones precisas, no habría podido llegar hasta esta etapa tan esperada. Gracias por su orientación y por todos los consejos que me ha dado, los cuales siempre recordaré en mi futuro profesional. Finalmente, agradezco a la universidad, que me ha desafiado constantemente, pero también me ha brindado las oportunidades para obtener el título que tanto anhelaba. Mi agradecimiento a todos los directivos por su labor y gestión, sin los cuales no se habrían creado las condiciones necesarias para adquirir el conocimiento que hoy me permite culminar este proceso.

Introducción: La atención prenatal y posparto es esencial para la salud materna e infantil. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el control prenatal incluye actividades para identificar riesgos en la gestante y asegurar un embarazo saludable. El control posparto evalúa la recuperación de la madre y previene complicaciones en las primeras seis semanas tras el parto. Sin embargo, las mujeres indígenas en áreas rurales enfrentan barreras significativas para acceder a estos servicios.

Objetivo: Analizar los determinantes de salud asociados al acceso de atención prenatal y postparto de madres indígenas en zonas rurales del Ecuador, usando la base de datos ENDI 2022.

Métodos: Estudio observacional transversal utilizando datos de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022. La muestra incluyó a 1,401.58 (utilizando factor de expansión) madres indígenas con niños menores de cinco años. Se evaluaron variables dependientes como el cumplimiento de controles prenatales (mínimo cinco) y el primer control posparto (dentro de los siete días). Las variables independientes se clasificaron en determinantes socioeconómicos, de acceso y de salud materna. El estudio utilizó un intervalo de confianza del 95%, de tal forma consideró estadísticamente significativo a valor $p < 0.05$.

Resultados: las madres indígenas rurales están concentradas mayoritariamente en la región de la Sierra (50,31%), y Amazonia (48,78%). De los encuestados, el 55,72% corresponde a madres jóvenes con edades entre los 19 y 30 años. El estado civil que predomina es Unida/Casada (75,90%) y el nivel de educación Básica (47,32%). Además, se observó que, las madres adolescentes RP: 0.82, (IC 95% 0.68 - 0.98), pertenecientes a los quintiles económicos más pobres RP:0.84, (IC 95% 0.74 - 0.95) el Quintil 1, y RP: 0.83, (IC 95% 0.73 - 0.94) el Quintil 2 disminuyen la probabilidad de cumplir el número de controles prenatales. En los controles posparto aquellas que reciben agua de pozo/tanquero/carro/río RP: 0.64, (IC 95% 0.46 - 0.88) tienen menos probabilidad de cumplir con el número de controles posnatales, mientras que la cesárea RP: 1.91, (IC 95% 1.55 - 2.35) aumentó la probabilidad de cumplir los controles posparto.

Conclusiones: Es fundamental mejorar el acceso a atención prenatal y posparto para las mujeres indígenas en zonas rurales, abordando las barreras culturales y socioeconómicas. Se recomienda implementar políticas públicas que promuevan la autonomía de estas mujeres y garanticen su derecho a una atención médica adecuada.

Palabras clave: Atención prenatal, atención posparto, mujeres indígenas, Ecuador, determinantes sociales de la salud, ENDI.

Introduction: Prenatal and postpartum care is essential for maternal and child health. According to the World Health Organization (WHO), prenatal care includes activities to identify risks in pregnant women and ensure a healthy pregnancy. Postpartum care assesses the mother's recovery and prevents complications during the first six weeks after childbirth. However, Indigenous women in rural areas face significant barriers to accessing these services.

Objective: To analyze the health determinants associated with access to prenatal and postpartum care among Indigenous mothers in rural areas of Ecuador, using the ENDI 2022 database.

Methods: A cross-sectional observational study was conducted using data from the 2022 National Survey of Child Malnutrition (ENDI). The sample included 1,401.58 (weighted using an expansion factor) Indigenous mothers with children under five years old. Dependent variables included compliance with prenatal care (at least five visits) and the first postpartum check-up (within seven days). Independent variables were classified into socioeconomic determinants, access-related factors, and maternal health determinants. The study used a 95% confidence interval, considering a p-value < 0.05 as statistically significant.

Results: Rural Indigenous mothers are mainly concentrated in the Sierra region (50.31%) and the Amazon region (48.78%). Most are young, with 55.72% under 30 years old. The predominant marital status is married or cohabiting (75.90%), and the primary education level is basic education (47.32%). Additionally, it was observed that adolescent mothers (PR: 0.82, 95% CI 0.68–0.98) and those in the poorest economic quintiles (PR: 0.84, 95% CI 0.74–0.95 for Quintile 1, and PR: 0.83, 95% CI 0.73–0.94 for Quintile 2) were less likely to meet the recommended number of prenatal visits. Regarding postpartum care, mothers relying on water from wells, tankers, trucks, or rivers (PR: 0.64, 95% CI 0.46–0.88) were less likely to comply with the recommended visits, while those who delivered via cesarean section (PR: 1.91, 95% CI 1.55–2.35) were more likely to attend postpartum check-ups.

Conclusions: Improving access to prenatal and postpartum care for Indigenous women in rural areas is essential, addressing cultural and socioeconomic barriers. Public policies should promote the autonomy of these women and guarantee their right to adequate medical care.

Keywords: Prenatal care, postpartum care, Indigenous women, Ecuador, social determinants of health, ENDI.

INTRODUCCIÓN

La definición de control prenatal para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido (1). Las actividades a realizar en el control prenatal son promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (2).

Por otro lado, se define al control posparto como el primer control luego del parto, en el mismo se puede evidenciar el proceso de recuperación y realizar varios procedimientos para evitar complicaciones (3). Según la OMS, el período posnatal corresponde a las primeras seis semanas posteriores al parto, es decir hasta los 42 días (4). En función del tiempo de evolución, puede ser inmediato entre las dos horas hasta las 24 horas posteriores al parto. Se considera mediato aquel que va entre el segundo y séptimo día, y tardío aquel que va desde la primera semana hasta los 42 días del periodo posnatal (5).

En ese sentido, se espera que todas las mujeres tengan acceso a los controles prenatales y posparto. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define al acceso universal a la salud como la entrega de servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad, sin discriminación, determinados a nivel nacional de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles (6).

DETERMINANTES DE LA SALUD DE CONTROL PRENATAL Y POSPARTO

La OMS define los determinantes sociales de la salud como el entorno de las personas durante su ciclo de vida relacionado directamente con los factores económicos, políticos, sociales, culturales y ambientales. De tal manera, los determinantes de la salud son la edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, afiliación, nivel socioeconómico, ubicación geográfica, entre otros (7).

Los determinantes de la salud se enfocan en visibilizar las disparidades históricas de las mujeres rurales e indígenas en términos de atención médica, lo que ha impactado negativamente su salud y la de sus hijos. Las barreras culturales y geográficas son factores clave que limitan el acceso a servicios de salud adecuados para las mujeres indígenas rurales. Estas barreras pueden conducir a la adopción de prácticas tradicionales que no siempre son las más apropiadas para la atención de la salud materna e infantil, exponiendo a riesgos tanto a la madre como al bebé. Promover el acceso a controles prenatales y posparto en esta población vulnerable es fundamental para asegurar el ejercicio pleno de sus derechos en salud y combatir patrones históricos de desigualdad. Al mismo tiempo, fomentar la autonomía de las mujeres indígenas es crucial para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus hijos (8).

Con relación a los factores asociados a la disminución de la atención prenatal en mujeres de América Latina en la década de 2010 a 2020, se identificó que el 55,5% estaba asociado a costumbres maternas, baja escolaridad y difícil acceso al sistema de salud; mientras que el factor económico representó el 22,2% (9).

En Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, el 83,3% de niños menores de cinco años recibieron al menos cinco controles prenatales. Sin embargo, estas cifras varían significativamente cuando se analizan a nivel de área de residencia, siendo del 75,7% en el área rural del 87% en el área urbana. Estos datos evidencian la importancia de visibilizar los determinantes de acceso a la atención prenatal y posparto en mujeres rurales (10).

Según un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en Ecuador, el 38,6% de las madres indígenas no recibió controles prenatales (11).

Según los factores asociados a la atención posnatal, según la ENSANUT 2018, el 7,11% de las mujeres en el Ecuador acceden a la atención posnatal dentro de los primeros siete días posteriores al parto, y tan solo el 1,34% en los primeros dos días posterior al parto. Las provincias con menor control posnatal son Galápagos 0,18%, Bolívar 0,71% y Zamora

Chinchiipe 0,83%. Las mujeres que viven en áreas rurales, indígenas, solteras y en condiciones de pobreza, son las que menos probabilidades tienen de recibir atención posparto. (12).

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal utilizando la base de datos de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022, disponible en el siguiente enlace https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) se considera la primera encuesta longitudinal especializada en el estudio de la desnutrición en niños menores de cinco años y sus factores determinantes. Esta encuesta surgió para satisfacer la necesidad de disponer de datos actualizados y continuos que faciliten el seguimiento de la desnutrición crónica infantil. Se lleva a cabo a través de una muestra representativa a nivel nacional, que se recopila a lo largo de 12 meses con la participación de personal capacitado en la recolección de información. La ENDI tiene una trayectoria significativa, ya que desde 1986 se han realizado siete operaciones estadísticas con el objetivo de evaluar la situación alimentaria, nutricional y de salud de los niños menores de cinco años (10).

Entre 2021 y marzo de 2022, se llevaron a cabo 11 reuniones de la Comisión Especial de Estadística de Salud con el fin de establecer y unificar el contenido de los formularios de la ENDI. En estas sesiones participaron 30 delegados técnicos de diversas entidades públicas, así como representantes de UNICEF y el Banco Mundial. Las áreas de investigación abarcadas incluyeron control prenatal y posnatal, lactancia materna, inmunizaciones, información sociodemográfica, mediciones antropométricas, anemia, calidad del agua, salud infantil y desarrollo temprano (10).

En cuanto a la muestra utilizada, se incluyen a 1,401.58 (utilizando el factor de expansión) madres indígenas de niños/niñas menores de cinco años que se encuentran localizadas en áreas rurales del Ecuador.

La construcción de las variables dependientes se realiza a través de información de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022 e investigación bibliográfica. Según el Ministerio de Salud Pública indica que el número de controles prenatales debe ser un mínimo de cinco controles (3), con los antecedentes ya mencionados se inicia la recodificación de la primera variable dependiente, donde 0 representa “no cumple con los cinco controles prenatales” y 1 representa “sí cumple con los cinco controles prenatales”.

Para la segunda variable dependiente se tomó en cuenta la bibliografía que indica que las mujeres deben cumplir el primer control posparto hasta máximo los siete días (13). En ese sentido, la segunda variable dependiente se creó mediante la unión de dos variables disponibles en la ENDI: control posparto en semanas y días, con esta fusión se dicotomizaron las respuestas donde 0 representa “no cumple con el primer control posparto durante los primeros siete días” y 1 representa “sí cumple con el primer control posparto hasta los primeros siete días”.

En relación a las variables independientes, estas se clasifican en tres grupos principales. En primer lugar, los determinantes socioeconómicos incluyen factores como la edad de la madre, región, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, afiliación, tipo de vivienda, pobreza según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), quintiles. En segundo lugar, los determinantes de acceso abarcan aspectos como el acceso a internet, la fuente de agua y la disponibilidad de servicios higiénicos en la vivienda. Por último, los determinantes relacionados con la salud materna incluyen elementos como el lugar y tipo de parto, consumo de hierro y micronutrientes por parte de la madre, así como la consejería sobre lactancia materna exclusiva, consejería de planificación familiar.

Las variables independientes se recodificaron de la siguiente manera:

Determinantes socio económicos:

- Edad madre se categoriza de la siguiente manera: “1” representó a adolescentes (rango de edad 15 – 18 años), “2” a jóvenes (rango de edad 19 – 30 años) y “3” a adultas (rango de edad 31 – 49 años).
- Región se categoriza en tres, donde “1” representó a Sierra, “2” a Costa y “3” Amazonia (no existió disponibilidad de información para la región Insular)
- Estado civil se categoriza en: “1” representó a Unida/casada, “2” a Separada/Divorciada/Viuda y “3” Soltera.
- Nivel de instrucción se categoriza: “1” representó a Ninguno/centro de alfabetización, “2” a Educación básica, “3” a Educación media/Bachillerato y “4” a Superior.
- Ocupación se categoriza: “1” represento a Empleada en relación de dependencia sector privado, “2” Empleada en relación de dependencia sector público, “3” Jornalera/Peón, “4” Empleada doméstica, “5” Trabajadora autónoma/Cuenta propia y “6” Trabajadora no remunerado.
- Afiliación al seguro social se categoriza: “0” represento a No aporta actualmente, “1” Si aporta actualmente al Institución Ecuatoriana de Seguridad Social, IESS General/IESS Voluntario/IESS Seguro campesino.
- Tipo de vivienda se categoriza: “1” represento a Casa/apartamento, “2” Casa alquiler, “3” Media agua/Rancho, “4” Covacha/Choza.
- Pobreza por NBI se categoriza: “0” represento a No pobreza por NBI y “1” Pobreza por NBI.
- Quintiles se categoriza: “1” represento a Quintil 1, “2” Quintil 2, “3” Quintil 3, “4” Quintil 4, “5” Quintil 5.

Determinantes de acceso

- Acceso a internet se categoriza: “1” represento a Si tiene acceso a internet, “2” No tiene acceso a internet.

- Fuente de agua se categoriza: “1” represento a Red pública, “2” Juntas de agua/Organización comunitaria, “3” Pozo/Tanquero/Río.
- Acceso a servicio higiénico de la vivienda se categoriza: “1” represento a Inodoro conectado a red pública, “2” Inodoro conectado a pozo séptico/Biodige/Pozo ciego/Río, “3” Letrina, “4” No tiene.

Determinantes de acceso a la salud materna

- Lugar de parto se categoriza: “1” representó a Establecimiento de salud, “2” Otro.
- Tipo de parto se categoriza: “1” representó a Vaginal, “2” Cesárea.
- Consumo de hierro de la madre se categoriza: “0” representó a No consumió hierro durante el embarazo, “1” Si consumió hierro durante el embarazo.
- Consumo de micronutrientes se categoriza: “0” representó a No consumió algún tipo de micronutrientes durante el embarazo, “1” Si consumió algún tipo de micronutriente durante el embarazo.
- Consejería de lactancia materna exclusiva se categoriza: “0” representó a No recibió consejería de lactancia materna exclusiva, “1” Si recibió consejería de lactancia materna exclusiva.
- Consejería de planificación familiar “0” representó a No recibió consejería de planificación familiar, “1” Si recibió consejería de planificación familiar.

Análisis

El análisis se realizó en el paquete estadístico STATA 15, los resultados se presentan en tablas en las cuales se utiliza el factor de expansión. Con las variables cualitativas se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas. Igualmente, se obtuvo la prevalencia con las dos variables dependientes, según los determinantes de la salud. Adicional a ello, se estimó la razón de prevalencia mediante la regresión generalizada de Poisson, la cual permite determinar cómo las variables explicativas (Valor X) tienen un efecto en una variable de respuesta dada (Valor Y) (14).

El estudio utilizó un intervalo de confianza del 95%, de tal forma consideró estadísticamente significativo a un p-valúe menor a 0,05.

Resultados

La Tabla 1, muestra las características de las madres indígenas rurales. Se observa que están concentradas mayoritariamente en la región de la Sierra (50,31%), y Amazonia (48,78%). Según la edad, en su mayoría son jóvenes con un 55,72% con edades entre los 19 y 30 años. El estado civil que predomina es Unida/Casada (75,90%), en relación a las solteras (16,02%). En lo que se refiere al nivel de instrucción se evidencia que predomina Educación Básica (47,32%) a diferencia del nivel de instrucción Superior (4,44%). Respecto al sector laboral, las dos ocupaciones principales son por cuenta propia (39,05%) y trabajo no remunerado (30,55%), esto en relación al 3% quienes tienen un empleo público o privado (12,29%).

Tomando en cuenta lo anterior, se evidencia que un 94,80% no mantiene una afiliación al IESS. Según la pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) se observa que el 62,52% se encuentran en condiciones de pobreza por NBI. En lo que refiere al tipo de vivienda, 69,67% viven en una casa/apartamento. En relación a los quintiles económicos, el 41,89% pertenecen al quintil más pobre (Quintil 1) y tan solo el 7,28% se encuentran dentro del quintil más rico (Quintil 5).

En lo que refiere a las características de acceso, el 52,95%, no tiene acceso a internet, el 52,42%, recibe el servicio de agua principalmente de juntas de agua/organizaciones comunitarias, seguido de pozo/tanquero/río (31,40%), el 16,18% reciben agua de la empresa pública. En relación al acceso de servicio higiénico el 45,34% cuentan con un inodoro conectado a un pozo séptico, mientras que el 29,63% no cuenta con un inodoro

De acuerdo a los determinantes de acceso a salud materna, principalmente, las mujeres dan a luz en establecimientos de salud (69,92%). En el tipo de parto predomina el vaginal (85,75%).

El consumo de hierro representa el 83,64%, sin embargo, el consumo de micronutrientes es de 79,15%. El 77,39% no recibió consejerías de lactancia materna exclusiva, y el 64,66% recibió consejería de planificación familiar.

TABLA 1: Caracterización de las madres de etnia indígena del área rural según la ENDI 2022

DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS	
Región	n (%)
Costa	12.78 (0.91)
Amazonía	683.72 (48.78)
Sierra	705.08 (50.31)
Edad Madre	
Adolescentes	73.52 (5.25)
Jóvenes	780.93 (55.72)
Adultas	547.13 (39.04)
Estado civil	
Separada/Divorciada/Viuda	113.24 (8.08)
Soltera	224.50 (16.02)
Unida/Casada	1,063.84 (75.90)
Nivel de instrucción	
Ninguno/centro de alfabetización	37.61 (2.68)
Educación Básica	663.25 (47.32)
Educación media/bachillerato	638.53 (45.56)
Superior	62.19 (4.44)
Ocupación	
Empleada Sector Privado	102.41 (7.31)
Empleada Sector Público	24.96 (1.78)
Jornalera o peón	108.23 (7.72)
Empleada Domestica	17.57 (1.25)
Trabajadora autónoma/Cuenta Propia	325.31 (23.21)
Trabajador no remunerado	823.09 (58.73)
Afiliación al Seguro Social	
No	1,328.74 (94.80)
Si	72.85 (5.20)
Tipo de vivienda	
Casa Alquiler	82.14 (5.86)
Media Agua/Rancho	329.58 (23.52)
Covacha/choza	13.40 (0.96)
Casa/Apartamento	976.45 (69.67)

Pobreza por NBI

Si	876.29 (62.52)
No	525.29 (37.48)

Quintiles económicos

Quintil 1	587.08 (41.89)
Quintil 2	300.79 (21.46)
Quintil 3	219.29 (15.65)
Quintil 4	192.44 (13.73)
Quintil 5	101.98 (7.28)

DETERMINANTES DE ACCESO

Acceso a internet

No	742.08 (52.95)
Si	659.51 (47.05)

Fuente de agua

Juntas de Agua/Organizaciones comunitaria	734.75 (52.42)
Pozo/Tanquero/Río	440.12 (31.40)
Red pública	226.71 (16.18)

Acceso a servicio higiénico de la vivienda

Inodoro conectado a Pozo séptico/biodige/Pozo ciego/Río	635.41(45.34)
Letrina	30.67 (2.19)
No tiene	415.31 (29.63)
Inodoro conectado a red público	320.18(22.84)

DETERMINANTES DE ACCESO A SALUD MATERNA

Lugar de parto

Otro	421.56 (30.08)
Establecimiento de salud	980.03 (69.92)

Tipo de parto

Cesárea	199.68 (14.25)
Vaginal	1,201.91 (85.75)

Consumo de hierro de la madre

No	229.30 (16.36)
Si	1,172.29 (83.64)

Consumo de micronutrientes

No	1,019.38 (79.15)
Si	292.21 (20.85)

Consejería de lactancia materna exclusiva

No	1,084.65 (77.39)
Si	316.93 (22.61)

Consejería de planificación familiar

No	906.32 (64.66)
----	----------------

Si

495.27 (35.34)

Elaborado por: Erika Pamela Puchaicela Sarango

Fuente: Base de datos de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022.

En la Tabla 2, se muestra la prevalencia (Pr) del cumplimiento de controles prenatales. Se observa que las madres indígenas en zonas rurales del Ecuador que presentan mayor prevalencia de cumplimiento de controles prenatales muestran las siguientes características: residen en la región de la costa (Pr: 70.64%, IC 95%: 43.04% - 88.45%), de acuerdo a su edad se encuentran en el grupo de jóvenes (Pr: 67.50%, IC 95%: 62.94% - 71.74%), aquellas Unidas/Casadas (Pr: 66.91%, IC 95%: 62.99% - 70.61%), con nivel de instrucción superior (Pr: 76.00%, IC 95%: 60.77% - 86.62%), aquellas que trabajan en el sector público (Pr: 76.96%, IC 95%: 55.92% - 89.79%). Respecto a la afiliación, mayoritariamente las afiliadas al IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social) (Pr: 67.07%, IC 95%: 52.02% - 79.28%). Según el tipo de vivienda casa de alquiler (Pr: 79.11%, IC 95%: 65.59% - 88.27%), Madres sin pobreza por NBI (Pr: 72.56%, IC 95%: 66.99% - 77.51%), pertenecientes al quintil económico 5 (Pr 81.58%, IC 95%: 72.14% - 88.34%).

En cuanto a los determinantes de acceso, la mayor prevalencia se observa entre quienes disponen de conexión a internet (Pr: 73,72%, IC 95%: 69,21% - 77,78%). Además, el acceso al servicio de agua, principalmente proveniente de la red pública, presenta una prevalencia de (Pr: 71.25%, IC 95%: 61.08% - 79.65%). Por otro lado, en relación con los servicios higiénicos, el (Pr: 72.18%, IC 95%: 63.49% - 79.47%) corresponde a inodoros conectados a la red pública.

En lo que refiere determinantes de acceso, el mayor porcentaje de prevalencia se observa en aquellas que cuentan con internet (Pr: 73.72%, IC 95%: 69.21% - 77.78%). Asimismo, en mujeres con hogares donde el servicio de agua e higiénico, provienen principalmente de la red pública (Pr: 71.25%, IC 95%: 61.08% - 79.65%) y (Pr: 72.18%, IC 95%: 63.49% - 79.47%), respectivamente.

En relación a los determinantes de acceso a salud materna, mayoritariamente, la prevalencia de cumplimiento de controles prenatales se da en mujeres que dan a luz en un establecimiento de

salud (Pr: 73.77%, IC 95%: 69.91% - 77.29%), mediante cesárea (Pr: 80.62%, IC 95%: 73.91% - 85.93%), que consumen de hierro (Pr: 73.18%, IC 95%: 69.83% - 76.29%), y micronutrientes (Pr: 76.99%, IC 95%: 71.42% - 81.75%), tuvieron consejería de lactancia materna exclusiva (Pr: 74.72%, IC 95%: 69.58% - 79.25%), y consejerías de planificación familiar (Pr: 76.86%, IC 95%: 72.97% - 80.33%). (Ver, Tabla 2).

Por otro lado, la prevalencia de cumplimiento de controles posparto de las madres indígenas en zonas rurales del Ecuador, según los determinantes socioeconómicos presentan las siguientes características: residen la región de la costa (Pr: 29.87%, IC 95%: 12.46% - 56.05%). En relación a la edad de la madre se encuentran en el grupo de adolescentes (Pr: 30.90%, IC 95%: 21.21% - 42.63%), aquellas madres solteras (Pr: 29.13%, IC 95%: 22.96% - 36.18%), con el nivel de instrucción superior (Pr: 31.61%, IC 95%: 22.90% - 41.84%), aquellas que trabajan de jornalero o peón (Pr: 32.83%, IC 95%: 23.84% - 43.29%). Respecto a la afiliación (Pr: 29.01%, IC 95%: 19.08% - 41.45%) se encuentra afiliado al IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), según tipo de vivienda casa/apartamento (Pr: 28.59%, IC 95%: 25.55% - 31.85%), Madres sin pobreza por NBI (Pr: 28.70%, IC 95%: 24.45% - 33.37%), pertenecientes al quintil económico 2 (Pr: 30.53%, IC 95%: 25.16% - 36.48%).

Referente a los determinantes de acceso, el (Pr: 29.06%, IC 95%: 25.50% - 32.89%) cuenta con acceso a internet, el servicio de agua principalmente lo reciben de empresa pública (Pr: 30.45%, IC 95%: 23.40% - 38.56%). En relación al acceso de servicio higiénico el (Pr: 29.96%, IC 95%: 26.40% - 33.79%) cuentan con un inodoro conectado a biodige, pozo séptico, pozo ciego, rio, mientras que (Pr: 26.14, IC 95%: 20.95% - 32.09%) cuenta con un inodoro conectado a red pública.

En relación a los determinantes de acceso a salud materna, mayoritariamente, las mujeres dan a luz en un establecimiento de salud (Pr: 28.00%, IC 95%: 25.12% - 31.07%), tipo de parto predomina cesárea (Pr: 44.41%, IC 95%: 37.73% - 51.30%), consumo de hierro (Pr: 28.24%, IC 95%: 25.67% - 30.96%) consumo de micronutrientes (Pr: 30.26%, IC 95%: 24.84% -

36.28%). El (Pr: 43.06%, IC 95%: 38.42% - 47.83%) consejerías de lactancia materna exclusiva, consejería de planificación familiar (Pr: 33.51%, IC 95%: 29.88% - 37.35%)

Tabla 2. Prevalencia según el control prenatal y posnatal de las madres de etnia indígena en el área rural según la ENDI.

DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS		
Región	Control prenatal n% (95%)	Control posnatal n% (95%)
Costa	70.64 (43.04 - 88.45)	29.87 (12.46 - 56.05)
Amazonía	64.63 (59.31 - 69.61)	28.65 (25.07 - 32.52)
Sierra	68.33 (63.03 - 73.19)	25.95 (22.16 - 30.14)
Edad Madre		
Adolescentes	55.17 (44.65 - 65.25)	30.90 (21.21 - 42.63)
Jóvenes	67.50 (62.94 - 71.74)	25.83 (22.56 - 29.41)
Adultas	66.72 (61.24 - 71.78)	28.92 (24.85 - 33.36)
Estado civil		
Separada/Divorciada/Viuda	65.53 (55.14 - 74.62)	22.70 (15.57 - 31.85)
Soltera	65.33 (57.45 - 72.45)	29.13 (22.96 - 36.18)
Unida/Casada	66.91 (62.99 - 70.61)	27.41 (24.46 - 30.57)
Nivel de instrucción		
Ninguno/centro de alfabetización	34.95 (17.02 - 58.44)	19.22 (7.07 - 42.66)
Educación Básica	59.23 (54.23 - 64.04)	26.42 (22.70 - 30.51)
Educación media/bachillerato	75.09 (71.32 - 78.51)	28.28 (24.78 - 32.06)
Superior	76.00 (60.77 - 86.62)	31.61 (22.90 - 41.84)
Ocupación		
Empleado Privado	71.27 (56.80 - 82.40)	20.23 (13.12 - 29.86)
Empleado Publico	76.96 (55.92 - 89.79)	30.39 (17.66 - 47.05)
Jornalera o peón	63.52 (54.24 - 71.89)	32.83 (23.84 - 43.29)
Empleada Domestica	72.30 (39.78 - 91.16)	8.38 (2.47 - 24.81)
Cuenta Propia	66.14 (61.23 - 70.72)	28.57 (24.05 - 33.57)
Trabajador no remunerado	66.08 (61.12 - 70.70)	27.27 (23.75 - 31.10)
Afiliación		
No	66.52 (62.70 - 70.12)	27.21 (24.46 - 30.15)
Si	67.07 (52.02 - 79.28)	29.01 (19.08 - 41.45)
Tipo de vivienda		
Casa Alquiler	79.11 (65.59 - 88.27)	24.72 (17.25 - 34.08)
Media Agua/Rancho	61.03 (54.92 - 66.82)	24.58 (19.81 - 30.06)
Covacha/choza	61.03 (54.92 - 66.82)	16.19 (5.09 - 41.03)
Casa/Apartamento	67.73 (63.52 - 71.67)	28.59 (25.55 - 31.85)
Pobreza por NBI		

Pobreza por NBI	72.56 (66.99 - 77.51)	26.47 (23.37 - 29.81)
No pobreza por NBI	62.94 (58.10 - 67.54)	28.70 (24.45 - 33.37)
Quintiles		
Quintil 1	61.45 (55.62 - 66.96)	28.78 (24.93 - 32.96)
Quintil 2	62.71 (55.94 - 69.02)	30.53 (25.16 - 36.48)
Quintil 3	76.54 (70.78 - 81.46)	24.47 (19.15 - 30.71)
Quintil 4	68.73 (58.39 - 77.48)	24.31 (17.93 - 32.09)
Quintil 5	81.58 (72.14 - 88.34)	21.06 (14.57 - 29.44)
DETERMINANTES DE ACCESO		
Acceso a internet		
No	60.17 (54.93 - 65.19)	25.75 (22.35 - 29.46)
Si	73.72 (69.21 - 77.78)	29.06 (25.50 - 32.89)
Fuente de agua		
Juntas de Agua/Organizaciones comunitaria	69.74 (65.41 - 73.75)	28.48 (24.91 - 32.33)
Pozo/Tanquero/Río	58.78 (51.78 - 65.45)	23.72 (19.33 - 28.76)
Red pública	71.25 (61.08 - 79.65)	30.45 (23.40 - 38.56)
Acceso a servicio higiénico de la vivienda		
Inodoro conectado a Pozo séptico/biodíge/Pozo ciego/Río	71.97 (68.17 - 75.48)	29.96 (26.40 - 33.79)
Letrina	51.30 (35.52 - 66.82)	25.18 (14.00 - 41.03)
No tiene	55.03 (48.02 - 61.84)	24.29 (19.83 - 29.39)
Inodoro conectado a red público	72.18 (63.49 - 79.47)	26.14 (20.95 - 32.09)
DETERMINANTES DE ACCESO A SALUD MATERNA		
Lugar de parto		
Otro	49.76 (42.72 - 56.81)	25.69 (20.73 - 31.36)
Establecimientos Salud	73.77 (69.91 - 77.29)	28.00 (25.12 - 31.07)
Tipo de parto		
Cesárea	80.62 (73.91 - 85.93)	44.41 (37.73 - 51.30)
Vaginal	64.21 (60.15 - 68.07)	24.46 (21.64 - 27.53)
Consumo de hierro de la madre		
No	32.60 (25.54 - 40.55)	22.52 (16.24 - 30.34)
Si	73.18 (69.83 - 76.29)	28.24 (25.67 - 30.96)
Consumo de micronutrientes		
No	63.79 (59.67 - 67.72)	26.53 (23.65 - 29.62)
Si	76.99 (71.42 - 81.75)	30.26 (24.84 - 36.28)
Consejería de lactancia materna exclusiva		
No	64.16 (59.82 - 68.27)	22.70 (19.91 - 25.76)
Si	74.72 (69.58 - 79.25)	43.06 (38.42 - 47.83)
Consejería de planificación familiar		
No	60.91 (56.11 - 65.51)	23.91 (20.63 - 27.53)
Si	76.86 (72.97 - 80.33)	33.51 (29.88 - 37.35)

Elaborado por: Erika Pamela Puchaicela Sarango

Fuente: Base de datos de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022.

En la Tabla 3 se muestra la Razón de prevalencia. Para el control prenatal, se observó lo siguiente: según la edad de la madre el grupo de adolescentes disminuye la probabilidad de cumplir el número de controles prenatales RP: 0.82, (IC 95% 0.68 - 0.98). De acuerdo a los quintiles las madres indígenas que se encuentran dentro de los quintiles más pobre (Quintil 1 - 2) disminuyen la probabilidad de cumplir con el número de controles prenatales con un RP: 0.84, (IC 95% 0.74 - 0.95) el Quintil 1, y una RP: 0.83, (IC 95% 0.73 - 0.94) el Quintil 2. Según el lugar de parto, las madres que dieron a luz fuera de un establecimiento de salud tienen menor probabilidad de cumplir con el número de controles prenatales RP: 0.83, (IC 95% 0.74 - 0.93), mientras que las madres que su tipo de parto fue por cesárea aumentan la probabilidad de cumplir con el número de controles prenatales RP: 1.15, (IC 95% 1.03 - 1.28). Las madres que no consumen hierro tienen menor probabilidad de cumplir el número de controles prenatales RP: 0.49, (IC 95% 0.40 - 0.58). Igualmente, las madres que no recibieron consejería de planificación familiar tienen menos probabilidades de cumplir el número de controles prenatales RP: 0.88, (IC 95% 0.82 - 0.95).

Por otro lado, para el control posparto se observó lo siguiente: las madres indígenas que se encuentran en los quintiles más pobres aumentan la probabilidad de cumplir con el número de controles posparto RP: 1.81, (IC 95% 1.18 - 2.78) el Quintil 1; y RP: 1.75, (IC 95% 1.14 - 2.66) el Quintil 2. Según los determinantes de acceso las madres indígenas que reciben agua de pozo/tanquero/carro/rio tienen menos probabilidad de cumplir con el número de controles posnatales RP: 0.64, (IC 95% 0.46 - 0.88) en relación a las madres que tienen acceso a servicio de red pública. Según el tipo de parto las madres indígenas cuyo tipo de parto fue cesárea tienen mayor probabilidad de cumplir con el número de controles posparto RP: 1.91, (IC 95% 1.55 - 2.35). Las madres indígenas que no reciben consejería de lactancia materna exclusiva tienen menos probabilidades de cumplir con el número de controles posparto RP: 0.56, (IC 95% 0.47 - 0.67).

Tabla 3. Razón de prevalencia del control prenatal y posnatal de las madres de etnia indígena en el área rural según la ENDI.

DETERMINANTES SOCIOECONOMICOS				
Región	Control prenatal RP (IC: 95%)	P - Value	Control posnatal RP (IC: 95%)	P - Value
Costa	0.95 (0.76 - 1.17)	0.644	1.29 (0.67 - 2.48)	0.440
Amazonía	1.02 (0.94 - 1.11)	0.560	1.21 (0.99 - 1.48)	0.058
Sierra	Referencia			
Edad Madre				
Adolescentes	0.82 (0.68 - 0.98)	0.032*	1.02 (0.70 - 1.49)	0.890
Jóvenes	0.92 (0.85 - 1.00)	0.068	0.90 (0.75 - 1.09)	0.304
Adultas	Referencia			
Estado civil				
Separada/Divorciada/Viuda	1.01 (0.88 - 1.16)	0.849	0.77 (0.55 - 1.08)	0.138
Soltera	0.95 (0.85 - 1.05)	0.332	1.01 (0.78 - 1.30)	0.900
Unida/Casada	Referencia			
Nivel de instrucción				
Ninguno/centro de alfabetización	0.61 (0.35 - 1.06)	0.080	0.67 (0.25 - 1.77)	0.430
Educación Básica	0.96 (0.80 - 1.14)	0.659	0.92 (0.64 - 1.33)	0.686
Educación media/bachillerato	1.11 (0.94 - 1.32)	0.199	0.99 (0.68 - 1.45)	1.000
Superior	Referencia			
Ocupación				
Empleado Privado	1.00 (0.85 - 1.18)	0.910	0.78 (0.49 - 1.24)	0.301
Empleado Publico	1.04 (0.75 - 1.43)	0.811	0.80 (0.37 - 1.71)	0.569
Jornalera o peón	0.93 (0.80 - 1.07)	0.348	1.31 (0.92 - 1.86)	0.132
Empleada Domestica	0.88 (0.59 - 1.31)	0.535	0.35 (0.11 - 1.15)	0.085
Cuenta Propia	0.93 (0.85 - 1.01)	0.103	1.02 (0.81 - 1.27)	0.859
Trabajador no remunerado	Referencia			
Afiliación				
No	1.28 (0.97 - 1.67)	0.071	0.72 (0.42 - 1.24)	0.249
Si	Referencia			
Tipo de vivienda				
Casa alquiler	1.02 (0.90 - 1.17)	0.664	0.79 (0.54 - 1.15)	0.219
Media agua/rancho	0.99 (0.89 - 1.10)	0.866	0.92 (0.73 - 1.16)	0.512
Covacha/choza	0.84 (0.49 - 1.44)	0.535	0.63 (0.25 - 1.55)	0.320
Casa/Apartamento	Referencia			
Pobreza por NBI				
Pobreza por NBI	1.06 (0.95 - 1.18)	0.235	1.04 (0.82 - 1.31)	0.742
No pobreza por NBI	Referencia			
Quintiles				

Quintil 1	0.84 (0.74 - 0.95)	0.006*	1.81 (1.18 - 2.78)	0.007*
Quintil 2	0.83 (0.73 - 0.94)	0.006*	1.75 (1.14 - 2.66)	0.009*
Quintil 3	0.97 (0.86 - 1.10)	0.707	1.33 (0.86 - 2.06)	0.187
Quintil 4	0.92 (0.79 - 1.06)	0.285	1.31 (0.86 - 1.99)	0.198
Quintil 5	Referencia			
DETERMINANTES DE ACCESO				
Acceso a internet				
No	0.92 (0.85 - 1.00)	0.053	0.86 (0.72 - 1.03)	0.111
Si	Referencia			
Fuente de agua				
Juntas de Agua/Organizaciones comunitaria	0.96 (0.85 - 1.08)	0.497	0.79 (0.60 - 1.05)	0.108
Pozo/Tanquero/Carro/Río	0.91 (0.78 - 1.06)	0.247	0.64 (0.46 - 0.88)	0.008*
Empresa pública	Referencia			
Acceso a servicio higiénico de la vivienda				
Inodoro conectado a pozo séptico, biodige, pozo ciego, directo al río	1.04 (0.94 - 1.16)	0.393	1.08 (0.83 - 1.41)	0.528
Letrina	0.84 (0.62 - 1.13)	0.260	0.99 (0.57 - 1.74)	0.997
No tiene	0.92 (0.79 - 1.06)	0.286	0.96 (0.66 - 1.38)	0.826
Inodoro conectado a red público	Referencia			
DETERMINANTES DE ACCESO A SALUD MATERNA				
Lugar de parto				
Otro	0.83 (0.74 - 0.93)	0.002*	1.23 (0.99 - 1.52)	0.054
Establecimientos Salud	Referencia			
Tipo de parto				
Cesárea	1.15 (1.03 - 1.28)	0.007*	1.91 (1.55 - 2.35)	0.000**
Vaginal	Referencia			
Consumo de hierro de la madre				
No	0.49 (0.40 - 0.58)	0.000**	0.86 (0.65 - 1.14)	0.312
Si	Referencia			
Consumo de micronutrientes				
No	0.94 (0.87 - 1.01)	0.130	0.98 (0.80 - 1.20)	0.888
Si	Referencia			
Consejería de lactancia materna exclusiva				
No	0.97 (0.89 - 1.04)	0.469	0.56 (0.47 - 0.67)	0.000**
Si	Referencia			
Consejería de planificación familiar				
No	0.88 (0.82 - 0.95)	0.001*	0.86 (0.73 - 1.03)	0.115
Si	Referencia			

*p<0.05, **p<0.001

Elaborado por: Erika Pamela Puchaicela Sarango

Fuente: Base de datos de la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022.

Discusión

Los resultados del presente artículo evidenciaron que las mujeres indígenas se encuentran concentradas en la provincia de la Sierra, con un rango etario de 19 a 30 años, en su mayoría unidas/casadas, trabajadoras autónomas, con niveles de instrucción básicos. Al respecto, Cevallos, Castillo y Santillán (14) señalaron que las principales características de las mujeres indígenas fueron similares a las mencionadas previamente, con edades entre 20 y 29 años (52,63 %), mayoría de mujeres provenientes del cantón Colta, ubicado en la región Sierra (54,97 %), y una proporción significativa de amas de casa como tipo de ocupación (56,72 %), el nivel de escolaridad predominante fue la primaria terminada 46,78 %, estado civil casado con un 54,38 %, estas pueden estar ligadas a determinantes de socioeconómico, acceso, entre otros.

Referente a la prevalencia, se observó que las madres jóvenes, de nivel de instrucción superior, pertenecientes al quintil económico 5, presentan mayor prevalencia de cumplimiento de controles prenatales. Este hallazgo, se asemeja a los resultados, según Tello – Dongo (15) resaltan en su estudio que las madres que cuentan con mayor prevalencia de cumplir controles prenatales son aquellas que se encuentren en los grupos etarios de 20 a 34 años y de 35 a 49 años, tener educación secundaria o superior, ser de quintil económico distinto al más pobre (quintil 1).

En cuanto al modelo ajustado del control prenatal se evidenció que: las mujeres adolescentes, pertenecientes a los quintiles económicos más pobres, dieron a luz en lugares fuera de los establecimientos de salud, no consumieron hierro, no recibieron consejería de planificación familiar tuvieron menor probabilidad de cumplir con el número de controles prenatales. Mientras que las madres que dieron a luz por cesárea tuvieron mayor probabilidad de cumplir con el número de controles prenatales y posnatales. Según el estudio de “Factores asociados a un control prenatal inadecuado en el embarazo adolescente en Perú” presentaron resultados similares como las adolescentes, vivir en zonas rurales, nivel de instrucción analfabetismo,

tienen mayor probabilidad de tener un control prenatal inadecuado. Mientras tanto, según el tipo de parto cesárea fue un factor protector (16).

Durante el control prenatal, se analizan los riesgos relacionados con embarazos anteriores, como problemas en la placentación (como placenta previa y acretismo placentario) y el riesgo de ruptura uterina en partos futuros. Esta evaluación es fundamental para decidir si es necesario realizar una cesárea programada (17). La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite extraer al feto y los anexos ovulares mediante una incisión en el útero. Tras la operación, la paciente es trasladada a la sala de recuperación, donde recibe atención integral del equipo de salud durante los dos o tres días posteriores. Cuanto el personal médico realiza la evaluación y existe probabilidad de cesárea como tipo de parto los controles prenatales y posnatales son más rigurosos y se asegura el cumplimiento de los mismos lo que confirma que la cesárea puede actuar como un factor protector (18).

Por otro lado, el modelo ajustado del control posparto evidenció que las madres indígenas que se encuentran en los quintiles más pobres tienen mayor probabilidad de cumplir con el número de controles, posiblemente este hallazgo se ve afectado por el tamaño de la muestra, la interacción con otras variables económicas, o tal vez pueda deberse que a gran escala la atención del personal de salud en las áreas rurales es designado específicamente a la atención de primer nivel, el cual uno de sus lineamientos es seguimiento estricto de atención materna, por lo cual se enfocan al seguimiento exhaustivo de madres vulnerables (19). Finalmente, el tipo de parto cesárea evidenció una mayor probabilidad de cumplir con el número de controles, según Narváez (12) las mujeres que su proceso de parto fue vaginal tienen 23% menos probabilidad de acudir a la atención posnatal en comparación de aquellas madres que tuvieron cesárea, hay posibilidad de este resultado esté ligado a encontrarse en una casa de salud, pues el control posparto es realizado durante el tiempo establecido y antes del alta de la misma, además el seguimiento es más exhaustivo tanto al recién nacido como a la madre una vez de su captación (12).

En Ecuador, se han implementado varias normativas y estrategias para mejorar el acceso a atención prenatal y posparto de las madres indígenas. La Constitución y la Ley Orgánica de

Salud Intercultural reconocen el derecho a una atención de salud respetuosa de las tradiciones indígenas. En los últimos años, ha aumentado la infraestructura de salud, especialmente en áreas rurales. Además, se ha promovido el parto intercultural, adaptando los establecimientos de salud para respetar las costumbres indígenas. También se ha integrado a las parteras comunitarias en el sistema de salud, capacitando y certificando su rol para ofrecer una atención más adecuada y culturalmente pertinente (20). A pesar de las estrategias implementadas a lo largo del tiempo, se observan resultados que llaman la atención, como los que hemos señalado en este artículo. Estos resultados reflejan tanto los avances como las dificultades persistentes en el acceso a servicios de salud para las madres indígenas, lo que sugiere que, aunque hay esfuerzos por mejorar, aún existen barreras y desafíos que deben abordarse para lograr una atención efectiva y culturalmente adecuada.

Conclusiones

De acuerdo a la investigación realizada se evidenció que las mujeres indígenas en zonas rurales de Ecuador permanecen con obstáculos considerables para obtener servicios de atención prenatal y posparto. Estos obstáculos comprenden elementos culturales, geográficos y socioeconómicos que restringen su habilidad para obtener atención apropiada durante la gestación y tras el parto. Los determinantes sociales, tales como la edad, el estado civil, el nivel de educación y la localización geográfica, son esenciales para comprender las diferencias en el acceso a la asistencia sanitaria. Las particularidades históricas de inequidad han afectado de manera significativa la salud de estas mujeres y sus descendientes.

Fomentar la autonomía de las mujeres indígenas es crucial para que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y la de sus hijos. Esto implica no solo mejorar el acceso a servicios de salud, sino también empoderarlas para que participen activamente en su atención médica. Estas conclusiones resaltan la imperiosa necesidad de un enfoque holístico que incluya tanto los elementos sociales como los estructurales para potenciar la salud materna e infantil entre las comunidades indígenas en Ecuador.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2024. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,as%C3%AD%20como%20a%20medicamentos.>
2. Nacer Sano. [Online].; 2024 [cited 2024 Septiembre 17. Available from: <https://nacersano.marchofdimes.org/padres/sus-chequeos-posparto.aspx#:~:text=El%20chequeo%20posparto%20es%20un,veces%20peligrosas%20para%20la%20vida.>
3. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica - Guia Practica Clinica. Quito: Ministerio de Salud; 2015.
4. Salud OMD. National Center for Biotechnology Information. [Online].; 2022. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589456/>.
5. Unicef. Unicef. [Online].; 2023. Available from: <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/embarazo/que-es-el-puerperio-y-las-etapas-del-posparto.>
6. Holder DR. Organización Panamericana de Salud. [Online].; 2022 [cited 2024 Septiembre 17. Available from: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/MGPSS-Y-AUS-Y-CUS-PAN-NOV-2014.pdf>.
7. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. [Online]. [cited 2024 Octubre 10. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
8. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. Gaceta sanitaria. 2020; 34.
9. Vilorio M, Maximil R. Factores que influyen en la disminución de la atención prenatal en mujeres de América Latina en la década 2010 - 2020. ; 2022.
- 10 Gob.ec. Gob.ec. [Online]. [cited 16 Septiembre 2024. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta_nacional_desnutricion_infantil/.

- 11 Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Cepal.org. [Online].; 2020 [cited 2025 Enero 24. Available from: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/d80021ed-eae2-40fb-b9d1-adee14c74f90/content>.
- 12 Lizeth NRJ, Colón BZD, Belen RQP. Factores asociados a la atención posnatal. Análisis de la encuesta Ensanut 2018 Ecuador. Quito;; 2018.
- 13 Contreras-Sánchez SE, Doubova S, Mejía-Chávez MI, Infante-Castañeda C, Pérez-Cuevas R. Factores asociados a la falta de control posnatal materno. Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. ; 60 (4-11).
- 14 Isaac y Gerson Rivera J. Bookdown.org. [Online].; 2021 [cited 2024. Available from: <https://bookdown.org/jaimeisaacp/bookglm/regresi%C3%B3n-de-poisson.html>.
- 15 Dongo Cornejo KF, Tello Torres CA. Prevalencia y factores asociados al cumplimiento adecuado del control prenatal en Perú. Universidad Científica del Sur. 2023.
- 16 Milagros MGR. Factores asociados a un control prenatal inadecuado en el embarazo adolescente en Perú. Repositorio Academico de la UPC. 2022 Octubre.
- 17 Susana Aguilera P, Peter Soothill MD. Control Prenatal. Revista médica Clínica Las Condes. 2024; 25(880-886).
- 18 Stanfordchildrens.org. [Online]. [cited 2025. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=cesarean-section-92-P09282>.
- 19 Gob.ec. [Online].; 2014. Available from: <https://www.salud.gob.ec/ano-de-salud-rural-5-670-profesionales-fortaleceran-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-en-las-comunidades-del-pais/>.
- 20 Alban Meneses CdJ, Sellan Icaza VM, Moran Alban CL. La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. Minerva. 2020; 1.
- 21 Who.int. [Online]. [cited 2024 09 06. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.

- 22 Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Factores asociados a la . calidad de la atención prenatal en Perú. Revista peruana de medicina experimental y salud publica. 2019; 36: p. 178-187.
- 23 Alonso DC, Pablo NMJ. Factores asociados al cumplimiento del control puerperal . inmediato en Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019. Repositorio académico UPC. 2023.
- 24 Cevallos Paredes Keylee Alexandra CRLESMET. Comportamiento de la lactancia materna . exclusiva en madres indígenas. Rev Cubana Med Gen Integr. 2019 Septiembre; 35(3).