

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

**Valoración de la mortalidad materna en mujeres de la Sierra rural: una
tragedia evitable**

Daniela Nataly Cadena Mosquera

Sebastián Oleas Marín, PhD

Pablo Cabrera Barona, PhD

Equipo Técnico de Dirección de Trabajo de Titulación

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Máster en Salud Pública

Quito, 08 de mayo 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Valoración de la mortalidad materna en mujeres de la Sierra rural: una tragedia evitable

Daniela Nataly Cadena Mosquera

Firmas

Sebastián Oleas Marín, PhD.

Pablo Cabrera Barona, PhD.

Equipo Técnico de Dirección del Trabajo de
Titulación

Fadya Orozco Terán, PhD.

Directora del Programa de Maestría en
Salud Pública

Jaime Ocampo, PhD.

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, mayo 2019

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Nombre:

Código de estudiante:

C. I.:

Lugar, Fecha

Dedicatoria

Al autor del conocimiento, inteligencia, sabiduría y amor eterno, Dios.

A mis padres, por abrir el camino en cada etapa de mi vida y su acompañamiento.

A mi abuelita, por su amistad incondicional y sus oraciones de respaldo.

Agradecimientos

A las mujeres de Intag, por entregar valiosa información, y por traer a mi mente la importancia de la palabra *sororidad*.

A los y las docentes de la Maestría en Salud Pública, por compartir sus conocimientos, reflexiones, enseñanzas y cultivar cada día la motivación para ser una verdadera salubrista.

Resumen

Las mujeres de la Sierra rural conciben a la maternidad como un constructo de identidad, ejercicio del poder, seguridad, estatus en la comunidad, y cuidado de su descendencia. No obstante, el proceso de maternidad se vuelve riesgoso en las zonas rurales dado que las condiciones de pobreza incrementan 48 veces más la probabilidad de morir por causas maternas. En este sentido, la mortalidad materna es percibida como la pérdida de una mujer en edad productiva y reproductiva, provocando un costo social para el país. Por lo tanto, la presente tesis: calculó la razón de muerte materna en la Sierra rural en un período de siete años; y, cuantificó el valor de la muerte materna en la Sierra rural en términos de trabajo no remunerado y años potenciales de vida perdidos. Adicionalmente, se realizó un estudio de caso de métodos mixtos en la zona de Intag, ubicada en el cantón Cotacachi, debido a la reducción de casos de muerte materna. Los datos se obtuvieron mediante 93 encuestas realizadas a mujeres de la zona y 4 entrevistas semiestructuradas al personal de salud y autoridades comunitarias. Con estos resultados, la investigación llegó a la conclusión de que la razón de muerte materna en la Sierra rural se ha ido incrementando, lo que implica un alto costo indirecto de trabajo no remunerado y pérdida de producción. Mientras que, el estudio de caso demostró que la coordinación y niveles de organización comunitario han incrementado el empoderamiento de las mujeres de Intag para reclamar sus derechos en salud materna, sin embargo, el sistema de salud fragmentado no ha permitido la reducción del gasto de bolsillo en parteras. Finalmente, el estudio promueve el conocimiento de las normas informales en la maternidad de las mujeres de Intag, a fin de demostrar la importancia de la evaluación de los contextos para que las estrategias y planes gubernamentales se alineen a las necesidades específicas de las distintas poblaciones.

Palabras clave: Sierra, Rural, Mujeres, Mortalidad materna, Maternidad, Intag, Trabajo no remunerado, Producción.

Abstract

The women of rural Ecuadorean highlands conceive motherhood as an identity, exercise of power, security, status in the community, and care of their offspring. However, the process of motherhood becomes a risk in rural areas, given that conditions of poverty increase 48 times the probability to die due to maternal causes. In this sense, maternal mortality is the loss of woman in productive and reproductive age, causing a social cost for country. The present study, calculated the maternal mortality ratio in rural Sierra over a period of seven years and quantified the value of maternal mortality in rural Sierra in terms of unpaid care work and potential years of life lost. This thesis also, analyzes a case study, the Intag area located in Cotacachi canton, by applying mixed methods. This area was chosen as case study, due to the reduction of cases of maternal mortality experienced. Data was obtained through 93 surveys to women and 4 semi-structured interviews with healthcare staff and community authorities. It was found that the maternal mortality ratio in rural Sierra has been increasing, which implies a high indirect cost of unpaid care work and loss of production. The case study showed that coordination and levels of community organization have increased the empowerment of Intag women to claim their rights in maternal health. However, the fragmented health system does not facilitate reducing out of pocket in midwives. This study also identified the important knowledge of the informal norms of motherhood in women of Intag, and demonstrates the evaluation of contexts as important factors to be considered by strategies and governmental planning's aligned to specific needs of different populations.

Key words: Sierra, Rural area, Women, Maternal mortality, Motherhood, Intag, Unpaid care work, Production.

Tabla de contenido

Resumen.....	6
Abstract	7
Introducción	12
Antecedentes.....	12
Justificación.....	14
Pregunta de investigación.....	17
Hipótesis.....	18
Objetivos	18
Marco Teórico	19
Teoría Ecosocial y la perspectiva de multinivel dinámica	19
Determinantes sociales de la muerte materna.....	21
Economía del cuidado	27
Cuentas Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares.....	30
Teoría de los indicadores sintéticos de la salud.....	39
Años potenciales de vida productivos perdidos	40
Revisión de la literatura	41
Rol de la mujer y maternidad en América Latina	41
Valor simbólico de la mujer y madre latinoamericana	46
Los cambios de la maternidad (desde el instinto natural a la opción de vida).....	48
Ser Mujer Rural en América Latina	49
La maternidad en el ámbito de las mujeres rurales	59
Acceso a servicios de salud materna y muerte materna en zonas rurales	61
Ecuador: Mujeres en la Sierra rural	65
Metodología y diseño de la investigación.....	73
Metodologías Sierra rural	73
Razón de muerte materna (RMM)	74
Valoración del Trabajo No Remunerado	75
Años potenciales de vida perdidos (APVP)	79
Métodos Mixtos	89
Análisis de datos.....	90
Resultados Metodología Sierra rural.....	91
Distribución y Razón de muerte materna (RMM) en la Sierra rural	91

Valoración simbólica de la muerte materna.....	95
Años potenciales de vida perdidos (APVP) por muerte materna en la Sierra rural	100
Estudio de Caso – Intag.....	106
Análisis Cuantitativo	106
Análisis cualitativo – Transcripción y Análisis de entrevistas semiestructuradas	120
Conclusiones.....	137
Recomendaciones	140
Referencias.....	143

Índice de Tablas

Tabla 1. Estadísticas de mujeres rurales en Ecuador – 2017	66
Tabla 2. Acceso a establecimientos de salud sin internación hospitalaria de mujeres en Ecuador – 2014.....	69
Tabla 3. Personal que trabaja en establecimientos de salud según área de residencia en Ecuador -2014	70
Tabla 4. Estadísticas de mujeres rurales en la sierra de Ecuador – 2010	71
Tabla 5. Número de casos de muerte materna en la Sierra rural, 2000-2017	91
Tabla 6. Remuneración por hora según clasificación de actividades por Industria.....	98
Tabla 7. Remuneración ponderada media de la clasificación de actividades por Industria....	98
Tabla 8. Promedio mensual del ingreso de mujeres – 2012-2018.....	99
Tabla 9. Estimación de los costos totales indirectos e términos de trabajo no remunerado en la Sierra rural	99
Tabla 10. Años de vida perdidos por muerte materna en la Sierra rural, según grupo de edad y año	102
Tabla 11. Datos demográficos de mujeres en la zona de Intag – 2019.	106
Tabla 12. Datos sociales de mujeres en la zona de Intag – 2019.....	108
Tabla 13. Datos acceso a salud materna en la zona de Intag – 2019	111
Tabla 14. Lugar donde se produjo el parto en la zona de Intag – 2019.....	112
Tabla 15. Número promedio de hijos/as por mujer, según grupo de edad en la zona de Intag – 2019	113
Tabla 16. Promedio de nivel de instrucción, según grupo de edad en la zona de Intag – 2019	114
Tabla 17. Lugar donde se atendió el parto, según grupo de edad en la zona de Intag – 2019	115
Tabla 18. Rol de mujer en la comunidad y rol de madre en la zona de Intag – 2019.....	116
Tabla 19. Categorías y valores de Índice de accesibilidad a servicios de salud en la zona de Intag – 2019	118
Tabla 20. Categorías y valores de Índice de aceptabilidad a casa en la zona de Intag – 2019	119
Tabla 21. Resumen del análisis de entrevistas semiestructuradas en la zona de Intag – 2019	135

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Relación del Valor Agregado Bruto del Trabajo No Remunerado (VAB TNR) según sexo, respecto del PIB en Ecuador	35
Gráfico 2. Horas anuales y participación según sexo en el Trabajo No Remunerado (TNR) en Ecuador.....	36
Gráfico 3. Producción de Hogares privados con servicio doméstico y participación según sexo y capítulos CAUTAL – Ecuador (2015)	38
Gráfico 4. Razón de mortalidad materna en la Sierra rural y nacional por cada 100.000 nacidos vivos, 2000-2017	93
Gráfico 5. Tasa bruta de años de vida perdidos por muerte materna en la Sierra rural.....	101

Índice de Figuras

Figura 1. Determinantes sociales de la muerte materna.....	23
Figura 2. Industrias clasificadas en Cuentas Nacionales – BCE 2012	76
Figura 3. Resumen del análisis de entrevistas semiestructuradas en la zona de Intag – 2019	136

Introducción

Antecedentes

La muerte materna es considerada como uno de los problemas principales en Salud Pública debido al impacto socioeconómico que genera en las poblaciones. Si bien es cierto, algunos casos de muerte materna se han presentado como hechos inevitables, existen factores que están asociados a dinámicas políticas, sociales y económicas que conllevan a prevenir y reducir estos casos (Arrieta, Alí, Ballester, 2016).

El avance tecnológico, desarrollo y crecimiento económico deberían necesariamente mejorar los indicadores de mortalidad materna. Es decir, si se estudia a este fenómeno como una “tragedia evitable” (Elu & Santos Pruneda, 2003), se contribuye a disminuir los factores sociales, políticos y económicos relacionados con la muerte materna, mejorando así la calidad de vida de las mujeres.

Comúnmente, las muertes maternas evitables son más complejas y difíciles de reducir en países de ingresos medios y bajos, debido a la ineficiencia de políticas y programas en acceso a salud. De acuerdo a los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) de las 303.000 muertes maternas en el mundo, más de la mitad corresponde a mujeres pertenecientes a regiones pobres, lo cual incrementa el riesgo 48 veces más (Gispert et al., 2006).

Efectivamente, la distribución de la mortalidad materna no es homogénea, lo que resalta su estrecha vinculación con inequidad, accesibilidad a servicios de salud, pobreza, ineficiencia en programas y redistribución de la riqueza (Gispert et al., 2006).

En el año 2000, la OMS incluyó como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a la salud materna. El Objetivo 5 planteaba reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, es decir al menos el 75% para el año 2015. Por lo tanto, se desarrollaron estrategias dirigidas al incremento de acceso a intervenciones clave para mejorar la salud materna (OPS & OMS, 2014).

No obstante, el informe final de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2015 demostró que, a pesar de los avances y logros significativos que han tenido once países de América Latina y el Caribe en la reducción de muertes maternas, ningún país desde 1990 logró cumplir la meta planteada (OPS, OMS, 2016).

El Informe mencionado expone los resultados del porcentaje de la reducción de la mortalidad materna por país. En primer lugar, se encuentra Perú (64%) seguido de Bolivia (61%), Honduras (61%), República Dominicana (57%), Barbados (56%), Guatemala (49%), Ecuador (44%), Brasil (43%), Haití (43%), El Salvador (39%); y, finalmente Nicaragua (38%).

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2015) demostró que el porcentaje total de reducción de muertes maternas en América Latina y el Caribe fue del 40%. Para lo cual se proponen los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con los que

cada país tendrá el desafío de continuar con la reducción de muertes maternas hasta el 2030 (OPS, OMS, 2016).

En lo que se refiere al Ecuador, la Razón de Mortalidad Materna (RMM)¹ ha ido disminuyendo conforme el paso de los años. Datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) muestran que en el período de 1990 a 2016 la RMM fue de 84,59 y 39,67 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente. A nivel regional, de acuerdo al INEC en el año 2016 la RMM en la Sierra fue de 34,54, en la Costa 45,62 y en el Oriente 31,24 por 100.000 nacidos vivos. Según el informe de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el 2017, el 80% de las muertes maternas fueron producidas por causas evitables (INEC, 2016).

Si bien, en 26 años se logró reducir en 44,92 puntos la RMM aún no es suficiente. Varios estudios realizados por la OPS han demostrado que en el Ecuador existe una persistente brecha e inequidad en acceso a salud sexual, reproductiva y materna de acuerdo a la ubicación geográfica de la mujer. Además, el país se enfrenta a problemas de sub-registro y mala clasificación de las causas de mortalidad.

Justificación

Actualmente, existen dos razones principales por las que la mortalidad ha adquirido prioridad y visibilidad en las políticas públicas de varios países. La primera, es el enfoque de derechos humanos expuesto en la salud pública. El mayor porcentaje de muertes maternas

¹ La RMM es el número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos (OMS, 2010).

son producto de causas prevenibles y evitables evidenciando el acceso a salud materna, atención obstétrica oportuna y resolutive. Segundo, los países con una marcada diferencia de roles de género cuentan con políticas publicas ineficientes y débiles puesto que se promueve la desigualdad y poca consideración prioritaria a mujeres (Sesia, 2011).

Las dos razones aluden a que, en la gran mayoría de los casos, la mortalidad materna no tiene nada de natural, democrático o equitativo. En los hechos, este fenómeno, refleja las profundas y múltiples desigualdades que sufrió la gran mayoría de aquellas mujeres que fallecieron durante la maternidad, ya que estas muertes se concentran en áreas más marginadas, entre mujeres de nivel educativo más bajo y en donde la subordinación de género es más marcada y en lugares donde hay mayores problemas de acceso económico, geográfico y cultural a servicios de salud oportunos y de calidad (Sesia, 2011, p. 243)

Si las condiciones socioeconómicas, culturales y sanitarias no son eficientes, la maternidad puede ser uno de los eventos más riesgosos por lo que deba pasar una mujer. A nivel mundial al menos 20 millones de mujeres presentan complicaciones durante la gestación, de estas, 529.000 se convierten en muertes maternas. Es así que “la mortalidad materna es el producto final de la correlación de múltiples factores interactuantes; por tal razón, la mortalidad materna es considerada un indicador sensible para describir la calidad de los servicios de salud de las regiones y localidades”(Rodríguez-Leal & Verdú, 2013, p. 435).

Adicionalmente, la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio que pueda ser evitada, es un hecho inadmisible e injusto. Puesto que, la muerte materna implica

la pérdida de una mujer que no solo se encuentra en edad reproductiva, sino también en edad productiva. Por ende, la mortalidad materna reduce la producción, lo que genera un costo social para el país (Rodríguez-Leal & Verdú, 2013).

Considerando las cifras del INEC (2018), más de la mitad de hogares ecuatorianos tienen jefaturas femeninas siendo el sustento económico del hogar o mujeres amas de casa que son el sustento de cuidado y ayuda, para Rodríguez-Leal y Verdú (2013) la muerte materna se torna trascendental debido a la alteración de la dinámica familiar a través de pérdidas económicas o de cuidado. Además, este fenómeno conlleva al deterioro de la vida social, económica, cultural, familiar y la capacidad de desarrollo de un país. Dado que la mayoría de muertes maternas ocurren en niveles socioeconómicos bajos, el círculo intergeneracional de la pobreza incrementa en aquellas familias (Lozano-Avenidaño, Zoraida Bohórquez-Ortiz, & Zambrano-Plata, 2016).

Varios estudios realizados en América Latina han demostrado que la muerte materna es más elevada en mujeres rurales que en mujeres urbanas. En este sentido, la Economía de Género ha criticado enormemente el hecho de que el análisis del costo de muerte materna es netamente monetario sin comprender el valor de una mujer rural que no es considerada como “productiva”, por lo que se ha colocado un valor simbólico y económico a dichas mujeres (Flórez–Estrada, 2007).

Por lo tanto, los valores, causas y escenarios de muertes maternas en el Ecuador son distintos. En el Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna y Neonatal del MSP (2008) se

muestra que en varios cantones de la Sierra existe una tendencia creciente a las muertes maternas en primera demora, es decir producidas en el hogar.

Sin embargo, resulta interesante que en el año 2016 el cantón Cotacachi ubicado en la provincia de Imbabura en la Sierra rural ecuatoriana, se registró a penas el 0,3% de muerte materna; y, para el año 2017 según las bases de Defunciones-INEC el mismo cantón registró 1 caso de muerte materna tardía. La particularidad de esta zona es que, pese a que la mayoría de la población es rural, el porcentaje de muerte materna es bajo en relación a otros cantones y zonas del Ecuador (INEC, 2017).

En virtud de lo mencionado y considerando la importancia de la heterogeneidad de las poblaciones, el presente estudio se enfoca en mujeres de la Sierra rural a fin de comprender el comportamiento de la muerte materna en estas zonas. Además de tomar como estudio de caso a la zona de Intag, analizando los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias, cantonales y de la comunidad para lograr reducir la muerte materna.

Pregunta de investigación

Para llevar a cabo esta investigación acerca de la valoración de muerte materna en la Sierra rural del Ecuador, se partió de la siguiente pregunta general:

¿Cuál es el valor de la pérdida simbólica y económica de la muerte materna evitable en la Sierra rural?

Hipótesis

Se plantearon tres hipótesis:

- ❖ H1: Las altas tasas de mortalidad materna evitable provocan mayores costos sociales y simbólicos asociados a la a pérdida de una mujer rural.
- ❖ H2: La muerte materna incrementa la pérdida de años potenciales de vida en una población.
- ❖ H3: La muerte materna prematura incrementa la pérdida de horas de trabajo no remunerado en hogares rurales.

Objetivos

❖ General:

Valorar la pérdida simbólica y económica por muerte materna evitable en la Sierra rural de Ecuador.

❖ Específicos:

1. Identificar la distribución de la muerte materna según variables demográficas en la Sierra rural.
2. Cuantificar los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por muerte materna en la Sierra rural.
3. Cuantificar las horas perdidas de trabajo no remunerado por muerte materna en la Sierra rural.
4. Realizar un estudio de caso en el cantón Cotacachi (zona de Intag).

Marco Teórico

El estudio de la mortalidad materna es extenso y multidisciplinario pues se puede abordar desde varias aristas para intentar, de alguna manera, dar soluciones adecuadas a este fenómeno. Considerando que las muertes maternas evitables representan una importante pérdida en las comunidades de la Sierra rural, traducido en términos de productividad, existen diferentes teorías que permiten estudiar el valor simbólico de dicha pérdida. En primer lugar, se aborda la teoría Ecosocial. Segundo, los Determinantes sociales de la mortalidad materna. Tercero, la teoría de la Economía del Cuidado relacionada con las Cuentas Satélite del Trabajo No Remunerado; y finalmente se aborda la teoría de los Indicadores sintéticos de salud.

Teoría Ecosocial y la perspectiva de multinivel dinámica

En 1994, Nancy Krieger introduce el concepto de la teoría Ecosocial. Para la explicación de la teoría, la autora utiliza una metáfora de fractal de un arbusto donde la estructura se repite en diferentes escalas (micro a macro), amplios y lentos. A su vez, la teoría considera que los patrones de salud, enfermedad y bienestar de las poblaciones son expresiones biológicas de las relaciones sociales (Krieger, 2001).

El nombre de la teoría lleva consigo el prefijo “eco” que proviene de la Ecología, la cual estudia las interacciones entre los organismos, energía, tiempo y el espacio. Los temas que generan una aproximación ecológica son los que están centrados en: Escala, Nivel de organización, Estados dinámicos, Modelaje matemático, y Entendimiento de fenómenos (Krieger, 2001).

Ahora bien, la teoría va más allá de lo ecológico, pues considerando que las descripciones gráficas de la distribución de la enfermedad no pueden mantenerse en un solo plano se ve la necesidad de comprender y estudiar los procesos económicos, sociales, políticos y culturales por lo que se incluye la perspectiva social que da origen a la teoría Ecosocial (Krieger, 2001).

Krieger (2001), agrega que no es de interés buscar una teoría que explique absolutamente todo, al contrario, lo que busca es generar principios integrales que permitan guiar la búsqueda y acción.

En este sentido, la teoría propuesta por Krieger ha permitido analizar el proceso de salud-enfermedad desde las relaciones e interacciones sociales, “adoptando” a los determinantes sociales lo que ha permitido una integración de conceptos que está plenamente consciente de las múltiples vías que pueden ser estudiadas (Krieger, 2001).

Efectivamente, la mortalidad materna requiere de un estudio Ecosocial con el enfoque adoptado de los Determinantes Sociales debido a que este fenómeno es multicausal, en el cual interactúan factores de riesgo biológico con aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, servicios de salud entre otros.

Determinantes sociales de la muerte materna

La muerte materna afecta a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y a su vez en edad productiva. El mayor porcentaje de muertes maternas se concentra en las zonas rurales donde la característica principal es la inequidad (Romero-Pérez, Sánchez-Miranda, Romero-lópez, & Chávez-Courtois, 2010).

Por lo tanto, la muerte materna ha sido definida como “toda defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto o los 42 días siguientes a la terminación de la gestación conocido como puerperio, independientemente de la causa de defunción (obstétrica y no obstétrica)” (OMS, 2017, p. 6).

De acuerdo a la OMS existen numerosas causas de muerte materna las cuales han sido divididas en dos grandes grupos: causas directas e indirectas.

Las causas directas se definen como “el resultado de complicaciones obstétricas en embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (OMS, 2017, p.6).

Las causas indirectas se definen como “el resultado de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas

a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo”(OMS, 2017, p. 6).

Con lo expuesto, es importante mencionar que la literatura ha sugerido que la definición de muerte materna (propuesta desde 1992) por la OMS es reduccionista al no mostrar claramente las dimensiones estructurales que se esconden detrás de una muerte materna. Al considerar a este fenómeno como un constructo social, se podrá entender de mejor manera el costo social que implica en términos de capital humano, años potenciales de vida perdidos y años potenciales de productividad perdidos, inducidos por causas de muerte evitables en mujeres jóvenes (GTR, 2010).

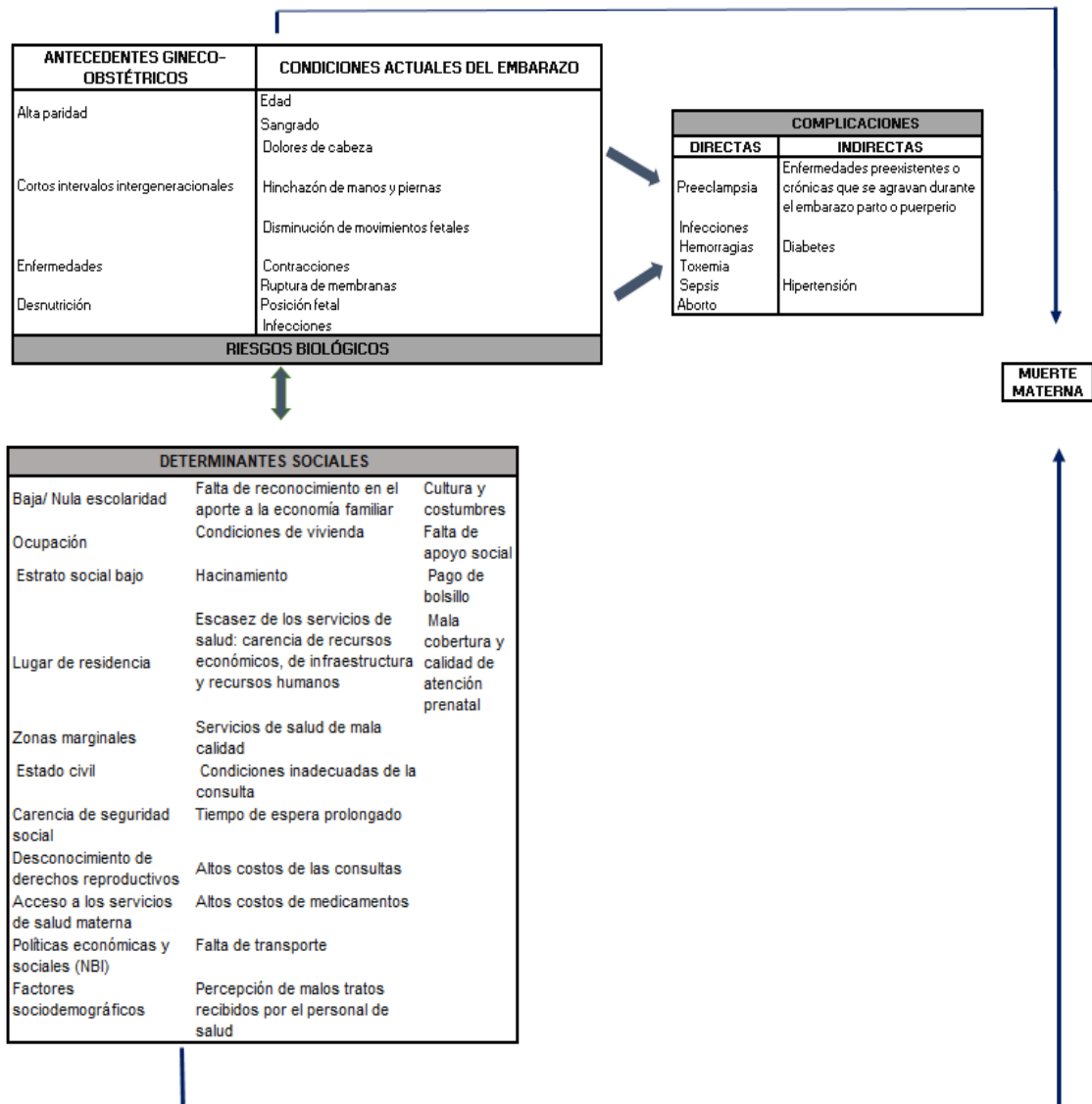
Es así que para el presente estudio se realiza el análisis de la mortalidad materna desde el enfoque de determinantes sociales:

Los determinantes sociales son circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (OMS, n.d., sitio web).

En este sentido, durante el proceso de reproducción la mujer entra en un estado de riesgo considerando los aspectos biológicos, asociados a antecedentes gineco-obstétricos y a las condiciones actuales del embarazo, a su vez estos riesgos interactúan con los

determinantes sociales dando como resultado la muerte materna, véase Figura 1 (Romero-Pérez et al., 2010).

Figura 1. Determinantes sociales de la muerte materna



Fuente: (Romero-Pérez et al., 2010)

Elaboración: Autora

De tal manera se evidencia que el proceso de la maternidad pese a ser una función biológica normal, en las condiciones físicas, sociales, demográficas y económicas inadecuadas representa un riesgo para las mujeres (Romero-Pérez et al., 2010).

A nivel mundial, se estima que al menos 830.000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas al embarazo y el parto. De todas las cifras de mortalidad materna, el 99% corresponde a países subdesarrollado, sobre todo en zonas rurales donde la condición de pobreza es elevada (OMS, 2018).

Más del 70% de todas las muertes maternas están relacionadas a cinco complicaciones principales, tales como: hemorragia, infecciones, aborto inseguro, trastornos hipertensivos del embarazo y parto obstruido. Por otro lado, el 61% de las muertes maternas ocurren durante el puerperio; y, más de la mitad de este porcentaje, ocurren dentro del día del parto (Abdella, 2015).

La mala salud, nutrición deficiente y la falta de acceso a salud de las mujeres, contribuye a incrementar el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto. Adicionalmente, varios estudios realizados por el Banco Mundial desde el 2012 han estimado que el 40% de las mujeres embarazadas, es decir 50 millones por año, experimentan complicaciones durante la gestación (Abdella, 2015).

Análogamente, todas las complicaciones descritas en los párrafos anteriores se relacionan con otros factores conocidos como “retrasos o demoras”, Abdella (2015) los divide en tres tipos:

1. Falta de información y conocimiento adecuado sobre las señales de peligro durante el embarazo y el parto. Desconocimiento de prácticas culturales o tradicionales. Falta de recursos financieros.
2. Poco acceso a los establecimientos de salud. Vías de acceso en mal estado. Falta de redes de comunicación y mecanismos de apoyo comunitario.
3. Falta de personal en salud especializado y calificado. Equipos y suministros médicos inadecuados. Sistema de derivación débil.

Efectivamente, los tres principales factores de demora (distancia, costo y calidad) se definen en última instancia por el comportamiento relacionado con las complicaciones que sufre la mujer y la gravedad de las mismas. En términos generales, el uso de los recursos de salud está determinado por el contexto en el que viven las mujeres como: cultura, tradición, leyes, distribución de establecimientos de salud, personal capacitado, zona de residencia, entre otros (Abdella, 2015).

Casi el 80% de las muertes maternas ocurren en países subdesarrollados, lo que hace a la mortalidad materna la estadística de salud con la mayor discrepancia entre países desarrollados y países en desarrollo. Por ejemplo, las mujeres en el norte de Europa tienen

una probabilidad de 1 en 4.000 de morir por causas relacionadas con la maternidad, mientras que para las mujeres en países subdesarrollados la probabilidad es de 1 en 16 (Abdella, 2015).

Por ende, la muerte materna es un indicador de la disparidad e inequidad entre hombres y mujeres. En gran medida es un signo del lugar que ocupa la mujer en la sociedad y su acceso a los servicios sociales, de salud y nutrición, así como a la economía (Abdella, 2015).

Actualmente, la meta de los ODS es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos entre 2016 y 2030, debido a que aún la mortalidad materna es inaceptablemente alta (Abdella, 2015).

Con lo expuesto, es importante recalcar que para el monitoreo del progreso hacia el logro de la reducción de la mortalidad materna, es necesario contar con los indicadores de RMM y la proporción de partos atendidos por personal de salud calificado. De acuerdo a la OMS, las estimaciones de los países sobre la mortalidad materna (y sus causas) a lo largo del tiempo son cruciales para informar la planificación de los programas de salud sexual y reproductiva (Abdella, 2015).

Además, permite orientar los esfuerzos de promoción e investigación a nivel nacional e internacional, particularmente dentro del contexto de los ODS; y, para informar la toma de decisiones sobre la asignación de recursos por parte de los socios de desarrollo y los donantes (Abdella, 2015).

No obstante, evaluar el alcance del progreso hacia la meta de los ODS ha sido un reto, debido a la falta de datos confiables sobre mortalidad materna, especialmente en entornos de países en desarrollo donde la mortalidad materna todavía es alta (Abdella, 2015).

Por otro lado, la literatura sugiere que, cuando una madre muere la sociedad pierde el instrumento para la vida, el cuidado, formación, educación de los hijos e hijas y la reducción de las labores diarias en tareas dentro del hogar y fuera del mismo que constituye el pilar de estos hogares (Rodríguez-Leal & Verdú, 2013).

Finalmente, para Rodríguez-Leal y Verdú (2013) la familia es la fuente principal de amor, bienestar y apoyo de todos los individuos. Donde cualquier alteración en la misma (como la muerte de la madre por condiciones maternas) puede incidir radicalmente en cambios emocionales y generar desequilibrios en las partes que la componen (Rodríguez-Leal & Verdú, 2013).

Economía del cuidado

Al involucrar las ideas en el mundo real se puede obtener de manera clara las inequidades en los países en vías de desarrollo. El trabajo de las mujeres en etapas productivas y reproductivas visto desde el ámbito formal como remuneración; y, desde el ámbito informal como el doméstico vinculado con el cuidado del hogar, atención y reproducción (Rodríguez, 2005).

En los años 70, surge la Economía del Cuidado estudiando las actividades, servicios y bienes que se destinan para el desarrollo de las personas, esta nueva economía ha permitido analizar más a detalle el bienestar en los países. Además, el enfoque de género de esta nueva escuela económica permite verificar el impacto de las políticas públicas y económicas a favor de las mujeres (Rodríguez, 2005)(Esquivel, 2011).

La literatura aporta que la economía del cuidado estudia detalladamente los elementos que cuidan y nutren a los seres humanos, necesarios para sobrevivir. Batthyany (2004) consideraba “el cuidado material que implica un trabajo, el cuidado económico que implica un costo y el cuidado psicológico que implica un vínculo afectivo”. En este sentido, la economía genera un valor monetario al cuidado que se brinda en un hogar considerándolo como un sistema económico (Rodríguez, 2005, p. 2)(Esquivel, 2011).

En primera instancia se tiene al trabajo no remunerado asociado a tareas domésticas, es decir la carencia de remuneración implica que “excluye los bienes y servicios de cuidado que son provistos por el sector público, el sector privado y el tercer sector (ONGs)”. La economía feminista considera que la actividad en el hogar es costosa en términos de tiempo y energía que conllevan a obligaciones sociales que no son consideradas en la productividad (Rodríguez, 2005, p.2).

Por otro lado, la escuela económica clásica centró su atención en la fuerza de trabajo y el salario, sin explicar la importancia del trabajo doméstico o trabajo informal, pues según esta escuela el valor y precio del trabajo se estudia desde el enfoque tradicional del mercado.

Sin embargo, Karl Marx en la teoría del valor-trabajo reconoció la productividad laboral desde dos perspectivas, la capitalista y social.

Posteriormente, Engels argumentó que las mujeres en condiciones de pobreza deben ser valoradas desde el trabajo doméstico y cuidado de sus hijos. Años después, varios estudios realizados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) han determinado que el trabajo doméstico o el trabajo informal realizado por mujeres en edad productiva y reproductiva, deben ser valorados de la misma manera que el trabajo formal (Rodríguez, 2005).

En este sentido, el trabajo del cuidado se refiere:

al conjunto de actividades realizadas en y para la esfera doméstica con la finalidad de asegurar la reproducción cotidiana de sus miembros. Engloba tareas tales como: servicios de apoyo (pagos diversos, trámites administrativos, compras del hogar, transporte); producción de bienes y servicios en el hogar (limpiar la casa, lavar los platos, lavar y planchar la ropa, cocinar, tirar la basura, confeccionar prendas para los miembros del hogar); abastecimiento de agua y combustible (acarrear agua, recoger leña); construcción y reparación de la vivienda; y servicios específicos de cuidado (de niños, ancianos, enfermos) (Redón, 2000; citado por Rodríguez, 2005).

Este término se utiliza para describir la naturaleza del trabajo que realizan las mujeres que se insertan en el mercado de empleo; y, continúan realizando el trabajo no remunerado en el hogar. En América Latina, aún existe la tendencia histórica de que las mujeres en

condiciones de pobreza tienen ciclos en los cuales su rol se reduce a la maternidad y al poco acceso e inversión en educación formal, por ende, tienen menos probabilidades de insertarse en el mercado formal de trabajo. Además, en los hogares de estratos socioeconómicos bajos, las mujeres no cuentan con el apoyo de familias u organizaciones para el cuidado de sus hijos/as, lo que conlleva a conseguir trabajos en el sector informal o cuidar el hogar (Rodríguez, 2005)(Esquivel, 2011).

Cuentas Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares

El Trabajo No Remunerado (TNR) contribuye, en cierta forma, a la universalización de la identidad femenina como sujeto de protección en términos de amas de casa y beneficiarias de su pareja, normalmente el TNR se da en los quintiles más bajos (Flórez–Estrada, 2007).

En 1995 se realizó en Beijing la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, desde entonces varios gobiernos a nivel mundial se comprometieron con medir, valorar e incluir en las cuentas satélite al TNR. En América Latina y el Caribe este tipo de trabajo es realizado comúnmente por mujeres. Es así que en la región éste compromiso se ha visto cada vez más real en los últimos años (CEPAL, 2016).

En 2008 la ONU, el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Comisión de las Comunidades Europeas, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; y, el Banco Mundial publicaron el documento *“La economía invisible y las desigualdades de género”*. A su

vez, OPS, CEPAL; y; el Consejo Superior de Investigaciones Científicas dieron importancia a la medición y valoración del TNR(INEC, 2013a).

Lo expuesto es considerado como la referencia teórica principal y metodológica más importante en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) para la creación de las Cuentas Satélite de los Hogares (CSTNRH) (INEC, 2013a).

El SCN en 2008 realiza la delimitación de las actividades del TNR, pues para la elaboración metodológica es necesario considerar la frontera de producción económica. Es decir, para que la producción sea valorada económicamente y conste en la Contabilidad Nacional se requiere que, “exista una unidad institucional responsable del proceso productivo y sea remunerada por los servicios que entrega, al diferenciar las actividades económicas de otras se observa que lavar, preparar comidas, cuidar de los hijos, de los enfermos o de las personas de edad avanzada quedan fuera de la frontera general de la producción” (SCN, 2008, párr. 6.24 y 6:25; citado por INEC, 2013, p.3)

El SNC (2008) hace aún más restrictiva la frontera de producción a fin de que las actividades económicas sean cuantificadas y registradas. Es decir, en las Cuentas Nacionales no se registran las actividades producidas por los miembros del hogar que son consumidas por los mismos (INEC, 2013a).

Las Actividades que se excluyen de las Cuentas Nacionales del Banco Central del Ecuador (BCE), son las actividades no remuneradas como:

Limpieza, decoración y mantenimiento de la vivienda ocupada por el hogar (...). Limpieza, mantenimiento y reparación de los bienes duraderos o de otros bienes de los hogares, incluidos los vehículos utilizados para servicio del hogar. Elaboración y servicio de comidas. Cuidado, formación e instrucción de los hijos. Cuidado de los enfermos, de los inválidos y de las personas de edad avanzada. Transporte de los miembros del hogar o de sus bienes (INEC, 2013, p.4).

Las razones para excluir las actividades expuestas se encuentran publicadas en el SCN (2008) donde se explica que, si bien es cierto, en la mayoría de países la producción de servicios en el hogar y consumo de los mismos generan bienestar económico, el propósito de las Cuentas Nacionales no es elaborar indicadores del bienestar económico, al contrario, sus fines son únicamente para formulación de políticas y análisis (INEC, 2013a).

Otra de las razones es que los servicios domésticos no remunerados no generan repercusiones importantes en el resto de la economía, debido a que los servicios que se producen en el hogar no son destinados al mercado. Por ende, no existen precios que permitan valorar dichos servicios (INEC, 2013a).

Además, el SCN (2008) considera que es *“sumamente difícil”* estimar los valores de producción, ingresos y gastos de los servicios domésticos que puedan representar significativamente valores monetarios de las Cuentas Nacionales. Finalmente, el documento alude que las actividades de los hogares son consideradas como actividades productivas, pero sin valor económico (INEC, 2013a).

Ventajosamente, en el 2012 el INEC junto con el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) y la Comisión de Transición hacia el Consejo de las Mujeres y la Igualdad de Género deciden romper los esquemas establecidos por el SCN (2008) y en lugar de “actividades de hogar” proponen llamarlo “trabajo no remunerado” para lo cual se actualiza la Encuesta de Uso del Tiempo (EUT, 2012) como una encuesta independiente (INEC, 2013a).

Las Encuestas de Uso del Tiempo son instrumentos que se utilizan principalmente para “visibilizar el trabajo no remunerado y de cuidado en la economía”, considerándolos como actividades productivas. Además, con las EUT se puede cuantificar estas actividades a través de la Cuenta Satélite de Trabajo no Remunerado (INEC, 2012, p.5).

De manera general las Cuentas Satélite son instrumentos utilizados para la ponderación económica heterodoxa que permiten describir el comportamiento y estructura de áreas sociales y económicas que la Contabilidad Nacional no da relevancia ni valor agregado o áreas excluidas del PIB. Por ejemplo: TNR, Salud, Educación, entre otros (INEC, 2013b) (Flórez–Estrada, 2007).

En este contexto y con el objetivo de que los países latinoamericanos dispongan de un instrumento estándar, la CEPAL en el 2010 elabora la Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL).

La CAUTAL

ordena las actividades del TNR en función de la frontera de producción del Sistema de Cuentas Nacionales y sirve como insumo para la elaboración de los formularios utilizados para el relevamiento de información de las encuestas de uso del tiempo y su análisis. Este clasificador refleja las actividades que se realizan para la reproducción y el bienestar de los miembros de los hogares incorporando una perspectiva de género, ya que explicita y clasifica las actividades del trabajo no remunerado, hasta entonces invisibilizadas (CEPAL, 2016, p.9).

En este caso, el TNR y de cuidado se puede agrupar en tres grupos. Primero, trabajo doméstico sin remuneración. Segundo, cuidado de familiares en el propio hogar u otros hogares; y finalmente las actividades comunitarias o trabajo voluntario no remunerado (INEC, 2013b).

Entonces, la Cuenta Satélite de Trabajo No Remunerado (CSTNR) es un instrumento que facilita la valoración de las remuneraciones provenientes de sectores sociales y económicos que no reciben un pago por realizar su aporte en trabajos efectuados dentro del hogar (INEC, 2013b).

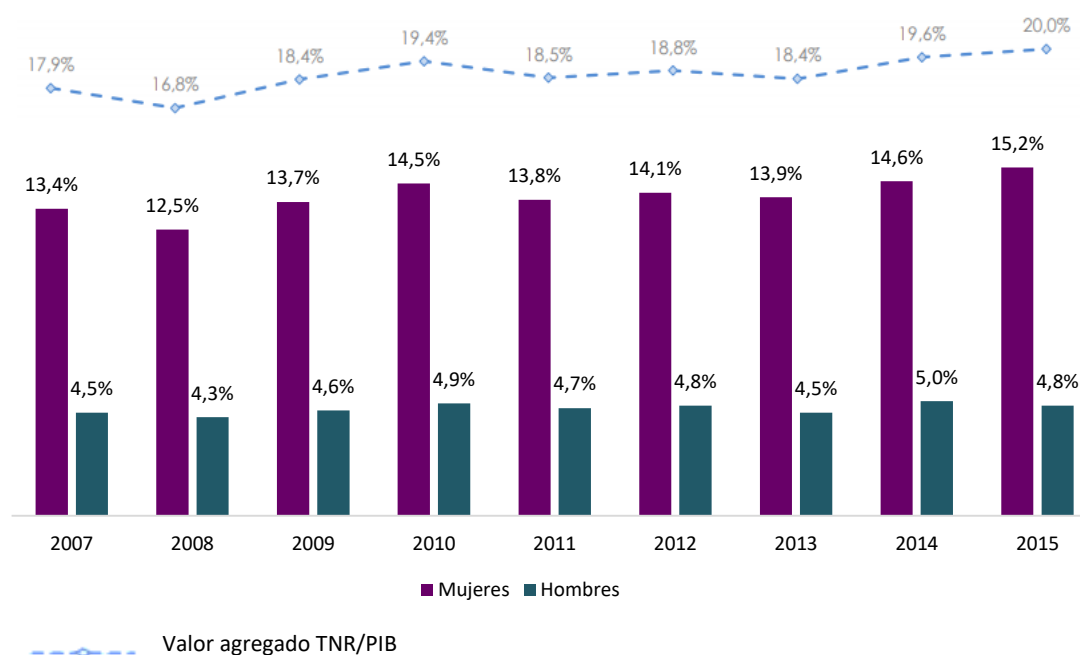
Al mismo tiempo, la importancia de visibilizar el TNR radica en que las actividades de hogar son consideradas como un pilar en la sociedad. Además, permite evidenciar su peso en las medidas económicas tradicionales como el PIB. Es así que las Cuentas Satélites generan mecanismos de contabilidad del “PIB doméstico” ponderando, dentro de las cuentas macroeconómicas, el impacto del TNR en los hogares. Todo esto se fundamenta en dos teorías

propuestas por Gary Becker, comprendiendo la generación de riqueza en las actividades diarias. Y, la de Joseph Stiglitz en el análisis de la generación de recursos no monetarios en el hogar (INEC, 2013b)(Flórez–Estrada, 2007).

En cuanto al Ecuador, el INEC provee de resultados del TNR en términos de horas y minutos dedicados a las actividades del hogar realizados por hombres y mujeres. Y el peso de estas actividades en el PIB.

De acuerdo a los resultados del INEC, desde el 2007 con la primera EUT se registran datos del TNR el aporte de las mujeres a este tipo de actividad ha tenido un mayor peso y tendencia creciente en relación con los hombres, véase Gráfico 1.

Gráfico 1. Relación del Valor Agregado Bruto del Trabajo No Remunerado (VAB TNR) según sexo, respecto del PIB en Ecuador

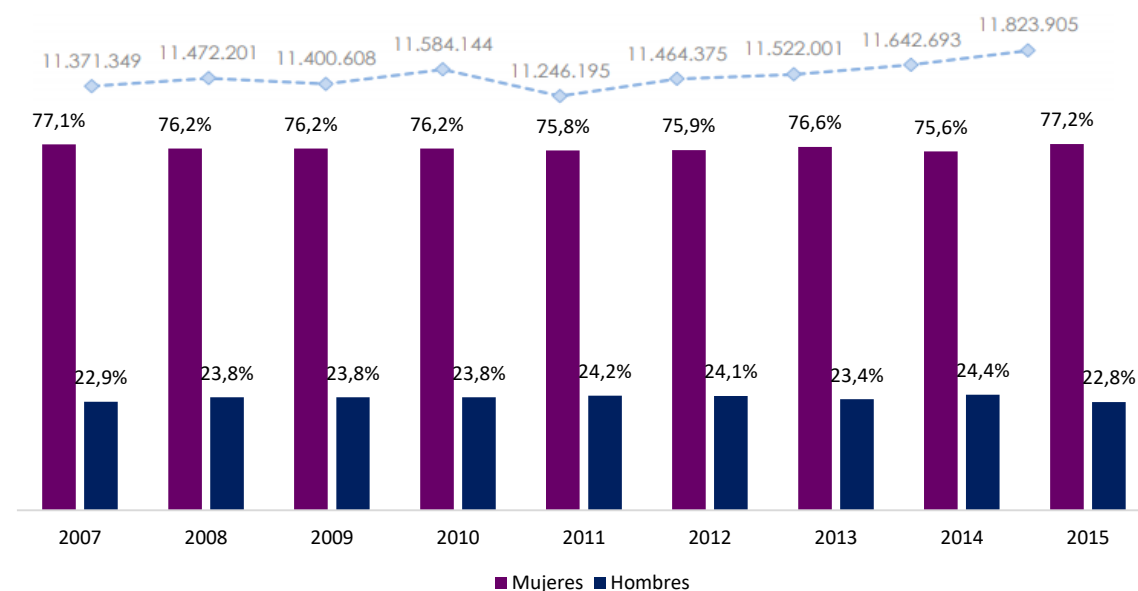


Fuente: INEC CSTNRH (2007-2015) – Cuentas Nacionales BCE, 2019
Elaboración: Autora

De manera general, en el período de 2007-2015 del porcentaje total de la participación del TNR con respecto al PIB, el mayor peso corresponde a las mujeres. Por ejemplo, en el 2007 la participación del TNR fue de 17.9% donde el 13.4% pertenece a las mujeres y el 4.5% a los hombres. De igual manera, para el 2011 la participación fue de 18.5% donde el 13.8% pertenece a las mujeres en relación al 4.7% de los hombres. En el año 2015 el Valor Agregado Bruto (VAB) del Trabajo No Remunerado/PIB de las mujeres en Ecuador fue de 15.131 dólares que representa el 15.20%, en comparación con los 4.749 dólares o el 4.80% de participación de los hombres (INEC, 2019).

Del mismo modo, el TNR puede ser analizado desde las horas dedicadas a las actividades domésticas que destinan hombres y mujeres, véase Gráfico 2.

Gráfico 2. Horas anuales y participación según sexo en el Trabajo No Remunerado (TNR) en Ecuador



—◆— Horas TNR (miles)

Fuente: INEC CSTNRH (2007-2015) – Cuentas Nacionales BCE, 2019

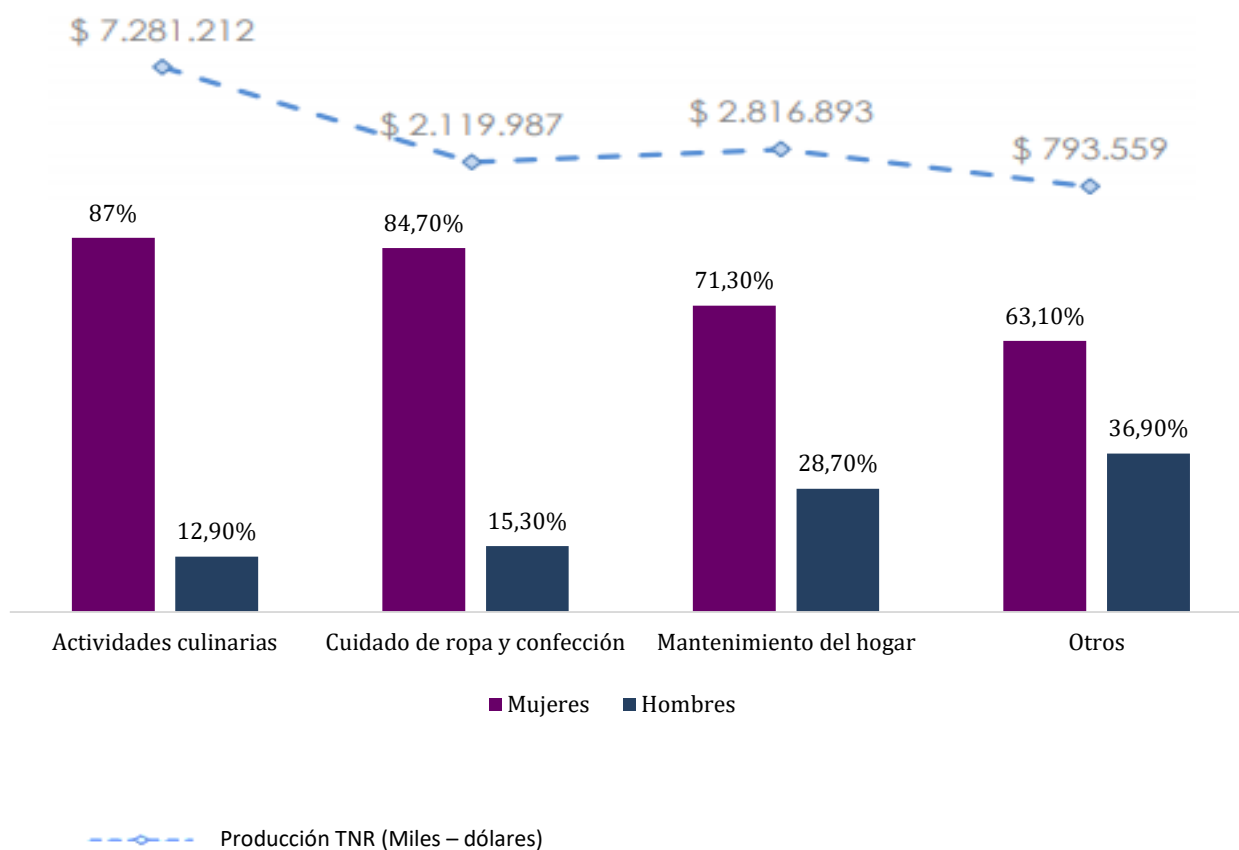
Elaboración: Autora

En este caso, el mayor porcentaje de personas que realizan TNR en el Ecuador pertenece a las mujeres. En 2007, el 77.1% del TNR fue realizado por mujeres, en comparación al 22.9% de los hombres. En 2011, el 75.8% del TNR fue realizado por mujeres, en comparación al 24.2% de los hombres; y, en 2015 el 77.2% del TNR fue realizado por mujeres, en comparación al 22.8% de los hombres.

En lo que se refiere a las horas dedicadas a las actividades del hogar, se observa que la tendencia del TNR realizado por mujeres no solo es creciente, sino que el periodo 2007-2015 por cada 100 horas de TNR, las mujeres realizaron 77 horas(INEC, 2019).

Como se había mencionado en párrafos anteriores, la CEPAL (2010) elabora CAUTAL a fin de agrupar las actividades relacionadas con el TNR, en este caso el INEC proporciona los porcentajes de cada grupo para el año 2015. Según los cuatro grupos, las actividades culinarias representan el 56%, seguido del 21,6% del mantenimiento del hogar, el cuidado de ropa y confección con el 16.3% y otras actividades con el 6.1%. Ahora, de todas las agrupaciones el mayor porcentaje lo realizan las mujeres, véase Gráfico 3.

Gráfico 3. Producción de Hogares privados con servicio doméstico y participación según sexo y capítulos CAUTAL – Ecuador (2015)



Fuente: INEC CSTNRH – 2015 – Cuentas Nacionales BCE

Elaboración: Autora

Del 56% de las actividades culinarias, el 87% lo realizan las mujeres en comparación con el 12.90% de los hombres. Del 16.3% de cuidado de ropa y confección el 84.70% es realizado por mujeres y el 15.30% por hombres. Del 21.6% del mantenimiento del hogar el 71.30% es realizado por mujeres mientras que el 28.70% por hombres. Finalmente, del 6.1% de “otras actividades” el 63.10% es realizado por mujeres, en relación al 36.90% de los hombres.

En definitiva, se evidenció las mujeres son el grupo de mayor porcentaje del TNR y que por años ha sido invisibilizado. Conectando esta información con las teorías Ecosocial, Determinantes sociales y Economía de Género se puede comprender el valor simbólico de la mujer en nuestra sociedad y lo que representaría si una de ellas muere por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.

Teoría de los indicadores sintéticos de la salud

En 1947, Mary Dempsey utiliza por primera vez el concepto de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) a fin de medir y comparar los cambios en la mortalidad. Posteriormente, en 1950 William Haenszel propuso un índice de mortalidad expresado en APVP debido a que las tasas de muerte, normalmente utilizadas, no permitían ver el peso de la mortalidad en personas de edades jóvenes. No obstante, hasta 1970 los APVP fueron utilizados únicamente como instrumentos de planificación (Del Valle Gómez, López González, Arcos González, & Cueto Espinar, 1993).

En 1978, el uso de APVP se amplía puesto que Romeder y McWhinnie ampliaron la investigación revisando el método de cálculo, así como las tasas brutas y ajustadas por edad a fin de aplicarlos en los datos de mortalidad en varios países. Por lo tanto, en 1980, el uso de este indicador se extendió en Estados Unidos donde se realizaron varios estudios que permitieron identificar las principales causas de muerte prematura según edad, sexo y etnia, lo cual mejoró las estrategias, lineamientos y programas de prevención y promoción de la salud en América del Norte (Del Valle Gómez et al., 1993).

Años más tarde, Eduardo Arriaga (1996) consideró que los APVP permiten determinar “*cuántos años adicionales pudieron haber vivido las personas que ya fallecieron*”, en otras palabras, se analiza la mortalidad en personas jóvenes quienes no vivieron lo suficiente (Del Valle Gómez et al., 1993).

Años potenciales de vida productivos perdidos

Parte del análisis de los Indicadores sintéticos de la Salud, es necesario tomar en cuenta que el estudio de la muerte prematura afecta a la población no solo en términos monetarios sino en términos de producción. Por tal razón, resulta importante considerar a los Años Potenciales de Vida Productivos Perdidos (APVPP). Los APVPP se originan a partir de los APVP, sin embargo, permiten desagregar el “*cambio en la esperanza de vida de en edad productiva*”, es decir se estudian las muertes en personas jóvenes que empiezan la etapa productiva. Por ende, los APVPP representan costos mayores en términos económicos y sociales (Arrieta, Alí, Ballesteros, 2016). En este sentido, la muerte materna representa la pérdida de una mujer joven que murió por causas evitables y, por ende, “no vivió lo suficiente”.

Finalmente, el presente trabajo pretende comprender a la muerte materna como el claro reflejo de las distintas condiciones, contextos, modos y circunstancias que engloban la vida de las mujeres, partiendo desde el lugar que ocupan en el mundo, el rol y búsqueda de la maternidad; y, como estas diferencias se relacionan con el ejercicio de las capacidades

reproductivas de las mismas (Romero-Pérez et al., 2010). Pues no es suficiente con garantizar acceso físico de los establecimientos de salud, al contrario, se espera que varios determinantes sociales interactúen entre sí a fin de favorecer y brindar seguridad al proceso de maternidad. Por lo tanto, se revisado la literatura correspondiente por lo que lo mencionado será expuesto detalladamente en la siguiente sección.

Revisión de la literatura

Posterior al análisis y revisión del marco teórico el cual es el pilar para el estudio de la mortalidad materna evitable se identifica la literatura que sustenta el análisis de la muerte materna en mujeres rurales considerando su valor simbólico y económico en diferentes contextos y su relación con las teorías mencionadas en el acápite anterior.

Rol de la mujer y maternidad en América Latina

A partir del siglo XX, América Latina sufrió una serie de cambios en términos económicos, tecnológicos e incluso sociales. Entre ellos, el cambio sobre el concepto de familia y la relación entre sus miembros. Estas variaciones han permitido una modificación en la construcción de la identidad de los sujetos. Cabe mencionar que el concepto de identidad es un constructo cultural y social que a su vez define el valor y actividad de los roles de género (Morales, 2005).

Uno de los cambios sociales más importantes en la región ha sido la participación laboral femenina y su aporte al país. No obstante, la incorporación al mercado laboral no

significó la reducción de las desigualdades de condiciones en términos de ingreso, servicios y permanencia laboral, respecto a los hombres (Morales, 2005).

Ahora, en cuanto al ámbito de la fecundidad durante varias décadas América Latina logró reducir el promedio de hijos por mujer, pasó de 6 a 3 hijos. Adicionalmente, se produjo un cambio en otros ámbitos como los matrimonios tardíos, y el aplazamiento de la maternidad. Varios estudios sociológicos han hecho énfasis que estos cambios también han modificado la identidad de ser mujer (Morales, 2005).

Una de las practicas comunes en América Latina es la actividad doméstica realizada, principalmente, por mujeres. Además, la región ha sido caracterizada por considerar a la maternidad como fundamental e importante categoría en la sociedad. Lo que a su vez ha dado un sentido de identidad, adaptación e incluso estabilidad personal (Morales, 2005).

La identidad y rol de la mujer en América Latina ha sido definida conforme la marcada fuerza de características únicas de la región tales como: pobreza, violencia, cultura, etnia, discriminación, accesibilidad a servicios básicos, inestabilidad política, economía, entre otras, que terminan por definir a la mujer como un ente cultural y social. Es decir, qué significa ser mujer para ella misma y para los demás (Morales, 2005).

En este sentido varias antropólogas, entre ellas, Marcela Lagarde (2005) comenta que el valor simbólico de la mujer latinoamericana ha sido construido históricamente a partir de

la sociedad y cultura patriarcal, es decir, la mujer como co-dependiente e incluso subestimada (Morales, 2005).

En este caso, la condición de género otorgada a las mujeres ha sido permanente en el tiempo, pues las mujeres nacen, aman, se embarazan, dan a luz, trabajan, construyen un hogar y mueren. Comprendiendo que la maternidad es una esencia femenina globalmente compartida, con brechas profundas (Morales, 2005).

Una de las definiciones feministas más controversiales al entender que es lo que hace única a la mujer es la de Lagarde (2005), al referirse que la vida despliega de la mujer, las acciones maternas son internas, profundas y arraigadas en las mujeres (Morales, 2005).

La Economía Feminista ha hecho hincapié en la visión dicotómica de la sociedad latinoamericana donde coexisten roles completamente distintos entre hombres y mujeres. El hombre visto desde una perspectiva de placer individual y satisfacción personal. Mientras que la mujer, normalmente, se ha caracterizado por el papel familiar donde lo principal es el hogar. No obstante, esta idea deja de lado la verdadera función de la economía donde existe una cohesión íntegra entre lo productivo y reproductivo (Quiroga Díaz, 2009).

En este caso, las políticas capitalistas y patriarcales dejan a un lado la fusión de lo productivo y reproductivo asociando los roles de género como trabajos domésticos, tareas de proximidad y cuidado, exclusivamente a la mujer (lo reproductivo). Y, lo productivo con remuneración y derechos sociales-laborales, a los hombres (Quiroga Díaz, 2009).

Pese a que América Latina ha mejorado la situación crítica de los designios de roles, aún estas transformaciones son ignoradas por las políticas públicas. Puesto que, la transformación enorme que ha tenido la producción se ve reflejada en el aumento de características del capital humano (educación versus experiencia), lo que profundiza la brecha de lo reproductivo versus lo productivo. Debido a que los procesos de incremento de capital humano empiezan en la niñez, de lo cual se benefician las clases medias-altas, mientras que las poblaciones en condiciones de pobreza se encuentran en desventaja, la mayoría mujeres (Quiroga Díaz, 2009).

A pesar de que el papel reproductivo de las mujeres ha ido disminuyendo con el paso de los años, la presión por cualificarse más ha aumentado considerablemente. Es decir, las mujeres deben estar listas para competir en el mercado laboral y cumplir con el papel reproductivo que aún persiste (Quiroga Díaz, 2009).

Al mismo tiempo, lo mencionado se convierte en un problema cuando se trata de mujeres en condiciones de pobreza, pues se considera que el Estado otorga a las madres de bajos recursos la responsabilidad de ciertas políticas públicas como vacunas, educación, nutrición, planificación familiar, entre otras. Esto provoca que las mujeres en el hogar se vean obligas a realizar un esfuerzo doble para compensar las necesidades sociales debido a los bajos recursos (Quiroga Díaz, 2009).

Por lo tanto, la identidad de la mujer latinoamericana es ser “madresposas” donde su función principal comienza en casa. Lagarde (2005) define a la identidad de las mujeres que

son madres y trabajan, como: “identidad escindida”. Donde ambas cosas se conjugan. Esta es la nueva concepción de identidad de las mujeres producto de un cambio y proceso en América Latina (Morales, 2005).

La región promueve a la maternidad como el símbolo necesario y predominante en las mujeres, sin embargo, surge la pregunta ¿efectivamente se realizan esfuerzos para reducir brechas y garantizar el cuidado necesario del proceso de maternidad?

Por consiguiente, ser madre desde el siglo anterior tiene un significado profundo y cambiante, pues la madre que se recuerda en la infancia es distinta en la adolescencia, en la juventud y cuando se es madre (Morales, 2005).

La maternidad es un legado de responsabilidad, emociones y respeto que a la final permite la construcción de la maternidad intergeneracional (Morales, 2005).

Una de las representaciones más comunes al momento de entender la maternidad es el cariño. Envuelto en el vínculo de madre con los hijos e hijas. En este sentido, son las madres quienes entregan valores y formación moral, mientras que la figura paterna se limita a la construcción de autoridad y sustento económico. Conforme a ello, las mujeres latinoamericanas construyeron su propia idea sobre la maternidad y las relaciones entre los miembros de la familia. Algunos significados van desde lo divino, hasta el rol más importante que termina completándole como mujer, es un rasgo natural que, si bien es opcional, aun es permanente (Morales, 2005).

Actualmente, el concepto se expande aún más comprendido desde la idea de responsabilidad y complejidad que requiere estabilidad emocional, económica y laboral. Los desafiantes cambios de la vida han incidido en la maternidad pues también implica proveer de los servicios básicos, los mejores, en la medida de lo posible. Actualmente, la maternidad no se le deja al azar (Morales, 2005).

Las estrategias para vivir la maternidad dependen exclusivamente de la representación de la misma y consideración de un proceso individual. En este caso, de la construcción social si al promover la profesionalización la maternidad se ve obstruida o no (Morales, 2005).

De cualquier modo, la mujer tradicional está representada como madre y esposa. No obstante, ahora se le superpone el ejercicio profesional que también implica una representación femenina (Morales, 2005).

Valor simbólico de la mujer y madre latinoamericana

Para comprender el valor de una mujer y madre es necesario partir de la Economía del Cuidado la cual implica la producción de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a la existencia y la reproducción de las personas. (Rosero & Pérez, 2009, p. 5-6 citado en Naranjo Buitrón, 2014).

La Economía Feminista pone en relieve la necesidad de vincular el mercado (fuerza de trabajo) con la familia (maternidad). Es importante considerar que el trabajo doméstico no se

limita a las funciones, la falta de remuneración o el lugar donde se realiza, al contrario, profundiza el control de las relaciones personales de dependencia emocional y financiera. Por lo tanto, es necesario recuperar el análisis económico en función de las expectativas y organizaciones reproductivas de la sociedad (Flórez–Estrada, 2007)

En este caso el valor simbólico y económico de las mujeres radica en que tan fuerte es el concepto de maternidad y como las relaciones de poder generan dependencia (Buchely Ibarra, 2012).

Como se explicó en acápite anteriores, en 2010 se reconoció el proyecto de inclusión de la Economía de Cuidado en el SCN para medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país a través de la creación de las CSTNRH.

Al utilizar las EUT se permite dar un valor simbólico a las mujeres que se dedican a las actividades de hogar, sin necesidad de otorgar un valor monetario. El valor simbólico no tiene el objetivo de naturalizar la relación entre mujer y trabajo no remunerado, al contrario, buscar desestructurar la idea creada de una identidad femenina como dependiente y las actividades generadas como poco productivas. De acuerdo a la CEPAL (2016) todas las personas, sin conocerlos, asumen los costos sociales de esta problemática (Buchely Ibarra, 2012).

De acuerdo a Buchely Ibarra (2012), la maternidad es considerada como un bien no comerciable, es decir la economía deja de lado los bienes producidos a través del cuidado pues no forman parte del mercado. La maternidad no es considerada como una mercancía

por lo que se encuentra fuera del comercio. Es así que la sociedad latinoamericana atribuye a la maternidad a un vínculo de unión con la descendencia el cual no se puede comprar, vender ni cambiar. Dadas estas construcciones sociales, la maternidad y el cuidado no son considerados como factores de intercambio, mercantilizables ni negociables. La Economía del Cuidado argumenta que si la maternidad fuera mercantilizada existiría una relación evidente entre cantidad-calidad del cuidado/maternidad; y qué reciben a cambio las mujeres.

Buchely Ibarra (2012) considera que “la fertilidad no es un mecanismo de distribución de riqueza entre las mujeres” (p. 133). Por ejemplo, cuando una mujer es madre lo único que la vincula con otras mujeres es la felicidad que genera a su familia, sin embargo, esto no significa que se encuentre mejor posicionada que otras madres que quizá no generan el mismo grado de felicidad. Por lo que la autora concluye expresando que la relación entre maternidad y trabajo doméstico es una obligación de la mujer, mas no, un mecanismo que promueva la mejora social de la misma.

En definitiva, el valor de la mujer se encuentra en la definición, actividades y roles que desempeñen dentro de su comunidad, a fin de cuentas, es un constructo social.

Los cambios de la maternidad (desde el instinto natural a la opción de vida)

Como se mencionó en apartado anterior, la maternidad es considerada como un constructo social que simboliza lo femenino. Esta construcción se ve influenciada en la

compresión de la familia y las figuras que en ella radican (paterna-materna) y sus roles socialmente impuestos (Morales, 2005).

No obstante, no se ha concientizado el hecho de que la maternidad no es solo un evento meramente biológico, pues se dejaría de lado la experiencia, exigencia, obligaciones, aspiraciones y responsabilidades que conlleva. Pese a ser una experiencia mayoritariamente “buena”, también está llena de conflictos y problemas, uno de ellos es el riesgo obstétrico al que se ven expuestas las mujeres en condiciones de pobreza, especialmente las mujeres que residen en el área rural (Morales, 2005).

Ser Mujer Rural en América Latina

Para comprender el “ser mujer” en las áreas rurales es necesario empezar explicando el origen y definición de la ruralidad en América Latina.

Desde 1950, América Latina ha sido parte de un desarrollo económico y social progresivo con el fin de obtener una transformación social e igualitaria en la población. Se evidenció el crecimiento acelerado en las tasas del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, sin embargo, este crecimiento económico estuvo acompañado de una distribución desigual de la riqueza y retraso en la urbanización de varias áreas en los países latinoamericanos, afectando principalmente, a la población rural en el acceso a servicios sociales como educación y salud (Behm, 2011).

En este sentido, varios autores consideran que América Latina se ha convertido en una región de contrastes. Donde la riqueza se concentra en una sola área (Carrasco & Buendía-Martínez, 2013).

Parte de las características de la región ha sido (no solo) las diferencias marcadas en términos de ingreso y acceso entre lo urbano-rural, sino también en el porcentaje de población que todavía pertenece al área rural. De acuerdo a López, Del Valle y Bravo (2010) en las áreas rurales se concentran las principales barreras de acceso a servicios de salud, educación, servicios básicos, conocimiento sobre planificación familiar e infraestructura deficiente (Lopez Lopez, Del Valle, & Bravo, 2010).

La CEPAL (2015) determinó que la población rural representa, al menos, el 21% de la población latinoamericana. Es decir, en 33 países de la Región existen al menos 129 millones de personas rurales, de las cuales la mitad (65 millones) son mujeres (Nobre, Hora, Brito, & Parada, 2017)

Las mujeres rurales han sido consideradas diferentes durante varias décadas según su forma de vida, organización social y presencia de minorías étnicas (montubias, indígenas y afrodescendientes) (Nobre et al., 2017)

Ahora bien, se han unido esfuerzos por visibilizar a las mujeres rurales y mejorar sus condiciones de vida. Por ejemplo, en 1979 se realiza la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en 2014 se firma la declaración de Brasilia

en la Conferencia de Mujeres Rurales para América Latina y el Caribe; y, en el 2016 se promulgan los derechos de las mujeres en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Nobre et al., 2017).

En este sentido, la situación de las mujeres rurales ha sido transformada debido a cambios importantes a nivel nacional e internacional, si bien la globalización y el capitalismo han sido procesos que marcaron los sistemas sociales, políticos y económicos en América Latina, lo que ha tenido un impacto en la vida de la población. Sin embargo, se debe considerar que, en el proceso de estos cambios, varios hombres y mujeres no caben en este nuevo orden mundial (Anderson et al., 2011).

Con base a lo expuesto, se exponen a continuación cuatro determinantes sociales en los cuales se han desenvuelto las mujeres rurales latinoamericanas por décadas, incrementando las brechas con las mujeres urbanas; y, por ende, colocándolas en situaciones de vulnerabilidad.

i. Educación

La educación es uno de los determinantes sociales más fuertes para reducir la vulnerabilidad de la mujer en ámbitos de salud, empleo y maternidad. Además, la educación de la mujer garantiza la reducción de las condiciones de pobreza intergeneracional, la seguridad alimentaria de la mujer y sus generaciones; y, el desarrollo humano (Anderson et al., 2011).

Es así que desde hace varias décadas se ha producido uno de los cambios más importantes para las mujeres rurales, el acceso al sistema educativo y la permanencia en él. De acuerdo a las cifras proporcionadas por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés, 2011), en las últimas décadas América Latina ha conseguido una mayor cobertura educativa debido, principalmente, a la exigencia a nivel internacional de una mayor cualificación en términos de capital humano (Anderson et al., 2011).

No obstante, pese a estos avances importantes la FAO (2011) considera que las ventajas del acceso a educación no fueron uniformes en la población rural, sobre todo en las mujeres adultas, pues este sector aun presenta niveles educativos bajos en comparación con los hombres adultos rurales. Según la literatura esta brecha existente proviene de la discriminación a la que se han enfrentado las áreas rurales en la región, principalmente las mujeres (Anderson et al., 2011).

Para el año 2007 la FAO evidenció que, en 10 de los 14 países latinoamericanos las mujeres adultas de entre 25 y 49 años, poseen los niveles educativos más bajos en relación con los hombres. Por ejemplo, en Chile los hombres del mismo rango de edad tienen un máximo de 7.1 años de escolaridad en comparación con los 5.3 años de escolaridad de las mujeres (Anderson et al., 2011).

Pese a que durante los últimos años las tasas de analfabetismo generales se han reducido de manera considerable, aún persiste la relación directa entre las mujeres rurales y el analfabetismo. Efectivamente, Perú es uno de los ejemplos más radicales debido a que los índices de analfabetismo de mujeres rurales triplican el porcentaje del índice en hombres rurales (Anderson et al., 2011).

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI y Ramos, 2010) las diferencias se profundizan si se añade la variable etnicidad. Por ejemplo, en Perú una mujer indígena tiene en promedio 5.6 años de escolaridad en comparación con un hombre indígena que alcanza los 6.9 años de escolaridad. En países como Bolivia y Ecuador la tendencia es similar, pero con intensidad menor.

De acuerdo a las cifras de la CEPAL (2010), desde el año 2006 hasta el 2009 en Ecuador, el porcentaje de analfabetismo en mujeres rurales fue de 21.71% mientras que el de los hombres era de 18.33%. En contraste al área urbana donde el porcentaje de analfabetismo de las mujeres era de 8.84% y de hombres 7.62%. Lo mismo ocurre con Bolivia, que desde el año 2006 el analfabetismo de las mujeres era de 37.91% en relación al 14.42% de los hombres rurales (Anderson et al., 2011).

Cabe mencionar, que Chile, Paraguay y Brasil tienen porcentajes más bajos de analfabetización. Teniendo presente que Chile es uno de los países latinoamericanos más desarrollados debido a la inversión en salud y educación. Además, el 90% de la población

chilena reside en áreas urbanas, lo cual indica que la redistribución del crecimiento económico no se acumuló únicamente en las zonas urbanas (Machinea, 2007).

Tomando en cuenta lo expuesto y al considerar que en la actualidad en el contexto económico la acumulación del capital humano es prioritario, la población rural que no tiene acceso al sistema educativo se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad en términos laborales, de salud, y las probabilidades de mantenerse en condiciones de pobreza son altas. Además, existe una relación directa entre el nivel de educación e ingresos, por ende, las mujeres rurales con bajos niveles educativos recibirán los salarios más bajos (Anderson et al., 2011).

ii. Empleo

De manera general, la población ocupada en las áreas rurales ha aumentado durante las últimas décadas, sobre todo las mujeres. Al incrementar la participación laboral de las mujeres rurales se promueve el empoderamiento, la independencia y reducción gradual de la pobreza. No obstante, esto no garantiza la disminución de brechas en condiciones laborales entre hombres y mujeres. Es necesario que se garantice la inserción al mercado laboral y permanencia en el mismo. Por ejemplo, países como Brasil, Perú y Bolivia desde el 2009 presentan las tasas más altas de actividad laboral de mujeres rurales, que representan al menos el 60%. Por el contrario, Venezuela y Cuba tienen las tasas de actividad laboral de mujeres rurales más bajas, pues representan menos del 25% (Anderson et al., 2011).

Ahora, la calidad del empleo de las mujeres rurales no siempre es óptima, actualmente la ocupación se ha dividido en jornada laboral parcial, trabajos ocasionales, subempleo, y trabajo doméstico. Todos estos trabajos se caracterizan por remuneraciones deficientes o sin remuneración, lo cual no permite que las mujeres tengan oportunidades de formación y experiencia laboral (Anderson et al., 2011).

Los empleos de las mujeres se dividen en dos:

a) Empleo Rural Agrícola (ERA)

El incremento de la población ocupada en el área rural, especialmente mujeres, ha aumentado en actividades agrícolas. Los mayores porcentajes de mujeres en Perú, Bolivia, Ecuador, Brasil y Paraguay se concentran en actividades agropecuarias (Anderson et al., 2011).

Para el año 2010 la FAO determinó que la fuerza de trabajo agrícola de mujeres rurales representaba el 20%, adicionalmente, se identificaron las distintas formas de inserción en el mercado laboral como el trabajo en las tareas del hogar, el trabajo por cuenta propia (Nobre et al., 2017).

En efecto, las actividades agrícolas se ven acompañadas con otro tipo de actividades que duplican el trabajo. Pues varias de las actividades realizadas por las mujeres rurales son domésticas las que han sido consideradas como trabajos no productivos (Anderson et al., 2011).

b) Empleo rural no agrícola (ERNA)

Las actividades laborales en el área rural no son exclusivamente agrícolas, de hecho, varios autores confirman que el mayor porcentaje de actividades en el área rural son artesanales de las cuales están encargadas las mujeres. Durante la última década se ha determinado que en la mayoría de países latinoamericanos una pequeña proporción de mujeres rurales recibe un salario sin beneficios de ley. Pues tienen un limitado acceso a derechos laborales y seguridad social (Anderson et al., 2011).

Cabe mencionar que la FAO (2011) ha determinado que en las áreas rurales el ingreso de los hombres es, al menos, 1.9 veces mayor que el de las mujeres; y, la mayor parte de las veces las mujeres se ven obligadas a aceptar remuneraciones no monetarias o pagos en especie. Lo que en el largo plazo impacta directamente a la salud (Anderson et al., 2011).

Es importante enfocarse en la sostenibilidad de las comunidades comprendiendo tres cosas, qué y cómo se produce; y a su vez, qué y cómo se distribuye en la comunidad para evitar el ciclo de la pobreza (Quiroga Díaz, 2009)

iii. Pobreza

Al hablar de pobreza es necesario considerar que este fenómeno abarca más que solo desigualdades económicas, también toma en cuenta la falta de oportunidades. En este sentido, según el Panorama de la Pobreza Rural en América Latina y el Caribe (2018) realizado por la FAO, se puede evidenciar que desde 1990 hasta el 2014 la región redujo la pobreza de

manera exitosa. No obstante, pese a esta reducción las zonas rurales aún conservan porcentajes elevados de la misma (FAO, 2018).

Por ejemplo, según la FAO (2018) la pobreza monetaria de las áreas rurales descendió en al menos 20%, es decir, pasó de 65% a 46.2%. Mientras que, la pobreza extrema rural pasó de 40.1% a 27.5%. Sin embargo, en el año 2012 la reducción de la pobreza se vio estancada; y, en el período de 2014 al 2016 la pobreza rural incluso incrementó, pasó de 46.7% a 48.6% y la pobreza extrema de 20 a 22.5%. Esto conduce a una profundización de las brechas entre el área urbana y rural lo que implica que tanto el desarrollo económico y social de las áreas rurales se ve estancando, véase Anexo 1.

Con todo, es importante comprender que la pobreza tiene un impacto diferenciado según sexo. La FAO (2018) hace una observación al evidenciar que aún existen limitaciones metodológicas entorno a la pobreza monetaria en las áreas rurales, porque aún no se incorpora el trabajo no remunerado y se asume que la distribución de ingresos en los hogares es equitativa (Anderson et al., 2011).

Lo antes mencionado, permite comprender la situación de las mujeres rurales, pues si el impacto de la pobreza es mayor en las mujeres, y al no tener ingresos propios genera dependencia económica, reduce la autonomía, y su trabajo no tiene ningún valor agregado, dejándolas en situaciones altamente vulnerables (Anderson et al., 2011).

iv. Participación social política y empoderamiento

Desde 1990 la participación de las mujeres en espacios de decisión en gobiernos nacionales, regionales, municipales y locales; y, empoderamiento ha venido incrementando exitosamente (Anderson et al., 2011).

Uno de los temas más trascendentes ha sido la inserción de la mujer en el parlamento, en cargos ministeriales, autoridades municipales y locales. Aun cuando a nivel mundial la participación ha sido más baja en comparación con los hombres (Anderson et al., 2011).

Las mujeres rurales también han incrementado su participación política. El contexto regional ha sido favorable donde se ha evidenciado que es cada vez mayor el número de mujeres rurales que ocupan cargos públicos. Sin embargo, en el caso de algunos países latinoamericanos, la Defensoría del Pueblo ha señalado, desde el 2010, que la elección de las mujeres ha sido considerablemente inferior y esto puede estar vinculado a que no tienen lugares privilegiados en las listas electorales de las elecciones municipales y regionales (Anderson et al., 2011).

Consecuentemente, ser mujer rural en América Latina es un sinónimo de vulnerabilidad considerando los conflictos sociales, económicos, políticos y culturales no resueltos. Si el hecho de ser mujer (en las zonas rurales) supone vulnerabilidad, ser madre implicaría incrementar las brechas e inequidad entre las mujeres rurales versus las urbanas.

La maternidad en el ámbito de las mujeres rurales

Al igual que las estructuras mentales, conceptos sociales, procesos de desarrollo y contextos son completamente diferentes entre las poblaciones, la concepción de la maternidad también lo es. Las mujeres rurales conciben el ser madre desde un punto de vista importante en cuanto al ejercicio de poder, seguridad, y estatus en la comunidad. De acuerdo a la literatura, las mujeres rurales en países latinoamericanos construyen su identidad de mujer con forme las bases y necesidades de la familia tradicional, es decir, la mujer cuando es niña concibe la vida desde el cuidado hacia los hermanos y tareas del hogar. Cuando la mujer llega a la etapa adulta ésta concepción adquirida durante su vida no sufre cambios, pues su rol es cuidar de sus hijos e hijas, de su pareja, si es el caso, de la familia ampliada; y, realizar las actividades domésticas (Romero-Pérez et al., 2010).

Varios autores han concluido que el grado máximo de autorrealización de las mujeres latinoamericanas rurales es el ser madre, comprendiendo que existe una tendencia marcada a la dependencia de otros. La mujer rural es controlada por sus padres y cuando se casa lo es por su pareja. El hombre es el encargado de tomar las decisiones financieras, familiares e incluso de salud (Romero-Pérez et al., 2010).

En las zonas rurales latinoamericanas existe la idea de que la mujer biológicamente tiene implícito un valor “altruista” que supone cuidado, protección, nutrición, etc. el mismo que es vinculado con su descendencia. La mujer tiene un lazo con sus hijos e hijas que permite

transmitir la existencia, guía y acompañamiento de la crianza de los mismos (Flórez–Estrada, 2007).

Es así que, las mujeres rurales adquieren prestigio y poder con la maternidad pues está arraigada en sus creencias el mayor logro de expectativas con su familia. En las zonas rurales, los hijos e hijas toman un puesto importante desde el punto de vista de seguridad en aspectos como: la vida marital y la vejez de las mujeres. Los hijos e hijas son considerados como productores de relaciones, bienes y servicios sociales (Romero-Pérez et al., 2010).

Ahora, también existe la idea de que una de las prioridades (biológicas) en los cuerpos de las mujeres es la maternidad debido a que las expectativas reproductivas son sumamente altas en las zonas rurales, en contraste con las zonas urbanas donde las mujeres han logrado equilibrar las expectativas reproductivas y productivas, generando un balance en el papel de cuidadora de su familia hasta el ser profesional (Romero-Pérez et al., 2010).

Con lo mencionado, es posible verificar que la concepción de la maternidad e incluso el contexto de la misma puede tener impactos positivos y negativos en la salud de las mujeres rurales, por ejemplo, debido a las tendencias de control machista sobre decisiones de salud las mujeres incurren en complicaciones obstétricas por no acudir a los centros salud. Sin embargo, este contexto también puede contribuir en la construcción de redes sociales formales e informales compuestas por familiares, amigos y líderes que brindan apoyo

monetario y/o emocional contribuyendo a la atención y cuidado de la salud (Romero-Pérez et al., 2010).

Estudios realizados en América Latina, demostraron que existe asociación entre redes de apoyo social comunitario y la decisión de las mujeres para asistir al médico durante su proceso de maternidad, debido a la fuerte validación de los consejos, creencias, costumbres y experiencias adquiridas por amigos, familiares y líderes comunitarios (Romero-Pérez et al., 2010).

No obstante, la maternidad segura en las zonas rurales no siempre implica apoyo social, cabe mencionar que las mujeres rurales son las más afectadas en términos de acceso a servicios de salud lo cual conlleva a que la maternidad no sea un proceso seguro y natural, al contrario, son altamente vulnerables a sufrir muerte materna debido a la falta de acceso.

Acceso a servicios de salud materna y muerte materna en zonas rurales

El acceso a servicios de salud materna es uno de los determinantes que mayor impacto tiene al analizar la mortalidad materna. La cobertura de salud en las áreas rurales, la disponibilidad de recursos humanos calificados en maternidad que se encuentren integrados y correctamente distribuidos en los diferentes niveles de atención de salud, equipamiento, medicamentos, mecanismos de referencia y contra-referencia, planes de emergencia con equipo adecuado y transporte, garantiza la reducción de la mortalidad materna (GTR, 2017).

No obstante, América Latina no cuenta con los recursos humanos y financieros suficientes para poder cubrir las necesidades en todo el territorio. Además, los profesionales en salud materna tienden a concentrarse en áreas urbanas debido a que no existen incentivos laborales que motiven a los mismos a colaborar en las zonas rurales. Ésta es una característica que comparten casi todos los países latinoamericanos (GTR, 2017).

Por tales razones, las poblaciones rurales son las más afectadas y donde los porcentajes de mortalidad materna son un desafío. Normalmente, en las zonas rurales los ministerios de salud de los países latinoamericanos han utilizado estrategias analizadas desde el punto de vista “costo-efectividad” en la formación y contratación de parteras para suplir la falta de profesionales en salud materna. Considerando que la formación de parteras resulta menos costosa y mejora los entornos rurales (GTR, 2017).

En cuanto a las buenas prácticas de los sistemas de monitoreo y rendición de cuentas en los países latinoamericanos aún se mantienen problemas a nivel local. No obstante, en países como Uruguay, Chile y Costa Rica se implementaron comités locales de mortalidad materna que permiten comprender a profundidad las causas de la misma y aplicar estrategias de prevención. Además, son los únicos países que no aparecen en el top 100 de los países con mayores tasas de muerte materna, mientras que trece países de América Latina y el Caribe se encuentran en el top 100, según el portal IndexMundi (2018) Ecuador ocupa el puesto 87 (Anderson et al., 2011).

En varios países latinoamericanos, las tasas de muerte materna son elevadas en las zonas rurales, todo esto se vincula directamente con la falta de control y atención durante el embarazo, parto y puerperio, es decir los países no garantizan la disponibilidad, calidad y acceso a servicios de salud reproductiva y materna a las mujeres de las zonas urbanas y rurales (Anderson et al., 2011).

De acuerdo a la FAO (2018), una complicación que también es parte del acceso a servicios de salud es la percepción de las mujeres rurales sobre sí mismas y la percepción de ellas por parte del personal de salud. Por ejemplo, en países como Perú, Bolivia y Colombia las mujeres se consideran trabajadoras, activas, colaboradoras; mientras que el personal de salud considera que son mujeres pobres, sumisas y con falta de oportunidades. Esto influye negativamente en el trato recibido por parte del personal en salud, al tener una perspectiva jerárquica vertical que incide en la decisión de las mujeres rurales al no acudir a los establecimientos de salud (Anderson et al., 2011).

En consecuencia, la muerte materna pone en evidencia la vulnerabilidad de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, considerando que el riesgo de morir se encuentra alejado de ser una característica meramente biológica y natural. Pues, la muerte materna contempla la distribución desigual de las poblaciones frente a los determinantes sociales (Sesia, 2011).

Las complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio pueden presentarse a cualquier mujer, sin embargo, en las áreas caracterizadas por condiciones de pobreza, escaso acceso a salud, discriminación étnica, roles de género socialmente impuestos, niveles de instrucción bajos; y, políticas públicas débiles, es común que no obtengan un pronto y eficaz tratamiento, por lo tanto, es más probable que dichas mujeres mueran (Díaz Cortés, 2010)(Sesia, 2011).

En virtud de que las cifras de mortalidad materna son mayores en mujeres que residen en zonas rurales, que las colocan en una posición de desventaja, la literatura provee una serie de factores característicos de las zonas rurales en países latinoamericanos que impiden que las cifras de muerte materna se reduzcan (Romero-Pérez et al., 2010).

En primer lugar, existe una fuerte convicción de las mujeres rurales para no ser atendidas en las unidades de salud debido a que más de una vez han sido mal atendidas. Segundo, se considera que los malestares de salud la mayoría del tiempo no requieren atención médica, al contrario, pueden aliviarse solos. Tercero, barreras de acceso físico en términos de distancia y factores económicos. Cuarto, falta de confianza al personal de salud puede ser ocasionado por la mujer o por su pareja. Quinto, diferencias en la cosmovisión del proceso salud-enfermedad. Sexto, desconocimiento de los signos de alarma obstétricos (Romero-Pérez et al., 2010).

Por otra parte, las autoridades encargadas de generar planes y estrategias para la reducción de la muerte materna, no toman en cuenta las prácticas tradicionales de las mujeres respecto al cuidado de la gestación, es decir más de la mitad de las muertes maternas rurales se debe a la falta de atención durante el embarazo, parto o puerperio relacionado con aspectos culturales como costumbres, lengua, y preferencia por atención tradicional (parteras, sobadores, matronas, etc) (Romero-Pérez et al., 2010).

De tal forma que el proceso de maternidad (embarazo, parto y puerperio) puede concebirse como un evento marcado por normas, rituales, características específicas y patrones socioculturales establecidos que forman los pilares de los grupos sociales generando un significado y a su vez impacto en la salud (Romero-Pérez et al., 2010).

Una vez expuesto el contexto de la mujer, maternidad y mortalidad materna a nivel regional en las siguientes secciones y acápites se presenta el contexto y la realidad de las mujeres en la Sierra rural en Ecuador.

Ecuador: Mujeres en la Sierra rural

El rol de las mujeres en el desarrollo económico del Ecuador se ha hecho evidente desde 1970, si bien la inserción en el mercado laboral, el acceso a educación y cargos políticos de las mujeres ha tenido una evolución gratificante, todavía no se ha logrado reducir las diferencias e independencia entre la economía productiva (monetarizada) y reproductiva (no monetarizada). (Maldonado Mera, Lara Burbano, & Maya Carrillo, 2016).

Efectivamente, Ecuador ha reflejado que la labor de producción y reproducción de las mujeres rurales es poco valorada, además de las notorias desventajas en los mercados de producción frente a la situación de los hombres, las estadísticas muestran que la realidad de las mujeres rurales en Ecuador las coloca en situación de vulnerabilidad, véase Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticas de mujeres rurales en Ecuador – 2017

Categoría	Descripción	Porcentaje
Demografía		
	Población rural respecto a la población nacional	37,20%
	Población femenina rural respecto a la población nacional	18,40%
Autoidentificación		
	Mestiza	65,70%
	Indígena	15,30%
	Montubia	11%
	Afro ecuatoriana/mulata	4,80%
	Blanca	3%
Educación		
	Sin nivel de instrucción	9,64%
	Primaria	42,32%
	Secundaria	17,39%
	Bachillerato - Pos bachillerato - Superior	11,49%
	Posgrado	0,32%
Analfabetismo digital		
	Acceso y uso de tecnología como Internet, computadora y teléfonos celulares	43,20%
Ocupación		
	Ganadería, Silvicultura y Pesca	35,90%
	Agricultura y trabajo de hogar	61,30%
Seguridad Social		
	Sin afiliación a la seguridad social	77,30%
	Seguro social campesino	16,20%
Jefatura de hogar		
	Jefa de hogar	12,30%

Fuente: CEPAL 2017, INEC – CNPyV 2010, FAO 2008, SENPLADES 2014, ESPAC 2016 tomado de https://www.landcoalition.org/sites/default/files/documents/resources/mujeres_rurales_en_ecuador.pdf

Elaboración: Autora

En el Ecuador, la población femenina rural representa, al menos, la quinta parte del total de la población nacional. Las mujeres rurales se desenvuelven en condiciones inequitativas y de exclusión lo cual se ve evidenciado en la educación. Como se observa en la Tabla 2, el 9,64% de las mujeres rurales no tenía ningún nivel de instrucción, el 42,32% culminó la primaria, el 17,39% la secundaria, el 11,49% el bachillerato; y apenas el 0,32% ha cursado un posgrado (Flores & Sigcha, 2017).

La seguridad social también es inequitativa, el 77,30% de la población femenina en áreas rurales no está afiliada al seguro social, lo cual demuestra la baja cobertura y malas condiciones de empleo debido al mercado laboral informal al que se ven expuestas (Flores & Sigcha, 2017).

La Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU) realizada por el INEC (2012) demostró que los escenarios de pobreza y roles establecidos de género son las razones por las que las mujeres rurales no asisten a un establecimiento de educación. En efecto, el 36,9% no accede por falta de recursos, el 14,8% por trabajar, el 15,8% porque están encargadas de las tareas del hogar y el 4,1% porque su cónyuge se lo impide. Los datos expuestos, evidencian que ciertos roles de género son extremadamente marcados en las zonas rurales lo que impide el desarrollo integral de estas mujeres (Flores & Sigcha, 2017).

En cuanto a la jefatura femenina rural en cifras proporcionadas por el INEC (2015), se muestra que al menos el 30% de las mujeres lo son. De este porcentaje, el 20,2% no tiene nivel de instrucción mientras que el 58,5% culminó la educación básica (Flores & Sigcha, 2017).

Por otra parte, uno de los avances más significativos fue la reducción de la tasa de fecundidad de mujeres rurales, según el INEC (2015) el promedio de hijos/hijas en las áreas rurales del Ecuador pasó de 7 a 2,7 (Flores & Sigcha, 2017).

No obstante, en el ámbito de salud sexual y reproductivo no ha existido un cambio drástico en la edad de la maternidad, pues se ha incrementado durante la adolescencia en zonas rurales, según la CEPAL (2017) el 48,4% de las madres en zonas rurales son adolescentes, es decir el 2,6% de las madres rurales tuvo su primer hijo o hija entre los 12 y 14 años, el 45,8% entre los 15 y 19 años. Mientras que en zonas urbanas el porcentaje de madres entre 12 a 19 años es del 42% (Flores & Sigcha, 2017).

Lo mencionado se relaciona directamente con el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, evidentemente existe una clara diferencia entre ambos. Por ejemplo, el conocimiento de algún método anticonceptivo es del 84,4% y 96,3% en mujeres en edad fértil rurales y urbanas, respectivamente. Ahora, de los porcentajes presentados el 50,9% de mujeres urbanas en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo frente al 48,7% de mujeres rurales (CEPAL, 2017).

En lo que se refiere al acceso a establecimientos de salud existe una brecha entre las zonas rurales y urbanas en Ecuador, véase Tabla 2.

Tabla 2. Acceso a establecimientos de salud sin internación hospitalaria de mujeres en Ecuador – 2014

Área de residencia	Cobertura				
	Total	Sierra	Costa	Oriente	Insular
	%	%	%	%	%
Urbana	54	53	62	32	33
Rural	46	47	38	68	67

Fuente: Anuario de Estadística: Recursos y Actividades de Salud –INEC (2014) tomado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2014.pdf

Elaboración: Autora

Según el INEC (2014) los establecimientos de salud sin internación están conformados por centros, sub-centros, puestos y dispensarios de salud. En este sentido, la cobertura de los mismos a nivel nacional y regional es del 100%, no obstante, la concentración de estos establecimientos se ubica en las zonas urbanas. En la Sierra urbana el acceso a establecimientos de salud sin internación es del 53% frente al 47% de la Sierra rural. En la Costa urbana es del 62% en comparación con el 38% de la Costa rural.

En el Oriente ocurre lo contrario, el 68% del acceso a establecimientos de salud sin internación se encuentra en el área rural frente al 32% del área urbana. Del mismo modo en la región Insular, el 67% del acceso a establecimientos de salud sin internación se ubica en el área urbana en comparación con el 33% del área rural.

En cuanto al personal que trabaja en los establecimientos de salud, se evidencia una brecha entre el área urbana y rural del Ecuador, véase Tabla 3.

Tabla 3. Personal que trabaja en establecimientos de salud según área de residencia en Ecuador - 2014

Área de residencia	Cobertura							
	Por especialidad							
	Total		Obstetricas		Médicos especialistas		Médicos generales	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Urbana	107.461	90	1.703	77	15.939	97	6.256	86
Rural	11.833	10	504	23	532	3	1.022	14

Fuente: Anuario de Estadística: Recursos y Actividades de Salud –INEC (2014) tomado de http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_Rec_Act_Salud_2014.pdf

Elaboración: Autora

El total del personal que trabaja en establecimientos en salud es de 119.294 donde el 90% se encuentra en las zonas urbanas. El número de obstetricas es 2.207 de las cuales el 77% trabaja en zonas urbanas y el 23% en zonas rurales. Los médicos especialistas son 16.471 donde el 97% se encuentra en las zonas urbanas y apenas el 3% en las zonas rurales. Los médicos generales son 7.278 donde el 86% trabaja en zonas urbanas y el 14% en zonas rurales. Finalmente, las enfermeras son 16.250 donde el 92% se encuentra en las zonas urbanas en relación al 11% que se encuentra en las zonas rurales.

Como se evidenció las zonas rurales en Ecuador tienden a ser las más desfavorecidas en lo relacionado a los determinantes sociales. En este sentido, en el Ecuador las mujeres residentes de las zonas rurales de la Sierra son excluidas, discriminadas e invisibilizadas en la

parte laboral y social. Varios estudios realizados por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) demostraron que las mujeres rurales se ven obligadas a conseguir estilos de trabajo productivos que generen “valor” al mercado para la subsistencia, sin tomar en cuenta que a esto se suma las tareas del hogar y cuidado de los hijos e hijas, véase Tabla 4 (Maldonado Mera et al., 2016).

Tabla 4. Estadísticas de mujeres rurales en la sierra de Ecuador – 2010

Categoría	Descripción	Valor
Población		
	Mujeres en edad fértil MEF	687.730
Jefatura femenina		
	Jefas de hogar	14,29%
Estado Civil		
	Casada	44,19%
	Unida	12,84%
	Separada	2,86%
	Divorciada	1,63%
	Viuda	1,31%
	Soltera	37,17%
Auto identificación étnica		
	Indígena	19,42%
	Afro ecuatoriana	1,92%
	Mulata	0,64%
	Montubia	0,89%
	Mestiza	74,58%
	Blanca	2,43%
	Otro/a	0,12%
Educación		
	Ninguno	5,37%
	Centro de Alfabetización/(EBA)	1,67%
	Pre escolar	0,18%
	Primario	38,37%
	Secundario	22,70%
	Educación Básica	5%
	Educación Media	8,96%
	Ciclo Pos bachillerato	1,07%
	Superior	13,67%
	Postgrado	0,76%

Trabajo		
	Dentro del hogar	24,43%
	Fuera del hogar	71,43%
	Agricultura	34%
Seguridad Social		
	Seguro ISSFA	0,13%
	Seguro ISSPOL	0,06%
	IESS Seguro general	11%
	IESS Seguro voluntario	0,62%
	IESS Seguro campesino	4,68%
	Jubilada del IESS/ISSFA/ISSPOL	0%
	No aporta	77,94%
Hijos/as por mujer		
	Promedio	9,5
Edad para tener el primer hijo/a		
	Promedio	30

Fuente: Base CENSO 2010- INEC

Elaboración: Autora

En la zona rural de la Sierra ecuatoriana el total de mujeres en edad fértil es de 687.730, de las cuales el 14,29% son jefas de hogar. En cuanto al estado civil, el 44,19% está casada, el 12,84% unida, el 2,86% separada, el 1,63% divorciada, el 1,31% viuda y el 37,17% esta soltera.

En cuanto a la auto-identificación étnica, el 19,42% es indígena, 1,92% afrodescendiente, 0,64% mulata, 0,89% montubia, 74,58% mestiza y el 2,43% blanca.

En lo referente a la educación, 5,37% no tiene nivel de instrucción, 1,67% estuvo en un centro de alfabetización, 0,18% preescolar, 38,37% primario, 22,70% secundario, 5% educación básica, 8,96% educación media, 1,07% pos bachillerato, 13,67% superior y apenas el 0,76% posgrado.

Además, el 24,43% trabaja dentro del hogar mientras que el 71,34% lo hace fuera del hogar, principalmente en agricultura que representa el 34%. De las mujeres que trabajan, el 11% es afiliada al IESS, mientras que el 77,94% no aportan a la seguridad social. Finalmente, el promedio de hijos/as por mujer es de 9,5 y la edad promedio para tener un hijo/a es de 30 años.

Lo antes expuesto, evidencia que la mayoría de las mujeres en la Sierra rural son mestizas, tienen un nivel de instrucción primario, trabajan dentro y fuera del hogar, sin embargo, el 77,94% no tiene seguridad social. El número de hijos/as es distinto en relación a las mujeres urbanas.

Metodología y diseño de la investigación

Esta sección expone la metodología utilizada para responder los objetivos planteados al inicio de este estudio. De tal manera, se proponen metodologías cuantitativas a nivel de Sierra rural; y, metodologías cuantitativas y cualitativas para el Estudio de Caso en Intag.

Metodologías Sierra rural

Comúnmente, la valoración de la muerte materna se ha realizado a través de costos directos que permiten evaluar a los programas destinados a la reducción de la misma. Sin embargo, como se ha evidenciado este fenómeno tiene mayor frecuencia en las mujeres de condiciones sociales, económicas y políticas más bajas. Por ende, se busca cuantificar simbólicamente la pérdida de una mujer por muerte materna. Cabe mencionar que los datos

del INEC (2015) demuestran que la mayoría de mujeres rurales en edad fértil realizan TNR en sus hogares por ende el siguiente análisis se basa en esta evidencia y lo que conforma la mayoría.

En este sentido, se realizan algunas metodologías a nivel de Sierra rural donde el supuesto principal es *“Las mujeres de 15 a 49 años en la Sierra rural realizan trabajo no remunerado en sus hogares”*.

1. Razón de muerte materna (RMM)

De acuerdo al INEC, la RMM se define como:

El número de muertes maternas ocurridas durante el embarazo, parto o puerperio, por cada 100.000 nacidos vivos en determinado espacio geográfico, en un periodo considerado².

En términos formales, la RMM se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{número de defunciones maternas en el año } t}{\text{número de nacidos vivos en el año } t} \times 100.000$$

² Tomado de

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sistema_Estadistico_Nacional/Comisiones/Salud/Fichas-pdf/1-FM-Razon%20de%20mortalidad%20materna.pdf

Para obtener la RMM en la Sierra rural se utilizaron las bases de Defunciones y Nacimientos proporcionadas por el INEC. A fin de evidenciar la tendencia de la RMM se trabajó en quinquenios desde el año 2000 hasta el 2017. Comprendiendo que la Sierra está compuesta por 10 provincias se filtraron las bases en áreas rurales y mujeres en edad fértil. En cuanto a las causas de muerte materna para los años 2000 y 2005 se utilizó la codificación del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) con los códigos CIE -10 (O00-O99). Mientras que para los años 2010-2015-2017 se utilizó la variable creada por el INEC “muerte materna”. Finalmente, con la información obtenida se pretende demostrar la distribución de la muerte materna en la Sierra rural según las variables sociodemográficas.

2. Valoración del Trabajo No Remunerado

En acápite anteriores se evidenció que las mujeres son las que cubren, al menos, dos tercios del TNR en el hogar, de tal forma que el salario en el mercado de trabajo no es considerado como un reflejo claro del costo de oportunidad de muerte materna. El INEC y otras investigaciones del TNR sugieren agregar el Valor del TNR al Valor Presente de las mujeres (Caro Dognac, 2013).

En ese sentido, la presente investigación realizará el método INPUT de Valoración de la Producción, el cual utiliza costos económicos que se producen a nivel social y de salud (normalmente se clasifican en directos e indirectos). Para estudios donde se analizan pérdidas fuera de la producción laboral se utilizan los costos indirectos que dan un valor simbólico a la

pérdida de productividad no remunerada en caso de mortalidad prematura (Collar, Morales-González, & Otero, 2007).

Es así que se analizan los costos alternativos comprendiendo que en los hogares donde las mujeres realizan todas las actividades domésticas, se ahorran una cantidad monetaria que representaría contratar a alguien para que realice las mismas actividades (Caro Dougnac, 2013), en este caso la literatura sugiere analizar tres tipos de salarios:

- ❖ Salario generalista (Wg): Representan los salarios medios de trabajadores que se dedican al servicio doméstico con remuneración.
- ❖ Salario especialista (We): Representan a los salarios de trabajadores que se dedican a distintas actividades como: fabricar, construir, etc. Una de las características de este salario es que las funciones del trabajo se asemejan a las del trabajo no remunerado.
- ❖ Salario híbrido (Wh): Representa la ponderación entre el Wg y We.

Esta investigación utilizará el Wh, para lo cual se requiere calcular un ponderado entre Wg y We asignando un promedio porcentual del tiempo que dedican las mujeres a cada una de las actividades contempladas en las Cuentas Nacionales del BCE, es decir actividades que no implican únicamente el servicio doméstico.

En efecto, el BCE agrupa una serie de actividades por Industrias, relacionadas al TNR de las Cuentas Nacionales, véase Figura 2.

Figura 2. Industrias clasificadas en Cuentas Nacionales – BCE 2012

Categorías

Fabricación de muebles
Construcción
Servicios de reparación y mantenimiento de vehículos de motor y motocicletas
Transporte y almacenamiento
Actividades profesionales, técnicas y administrativas
Servicios de enseñanza privado
Servicios sociales y de salud
Entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios
Hogares privados con servicio doméstico

Fuente: Banco Central del Ecuador (BCE), Cuentas Nacionales.

Elaboración: Autora

En este caso, al utilizar el método Wh se determina una remuneración promedio a la actividad hogares privados con servicio doméstico; y, una remuneración promedio a las actividades: fabricación de muebles, construcción, servicios de reparación y mantenimiento de vehículos de motor y motocicletas, transporte y almacenamiento, actividades profesionales, técnicas y administrativas, servicios de enseñanza privado, servicios sociales y de salud, entretenimiento, recreación y otras actividades de servicios. Considerando que el trabajo en el hogar requiere un mantenimiento continuo.

Con la información expuesta, se realizan los siguientes cálculos: Para obtener el Salario Promedio Ponderado se utiliza la base de datos del Uso del Tiempo 2012³, para este cálculo

³ Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/uso-del-tiempo-2/>

se requiere información de hombres y mujeres. Por lo tanto, se filtraron los datos a fin de obtener: Sierra, área rural, edad de 15 a 49 años⁴.

Posteriormente, se utilizaron las variables de “*ocupación principal*” y “*tiempo dedicado a la ocupación principal, semanal*”. Se clasificaron las actividades según la industria agrupada por el BCE, asignado un peso porcentual a cada actividad a fin de multiplicar *Tiempo de actividad* × *Peso de actividad*; y, finalmente multiplicar ese valor a la remuneración de la actividad por hora.

Una vez obtenida la remuneración ponderada se busca estimar los costos indirectos totales⁵, para lo que la literatura sugiere realizar el siguiente cálculo:

$$\text{Costo Indirecto total} = \text{Costo salarial}^6 + \text{Costo de TNR}$$

Finalmente, se determina el valor de la pérdida de la producción del servicio doméstico. En este caso, el valor de las remuneraciones correspondientes al TNR será igual a:

⁴ No se tomó hasta los 65 años que implica la “edad laboral” debido a que el estudio se enfoca en muerte materna que necesariamente son mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.

⁵ Da un valor simbólico a la pérdida de productividad no remunerada en caso de mortalidad materna.

⁶ La literatura provee de evidencia que la inserción femenina al mercado laboral es distinta en relación a los hombres en términos de actividades/categorías, normalmente las mujeres se concentran en sectores de comercio, enseñanza y hogar, ingresos percibidos menores al del hombre y extensión de la jornada laboral contemplando el TNR. Comúnmente, para cuantificar el trabajo se utilizan los ingresos percibidos por la Población Económicamente Activa según edad, experiencia y nivel de instrucción, sin embargo, la limitación de este método radica en la valoración a la persona por sus atributos y no por el trabajo que realiza (califica a la persona y no a la producción) por ende se sugiere utilizar el salario mínimo para la valoración del TNR, comprendiendo que son mujeres rurales condicionadas a bajos niveles de instrucción y experiencia laboral (Sandoval Carvajal & González Vega, 2015).

Valor de la producción del TNR

= *Número de horas anuales de TNR consumido en el hogar* × *precio promedio hora*

De acuerdo a las metodologías propuestas (INEC, 2013a), se asume que el valor de la producción obtenida es igual al valor del TNR.

En ese sentido, para obtener las horas de TNR anuales, se filtró la base de EUT de la siguiente manera: Sierra, mujeres, área rural, edad de 15 a 49 años. Es decir, mujeres en edad fértil pertenecientes a la Sierra rural, por lo que para obtener el total de horas destinadas a TNR se calcula:

TNR

= Trabajo doméstico para el hogar

+ Cuidado a menores de 12 años, personas enfermas y con discapacidad

+ Trabajo doméstico para otros hogares + Trabajo para la comunidad y voluntario no remunerado

Una vez que se tiene la variable TNR, se obtiene el valor de la producción. Además, se puede analizar la distribución del TNR en la Sierra rural.

3. Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Cuando se obtiene la tasa bruta de mortalidad se observa que el peso de cualquier tipo de muerte es similar, independientemente de la edad a la que haya ocurrido. No obstante, el análisis social de esta muerte difiere de la tasa bruta de mortalidad debido a que las poblaciones consideran que hay edades a las que un individuo no debe morir, sobre todo si se trata de causas socialmente injustas como la muerte materna. Es decir, implícitamente las personas consideran las probabilidades de la muerte según la edad (Epidat, 2014).

Las muertes ocurridas en una población se valoran descubriendo los años de vida que la persona ha dejado de vivir donde se coloca como norma, la edad de la muerte y un límite establecido. Normalmente, para establecer los límites de edad es importante considerar la esperanza de vida de cada grupo etario de la población, con el objetivo de tener presente todas las muertes de la población a la edad que se producen. De esta manera se amplía la visión comprendiendo que cualquier muerte puede ser prematura según lo que se ha establecido como expectativa de vida (Epidat, 2014).

El resultado de los APVP es un número absoluto de tiempo perdido que se mide en años. Ahora bien, para comprender las diferencias de tamaño (de la muerte) se utilizan las tasas de APVP. Cabe mencionar que para el cálculo de los APVP se requiere de la aplicación de dos valoraciones sociales. La primera, la preferencia temporal. La segunda, la ponderación de los años en función de la edad. Para fines de este estudio se utiliza la segunda valoración (Epidat, 2014).

Ponderación de los años en función de la edad

Para complementar el cálculo de los APVP se toma en consideración ciertos criterios relacionados a la edad. En este caso se toma en cuenta que los años centrales de la vida (o los años más productivos de los individuos, 20-40 años) son, socialmente, mejor valorados en relación a los años de la infancia o vejez. Comprendiendo que las personas que se encuentran en este grupo etario desarrollan tareas sociales, económicas y familiares con mayor relevancia. Además, en este grupo los individuos sostienen económicamente a los más jóvenes y ancianos; y, desarrollan funciones sociales que repercuten en la salud de los demás como la reproducción para mantener a la población (Epidat, 2014).

En el caso de muertes maternas la literatura sugiere que las mujeres en edades centrales son las que realizan mayor TNR, sus funciones sociales en la comunidad y la familia impactan positivamente en la salud de sus hijos/as, por lo que, una muerte de estas mujeres por causas maternas representa una pérdida social (INEC, 2013a).

Es así que se establece un factor K de ponderación de los años en función de la edad tomando dos valores: 0 (sin ponderación por edad) y 1 (máxima ponderación de las edades de adultos jóvenes en relación con los niños y ancianos). “Su efecto esencial es incrementar

la importancia relativa de las muertes y discapacidades en adultos jóvenes” (Epidat, 2014, p.87).

Ahora, para realizar el cálculo de los APVP se utilizó el programa de Análisis Epidemiológico y Estadístico (Epidat 4) a fin de obtener los indicadores. Se calculó también la tasa bruta de APVP debido a que iguala el tamaño poblacional. Epidat requiere de tres datos importantes para obtener los APVP y la Tasa Bruta: Defunciones, Población y Esperanza de vida. Se eligió la opción de una causa (muerte materna) y varias poblaciones (todas las provincias de la Sierra rural, en total son 10). Los datos fueron obtenidos de las bases del INEC: Defunciones y Proyecciones poblacionales. Conforme la disponibilidad desagregada de los datos, se utiliza la información desde el año 2010 hasta el 2017. Para los fines del estudio se filtraron los datos de las 10 provincias de la Sierra, área rural, mujeres, edades de 15 a 49 años. En lo que se refiere a las causas de muerte materna, el INEC desde el año 2010 agregó a sus bases de Defunciones la variable “*mortalidad materna*” que contempla los códigos del CIE-10 (O00 – O99), por lo que al filtrar los datos se pudo unificar con la variable creada.

Adicionalmente, para obtener el indicador APVP se requiere de la esperanza de vida la cual fue obtenida de un estudio realizado por el INEC y OPS (2010). Cabe mencionar que los datos se analizaron en grupos de edad quinquenales y esperanzas de vida al nacer en los mismos grupos de edad, eligiendo como límite de edad los 49 años.

En términos formales, el cálculo de los APVP (Epidat, 2014, p. 145-147.):

✓ APVP entre las edades 15 y 49, con valoraciones sociales:

$${}_nAPVP_x = {}_n d_x L'_z$$

Para $0 \leq k \leq 1$, $r: 0$

$$L'_z = \frac{kCe^{rz}}{(d+r)^2} \{ \exp[-(d+r)(L_z+z)] [-(d+r)(L+z)-1] - \exp[-(d+r)z] [-(d+r)z-1] \}$$

Donde:

- ❖ x es el límite inferior de los grupos de edad
- ❖ n es la amplitud de los grupos de edad (para grupos quinquenales $n = 5$)
- ❖ r es la tasa de descuento (en este caso es 0)
- ❖ k es el factor de pesos por edades (en este caso es 1 por pesos estándar)
- ❖ ${}_n d_x$ es el número de defunciones entre las edades x y $x+n$
- ❖ C es la proporción de defunciones por la causa y equivale a 0,1658
- ❖ D es el número total de defunciones entre las edades y equivale a 0,04
- ❖ El valor L_z es el límite

Límites fijos: $L_z = b-z$

Límites variables (esperanzas de vida):

$$L_z = e_x + \frac{na_x}{n} (e_{x+n} - e_x), x < w$$

$$L_z = e_w + \frac{e_w^2 e_w - e_{w-n}}{n e_{w-n}} \text{ para } x = w$$

Valor z :

$$z = x + na_x, x < w$$

$$z = w + e_w \text{ para } x = w \text{ (solo para límites variables)}$$

Donde:

- ❖ b es límite superior de edad
- ❖ x es el límite inferior de los grupos de edad
- ❖ ${}_n a_x$ es el número de defunciones entre las edades x y x+n
- ❖ e_x es la esperanza de vida a la edad x

✓ APVP total:

Límites fijos: $APVP = \sum_{x=a}^b n APVP_x$ (se suma mientras $L_z > 0$)

Límites variables (esperanzas de vida): $APVP = \sum_{x=0}^w n APVP_x$

✓ Tasa de APVP por 1.000 habitantes:

Límite superior fijo: $T_{APVP} = \frac{APVP}{P_{a,b}} \times 1.000$

Límite superior variable: $T_{APVP} = \frac{APVP}{P} \times 1.000$

Donde:

- ❖ a y b son los límites inferior y superior de edad, respectivamente
- ❖ $P_{a,b}$ es la población entre edades a y b
- ❖ P es la población total

Estudio de Caso: Reducción de la mortalidad materna en la zona rural Intag (cantón Cotacachi)

El cantón Cotacachi se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura, está compuesto por 10 parroquias (8 rurales y 2 urbanas) las mismas se encuentran agrupadas en 3 zonas reconocidas como: Urbana, Andina e Intag (subtropical). Cada zona se caracteriza por tener una población, modos de vida y contextos sociales distintos. Véase Anexo 2 (GAD Cotacachi, 2011).

Para fines de este estudio se toma en cuenta únicamente la zona de Intag debido a que desde el año 2005, según datos del Gobierno local de Cotacachi (2015) la razón de mortalidad materna, en esta zona rural, logró reducir a 1 por 10.000 nacidos vivos.

En virtud de lo expuesto, la zona de Intag se encuentra a 1h30 de la ciudad de Cotacachi, está compuesta por 6 parroquias rurales: Apuela, García Moreno, Peñaherrera, 6 de Julio Cuellaje, Plaza Gutiérrez y Vacas Galindo. Según el INEC (2010) el total de la población de la zona es de 5.076 personas de las cuales 2.183 son mujeres (GAD Cotacachi et al., 2015).

Datos del INEC (2010), evidencian que el 98% de la zona es mestiza y reside en las comunidades Santa Rosa de García Moreno, Llurimagua, Balsapamba, La Playa y Tollo Intag. Mientras que el 1% de la población es indígena, pertenecientes a las comunidades Azabí, Irubí y Piñán.

Intag, es la zona que mayor número de establecimientos educativos posee, de acuerdo al GAD Cotacachi (2011), el cantón tiene 120 establecimientos educativos divididos en jardines, escuelas y colegios, de los cuales 74 pertenecen a Intag, por tal motivo la tasa de alfabetización ha logrado incrementar en los últimos años. No obstante, desde el año 2010 Intag se vio afectada por el incumplimiento de los días y horarios de trabajo de las docentes destinadas a las zonas rurales, la mayoría asistía los días martes y regresaban a la ciudad (Ibarra) los días jueves (GAD Cotacachi, 2011).

En cuanto a las actividades económicas principales en la zona son: producción agropecuaria, producción manufacturera-artesanal; y, turismo. Además, se especializan en la producción agroexportadora de flores, frutas y café (GAD Cotacachi, 2011).

Por otro lado, datos obtenidos de la herramienta GEO SALUD proporcionada por el MSP demuestran que Intag cuenta con la cobertura de establecimiento de salud por parte del MSP y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Empezando por Cotacachi donde se encuentra el Hospital Básico “Asdrúbal de la Torre” al cual es referida la mayoría de la población de comunidades lejanas, entre ellas Intag.

En cuanto a las parroquias, GEO SALUD arroja los siguientes datos: Apuela, cuenta con un Centro de Salud tipo A (MSP), un Puesto de Salud (IESS) y una Ambulancia de soporte vital básico. Cuellaje, cuenta con un Centro de Salud tipo A (MSP). García Moreno, cuenta con cuatro Centros de Salud tipo A (MSP), un Centro de Salud (IESS), dos Puestos de Salud (MSP) y dos Puestos de Salud (IESS). Peñaherrera, cuenta con un Centro de Salud tipo A (MSP) y un Puesto de Salud (IESS). Vacas Galindo, cuenta con dos Puestos de Salud MSP e IESS, respectivamente. Finalmente, Plaza Gutiérrez cuenta con un Puesto de Salud (MSP). Cabe mencionar que todos los Centros y Puestos de Salud trabajan 8 horas diarias y en caso de emergencia utilizan la ambulancia o sistemas de referencia.

Por otra parte, Intag es una zona de alto riesgo de deslizamientos en las vías que conducen a las parroquias rurales (Apuela y Vacas Galindo), estas parroquias son las más

pobladas y, por ende, con mayor número de viviendas. Lo cual genera vulnerabilidad en la población residente en las parroquias mencionadas (GAD Cotacachi, 2011).

Ahora bien, según la Agenda de Mujeres de Intag (2007) se evidencia que la zona ha desarrollado el 99% del proyecto “Fortalecimiento de la Participación de la Mujer en la Vida Municipal” lo cual ha creado mujeres líderes que velan por los intereses de las demás. En efecto, en el 2002 se celebró la I Asamblea Zonal de Mujeres de Intag (en Apuela) con el objetivo de crear estrategias para mejorar las condiciones económicas, educativas y de salud materna de todas las mujeres. Desde entonces, se ha insistido en el cumplimiento de dos leyes que protegen a las mujeres: Ley contra la violencia a la Mujer y la Ley de Maternidad Gratuita.

La Agenda muestra también que se crea la Coordinación de las Mujeres donde la lucha inicia desde “el reconocimiento y revalorización de la mujer rural”. La Coordinación se fusiona con la Asamblea de la Unidad Cantonal de Cotacachi a fin de trabajar de manera interconectada.

La actualización de la nueva Agenda de Mujeres e Igualdad de Género (2015-2018), trabaja 8 ejes a favor de las mujeres de todo el cantón Cotacachi. El eje 1 –Economía y trabajo, se enfoca en “Equilibrar el trabajo doméstico y no remunerado entre hombres y mujeres”. Eje 2 – Violencia, se enfoca en “Eliminar la violencia hacia las mujeres, personas de la comunidad GLBTI y grupos prioritarios”. Eje 3 – Educación, se enfoca en “Mejorar la educación formal para las niñas, niños y adolescentes de Cotacachi, con especial atención a personas de zonas

rurales, con discapacidades, de la comunidad GLBTI y mujeres”. Eje 4 - Salud, se enfoca en “Mejorar la salud de manera holística para todas las personas con énfasis en las mujeres, personas GLBTI, y grupos prioritarios” (AUCC, Manduriacus, & UNORCAC, 2018, p. 9-23).

Eje 5 - Deporte, recreación y ocio, se enfoca en “Promover actividades deportivas, recreativas y fomentar la participación permanente de las personas con menos acceso (mujeres, adultas mayores, adultas, adolescentes y niñas) y personas con discapacidad”. Eje 6 - Cultura y comunicación, se enfoca en “Fortalecer las identidades y sus diversas manifestaciones culturales cotacacheñas y sus conocimientos, prácticas, costumbres y tradiciones de manera que promueva la igualdad de género y oportunidades para todas las personas.”. Eje 7- Ambiente y tierra, se enfoca en “Crear condiciones para vivir bien, en una convivencia sostenible y estable entre las/os cotacacheñas/os y el medio ambiente”. Finalmente, el Eje 8 - Poder y Organizaciones, se enfoca en “Redistribuir el poder en espacios tanto organizativos como institucionales, para que haya igualdad de participación y toma de decisiones”. (AUCC, Manduriacus, & UNORCAC, 2018, p. 24-37).

Con lo antes expuesto, se puede observar que el GAD Municipal, la Coordinación de Mujeres y otras instituciones y grupos en Intag, durante varios años, han intentado mejorar las condiciones de vida de las mujeres pese a los obstáculos políticos y económicos que se presentan. De tal forma se pretende profundizar los esfuerzos realizados por la comunidad y autoridades que lograron reducir la muerte materna y comprender a profundidad el valor simbólico de las mujeres de Intag y que representaría su pérdida. Lo mencionado será expuesto a detalle en las siguientes secciones.

Métodos Mixtos

Esta metodología integra sistemáticamente técnicas cuantitativas y cualitativas en un solo estudio con el fin de obtener una comprensión completa del fenómeno a estudiar. Los métodos son complementarios y no hay relación dicotómica entre ellos (Chen, Johnson et al., 2006).

Para realizar esta metodología se requiere la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta (Hernández, Sampedro & Mendoza, 2008). Los métodos mixtos contribuyen a una serie de ventajas en las investigaciones, por ejemplo, permiten tener una perspectiva integral y holística del fenómeno, formular claramente el problema, aplicar adecuadamente las teorías y mejorar la exploración de los datos (Hernández, Sampedro & Mendoza, 2008).

El proceso de los métodos mixtos consta de cuatro pasos (Echeverría, 2017). Primero, el planteamiento del problema: la muerte materna en Intag se redujo, por lo que se busca identificar qué factores actuaron a favor de estos resultados considerando que las mujeres en la Sierra rural tienen un contexto social distinto a otras mujeres del país.

Segundo, diseño de la investigación: Exploratorio secuencial

Recolección de datos cualitativos + Análisis cualitativo + Recolección de datos cuantitativos
+ Análisis cuantitativo + Interpretación del análisis completo

Método cuantitativo: Índice de Accesibilidad a servicios de salud, Estadística descriptiva de los datos recolectados de mujeres en Intag. Método cualitativo: Análisis de entrevistas semiestructuradas realizadas a los actores clave.

Tercero, muestreo probabilístico donde seleccionan casos al azar o unidades de población que sean representativas y la probabilidad de ser elegidos se pueda determinar. En Intag el número total de mujeres es de 2.183. Se decidió trabajar al 90% de confianza, con el 10% de error. Lo que implica levantar 93 encuestas anónimas. Y aleatorio estratificado donde se segmenta a la población de interés en subgrupos o estratos, es decir, mujeres desde los 15 años sin límite de edad para comprender la evolución de ideas sobre rol de madre y acceso a servicios de salud.

Cuarto, recolección de los datos. Las participantes son 93 mujeres de 15 años en adelante (aleatorio) y actores clave (Coordinadora de mujeres, Personal de salud, Personal de ONG's). Las herramientas son 93 encuestas anónimas y 4 entrevistas semiestructuradas, véase Anexo 3.

Análisis de datos

Una vez detalladas las metodologías, se exponen a continuación los resultados de las mismas y el análisis de los datos recolectados.

Resultados Metodología Sierra rural

1. Distribución y Razón de muerte materna (RMM) en la Sierra rural

Tabla 5. Número de casos de muerte materna en la Sierra rural, 2000-2017

Año	2000	2005	2010	2015	2017	
Categoría	Descripción	Valor	Valor	Valor	Valor	
Total						
	Número de Muertes Maternas	33	18	34	19	25
Provincia						
	Azuay	7	1	6	-	-
	Bolívar	-	-	2	-	-
	Cañar	1	1	-	-	-
	Carchi	1	-	1	-	-
	Cotopaxi	2	6	7	-	-
	Chimborazo	8	1	4	-	-
	Imbabura	4	1	4	-	4
	Loja	5	3	2	1	2
	Pichincha	4	4	4	12	16
	Tungurahua	1	1	4	6	3
Edad						
	15-19	6	1	7	1	4
	20-24	8	2	9	5	6
	25-29	4	3	2	5	7
	30-34	5	5	8	3	5
	35-39	4	4	2	3	3
	40-44	6	2	6	2	-
	45-49	-	1	-	-	-
Estado Civil						
	Unida	9	-	5	2	2
	Divorciada	1	-	1	1	1
	Casada	-	6	17	11	8
	Viuda	-	9	-	-	1

Separada	-	-	-	-	-
Soltera	23	3	11	5	13
Educación					
Ninguno	8	4	5	-	2
Centro de alfabetización	1	11	-	-	-
Primaria	19	2	17	10	13
Secundaria	5	1	8	6	4
Bachillerato	-	-	2	1	4
Superior	-	-	2	2	2
Auto identificación étnica					
Indígena	-	-	13	5	7
Afro ecuatoriana	-	-	1	3	-
Montubia	-	-	2	-	-
Mestiza	-	-	18	11	18

Fuente: Base Defunciones 2010-2017 (INEC)

Elaboración: Autora

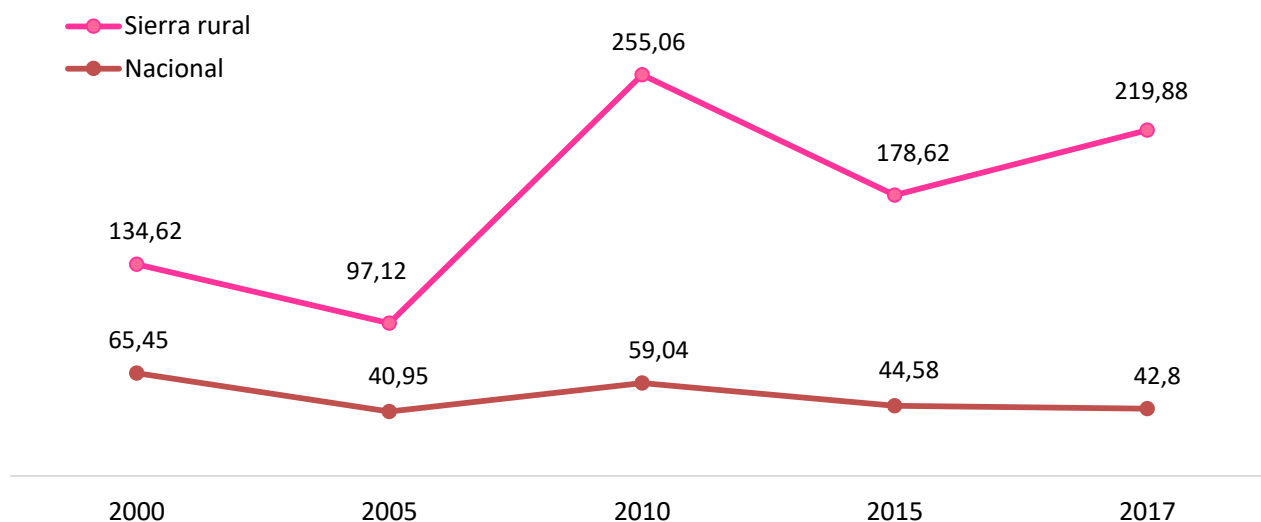
En los quinquenios desde el 2000 al 2017, la distribución de los casos de muerte materna en la Sierra rural ha tenido una evolución creciente y decreciente en ciertos períodos de tiempo, por ejemplo, en el año 2000 se reportaron 33 casos de muertes maternas, cinco años más adelante se evidencia una reducción de 15 casos. No obstante, para el 2010 se evidencia un incremento de 16 casos. En 2015, se reportan 19 casos de muerte materna y en dos años la cifra incrementa a 25.

De manera general, los casos de muerte materna se redujeron en algunas provincias, sin embargo, en otras provincias la cifra aumentó. Por ejemplo, en los años 2000 – 2010 Chimborazo, Cotopaxi y Azuay reportaron más de 5 casos de muerte materna. En 2015-2017 Pichincha es la provincia con mayor número de casos de muerte materna, 12 y 16, respectivamente.

En cuanto a la edad, durante el periodo 2000-2017, los casos de muerte materna mayores o iguales a 5 se presentan en los grupos de 20 a 34 años de edad. Es decir, en mujeres jóvenes adultas. En lo que se refiere al estado civil, las mujeres solteras son las que más casos de muerte materna han reportado, seguidas de las casadas.

En temas de nivel de instrucción, se observa que las mujeres que no poseen ningún nivel de instrucción, o niveles de primaria y secundaria son las que mayores casos de muerte materna reportan. Ahora, si bien en los ODS se contempla que la reducción de la RMM debe ser de 70 defunciones por 100.000 nacidos vivos, el país ha logrado cumplir esa meta a nivel nacional. Sin embargo, al calcular la RMM de mujeres indígenas y mestizas en la Sierra rural durante el periodo 2000-2017 se han reportado un incremento en los casos de muerte materna, al comparar con la RMM nacional se evidencian diferencias marcadas, véase Gráfico 4.

Gráfico 4. Razón de mortalidad materna en la Sierra rural y nacional por cada 100.000 nacidos vivos, 2000-2017



Fuente: Base Defunciones 2010-2017 (INEC)

Elaboración: Autora

En el año 2000 la Sierra rural registró una RMM de 134,62 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. En 2005, la Sierra rural registró una RMM de 97,12 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. En 2010, la Sierra rural registró una RMM de 255,06 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, y en 2017 se registró una RMM de 219,88 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos. Llama la atención que en 2010 la RMM incrementó en 157 puntos.

Considerando que la RMM a nivel nacional para el 2017 fue de 42,8 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos (INEC), y la RMM en la Sierra rural fue de 219,88 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, en el 2017. Es decir, el valor de la RMM de

la Sierra rural es 5 veces más que el valor nacional, evidenciando la inequidad e injusticia social al momento de analizar los indicadores en poblaciones específicas.

2. Valoración simbólica de la muerte materna: Valor del Trabajo No Remunerado y Producción del Trabajo No Remunerado en la Sierra rural

En primer lugar, se exponen a continuación los resultados descriptivos de la Encuesta de Uso de Tiempo (2012), donde se observa el TNR de las mujeres de 15-49 años de edad pertenecientes a la Sierra rural.

❖ Sierra - Área de residencia

Las mujeres en la Sierra realizan un total de 287.862 horas semanales de TNR. No obstante, las mujeres rurales realizan 160.171 horas de TNR semanal o un promedio de 31,05 horas, en comparación con las mujeres de la Sierra urbana quienes realizan 127.691 horas de TNR semanal o un promedio de 27,42 horas. Lo que confirma que las mujeres rurales son más propensas a ser parte del grupo de TNR en el hogar, véase Anexo 4.

❖ Sierra rural – Mujer / Hombres

Las mujeres realizan, al menos, más de 133 horas de TNR que los hombres rurales, demostrando que la teoría revisada en acápites anteriores explicaba que los patrones machistas (comúnmente arraigados en las zonas rurales) destinan el rol de cuidado, limpieza y ayuda del hogar a la mujer, véase Anexo 5.

❖ Sierra rural – Provincia

En las provincias de la Sierra rural, se observa que las horas de TNR semanales son mayores a 5.000. Las cinco provincias que destinan mayor número de horas de TNR realizado por mujeres de 15 a 49 años son: Cotopaxi (24.803 horas – 87,03 promedio), Pichincha (20.177 horas – 77,01 promedio), Tungurahua (20.169 horas – 72,16 promedio), Chimborazo (19.477 horas – 75,37 promedio) y Azuay (17.667 horas – 76,98 promedio). Las siguientes cinco provincias realizan menos de 15.000 horas semanales de TNR: Cañar (14.706 horas – 67,93 promedio), Loja (13.741 horas – 75,29 promedio), Bolívar (12.888 horas – 71,40 promedio), Carchi (9.867 horas – 72,28 promedio) y finalmente Imbabura (6.705 horas – 58,31 promedio), véase Anexo 6.

❖ Sierra rural – Edad

Las mujeres rurales (independientemente de la edad) realizan más de 15 horas promedio de TNR. Sin embargo, los grupos de mujeres jóvenes adultas realizan más de 40 horas promedio de TNR a la semana. Por ejemplo, el grupo etario de 25-29 años realiza 24.342 horas – promedio de 40,1 horas semanales, el grupo etario de 30-34 años realiza 26.055 horas – promedio 41,56 horas semanales y el grupo etario de 35-39 años realiza 25.893 horas – promedio 40,82 horas semanales, véase Anexo 7.

❖ Sierra rural – Etnia

De acuerdo a la auto-identificación étnica, las mujeres rurales mestizas realizan 121.648 horas – promedio de 64,71 horas semanales de TNR, seguidas de las mujeres indígenas quienes realizan 32.152 horas – 40,14 horas promedio semanales de TNR. Se debe considerar que las poblaciones de mujeres en la sierra rural, en su mayoría son mestizas e indígenas, véase Anexo 8.

❖ **Sierra rural – Estado Civil**

Las mujeres casadas son las que más TNR realizan. Se registró que ejecutan al menos 87.483 horas- 64,42 horas promedio semanales de TNR, seguidas de las solteras quienes realizan 38.736 horas – 36,82 horas promedio semanales de TNR; y las mujeres en unión libre realizan 22.060 horas – 47,75 horas promedio semanales de TNR, véase Anexo 9.

❖ **Sierra rural – Nivel de Instrucción**

Finalmente, las mujeres que tienen un nivel de instrucción primario son las que más TNR realizan, 89.031 horas - 82,58 horas promedio semanales. Las mujeres con nivel de instrucción secundario, 50.873 horas – 71,74 horas promedio semanales. Las mujeres con nivel de instrucción superior realizan 9.885 horas – 30,32 horas promedio, véase Anexo 10.

Una vez concluida la estadística descriptiva se exponen los resultados de la valoración económica del TNR. De acuerdo a la metodología expuesta anteriormente, se clasificaron las actividades de las Industrias según el BCE, véase Tabla 6.

Tabla 6. Remuneración por hora según clasificación de actividades por Industria

Actividad según Industria	Tiempo dedicado a la actividad (horas semanales)	Peso del tiempo dedicado las actividades (%)	Remuneración por hora según actividad (USD)
Actividades especiales	1.407	89%	12,38
Trabajo no calificado (servicio doméstico)	173	11%	1,04

Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC – Cuentas Nacionales 2012 (BCE)

Elaboración: Autora

La remuneración por hora de las actividades especiales es de 12,38 dólares; mientras que la remuneración por hora del servicio doméstico es de 1,04 dólares. Ahora, con estos datos se puede obtener la Remuneración Ponderada Media, véase Tabla 7.

Tabla 7. Remuneración ponderada media de la clasificación de actividades por Industria

Actividad según Industria	Remuneración Ponderada Media (USD)
Actividades especiales	11,082
Trabajo no calificado (servicio doméstico)	0,1144
Total	
	\$11,13 Remuneración ponderada media (por hora)
	\$445,30 Remuneración ponderada media semanal
	\$1.781,22 Remuneración ponderada media mensual
	\$21.374,59 Remuneración ponderada anual

Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC – Cuentas Nacionales 2012 (BCE)

Elaboración: Autora

La remuneración ponderada media de las actividades especiales es de 11,082 dólares, mientras que la remuneración ponderada media del servicio doméstico es de 0,1144 dólares,

al sumar las dos remuneraciones se obtiene el Wh que equivale a USD11,13 es decir la remuneración del TNR por hora. Además, se obtuvo las remuneraciones ponderadas medias semanal - mensual – anual (USD445,30, USD1.781,22 y USD21.374,59), respectivamente.

Ahora, para estimar los costos indirectos se requiere el salario anual de las mujeres, véase Tabla 8.

Tabla 8. Promedio mensual del ingreso de mujeres – 2012-2018

Promedio Mensual del Ingreso -año 2012	Promedio Mensual del Ingreso - año 2018
Ingreso Mujeres \$ 292	Ingreso Mujeres \$ 294
Promedio Anual del Ingreso - año 2012	Promedio Anual del Ingreso - año 2018
Ingreso Mujeres \$ 3.504	Ingreso Mujeres \$ 3.523

Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC – Cuentas Nacionales 2012 (BCE)

Elaboración: Autora

Una vez establecido el Promedio anual del ingreso se estiman los costos, véase Tabla 9.

Tabla 9. Estimación de los costos totales indirectos e términos de trabajo no remunerado en la Sierra rural

Año	Costo salarial anual (USD)	Costo de TNR anual (USD)	Costo indirecto total (USD)
2012	\$ 3.504	\$ 21.374	\$ 24.878
2018*	\$ 3.523	\$ 21.374	\$ 24.897

*Debido a que las horas destinadas al TNR se encuentran disponibles en la base de EUT para el año 2012, se aproximó el valor con el de las Cuentas Nacionales disponible para el 2018. No se evidencia una diferencia marcada en los valores desde el 2012.

Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC – Cuentas Nacionales 2012 (BCE)

Elaboración: Autora

Luego de estimar los costos totales indirectos se deduce que el valor simbólico de la pérdida de productividad no remunerada en caso de mortalidad materna en mujeres de la Sierra rural de 15 a 49 años de edad, es de USD24.878 anuales.

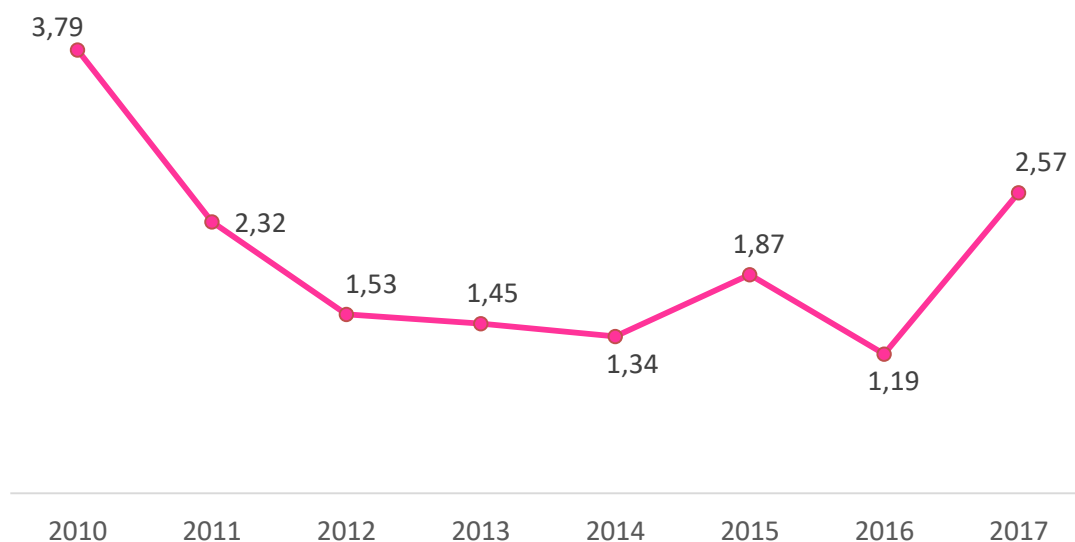
Por otro lado, para determinar la Producción del Trabajo No remunerado, se obtiene que $31,05 \times 13,42 = \text{USD}416,70$. Deduciendo lo siguiente: en la sierra rural una mujer que realiza 31,05 horas promedio semanal de TNR, lo que equivale a USD416,70 de producción anual, se perderían si esta mujer muere por causas maternas.

Cabe mencionar que los valores obtenidos son la representación de una pérdida simbólica social de una mujer rural valorada desde el trabajo no remunerado.

3. Años potenciales de vida perdidos (APVP) por muerte materna en la Sierra rural

- ❖ Población: Sierra rural (10 provincias)
- ❖ Grupos de edad quinquenales: 15 a 49 años de edad
- ❖ Aplicación sin tasa de descuento para la preferencia temporal, y con ponderación por edades de $K=1$.

Considerando que en secciones anteriores se evidenció que la RMM en la Sierra rural fue superior a la RMM nacional se obtuvo la Tasa bruta de años de vida perdidos, la cual iguala el tamaño poblacional mas no las estructuras por grupo de edad, veáse Gráfico 5.

Gráfico 5. Tasa bruta de años de vida perdidos por muerte materna en la Sierra rural

Fuente: Base de defunciones, proyecciones poblacionales y esperanzas de vida (INEC 2010-2017)

Elaboración: Autora

En el año 2010, la Tasa de APVP por muerte materna fue de 3,79 años de vida perdidos por cada 1.000 habitantes. Se observa que durante cuatro años la tendencia de la Tasa fue decreciente, sin embargo, para el año 2015 la Tasa de APVP por muerte materna incrementa a 1,87 años de vida perdidos por cada 1.000 habitantes. Para el 2017, la Tasa de APVP registra un incremento de 0.7 puntos desde el 2015. A pesar que, en el período de siete años la Tasa bruta de APVP por muerte materna en la Sierra rural se redujo en 1,22 puntos no se puede asegurar que ha mantenido una tendencia decreciente constante debido a que existen años en los cuales se evidencian picos de crecimiento.

Ahora, como se mencionó que la Tasa bruta de APVP no demuestra las diferencias existentes en los diferentes grupos de edad, se obtuvieron los APVP de quinquenios en el mismo periodo, véase Tabla 10.

Tabla 10. Años de vida perdidos por muerte materna en la Sierra rural, según grupo de edad y año

APVP GRUPO DE EDAD	Año							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
15-19	591	444	74	148	-	75	75	301
20-24	605	134	270	273	205	342	137	412
25-29	121	60	243	184	123	308	185	435
30-34	430	162	108	54	273	165	276	277
35-39	94	334	94	48	144	145	49	145
40-44	246	166	82	83	42	84	-	-
45-49	-	-	-	49	-	-	-	-
TOTAL APVP	2087	1300	871	839	787	1119	722	1570

Fuente: Base de defunciones, proyecciones poblacionales y esperanzas de vida (INEC 2010-2017)

Elaboración: Autora

Para el análisis, se debe considerar que el valor de los años potenciales de vida perdidos a consecuencia de muerte materna en la Sierra rural es la suma, en todas las mujeres según grupo de edad que fallecen por esta causa, de los años que habrían vivido si se hubieran cumplido las esperanzas de vida normales que poseían.

Para el 2010, se puede observar que el grupo de 20-24 años representa 14 veces más APVP que el grupo de 15-19 años y 175 veces más que el grupo de 30-34 años. El grupo 25-29 años representa 121 APVP y el grupo de 40-44 años representa 246 APVP. Según los datos no

hay un solo APVP en el grupo de edad 45-49 en la estimación que toma como límite la edad 49. Quizás la diferencia más llamativa entre los grupos de edad es la segunda modal en el tramo de las adultas jóvenes. Esto tiene que ver con el efecto y número de casos de muerte materna en mujeres jóvenes en 2010.

En el 2011, se puede observar que el grupo de 15-19 años representa 310 veces más APVP que el grupo de 20-24 años y 110 veces más que el grupo de 35-39 años. El grupo 25-29 años representa 60 APVP y el grupo de 40-44 años representa 166 APVP. Según los datos no hay un solo APVP en el grupo de edad 45-49 en la estimación que toma como límite la edad 49. En este caso, la diferencia más marcada entre los grupos de edad se encuentra en el primer modal en el tramo de las adolescentes. Evidenciando que para el 2011 el efecto y número de casos de muerte materna en adolescentes superó a las mujeres jóvenes.

El comportamiento de los APVP cambia en el 2012 evidenciando lo siguiente: el grupo de 20-24 años representa 27 veces más APVP que el grupo de 25-29 años y 162 veces más que el grupo de 30-34 años. El grupo de 15-19 años representa 74 APVP, el grupo de 35-39 años representan 94 APVP; y, el grupo de 40-44 años representa 82 APVP. Según los datos no hay un solo APVP en el grupo de edad 45-49 en la estimación que toma como límite la edad 49. En este caso, la diferencia más marcada entre los grupos de edad se encuentra en el primer y segundo modal en el tramo de las mujeres jóvenes adultas. Es decir, para este año el efecto y número de casos de muerte materna fue mayor en mujeres jóvenes de 20 a 29 años.

Para el 2013, se observa que el grupo de 20-24 años representa 125 veces más APVP que el grupo de 15-19 años y 89 veces más que el grupo de 25-29 años. El grupo de 30-34 años representa 54 APVP, el grupo de 35-39 años representa 48 APVP, el grupo de 40-44 años representa 83 APVP; y aparece desde este año 49 APVP para el grupo de 45-49 años. En este caso, la diferencia más marcada entre los grupos de edad se encuentra en el segundo modal en el tramo de las mujeres jóvenes adultas.

Durante el 2014, en el tramo de la edad de adolescentes (15-19 años) no existe APVP. Sin embargo, en los grupos quinquenales de mujeres adultas de 30-34 representó lo siguiente: 68 veces más APVP que el grupo de 20-24 años, 150 veces más que el grupo de 25-29 años, 129 veces más en el grupo de 35-39 años y 231 veces más en el grupo de 40-44 años. Según los datos no hay un solo APVP en el grupo de edad 45-49 en la estimación que toma como límite la edad 49. En este caso, la diferencia más marcada entre los grupos de edad se encuentra en el cuarto modal en el tramo de las mujeres adultas.

En el 2015, se puede observar que, nuevamente, el grupo de 20-24 años de edad representa lo siguiente: 267 veces más APVP que el grupo de 15-19 años, 34 veces más que el grupo de 25-29 años, 177 veces más que el grupo de 30-34 años. Los grupos: 40-44 y 45-49 años representan: 84 y 0 APVP, respectivamente. En este caso, la diferencia más marcada entre los grupos de edad se encuentra en el segundo modal en el tramo de las mujeres jóvenes adultas.

Para el 2016, el grupo de 30-44 años de edad representa lo siguiente: 201 veces más APVP que el grupo de 15-19 años, 139 veces más que el grupo de 20-24 años, 91 veces más que el grupo de 25-29 años. El grupo de 35-39 años representa 49 APVP. Según los datos no hay un solo APVP en los grupos de edad 40-44 y 45-49 en la estimación que toma como límite la edad 49. En este caso, la diferencia más marcada entre los grupos de edad se encuentra en el cuarto modal en el tramo de las mujeres adultas.

En el 2017, casi todos los grupos de edad incrementaron los años de vida perdidos por muerte materna, evidenciando lo siguiente: el grupo de 15-19 años representa 301 APVP, el grupo de 20-24 años representa 412 APVP, el grupo de 25-29 años representa 435 APVP, el grupo de 30-34 años representa 277 APVP y el grupo de 35-39 años representa 145 APVP. Según los datos no hay un solo APVP en los grupos de edad 40-44 y 45-49 en la estimación que toma como límite la edad 49. En este caso, la diferencia más marcada entre los grupos de edad se encuentra en el segundo y tercer modal en el tramo de las mujeres jóvenes adultas.

Ahora bien, de manera general se puede observar que los APVP en la Sierra rural se redujeron en 517 años. Sin embargo, la distribución de los APVP por grupos de edad no ha sido homogénea durante este período, el comportamiento de la misma se ha modificado dando un peso específico a cada edad. A manera de resumen, se

No obstante, queda claro que las mujeres jóvenes adultas son las que pierden más APVP por causas maternas representando una pérdida de mujeres productivas a nivel de la Sierra.

De manera general, se ha podido evidenciar en Ecuador que el peso de la muerte materna en el GBD se redujo en 1,02 puntos porcentuales durante un período de 7 años. En cuanto a los APVP en la Sierra rural se evidencia que en el mismo período se redujeron en 517 años, y la Tasa de APVP se redujo en 1,22 puntos. Sin embargo, la distribución de los APVP por grupos de edad no ha sido homogénea durante este período, el comportamiento de la misma se ha modificado dando un peso específico a cada edad. No obstante, queda claro que las mujeres jóvenes adultas son las que pierden más APVP por causas maternas representando una pérdida de mujeres productivas a nivel de la Sierra.

Estudio de Caso – Intag

Análisis Cuantitativo

a) Descripción y análisis de las encuestas

Las encuestas recolectaron información demográfica, social y de acceso a servicios de salud de las mujeres de Intag, se exponen en las tablas resumen.

Tabla 11. Datos demográficos de mujeres en la zona de Intag – 2019.

Categoría	Descripción	Valor
------------------	--------------------	--------------

Población	
Mujeres Intag	93
Parroquia	
Apuela	46%
Cuellaje	8%
García Moreno	12%
Peñaherrera	11%
Plaza Gutiérrez	14%
Vacas Galindo	10%
Grupo de edad	
15 - 19	11%
20 - 24	18%
25 - 29	17%
30 - 34	11%
35 - 39	9%
40 - 44	5%
45 - 49	9%
50 - 54	9%
55 - 59	1%
60 - 64	5%
65 - 69	1%
70 - 74	2%
75 - 79	-
80 y Más	2%
Estado Civil	
Casada	43%
Unida	27%
Separada	6%
Divorciada	2%
Viuda	3%
Soltera	18%
Auto identificación	
Indígena	2%
Afro ecuatoriana	11%
Mulata	2%
Montubia	1%
Mestiza	84%

Fuente y elaboración: Autora (2019)

De las 93 mujeres encuestadas en las 6 parroquias de Intag, se observa que el mayor porcentaje (46%), estuvo concentrado en Apuela. El 8% en Cuellaje, el 12% en García Moreno, el 11% en Peñaherrera, el 14% en Plaza Gutiérrez y el 10% en Vacas Galindo.

Se agruparon las edades en quinquenios y se observa que los grupos de: 15-19 años representan el 11%, 20-24 años el 18%, 25-29 años el 17%, 30-34 años el 11%, 35-39 años el 9%, 40-44 años el 5%, 45-49 años el 9%, 50-54 años el 9%, 55-59 años el 1%, 60-64 años el 5%, 65-69 años el 1%, 70-74 años el 2%, mayores de 80 años el 2%; y, la edad media fue de 36 años.

En el estado civil, las mujeres casadas representan el 43%, unidas el 27%, separadas el 6%, divorciadas el 2%, viudas el 3% y solteras el 18%. Según se observó, en la comunidad la mayoría de mujeres tienen pareja pues aún es considerado que la mujer debe casarse y tener hijos/as a una edad determinada.

La mayoría de las mujeres encuestadas son mestizas que representan el 84%, indígenas el 2%, afro-ecuatorianas el 11%, mulatas el 2% y montubias el 1%.

En cuanto a las variables sociales, véase Tabla 12.

Tabla 12. Datos sociales de mujeres en la zona de Intag – 2019

Categoría	Descripción	Valor
Nivel de instrucción		
	Ninguno	4%
	Básica Elemental/ 2°, 3°, 4° básica	8%
	Básica Media / 5°, 6°, 7° básica	32%
	Básica superior/ 8°, 9°, 10° básica	17%
	Bachillerato	27%
	Posbachillerato/ Tecnología	2%
	Superior	10%

Trabaja		
	Si	48%
	No	52%
Afiliada		
	Si	11%
	No	89%
Ingresos		
	Menores al salario básico (<394\$)	68%
	Igual al salario básico (=394\$)	23%
	Mayores al salario básico (>394\$)	9%
Decisiones gastos del hogar		
	Ambos	22%
	Esposo o conviviente	2%
	Otras personas	4%
	Usted	71%
Porcentaje los gastos que se paga con su ingreso		
	Mitad	49%
	Nada	2%
	Todo	49%
Razón por la que no trabaja		
	Ama de casa	65%
	Interfiere con los estudios	10%
	Cansada de buscar trabajo	13%
	Discapacidad	2%
	Embarazo	2%
	No tiene quién cuide a los hijos/as	8%

Fuente y elaboración: Autora (2019)

Las variables sociales permiten visualizar un panorama más claro de la situación en la que se desenvuelven las mujeres de Intag tanto académica, laboral, financiera y decisivamente. Em este caso, el 4% no posee ningún nivel de instrucción, el 8% completó educación básica elemental, el 32% completó educación básica media, el 17% completó educación básica superior, el 27% completó el bachillerato, el 2% tiene una tecnología y el 10% completó el nivel de instrucción superior.

El 48% de las mujeres entrevistadas trabaja, y apenas el 11% está afiliada a la seguridad social. El 68% de las mujeres reciben ingresos menores al salario básico (USD394), el 23% iguales al salario básico (USD394) y el 9% mayores al salario básico (USD394), la mayoría de trabajos de las mujeres en Intag se concentra en la venta de comidas en el mercado, atención en tiendas y locales comerciales.

Se les preguntó a las mujeres que respondieron estar casadas o unidas, quién tomaba las decisiones de los gastos del hogar (referente a servicios básicos y gastos generales), las respuestas fueron: ambos el 22%, esposo o conviviente 2%, otras personas 4% y el 71% ellas. Es decir, que la mayoría de mujeres toma las decisiones en gastos del hogar lo que demuestra que tienen autonomía en casa, sin embargo, también indica que las mujeres se ocupan completamente del hogar.

Posteriormente, se preguntó qué porcentaje de los gastos del hogar se paga con el ingreso que recibe la mujer, y el 49% respondió que pagan todo, el 49% la mitad y el 2% nada, considerando que el mayor porcentaje de mujeres gana menos de USD394.

Ahora, el 52% de las mujeres respondió que no trabajaba, se les preguntaron las razones principales por las que no lo hacen y respondieron que el 65% es ama de casa, el 10% interfiere con sus estudios, el 13% está cansada de buscar trabajo, el 2% por discapacidad, el 2% por embarazo y el 8% porque no tiene quien cuide a sus hijos/as. Es evidente que el mayor porcentaje de mujeres encuestadas no trabaja porque es ama de casa, corroborando una vez más que las mujeres de la Sierra rural destinan mayor tiempo al TNR.

Tabla 13. Datos acceso a salud materna en la zona de Intag – 2019

Categoría	Descripción	Valor
Tiene hijos		
	Si	94%
	No	6%
Número de hijos/as		
	1	26%
	2	24%
	3	20%
	4	6%
	5	9%
	6 o más	15%
Lugar donde fue atendida su parto		
	Casa	22%
	Establecimiento de salud	78%
Complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio		
	Si	49%
	No	51%
Cuáles complicaciones tuvo durante el embarazo, parto o puerperio		
	Desmayos	5%
	Dolor de cabeza fuerte y permanente	14%
	Fiebre	5%
	Hinchazón manos / pies	39%
	Infección de vías urinarias	7%
	Mareos/Nausea/Vómito	7%
	Parto prolongado	7%
	Preclamsia/Eclampsia	7%
	Sangrado/Hemorragia	9%
A qué lugar acudió cuando se le presentaron las complicaciones		
	Farmacia y se automedicó	5%
	Establecimiento de salud / personal de salud	83%
	Se quedó en casa / Remedios caseros	12%

Fuente y elaboración: Autora (2019)

En el caso de salud materna, se obtuvo que el 94% de las encuestadas tiene hijos/as, el 26% tiene un hijo/a, el 24% tiene 2, el 20% tiene 3, el 6% tiene 4, el 9% tiene 5 y el 15% tiene de 6 a más hijos/as, reflejando que el promedio en Intag es de 3 hijos/as por mujer.

Ahora, se preguntó en donde fue atendido el último parto que tuvo la mujer y el 78% respondió que, en un establecimiento de salud, y el 22% en casa. Se preguntó también si tuvieron complicaciones durante el embarazo parto o puerperio y el 49% respondió que sí, al preguntar cuales fueron estas complicaciones se obtuvo que el 39% tuvo hinchazón de manos y pies, el 14% dolores de cabeza fuertes y permanentes, el 9% sangrado/hemorragia, el 7% parto prolongando, el 7% preclamsia/eclampsia, el 7% mareo/náuseas y vómitos, mientras que el 5% reporto haber tenido fiebre y el 5% desmayos.

Con esta información se solicitó que se informe a qué lugar acudió cuando tuvo las complicaciones y la respuesta fue que el 83% acudió a un establecimiento de salud y fue atendida por personal de salud, el 12% se quedó en casa tomando remedios caseros y el 5% acudió a la farmacia y se auto-medicó.

Tabla 14. Lugar donde se produjo el parto en la zona de Intag – 2019

Casa			Establecimiento de salud		
Categoría	Descripción	Valor	Categoría	Descripción	Valor
Pago extra			Pago extra		
	Si	95%		Si	6%
	No	5%		No	94%
Atención en el parto			Atención en el parto		
	Familiar	74%		Auxiliar de enfermería	3%
	Médico	5%		Enfermera	1%
	Partera	16%		Médico	67%

Razones		Razones	
Sola/nadie	5%	Obstetriz	29%
Costumbre	41%	Confianza, atención y seguridad	71%
Falta de transporte	27%	Cercanía	5%
No había tiempo para llegar	14%	Factores económicos	9%
Factores económicos	9%	Afiliada o cubierta	13%
Seguridad y confianza	9%	Tiene seguro privado	1%

Fuente y elaboración: Autora (2019)

Ahora, del 22% que dio a luz en casa, el 95% tuvo que realizar un pago extra (a la partera normalmente es de 15 a 20 USD) sin embargo no todas las mujeres pueden cubrir ese pago y se evidencia en que la atención en el parto del 74% fue realizado por un familiar, el 5% por un médico, el 16% por una partera y el 5% lo hizo sola. Las principales razones para dar a luz en casa es la costumbre que representa el 41%, la falta de transporte el 27%, no había tiempo de llegar el 14%, factores económicos el 9% y seguridad y confianza el 9%.

Como se mencionó en secciones anteriores, no se impuso un límite de edad con el fin de comprender como ha evolucionado el acceso a servicios de educación, salud y costumbres en la zona de Intag para lo cual se resume lo siguiente, véase las Tablas 15, 16 y 17.

Tabla 15. Número promedio de hijos/as por mujer, según grupo de edad en la zona de Intag – 2019

Grupo de edad	Número promedio de hijos/as por mujer
15 - 19	1
20 - 24	1
25 - 29	1,8
30 - 34	2,5
35 - 39	3,25
40 - 44	2
45 - 49	4,75

50 - 54	4,75
55 - 59	6
60 - 64	5
65 - 69	11
70 - 74	10
80 y Más	11

Fuente y elaboración: Autora (2019)

En el número promedio de hijos/as por mujer en los grupos etarios de 15 a 29 años se mantiene en 1 hijo. En los grupos de 30-44 años oscila entre 2 y 3 hijos, a partir de los 45 años en adelante el número promedio de hijos es mayor a 4. Según la entrevista realizada a la Coordinadora de mujeres, parte del cambio en el comportamiento sexual y reproductivo se debe al trabajo realizado por los TAP's en cuanto a información y entrega de métodos anticonceptivos, si bien las adolescentes aún son madres, el número de hijos si ha reducido.

Tabla 16. Promedio de nivel de instrucción, según grupo de edad en la zona de Intag – 2019

Grupo de edad	Promedio de nivel de instrucción
15 - 19	Básica Superior
20 - 24	Bachillerato
25 - 29	Básica Media
30 - 34	Superior
35 - 39	Bachillerato
40 - 44	Bachillerato
45 - 49	Básica Media
50 - 54	Básica Media
55 - 59	Básica Media
60 - 64	Ninguno
65 - 69	Básica Elemental
70 - 74	Básica Elemental

80 y Más Ninguno

Fuente y elaboración: Autora (2019)

Al obtener un promedio del nivel de instrucción según los grupos etarios, se puede evidenciar que el grupo de 15-19 años completó o está cursando Básica Superior, el grupo de 20-24 años culminó el Bachillerato, el grupo de 25-29 años Básica Media, el grupo de 30-34 años el nivel Superior, los grupos de 35-39 y 40-44 completaron el Bachillerato. Los grupos siguientes de 45 años en adelante están caracterizados por tener niveles de instrucción de Básica Media, Básica Elemental e incluso ningún nivel de instrucción.

Se puede comprender que las mujeres más jóvenes tienen mejor acceso a educación en relación a las mujeres mayores, lo ideal sería que puedan acceder a la Universidad y culminar su nivel superior.

Tabla 17. Lugar donde se atendió el parto, según grupo de edad en la zona de Intag – 2019

Grupo de edad	Lugar donde se atendió el parto
15 - 19	Establecimiento de salud
20 - 24	Establecimiento de salud
25 - 29	Establecimiento de salud
30 - 34	Casa / Establecimiento de salud
35 - 39	Casa / Establecimiento de salud
40 - 44	Casa / Establecimiento de salud
45 - 49	Casa / Establecimiento de salud
50 - 54	Casa / Establecimiento de salud
55 - 59	Casa / Establecimiento de salud
60 - 64	Casa / Establecimiento de salud
65 - 69	Casa
70 - 74	Casa
80 y Más	Casa

Fuente y elaboración: Autora (2019)

El promedio del lugar en donde se atendió el parto según la edad permite evidenciar el acceso a servicios de salud conforme el paso del tiempo. Los grupos etarios de 15 a 29 años han dado a luz en un establecimiento de salud (centro de salud Apuela u Hospital), las mujeres de 30 a 64 años han optado por dar a luz en casa o en establecimiento de salud, lo que indica que el acceso a salud está disponible desde hace varios años en la zona. No obstante, las mujeres de tercera edad dieron a luz en su casa.

Ahora, la encuesta realizada tenía dos preguntas abiertas a fin de conocer el rol de la mujer de Intag en la comunidad y su rol como madre, obteniendo lo siguiente véase Tabla 18.

Tabla 18. Rol de mujer en la comunidad y rol de madre en la zona de Intag – 2019

Categoría	Descripción	Valor
Rol en la comunidad		
	Si	28%
	No	72%
Cuál es su rol		
	Concejo de mujeres	1
	Educadora social	1
	Emprendedora	3
	Enfermera	1
	Líder de mujeres artesanas	3
	Presidenta comité turismo	2
	Presidenta de la escuela	2
	Presidenta de la Organización de Nuevos horizontes	1
	Presidenta junta parroquial	1
	Secretaria Comité de salud	2
	secretaria grupo de emprendedoras	1
	Técnica contabilidad en la comunidad	1

Tesorera Unidad educativa	1
Administradora de unidades de transporte público	1
Vicepresidenta de la escuela	1
Vocal del Comité de salud	2
Vocal junta mujeres	2

Fuente y elaboración: Autora (2019)

De acuerdo a las mujeres encuestadas el 72% no cumple ningún rol en la comunidad. Sin embargo, el 28% si lo tiene. El rol que tienen es importante a nivel de líderes, presidentas vocales, etc. Se enfocan en temas de emprendimiento y artesanías, enfermería, comité de salud y escuelas.

Finalmente, del 94% de las mujeres que respondieron ser madres el 100% argumentó que su rol de “madresposa” se centra en el cuidado de hijos/as y esposo (conviviente), cuidado y arreglo del hogar, gastos totales o medios en vestimenta, alimentación, vivienda, salud, educación de sus hijos/as, enseñanza en valores y principios, acompañamiento emocional y ayuda en cualquier necesidad. Apenas una entrevistada argumentó que este trabajo es compartido con su esposo, mientras que el 99% de las mujeres aseguraron que esta responsabilidad la cargan solas porque los esposos/convivientes se encargan del trabajo “pesado” y llegan cansados al hogar.

b) Índice de accesibilidad y aceptabilidad

Como se evidenció en la sección anterior las mujeres dieron a luz en su casa o en el establecimiento de salud, por lo tanto, se optó por elaborar un índice de accesibilidad a

servicios de salud y, a su vez, el índice de aceptabilidad en casa. Se construyeron a partir de lo siguiente.

Índice de accesibilidad

Tabla 19. Categorías y valores de Índice de accesibilidad a servicios de salud en la zona de Intag – 2019

Categorías	Valor
Aceptabilidad	
Confianza, atención y seguridad	1
Acceso Geográfico	
Cercanía (centro de salud Apuela)	1
Asequibilidad	
Factores económicos	1
Afiliación a la seguridad social	1
Seguro Privado	1
Total del índice	5

Fuente y elaboración: Autora (2019)

Cada categoría equivale a 1, si las mujeres cumplen con todas, el valor del Índice equivaldría 5, reflejando un alto nivel de accesibilidad a servicios de salud. En este caso, se realizó el análisis cada mujer (87 que respondieron ser madres) obteniendo los siguiente:

Las mujeres que dieron a luz en los establecimientos de salud son 68, el promedio del índice de accesibilidad es de 1,33 evidencia que el acceso a salud (considerando las categorías mencionadas) es bajo. La desviación estándar es de 0,48 es decir la variación esperada respecto a la media es de 0,48 puntos. El valor mínimo es de 1 y el máximo de 2, el intervalo de confianza es del 11%.

Índice de aceptabilidad

Tabla 20. Categorías y valores de Índice de aceptabilidad a casa en la zona de Intag – 2019

Categorías	Valor
Aceptabilidad	
Seguridad	1
Costumbre	1
Acceso Geográfico	
Transporte, distancia, tiempo	1
Asequibilidad	
Factores económicos	1
Total del índice	4

Fuente y elaboración: Autora (2019)

Cada categoría equivale a 1, si las mujeres cumplen con todas, el valor del Índice equivaldría 4, reflejando un alto nivel de aceptabilidad de dar a luz en casa. En este caso, se realizó el análisis cada mujer, obteniendo los siguiente:

Las mujeres que dieron a luz en casa son 19, el promedio del índice de aceptabilidad es de 1,15 evidencia que la aceptabilidad de dar a luz en casa (considerando las categorías mencionadas) es bajo. La desviación estándar es de 0,37 es decir la variación esperada respecto a la media es de 0,37 puntos. El valor mínimo es de 1 y el máximo de 2, el intervalo de confianza es del 17%.

Análisis cualitativo – Transcripción y Análisis de entrevistas semiestructuradas

Antes de realizar las preguntas de cada entrevista semiestructurada, inicié presentándome y explicando el motivo detallado de mi entrevista, para lo cual fue necesario hacer un breve resumen del tema de tesis, explicar la motivación personal para explorar la muerte materna y la importancia de los actores elegidos para comprender de mejor manera el contexto y situación de la zona de Intag.

Los participantes firmaron un Acuerdo de Confidencialidad de la información, por lo que los nombres de las personas entrevistadas fueron reemplazados por códigos. La acogida de las/os entrevistados fue buena.

1. Entrevista Semiestructurada 1 - (17-01-2019)

- ❖ M1: Contadora encargada de una ONG en Cotacachi – Trabaja activamente a favor de las mujeres del cantón
- ❖ NC: Entrevistadora

NC: Una vez explicado el tema, quisiera que me comente ¿qué cree usted que ha permitido que los niveles de muerte materna en el cantón Cotacachi sean bajos?

M1: Bueno, de acuerdo a lo que se ha venido dando ya unos 10 años es que hay una articulación entre actores principales. Entonces... bueno hay un diálogo entre las parteras, el hospital Asdrubal de la Torre, la comunidad y ONG's. Se consideraron a las parteras como un punto clave para mejorar la salud materna en este cantón. Incluso hay talleres y reuniones

donde se les capacita. Las compañeras parteras también comparten sobre los rituales y conocimiento ancestral, pero ha sido bastante complicado... porque todavía tienen cuestiones que mejorar, pero trabajan juntos.

NC: ¿Cuáles han sido las capacitaciones para las parteras?

M1: Por ejemplo, a las compañeras (en algún momento) les capacitó el hospital con cuestiones básicas como “tomar el pulso” ... cuestiones así... y que sepan identificar cuando un embarazo es riesgoso y que ellas no podrían atender, sino que tendrían que derivarle al hospital directamente.

Eh... eso ha funcionado, pero sabe qué otra cosa que sugerían las parteras es que sea como en Otavalo. Hubo un tiempo que la partera estaba atendiendo en el hospital de Otavalo, pero no se cumplió el objetivo porque no atendieron a la paciente, sino que los médicos la tenían como “páseme esto, haga esto”, la aspiración que tienen las compañeras es que las parteras estén en el hospital, pero eso es medio complicado todavía porque no hay dinero para cubrir el sueldo de ellas. Lo que sí han hecho las comunidades es que las compañeras le revisen. Por ejemplo, en Santa Bárbara (que es una comunidad en la zona andina) hay una compañera partera que les revisa a las mujeres y les acompaña al hospital y está junto al doctor...incluso cuando es el momento del parto y la mujer no desea ir al hospital ella les puede atender en casa (claro si el parto no es riesgoso) y esto el médico sabe. Pero si es algo riesgoso le acompaña al hospital y está ahí hasta que dé a luz, ella hace eso en Santa barbaba y es una chica jovencita. Las otras compañeras hacen algo casi similar, con el acompañamiento, otras no.

NC: Veo que el trabajo de las parteras es muy importante para el cantón, pero definitivamente necesitan trabajar en conjunto. En este caso, ¿cómo se articulan los procesos?

M1: Le cuento, la articulación con el hospital, las parteras y las ONG's se llama el "Concejo HAMPY WARMIKUNA" que está destinado solo a temas de salud del cantón y hoy, por ejemplo, les darán unos Kits a las compañeras parteras que me parece que contiene instrumentos para valorar a la mujer durante el embarazo.

NC: Oh, suena bastante interesante y ¿cree usted que esta articulación entre varios actores es lo que ha promovido la mejorara en la salud materna?

M1: Así es, porque no es solo el Concejo pues hay una mesa sectorial de salud en el cantón donde participan algunas organizaciones civiles, las compañeras parteras y el hospital. Por ejemplo, en la zona andina lo bueno es que hay parteras en cada comunidad entonces si tal vez la población (no todas) tiene temor de ir al hospital las compañeras les ayudan. Y permite que ellas le deriven al hospital y tomando en cuenta la cuestión de las distancias. Por ejemplo, en el cantón si hay distancia entre comunidades, la zona andina es la más alejada... Intag no tanto.

Entonces bueno vera, hay un representante de cada organización social de las zonas y por ejemplo en la mesa intersectorial trabajan varios temas. Por ejemplo, cada año se realiza un POA (Plan Operativo Anual) y ahí incluyen todas las actividades importantes en temas de salud y en la que siempre están trabajando es la salud materna, sobre todo el acceso a los centros de salud y capacitaciones a las mujeres en estos temas. Entonces ahí hacen una agenda anual entre todos... la sociedad civil, el sector público (que aquí es el Municipio) y algunas ONG.

NC: ¿El POA es igual al que realiza el Ministerio de Salud?

M1: Si es parecido, pero en este se incluyen todos los actores. Por ejemplo, nosotros colocamos incluso que responsabilidad tiene el MIES desde su accionar, qué es lo que va a hacer a favor de las mujeres, etc. Y ahí le incluyen a las actividades del hospital, incluso a la Organización Social a la que pertenezco, también están las parteras por ejemplo asiste la Vicepresidenta con la Técnica en salud para evaluar el POA desde el enfoque de parteras. Entonces en este documento se exponen las actividades desde el sector civil y sector público relacionado a temas de salud. Aquí también ha participado activamente UNICEF y Visión Mundial, en temas específicos.

NC: Perfecto es decir tienen una gran colaboración. Ahora, en cuanto a temas de presupuesto para todas las actividades planificadas en el POA, ¿cuál actor es el que provee?

M1: Lamentablemente, el sector público no tiene recursos y la sociedad civil tampoco porque no es que hay un fondo económico para cubrir estas actividades, pero depende de la gestión que se ve en el POA y ver bien las actividades, por ejemplo, UNICEF colabora bastante (no en todo) pero da recursos para algunos programas. Igualmente, a pesar de que Visión Mundial no participa siempre en la mesa intersectorial ayuda bastante porque tiene un acuerdo con el hospital y colabora en lo que se necesite. Hoy Visión Mundial es el que entrega los Kits a las parteras.

NC: Entonces se podría decir que ¿el apoyo mayoritario en temas de recursos monetarios proviene de las ONG?

M1: Claro, lamentablemente no es como nos manejábamos antes porque había una cuestión de presupuesto para varios proyectos, pero ahora solo hay para proyectos específicos. Todos tienen que ir buscando de dónde.

NC: Entiendo, y ¿cómo se maneja el pago de las parteras?, ¿reciben un sueldo por parte del MSP? O ¿el ingreso lo reciben de cada persona?

M1: Si, el ingreso es como decir privado, o sea lo que le de la mujer, normalmente se paga de 15 a 20 dólares. Lo ideal es que ellas se fusionen y reciban un sueldo, porque ahora la mujer le llama, cancela el valor y la partera le ayuda en todo le revisa, trabaja con hierbas y eso, y después le lleva al hospital, pero no le cuentan en el parto.

NC: Ahora, en Cotacachi ¿cómo es la preparación académica de las parteras? ¿Existe algún lugar donde adquieran conocimientos “formales”?

M1: La gran mayoría de las parteras pertenecen al Comité Central de Mujeres (UNORCAC) que prácticamente agrupa a 30 organizaciones de las comunidades del cantón. Fue un proyecto con Cruz Roja, entonces se trabajó por (más o menos) dos periodos donde la Cruz Roja fortaleció los conocimientos de las parteras y además de eso se adecuaron las casas de ciertas parteras (no todas). Se construyó una vivienda apropiada para atender a las embarazadas, o sea tienen un cuartito adecuado, tienen todo. Se acondiciono el lugar. Se trabajó también con el Huerto, ahí tienen las plantas medicinales con las que le atienden a la mujer incluso hay un lugar especial para rituales como la placenta.

NC: Listo, pero ¿qué sucede en casos de emergencia?

M1: A pesar de que todo es ancestral las parteras son muy prudentes porque si ven que algo es muy complejo o la mujer está en riesgo simplemente no lo hacen porque si hay esa preocupación. Gracias a la articulación de las autoridades no ha existido ningún inconveniente en el cantón Cotacachi, pero por ejemplo en otros cantones sí.

NC: Ok, ahora le voy a hacer unas preguntas en cuánto al rol de la mujer en Cotacachi. ¿Cree usted que aún persisten los roles establecidos donde la mujer necesariamente debe ser madre?

M1: Ay, todavía se debe trabajar y es complicado. Por ejemplo, en mi caso yo tengo 36 años y las mismas compañeras de la organización me dicen “cuando va a tener hijos” creen que ya me estoy pasando de la edad. Aquí no se habla ni se respeta la decisión de la mujer.

NC: Comprendo, y en el tema de roles como madre, por ejemplo, es conocido que los padres tienden a deslindarse del cuidado, crianza de los hijos/as y tareas del hogar. Esto, ¿es igual en el cantón o se ve una crianza y ayuda en el hogar conjunta?

M1: Vera, en la zona andina, por lo general la que se queda con los hijos es la mamá porque el papá trabaja en albañilería o tiene que salir fuera de la ciudad, entonces toda la responsabilidad es de la mujer y del hombre únicamente cuando está libre (los fines de semana). En la zona urbana, se ve que los dos trabajan y hay una cuestión de que los dos están afuera y se podría decir que en algunos casos se comparte la crianza y actividades del hogar, pero en la mayoría de los casos (como Intag), llega la madre a hacer todo porque como el marido está cansado y no se involucran en la casa. Aquí eso si es bien marcado.

NC: En cuanto al acceso a educación, ¿Cómo ha mejorado el acceso a los establecimientos de educación? Por ejemplo, usted tiene nivel de instrucción superior, ¿podríamos generalizar la situación en todas las mujeres?

M1: Yo pienso que no son todas, se puede decir que las chicas actuales ya ven que es importante estudiar. Incluso en las zonas andina y subtropical ya ha mejorado un poco esto porque antes no. Todavía había una cuestión de que llegaban hasta el colegio y ya se casaban ahora ya van a la universidad.

NC: ¿Cotacachi tiene cerca alguna universidad?

M1: No, lo malo es que por ejemplo en las comunidades ha habido muchas chicas que han querido ingresar a la universidad, pero no han podido por la cuestión de los puntos o porque les toca ir a otro lado. Pero sabe que, si hay el interés, pero si les frena eso lamentablemente son las condiciones externas las que no les permiten.

NC: Entiendo, Y ¿existe algún Instituto tecnológico?

M1: Si aquí hay un solo Instituto tecnológico, pero está en la ciudad (zona urbana) este instituto esta recién este año.

NC: Es decir, para estudiar el tercer nivel ¿necesariamente deben salir de aquí a ciudades cercanas?

Sí, pero en realidad es a donde les salga y esto implica un gasto en vivienda y alimentación, por eso las chicas no pueden salir no ve que no todos tienen los recursos para hacerlo. Por ejemplo, en Ibarra hay una buena universidad y como es la capital de la provincia entonces todo se concentra en ahí. Otavalo también tiene, pero Cotacachi es pequeño y estamos a 45min de la capital. Y no siempre les sale en Ibarra el estudio y el Tecnológico no tiene todas las carreras para las chicas, pero las mujeres de alguna manera han logrado mejorar.

2. Entrevista Semiestructurada 2 - (19-01-2019)

- ❖ M2: Coordinadora de mujeres de la zona de Intag – Actualmente está terminando su gestión y están en proceso de transición para la nueva directiva.
- ❖ NC: Entrevistadora

NC: ¿Qué actividades realiza la Coordinación de Mujeres de Intag?

M2: La Coordinadora de Mujeres es una organización de segundo grado que cobija 11 grupos, unas son de hecho y otras de derecho que participan en la coordinación. Entonces lo que hace

la coordinadora es cobijarles políticamente, digamos para un tema de gestión y representación para hacer así digamos actividades de integración. Por ejemplo, la Coordinadora lo que hace es talleres, formación a las mujeres en derechos en temas, por ejemplo, ahorita estamos con un tema de manejo de cajas comunitarias en el grupo y estamos con esas capacitaciones. Y como actividades zonales en sí, hemos motivado la conservación del trueque que se hace dos veces al año encuentros donde se hace el intercambio de productos y se participa a nivel cantonal con las otras organizaciones de la zona andina, urbana y la subtropical. Entonces se hace el trueque entre productos característicos de cada zona.

NC: Interesante y ¿Cuáles son los productos característicos de Intag?

M2: Por ejemplo, lo de aquí de la parte más caliente sale lo que son frutas como: naranja, papaya, arazá, borojó, plátano... más que todo el plátano y de ahí así sigue subiendo y encuentra yuca y bueno cuando son temporadas la guaba y mandarinas. Ahora, de la zona andina vienen granos tiernos como: habas, arvejas, chochos, zambos y zapallos porque se hace el intercambio previo a la semana santa, como aquí no hay granos tiernos para la fanesca ellos nos dan.

Le cuento también que la desde la Coordinación se promueven las asambleas para el tema administrativo, participativo y ambiental porque siempre estamos con la amenaza minera aquí en Intag, entonces para tomar resoluciones al respecto. De ahí tenemos actividades para apoyar en la producción que hacen los grupos y emprendimiento. Por ejemplo, artesanías, derivados de productos como harina de plátano, el jabón, el shampoo, cremas así... y los grupos que se forman para hacer mermeladas y todo eso se les va apoyando para que puedan emprender.

También nos encargamos de pedir ayuda como brigadas médicas... eh... se ha estado haciendo aquí mismo en el Puesto de salud de Intag, porque se dotó de implementos de medicinas para poner como un hospital aquí, en el cual pasó la administración, pero todo se quedó ahí o sea ya no se pudo y se llevaron los equipos y estuvimos luchando para que se queden los equipos y que funcionen aquí exámenes o sea hacer aquí un laboratorio y que venga un especialista de mujeres. Se ha estado pidiendo eso mismo, hemos estado en representaciones como... mmm... o sea en reuniones con el MSP para que nos manden médicos especialistas para la atención de mujeres, pero ha sido bien difícil con esta situación del gobierno anterior y todo eso. Ahora, hemos trabajado con esta administración que esta ya por terminar por ejemplo hemos sido parte del Concejo de Derechos del Municipio ahí formamos parte... digamos... de casos de violencia física y sexual o sea atendemos como Coordinación. Así netamente en actividades de salud no hemos trabajado directamente, pero si hemos hecho incidencia.

NC: Perfecto, ¿Cuál es el objetivo de los talleres dirigidos hacia las mujeres de Intag?

M2: Primeramente, con el taller lo que se quiere es formar a las mujeres, que se fortalezca el talento humano porque los conocimientos son muy pocos acá, la gente muy poco le toma interés a... digamos... a prepararse o conocer lo que está pasando en el país, o sea hay que actualizarse entonces muchas veces nos conformamos con que ya sabemos o sea lo poco que escuchamos. Pero cuando hay mujeres que están en las Organizaciones Sociales ya han podido conocer mucho del tema de participación, de tener libertad, a diferencia de mujeres que solo pasan en la casa porque es muy diferente para que puedan relacionarse y puedan responder ante la sociedad. Entonces nosotros hemos visto que la capacitación a las mujeres permite que sigamos en estas organizaciones y que puedan responder día a día, en temas de salud por ejemplo se han bajado las políticas a través de talleres se les dice "vean esto está pasando, en

el código de salud, la ley de maternidad o incluso el código penal que se reformó” se les hace conocer políticas ambientales y así... entonces hemos hecho esa incidencia.

NC: ¿Cómo se promueve la participación de las mujeres en Intag?

M2: Es algo que a través de la formación y talleres conjuntamente se está formando a las mujeres porque en eso también hemos tenido un fortalecimiento en talento humano, autoestima, liderazgo que nosotros hemos ido haciendo eso porque las mujeres necesitan liderazgo, pero formado no porque “parece que puede” sino porque se formó y puede tomar ese cargo. Algunas han participado... vera... han existido escuelas de liderazgo que sí han participado entonces hemos hecho módulos con la asamblea a nivel cantonal, y ahí estamos... digamos... así varias organizaciones entre ellas las mujeres logran el liderazgo con el Municipio y con la organización CARE, que son instituciones que nos apoyan para capacitar.

NC: Como le había comentado inicialmente aquí en el cantón Cotacachi se redujo la muerte materna pues no hay una cifra alarmante, pese a ser una zona rural. Me comentaban que es gracias a la articulación de varias entidades y la participación de las parteras. En este caso, ¿La zona de Intag cuenta con parteras? ¿Cómo aportan a la comunidad?

Si, vera por ejemplo en el caso mío, yo he hecho uso de las parteras, pero para el tema de control. Pero ya para el momento del parto, no. Por el tema de complicaciones y cuidado porque para mí la vida de mi hijo y la mía son lo primero de estar pendiente. Eso sin menospreciar a las parteras porque ellas hacen un gran trabajo y son parte de la reducción de muertes maternas. Ahora, si es bueno ver que la mayoría de madres en Intag ahora son jóvenes y ya tienen acceso al sub-centro de salud, al hospital y ya están más cerca. Además, ya no tienen ese miedo como lo tenían, por ejemplo, nuestras madres... por ejemplo, ni uno de los 10 hijos de mi mamá fue atendido en un establecimiento de salud, ni con partera

porque ella tenía miedo y porque (en verdad nuestro cuerpo es sagrado) pero ella pensaba que nadie más tenía que verle o tocarle, y por eso daban a luz a solas. Yo hablaba con mi mamá y le preguntaba porque no acudió a un hospital y me decía “no, es que es lejos y me cogían los dolores en la noche y yo oía que en el hospital se mueren más que en la casa” entonces ella creía que era más seguro dar a luz en casa porque ahí tenía todo: podía gritar o sea tenía libertad. Igual las experiencias de algunas mujeres que dicen que no les han atendido, les han manoseado o no tienen la libertad de gritar, entonces para ellas ha sido mejor en casa. Pero en cambio a la generación de ahora es más accesible. Las jóvenes ya están más educadas y entienden que los problemas de salud lo solucionan los médicos.

NC: En este caso, yo también creo que un punto a favor de las parteras es que están encargadas del control prenatal, porque como usted dice muchas veces las mujeres no se hacen atender porque hay que sacar cita, es muy lejos, etc. En cambio, las parteras van a su casa y en esa comodidad la revisan entonces quizá ¿ese es el rol de ellas o de quién? Y cabe decir que parte de las causas de muerte materna es porque no hay controles prenatales.

Vera por ejemplo acá en la zona rural de Intag con la implementación de los TAPS ha sido uno de los papeles más importantes... ha sido muy bueno... porque los TAPS tienen más directo la cercanía con las familias y hacen promoción de la salud directo y hacen seguimiento. Por ejemplo, ya saben que hay una mujer embarazada y ya le están yendo a ver están diciendo que “ya le toca el control, no se olvide”. Por ejemplo, aquí hay una comunidad indígena y antes de que vengan los TAPS no había el tema de Planificación familiar entonces... eh... con esto ya fue promocionándose más y ya no hay muchos hijos. Ellos llegaron con campañas de sensibilización por ejemplo de esta comunidad indígena, ellos no conocían el puesto de salud y todos se curaban con hierbas y la mayoría hacia eso porque era muy lejos el puesto de salud

y se acostumbraron a curarse naturalmente. Parece que igual en el tema que, es de Salud pública, el tema del machismo y violencia, antes vivíamos en una cultura así machista donde les veían embarazadas y no importaba, tenía que seguir trabajando en cambio ahora se las cuida más y el trato es diferente.

NC: Es decir, ¿usted cree que ha reducido los comportamientos machistas?

Si, bastante por lo menos, creo, en el tema de cuidado a las embarazadas.

NC: Ahora, con base al rol de la mujer, ¿usted cree que en la zona de Intag sigue la idea de que mujer, necesariamente, debe ser madre?

Todavía hay esa idea, porque hay... o sea... la sociedad en sí mismo somos muy conservadores y vemos que la mujer debe tener un hijo, pero ya hay que aceptar que la mujer se puede quedar soltera porque es parte de su decisión y no todos corremos con la misma suerte. Y, es como se dice, también por creencias, se dice que así son los designios de Dios. Más bien yo creo que debemos hacer una sensibilización a que aceptemos las decisiones personales de las mujeres. Porque aquí se dice "esta mujer ¿por qué no tendría hijos? O ¿por qué no se casaría?" y se le vuelve un estigma social y a la final todos debemos aceptar.

NC: Finalmente, cuando usted ve a las mujeres más jovencitas ¿cree que ha mejorado el tema de educación, es decir ya no se quedan solo en la primaria? O ¿todavía hay limitaciones?

M2: Bueno ya no hay limitaciones hacia ellas, porque ya hay apertura y acceso y yo creo que la mayor limitante es una mismo porque a veces yo veo que las mujeres se ponen el límite. Porque ya tuvo el hijo y ya no quiere estudiar... o sea... ya para qué. Se complican al tener un hijo ya no quieren seguir estudiando, pero ahora hay facilidades, las leyes nos amparan para que los derechos sean cumplidos y también es una obligación de formarse uno mismo. Yo creo

que aquí se promueve que sigan estudiando. Porque todavía se ha escuchado de problemas de familias de adolescentes que les mandan de la casa por embarazarse y tienen que hacer su vida sola, pero en la mayoría de los hogares las madres y padres se arreglan la vida para que las hijas sigan estudiando y también se les facilita para cuidarles a los hijos gratis y ellas sigan yendo al colegio.

3. Entrevista Semiestructurada 3 - (20-01-2019)

- ❖ T1: Técnico en Atención Primaria en Salud – Zona Intag (Plaza Gutiérrez)
- ❖ NC: Entrevistadora

NC: ¿Cuántos TAPs existen en la zona de Intag?

T1: Aquí en la parroquia Plaza Gutiérrez y Apuela solo hay uno. Pero, en García Moreno y Cuellaje hay 2 TAPs.

NC: ¿Los TAPS de la zona son hombres?

T1: Si, todos.

NC: ¿Existe un mapa del área de influencia del centro de salud en la comunidad, con el cual se planifique?

T1: Tenemos el mapa parlante (me enseña el mapa). Aquí está mapeada toda la comunidad y esto cubre el centro de salud, es decir toda la parroquia

NC: La persona que está a cargo del Centro de salud (Director/a), ¿Qué especialidad tiene?

T1: Bueno aquí solo vienen médicos rurales, no tenemos médicos especialistas. Y en este caso el médico rural es el que está a cargo.

NC: ¿Cómo se realiza el manejo de la información y control de embarazadas?

T1: Se hace el control rutinario que es cada mes. Haber, primero se hace la captación de las embarazadas, se manda hacer los exámenes y luego ya se empiezan los controles hasta cuando ya están próximas a dar a luz y se les hace la visita cada 15 días y si ya están más próximos, una vez a la semana. Esto hacemos los TAPS y el médico.... todo se hace por lo general en conjunto con el médico, yo como TAP doy consejería sobre el cuidado del embarazo, lactancia y el médico ya se encarga de los temas fuertes.

NC: ¿Cómo se realiza el manejo de la información y control de embarazadas?

T1: Bueno, les tenemos identificadas en el mapa, en la sala situacional vamos poniendo ahí, en las tarjetas que se maneja para grupos prioritarios, en las historias clínicas y se les da un carnet.

NC: Según conversaba con la Coordinadora de mujeres, me decía que en Apuela las parteras también ayudan, ¿Es igual en toda la zona?

T1: Mmm... Aquí cada embarazada acude a su partera de confianza, aquí no hay parteras reconocidas por el MSP, pero las mujeres tienen confianza y les hacen un control. Pero nosotros lo que hacemos es explicarles que para el parto es muy importante que den a luz en un hospital con parteras capacitadas y dar a luz con: el médico, el médico y la partera, o solo con la partera capacitada.

NC: ¿Existe alguna capacitación especial a las embarazadas?

T1: A ellas se les explica la alimentación, cuidado, el aseo y todo ese tipo de cosas que viene dentro ya, de lo que es promoción de la salud.

NC: Finalmente, cuando se presenta una emergencia, ¿qué hacen?

T1: Se les deriva a Apuela, que bueno es apenas a 5min, esto cuando ya mismo no hay tiempo o sino lo que se hace es decirles que acudan a un lugar más cercano a Cotacachi unos días antes de dar a luz para que no se le complique.

4. Entrevista Semiestructurada 4 - (21-01-2019)

- ❖ M3: Directora del Centro de Salud – Apuela
- ❖ NC: Entrevistadora

NC: ¿A qué nivel de atención pertenecen los centros de salud de Intag?

M3: Bueno, los centros de salud pertenecen al nivel A prácticamente aquí los servicios son destinados a la atención integral dirigida a la familia, a los individuos y la comunidad, haciendo énfasis en la promoción y prevención.

NC: Tengo entendido que este centro de salud iba a ser un hospital, pero se retiraron los equipos, sin embargo, es un centro de salud que da prioridad a la Salud Materna. Por lo tanto ¿El centro de salud cuenta con personal gineco-obstétrico?

M3: Si, efectivamente aquí contamos con la presencia de una obstetriz.

NC: En este caso, ¿el personal gineco-obstétrico se encuentra permanente en el centro de salud? ¿Cuál es el horario de atención?

M3: El personal trabaja en general de lunes a viernes las 8 horas (de 8am a 5pm). Pero emergencias siempre está a disposición de la comunidad.

NC: ¿El centro de salud cuenta con equipo gineco-obstétrico?

M3: Si, tenemos una sala de partos y también contamos con los Kits de alerta materna que nos da el MSP los rojos y azules.

NC: En caso de emergencia obstétrica, ¿cuentan con ambulancia? Y ¿qué plan de emergencia manejan?

M3: Si, contamos con una ambulancia y como Apuela es el punto de encuentro de Intag acá acuden todas las emergencias que requieran de movilización por ambulancia. En caso de emergencia, tenemos una cadena o central de llamadas con el hospital Asdrubal de la Torre y aquí en el Centro de Salud se atienden solo partos expulsivos y se refieren al hospital a las pacientes.

Una vez revisadas las respuestas de las entrevistas semiestructuradas se agruparon en temas resaltando información, acceso a salud materna, articulación de actores y el trabajo de la comunidad. Véase Tabla 21.

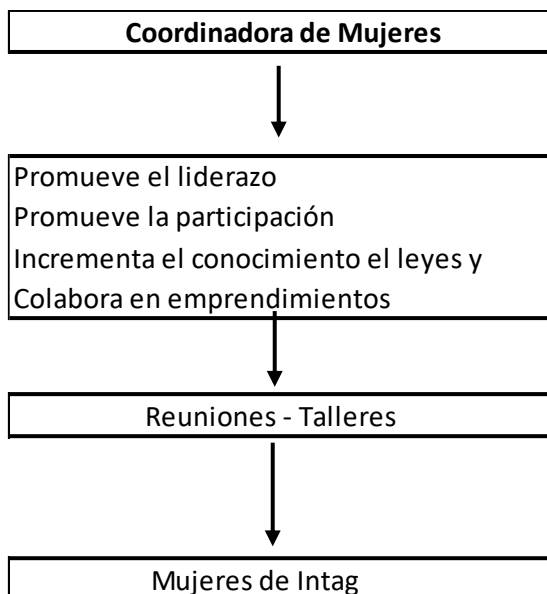
Tabla 21. Resumen del análisis de entrevistas semiestructuradas en la zona de Intag – 2019

ZONA DE ÍNTAG					
ACTORES	ROL	PRODUCTO	TEMA	OBJETIVOS	RESULTADOS
ONG's	Financiamiento	Agenda de mujeres contiene los objetivos, lineamientos, estrategias, metas, plazos.	Salud Materna	Promover más libertad de elección en los partos, y más información y apoyo a mujeres para las etapas del embarazo y la maternidad.	Atención de salud rápida y especializada (colaboración con los TAP's)
PARTERAS	Recursos humanos	Es de actualización constante.		Promover el ejercicio de los derechos sexuales y	Formación y fortalecimiento de comités comunitarias de salud en cada comunidad

			reproductivos de las mujeres.	
HOSPITAL - MINISTERIO DE SALUD	Recursos humanos		Promover igualdad y respeto entre los sistemas de medicina occidental y ancestral que fomente la colaboración y aprendizaje basado en respeto entre proveedores de los dos tipos de salud.	Gestión para el equipamiento, recurso humano, hospital y unidades, especialmente en Intag - Sala de partos, central de emergencias, kits de emergencia, referencia a las mujeres de alto riesgo obstétrico al Hospital Asdrubal de la Torre
GAD MUNICIPAL DEL CANTÓN COTACACHI	Recursos humanos/financieros			Alternativas de atención de mujeres para que decidan su forma y lugar de parto- Si optan por dar a luz en casa, está informada la mujer, la partera, el TAP y el médico.
COORDINACIÓN CANTONAL MUJERES	Recursos humanos			Ampliación del sistema de salud intercultural a la zona de Intag, salud ancestral. Comité de salud, UNORCAC, Distrito de Salud Construcción y promoción de la casa de medicina ancestral/salud (Warmi Razu). Entrega de Kits a parteras por parte de Visión Mundial.
COORDINADORA DE MUJERES INTAG	Recursos humanos			

Fuente y elaboración: Autora (2019)

Figura 3. Resumen del análisis de entrevistas semiestructuradas en la zona de Intag – 2019



Fuente y elaboración: Autora (2019)

La Coordinadora de mujeres es la encargada de informar a las mujeres y mantenerlas actualizadas, según lo conversado lograr que las mujeres jóvenes de Intag tengan una realidad y un contexto distinto al de sus generaciones pasadas ha sido una lucha diaria y constante de mujeres que tomaron el mando a favor de sus compañeras, amigas y hermanas. Si bien la maternidad en la zona de Intag aún es vista como un factor importante en la mujer, requiere que este proceso sea lo más seguro posible reduciendo la injusticia social que ha existido.

Discusión y Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos se pone en manifiesto que el constructo social del rol de la mujer y madre en zonas rurales está determinado por las condiciones de vida,

accesibilidad a servicios de educación y salud, e inequidades laborales colocando a la maternidad como un proceso de vulnerabilidad, donde la probabilidad de muerte materna depende de los factores de riesgo y determinantes sociales en los que se desenvuelven las mujeres.

Considerando el contexto de las mujeres de la Sierra rural y las 31,05 horas promedio de trabajo no remunerado en el hogar, se determinó que la cuantificación simbólica de la muerte materna en términos de trabajo no remunerado representa USD 24.878 anuales; y, la pérdida de producción anual del trabajo en el hogar es de *USD* 416,70. Comprendiendo que el cuidado del hogar es exclusivo de las mujeres.

En lo que se refiere al cumplimiento de los ODS en reducir la RMM en 70 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, el Ecuador ha cumplido la meta. Sin embargo, al desagregar los datos según área de residencia y región, se observa que la RMM en mujeres rurales de la Sierra es cinco veces más alta que la RMM nacional. Siendo considerado un evento injusto e inequitativo según los determinantes sociales que se analizan.

En cuanto a la evolución de la Tasa bruta de los APVP por causas de muerte materna, se evidenció que la tendencia en la Sierra rural no es constante y existen períodos de tiempo en los cuales ha incrementado. Además, los APVP de las mujeres jóvenes adultas de 25 a 34 años de edad representan una pérdida mayor de años de vida, tomando en cuenta la esperanza de vida y grupo de edad estas muertes prematuras, considerando que se encuentran en edades productivas y reproductivas.

Para el estudio de caso en Intag, los resultados demostraron el cambio generacional que ha tenido la población en términos de accesibilidad y aceptabilidad a los servicios de salud, lo que ha logrado influir en la reducción de muertes maternas, además de los esfuerzos realizados por las autoridades del cantón en general.

No obstante, los datos arrojaron información que evidencia las inequidades sociales de la zona, y conflictos relacionados con un sistema de salud fraccionado. Por ejemplo, la demanda insatisfecha de parteras en el área rural ha sido cubierta de manera privada, generando que más de la mitad de las mujeres en Intag incurran a un gasto de bolsillo de 20\$ por cada atención. Esto demuestra que la reducción de muerte materna no es producto de una estrategia específica del sector salud, al contrario, pone en evidencia las grandes instituciones de salud administradas de forma centralizada, poco coordinadas entre sí, y sub-financiadas que prestan servicios de salud a la población más vulnerable como es el caso de las mujeres no afiliadas.

El caso de estudio en Intag reafirma la importancia del análisis de los determinantes culturales en temas de creencias y prácticas tradicionales que necesariamente influyen en el cuidado, control y proceso de la gestación y maternidad. La mujer rural otorga un valor importante a la decisión sobre el lugar (casa o establecimiento de salud); o la persona (familiar, partera, curandero, personal de salud) que acudirá en el momento del embarazo, parto y puerperio.

Por lo tanto, los recursos de medicina tradicional y parteras deben estar presentes comprendiendo que la vinculación del concepto de salud-enfermedad no es similar en las comunidades y los establecimientos de salud.

En la zona de Intag las parteras y familiares cumplen un rol fundamental en el acompañamiento y atención a la mujer durante el proceso de maternidad, debido a la estrecha identificación cultural, valores similares, y confianza.

En virtud de lo mencionado, al estandarizar la identidad femenina como madre y ama de casa afecta directamente el derecho de la mujer en términos de distribución de recursos y de poder. En este sentido, es importante que se tomen en cuenta los costos sociales que implican cambiar de rol y estándar de ciertas mujeres.

Existen tres pasos proporcionados por el Instituto de Investigaciones Sociales de Costa Rica a fin de ampliar la comprensión de la construcción de mujer y madre con el objetivo de regular el trabajo no remunerado. Primero, la construcción social de la mujer como un ente universal. Segundo, reconocer las normas que inciden indirectamente en la identidad femenina y la enmarcan como un sujeto de cuidado y dependiente del hogar. Tercero, visibilización del trabajo no remunerado como productivo y a su vez eliminar la naturalización del mismo.

Debido a que la mortalidad materna es un problema de salud pública, las acciones para reducir su porcentaje no se deberían limitar a la cuantificación del problema como tal, al

contrario, es sumamente importante identificar los determinantes sociales que se encuentran detrás de la muerte materna y que, en consecuencia, agravan la situación.

Los establecimientos de salud que prestan servicios asociados a la salud materna requieren la optimización de los procesos que se llevan a cabo. La articulación de los sistemas institucionales y tradicionales permite evaluar la interacción de los factores biológicos y culturales en el proceso de la maternidad y el bienestar de la misma.

Es importante generar estrategias para integrar a las parteras tradicionales en los equipos de salud y articular su trabajo en coordinación con los centros de salud como parte de la misma red de salud.

Adicionalmente, reconocer las normas informales de las comunidades, permite empatar los conocimientos institucionales con los tradicionales o ancestrales. Normalmente, se busca que las parteras sean parte de un adiestramiento de riesgos de la medicina institucional, mientras que sus conocimientos tradicionales y ancestrales muchas veces no son valorados de manera simbólica.

Finalmente, es importante comprender el diseño de políticas y proceso iterativo. Las instituciones deben ser pequeñas considerando todos los factores y normas informales de muerte materna que, evidentemente, son diferentes en el país. Cabe mencionar que los costos de políticas nacionales son mayores si no cumplen el objetivo planteado. Por el contrario, los programas específicos y pequeños tienen costos menores.

Recomendaciones

Actualmente las metodologías propuestas para estudiar y analizar la muerte materna son, principalmente, monetarias para determinar el costo que incurren los gobiernos, para inversión en proyectos de salud materna y cumplimiento de los ODS o metodologías para la evaluación ex ante o ex post de los proyectos públicos destinados a la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, para el análisis de pérdida social y valoración simbólica de mujeres rurales las metodologías son escasas.

La muerte materna puede ser estudiada desde varias aristas, en este caso al considerar que las mujeres rurales tienen más probabilidades de morir por causas maternas no se puede utilizar metodologías que midan la pérdida de capital humano debido a que el área rural está caracterizada por bajos niveles de educación. De tal forma, la literatura sugiere utilizar metodologías de costos indirectos que no arrojan grandes cantidades monetarias que generen un impacto a los tomadores de decisiones.

En este sentido, el presente estudio a pesar la evaluación simbólica a las mujeres rurales a través del trabajo no remunerado requiere del apoyo de metodologías cuantitativas que midan la pérdida del cuidado, apoyo, y crianza de las mujeres rurales en el hogar.

Con lo mencionado, se sugiere la creación de metodologías cuantitativas y cualitativas que permitan medir el impacto de la pérdida de mujeres rurales en edad fértil por causas maternas de una forma integral, considerando todos los aspectos relevantes que caracterizan

a estas mujeres. A fin de que los resultados obtenidos sean lo suficientemente alarmantes para los hacedores de política pública y tomadores de decisiones.

Por otro lado, el estudio tuvo una limitación con el paquete estadístico EPIDAT al momento de obtener los años de vida perdidos por causas maternas, puesto que las opciones del factor K de ponderación de los años en función de la edad toma únicamente dos valores, colocando el peso máximo a las mujeres adultas jóvenes, lo cual puede sesgar los resultados. Por lo que se sugiere, implementar en los paquetes estadísticos y epidemiológicos varias opciones que permitan elegir los valores sociales en todos los grupos de edad, a fin de colocar los pesos conforme las necesidades de los estudios, por ejemplo, en muerte materna en adolescentes.

Referencias

- Abdella, A. (2015). Maternal Mortality Trend in Ethiopia. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/228614213_Maternal_Mortality_Trend_in_Ethiopia
- Anderson, J., Belaunde, E. L., Bórquez, R., Castro Bernardini, M. del R., Cuadros Falla, J., Cuví Sánchez, M., ... Ruiz Bravo, P. (2011). *La situación de las mujeres rurales en América Latina*. Perú.
- Arrieta, Alí, Ballester, B. (2016). *Valoración económica de la mortalidad evitable en la Región Caribe colombiana*. Retrieved from <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/5693>
- AUCC, A. coordinadora cantonal de C., Manduriacus, C. de M. I., & UNORCAC, C. central de mujeres. (2018). Agenda de Mujeres e Igualdad de Género. Retrieved from [file:///C:/Users/familiar/Downloads/Agenda de mujeres CON CORRECCIONES 4-01-2016_IT.pdf](file:///C:/Users/familiar/Downloads/Agenda%20de%20mujeres%20CON%20CORRECCIONES%204-01-2016_IT.pdf)
- Behm, H. (2011). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina,

- 231–253. Retrieved from <https://www.scielo.org/pdf/scol/2011.v7n2/231-253/es>
- Buchely Ibarra, L. F. (2012). El precio de la desigualdad. Análisis de la regulación del trabajo doméstico desde el ddl, *14*(2), 107–144. Retrieved from file:///C:/Users/familiar/Downloads/BUCHELY_IBARRA_LINA_2012_Preciodela_Desi.pdf
- Bustamante, V. (2011). Tendencia y magnitud de la mortalidad materna en general y específicamente de las muertes certificadas por aborto y sus complicaciones (diagnósticos 003-008 cie 10) en los servicios públicos de salud del Ecuador. Retrieved from http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D572.pdf
- Caro Dougnac, D. (2013). *Impacto Económico de las Enfermedades Crónicas*. UNIVERSIDAD DE CHILE. Retrieved from file:///C:/Users/familiar/Downloads/El_Impacto_Economico_de_las_Enfermedades.pdf
- Carrasco, I., & Buendía-Martínez, I. (2013). Mujer, actividad emprendedora y desarrollo rural en América Latina y el Caribe, *10*, 21–45. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/cudr/v10n72/v10n72a03.pdf>
- CEPAL, C. E. para A. L. y el C. (2016). Clasificación de Actividades de Uso del Tiempo para América Latina y el Caribe (CAUTAL). Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39624/4/S1600508_es.pdf
- Cifuentes, R. (2013). *CREACION DEL COMITÉ DE USUARIOS/AS DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA EN EL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE DE COTACACHI*. Universidad Técnica del Norte. Retrieved from <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/3553>
- Collar, J. M., Morales-González, J. M., & Otero, B. (2007). Los costes indirectos y las pérdidas de productividad laboral en los estudios de evaluación económica. Retrieved from <https://www.phmk.es/costes-indirectos-y-perdidas-productividad-laboral-en-estudios-evaluacion-economica/>
- Del Valle Gómez, M. O., López González, L., Arcos González, P. I., & Cueto Espinar, A. (1993). ANÁLISIS DE LOS AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CÁNCER EN ASTURIAS Y ESPAÑA, 143. Retrieved from <https://studylib.es/doc/5025878/análisis-de-los-años-potenciales-de-vida-perdidos-por-cán...>
- Díaz Cortés, D. (2010). Mortalidad materna y salud pública: décadas perdidas. Hemorragia postparto: morbimortalidad que podemos reducir. *EDITORIAL*, *58*(3), 167–172.
- Echeverría, H. D. (2017). Clasificación de los diseños mixtos en las Ciencias Sociales y aplicación al análisis de tres informes de investigación, 8–26. Retrieved from <file:///C:/Users/familiar/Downloads/Dialnet-ClasificacionDeLosDisenosMixtosEnLasCienciasSocial-5694540.pdf>
- Elu, M. del C., & Santos Pruneda, E. (2003). MORTALIDAD MATERNA: UNA TRAGEDIA EVITABLE. *Scielo*. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000100006
- Epidat. (2014). Demografía, 155.
- Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina: Poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*. Retrieved from http://www.gemlac.org/attachments/article/325/Atando_Cabos.pdf
- FAO, O. de las N. U. para la A. y A. (2018). *PANORAMA DE LA POBREZA RURAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*. Retrieved from <http://www.fao.org/3/CA2275ES/ca2275es.pdf>
- Flores, J., & Sigcha, A. (2017). LAS MUJERES RURALES EN ECUADOR. *International Land*

- Coalition, 16. Retrieved from https://www.landcoalition.org/sites/default/files/documents/resources/mujeres_rurales_en_ecuador_0.pdf
- Flórez–Estrada, M. (2007). *Economía del género: el valor simbólico y económico de las mujeres*. Retrieved from http://biblioteca.clacso.edu.ar/Costa_Rica/iis-ucr/20120725012806/economia.pdf
- GAD Cotacachi, G. M. (2011). PLAN DE DESARROLLO Y DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL. Retrieved from file:///C:/Users/familiar/Downloads/PDOT_Cotacachi.pdf
- GAD Cotacachi, G. M., OPS, O. P. de la S., OMS, O. M. de la S., UNFPA, U. N. P. F., UNICEF, U. N. C. F., & UNESCO, United Nations Educational, S. and C. O. (2015). EL GOBIERNO LOCAL DE COTACACHI Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO RELACIONADOS CON LA SALUD DE LA POBLACION, 39. Retrieved from https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=politicas-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=48-el-gobierno-local-de-cotacachi-y-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-relacionados-con-la-salud-d&Itemid=599
- Gispert, R., de Arán Barés, M., Puigdefàbregas, A., Alberquilla, Á., Albert, X., Alfonso, J. L., ... Ruiz, M. (2006). La mortalidad evitable: Lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 184–193. <https://doi.org/10.1157/13088849>
- GTR, G. de T. R. para la R. de la M. M. (2010). *Conferencia Regional de Mujeres Líderes Muerte Materna: “Romper el silencio, sumar nuestras voces.”* Retrieved from file:///C:/Users/familiar/Downloads/Conferencia Regional de Mujeres Líderes Muerte Materna_.pdf
- GTR, G. de T. R. para la R. de la M. M. (2017). Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe, 38. Retrieved from <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
- INEC, I. N. de E. y C. (2012). Encuesta de Uso del Tiempo, 37. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Uso_Tiempo/Presentacion_Principales_Resultados.pdf
- INEC, I. N. de E. y C. (2013a). CUENTAS SATÉLITE DEL TRABAJO NO REMUNERADO DE LOS, 45. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Metodologia.pdf
- INEC, I. N. de E. y C. (2013b). Cuentas Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares 2011 - 2013, 42. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/cuentas_satelites_2011-2013/1_Presentacion_TNR_2011-2013.pdf
- INEC, I. N. de E. y C. (2016). Compendio estadístico, 418. Retrieved from <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2016/Compendio 2016 DIGITAL.pdf>
- INEC, I. N. de E. y C. (2018). Atlas de Género. Quito. Retrieved from http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Atlas_de_Genero_Final.pdf
- INEC, I. N. de E. y C. (2019). Cuentas Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares (CSTNRH) 2007-2015, 2007–2015. Retrieved from <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

- inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Cuentas_Satelite_Trab_no_Remun_2007_2015/2_Presentacion_resultados_CSTNRH.pdf
- INEC, I. N. de E. y C., & OPS, O. P. de la S. (2010). Indicadores básicos de salud - Ecuador 2010, 19. Retrieved from https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sala-de-situacion-ecu&alias=325-indicadores-basicos-ecuador-2010&Itemid=599
- Krieger, N. (2001). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial*. *Harvard School of Public Health*, 668–677. Retrieved from <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/krieger2.pdf>
- Lopez Lopez, M., Del Valle, J. ., & Bravo, A. (2010). Estudio de pensamiento de la juventud rural y urbana sobre la realidad del mundo rural, 77. Retrieved from https://www.rug.nl/research/portal/files/16038603/Estudio_Juventud_Rural.pdf
- Lozano-Avendaño, L., Zoraida Bohórquez-Ortiz, A., & Zambrano-Plata, G. E. (2016). Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna Family and social implications of maternal death. *Salud*, 18(2), 364–372. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>
- Machinea, L. (2007). Los desafíos de la población en Chile. Retrieved from <https://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/columnas/5/29145/P29145.xml&xsl=/prensa/tpl/p8f.xsl&base=/tpl/imprimir.xslt>
- Maldonado Mera, B. del R., Lara Burbano, G. J., & Maya Carrillo, A. M. (2016). LA MUJER COMO MOTOR DEL DESARROLLO LOCAL: UNA EXPERIENCIA PUNTUAL. *REVISTA SAN GREGORIO*, (2022-2022), 17. Retrieved from <http://revista.sangregorio.edu.ec/index.php/REVISTASANGREGORIO/article/view/93/98>
- Morales, T. S. (2005). De prácticas y significancias en la maternidad , transformaciones en identidad de género en América Latina, 146–188. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v3n22/1405-9436-laven-3-22-146.pdf>
- Naranjo Buitrón, A. D. (2014). *ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ECUADOR ORIENTADAS AL CUMPLIMIENTO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO INDICADA EN LOS OBJETIVOS DEL MILENIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS (2008-2012)*. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR. Retrieved from <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7419/10.C06.001519.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Nobre, M., Hora, K., Brito, C., & Parada, S. (2017). *ATLAS DE LAS MUJERES RURALES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: "Al tiempo de la vida y los hechos"*. Chile: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO. Retrieved from <http://www.fao.org/3/a-i7916s.pdf>
- OMS, O. M. de la S. (n.d.). Determinantes sociales de la salud. Retrieved from https://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS, O. M. de la S. (2012). CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM, 77. Retrieved from https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=303-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-

muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-
mm&Itemid=219&lang=es

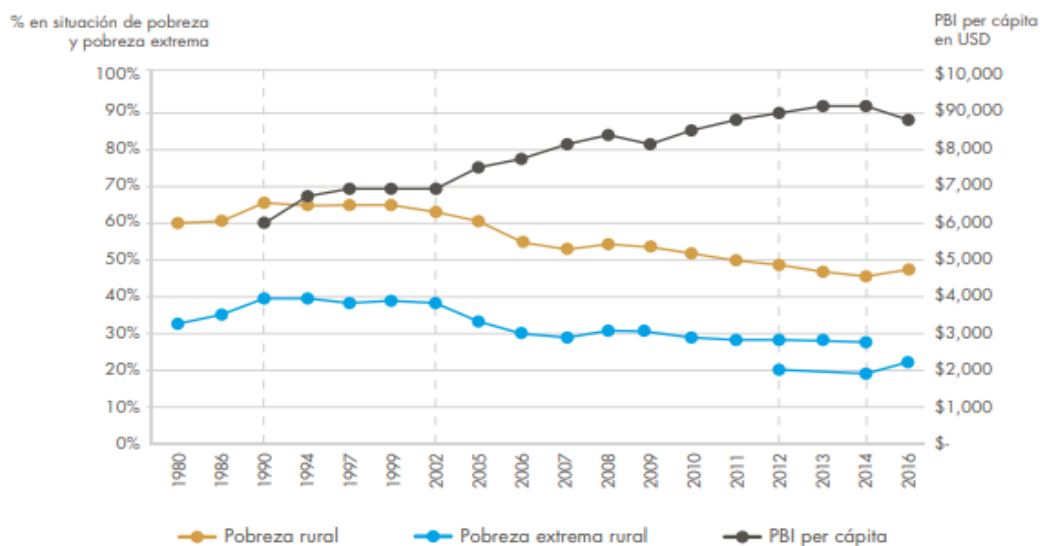
- OMS, O. M. de la S. (2017). *Propuesta de revisión de las definiciones de muertes maternas*.
- OMS, O. M. de la S. (2018). Mortalidad materna. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OPS, O. P. de la S., & OMS, O. M. de la S. (2014). Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región. Retrieved from https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=220:red-uccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&Itemid=215&showall=1&lang=es
- OPS, O. P. de la S., & OMS, O. M. de la S. (2016). *Protocolo De Vigilancia Epidemiológica De La Mortalidad Materna*. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33712/9789275319338-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quiroga Díaz, N. (2009). Economías feminista, social y solidaria. Respuestas heterodoxas a la crisis de reproducción en América Latina*. *FLACSO*, 1, 166. Retrieved from <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/304/4/RFLACSO-I33-07-Quiroga.pdf>
- Rodríguez-Leal, D., & Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 13(3), 433–441. <https://doi.org/10.5294/aqui.2013.13.3.10>
- Rodríguez, C. (2005). Economía del cuidado y política económica: una aproximación a sus interrelaciones. *Trigésima Octava Reunión de La Mesa Directiva de La Conferencia Regional Sobre La Mujer de América Latina y El Caribe*, 35. Retrieved from https://www.cepal.org/mujer/reuniones/mesa38/c_rodriguez.pdf
- Romero-Pérez, I., Sánchez-Miranda, G., Romero-lópez, E., & Chávez-Courtois, M. (2010). Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatología y Reproducción Humana*. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip101f.pdf>
- Sandoval Carvajal, I., & González Vega, L. M. (2015). Estimación del valor económico del trabajo no remunerado en Costa Rica. Resultados e ilustración metodológica, 30(90). Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v30n3/0186-7210-educm-30-03-00691.pdf>
- Sesia, P. (2011). El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica “crítica.” *ACADEMIA*, 15.

Índice de Anexos

Anexo 1. Evolución de la pobreza rural, pobreza extrema rural y PIB per cápita de América Latina y el Caribe (1980-2016)	150
Anexo 2. División Político administrativa zona de Intag, según parroquias	150
Anexo 3. Formulario encuestas – Entrevistas semiestructuradas	151
Anexo 4. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra, según área de residencia - 2012	154
Anexo 5. Horas de trabajo no remunerado realizado en la Sierra rural, según sexo - 2012	155
Anexo 6. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según provincia - 2012.....	155
Anexo 7. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según grupo de edad - 2012	156

Anexo 8. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según etnia - 2012	156
Anexo 9. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según estado civil- 2012	157
Anexo 10. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según nivel de instrucción - 2012	157

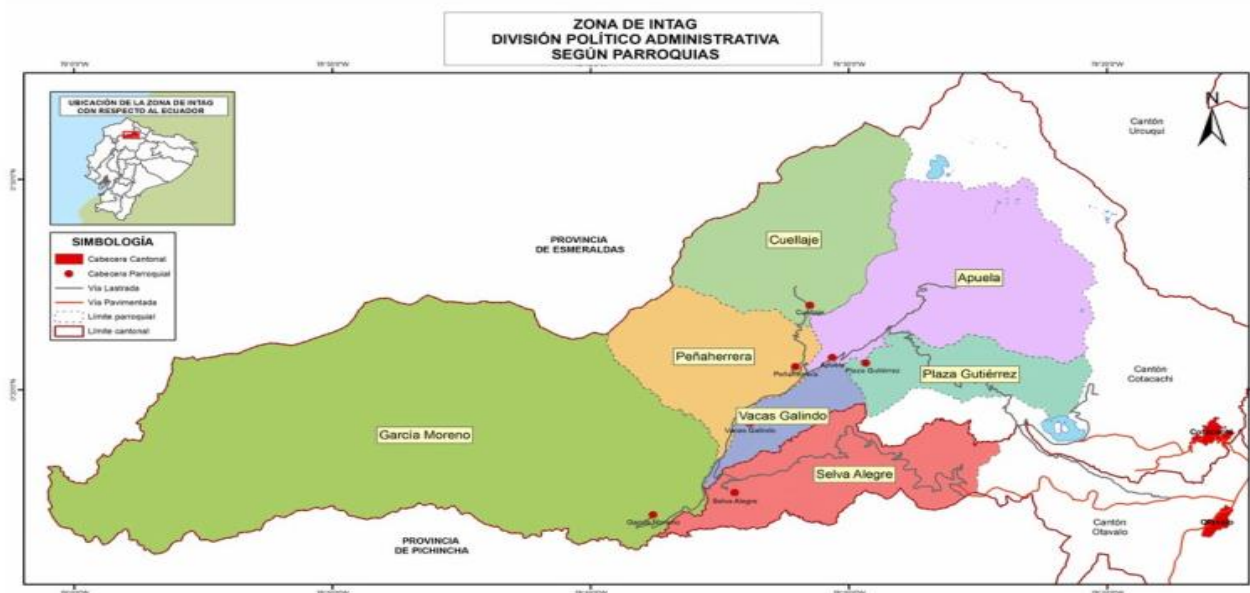
Anexo 1. Evolución de la pobreza rural, pobreza extrema rural y PIB per cápita de América Latina y el Caribe (1980-2016)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017)

Elaboración: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2018)

Anexo 2. División Político administrativa zona de Intag, según parroquias



Fuente y Elaboración: GAD Municipal Cotacachi, 2011.

Anexo 3. Formulario encuestas – Entrevistas semiestructuradas

SECCIÓN I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTADA		
PARROQUIA DE RESIDENCIA		
N°	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Edad	
2	Estado Civil	Casada
		Unida
		Separada
		Divorciada
		Viuda
3	Su cónyuge trabaja	Si
		No
4	Profesión u oficio del cónyuge	
5	Auto identificación étnica	Indígena
		Afro ecuatoriana/ Afro descendiente
		Blanca
		Mestiza
		Mulata
		Montubia
6	Nivel de instrucción / Grado o curso	Otro/a cuál
		Ninguno
		Centro de alfabetización
		Preparatoria (Nivel 1) / 1° grado
		Básica Elemental / 2°, 3°, 4° grado
		Básica Media / 5°, 6°, 7° grado
		Básica Superior / 8°, 9°, 10° grado
		Bachillerato
		Posbachillerato - Tecnología
Superior		
Postgrado		
7	Trabaja usted actualmente en algo por lo cual reciba dinero u otra forma de pago	Si, dinero
		Si, otra forma de pago (especie)
		No trabaja
8	Sus ingresos son	Menores al salario básico (<394\$)
		Iguales al salario básico (=394\$)
		Mayores al salario básico (>394\$)
9	Quién toma las decisiones de realizar los gastos con los ingresos que usted recibe	Usted
		Esposo o conviviente
		Ambos
		Otras personas
10	Qué parte de los gastos de su hogar paga con el dinero que usted recibe	Nada
		La mitad
		Todo
11	Cuál es la razón principal por la que usted no trabaja	Discapacidad
		No necesita trabajar
		Embarazada/Dejó de trabajar
		No tiene quien cuide a los niños
		Ama de casa
		Cansada de buscar trabajo
		Su cónyuge/conviviente no le permite trabajar
Problemas de salud		
Interfiere los estudios		
12	Tiene hijos/as	Si
		No
13	Cuántos/as	

Pasar a la pregunta 5

Pasar a la pregunta 11

SECCIÓN II. SERVICIOS ASOCIADOS A LA SALUD MATERNA

En qué lugar o establecimiento de salud fue atendida durante el parto	Hospital MSP		
	Centro de Salud MSP		
	Subcentro de Salud MSP		
	Puesto de Salud MSP		
	Hospital/Clinica IESS		
	Dispensario del IESS		
	Hospital/Policlínico - FFAA/Policia		
	Hospital/Clinica Privada		
	Junta de Beneficencia		
	Consejo Provincial/Unidad Municipal de Salud		
	Fundación / ONG		
	En casa		
		Pasar a la pregunta 16	
Por qué razón o razones dio a luz en establecimiento de salud	Factores económicos		
	Confianza, atención, seguridad, cercanía		
	Es afiliada o cubierta		
	Tiene seguro privado		
Por qué razón o razones dio a luz en casa	Por costumbre		
	Factores económicos		
	Establecimiento queda lejos		
	Falta de transporte		
	No habia tiempo para llegar		
Más seguridad, confianza en la casa			
Cuando usted dio a luz a en ese establecimiento de salud o en casa, tuvo que realizar algún pago extra	Si (Procedimiento, consulta, medicamentos)		
	No pero compré pañales, insumos personales		
	No pago nada		
Quién le atendió en el parto en la casa o en el establecimiento (según corresponda)	Médico		
	Obstetriz		
	Enfermera		
	Auxiliar de Enfermería		
	Partera		
	Promotor de salud comunitaria		
	Otros agentes tradicionales (yachac/shaman/limpiador/curandero)		
	Familiar(es)		
	Sola/Nadie		
	Otro/Cuál		
A veces durante el embarazo, una mujer puede sufrir problemas o complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre, del bebé o de los dos. Durante el embarazo de (...) ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas o complicaciones:	Hinchazón de manos/pies		
	Desmayos		
	Dolor de cabeza fuerte y permanente		
	Convulsiones		
	Dolores fuertes de barriga		
	Mareos/Nausea/Vómito		
	Fiebre		
	Preclamsia/Eclampsia (Producida por la presión arterial alta)		
	Infección de vías urinarias		
	Sangrado/Hemorragia		
	No tuvo complicaciones		
		Pasar a la pregunta 21	
A quién o a dónde recurrió cuando se presentaron los problemas o complicaciones en el embarazo	Establecimiento de Salud o personal de salud		
	Farmacia/Botica		
	Se quedó en casa/Remedios caseros		
	Personal tradicional (partera, yachac, shaman, curandero)		
	Otro, Cuál		
SECCIÓN III. ROL EN LA COMUNIDAD			
Qué rol tiene usted en la comunidad			
Cuál es su rol en la crianza de sus hijos/as			

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Nombre del entrevistado:

Cargo:

Parroquia:

Fecha:

1. ¿Cuántos TAPs existen en la zona de Íntag?:

2. ¿Existe un mapa del área de influencia del centro de salud en la comunidad, con el cual se planifique?:

3. ¿Qué profesión tiene la persona que está a cargo del Centro de salud, Director/a?:

4. ¿Cómo se realiza el manejo de la información y control de embarazadas?:

5. ¿Cuáles son las actividades de promoción de la salud a favor de las embarazadas o madres de la comunidad?:

6. ¿Existe alguna capacitación especial a las embarazadas?:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Nombre del entrevistado:

Cargo:

Parroquia:

Fecha:

1. ¿A qué nivel de atención pertenecen los centros de salud de íntag?

2. ¿El centro de salud cuenta con personal gineco-obstetrico?

3. ¿El personal gineco-obstetrico se encuentra permanentemente en el centro de salud?

4. ¿El centro de salud cuenta con equipo gineco-obstetrico?

5. ¿Cuál es el horario de atención de los centros de salud en Íntag?

6. ¿En caso de emergencia obstétrica cuentan con ambulancia y qué plan de emergencia se maneja?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Nombre del entrevistado:

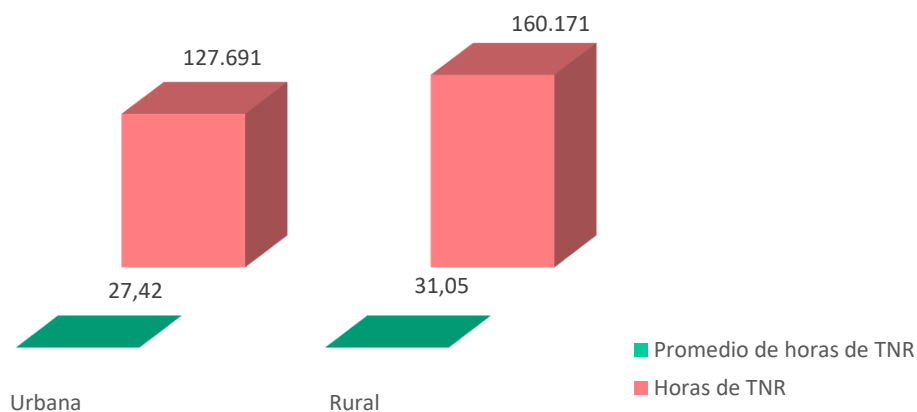
Cargo:

Parroquia:

Fecha:

1. ¿Qué actividades realiza la coordinación de mujeres de Íntag?
2. ¿Cuál es el objetivo de los talleres dirigidos hacia las mujeres de Íntag?
3. ¿Cómo se promueve la participación de las mujeres en Íntag?
4. ¿La zona de Íntag cuenta con parteras? ¿Cómo aportan a la comunidad?

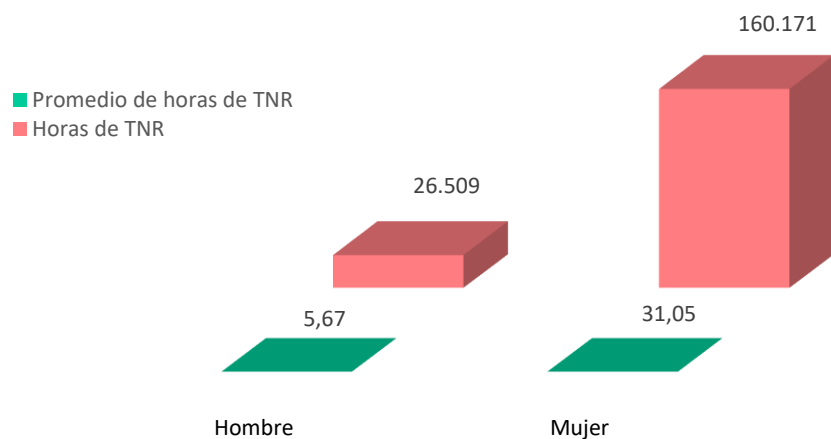
Anexo 4. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra, según área de residencia - 2012



Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC

Elaboración: Autora

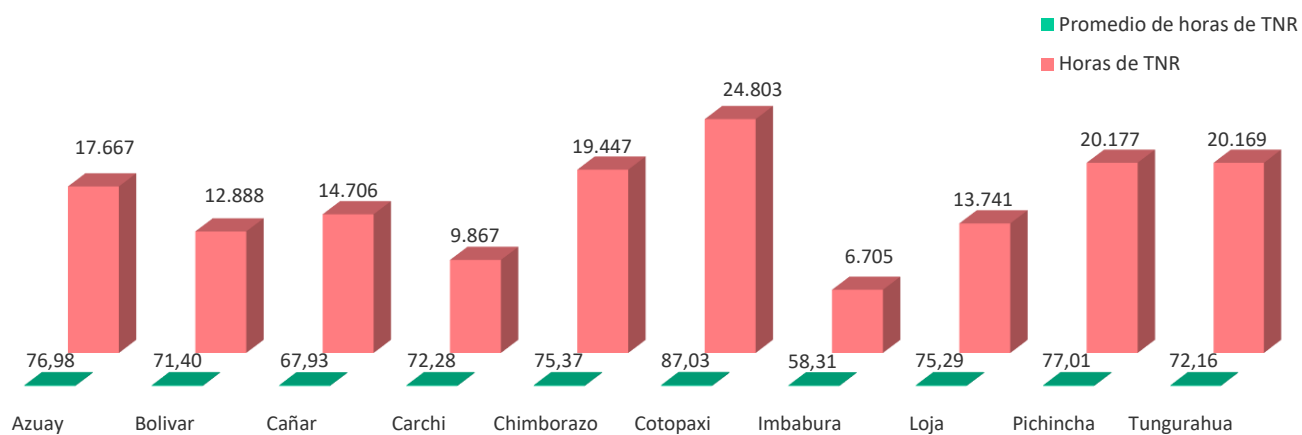
Anexo 5. Horas de trabajo no remunerado realizado en la Sierra rural, según sexo - 2012



Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC

Elaboración: Autora

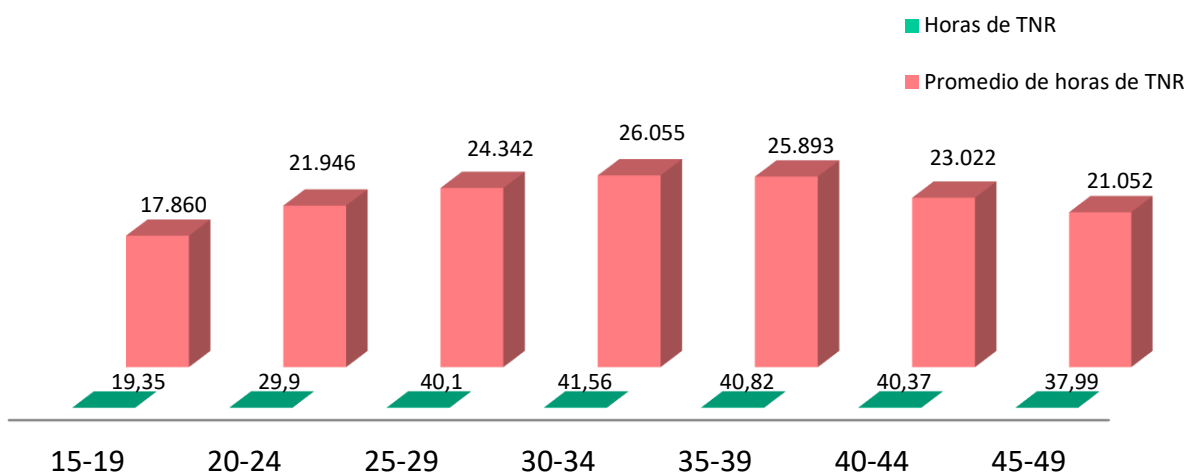
Anexo 6. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según provincia - 2012



Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC

Elaboración: Autora

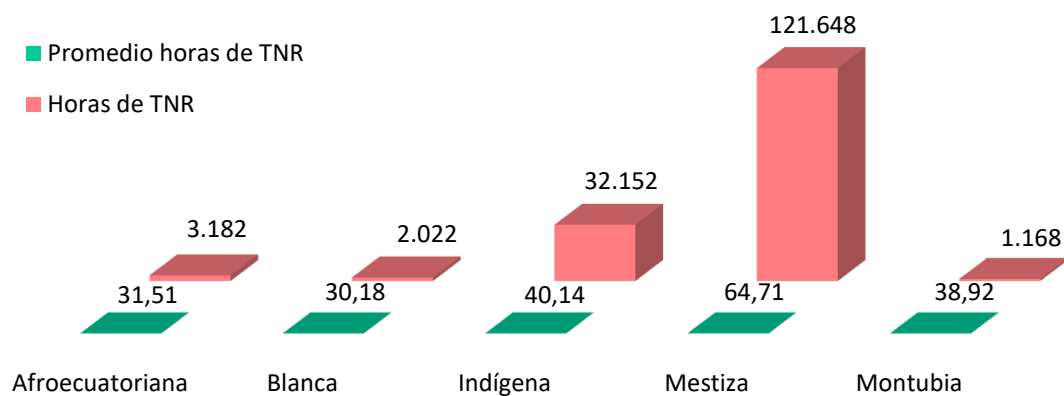
Anexo 7. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según grupo de edad - 2012



Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC

Elaboración: Autora

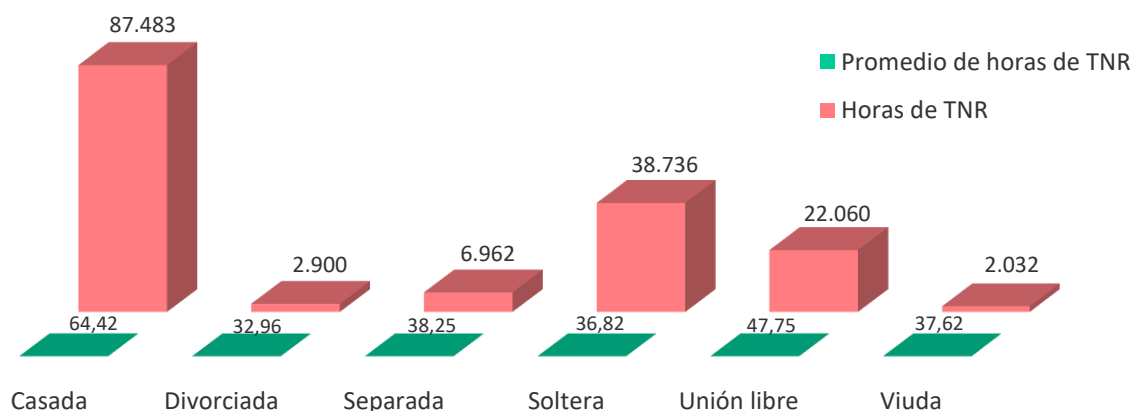
Anexo 8. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según etnia - 2012



Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC

Elaboración: Autora

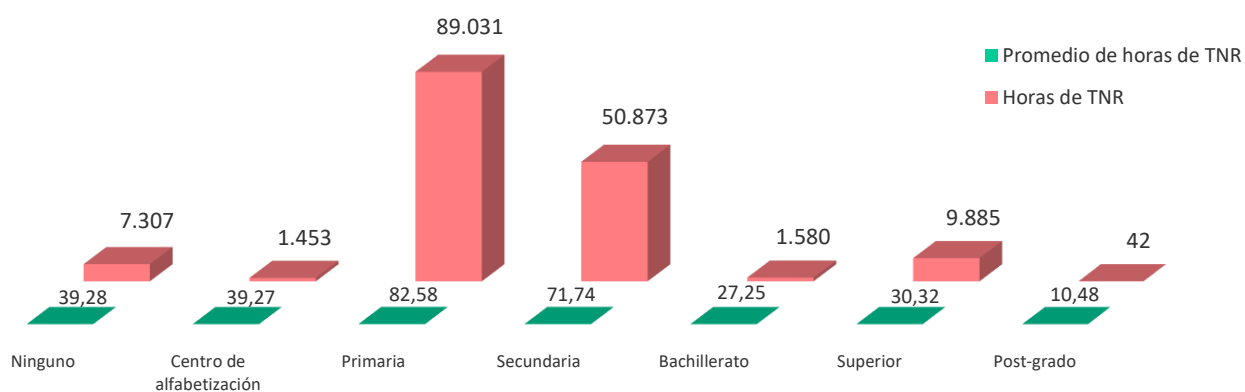
Anexo 9. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según estado civil- 2012



Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC

Elaboración: Autora

Anexo 10. Horas de trabajo no remunerado realizado por mujeres en la Sierra rural, según nivel de instrucción - 2012



Fuente: Base de datos "Encuesta de Uso de Tiempo 2012" – INEC

Elaboración: Autora