

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD
MATERNA EN COMUNIDADES INDÍGENAS EN LATINOAMÉRICA:
UNA REVISIÓN NARRATIVA**

**GINNA YANARA BASANTE SANTACRUZ
MARÍA FERNANDA GRANJA VIVEROS
INGRITH CARINA GUERRERO CALVACHE
CÉSAR DAVID MORÁN GUÍO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA SEDE PASTO
SAN JUAN DE PASTO
2022**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD
MATERNA EN COMUNIDADES INDÍGENAS EN LATINOAMÉRICA:
UNA REVISIÓN NARRATIVA**

**GINNA YANARA BASANTE SANTACRUZ
MARÍA FERNANDA GRANJA VIVEROS
INGRITH CARINA GUERRERO CALVACHE
CÉSAR DAVID MORÁN GUÍO**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO GENERAL

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**ASESOR METODOLÓGICO:
Mag. FRANCO ANDRÉS MONTENEGRO CORAL**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA SEDE PASTO
SAN JUAN DE PASTO
2022**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiarme a lo largo de mi existencia, y por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de debilidad.

Así mismo, merecen este reconocimiento especial mi madre Mirian Santacruz y mi padre Jesús Basante que son las personas más importantes en mi vida ya que con su esfuerzo, dedicación y cariño me ayudaron a culminar mi carrera como médico y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

También quiero agradecer su apoyo incondicional a mis hermanas Karina y Deicy, las cuales en los momentos difíciles supieron brindarme su afecto y comprensión

Por último, agradezco a mi novio Brian Steven Díaz, el cual ha sido incondicional brindándome su apoyo, comprensión y amor en cada paso de los momentos que hemos compartido juntos, porque supiste creer en mí y nunca dudaste.

Ginna Yanara Basante Santacruz

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer principalmente a Dios por guiarme y mostrarme su eterno amor en cada paso de mi vida, y a mis padres por todo el esfuerzo y sacrificio. Agradecer a mi madre por ser esa fuente de fortaleza y voz de apoyo incondicional, a mi familia que me motiva a salir adelante y dar lo mejor de mí, y hacer una mención especial a mi abuela Ana Cabezas y a mis tías maternas quienes emocionalmente fueron un pilar muy importante en este camino; lo que soy se lo debo a todos ustedes. De igual forma agradecer a mis ángeles en el cielo y a mis amigos.

María Fernanda Granja Viveros

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, a la vida por demostrarme que cada problema tiene una solución, por la grandeza de amar y ser amada principalmente por familiares, al igual que por amigos y personas especiales.

Además, quiero dar reconocimiento a las dos personas más importantes en mi vida, mi madre Zoraida Calvache y mi padre Silverio Guerrero, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de sacrificio, sencillez y superación, que a pesar de lo complejo y complicado no han desvanecido sus esfuerzos y esperanzas.

Ingrith Carina Guerrero Calvache

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios, quien por sus designios permitió que este proyecto y mi carrera salieran adelante.

Especialmente a mis padres, Paulina y Luis César, agradezco eternamente por su esperanza puesta y todo el esfuerzo que empeñaron en mí, desde la mirada del amor más puro, para que la opción no fuese rendirme y decidiera seguir persiguiendo mis sueños en beneficio de la comunidad. Los amo.

A mi hermano y a toda mi demás familia, gracias por creer en mí y brindarme su apoyo.

Extiendo mis agradecimientos a Ingrith, Ginna y María Fernanda, de quienes también recibí ayuda y fueron muy comprensivas en los momentos difíciles.

Agradezco a mis docentes y a la Fundación Universitaria San Martín por contribuir en mi proceso académico y formación como profesional.

Finalmente, gracias a Daniela por todas sus palabras de aliento y el deseo sincero de apoyarme, de vivir y de construir conmigo todos nuestros éxitos actuales y futuros.

César David Morán Guío

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

San Juan de Pasto, Mayo de 2022

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. MARCO REFERENCIAL	18
3.1. ANTECEDENTES	18
3.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	28
3.2.1. Mortalidad materna	28
3.2.2. Causas de mortalidad materna	28
3.2.3. Consecuencias de la mortalidad materna	31
3.2.4. Prevención de la mortalidad materna	31
3.3. MARCO LEGAL	32
4. OBJETIVOS	34
4.1. OBJETIVO GENERAL	34
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
5. METODOLOGÍA	35
5.1 TIPO DE ESTUDIO	35
5.2 AREA DE ESTUDIO	35
5.3 POBLACION	35
5.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	35
5.4.1 Criterios de inclusión	35
5.4.2 Criterios de exclusión	35
5.5 VARIABLES	36
5.5.1 Matriz de variables	37
5.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS	39
5.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	39
5.7.1 Fuentes de información	40
5.7.2 Estrategia de búsqueda	40
5.7.3 Identificación de los estudios	42
5.7.4 Selección de los estudios	42
5.7.5 Extracción y análisis de los datos	44
5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	44
6. RESULTADOS	45
7. DISCUSIÓN	65
8. CONCLUSIONES	72
9. RECOMENDACIONES	73
10. ARTICULO CIENTIFICO	74
11. BIBLIOGRAFÍA	81
12. ANEXOS	86

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. DIAGRAMA DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS	43
FIGURA 2. NÚMERO DE ARTÍCULOS REVISADOS POR PAÍS	45
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE ARTÍCULOS DE LA REVISIÓN NARRATIVA SEGÚN OBJETIVOS ESPECÍFICOS	60
FIGURA 4. PORCENTAJES POR RANGOS DE EDAD	61
FIGURA 5. NÚMERO DE FALLECIMIENTOS POR PAÍS EN EL PERIODO DE 2006-2015	63

LISTA DE GRAFICAS

TABLA 1. MATRIZ DE VARIABLES	37
TABLA 2. FORMATO PICO: PALABRAS CLAVE	39
TABLA 3. TÉRMINOS EMPLEADOS EN LA BÚSQUEDA	40
TABLA 4. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA UTILIZADA SEGÚN LA BASE DE DATOS	41
TABLA 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN NARRATIVA	46
TABLA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	61

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO	86
ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	86
ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISION	87

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud ha establecido que “la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado” (1).

En este contexto, se hace mención a las comunidades indígenas de Latinoamérica que presentan importantes tasas de natalidad en la población, las cuales tienen como riesgo el incremento en la morbilidad materna debido a variables personales, culturales, patológicas y riesgos atribuidos a la prestación de los servicios de salud. Lo anteriormente expuesto presenta un importante contexto sociocultural que se refleja en una baja tasa de asistencia a las instituciones de salud para los seguimientos y controles oportunos, debido a que las maternas prefieren recurrir a la atención y consulta de las parteras de su comunidad, situación que pone en riesgo tanto a la madre como a su hijo.

El presente trabajo de investigación se realizó dentro de la línea de investigación en salud familiar y comunitaria, del grupo Rizhome Group 2 de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto.

La presente revisión se elaboró siguiendo los criterios establecidos por la organización Cochrane, en la cual se realizó una síntesis cualitativa de distintos estudios publicados entre los años 2011-2021 y disponibles en bases de datos de acceso libre. En dichas fuentes de información se analizaron variables sociales y personales que influyeron en la mortalidad materna en las comunidades indígenas de Latinoamérica, patologías del embarazo, parto y puerperio asociadas a la mortalidad materna y riesgos atribuibles a la prestación del servicio de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena.

La finalidad de esta revisión fue identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en comunidades indígenas en Latinoamérica, con el propósito de generar una línea base de información relacionada con el tema, que pudiera constituirse en un referente a la comunidad médica para la toma de decisiones, que permita promover la salud para la detección temprana de cambios, potenciando así la atención a las comunidades indígenas.

1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud-OMS (2015), ha establecido que la razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100.000. Hay grandes disparidades entre los países, pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana” (2), los datos anteriores evidencian que en las poblaciones con menos recursos se manifiestan con mayor frecuencia la mortalidad materna

Haciendo referencia a América Latina y el Caribe, se ha evidenciado un importante descenso como promedio regional en los últimos años, desde 88 por cada 100.000 nacidos vivos en 2005 a 74 por cada 100.000 nacidos vivos en 2017, ha presentado altibajos en el período, dando cuenta de que el problema no se encuentra resuelto. Según los datos de la razón de mortalidad materna según estimados del grupo Inter-Agencial (MMEIG), todavía son varios los países de la región que registran un índice de mortalidad materna por encima de lo que plantea la meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que busca que para el año 2030 se reduzca la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (3).

En el caso del estudio se abordó la comunidad indígena, es así como en el informe de salud y mortalidad materna de las mujeres indígenas se menciona que “en todo el mundo, las mujeres y las adolescentes indígenas experimentan unos resultados de salud materna significativamente peores que las poblaciones mayoritarias. Además, se ha establecido que las mujeres indígenas tienen muchas menos probabilidades de recibir asistencia prenatal y en la mayoría de casos, las diferencias son muy significativas, encontrándose desigualdades similares en la asistencia cualificada durante el parto y las tasas de natalidad entre adolescentes” (4).

Haciendo relación a los factores de riesgo de la mortalidad materna en las comunidades indígenas del Ecuador, encontrándose mayor riesgo en la mortalidad materna en zonas marginadas, unido a ello el área rural y bajo nivel de escolaridad, a pesar que la edad no está asociada a la mortalidad materna, reflejó un problema en la estructura social en el país, donde se establece un mayor riesgo de muerte en este grupo con mayor vulnerabilidad (5).

Desde otra perspectiva en Perú, se hizo mención a la mortalidad materna en comunidades indígenas, en el período 2013, donde se identificó 20 defunciones, de las cuales 6 (30%) fueron por causa materna, 11 (55%) por otras causas y 3 (15%) indeterminadas. Además, es importante mencionar que las 6 muertes maternas

fueron por causa obstétrica directa, la mediana de la edad de fallecimiento fue de 24 años y su rango intercuartil de 18, tres fallecieron en el postparto, 33.3% durante el embarazo y una durante el parto, sólo tres tuvieron control prenatal, tres fallecieron en el domicilio, dos en el establecimiento de salud y una en el trayecto hacia el establecimiento de salud” (6).

En otros países latinoamericanos como Colombia, en el trienio 2011 a 2013, se presentaron 1.546 casos de muertes en mujeres embarazadas, en el estudio se tomó 143 casos de mortalidad materna en comunidades indígenas, encontrándose que la razón de mortalidad materna para esta población fue 327,5 por 100.000 nacidos vivos durante este periodo, donde las muertes maternas en indígenas fueron de menores de 19 años y el 29.2% en mayores de 35 años, las principales causas fueron hemorragia posparto, eclampsia y sepsis puerperal (7).

En Leticia Amazonas, se estableció que la mortalidad materna se presentaron seis casos de mortalidad materna en mujeres entre 16 a 31 años, en su mayoría solteras, dedicadas al hogar y no usuarias de métodos anticonceptivos, de las cuales se encontró que el 66.7% mujeres indígenas y el 44.7% de mortalidad materna evitables; la mayoría de las muertes maternas evitables ocurrieron al momento del parto (56.7%); y la causa principal fue la hemorragia obstétrica (53.3%) (8).

Entre los indígenas Wayuu del municipio de Uribia Guajira se encontró que “las prácticas tradicionales de parto, el difícil acceso a los servicios de salud y la edad de las madres son factores que contribuyeron a aumentar la tasa de mortalidad materna, además la principal causa de mortalidad materna en las gestantes Wayuu fue la hemorragia postparto” (9).

En el estudio se abordarán aspectos relacionados con la mortalidad materna en las comunidades indígenas, siendo un grupo poblacional que no tiene predominio en la atención, unido a ello se manifiestan una serie de situaciones negativas como la ubicación de los mismos que ha impedido el acceso a los servicios de salud en estas regiones.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la caracterización científica de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en mujeres indígenas de Latinoamérica?

2. JUSTIFICACIÓN

Con base en los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se conoce que “las mujeres pertenecientes a minorías étnicas suelen experimentar exclusión social y económica, lo cual produce inequidades en salud en numerosos momentos de su vida, especialmente durante el embarazo y el parto. Además, las mujeres indígenas en varios países latinoamericanos tienen menos posibilidades de dar a luz con asistencia de parto cualificado” (10).

Lo anterior permite evidenciar que la mortalidad materna está relacionada directamente con los factores sociales, donde los embarazos de las mujeres indígenas, presentan una serie de situaciones que afecta la detección temprana de alteraciones, puesto que la asistencia a control prenatal es baja, por ello esta problemática está enfocada en el deterioro de la salud materna y perinatal.

Analizando la importancia que adquiere la mortalidad materna en las comunidades indígenas, se decidió realizar una revisión de la literatura, la cual permitió identificar los factores de riesgo asociados, entre ellos los sociales y personales, las patologías del embarazo, parto y puerperio, unido a ello los riesgos atribuibles a las instituciones de salud que brindan la atención a este grupo de personas, por ello, los aportes del mismo permitirán la toma de decisiones para contribuir a la prevención o disminución de la muerte materna en este grupo de mujeres indígenas.

De igual manera los resultados de esta revisión brindará aportes significativos para la comunidad médica, porque a través de los hallazgos del mismo se contribuirá desde la promoción de la salud a la detección temprana de alteraciones y con ello fortalecer la atención a estas comunidades indígenas que son una población vulnerable, ya que manejan sus propias creencias y costumbres relacionadas con la cultura de las mismas, situación que se ve reflejada en la escasa vinculación a hacer uso de los servicios de salud que se brindan en las diferentes regiones de Latinoamérica.

Igualmente, se considera importante esta revisión de literatura, porque no existe un estudio que permita verificar estos aspectos en estas comunidades indígenas, siendo uno de los elementos que contribuirá de alguna manera en pro de mejorar la calidad de atención a las comunidades indígenas Latinoamericanas. Además, será uno de los aportes significativos para los referentes bibliográficos que abordan sobre la temática de la mortalidad materna en las comunidades indígenas Latinoamericanas.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. ANTECEDENTES

En la revisión bibliográfica se hace relación a aquellos estudios realizados a nivel internacional los cuales abordan específicamente la mortalidad materna de las comunidades indígenas.

A nivel internacional:

Según Llamocca Rodríguez, Perú, 2014, el estudio denominado: “subregistro de mortalidad materna en el sistema de vigilancia epidemiológica, Oficina de Estadística e Informática y Registro Civil en comunidades indígenas del distrito de Andoas, provincia del Datem del Marañón-Región Loreto durante el periodo 2001-2012”, la búsqueda activa comunal fue un método eficaz para la identificación de casos de defunción materna principalmente en distritos donde existen limitaciones del sistema de información. La autopsia verbal como medio de verificación permitió detectar no sólo defunciones maternas directas, sino incluso también las indirectas. Si bien, en algunos casos, no se pudo determinar con precisión la causa específica de muerte a partir de esta información (autopsia verbal), sin embargo, se pudo distinguir de forma incuestionable que se trató de defunciones vinculadas con el embarazo, parto o puerperio (6).

Ibañez Cuevas, Midiam y otros, México, 2015, el estudio titulado: “uso de los servicios de trabajo de parto y postparto: preferencia de las mujeres indígenas y la respuesta del sector salud en el Altiplano de Chiapas en México” los entrevistados identificaron barreras en la disponibilidad de personal médico y horarios restrictivos para los servicios de salud. Además, se refirieron a las barreras de acceso (económicas, geográficas, lingüísticas y culturales) a los servicios de salud, así como a las prácticas hospitalarias invasivas y ofensivas impuestas por el personal del sistema de salud, que limitaron la calidad de la atención que pueden brindar. Las parteras tradicionales que participaron en contextos interculturales expresaron la falta de autonomía y la exclusión que experimentan por parte del personal hospitalario, por no ser consideradas parte del equipo de atención. Como facilitadores, los usuarios señalaron la importancia de tener presentes a sus parteras tradicionales y familiares durante el parto, para que puedan usar su ropa durante la atención, que el personal de salud es del sexo femenino y habla el idioma de la comunidad. Como condición limitante las usuarias refirieron las diferentes maniobras médicas practicadas en la atención del parto (examen vaginal, episiotomía, administración de oxitocina, etc.) (11).

La evidencia del estudio sugirió la presencia de importantes barreras para la utilización de los servicios institucionales de parto y postparto en las comunidades indígenas, a pesar de las estrategias interculturales implementadas. Es importante

considerar el fortalecimiento de los modelos de atención intercultural, para sensibilizar al personal sobre las necesidades, creencias, prácticas y preferencias culturales de las mujeres indígenas, con enfoque en los derechos humanos, la equidad de género y la calidad de la atención (11).

Paguay Castañeda, Lesly Jisela y Paguay Castañeda, Yesenia Paola, Ecuador, 2016, el estudio titulado: “análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador, período 2006-2016”, los resultados del estudio indicaron que “los factores incidentes en la muerte materna a nivel nacional reflejan un problema en la estructura social en el país, mostrando un mayor riesgo de muerte materna en zonas marginadas, representando el área rural un riesgo dos veces mayor de morir, también poseer un bajo nivel educativo se asocia a un mayor riesgo materno, sobre todo en madres que enfrentan su embarazo sin una pareja encontrándose un riesgo cuatro veces mayor en madres divorciadas, frente a otros estados conyugales, la etnia también representó un factor de riesgo principalmente en madres indígenas con un riesgo dos veces mayor, mientras que la edad de la fallecida con la mortalidad materna no tuvo asociación estadísticamente significativa. Estos hallazgos subrayan la necesidad de intensificar la revisión de la planificación de los servicios de salud para mejorar la cobertura en los servicios de atención al nacimiento y emergencias obstétricas” (5).

Bula Romero, Javier Alfonso y Gañarza, Leiner, Brasil, 2017, el estudio denominado: “mortalidad materna en la población indígena y no indígena de Pará: contribución a la vigilancia de la muerte”. Se reportaron un total de 884 muertes maternas en el estado de Pará, correspondientes a una Tasa de Mortalidad de 60,7 por 100.000 nacidos vivos para mujeres no indígenas y 135,8 por 100.000 nacidos vivos para mujeres indígenas. El edema, la proteinuria y los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio correspondieron al 30,5% (n = 270). La mortalidad materna siguió siendo un grave problema de salud pública en el estado de Pará, lo que demostró claramente que las mujeres indígenas embarazadas requieren mayor atención, ya que presentan Tasas de Mortalidad Materna más altas en comparación con las mujeres no indígenas (12).

Mendes Estima Nathalie y Valongueiro, Alves, Brasil, 2019, el estudio titulado: “muertes maternas y de mujeres en edad reproductiva, en la población indígena, Pernambuco, Brasil, 2006-2012” dice que “las causas de muertes fueron consideradas según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud - 10a Revisión (CID-10); se obtuvo un banco compuesto por 115 registros, de los cuales 58,3% fueron informados al Sistema de Informaciones sobre mortalidad (SIM) como indígenas; las principales causas de óbito fueron enfermedades del aparato circulatorio (27,0%), causas externas (14,8%), neoplasias (13,0%) y causas maternas (8,7%)” (13).

Hubo subregistro de las muertes de mujeres indígenas en edad fértil; las principales causas de esas muertes fueron las enfermedades del aparato circulatorio, aunque

las muertes maternas todavía representen importante causa de óbito en la población estudiada (13).

Soares, Fabiano, Brasil, 2020, en el estudio titulado: “uso de la unidad de cuidados intensivos en mujeres con morbilidad materna severa y muerte materna: resultados de un estudio multicéntrico nacional”. De 82.388 partos, hubo 9.555 (11,6%) mujeres y la razón de mortalidad materna fue de 170,4/100 mil nacidos vivos. En total, 8.135 (85,1%) pacientes fueron tratados en instalaciones en las que se disponía de Unidad de Cuidado Intensivo (UCI); sin embargo, solo 2.059 (25,3%) habían ingresado en la UCI. En el análisis multivariado, cuando la gravedad de la enfermedad materna se midió mediante el puntaje de gravedad materna (MMS), la fuerza de la asociación entre el uso de la UCI y la muerte materna se redujo en gran medida, junto con la atención inadecuada y la falta de disponibilidad de la UCI en la instalación. En la evaluación de solo los casos más críticos (SMO), resultado materno severo, se observó el mismo patrón de asociación entre UCI y mortalidad materna. En los modelos utilizados, solo la atención inadecuada y los MSS se asociaron significativamente con la mortalidad materna (14).

El presente estudio indicó que las principales variables asociadas a la muerte materna son la gravedad y adecuación del manejo de casos, que es más frecuente en los ingresos a UCI. El uso de la UCI sin la estratificación de los pacientes por gravedad puede no producir los beneficios esperados para una parte de las mujeres (14).

Dueñas Matute, Susana Eulalia; Zangiacomi Martínez, Edson y Donati, Eduardo Antonio, Ecuador, 2021, el documento titulado: “parto intercultural: impacto de la salud materna del pueblo kichwa y mestizo ecuatoriano de la región de Otavalo”. Si bien el 80,6% de las embarazadas adoptó el parto al estilo occidental (posición acostada), el 19,4% de las mujeres mestizas e indígenas adoptaron el parto intercultural (posición de cuclillas y de rodillas). Tanto los partos interculturales (42,2%) como los de estilo occidental (57,8%) fueron adoptados de manera similar por las mujeres kichwa, mientras que el parto de estilo occidental predominó entre las mujeres mestizas (94,0%). Luego de la implementación de la estrategia intercultural en 2008, hasta ese momento se había observado una dramática disminución de las muertes maternas tanto en las regiones rurales como urbanas de Otavalo. Este escenario reveló que la mezcla de culturas y el respeto por las tradiciones del parto habían disminuido la mortalidad materna en este programa premiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (15).

Bula Romero, Javier Alfonso y Gañarza, Leiner, Colombia, 2016, el documento denominado: “mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, departamento de Guajira. Colombia. Estudio descriptivo, año 2016”. Los resultados de este estudio mostraron cómo las prácticas tradicionales de parto, el difícil acceso a los servicios de salud y la edad de la madre son factores que contribuyen a aumentar la tasa de mortalidad materna y esto, a su vez, revela la vulnerabilidad social y de salud a la

que está expuesta esta comunidad indígena. La investigación concluyó además que “la hemorragia posparto fue la principal causa de mortalidad materna en la gestante Wayuu del municipio de Uribia, durante el período estudiado. La atención domiciliaria del parto, realizada por madres, abuelas o hermanas mayores, puede ser un factor desencadenante de este tipo de complicaciones obstétricas que, si no son atendidas adecuadamente, pueden conducir a la muerte de la madre” (9).

Bello Álvarez, Laura Margarita, Colombia, 2016, el documento titulado: “Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas” comentó que en Colombia se presentaron 1546 casos de muertes de mujeres en edad reproductiva durante el trienio 2011 – 2013. De estos se analizaron 130 casos de mortalidad materna en comunidades indígenas que cumplieron los criterios de inclusión. La razón de mortalidad materna para esta población fue 313,3 por 100.000 nacidos vivos durante el trienio. La razón de mortalidad materna fue mayor en mujeres adolescentes tempranas y aquellas entre 40 – 45 años. Las principales causas de mortalidad fueron hemorragia posparto, eclampsia y sepsis puerperal. El análisis de la mortalidad materna en Colombia se está desarrollando bajo una metodología nueva que está en implementación y que tiene el potencial de incluir un enfoque diferenciado de poblaciones minoritarias como la etnia indígena (7).

Las mujeres indígenas fallecieron más frecuentemente durante el puerperio mediano y tardío, la mayoría tuvo partos vaginales en sus comunidades que fueron atendidos por parteras empíricas o familiares, posterior al parto fueron atendidas en hospitales en las cabeceras municipales donde la mayoría falleció, lo que indica que las estrategias de intervención en mortalidad materna orientadas hacia este fenómeno” (7).

Nájera Arregocés, S. y Tuesca Molina, R, Colombia, 2016, el documento titulado: “desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012” registró 54 muertes maternas, de ellas, 61,1% eran indígenas y 16,7% afrocolombianas; la mayoría no tenía ningún estudio (33,3%) o solo estudios primarios (29,6%). Se encontraron desigualdades en la diferencia de las tasas, la razón de las tasas y el riesgo atribuible poblacional porcentual, entre La Guajira y otros departamentos de la región Caribe y del país; sin embargo, esas diferencias no se reflejaron en los índices de Gini y de concentración (16).

La mortalidad materna fue significativamente más elevada en las mujeres indígenas en comparación con las no indígenas. Se deben fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva y adelantar dentro de las políticas de salud materna un enfoque multicultural para eliminar o reducir las desigualdades relacionadas con la mortalidad materna en esta población (9).

Bello Álvarez, Laura Margarita y Parada Baños, Arturo José, Colombia, 2017, en el estudio denominado: “caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia

epidemiológica de casos centinela”. En Colombia se presentaron 1.546 casos de muertes en mujeres embarazadas durante el trienio 2011-2013, de estos se seleccionaron 143 casos de mortalidad materna en comunidades indígenas: 130 cumplieron los criterios de inclusión y 13 se excluyeron por causas incidentales o accidentales. La razón de mortalidad materna (RMM) para esta población fue 327,5 por 100.000 nacidos vivos durante el trienio, mientras que en la población no indígena fue de 60,9. El 22,3% de las muertes maternas en indígenas fue en menores de 19 años, y el 29,2% en mayores de 35 años. Las principales causas de mortalidad materna fueron hemorragia posparto, eclampsia y sepsis puerperal (17).

En las comunidades indígenas existió una mortalidad materna cinco veces mayor a la de la población no indígena del país. Se requieren intervenciones multisectoriales que tengan en cuenta la cultura de estos pueblos para reducir la inequidad que los afectan (17).

Kestler E, Walker D, Bonvecchio A, de Tejada SS, Donner A. en Guatemala, 2013, en el estudio titulado: “Una ruta de implementación aleatoria de conglomerados emparejados para medir efectividad de un paquete de intervención destinado a disminuir la mortalidad perinatal y aumentar la atención obstétrica institucional entre mujeres indígenas en Guatemala: protocolo de estudio” se llevó a cabo un ensayo aleatorizado por grupos de parejas emparejados en clínicas de cuatro distritos rurales indígenas con las tasas de mortalidad materna más altas de Guatemala. Una característica única de este protocolo es que no se estuvo proponiendo una intervención individual, sino más bien un paquete de intervenciones, que estaba diseñado para abordar las complejidades y realidades de la mortalidad materna y perinatal en los países en desarrollo. Hasta esa fecha, muchos otros países habían centrado sus esfuerzos en reducir indirectamente la mortalidad materna mediante la mejora de la infraestructura y los sistemas de recopilación de datos en lugar de implementar intervenciones específicas para mejorar directamente los resultados (18).

Gamlin, Jennie y Holmes, Seth, en México, 2018, el estudio denominado “Muertes perinatales evitables en comunidades indígenas Wixárika: un estudio etnográfico del embarazo, parto y violencia estructural” se exploraron cómo las desigualdades y las relaciones interpersonales impactan la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención durante el embarazo y el parto en las comunidades Wixarika en el noroeste de México. Se entrevistó a 62 mujeres durante el embarazo y se les dio seguimiento después del nacimiento de su hijo. Los datos de observación se recopilaron durante 18 meses, produciendo más de quinientas páginas de notas de campo (19).

Se concluyó que los mortinatos y las muertes neonatales que ocurren en un contexto de partos solitarios innecesarios y no asistidos son formas de violencia generadas estructuralmente: morbilidades o mortalidad evitables que son el resultado de desigualdades sistemáticas y debilidades del sistema de salud. Estos

resultados contrarrestaron el supuesto común de que las opciones de las mujeres indígenas para evitar el parto institucional son irracionales, culturales o se deben a la falta de educación. Más bien, nuestros datos indican que los arreglos institucionales y las interacciones interpersonales en el sistema de salud contribuyen a las muertes evitables. Abordar estos problemas requiere cambios importantes, pero alcanzables, en la provisión de servicios y la asignación de recursos, además de estrategias a largo plazo y culturalmente apropiadas (19).

Ira Stollak, Valdez, Marío, Rivas, Karin y Perry, Henry, Guatemala, 2016, el estudio titulado: “Casas Maternas en el altiplano rural de Guatemala: un estudio de casos de métodos mixtos sobre la introducción y utilización de instalaciones de maternidad por una población indígena” se realizó a través de un método mixto en el municipio de San Sebastián Coatán para evaluar la contribución de dos casas maternas a los partos en establecimientos de salud entre comunidades sociales y no sociales, en especial énfasis en la equidad en el acceso (20).

De las 321 mujeres elegibles para su inclusión en el estudio, encuestaron a 275 mujeres (el 14,3% no pudo ser localizado o se negó a participar). Entre abril de 2013 y marzo de 2014, el 70% de las mujeres que vivían en comunidades socias dieron a luz en un establecimiento de salud (54% en una Casa Materna) en comparación con el 30% de las mujeres que vivían en comunidades no socias (17% en una Casa Materna). No hubo diferencia estadísticamente significativa en la aceptación de la Casa Materna por la educación materna y solo un efecto débil por la riqueza del hogar. Por el contrario, la distancia de la Casa Materna tuvo un efecto pronunciado. Las parteras tradicionales fueron firmes defensores de la utilización de la Casa Materna y desempeñaron un papel importante en la decisión sobre dónde se llevaría a cabo el parto y el componente de divulgación del programa (20).

Peña Redondo, Melisa Inés y Velásquez Gutiérrez, Vilma F. Colombia, 2020, el estudio titulado: “Comprendiendo el significado del puerperio para las indígenas embera katíos de Tierralta, Córdoba, 2018” es un estudio etnográfico, con una muestra teórica 13 participantes claves en el cual se empleó los métodos de observación participante y entrevistas a profundidad. Los resultados indicaron que el puerperio, denominado parida, es un período de cambios e incertidumbre, entre felicidad y peligro de enfermar o morir, que consta de cuatro patrones culturales: 1. “Recién parida mi cuerpo cambia física y mentalmente”; 2. “Recién parida sientes felicidad de estar acompañada y viva”; 3. “La recién parida está en peligro y siente temor a enfermar y a morir”; 4. “Un tejido de atenciones y enseñanzas para cuidarme”. En conclusión, las púerperas embera katío consideran el puerperio como un proceso de cambios e incertidumbre, que puede ser peligroso por factores naturales, físicos y emocionales, que genera temor a enfermar o morir y reconocen que su cuerpo debe recuperarse y cerrarse después del parto para no padecer enfermedades, y requieren de un tejido de acompañamiento entre atenciones brindadas especialmente por la familia y cuidados de sí mismas (21).

Según el estudio de Palópoli Picoli, Renata; De Oliveira Crazola, Luiza Helena y Ferreira Lemos, Everton, en Brasil, (2017), en el estudio denominado: “Mortalidad materna según raza/color de piel en Mato Grosso del Sur, Brasil, de 2010 a 2015”, cuyo propósito fue investigar el perfil epidemiológico, por raza/color de piel, de las muertes maternas. En este estudio epidemiológico se indaga sobre la distribución de la mortalidad materna por raza y color de piel, basándose en los sistemas de información sobre mortalidad y nacidos vivos de 2010 a 2015. La mayor tasa de mortalidad materna de las mujeres indígenas y negras y el predominio de las muertes relacionadas con causas obstétricas directas entre las categorías de raza/color de piel reflejan una atención médica inadecuada durante el embarazo y el puerperio (22).

Merchán Camacho, Mayra Lucía, Ecuador, 2018, el estudio denominado: “Gestión pública de la salud y su incidencia en los factores determinantes e influyentes de la mortalidad materna indígena en el cantón Colta, Provincia de Chimborazo, período 2014-2017”, exploró las relaciones entre el neo institucionalismo sociológico en el ámbito de la gestión pública de la salud con enfoque intercultural en los centros de atención de salud: primer nivel (Centro de salud Tipo A Columbe), segundo nivel (Hospital Básico de Colta) periodo 2014-2017, y su relación con el estudio de las desigualdades interseccionales de las mujeres indígenas de la comunidad “Balda Lupaxi Bajo” del cantón Colta, provincia de Chimborazo, que interactuaron al momento de establecer los factores determinantes sociales de la salud de la mortalidad materna. Con base en análisis de datos estadísticos, encuestas estructuradas y entrevistas se establece la importancia del cambio institucional que ha permitido reducir las brechas socioculturales y la disminución de la tasa de mortalidad materna, concluyendo que los factores sociales de salud de la comunidad indígena analizada no fueron determinantes en la mortalidad materna indígena (23).

En la investigación de De la Cruz Inlago, María Georgina, Ecuador, 2014, se encontró que la intervención de parto en libre posición como oferta para toda mujer en el marco de la reducción de la muerte materna. Por su parte, la intervención de las instituciones de cooperación internacional, en favor de los pueblos indígenas en su mayoría se había realizado mediante convenios con el Ministerio de Salud Pública, con resultados positivos de un proceso participativo de las parteras en actividades de capacitación. Sin embargo en el trabajo de campo, una gran mayoría de informantes claves, desconocen los procesos de cooperación internacional, las políticas, los convenios y tratados internacionales en el marco de la reducción de la muerte materna, en favor de los Pueblos indígenas, aunque de forma tácita expresan la imposición de planes y programas verticales promovidos en los años 90 sin el enfoque intercultural, desde el nivel institucional que como respuesta de la población indígena fue no acudir a los servicios de salud, demandando en el 2003 la implementación de una atención con enfoque intercultural en el servicio de parto en las Unidades Operativas, así como la valorización de los saberes ancestrales de las parteras como talento humano INSITU con la fortaleza de sus costumbres y

tradiciones que en la actualidad expresan un inicio de articulación entre el servicio de salud y el servicio de las parteras como una estrategia en la reducción de la muerte materna (24).

Hernández Bello, Amparo, *et al.*, en Colombia (2017), el estudio titulado: “Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu: evidencias y propuestas de intervención”. Este documento fue el producto de la investigación orientada hacia el análisis de los determinantes sociales de las desigualdades en la mortalidad materna y neonatal en las comunidades arhuaca y wayuu, así como hacia la propuesta de estrategias de intervención. A su vez, respondió al problema de la mayor mortalidad en comunidades indígenas identificado por la iniciativa inter agencial, y a su propósito de aportar evidencias para la toma de decisiones tendientes a su efectiva reducción en el marco de la interculturalidad, el enfoque diferencial y los derechos sexuales y reproductivos (25).

Su contenido corresponde al informe definitivo del proyecto Mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas del norte de Colombia: evidencias y propuestas de intervención, que se realizó en el marco del convenio de cooperación COL/2015/026, celebrado entre la Unicef —en representación de una alianza interagencial de cooperación técnica para la reducción de mortalidad materna y neonatal en comunidades indígenas entre varios organismos de las Naciones Unidas: UNICEF, UNFPA, OPS y PMA— y la Pontificia Universidad Javeriana (25).

Pineda Rivera, Paula Tatiana, en Colombia, (2018), “Caracterización de mortalidad materna y morbilidad materna extrema en Leticia, Amazonas 2012-2016”, el objetivo fue identificar características sociodemográficas, del embarazo y de la atención en salud, de mujeres que murieron o estuvieron cercanas a morir a causa de la gestación, en Leticia, Amazonas. La razón de mortalidad materna para Leticia fue de 103.1 por 100.000 nacidos vivos. Se reportaron 6 casos de mortalidad materna y 30 casos de MME, en mujeres entre 16 a 31 años, en su mayoría solteras (55%), dedicadas al hogar (60%) y no usuarias de métodos anticonceptivos (96.7%). Mujeres indígenas presentaron el 66.7% de la mortalidad materna y el 44.7% de las MME. Se encontró bajo control prenatal e inicio tardío del mismo. La mayoría de las MME ocurrieron al momento del parto (56.7%), la causa principal fue hemorragia obstétrica (53.3%). La mitad de la mortalidad materna fue causada por sepsis. Las demoras I (no reconocimiento de signos de alarma) y IV (fallas en la atención) fueron las más frecuentes. Por lo tanto, en este estudio se concluyó que durante el período de estudio la razón de mortalidad materna en Leticia duplicó el promedio nacional y de acuerdo a ese contexto, es importante generar políticas e intervenciones ajustadas a la región, mejorar la educación sexual y reproductiva, la planificación familiar, el control prenatal, el reconocimiento de síntomas y la atención en salud (8).

Acevedo, P *et al.* (2019), en el estudio titulado “La distancia como barrera para la atención obstétrica entre mujeres indígenas en Panamá: un estudio transversal”. El estudio cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la distancia a la clínica de salud asignada a una mujer y la utilización de la atención obstétrica. Se empleó un diseño de estudio transversal que utiliza datos de referencia de la evaluación de un programa de transferencias monetarias condicionadas para promover una mayor utilización de los servicios de salud materno-infantil. Los datos se recopilaron entre diciembre de 2016 y enero de 2017 (26).

Se concluyó que la distancia es una barrera importante para la utilización de la atención obstétrica, ya que las mujeres de lugares más distantes sufren un uso significativamente menor de la atención prenatal, durante el parto y el posparto en comparación con las mujeres que se encuentran más cerca de un establecimiento de salud. La expansión de la oferta de atención médica y la implementación de incentivos por el lado de la demanda para promover el uso de servicios de salud en comunidades remotas son políticas relevantes para reducir las disparidades en la utilización de la atención obstétrica. (26)

García Rodríguez, Yahiris *et al.*, en Ecuador, (2016), estudio titulado “Satisfacción de mujeres atendidas con un parto culturalmente apropiado en Loreto, Orellana (2016), cuyo objetivo fue analizar el nivel de satisfacción de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Loreto con el parto culturalmente adecuado y su relación con la percepción del dolor. Se concluyó el nivel de satisfacción fue alto y la percepción de dolor durante el trabajo de parto fue muy alta. Existió una relación significativa entre el dolor y el nivel de satisfacción (27).

Sanhueza, Antonio *et al.*, en Ecuador, (2017), el estudio titulado “Desigualdades sociales en mortalidad materna entre las provincias del Ecuador” se propuso describir la asociación entre las estimaciones de la tasa de mortalidad materna (TMM) y un conjunto de indicadores socioeconómicos y calcular las desigualdades de TMM entre las provincias de Ecuador. Se consideró un estudio ecológico transversal utilizando datos provenientes de las 24 provincias de Ecuador en el 2014, calculándose la razón de mortalidad materna para cada provincia, así como estudiando la asociación y su fuerza entre la razón de mortalidad materna y el conjunto de los indicadores socioeconómicos. Se obtuvieron las medidas de las desigualdades para aquellos indicadores socioeconómicos que mostraron una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad materna. Este estudio respalda la investigación que sostiene que los promedios nacionales pueden ser engañosos, ya que a menudo ocultan diferencias entre subgrupos a nivel local. Los hallazgos también sugieren que la TMM estaba significativamente asociada con algunos indicadores socioeconómicos, incluidos los relacionados con importantes desigualdades en los resultados de salud. Para reducir las inequidades en salud, es fundamental que los países miren más allá de los promedios nacionales e identifiquen los subgrupos que quedan atrás (28).

En el estudio de Teixeira, Zamariano *et al.*, en Brasil, (2012), titulado “Mortalidad materna y su interfaz con la raza en Mato Grosso/Mortalidad materna y raza en el estado brasileño de Mato Grosso, cuyo objetivo fue analizar la correlación entre las muertes maternas y la raza / color en el estado de Mato Grosso entre 2000 y 2006. Su metodología fue estudio epidemiológico basado en datos de la Declaración de Defunción, DATASUS y SIM/SES-MT, que permitió analizar la historia de la serie entre estos años. La raza/ color de las mujeres que murieron por causas maternas se relacionó con las variables edad, educación, estado civil, causa subyacente de muerte y tipo de causa obstétrica. Se utilizó la prueba de la X² y la razón de posibilidades. Se llegó a la conclusión que las muertes maternas por causas obstétricas directas prevalecieron entre las mujeres negras e indígenas (29).

Baca Guerrero, María Lourdes. Ecuador, (2020), estudio titulado “Análisis de la caracterización de las causas de la mortalidad materna en Ecuador, periodo 2015-2017. La mortalidad materna se ha posicionado como un tema de alto interés a nivel nacional e internacional, debido al impacto económico. En Ecuador, a pesar de la reducción significativa que se produjo desde 1990 hasta el 2015, aún queda mucho por trabajar. La disertación muestra la caracterización de la mortalidad materna y de los grupos de causas básicas de mortalidad materna, la situación mundial y regional de la mortalidad materna, las políticas que se han aplicado en países de la región y han impactado en la reducción de la mortalidad materna. La caracterización de la mortalidad y los grupos de causas básicas muestran que aún queda mucho por trabajar en especial en temas relacionados a: controles prenatales, grupos étnicos minoritarios, embarazos adolescentes y no planificados, atención médica en zonas rurales, soporte familiar, calidad de los servicios de salud y la presencia de servicios de salud con un enfoque intercultural. Se presentan algunas políticas aplicadas en la región, que se podrían aplicar en Ecuador con el fin de corregir los problemas identificados en la caracterización de las causas básicas (30).

Hernández Chiguil de Vaidés, Juana Martha; Castañeda Abascal, Iliena Elena (2019), estudio titulado “Mortalidad materna en Alta Verapaz, Guatemala. 2012 – 2015”, en el que trata de identificar las características sociodemográficas y los factores relacionados con la atención de salud recibida por las mujeres fallecidas por causas maternas en Alta Verapaz, Guatemala entre 2012 y 2015. Este fue un estudio descriptivo transversal con 182 mujeres fallecidas por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio donde se obtuvo información de los registros de mortalidad que se resumieron en porcentajes y tasas. En el estudio se concluye que las fallecidas eran sobre todo indígenas de bajo nivel educacional, casadas o unidas y residentes en comunidades lejanas por lo que las muertes ocurrieron en las casas sobre todo por hemorragias del puerperio situación que puede revertirse con mejoras en la gestión de la salud del territorio (31).

3.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Con el fin de contextualizar la información y de esta manera comprender mejor este problema en salud, se presentan definiciones relevantes e importantes para la comprensión de la mortalidad materna indígena.

3.2.1. Mortalidad materna

Según la OPS/OMS (2018), la mortalidad materna es un término más técnico que la designa como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración, debida a cualquier relación o gravedad por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (32).

La maternidad en los servicios de salud ha sido abordada, principalmente, desde su componente biológico, mediante el uso del paradigma empírico-analítico o modelo biomédico centrado en los factores de riesgo, cuyo indicador centinela es la mortalidad materna, y cuyos insumos son las políticas de atención materna, los programas de atención prenatal y los indicadores de la vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y de la mortalidad perinatal (33)

Por su parte, la vigilancia de salud pública define el complejo morbi-mortalidad materna como el producto final de la relación de una serie de factores asociados que interactúan a través de toda la vida de la mujer (34). Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores.

3.2.2. Causas de mortalidad materna

Existen múltiples causas de la mortalidad materna, sin embargo, las causas relacionadas con las comunidades indígenas son diversas asociadas a este fenómeno relevante para la salud pública de Colombia y el departamento de Nariño, especialmente en los cabildos entre estos se encuentran diferentes causas como las causas obstétricas directas, las hemorragias postparto, preeclampsia, eclampsia, sepsis postparto, neumonía, inasistencia a controles prenatales, falta de acceso a los servicios de salud e inadecuada promoción y prevención en las comunidades indígenas.

Las causas obstétricas directas son aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o postparto o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de estos (34).

Se considera hemorragia posparto si se presenta alguna de las siguientes situaciones: pérdida estimada de más de 500 cm³ de sangre en el posparto o más

de 1.000 cm³ postcesárea o menor con signos de choque (35); pérdida de todo el volumen sanguíneo en 24 horas; sangrado mayor a 150 cm³/min; pérdida del 50% del volumen en 20 minutos; descenso del hematocrito mayor o igual al 10% (36).

La preeclampsia es la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas, pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto.

En la gestante, la preeclampsia puede complicarse evolucionando a una eclampsia, hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, CID, etc. En el feto, se suele acompañar de insuficiencia placentaria que suele manifestarse por enlentecimiento o restricción del crecimiento intrauterino, pero que puede llegar a provocar la muerte fetal. Es habitual que el estado fetal, si no lo ha hecho antes la situación de riesgo materno, obligue a terminar la gestación antes de término, de forma que, junto a la rotura prematura de membranas, es una de las causas más frecuentes de prematuridad extrema (37).

La eclampsia es una complicación de la preeclampsia y ocurre cuando la hipertensión se acompaña de convulsiones y/o coma. Es una enfermedad exclusiva del embarazo humano, con predisposición familiar, de herencia principalmente de tipo recesiva (20). El manejo de la eclampsia es similar al de la preeclampsia, con la diferencia que hay que tratar las convulsiones, se debe proteger a la mujer de lesiones y terminar el embarazo tan pronto como sea posible, sin pasar de 4 a 6 horas. Además, se darán medicamentos antihipertensivos, se mantendrá vía IV, se cateterizará la vejiga para medir la producción de orina, se mantendrá balance estricto de líquidos, es importante no dejar sola a la mujer en momento alguno (20).

También existen causas infecciosas como la sepsis postparto, siendo ésta la infección asociada a disfunción orgánica y/o hipotensión arterial definida como presión arterial sistólica <90 mmHg o tensión arterial media <65 mmHg o disminución >40 mmHg de la presión arterial sistólica de base para la edad. La hipotensión arterial se resuelve con expansión de volumen (19).

Otra es la neumonía, la cual es la causa más frecuente de infección grave no obstétrica en la gestante. Todas las enfermedades en la gestante pueden tener un impacto en la madre y el feto, contribuyendo a la morbilidad y a la mortalidad. Los cambios fisiológicos y hormonales que se producen en la gestante predisponen específicamente a la neumonía. Sin embargo, el mayor factor predisponente en las mujeres embarazadas para la neumonía grave es una alteración de su estatus inmunológico. Las madres con neumonía tienen mayor probabilidad de parto prematuro y tienen hijos de menor peso que el resto de las gestantes (38).

Uno de los problema en gestantes de comunidades indígenas es la inasistencia a controles prenatales siendo programas que aportan a la detección temprana de alteraciones en el embarazo para preservar la salud materno fetal a nivel nacional e internacional; por ende, se debe mejorar la cobertura y calidad de la atención en las gestantes, implementar mecanismos que permitan su captación temprana, identificar y tratar riesgos biológicos y psicosociales e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las gestantes son estrategias en salud que permiten disminuir la mortalidad materna (39).

Determinar los factores asociados con la inasistencia al primer trimestre de control prenatal permite identificar y analizar los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos determinantes de la baja captación de las gestantes durante el primer trimestre de embarazo y permite realizar estrategias y actividades dirigidas aumentar la captación de las gestantes y la adherencia al programa de control prenatal (39).

Con respecto a lo anterior también se hablará sobre la falta del acceso a los servicios de salud, el acceso a la salud se define como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica. Para Andersen, se trata de la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario” (40).

Igualmente, la falta de diversidad cultural en los servicios de salud se describe como la respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural (41); pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio (42).

La interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. De allí la importancia de la determinación de los pueblos indígenas, lo cual a su vez implica el reconocer un grupo humano diferenciado de los demás y luego acceder a su identidad, pretendiendo con ello establecer la importancia que adquieren en la sociedad (42).

Por consiguiente, se comprenderá que hay un nivel bajo de educación de las gestantes, sobre el embarazo, parto y posparto, las barreras geográficas, económicas, culturales y de calidad de la atención en salud son causas de las altas tasas de mortalidad materna y neonatal indígena (13). Reducir la mortalidad materna y neonatal en pueblos indígenas no es solo aportar a la disminución de la inequidad a nivel territorial, también corresponde a un valioso aporte a la construcción de paz y la interculturalidad en toda Colombia y en especial en el departamento de Nariño.

3.2.3. Consecuencias de la mortalidad materna

Se ha establecido que las consecuencias de una muerte materna repercuten específicamente en la familia y en la comunidad. En la familia produce un impacto negativo en cuanto a la estructura y dinámica familiar, generándose consecuencias que afectan el bienestar de los niños, puesto que se quedan sin su madre, lo cual genera morbilidad infantil, deserción escolar, adquisición de nuevos roles y un futuro incierto por el futuro de los hijos huérfanos (43).

Otra de las consecuencias está relacionada con la desintegración familiar y se ocasiona la fusión con una nueva familia, afectando de esta manera la situación económica, dándoles la responsabilidad a las abuelas en la mayoría de los casos, quienes son las sustitutas de los hijos huérfanos (43).

En cuanto a la pérdida de la madre, se generan unas situaciones dolorosas y reales de sufrimiento y desconsuelo, generándose una serie de síntomas físicos, emocionales, comportamentales y cognitivos (43).

En este orden de ideas, se hace referencia a las consecuencias emocionales, encontrándose que casi todos los huérfanos quedan con sentimiento de desamparo y tristeza, soledad, sentimiento de abandono que tiende a ser proporcional a la edad, situaciones que afectan la unión familiar y por ende influye en la comunidad.

3.2.4. Prevención de la mortalidad materna

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que la mayoría de las muertes maternas son evitables, puesto que todas las mujeres necesitan tener acceso a control prenatal durante la gestación, atención especializada durante el parto y la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto, por tal motivo se hace mención en primer lugar a la estrategia mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, así:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;
- Reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad a fin de que respondan a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y

- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad (2).

De la misma manera, se ha establecido que los proveedores de atención médica, hospitales y sistemas de salud, familias y mujeres embarazadas trabajan para reducir la morbilidad y mortalidad maternas, a través de:

- Crear comités de revisión para examinar las causas de muerte materna;
- Compartir listas de verificación de seguridad en hospitales, clínicas y oficinas de proveedores;
- Mejorar del acceso a servicios de salud de alta calidad;
- Alertar a las mujeres sobre los signos y los síntomas de las complicaciones que podrían agravarse (44).

3.3. MARCO LEGAL

Organización Mundial de la Salud. Establece que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; además, explica que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y que ésta depende de la cooperación de las personas y de los gobiernos.

En este sentido, se hace mención al derecho a la salud de los pueblos indígenas se establece el instrumentos internacional como el Convenio El derecho a la salud para los pueblos indígenas se establece en instrumentos internacionales como el Convenio Número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo, que en su artículo 7, fracción 2, menciona el deber de los gobiernos en relación con el “mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico-global de las regiones donde habitan”; asimismo, refiere, en la fracción 1 del mismo artículo, que “los pueblos deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual...”, a la vez que lo enmarca como derecho de los pueblos en el artículo 21, y de manera específica en los artículos 24 y 25 establece las obligaciones de los gobiernos en relación con la seguridad social y la salud, que incluye disponibilidad de servicios de salud para los pueblos indígenas e implementación de servicios en la comunidad (45).

Resolución V "Salud de los Pueblos Indígenas". Aprobada por la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, el 28 de septiembre de 1993, donde exhortan a los países miembros a extender los beneficios de los regímenes de seguridad social a los pueblos indígenas; de igual manera, comprometen su responsabilidad en la protección de la vida, el reconocimiento y respeto a la libre autodeterminación de los pueblos indígenas en asumir el control y desarrollo integral de sus propias instituciones y formas de vida, manteniendo y fortaleciendo sus identidades, lenguas y religiones (46)

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en comunidades indígenas en Latinoamérica.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las variables sociales y personales que influyeron en la mortalidad materna en las comunidades indígenas en Latinoamérica.
- Determinar las patologías del embarazo, parto y puerperio asociadas a la mortalidad materna indígena.
- Describir los riesgos atribuibles a la prestación del servicio de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo – retrospectivo de tipo mixto (cualitativo y cuantitativo) para revisión narrativa, donde se elaboró un proceso inductivo que a partir de una recolección de datos se generó perspectivas que se relacionan con la teoría expuesta.

5.2 AREA DE ESTUDIO

Área de ginecología y obstetricia.

5.3 POBLACION

De los 21 estudios incluidos en la revisión narrativa se tomaron a las participantes en base a la mortalidad materna en comunidades indígenas de Latinoamérica en un arco temporal de 10 años (2011 - 2021); para ello se analizaron 5 bases de datos.

5.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

5.4.1 Criterios de inclusión

Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos que midieran exclusivamente la pregunta objeto de estudio
- Artículos originales publicados en el idioma: español, inglés y portugués
- Artículos publicados en el periodo 2011– 2021 (10 años)
- Artículos metodológicamente con diseño cualitativo y descriptivo
- Artículos disponibles a texto completo
- Trabajos de grado

5.4.2 Criterios de exclusión

Para la selección de los artículos se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

- Estudios de baja calidad científico-metodológica tras aplicar la herramienta de evaluación CASPE V 2020 (Valor de corte 8/10)
- Artículos que no responden la pregunta de investigación

- Estudios que no contemplen el tema de investigación mortalidad materna indígena en Latinoamérica

5.5 VARIABLES

5.5.1 Matriz de variables

Tabla 1. Matriz de Variables

	Variable	Definición conceptual	Naturaleza de la variable	Nivel o de escala de medición	Forma de medición
Sociales y personales	Edad	Tiempo de vida en años	Cuantitativa	Discreta	10 a los 50 años
	Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco	Cualitativa	Nominal	Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda
	Nivel educativo	Subdivisiones del aprendizaje formal	Cualitativa	Ordinal	No cuenta Primaria Secundaria Bachiller completo Universitario Técnico Tecnólogo
	Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo	Cualitativa	Ordinal	Bajo Medio Alto
	Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado	Cualitativa	Ordinal	Desempleada Labores del Hogar Artesanías Otros
	Idioma	Sistema de comunicación verbal o gestual, propia de una sociedad	Cualitativa	Nominal	Idioma de origen Español Otro

Fuente: la presente investigación - 2022

Patologías del embarazo, parto y puerperio	Causas directas	Generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de éstos	Cualitativa	Nominal	Trastornos hipertensivos Hemorragias Trastornos placentarios Complicaciones del trabajo de parto Complicaciones del puerperio
	Causas indirectas	Derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo	Cualitativa	Nominal	Enfermedades infecciosas Enfermedades metabólicas Neoplasias Accidentes de tránsito Maltrato físico Otras
Riesgos atribuibles a la prestación de servicios de salud en	Accesibilidad	Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Si No
	Distancia	espacio recorrido de un lugar determinado a otro específico	Cualitativa	Ordinal	Urbana Rural Dispersa
	Comunicación	Arte y técnicas para informar, influir y motivar desde la perspectiva individual, comunitaria e institucional	Cualitativa	Nominal	Personal adecuado para traducción

Fuente: la presente investigación - 2022

5.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se realizó una matriz de datos para la recolección y análisis de los artículos incluidos en la revisión narrativa.

5.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El diseño que se utilizó fue la revisión de literatura, en este apartado se presentó aquello que se conoce y desconoce del fenómeno de interés basado sobre la revisión de la literatura pertinente. Se presentó la metodología de revisión narrativa, que muestra los resultados de las variables objetos de estudio como la mortalidad materna indígena y sus factores de riesgo asociados. Definiendo los conceptos existentes, dimensiones a evaluar, instrumentos de evaluación de cada estudio y los factores asociados.

Dentro del diseño del estudio, para la revisión de literatura científica, se recogió, categorizó, evaluó y se sintetizaron los resultados de la investigación. La pregunta orientadora para la revisión fue ¿cuál es la caracterización científica de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en mujeres indígenas de Latinoamérica?

La pregunta orientadora se elaboró a partir de las palabras claves resultantes de la estrategia PICO, como se describe en la Tabla 1.

Tabla 2. Formato PICO: palabras clave	
Población	Maternal Pregnant women Indigenous women Maternity indigenous
Intervención	Risk factors Health of Indigenous Peoples Latin America
Comparador	NA
Outcomes/ Resultados	Maternal mortality Maternal death
Pregunta de investigación	¿Cuál es la caracterización científica de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en mujeres indígenas de Latinoamérica?

Fuente: la presente investigación – 2022

Por lo tanto, se buscó caracterizar la producción científica relacionada a establecer las variables sociales y personales que influyeron en la mortalidad materna en las comunidades indígenas en Latinoamérica. Determinar las patologías del embarazo, parto y puerperio asociadas a la mortalidad materna. Establecer los riesgos atribuibles a la prestación del servicio de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena.

5.7.1 Fuentes de información

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Pubmed, LILACS, Scielo, Ebsco y literatura gris de repositorios académicos. Los idiomas: español, inglés y portugués. Las consultas se llevaron marzo hasta junio, tomando un arco temporal de 10 años (2011-2021)

5.7.2 Estrategia de búsqueda

Para la estrategia de búsqueda, se utilizaron combinaciones de descriptores controlados y no controlados para la búsqueda y así, encontrar las evidencias disponibles. Los descriptores controlados se seleccionaron a partir del *Medical Subject Headings Section* (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) como se presenta en la Tabla 2.

Tabla 3. Términos empleados en la búsqueda	
MeSH	Términos
Indigenous	Indígena
Pregnancy women	embarazo
Latin america	América latina
Maternal mortality	Mortalidad materna
Maternal death	Mortalidad materna

Fuente: la presente investigación – 2022

Las estrategias de búsqueda empleadas se describen en la Tabla 3. donde se presentan el número de artículos totales encontrados y el número final seleccionado.

- Para la base de datos Pubmed, los filtros utilizados fueron: free full text, books and documents, classical article, clinical trial, corrected and republished article, historical article, journal article, meta-analysis, observational study, journal, scientific integrity review, systematic review, validation study, humans, women, arco temporal de 10 años y lenguaje Spanish, Portuguese y English.
- Para la base de datos LILACS, los filtros utilizados fueron: free full text, todas las bases de datos, arco temporal de 10 años, Spanish, Portuguese y English.

- Para la base de datos EBSCO, los filtros utilizados fueron: free full text, período de tiempo de 10 años, idioma Spanish, portugués, English y women.
- Para la base de datos en Scielo, los filtros utilizados fueron: arco temporal de 10 años.
- Con el motor de búsqueda de Google académico los filtros que se utilizaron fueron: periodo de tiempo de 10 años desde el 2011 al año 2021.

Tabla 4. Estrategias de búsqueda utilizada según la base de datos

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FECHA DE BÚSQUEDA	NÚMERO DE ARTÍCULOS (RESULTADOS)	Seleccionados Número
Pubmed	((indigenous) AND (pregnancy women)) AND (maternal mortality) OR (maternal death)	25/09/2021	24.968 con filtros 3,581	8
LILACS	("indigenous "AND pregnancy women AND (mortali* OR maternal death))	25/09/2021	693 con filtros 13	3
EBSCO	TX indigenous AND pregnancy women AND maternal mortality OR maternal death AND latin america	25/09/2021	430 con filtros 39	1
SCIELO	(maternal) AND (indigenous) AND (maternal mortality)	25/09/2021	36 con filtros 17	9

Fuente: la presente investigación - 2022

Se buscó adicionalmente en literatura GRIS como: páginas de repositorios e informes internacionales. Además, se utilizó el motor de búsqueda Google académico, utilizando los siguientes términos: mortalidad materna en comunidades indígenas de Latinoamérica y el motor de búsqueda en inglés (indigenous AND pregnancy women AND maternal mortality OR maternal death AND latín América) dando como resultado 26 artículos relacionados al tema, pero 11 artículos seleccionados de 100 estudios revisados por título en español y 100 estudios revisados por título en inglés.

Teniendo en cuenta la selección y revisión de artículos se tomó como referencia un mínimo de 30 artículos debido a que la literatura sobre el tema de mortalidad materna indígena en Latinoamérica es limitada.

5.7.3 Identificación de los estudios

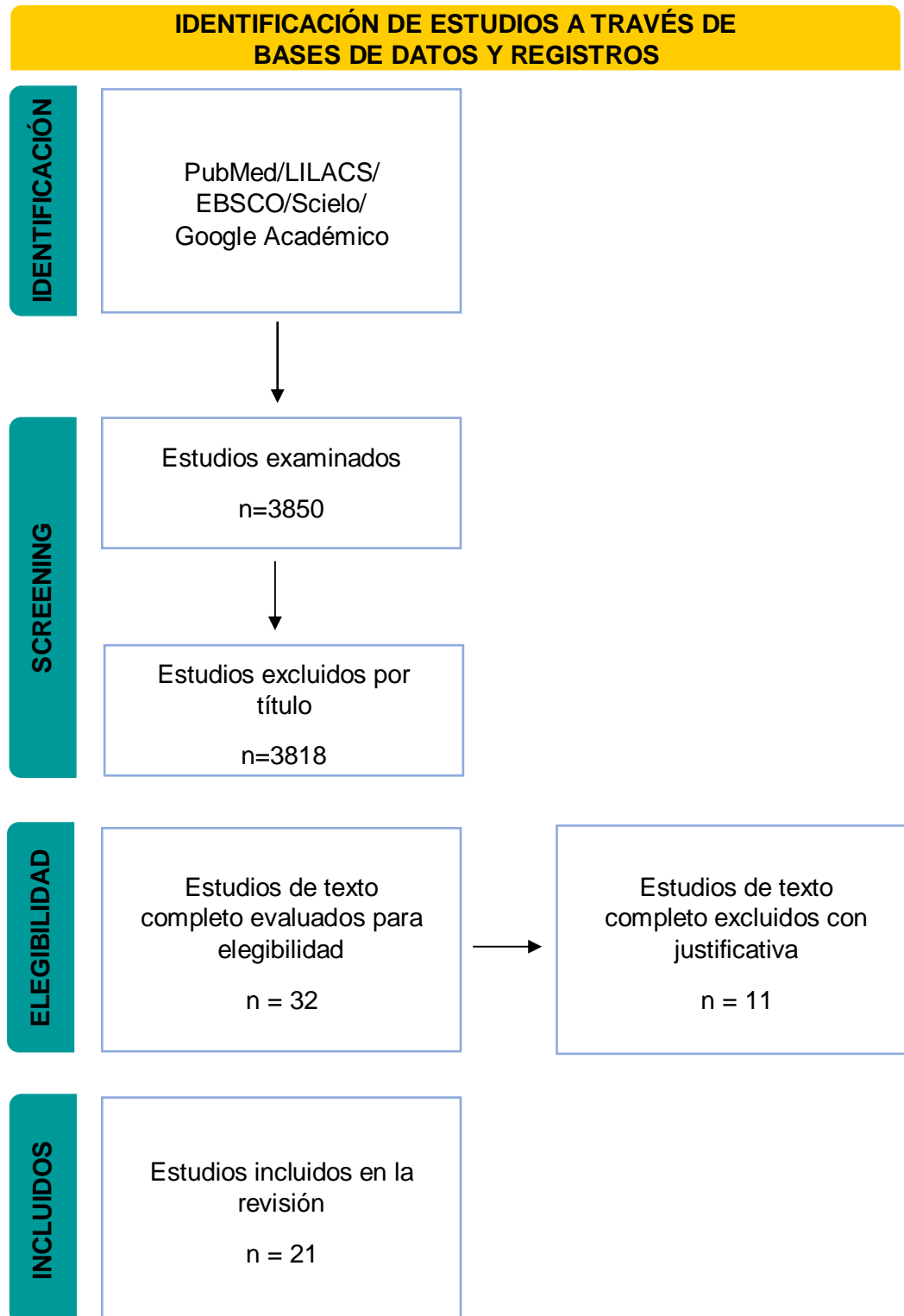
Se identificaron los estudios a partir de los criterios de inclusión que visaban la obtención de artículos completos, con título en la lengua inglesa, producidos entre los años 2011 a 2021, provenientes del área de la salud. Los criterios de exclusión fueron utilizados para descartar los artículos que no presentaban información suficiente para la RS. La búsqueda fue estandarizada y realizada por dos revisores independientes (E1 - E2) que procedieron inicialmente a la lectura de los títulos, después de los resúmenes, y finalmente el artículo integral. Para discrepancias encontradas entre los dos revisores se propuso la participación de un tercero evaluador, para la presente revisión NO fue necesario.

5.7.4 Selección de los estudios

Como se muestran en la figura 1 después de la identificación y selección primaria de un total de 3850 artículos, se procede al análisis de los títulos, restando 3818; posteriormente, se analiza el resumen, eligiendo 32. Con la búsqueda manual de las obras disponibles en las referencias de los artículos seleccionados se identificó la existencia de 32 estudios. De estos 32 estudios, 28 artículos fueron seleccionados al presentar alta calidad metodológica (punto de corte 9/10), según la herramienta de evaluación crítica de artículos mediante la escala de CASPe.

Las principales razones para la exclusión en la revisión narrativa fueron: población que no incluía mujeres indígenas, estudios de baja calidad científico-técnica y estudios cuyo idioma no cumplía con los ya determinados.

Figura 1. Diagrama de selección de estudios



Fuente: la presente investigación - 2022

5.7.5 Extracción y análisis de los datos

La extracción de la información de los artículos seleccionados se llevó a cabo mediante la elaboración de fichas técnicas - Lista de datos, en la que se registró la información más importante como: autor, país, objetivo general, diseño metodológico, resumen, resultados y evaluación crítica CASPe.

Para fines de análisis, se codificó y agrupó en tres categorías:

- Variables sociales y personales que influyen en la mortalidad materna en las comunidades indígenas de Latinoamérica
- Patologías relacionadas en el embarazo, parto, puerperio que tienen relación con la mortalidad materna en comunidades indígenas.
- Riesgos atribuibles a la prestación de los servicios de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena.

5.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el estudio se hará referencia a la Resolución 8430 de 1993, en el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para las investigaciones, respetando la dignidad de los hallazgos y haciendo uso adecuado de los mismos.

Se tendrán en cuenta los siguientes artículos:

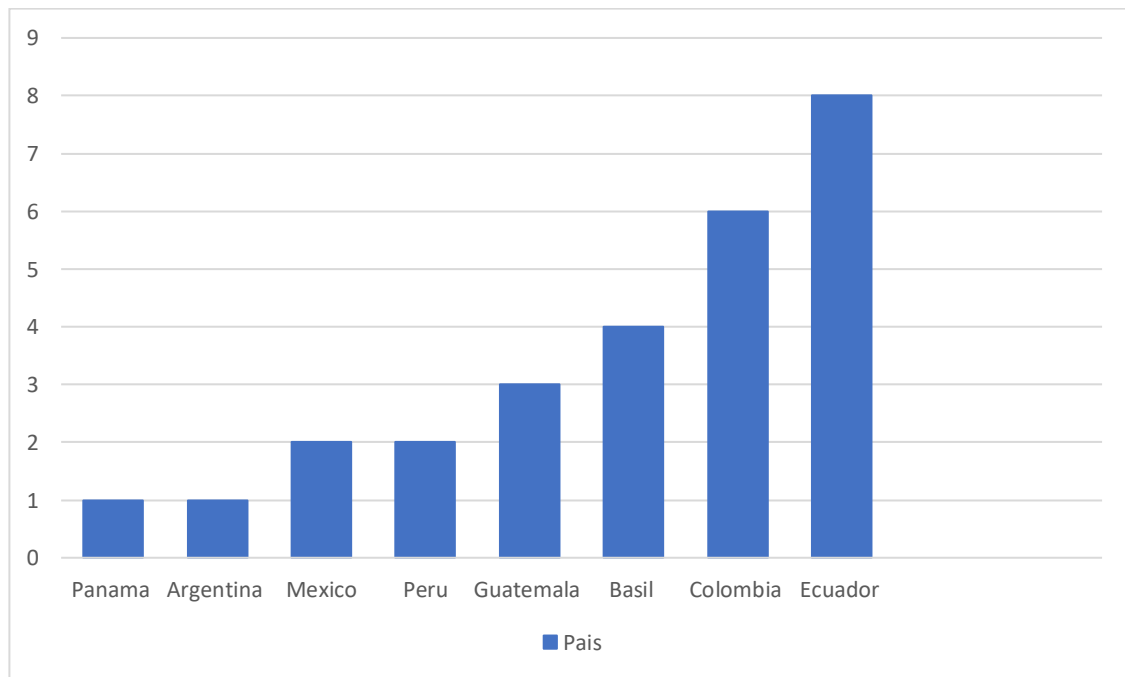
Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento la investigación se clasifica como de bajo riesgo, puesto que se revisarán los diferentes estudios teniendo en cuenta las categorías establecidas para tal fin (48).

6. RESULTADOS

La figura 1 resume la selección de los estudios. La estrategia inicial de búsqueda que identificó 3,850 referencias, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme al tópico de esta revisión. Se seleccionaron finalmente un total de 28 estudios, donde todos fueron cualitativos del continente latinoamericano, los países participantes fueron: Ecuador único país con 8 estudios, Colombia con 6 estudios, Brasil con 4 estudios, Guatemala con 3 estudios, Perú y México con 2 estudios, finalmente Argentina y Panamá con 1 estudio respectivamente. Los estudios incluidos fueron valorados con la herramienta de evaluación crítica CASPe V2020, donde los estudios obtuvieron puntuaciones altas (9/10).

Figura 2. Número de artículos revisados por país



Fuente: la presente investigación - 2022

El anexo 3, presenta las características de los 21 estudios incluidos en esta revisión, estos fueron clasificados según las variables establecidas con su información.

Tabla 5. Características de los estudios incluidos en la revisión narrativa

N°	ARTICULO	OBJETIVO		
1	Muertes maternas y muertes de mujeres en edad fértil en la población indígena, Pernambuco, Brasil, 2006-2012	# 1	GRUPO DE EDAD	<ul style="list-style-type: none"> - 41% entre 40-49 años. - 25.2%: entre 30-39 años. - 20.0% entre 20-29 años. - 13.0% entre 10-19 años.
			ESTADO CIVIL	El 52% eran solteros y el 38,3% casados.
			NIVEL EDUCATIVO	Se identificó que el 23,5% no tenía escolaridad.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Precaria situación socioeconómica.
			OCUPACION	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo agrícola: 53.1%. - Desconocido: 26.1%. - Ama de casa: 11.3%.
		#2	CAUSA DE MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades del sistema circulatorio (cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas). - Causas externas (agresión, accidentes de tráfico). - Neoplasias. - Causas maternas (complicaciones parto y puerperio, eclampsia, desprendimiento de placenta, sepsis puerperal).

		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Dificultad por distancias de comunidades indígenas a los lugares de atención en salud.
			LUGAR DE DEFUNCION	Hospitalarias 54,8%, seguido por la muerte domiciliaria.
2	Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela	# 1	GRUPO DE EDAD	20-35 años con 47,7%, seguido entre 36-45 años con un 26,9%.
			ESTADO CIVIL	La mayoría tenía unión libre (55,4%), solteras (17,7%), casadas (12,3%).
			NIVEL EDUCATIVO	Bajo nivel de escolaridad, la mayoría con primaria básica, seguido por ningún tipo de estudio, y otros casos que no se tiene el dato.
			OCUPACION	Que haceres del hogar con 51,5%, pero también algunas mujeres trabajan como agricultoras, cocineras, artesana, y otros casos donde no hay datos.
		#2	CAUSA DE MUERTE	La principal causa de muerte por complicaciones hemorrágicas es la hemorragia posparto (78,4%); de los trastornos hipertensivos, la eclampsia (55,5%); de las infecciones obstétricas, la sepsis puerperal (63,2%), y de las no obstétricas, la neumonía (37,5%).
		#3	LUGAR DE DEFUNCION	Incidencia de muertes maternas en Guajira, seguido de Cauca y Chocó. El 74% de las gestantes que fallecieron fueron atendidas en una institución de salud, de estas el 41% en el primer nivel, 35% en segundo nivel y 24% en tercer nivel.
			CONTROLES PRENATALES	El 62% no asistió a ningún control prenatal, y el 13,8% asistió a más de 4 controles.

3	Una ruta de implementación aleatoria de conglomerados emparejados para medir la efectividad de un paquete de intervención destinado a disminuir la mortalidad perinatal y aumentar la atención obstétrica institucional entre mujeres indígenas en Guatemala: protocolo de estudio	# 1	GRUPO DE EDAD	La edad media de este grupo era de 26 años.
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Se identificó limitaciones en la disponibilidad de personal médico y el horario restringido de atención en los servicios de salud, agregando que las mujeres se sienten avergonzadas ante el desvestirse y tacto vaginal. Además, un gran problema es los costos de transporte y alimentación de los familiares que acompañan a la paciente y deben esperar durante su estancia hospitalaria. Las usuarias expresaron que no buscaron los servicios de salud para el trabajo de parto y parto porque no confiaban en encontrar al personal del hospital, debido a que sus horarios de trabajo son limitados o no están en el lugar de trabajo o no están presentes en todos los turnos.
			IDIOMA	Hablan tsotsil, por lo que se les dificultad entender el español.
4	Muertes perinatales evitables en comunidades indígenas Wixárika: un estudio etnográfico sobre el embarazo, el parto y la violencia estructural	# 3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Se dispone de una tasa de gastos elevada para viajar hasta las instituciones de salud debido que el salario que ganan en un mes el 20% se gastaría solo en trasladarse, por fuera de esto se necesitaría la alimentación y el trasporte para el acompañante. La falta de empatía por los trabajadores en salud, y también la dificultad del entenderse entre la comunidad indígena y médicos.
			LUGAR DEL PARTO	La mayoría fueron ayudadas por parteras y otras en solitario, y el número de las que asistieron a una institución de salud fue baja.
5	Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en la provincia de imbabura en el período 2004-2012	# 1	GRUPO DE EDAD	Mayoría de muertes fue de 20 a 29 años con el 46% del total.
			NIVEL EDUCATIVO	44.6% de las fallecidas completó la educación primaria (mayoría).

			OCUPACION	37.8% eran desempleadas (mayoría).
		#2	CAUSA DE MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca e hipertensión inducida por el embarazo. - 31.1% trastornos hipertensivos del embarazo, en un 27% hemorragia, en 13.5% aborto. - Segundo o cuarto embarazo de la mayoría.
		# 3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor porcentaje residía en parroquias con déficit de servicios básicos > del 75%. - Demora en servicios de salud (recibir tratamiento adecuado), se presentó en 36.5%. - Demora radicó en detectar los signos de alarma y en decidir acudir (69.6%). - Demora tipo I (mayoría).
6	“Análisis de la mortalidad materna de la comunidad nativa de Puerto Ocopa – Satipo - Junín 2017 – 2019”	# 1	GRUPO DE EDAD	60% ocurrieron en mujeres por debajo de 34 años, el promedio de edad fue 30.19 años.
		#2	CAUSA DE MUERTE	53% de los casos no tenían antecedentes patológicos.
7	Mortalidad materna en Alta Verapaz, Guatemala. 2012-2015	# 1	GRUPO DE EDAD	Grupo de edad de 20 a 24 años y 35 a 39 años en menor porcentaje.
			ESTADO CIVIL	Casadas o unidas (79,12%).
			NIVEL EDUCATIVO	Bajo nivel educativo.

			NIVEL SOCIOECONOMICO	Precaria situación socioeconómica.
		#2	CAUSA DE MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragias del puerperio (principal). - Hipertensión inducida por el embarazo y sepsis. - Hemorragias en el puerperio 43,96%. - Hipertensión inducido por el embarazo 18,68%. - Hemorragia en el embarazo 15,93%.
		# 3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - 33,52% fue por un médico, seguida por comadronas para el 29,12% - 19,23% de no hubo atención por parte de ningún sujeto. - El 78,02% tuvieron control prenatal, y solo 20,88% no lo recibió. - Comunidades muy dispersas y lejanas, retarda el traslado de la embarazada de su comunidad a los servicios de salud especializados.
			LUGAR DE DEFUNCION	Las muertes ocurrieron en las casas.
8	Caracterización de mortalidad materna y morbilidad materna extrema en Iquitos, Amazonas 2012-2016	# 1	GRUPO DE EDAD	Mujeres entre 16 a 31 años.
			ESTADO CIVIL	Solteras (55%).
			NIVEL EDUCATIVO	Se identificó que el 23,5% no tenía escolaridad.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Precaria situación socioeconómica.

			OCUPACION	Dedicadas al hogar (60%).
		#2	CAUSA DE MUERTE	Mayoría por hemorragia obstétrica (53.3%). Mitad por sepsis.
		# 3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Zona urbana. - Bajo control prenatal e inicio tardío del mismo. - Las demoras I (no reconocimiento de signos de alarma). - 90% de los casos demora tipo IV. - No usuarias de métodos anticonceptivos (96.7%) – mayoría.
9	Caracterización de la mortalidad materna en la población aborigen de la provincia de Formosa de 2000 a 2004	# 1	GRUPO DE EDAD	Mujeres indígenas mueren más jóvenes: el promedio de edad es de 23,3 años contra 28,7 años para las criollas.
			NIVEL EDUCATIVO	Se identificó que el 23,5% no tenía escolaridad.
		#2	CAUSA DE MUERTE	Hemorragia la principal causa (posparto 80%) (retención urinaria y alumbramiento patológico con inversión uterina) tromboembolismo y anemia (causas directas).
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> - Lejanía. - “No le gusta el trato que le dan en el hospital”, “no era necesario, que se sentía bien”, “ya tenía experiencia”. - Difícil comunicación por no hablar el castellano. - Barrera sicosocial: miedo de moverse en un ambiente nuevo. - Personal de salud: falta de respeto, maltrato, discriminación, experiencias negativas anteriores.

			LUGAR DE DEFUNCION	Partos y muertes domiciliarios.
10	Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu evidencias y propuestas de intervención	#1	GRUPO DE EDAD	20 – 34 años de edad.
			NIVEL EDUCATIVO	Baja escolaridad.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Pobreza multidimensional, falta de protección en salud, dispersión poblacional.
		#2	CAUSA DE MUERTE	- Hemorragia posparto (17.1%). - Eclampsia (14.8%). - Hipertensión gestacional (11,4%). - Sepsis puerperal (7,6%).
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	Residen en áreas rurales dispersas la mayoría. Barreras para el acceso (geográficas). Barreras administrativas. Ausencia o precariedad de un verdadero enfoque diferencial en la política de salud. Pertenecentes al régimen subsidiado (82,9%).
			LUGAR DE DEFUNCION	Defunción clínica u hospitalaria (68.1%).

11	Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010–2012	#1	GRUPO DE EDAD	- De 33 indígenas fallecidas, la mayor proporción (18,2%) tenía entre 15 y 19 años. - Edad media de las mujeres fallecidas fue de 26,4 años. - Seguida de las que tenían entre 10 y 14 años (15,2%).
			NIVEL EDUCATIVO	No tenía ningún estudio (33,3%) o solo estudios primarios (29,6%).
			OCUPACION	64,8% correspondió a amas de casa.
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	53,7% de estas mujeres no se realizó ningún control. 72,2% tenía acceso a los servicios de salud a través del régimen de seguro subsidiado.
12	Análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador periodo 2006-2016	#1	GRUPO DE EDAD	Existe mayor riesgo de muerte materna en madres mayores de 40 años.
			ESTADO CIVIL	Riesgo de muerte materna (RMM), mujeres sin pareja presentan una mayor RMM como las divorciadas con una razón de 14,6 a 8,7 en el 2016, seguidas de las madres solteras con una razón de 20,2 a 6,9 por 100.000 N. V, mientras que las mujeres con pareja se evidenciaron una menor RMM.
			NIVEL EDUCATIVO	Mayor riesgo de muerte en madres sin ningún nivel de instrucción o solo primaria con una razón de 158 a 82 por 100.000. Madres con un nivel de secundaria que presentaron una razón de 64 a 47.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Las muertes ocasionadas por complicaciones en el embarazo y el parto “tiende a ser mayor en zonas rurales y en las comunidades más pobres”.

		#2	CAUSA DE MUERTE	<ul style="list-style-type: none"> - Causas obstétricas directas que representaron el 78,6%. - Causas indirectas con el 17,8%. - Causas no específicas que representaron el 3,6%. - Madres fallecidas por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.
		#3	LUGAR DE DEFUNCION	Muertes maternas que ocurrieron fuera de un servicio de salud resultarían de no recibir atención institucional para atender complicaciones imprevistas de urgencia.
13	Gestión pública de la salud y su incidencia en los factores determinantes e influyentes de la mortalidad materna indígena en el cantón Colta, provincia de Chimborazo, periodo 2014-2017	#2	CAUSA DE MUERTE	Por otra parte, dentro del período analizado se reportaron solo dos muertes maternas; una por infección de vías urinarias y la otra por eclampsia.
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<p>El factor determinante de muerte materna es la falta de atención médica oportuna por tres razones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No existe la confianza en la atención médica profesional en los centros de salud y prefieren atenderse con las parteras de la comunidad. 2) No existe un vínculo de confianza principalmente en el idioma que les permita explicar claramente sus síntomas y necesidades. 3) Existe negación de encontrarse en estado de embarazo, por tanto, no permiten a los profesionales de la salud realizar los controles prenatales, lo que desembocó en acudir a centros de salud cuando el estado de la mujer es alto riesgo.
14	Influencia en la cooperación internacional en la reducción de la muerte materna de los pueblos de la nacionalidad kichwa del Ecuador, periodo 1990-2014	#1	ESTADO CIVIL	Muerte en domicilio indican que ocurre en mujeres solas que no tienen apoyo de su pareja y familia.
		#2	CAUSA DE MUERTE	Las causas, coinciden en señalar, que es debido a la falta de control del embarazo por parte de las gestantes seguido del desconocimiento de las señales de peligro en el embarazo.
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAL EN LA PRESTACION DE	<ul style="list-style-type: none"> - 60,8% de los partos eran atendidos por personal calificado (médico o enfermera). - Llegan con complicaciones al hospital y además son sujetas de discriminación en la atención y hay descuido del personal de salud.

			SERVICIOS DE SALUD	- Muerte ligada a condición de distancia y economía para el traslado al hospital.
			LUGAR DE DEFUNCION	- Muertes mayormente en instituciones en Unidades Operativas u Hospitales en su mayoría, seguido por casos ocurridos en los domicilios.
15	Análisis de la caracterización de las causas de la mortalidad materna en Ecuador, periodo 2015-2017	#1	GRUPO DE EDAD	Mujeres de 19 a 35 años y un crecimiento en los casos de mujeres menores a 19 años. Los grupos que presentan mayor edad al fallecer, en promedio son: complicaciones imprevistas de manejo (30,5 años).
			NIVEL EDUCATIVO	Mujeres sin ninguna educación, mayor cantidad de casos que se presentan en mujeres con primaria terminada.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Grupos vulnerables, y han presentado una disminución de 123,6 casos en la tasa de mortalidad materna.
		#2	CAUSA DE MUERTE	67% de casos fueron por hemorragias obstétricas, complicaciones no obstétricas (25,64%), hemorragia obstétrica (17,95%) e infección relacionada al embarazo (17,95%).
16	Mortalidad materna en la población indígena y no indígena de Pará: contribución a la vigilancia de las muertes	#2	CAUSA DE MUERTE	Causas obstétricas directas.
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE	La dificultad para acceder a los servicios de salud básicos y especializados, la baja calidad del servicio y la falta de formación profesional dirigida a atender los riesgos específicos a los que están expuestas las mujeres indígenas son las principales razones de esta alta tasa.

			SERVICIOS DE SALUD	
			LUGAR DE DEFUNCION	92,3% de muertes ocurrieron en el ambiente hospitalario.
17	La distancia como barrera para la atención obstétrica en mujeres indígenas de Panamá: un estudio transversal	#1	GRUPO DE EDAD	La edad promedio de embarazos estaba entre los 26 años, y aquellos embarazos de altos riesgo que incluyen a las adolescentes y mujeres mayores de 35 años, la población de alto riesgo tuvo un porcentaje de 64,3%.
			ESTADO CIVIL	84% estaban casadas.
			NIVEL EDUCATIVO	Las mujeres con hogares más alejados de los puestos de atención en salud tenían menos educación que aquellas más cercanas a estas instituciones.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Igualmente, aquellas embarazadas con hogares más alejados de los puestos de atención en salud tenían niveles más altos de pobreza a diferencia de las gestantes más cercanas a estas instituciones.
			OCUPACION	Entre las embarazadas solo 1 de 1336 tiene trabajo.
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAL EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	2 grupos poblacionales con resultados de la atención prenatal: Las madres en el 20% más alejado de los hogares: tuvieron 2 citas de atención prenatal menos, e iniciaron la atención prenatal más de 2 semanas más tarde que las madres en el 20% más cercano de los hogares, por lo tanto, aquellas mujeres con distancias más alejadas de las instituciones de salud se encontraban con menos probabilidades de llegar hace citas de atención prenatal.

18	Casas Maternas en el Altiplano Rural de Guatemala: Un Estudio de Caso de Métodos Mixtos sobre la Introducción y Utilización de Instalaciones de Parto por una Población Indígena	#1	ESTADO CIVIL	87.3% viven con el cónyuge/pareja.
			NIVEL EDUCATIVO	Nivel de educación bastante bajo (1 año de educación (30%), 3 años (33%), 4 o más (37%), con estos porcentajes se obtuvo que el nivel medio fue de 2,7 años.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Nivel de estatus socioeconómico bastante bajo.
			OCUPACION	95,3% eran principalmente amas de casa.
		#3	ACCESIBILIDAD, DISTANCIAS Y DIFICULTAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<p>15% de las familias cuentan con una motocicleta, las demás poblaciones quedan a la disponibilidad de servicios privados microbús y autobús de cada comunidad.</p> <p>Las distancias, el bajo nivel de transporte y lugares con poca calidad de vías no ayudan al fácil desplazamiento perjudicando en la atención obstétrica.</p> <p>El 69,8% dio a luz en un establecimiento de salud de estos el 54,4% en una casa materna en 2013 y hasta el 2014 hasta marzo de 2014 un 30,2% su parto fue en establecimiento de salud y el 17,4% en una casa materna.</p>
IDIOMA	Solo el 24.7% habla español.			
19	Sub-registro de mortalidad materna en el sistema de vigilancia epidemiológica, Oficina de Estadística e Informática y Registro Civil en comunidades indígenas del distrito de Andoas, provincia del Datem del Maraón Región Loreto durante el periodo 2001-2012	#1	GRUPO DE EDAD	Las edades de las fallecidas oscilan entre 16-45 años, con una mediana de 26 años y un promedio de 24 años.
			NIVEL EDUCATIVO	5 de 6 casos fueron mujeres analfabetas y solo una de ellas tenía grado de instrucción secundaria incompleta.
			NIVEL SOCIOECONOMICO	Se menciona la falta de recursos económicos de las mujeres estudiadas.

			OCUPACION	Ama de casa 83.3% y estudiante 16.7%.
		#2	CAUSA DE MUERTE	- Causas directas: 33.3% debido a hemorragias pos parto, sepsis puerperal 16.7%, retención placentaria 16.7%. - Causas indirectas: hepatitis 33.3%.
		#3	ACCESIBILIDAD - DISTANCIAS ENTRE POBLACION Y SERVICIOS DE SALUD	Solamente un 16.7% vivía a menos de una hora del puesto de atención en salud, el 33.3% vivía entre 1 y 4 horas, 50.0% vivía entre 5-10 horas, además que hay dificultad en cuanto al transporte y la parte económica de las gestantes. Los establecimientos cercanos solamente están autorizados para cumplir las labores de funciones obstétricas primarias, mas no las funciones obstétricas y neonatales básicas. Al parto la mayoría fueron en el domicilio con un 66.7%, y atendido en un 50% por un familiar, partera en un 16.7%. Se acudió al centro de salud por complicaciones de parto y postparto 50.0%, otro grupo con 16.7% que acudieron por presentar otros problemas no relacionadas con el embarazo de malestar general (dolor abdominal, náuseas, etc.), no fueron identificadas como gestante durante la atención de la emergencia, es decir el personal de salud no se percató de su embarazo y 16.7% que no acudió.
			LUGAR DE DEFUNION	En domicilio un 50%, hospital 33.3%, trayecto 16.7%.
			CONTROLES PRENATALES	Según las maternas el 50% acudió algún control y el otro 50% no.
20	Mortalidad materna en la gestante wayúu de Uribia, departamento de	#1	GRUPO DE EDAD	Mujeres de 20 a 24 años.

	La Guajira, Colombia. estudio descriptivo año 2016	#2	CAUSA DE MUERTE	Como la hemorragia, sepsis e hipertensión son dos veces mayor en población indígena que no indígena seguidas también por el riesgo de ruptura de útero, y retención de la placenta.
		#3	ACCESIBILIDAD - DISTANCIAS ENTRE POBLACION Y SERVICIOS DE SALUD	Las vías y los medios para movilizarse se encuentran restringidos debido a las dificultades acerca de las largas distancias, prefiriendo la atención del parto en su sitio de asentamiento.
21	Mortalidad materna según raza/piel en Mato Grosso del Sur, Brasil, de 2010 a 2015	#1	GRUPO DE EDAD	Entre 30 - 39 años la mayor mortalidad en las gestantes.
			NIVEL EDUCATIVO	Los casos se relacionaron con aquellas mujeres con menor parte educacional.
		#2	CAUSA DE MUERTE	- Causas obstétricas directas con un 75% entre las que se encontró complicaciones de trabajo de parto y parto con 83.3%, y por otro lado con 27.7% edema, proteinuria y trastorno hipertensivo. - Causas obstétricas indirectas con un 25%.

Fuente: la presente investigación - 2022

La tabla 4 hace referencia a la extracción de información pertinente de cada uno de los artículos, asegurándose de que los objetivos de la presente investigación se encuentren inmiscuidos en estos. Según el objetivo 1 se consideró grupo de edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico y ocupación, del objetivo 2 se contempló la causa de muerte, y del objetivo 3 la accesibilidad - distancias entre población y servicios de salud, lugar de defunción, controles prenatales e idioma.

Figura 3. Distribución de artículos de la revisión narrativa según objetivos específicos



Fuente: la presente investigación - 2022

En la figura anterior, se hace referencia al número de artículos incluidos en la revisión narrativa de acuerdo a los objetivos. Anteriormente se había establecido 28 artículos, sin embargo, se descartaron 7 porque no cumplían en ningún objetivo de los mencionados. Después de esta revisión exhaustiva de artículos se concluyó con 21 artículos, los cuales cumplen con los objetivos específicos y variables.

En la revisión narrativa de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en comunidades indígenas en Latinoamérica se plantearon tres objetivos referentes a las variables sociales y personales, patologías relacionadas con embarazo y riesgos atribuibles a la prestación de servicios. Es así como 11 artículos cumplieron con los objetivos 1, 2, 3; 3 con los objetivos 1, 2; objetivo 1, 3 fueron cumplidos en 4; objetivo 2, 3 en 2 artículos y objetivo 3 en 1 artículo.

Tabla 6. Características sociodemográficas

NUMERO DEL ESTUDIO	RANGO DE EDAD	REPETICION DE ARTICULOS SEGÚN RANGO DE EDAD	PORCENTAJE
Artículos: 8,11,19	10-20	3	13,0%
Artículos: 2,3,5,7,8,9,10,15,19,20	20-30	10	43,47%
Artículos: 2,6,10,15,17,19,21	30-40	7	30,43%
Artículos: 1,12,19	40-50	3	13,0%
Totales 16		23	100%

De acuerdo a la tabla 5, los artículos que se relacionan con la edad son 16 en total, pero algunos de ellos toman rangos más amplios de mortalidad materna, un claro ejemplo es el artículo 20 en el cual la edad de muerte se extiende entre 16-45 años, por lo tanto, para obtener el 100% se suman las repeticiones de dichos artículos.

Figura 4. Porcentajes por rangos de edad



Fuente: la presente investigación - 2022

A partir de la revisión de artículos se identificó en la figura 4, en cuanto la mortalidad materna en las comunidades indígenas en Latinoamérica, que el rango de edad en que se presentaron las muertes maternas indígenas fue entre la primera y la quinta década de edad, con una mayor prevalencia en la tercera década de vida (20,25,49)(20). Además, se encontró que, en cuanto a su estado civil, la mayoría de mujeres convivían bajo unión libre, estaban separadas o solteras (8,13,17)(13).

Se observó reflejada una relación existente entre mortalidad materna indígena y el nivel de acceso a los servicios educativos. Hubo mayor prevalencia en las gestantes que no recibieron ningún tipo de acceso a educación y las mujeres que cumplen con algún tipo de educación primaria. Justificando lo anterior, el porcentaje de las mujeres que fallecieron y nunca ingresaron a un sistema educativo correspondió al 33,3% y el 29,6% solo accedió a estudios primarios (16), añadiendo el hecho de que esta consecuencia fatal se mostró mayormente en madres sin ningún nivel de educación primaria con una razón de 158 a 82 por 100.000 nacidos vivos (5). A parte, esta situación se repitió en aquellos hogares de las mujeres que se encontraban alejadas de los centros educativos, lo cual dificultó su acceso (26). Esta situación se sumó a que en los centros de educación disponibles no se contaba con el plantel necesario para el avance en los diferentes grados académicos, como los medios a nivel de infraestructura en algunas comunidades rurales, que no permiten un ambiente armónico para la recepción de conocimientos de carácter educativo.

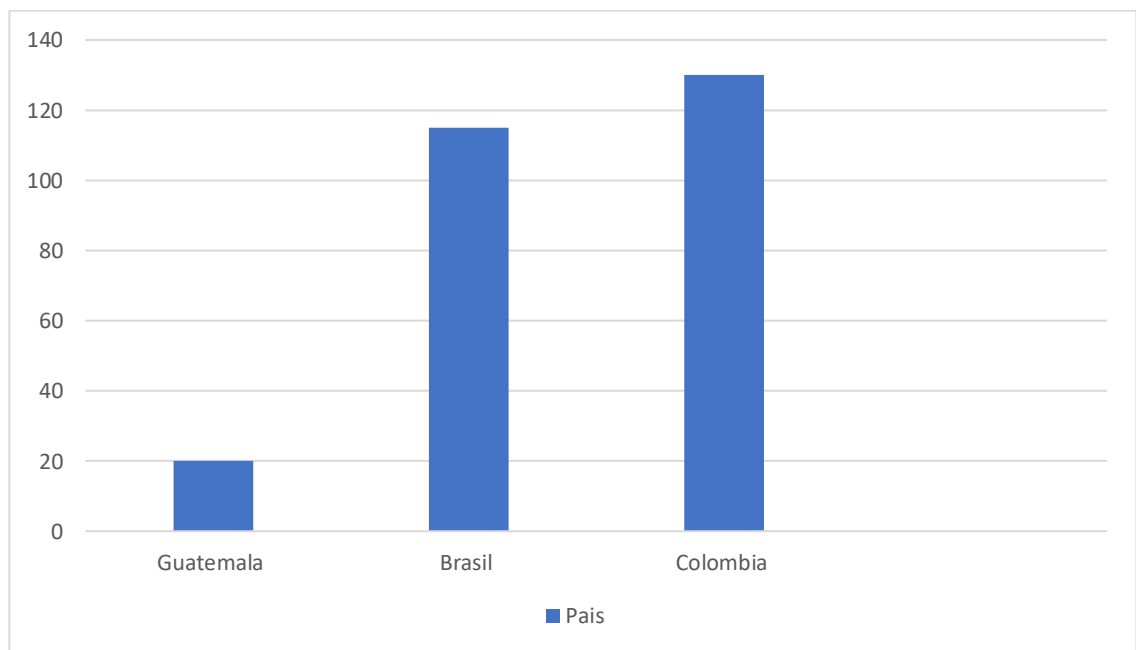
Según la revisión, la mortalidad materna indígena en Latinoamérica, en relación a la ocupación de la materna, el 95,3% de las gestantes que fallecieron se dedicaban principalmente a labores del hogar (20), un 53,1% a trabajo agrícola y el 26,1% a trabajos de origen desconocido los cuales incluía entre ellos artesanías (13), sin embargo, se encontró una fuente en la que solo 1 de 1336 de las gestantes fallecidas tenía un trabajo que le proveía ingresos mayores (26). Esto dio a entender que la dificultad del acceso a medios de sustento económico y el desempleo se tradujeron en una mayor vulnerabilidad al momento de adquirir recursos necesarios para el bienestar integral, físico, psicológico de la mujer gestante.

Además, es importante resaltar que solo el 24,7% de las gestantes fallecidas hablaba español (20), y más del 70% hablaban en su lengua de origen como tsotsil. Este hecho evidenció la dificultad de la comunicación al momento de acceder a los centros de salud (18) y poder expresar su malestar físico, debido a aquellas barreras que el sistema de salud ya debería haber sobrepasado en base a poseer un fundamento orientado al enfoque diferencial, permitiendo facilitar el derecho al acceso a la salud, teniendo en cuenta las particularidades de los diferentes contextos sociales. También se evidenció que existía una falta de empatía por parte de los trabajadores en salud y una dificultad en el entendimiento entre la comunidad indígena y los médicos (19), haciendo que los grupos prefirieran desarrollar los

procesos de enfermedad, tratamiento y rehabilitación basados en cosmovisiones y prácticas tradicionales.

Por otro lado, a nivel socioeconómico, se evidenció que las comunidades indígenas en Latinoamérica presentaron condiciones precarias en relación a su situación socioeconómica (13) y una falta de recursos económicos debido a que la mayor parte de ellas se encontraban en áreas rurales alejadas y dispersas, lo cual les dificultó acceder a los recursos, presentando una pobreza multidimensional y falta de protección en salud (25). Igualmente, aquellas embarazadas con hogares más alejados de los puestos de atención en salud tenían niveles más altos de pobreza a diferencia de las más cercanas a estas instituciones (5).

Figura 5. Número de fallecimientos por país en el periodo de 2006-2015



Fuente: la presente investigación - 2022

En la figura anterior a partir de la revisión descriptiva de artículos que se encontró que 3 artículos publicados en países como Guatemala, Brasil y Colombia, los cuales corresponden al 14,2% de artículos incluidos en la revisión que especificaban el número total de fallecimientos de mujeres indígenas asociados a causas obstétricas directas, como principal etiología la hemorragia posparto. Sin embargo, de los 18 artículos restantes correspondiente al 85,2% se especifica que dentro de la información consignada no se reportaba de manera detallada el número total de mujeres que fallecían por esta causa siendo aun así la principal.

Así mismo, se demostró que la mortalidad materna en estas comunidades fue, en su mayoría, en mujeres que recibieron atención médica en la parte hospitalaria, seguido por la muerte domiciliaria. Cabe mencionar que existieron muertes en el trayecto a una institución de salud y que estuvieron asociadas con hemorragia obstétrica, como la causa de mayor porcentaje, con 80%, según uno de los estudios (49) y del 78,6% en otro (5). Como segunda causa se estableció los trastornos hipertensivos del embarazo y con una menor frecuencia la sepsis, en tercer lugar, y otras causas externas como los accidentes de tráfico y agresiones (5).

Por último, al correlacionar la mortalidad materna indígena en Latinoamérica y la atención y accesibilidad a los centros de salud, se conoció que, en resumen, el personal de salud en los servicios no estuvo capacitado para atender a estas minorías, incluyendo problemas como el desentendimiento entre las mujeres de estas comunidades y el personal, por la barrera lingüística y, por ende, su desconocimiento del abordaje que se les realizó (18). En consecuencia, muchas de ellas se sintieron avergonzadas por tener que desvestirse y realizarse el tacto vaginal, de manera que no recurrieron nuevamente a este tipo de ayudas. Este no formó parte del problema principal, pero contribuyó en cierta medida con el aumento de la mortalidad, al igual que las falencias en la disponibilidad del personal médico. El verdadero origen, o primordial dilema, fue que un gran número de comunidades indígenas vivía en zonas muy alejadas de los puestos de salud (25), con vías de desplazamiento en mala calidad o, en aquellas pocas ocasiones, con transporte de tipo fluvial (20), además de las familias que no contaban con medios de transporte particular, sino que estrictamente dependieron de los transportes públicos hacia las instituciones para su atención, aumentando el tiempo de transporte. Por si fuera poco, si se prolongaba la estancia hospitalaria, arriesgaba estabilidad

económica en cuanto a los costos de alimentación y hospedaje. Todo lo anterior dio el motivo suficiente para que en mayoría las maternas prefirieran el parto forma ambulatoria y la atención por comadronas (19). Esto dejó como resultado un menor uso de los servicios relacionados a los controles prenatales (31), y las mujeres que acudieron a ellos fueron como máximo a dos controles prenatales (26).

7. DISCUSIÓN

El propósito de identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en comunidades indígenas latinoamericanas fue que sea abordado desde lo que ésta representa: una verdadera problemática de salud pública. Se ha descrito que las mujeres pertenecientes a estos grupos poseen menos probabilidades de recibir atención prenatal y, en la mayoría de los casos, las diferencias son tan significativas que se lograron observar desigualdades en la asistencia cualificada durante su parto y en las tasas de natalidad producto de las madres adolescentes según UNFPA - UNICEF (4).

Con relación a lo anterior, se trató de establecer las variables sociales y personales que influyeron en el fallecimiento de las maternas en las comunidades indígenas. Al respecto, en el registro de visita a estos hogares, en Guatemala, en el estudio de Merchán Camacho ML acerca de la mortalidad materna obtenida mediante registros de los grupos nativos de la Provincia de Datem del Marañón, del departamento de Loreto, entre el periodo 2001-2012, se encontró 20 fallecimientos resultantes de causas obstétricas directas en un 66,7% de los casos, de las cuales la hemorragia postparto tuvo la más grande incidencia. El porcentaje restante fue provocado por etiologías indirectas, siendo la más frecuente la hepatitis. Otros aspectos analizados dieron a entender que las muertes sucedieron en mayor proporción en población joven, con una edad promedio de 26 años, en periodos de posparto, de gestación y durante el nacimiento; asociándose a estas características la distancia entre el pueblo indígena y los servicios de salud, y a la dificultad de la atención por el transporte fluvial, sopesando negativamente en su supervivencia (23).

En Brasil la perspectiva no cambió para Pícoli RP, De Oliveira Cazola LH y Ferreira Lemos E, identificándose 219 casos en el desarrollo de un estudio acerca de la mortalidad materna en el estado de Mato Grosso del Sur, según la raza y el color de piel en 2010-2015, donde el riesgo era cuatro veces mayor en maternas indígenas a comparación de las madres de tez blanca, encontrándose concretamente considerable incidencia de la tasa específica de los fallecimientos maternos de mujeres aborígenas y negras con 651,8 y 415,7 muertes por 100.000 nacidos vivos, respectivamente. Estos grupos contaban con edades entre 30 y 39 años, siendo solteras en un porcentaje alto y con muertes vinculadas a complicaciones del trabajo, nacimiento y parto, al igual que a puerperio u otros trastornos del embarazo de la madre (22).

En este mismo estado de Brasil también se concluyó según Fanaia Teixeira NZ, Rocha Pereira W, Barbosa DA y Carneiro Vianna LA, por medio de 166 fallecimientos documentados, aspectos similares en el estudio con respecto a la mortalidad materna y su interfaz en este sitio, donde se encontró dentro de este grupo una mayor prevalencia por parte de las mujeres morenas en un 52,8%, pero

la población indígena presentaba decesos de mujeres entre los 30 y 39 años, a pesar de tener un porcentaje bajo de 36,4% de prevalencia (50).

En contraposición, en el vecino país de Ecuador, un estudio de Merchán Camacho ML determinó que los factores sociales de la salud no son los que prescribieron e influyeron en el grado de mortalidad materna indígena, sino que la falta de atención médica oportuna era el factor principal para que existiera esta problemática en el cantón Colta, de la provincia de Chimborazo, durante los años 2014 y 2017 (23). Específicamente, las condiciones que rodeaban al fallo de la atención se manifestaron como propios de la cultura indígena, debido a que no se logró establecer un vínculo por la barrera del idioma, malogrando la relación médico-paciente desde el ámbito de la confianza, la expresión y explicación de los síntomas, las necesidades, la inasistencia a los controles prenatales, entre otros aspectos (23).

Acerca de este parto intercultural, en el mismo país, durante el periodo del 2014 a 2016 se documentaron 4.213 partos atendidos en total en el Hospital San Luis de Otavalo en un estudio de Dueñas Matute SE, Zangiacomi Martínez E y Donati EA acerca del impacto en la salud materna del pueblo Kichwa y mestizo ecuatoriano en esta región, que si bien, 19,4% pertenecieron a nacimientos interculturales, estos representaron el 42,2% de las maternas kichwa que asistieron a la institución y adoptaron este tipo de parto, el cual fue de amplia preferencia. Casi la mitad de las pacientes utilizaron una posición en cuclillas, 46,7% de rodillas y sentada únicamente el 3,5% (15). Esto demostró que al existir un vínculo y, además, la confianza a partir de la implementación del parto intercultural a pedido de la paciente, borra la barrera del lenguaje y la interculturalidad, porque inclusive se encontró maternas kichwa que decidieron que su parto fuese con el estilo occidental.

Analizando las variables personales y sociales de las investigaciones ya anteriormente explicadas, se podría decir que la mayoría de los casos estuvieron relacionados con la edad, siendo uno de los factores personales que incide en la mortalidad materna, de tal manera encontrándose un mayor porcentaje en aquellas mujeres indígenas que están entre los 25 a 39 años de edad, existiendo más vulnerabilidad en comunidades indígenas, además de la gran dificultad para el acceso a los servicios de salud en base a la distancia y la falta de inclusión que brinda estos.

La edad y la dificultad de acceso no fueron los únicos factores hallados, ya que, a partir de 115 defunciones conocidas en la población indígena de Pernambuco, en Brasil, agrupadas en un estudio acerca de la muerte materna y de mujeres en edad fértil entre el 2006 y el 2013 por Menes Estima N y Valongueiro Alves S, se aludió sobre causas y patologías del embarazo parto y puerperio asociadas. Del total de los casos, el 27,0% ocurrió por enfermedades del sistema circulatorio, destacando la cardiopatía isquémica y los padecimientos cerebrovasculares; le siguió las causas

externas en un 14,8%, mayormente por asalto o atraco; en tercer lugar, las neoplasias, con un 13,0%, especificando la neoplasia maligna del cuello uterino; y los factores maternos en un 8,7% (13).

El panorama de la mortalidad materna en comunidades indígenas también pudo ser encontrado en Colombia por medio de un estudio realizado por Bello Álvarez LM y Parada Baños AJ sobre la caracterización de este problema entre los años 2011 a 2013. Tomando en consideración los 1.546 casos de maternas fallecidas, se escogió 130 pertenecientes a mujeres indígenas con la exclusión de mujeres incidentales o accidentales, hallando que el 29% falleció antes del parto, 5% durante el mismo, 28% en el puerperio inmediato y 38% después, en el medio y tardío. Las complicaciones fueron hemorragias (29,2%), por sangrado posparto en un 78,4%, trastornos hipertensivos gestacionales (28,5%) como la eclampsia con un 55,5%, sepsis de origen obstétrico (5,4%), oncológicas (4,6%) y otros (17,7%) (17).

En el departamento de Guajira se hizo un estudio, por Bula Romero JA y Galarza K, que se dirigió particularmente a la población Wayúu de Uribia en el año 2016. A partir de un pico de mortalidad materna en el al 2013, se investigó que la causa de ésta predominante fue la hemorragia posparto (7 de 1.525 nacidos vivos totales) en las mujeres de la etnia Wayúu (9), encontrando en común con la anterior publicación el factor del sangrado obstétrico.

Se reconoció, de igual forma, este factor de muerte materna como el más prevalente en un 53.9%, seguido por la presencia de sepsis obstétrica con un 50% en un estudio realizado en Leticia, Amazonas, que investigó tanto la mortalidad como la morbilidad materna extrema durante los años 2012 y 2016 producido por Pineda Rivera PT, Pinzón Rondón A, Correa Pérez L y Durán CF. Adicionalmente comprobó que la mortalidad fue de 103.1 por 100.000 nacidos vivos que incluían 30 casos de mortalidad materna evitable y 6 de no evitable. Cabe mencionar que el desconocimiento de la identificación de los signos de alarma y las fallas en la atención cobraron el 56,7% de las muertes maternas que ocurrieron al momento del parto (56,7%). Se tuvo conocimiento además que el 96,7% de las mujeres no usaban métodos de planificación familiar y el 66,7% que murieron empleaban técnicas naturales, lo que expuso cómo esta problemática inició en parte por la falta de información por parte de estas poblaciones (8).

Otras patologías también se enumeraron por Ramos Dos Santos D, Vidal Nogueira LM, Lopes Paiva B, Ataíde Rodríguez IL, Félix de Oliveira L y Pereira Caldas S en Brasil, donde la mortalidad se asoció a factores como edema, proteinuria y trastornos de hipertensión en el embarazo, parto y puerperio (53,3%), y en segundo lugar las complicaciones del trabajo de parto y del parto (23,1%) en las poblaciones indígenas de Pará, que presentaron una razón de 135,8 por 100.000 nacidos vivos. Todo esto en comparación con comunidades no nativas, en las que la mortalidad materna fue en menor proporción (12).

Sin embargo, las patologías no fueron los únicos factores involucrados, ya que se encontró en un estudio etnográfico hecho por Gamlin J y Holmes S sobre el embarazo, el parto y la violencia estructural, orientado a indagar sobre las muertes perinatales evitables en comunidades indígenas Wixárika, que existieron barreras como la desigualdad de género, el racismo, la pobreza, el maltrato y el abuso por parte de algunos proveedores de salud que implicaron un reto para que las maternas indígenas decidieran asistir a los centros de salud, colocándolas en riesgo de engrosar los números de morbilidad materna indígena. Estas pacientes indígenas mexicanas denunciaron prácticas rutinarias de episiotomías no consentidas, obligación en usar el parto decúbito supino, insistencia en quitarse su ropa, intervenciones y prácticas innecesarias y, adicionalmente, experiencias de abuso verbal, lenguaje humillante o reprimendas a su población, incluyendo la gran distancia y falta de medios de transporte, lo que les contó como razón para dar a luz en sus hogares. Se observó el papel que jugaron los hombres en garantizar el acceso a la atención, ya que eran los que procuraban dinero para el transporte y su decisión era requerida en cuestiones como el cuidado (19).

Adicionalmente, la distancia fue el enfoque para Acevedo P, Martínez S, Pinzón L, Sánchez E e Inviernos S de un estudio en Panamá, que manifestó como Latinoamérica presenta desigualdades generalizadas impidiendo mejorar la salud maternoinfantil, que esto se vio reflejado en Ngäbe Buglé, una población perteneciente al territorio indígena más grande de este país. Dentro de éste, las maternas indígenas que tenían sus hogares más alejados, con un promedio de 50 km de distancia, tuvieron menos citas totales, una atención prenatal más tardía, menos posibilidades de ir a un hospital o centro de salud y tener un parto institucional o asistir a una cita de atención posnatal que las madres que vivían más cerca, con un promedio de 4,5 km. Así, la relación entre la distancia a la clínica asignada y el uso de servicios de atención obstétrica fue inversa, transmitiendo la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y las mujeres de las zonas rurales, bajos ingresos o menos educadas, siendo estas últimas las que tampoco dispusieron de dinero suficiente para el transporte y verificando que la distancia fue una barrera para las mujeres indígenas de esta población (26).

Se evidenció así mismo la diferencia de la maternidad en las comunidades indígenas con el resto de la población en base a un estudio realizado por Monroy Amado JL y Vargas Valencia LM para comparar resultados de políticas en salud de la población general, que indicó la no favorabilidad en la mortalidad y morbilidad en grupos étnicos minoritarios entre los años 2009 y 2013. Un factor observado fue la situación de pobreza y la pobreza extremas, donde se encuentran incluidos 43% de los hogares indígenas afectados. El DANE en 2005 mostró que la fertilidad era mayor en los pueblos indígenas que en la población general (con una tasa de fecundidad global de 3,85 a 2,44, respectivamente) teniendo en cuenta que hubo deficiencia de obtención de la información obstétrica que pudo posiblemente abrir una brecha mayor. Esto último influyó probablemente en el porcentaje de mortalidad materna indígena, que directamente estuvo relacionado con la condición

socioeconómica, condiciones de vida, cultura y educación, observando un aumento de está en 46,32%, donde la población indígena presentaba una mortalidad materna 2,8 veces a la que no lo era en 2009 y de 7,3 veces en 2013 (51).

Si bien este estudio en Ecuador no consistió particularmente en la población indígena, el documento de Paguay Castañeda LJ y Paguay Castañeda YP sobre las desigualdades sociales de las provincias del Ecuador en cuanto a sus fallecimientos maternos mencionó que aproximadamente 20% era perteneciente, este grupo está sujeto a las estadísticas de la razón de mortalidad materna general asociado a la desigualdad de tres indicadores socioeconómicos: tasa de fecundidad total, producto interno bruto y porcentaje de los hogares con electricidad (28). Esto indicó que la problemática crece a medida que el país no hace intervención a los territorios indígenas para inculcar la cultura del cuidado prenatal, como refirió un estudio en este mismo país sobre el análisis de los factores que presentaban riesgo a una mortalidad materna entre 2006 a 2016, donde se encontró que el problema de los fallecimientos estuvo condicionado más que todo a las zonas rurales, a las comunidades más pobres, a la cultura, a los partos que no fueron institucionalizados porque la paciente tenía una concepción de no acceso a la medicina y a tratamientos no tradicionales, a las madres sin preparación académica y mayores de 40 años que no comprendían la importancia de los controles prenatales o que no reconocían las señales de peligro, a las mujeres sin pareja y a las materas que dependían de una toma de decisión familiar y comunitaria. Todos estos factores en conjunto se representaron en un 78,5% de las muertes que consistían en defunciones obstétricas directas (5).

Lo anterior se ve apoyado por el Ministerio de Salud - Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ecuador con el análisis de la caracterización de las causas de la problemática estudiada realizada entre 2015 a 2017 en Ecuador, en el que se presentó que la tasa de mortalidad materna más alta fue vista en las mujeres sin instrucción formal, compuesta en su mayoría por mujeres indígenas y afroecuatorianas, mayores de 35 años de edad, multigestas y parto por cesárea, debido a sus indicadores de pobreza, educación y salud. Las maternas aborígenes y sin estudios fueron las que mostraron mayor cantidad de fallecimientos en el domicilio o por problemas en el traslado. También, la población que presentaba menor promedio de controles prenatales realizados fue la indígena o quienes residían en zonas rurales (52).

Todas estas características sociodemográficas desiguales se repitieron nuevamente en un estudio de Nájera Arregocés S y Tuesca Molina R en La Guajira, que encontró entre las causas de mortalidad materna entre los años 2010 a 2012 a la inequidad en el acceso a los servicios de salud y su calidad, pero más que todo a las desigualdades de tipo socioeconómico, como el 33,3% de las mujeres indígenas y afrocolombianas que no tenían ningún estudio o el 29,6% de las que tenían solo estudios primarios y que se registraron dentro de 54 muertes maternas con porcentajes de 61,1% y 16,7% respectivamente (16).

Esto también fue encontrado por Hernández Bello A, Rodríguez Hernández JM, Cubillos Novella AF, Santacruz Caicedo MA, Van der Werf Cuadros L, Vega Romero R, *et al*, entre las comunidades indígenas colombianas arhuaca y wayúu y sus determinantes sociales en las desigualdades en mortalidad materna y neonatal, donde al comparar las poblaciones indígenas de las zonas rurales dispersas y las no indígenas de las zonas urbanas presentaban claras diferencias dentro del ámbito de sus culturas, reivindicaciones colectivas, la relación con el territorio y su situación económica. Estas son causas de que sus condiciones de vida y el acceso a los servicios sean precarios, contribuyendo al aumento de la mortalidad. Las principales barreras para la atención tenían que ver más con la accesibilidad geográfica hasta el servicio, las limitaciones para la comunicación y puestos de salud no habilitados para una emergencia obstétrica, así como las restricciones en el aprendizaje de los derechos sexuales y reproductivos, donde priman su decisión, el acceso a atención efectiva y la calidad durante los procesos del embarazo, parto y puerperio (25).

En la provincia de Formosa, Argentina, se evidenció, por parte de RanaivoarisoaMY, según la caracterización de la mortalidad materna de sus grupos aborígenes que, a pesar de que esta representaba el 7,5% de la población, los fallecimientos tuvieron un 39% de los datos en toda la provincia. Estas tuvieron en su mayoría causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio que eran 7 a 8 veces más probables que en mujeres no indígenas, guardando una misma proporción en la razón de mortalidad materna. Estas muertes eran principalmente debidas a hemorragias, mayormente por retención placentaria, con un promedio de edad de 23,3 años. Pero aquí, al igual que los anteriores estudios, no solo existió un factor propio de la materna, sino que también jugó en gran medida la accesibilidad limitada a los servicios de salud que resultaron en partos domiciliarios frecuentes y sus consecuentes muertes, por barreras de tipo geográfico, económico y psicosociales (49)

Kestler E, Dilys W, Bonvecchio A, Saenz de Tejada S y Donner A mostraron que las mujeres indígenas de Guatemala igualmente evidenciaron retrasos importantes en los partos complicados debido a la falta de reconocimiento de las complicaciones, la falta de decisión en buscar atención médica, la falta de transporte o recursos para llegar a un establecimiento de salud y la atención adecuada en la instalación. Esto fue a partir de la medición de la efectividad de un paquete de intervención para disminuir la mortalidad perinatal y aumentar la atención obstétrica institucional para estas mujeres mostrando todas estas problemáticas sociodemográficas. Este país además había venido realizando mediación para prevenir o disminuir la mortalidad materna y perinatal, enfocándose en la asistencia calificada durante el parto y el mejoramiento de la calidad de la atención obstétrica y perinatal de emergencias en sus clínicas (18).

La calidad de atención limitada brindada se evidenció en las prácticas hospitalarias invasivas y ofensivas impuestas por el personal de salud, las barreras de

disponibilidad de este personal y, como se ha venido observando, los obstáculos de acceso de tipo económico, geográfico, lingüístico y cultural que poseían las mujeres indígenas en el sector de los Altos de Chiapas. Estos hallazgos fueron dados a medida que se analizó el uso y preferencia de servicio de trabajo de parto y los partos de esta población en México, por parte de Ibáñez-Cuevas M, Heredia-Pi IB, Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuente B Y González-Block MA (11).

Muchos de los documentos analizados propusieron como medio resolutivo expandir la cobertura en salud hacia la parte rural, lo que implicaba una gran inversión en cuanto a infraestructura y personal de salud. Pero en el estudio de Stollak I, Valdez M, Rivas K y Perry H sobre las Casas Maternas en el altiplano rural de Guatemala se analizó una posible solución al problema, encontrando que 54% de las maternas indígenas habían dado a luz en estos establecimientos en el 2014, el cual fue mucho mayor que el 29% de partos por mujeres indígenas en todo el país, contribuyendo a disminuir la inequidad nacional en cuanto a esto. Estos lugares contaron con la capacitación suficiente para disminuir la diferencia de atención existente entre pacientes de educación y recursos económicos limitados con las que si los poseían. Igualmente, no solo se encontraba un médico con adiestramiento obstétrico, sino también comadronas que dieron confianza a las mujeres para dar a luz en las Casas Maternas (20).

8. CONCLUSIONES

En esta revisión se encontró que la mortalidad materna se presentó en la mayoría de las mujeres en edades de 25 a 39 años, quienes habitan en las regiones de las comunidades indígenas.

Las variables sociales y personales identificadas y relacionadas con la mortalidad materna indígena donde, bajo la revisión de literatura, se evidenció que la gran mayoría de las muertes maternas en las comunidades indígenas no contaban con empleo, no contaban con algún tipo de acceso a educación o éste era muy bajo, su estado civil era solteras, el nivel socioeconómico correspondía a bajo y contaban con dificultades en el acceso por que la gran mayoría vivía en áreas rurales dispersas.

En cuanto a las causas que generaron la mortalidad materna se encontraron, en primera instancia, la hemorragia posparto, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, neoplásicas, factores maternos, eclampsia, preeclampsia, sepsis puerperal, entre otros.

Por lo tanto, se identificó que la principal causa de fallecimiento en las maternas indígenas es la hemorragia posparto, lo cual correspondió al 14.2% de los artículos incluidos donde se especificó el número de mujeres fallecidas, las cuales se presentaron en los países como Guatemala con 20 fallecimientos, Brasil con 115 y Colombia con 130 fallecimientos.

Por otro lado, en cuanto a los riesgos atribuibles a la prestación del servicio de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena, se evidenció que en la mayoría de los casos se presentaron algunas demoras en la atención oportuna. A pesar que habían existido intervenciones que facilitaban el acceso, no se había logrado que las mujeres indígenas hagan uso de las instituciones de salud, por lo que asistían a la institución cuando están complicadas, impidiendo brindarles una atención porque su asistencia no había sido oportuna.

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar trabajo de campo, puesto que el presente proyecto se vio limitado en dicho aspecto debido a la pandemia por SARS-CoV2, que tuvo espacio desde 2020 hasta el momento en que dio por concluido el trabajo.

Se propone incentivar a futuros profesionales a continuar investigando sobre la mortalidad materna en comunidades indígenas, puesto que en la actualidad se cuenta con información limitada para esta población vulnerable, y la cual en nuestro país cobra gran importancia tanto cultural como histórica.

Teniendo en cuenta que la investigación se realizó bajo criterios de inclusión, en los cuales contemplaban artículos completos almacenados en bases de datos gratuitas, por tal razón se sugiere fortalecer dichos ámbitos investigativos teniendo en cuenta artículos de bases de datos de paga, debido a que la información respecto al tema de investigación es limitada.

10. ARTICULO CIENTIFICO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD MATERNA EN COMUNIDADES INDÍGENAS EN LATINOAMÉRICA: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MATERNAL MORTALITY IN INDIGENOUS COMMUNITIES IN LATIN AMERICAN: A SCOPING REVIEW

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo patológicos, sociales, personales y del entorno asociados a la mortalidad materna en comunidades indígenas latinoamericanas.

Métodos: Se hizo un estudio mixto e integrativo, basado en una revisión narrativa de artículos científicos del periodo 2011-2021 de diferentes bases. La matriz de datos obtuvo 3850 donde, con el análisis y su paso por la escala CASPe, solo se seleccionaron 28 artículos (punto de corte 9/10) con variables sociales, personales, patológicas y del entorno de las maternas indígenas.

Resultados: La mayoría de muertes maternas indígenas ocurrieron dentro de la tercera década de la vida, nivel educativo o nulo, condiciones precarias en relación a su situación socioeconómica y en zonas alejadas de los centros de salud. La hemorragia obstétrica y trastornos hipertensivos del embarazo fueron las principales causas de fallecimiento.

Conclusiones: La mortalidad materna indígena se presentó en su mayoría en edades de 25 a 39 años. Otros factores evidenciaron que mayormente no contaban con empleo, acceso casi nulo a educación, eran solteras, de nivel socioeconómico bajo o con dificultades al acceso de centros de salud. La hemorragia posparto ocurrió principalmente y, luego, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, neoplásicas, eclampsia, preeclampsia y sepsis puerperal. Hubo poblaciones que no hacían uso de los servicios en salud por problemas en la atención.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad materna, pueblos indígenas, factores de riesgo, América Latina

ABSTRACT:

Objective: To identify pathological, social, personal and environmental risk factors associated with maternal mortality in Latin American indigenous communities.

Methodology: A mixed and integrative study was done, based on a systematic review of scientific articles from the period 2011-2021 from different databases. The data matrix obtained 3850 where only 28 articles were selected due to the analysis and its evaluation through the CASPe scale (cut-off point 9/10) with social, personal, pathological and environmental variables of the indigenous mothers.

Results: The majority of indigenous maternal deaths occurred in the third decade of life, low or no educational level, precarious conditions in relation to their socioeconomic situation and in places far from health centers. Obstetric hemorrhage and hypertensive disorders of pregnancy were the main causes of death.

Conclusions: Indigenous maternal mortality occurred mostly between 25 and 39 years of age. Other factors showed that they were unemployed, had very little access to education, were single, had low socioeconomic status, or had difficulties accessing health centers. Postpartum hemorrhage occurred mainly, followed by diseases of the circulatory system, external causes, neoplastic causes, eclampsia, preeclampsia, and puerperal sepsis. There were populations that did not use health services due to care problems.

KEYWORDS: Maternal mortality, indigenous peoples, risk factors, Latin America

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han establecido que “la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto”. (1)

En este contexto, se hace mención a las comunidades indígenas de Latinoamérica que presentan importantes tasas de natalidad en la

población, las cuales tienen como riesgo el incremento en la morbimortalidad materna debido a variables personales, culturales, patológicas y riesgos atribuidos a la prestación de los servicios de salud. Lo anteriormente expuesto presenta un importante contexto sociocultural que se refleja en una baja tasa de asistencia a las instituciones de salud para los seguimientos y controles oportunos, debido a que las maternas prefieren recurrir a la atención y consulta de las parteras de su

comunidad, situación que pone en riesgo tanto a la madre como a su hijo.

La presente propuesta de investigación se realizó dentro de la línea de investigación en salud familiar y comunitaria, del grupo Rizhome Group 2 de la facultad de medicina de la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto.

La presente revisión se elaboró siguiendo los criterios establecidos por la organización Cochrane, en la cual se realizó una síntesis cualitativa de distintos estudios publicados entre los años 2011-2021 y disponibles en bases de datos de acceso libre. En dichas fuentes de información se analizaron variables sociales y personales que influyeron en la mortalidad materna en las comunidades indígenas de Latinoamérica, patologías del embarazo, parto y puerperio asociadas a la mortalidad materna y riesgos atribuibles a la prestación del servicio de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena.

La finalidad de esta revisión fue identificar los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en comunidades indígenas en Latinoamérica, con el propósito de generar una línea base de información relacionada con el tema, que pudiera constituirse en un referente a la comunidad médica para la toma de decisiones, que permita promover la salud para la detección temprana de

cambios, potenciando así la atención a las comunidades indígenas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio con un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo), de tipo integrativo, basado en la revisión narrativa de artículos científicos publicados durante el periodo comprendido entre el año 2011-2021, disponibles en bases de datos como PubMed, LILACS, Scielo, EBSCO y literatura gris de repositorios académicos, en los idiomas: español, inglés y portugués, los cuales se albergaron en una matriz de datos para su recolección y análisis teniendo en cuenta como objeto de estudio la mortalidad materna indígena y sus factores de riesgo asociados.

Después de la exhaustiva búsqueda, bajo la identificación y selección primaria de artículos se obtuvo un total de 3850 artículos. Se procedió al análisis de los títulos, restando 3818; posteriormente, se analizó el resumen, eligiendo 32, y por último con la búsqueda manual de la literatura disponibles en las referencias de los artículos seleccionados se identificó la existencia de 32 estudios. De estos, 28 artículos fueron seleccionados al presentar alta calidad metodológica (punto de corte 9/10), según la herramienta de evaluación crítica de artículos mediante la escala de CASPe.

Se tomó en cuenta las variables sociales y personales, además las patologías del embarazo, parto y puerperio asociadas a la mortalidad materna y los posibles riesgos atribuibles a la prestación del servicio de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena, los cuales fueron destacados en el apartado de resultados.

RESULTADOS

La estrategia inicial de búsqueda identificó 3,850 referencias de los cuales se seleccionaron finalmente un total de 28 estudios. Todos los estudios fueron cuantitativos del continente latinoamericano, los países participantes fueron: Ecuador, Colombia, Brasil, Guatemala, Perú, México, Argentina y Panamá. Los estudios incluidos fueron valorados con la herramienta de evaluación crítica CASPe V2020.

A partir de la revisión de artículos se identificó que la mortalidad materna indígena tiene mayor prevalencia dentro de la tercera década de la vida (2,3,4), además la mayoría convivían bajo unión libre, estaban separadas o solteras (5,6,7) y se dedicaban a labores del hogar, así mismo se correlacionó con ningún tipo de acceso a educación o educación primaria, incluso con condiciones precarias en relación a su situación socioeconómica (8). Por otro lado, las muertes sucedieron en ámbito hospitalario y en segundo lugar

domiciliario, los fallecimientos estuvieron asociados principalmente con hemorragia obstétrica y en segundo lugar los trastornos hipertensivos del embarazo (9), en cuanto al personal de salud, según las maternas, no se encontraba capacitado para atender a estas minorías. También las comunidades indígenas viven en zonas muy alejadas de los puestos de salud (3) con vías de desplazamiento en mala calidad, e inclusive a veces deben pasar por vía fluvial (2), sumado a la posibilidad de que la estancia pueda llegar a prolongarse, lo que resultaba en la decisión de no asistir ya que tenían no contar con los recursos económicos.

DISCUSIÓN

Se ha descrito que las mujeres pertenecientes a estos grupos poseen menos probabilidades de recibir atención prenatal, con diferencias evidentes en la asistencia durante su parto y en las tasas de natalidad producto de las madres adolescentes (10). El riesgo de mortalidad materna era cuatro veces mayor en maternas indígenas a comparación de las madres de tez blanca

Se encontró que la mayoría de fallecimientos se debieron a causas obstétricas directas, la hemorragia postparto tuvo la más grande incidencia. El porcentaje restante fue provocado por etiologías indirectas, siendo la más frecuente la hepatitis.

Las muertes sucedieron en mayor proporción en población joven, con una edad promedio de 26 años, en periodos de posparto, de gestación y durante el nacimiento; asociándose a estas características la distancia entre el pueblo indígena y los servicios de salud, y a la dificultad de la atención por el transporte (4). En contraposición, otros estudios determinaron que la falta de atención médica oportuna era el factor principal para que existiera esta problemática.

En Colombia las complicaciones fueron hemorragias posparto, trastornos hipertensivos gestacionales, sepsis de origen obstétrico, oncológicas y otros (7).

Cabe mencionar que el desconocimiento de la identificación de los signos de alarma y las fallas en la atención cobraron muertes maternas que ocurrieron al momento del parto. Se tuvo conocimiento además que no usaban métodos de planificación familiar y empleaban técnicas naturales (5).

La edad fue el factor personal que más incidió en la mortalidad materna, seguido de la dificultad de acceso, patologías del sistema circulatorio, las causas externas y los factores maternos (6).

Sin embargo, los ya mencionados no fueron los únicos factores involucrados, existieron barreras como el racismo, la pobreza, el maltrato y el abuso por parte de algunos proveedores de salud que

influyeron en la decisión de las maternas indígenas sobre asistir a los centros de salud. Pacientes indígenas denunciaron episiotomías no consentidas, obligación del parto en decúbito supino, insistencia en quitarse su ropa, y, adicionalmente, experiencias de abuso verbal, lenguaje humillante o reprimendas a su población, incluyendo la gran distancia y falta de medios de transporte (11).

Se demostró que, al existir un vínculo y confianza a partir de la implementación del parto intercultural, se borró la barrera del lenguaje y la interculturalidad.

Se debe tener en cuenta que hubo deficiencia de obtención de la información obstétrica que pudo posiblemente abrir una brecha mayor.

Países como Guatemala habían venido realizando mediación para prevenir o disminuir la mortalidad materna y perinatal, enfocándose en la asistencia calificada durante el parto y el mejoramiento de la calidad de la atención obstétrica y perinatal de emergencias en sus clínicas (12).

Muchos de los documentos analizados propusieron como medio resolutivo expandir la cobertura en salud hacia la parte rural, lo que implicaba una gran inversión en cuanto a infraestructura y personal de salud. Una alternativa fueron las Casas Maternas, estos lugares contaron con la capacitación suficiente, con un médico con

adiestramiento obstétrico y con comadronas que dieron confianza a las mujeres para dar a luz en sus instalaciones (2).

CONCLUSIONES

En esta revisión se encontró que la mortalidad materna se presentó en la mayoría de las mujeres en edades de 25 a 39 años, quienes habitaban en las regiones de las comunidades indígenas.

Las variables sociales y personales identificadas y relacionadas con la mortalidad materna indígena, donde bajo la revisión de literatura se evidenció que la gran mayoría de las muertes maternas en las comunidades indígenas no contaban con empleo, no contaban con algún tipo de acceso a educación, su estado civil era solteras, el nivel socioeconómico correspondía a bajo y contaban con dificultades en el acceso por que la gran mayoría vivía en áreas rurales dispersas

En cuanto a las causas que generaron la mortalidad materna se encontraron, en primera instancia, la hemorragia posparto, enfermedades del sistema circulatorio, causas externas, neoplásicas, factores maternos, eclampsia, preeclampsia, sepsis puerperal, entre otros.

Por lo tanto, se identificó que la principal causa de fallecimiento en las maternas indígenas es la hemorragia posparto, lo cual correspondió al 14.2% de los artículos incluidos donde

se especificó el número de mujeres fallecidas las cuales se presentaron en los países como Guatemala con 20 fallecimientos, Brasil con 115 y Colombia con 130 fallecimientos.

Por otro lado, en cuanto a los riesgos atribuibles a la prestación del servicio de salud en las diferentes instituciones de salud para la comunidad indígena, se evidenció que en la mayoría de los casos se presentaron algunas demoras en la atención oportuna. A pesar que habían existido intervenciones que facilitaban el acceso, no se había logrado que las mujeres indígenas hagan uso de las instituciones de salud, por lo que asistieron a la institución cuando estaban complicadas, impidiendo brindarles una atención porque su asistencia no había sido oportuna

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. OMS. 2019.
2. Stollak I, Valdez , Rivas K, Perry H. Casas Maternas en el altiplano rural de Guatemala: un estudio de caso de métodos mixtos sobre la introducción y utilización de instalaciones de maternidad por una población indígena. *Práctica de ciencia de la salud global*. 2016 Marzo; 4(1): p. 114.
3. Hernández Bello A, Rodríguez Hernández JM, Cubillos Novella AF, Santacruz Caicedo MA, Van der Werf Cuadros L, Vega Romero R, et al.

Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu: evidencias y propuestas de intervención. Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana; 2017
Noviembre.

4. Ranaivoarisoa MY. Caracterización de la mortalidad materna en la población aborigen de la provincia de Formosa de 2000 a 2004. Universidad Nacional de Córdoba. 2014.

5. Pineda Rivera PT, Pinzón Rondón , Correa Pérez , Durán CF. Caracterización de mortalidad materna y morbilidad materna extrema en Leticia, Amazonas 2012-2016. Universidad del Rosario. 2016.

6. Mendes Estima , Valongueiro Alves. Muertes maternas y de mujeres en edad reproductiva en la población indígena, Pernambuco, Brasil 2006-2012. REvista Epidemiológica Serv. Saúde. ; 28(2).

7. Bello Álvarez LM, Parada-Baños AJ. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017 Julio; 68(4): p. 256-65.

8. Nájera Arregocés S, Tuesca Molina R. Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en la Guajira, Colombia, 2010-2012. Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(4/5): p. 239-44.

9. Paguay Castañeda LJ, Paguay Castañeda YP. Análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador, período 2006 - 2016. Universidad Central de Ecuador. 2019.

10. UNFPA - UNICEF. Salud y mortalidad materna de las mujeres indígenas. Hoja informativa. 2018

11. Gamlin , Holmes. Muertes perinatales evitables en comunidades indígenas Wixárika: un estudio etnográfico del embarazo, parto y violencia estructural. Embarazo Parto BMC. 2018 Junio; 18(1): p. 243.

12. Kestler E, Dilys W, Bonvecchio A, Saenz de Tejada , Donner. Una ruta de implementación aleatoria de conglomerados emparejados para medir efectividad de un paquete de intervención destinado a disminuir la mortalidad perinatal y aumentar la atención obstétrica institucional entre mujeres indígenas en Guatemala. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Marzo; 13(73): p. 11.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Alkerma L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Gemmil A. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the un maternal mortality estimation inter-agency Group. Lancet. 2016; 387.
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. OMS. 2019.
3. CEPAL - ONU. Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe. oig.cepal.org. 2017.
4. UNFPA - UNICEF. Salud y mortalidad materna de las mujeres indígenas. Hoja informativa. 2018.
5. Paguay Castañeda LJ, Paguay Castañeda YP. Análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador, período 2006 - 2016. Universidad Central de Ecuador. 2019.
6. Llamocca Rodríguez A. Sub-registro de mortalidad materna en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Oficina de Estadística e Informática y Registro Civil en comunidades indígenas del Distrito de Andoas, Provincia de Datem de Marañón-Región de Loreto durante el periodo 2001-2012. Trabajo de Investigación. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Escuela de Post-grado; 2014.
7. Bello Alvarez LM, Parada Baños AJ. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Obstetricia y Ginecología; 2016.
8. Pineda Rivera PT, Pinzón Rondón , Correa Pérez , Durán CF. Caracterización de mortalidad materna y morbilidad materna extrema en Leticia, Amazonas 2012-2016. Universidad del Rosario. 2016.
9. Bula Romero JA, Galarza K. Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, departamento de la Guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2017 Jun.; 6(1): p. 46-53.
10. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de los niños, niñas, adolescentes y madres. Family, Gender and Life Course. 2016.

11. Ibáñez-Cuevas M, Heredia-Pi IB, Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuente B, González-Block MA. Uso de los servicios de trabajo de parto y de parto: preferencia de las mujeres indígenas y la respuesta del sector salud en el Altiplano de Chiapas en México. *Int J Equity Health*. 2015; 14(156): p. 10.
12. Ramos Dos Santos D, Vidal Nogueira LM, Lopes Paiva B, Ataíde Rodrigues IL, Félix de Oliveira L, Pereira Caldas S. Mortalidad materna en la población indígena y no indígena en Pará: contribución para el control de óbitos. *Esc Anna Nery*. 2017; 21(4): p. 9.
13. Mendes Estima N, Valongueiro Alves S. Muertes maternas y de mujeres en edad reproductiva en la población indígena, Pernambuco, Brasil 2006-2012. *Revista Epidemiológica Serv. Saúde*. ; 28(2).
14. Soares F. Uso de la unidad de cuidados intensivos en mujeres con morbilidad materna severa y muerte materna: resultados de un estudio multicéntrico nacional. *Scielo Brasil*. 2020.
15. Dueñas Matute SE, Zangiacomí Martínez E, Donati EA. Parto intercultural: impacto en la salud materna del pueblo kichwa y mestizo ecuatoriano de la región de Otavalo. *Revista Brasileña de Ginecología Obstétrica*. 2021; 43(1).
16. Nájera Arregocés S, Tuesca Molina R. Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en la Guajira, Colombia, 2010-2012. *Rev Panam Salud Publica*. 2015; 37(4/5): p. 239-44.
17. Bello Álvarez LM, Parada-Baños AJ. Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2017 Julio; 68(4): p. 256-65.
18. Kestler E, Dilys W, Bonvecchio A, Saenz de Tejada S, Donner A. Una ruta de implementación aleatoria de conglomerados emparejados para medir efectividad de un paquete de intervención destinado a disminuir la mortalidad perinatal y aumentar la atención obstétrica institucional entre mujeres indígenas en Guatemala. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Marzo; 13(73): p. 11.
19. Gamlin J, Holmes S. Muertes perinatales evitables en comunidades indígenas Wixárika: un estudio etnográfico del embarazo, parto y violencia estructural. *Embarazo Parto BMC*. 2018 Junio; 18(1): p. 243.

20. Stollak I, Valdez M, Rivas K, Perry H. Casas Maternas en el altiplano rural de Guatemala: un estudio de caso de métodos mixtos sobre la introducción y utilización de instalaciones de maternidad por una población indígena. *Práctica de ciencia de la salud global*. 2016 Marzo; 4(1): p. 114.
21. Peña Redondo MI, Velásquez Gutiérrez VF. Comprendiendo el significado del puerperio para las indígenas embera katíos de Tierralta, Córdoba, 2018. *Hacia la promoción de la salud*. 2020 Mayo; 25(2).
22. Pícoli RP, De Oliveira Cazola LH, Ferreira Lemos E. Mortalidad materna según raza / color de piel en Mato Grosso del Sur, Brasil, de 2010 a 2015. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2017 Octubre a diciembre; 17(4): p. 729-37.
23. Merchán Camacho ML. Gestión pública de la salud y su incidencia en los factores determinantes e influyentes de la mortalidad materna indígena en el Cantón Colta, Provincia de Chimborazo, periodo 2014-2017. Trabajo de titulación. Quito: Instituto de Altos Estudios Nacionales: La Universidad de Posgrado del Estado; 2018 Julio.
24. De la Cruz Inlago MG. Influencia de la cooperación internacional en la reducción de muerte materna de los pueblos de la nacionalidad Kichwa del Ecuador, período 1990-2014. *Repositorio Dspace*. 2016 Marzo .
25. Hernández Bello A, Rodríguez Hernández JM, Cubillos Novella AF, Santacruz Caicedo MA, Van der Werf Cuadros L, Vega Romero R, et al. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu: evidencias y propuestas de intervención. Bogotá, D.C.: Pontificia Universidad Javeriana; 2017 Noviembre.
26. Acevedo P, Martínez S, Pinzón L, Sánchez E, Inviernos S. La distancia como barrera para la atención obstétrica entre mujeres indígenas en Panamá: un estudio transversal. *Journals BMJ*. 2019; 10(3): p. 1-11.
27. García Rodríguez Y, Anaya Gonzáles JL, Acosta Limaico MB, Álvares Moreno M, López Aguilar E, Vásquez Figueroa TI. Satisfacción de mujeres atendidas con un parto culturalmente apropiado en Loreto, Orellana (2016) / Satisfacción de mujeres asistidas con un parto culturalmente apropiado en Loreto, Orellana (2016). *Revista Cubana obstretricia ginecol*. 2016 Septiembre - diciembre; 42(4): p. 485-492.
28. Sanhueza A, Calle Roldán J, Rios Quituzaca P, Acuña MC, Espinoza I. Desigualdades sociales en mortalidad materna entre las provincias del Ecuador. *Revista Panam Salud Publica*. 2017 Mayo; 41: p. 1-7.

29. Teixeira Z, Pereira W, Barbosa D, Amaral L. Mortalidad materna y su interfaz con la raza en Mato Grosso / Mortalidad materna y raza en el estado brasileño de Mato Grosso. Rev. sujetadores. mater de salud. infantil. 2012 enero-marzo; 12(1): p. 27-35.
30. Baca Guerrero ML. Análisis de la caracterización de las causas de la mortalidad materna en Ecuador, periodo 2015-2017. Disertación (optar título de Economista). Quito: Pontificia Universidad católica del Ecuador, Facultad de Economía; 2020.
31. Hernández Chiguil de Vaides JM, Castañeda Abascal IE. Mortalidad materna en Alta Verapaz, Guatemala. 2012 - 2015. Revista Infodir. 2019 Julio-Diciembre; 29: p. 63-73.
32. Pogonza L. Definición de defunción materna. Pan American Health Organization/world Health Organization. 2018.
33. Cáceres Manrique FM, Molina Marín G, Ruíz Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. Aquichan. 2014; 14(3).
34. Secretaría Distrital de Bogotá. Area de vigilancia de salud pública. Vigilancia de Salud Pública. 2019.
35. Pacheco J. Preeclampsia/eclampsia: reto para el ginecoobstetra. Scielo. 2006.
36. Secretaría Distrital de Salud. Guía de hemorragia posparto. Código rojo. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2014.
37. Cararach Romoneda V, Botet Mussons F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome Hellp. Instit Clinic de Ginecología, obstetricia y neonatología. 2008.
38. Rigby F, Pastorek J. Pneumonia during pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 1996.
39. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública México. 1985.
40. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter. Health Soc Behav. 1995.
41. Salaverry O. Interculturalidad en salud. Revista Peru Med Exp. Salud Pública. 2010; 27(1).

42. Suárez Mutis MC. Servicios de salud, pueblos indígenas y prácticas médicas. scielo. 2001.
43. Rodríguez Leal D, Verdú J. Consecuencias de una muerte materna en la familia. Aquichan. 2013 Diciembre ; 13(3).
44. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development - Oficina de Comunicaciones. ¿Se puede prevenir la morbilidad y la mortalidad maternas? [Online].; 2020. Available from: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/maternal-morbidity-mortality/conditioninfo/prevention>.
45. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. El derecho a la salud de los pueblos indígenas. CNDH. 2015.
46. Presidencia de la República. Resolución V. "Salud de los pueblos indígenas". 1993.
47. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. 1993..
48. Ranaivoarisoa MY. Caracterización de la mortalidad materna en la población aborigen de la provincia de Formosa de 2000 a 2004. Universidad Nacional de Córdoba. 2014.
49. Fanaia Teixeira NZ, Rocha Pereira W, Barbosa DA, Carneiro Vianna LA. Mortalidad materna y su interfaz con la raza en Mato Grosso / Mortalidad materna y raza en el estado brasileño de Mato Grosso. Rev. sujetadores. mater de salud. infantil. 2012 enero-marzo; 12(1): p. 27-35.
50. Monroy Amado JL, Vargas Valencia LM. Comparación de resultados de políticas en salud de la población general, con grupos étnicos minoritarios. Una primera mirada. Revista médica Risaralda. 2017 Jul - Dic; 23(2): p. 58-60.
51. Ministerio de Salud - Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ecuador. Base de datos de mortalidad materna años 2015 - 2017. Ministerio de Salud. 2020.
52. Londoño Palacio O. Guía para construir estados del arte. International Corporatio of Networks of Knowledge. 2016.

12. ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO

No.	Rubros	Costos asumidos por los investigadores		Costos asumidos por la FUSM		Otras fuentes de financiación		Total
		Especie	Efectivo	Especie	Efectivo	Especie	Efectivo	
1	Talento Humano	0	0	437,500	0	0	0	437,500
2	Equipos y Software	1600000	0	0	0	0	0	1,600,000
3	Materiales e insumos	60000	0	0	0	0	0	60000
4	Servicios técnicos	150000	0	0	0	0	0	150000
5	Software	100000	0	0	0	0	0	100000
6	Bibliografía	0	0	0	0	0	0	0
7	Otros(Internet)	80000	0	0	0	0	0	80000
	Total	1,990,000	0	437,500	0	0	0	2,427,500

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Mes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión de literatura												
Aprobación de la propuesta												
Elaboracion de anteproyecto												
correcciones de anteproyecto												
Recolección de la información												
Analisis de informacion (matriz excel)												
Presentacion de informe de avance												
Escritura de Informe final												
Presentación de resultados												

ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Estima NM, Alves SV.	Brasil	Muertes maternas y muertes de mujeres en edad fértil en la población indígena, Pernambuco, Brasil, 2006-2012	Base de datos compuesta por 115 registros.	Estudio descriptivo de las muertes por WCA.	9/10
Kestler E, Walker D, Bonvecchio A, de Tejada SS, Donner A.	Guatemala	Una ruta de implementación aleatoria de conglomerados emparejados para medir la efectividad de un paquete de intervención destinado a disminuir la mortalidad perinatal y aumentar la atención obstétrica institucional entre mujeres indígenas en Guatemala: protocolo de estudio	Las clínicas sin servicios de 24 horas y aquellas con quirófanos fueron excluidas del ensayo, 38 clínicas fueron excluidas por estos criterios dejando 30 clínicas participantes.	Ensayo aleatorizado por grupos de pares emparejados evaluará la efectividad de un paquete de tres intervenciones.	9/10
Ibáñez-Cuevas M, Heredia-Pi IB, Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte B, González-Block MA.	México	Uso del servicio de parto y trabajo de parto: la preferencia de las mujeres indígenas y la respuesta del sector salud en los Altos de Chiapas en México	25 entrevistas semiestructuradas con usuarias y no usuarias de los servicios de trabajo de parto y parto.	Se utilizó una guía de entrevistas diseñada específicamente para este estudio para obtener información sobre las percepciones de las mujeres indígenas y PTs en cuanto a la atención del trabajo de parto y el parto en la CM y el hospital.	9/10
Gamlin J, Holmes S.	México	Muertes perinatales evitables en comunidades indígenas Wixárika: un estudio etnográfico sobre el embarazo, el parto y la violencia estructural	Se entrevistó a 62 mujeres durante el embarazo y se les dio seguimiento después del nacimiento de su hijo. Los datos de observación se recopilaron durante 18 meses, produciendo más de quinientas páginas de notas de campo	Incluyó entrevistas con mujeres durante el embarazo y después del parto, así como observaciones a largo plazo de la dinámica familiar y comunitaria. Las entrevistas posparto fueron semiestructuradas y utilizaron una lista de verificación de preguntas sobre asistencia al parto, resultados y experiencias	9/10
Acevedo P, Martínez S, Pinzon L, Sanchez-Monin E, Winters S.	Panamá	La distancia como barrera para la atención obstétrica en mujeres indígenas de Panamá: un estudio transversal	Muestra representativa de 1336 mujeres indígenas con un parto en los 12 meses previos a la encuesta	Estudio transversal que utiliza datos de referencia de la evaluación de un programa de transferencias monetarias condicionadas para promover una mayor utilización de los servicios de salud materno-infantil.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Stollak I, Valdez M, Rivas K, Perry H.	Guatemala	Casas Maternas en el Altiplano Rural de Guatemala: Un Estudio de Caso de Métodos Mixtos sobre la Introducción y Utilización de Instalaciones de Parto por una Población Indígena	Las participantes del estudio fueron todas las mujeres que habían dado a luz en las 2 casas maternas operando en el área de estudio, durante el período de 12 meses entre el 1 de abril de 2013 y el 31 de marzo de 2014	Se recopilaron tres tipos de datos de los participantes del estudio: (1) datos de encuestas de hogares de todas las madres elegibles para ser incluidas en el estudio, (2) entrevistas en profundidad con madres seleccionadas y (3) discusiones de grupos focales con informantes clave seleccionados, incluidos los miembros del Comité Micro-Regional, las comadronas y el personal de Casa Materna, para desidentificar cada entrevista, cada cuestionario se etiquetó con un número de código único. Los datos fueron ingresados en Epi Info versión 7.1 por un equipo de 4 miembros del personal de ingreso de datos capacitados en ingreso de datos Epi Info, control de calidad y garantía de confidencialidad.	9/10
Peña-Redondo MI, Velásquez-Gutiérrez	Colombia	Comprendiendo el significado del puerperio para las indígenas embera katíos de Tierralta, Córdoba, 2018.	Se contó con 12 colaboradores generales (entre ellos, siete gobernadores que apoyaron la entrada a campo y dieron la autorización para desarrollar la investigación) y 13 colaboradoras indígenas puérperas clave, de la etnia emberá katío, residentes en el municipio de Tierralta, que se encontraban en su domicilio (zona urbana) o tambo (zona rural)	Se emplearon los métodos de observación participante y entrevistas a profundidad. El análisis fue guiado por la propuesta de Leininger	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
García-Rodríguez Y, Anaya-González JL, Acosta-Limaico MB, Álvarez-Moreno M, López-Aguilar E, Vásquez-Figueroa TI	Ecuador	Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016)	62 mujeres atendidas en dicho período desde marzo hasta mayo de 2016	Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal. Se utilizó la encuesta de satisfacción, validada por el Ministerio de Salud Pública ecuatoriano estructurada con áreas temáticas focalizadas, constituida por una serie de preguntas abiertas y cerradas	9/10
Llamocca Rodri-guez, Armando	Perú	Subregistro de mortalidad materna en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Oficina de Estadística e Informática y Registro Civil en comunidades indígenas del Distrito de Andoas, Provincia del Datem del Marañón-Región Loreto durante el periodo 2001-2012	Defunciones maternas ocurridas entre 2001-2012 (entre 01 de enero de 2001 y 31 de diciembre de 2012) en 23 comunidades indígenas del distrito de Andoas.	Se utilizó un diseño transversal descriptivo que consistió en la identificación y descripción de las defunciones maternas, mediante búsqueda activa comunal, autopsia verbal y revisión de expedientes clínicos en 23 comunidades del distrito y Andoas, provincia de Datem del Marañón- Región Loreto.	9/10
Dueñas-Matute SE, Zagiacomi-Martínez E, Donadi EA	Ecuador	Parto Intercultural: Impacto en la Salud Materna del Pueblo Kichwa y Mestizo Ecuatoriano de la Región de Otavalo	Evaluó a todas las mujeres indígenas y no indígenas embarazadas del cantón Otavalo que dieron a luz en el Hospital San Luis de Otavalo (SLOH), de 2014 a 2016. Se estudió un total de 4.213 mujeres	El presente estudio retrospectivo, los datos sobre el número total de partos, el número de partos interculturales y la mortalidad materna se recuperaron de la base de datos y registro estadístico de la SLOH, de acuerdo con las actas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Dado que SLOH no tiene un sistema de información computarizado, todos los datos se obtuvieron de registros médicos no electrónicos.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Bello-Álvarez LM, Parada-Baños AJ	Colombia	Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de casos a partir de vigilancia centinela	Todas las muertes maternas, directas e indirectas, y los nacidos vivos reportados en la población indígena del país durante 2011 a 2013	Estudio basado en vigilancia epidemiológica de casos de mortalidad materna, Se excluyeron los casos de mortalidad coincidente con el embarazo, como las muertes por lesiones por causas externas, causas accidentales e incidentales. La búsqueda de casos centinela de mortalidad materna se realizó en las bases de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud (INS), y registros de nacimientos y muertes del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) para el tiempo de periodo entre 2011 y 2013. Se creó una base de datos en Microsoft Excel 2013 ® y luego se analizó con el paquete de software STATA v12.1®. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para los datos descriptivos; las variables continuas se presentan en medias y rangos.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Palópoli-Pícoli R, de Oliveira-Cazola LH, Ferreira-Lemos E	Brasil	Mortalidad materna según raza/color de piel en Mato Grosso do Sul, Brasil, de 2010 a 2015	Defunciones maternas según raza / color desde 2010 a 2015	Estudio epidemiológico de defunciones maternas según raza / color, con base en datos extraídos de los Sistemas de Información de Mortalidad (SIM, según sus siglas en portugués) y Nacidos Vivos (Sinasc, según sus siglas en portugués), de 2010 a 2015. Se calculó la razón de mortalidad materna, la razón de mortalidad materna específica y el análisis de las muertes maternas según variables obstétricas. Para Sinasc, el no llenado del campo raza / color de piel correspondió a 0.8% en 2010 y 0.1% en 2015; para SIM, el 100% de los casos reportaron la información de color. Ambos con cobertura y calidad de datos satisfactorias. Se utilizó el software Epi Info 7 para ejecutar la prueba de chi-cuadrado para variables numéricas discretas (edad y años de educación).	10/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Bula-Romero JA, Galarza K	Colombia	MORTALIDAD MATERNA EN LA GESTANTE WAYÚU DE URIBIA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, COLOMBIA. ESTUDIO DESCRIPTIVO AÑO 2016.	Mortalidad materna wayuu en el municipio de Uribia durante 2010-2011	En la primera fase de este estudio se revisó la literatura existente en relación con el comportamiento de la mortalidad materna, especialmente en comunidades indígenas. Se hizo énfasis en la búsqueda de factores relacionados con este tipo de evento, tales como: pertenencia étnica, grupo etario, profesional de salud que realiza la atención del parto, causas asociadas a la mortalidad materna y prácticas culturales de cuidado en las gestantes de comunidades indígenas. La segunda fase consistió en contrastar los hallazgos reportados en el proceso investigativo a la luz de la literatura disponible sobre el fenómeno estudiado. Los datos obtenidos fueron transcritos a una base de datos elaborada en Microsoft Excel versión 3.5 diseñada especialmente para la investigación.	9/10
Sanhueza A, Calle-Roldán J, Ríos-Quituzaca P, Acuña MC, Espinosa I	Ecuador	Desigualdades sociales en mortalidad materna entre las provincias del Ecuador	24 provincias del Ecuador	Estudio ecológico transversal utilizando datos provenientes de las 24 provincias de Ecuador en el 2014, calculando la razón de mortalidad materna para cada provincia, así como estudiando la asociación y su fuerza entre la razón de mortalidad materna y el conjunto de los indicadores socioeconómicos. Se obtuvieron las medidas de desigualdades para aquellos indicadores socioeconómicos que mostraban una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad materna.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Nájera-Arregocés S; Tuesca-Molina R	Colombia	Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012	Se analizaron las muertes maternas ocurridas en el departamento de La Guajira, Colombia, entre 2010 y 2012 a partir de datos de fuentes secundarias provenientes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y de la Secretaría de Salud Departamental de La Guajira	Para la medición de las desigualdades se calcularon la diferencia entre las tasas de mortalidad materna, la razón de esas tasas y el riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP%) para el departamento de La Guajira y para los departamentos con menor razón de mortalidad materna (RMM) en el año 2011 en la región Caribe y el país.2 Se calculó la diferencia y la razón de las tasas de las RMM de La Guajira con respecto al departamento con mejor situación del país y la región Caribe; el RAP% se calculó como la diferencia entre la RMM de La Guajira y la del departamento con la mejor situación del país y la región Caribe, dividida entre la RMM de La Guajira. Se estimó el coeficiente de Gini y se elaboró la curva de Lorenz para la región Caribe de Colombia a partir de la mortalidad materna del año 2011, y el índice de concentración para la región Caribe de Colombia a partir de la mortalidad materna y el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Además, se calculó el índice de concentración para la región Caribe de Colombia, a partir de los datos de mortalidad materna y el índice de desarrollo humano (IDH). Para estimar los índices de Gini y de concentración se utilizó el programa estadístico Epidat 4.0.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Fanaia-Teixeira NZ, Rocha-Pereira W, Aparecida-Barbosa D, Carneiro-Vianna LA	Brasil	Mortalidad materna y su interfaz con la raza en Mato Grosso	Mortalidad materna según la raza durante 2000 y 2006	Estudio epidemiológico basado en datos del Certificado de Defunción, DATASUS y SIM / SES-MT, que proporcionó el análisis de la serie histórica entre esos años. La raza / color de las mujeres que murieron por causas maternas se relacionó con las variables edad, educación, estado civil, causa subyacente de muerte y tipo de causa obstétrica. Se utilizó la prueba de la X2 y la razón de posibilidades.	9/10
Paguay Catañeda LJ, Paguay Catañeda YP	Ecuador	Análisis de los factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en el Ecuador periodo 2006-2016	La población de estudio corresponde al total de casos de muerte registrados en el período 2006-2016 la cual corresponde a 1.936 muertes maternas ocurridas en el embarazo, parto y puerperio en el Ecuador en los años 2006-2016.	Se parte del método deductivo para extraer conclusiones particulares de la mortalidad materna en el Ecuador a partir de premisas generales. El diseño de la investigación es no experimental porque es sistemática y empírica y no se han manipulado las variables independientes porque estas ya han sucedido sin intervención o influencia directa, y solo se analizan las variables en su entorno natural, para este estudio se utilizó la base a datos existentes proporcionados por el INEC del Anuario de Estadísticas Vitales: defunciones generales	10/10
Merchán-Camacho ML	Ecuador	Gestión pública de la salud y su incidencia en los factores determinantes e influyentes de la mortalidad materna indígena en el cantón Colta, provincia de Chimborazo, periodo 2014-2017	Mujeres indígenas de edad fértil en dos estratos específicos: de 15 a 29 años y de 30 a 49 años para una población total de 139 mujeres, 10 estableciéndose muestras para los grupos de 9 y 29 encuestas, respectivamente.	La investigación es de carácter cualitativa de tipo exploratoria y descriptiva, se determinó utilizar la encuesta semiestructurada como técnica de investigación social, para lo cual se estableció trabajar con el "muestreo por cuotas" como técnica de muestreo no probabilístico.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
de la Cruz-Inlago MG	Ecuador	Influencia de la cooperación internacional en la reducción de la muerte materna de los pueblos de la nacionalidad kichwa del Ecuador, periodo 1990-2014	9 provincias de la sierra ecuatoriana (donde están ubicados los pueblos de la nacionalidad kichwa), En total se ha aplicado 44 cuestionarios, según se indica en las tabulaciones de los, Parteras 9, usuarios, líderes y lideresas 13, Parejas de las madres 7, Institución de salud intercultural 9, instituciones de cooperación internacional Pichincha-Quito 4	La metodología de trabajo para lograr cambios y mejorar la atención del parto, está recogida en el Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP). La falta de políticas públicas acordes a las realidades de las diversidades culturales en el Ecuador, según el estudio CEPAR, en el 2006, con sus datos ya con la diferenciación étnica y con alto índice de parto en casa o en domicilio, a nivel institucional permitió generar instrumentos que ayuden a plasmar en políticas públicas el enfoque de interculturalidad, hoy conocido como el Modelo de Atención Integral de Salud MAIS – FCI, legalizado en 2013.	9/10
Baca-Guerrero ML	Ecuador	Análisis de la caracterización de las causas de la mortalidad materna en Ecuador, periodo 2015-2017	Mortalidad de maternas en Ecuador desde el año 2015 a 2016	La parte cualitativa, se trabajó con bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) a través de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Para la caracterización de las causas de la mortalidad materna se usó un modelo de regresión logística multinomial nominal porque la variable causas básicas puede presentar a cualquiera de los ocho grupos de causas básicas determinados por el ministerio de salud en base al CIE-10 y al no tener un orden es nominal. Mientras las variables independientes son variables categóricas y variables continuas.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Ramos-Dos Santos D, y otros	Brasil	Mortalidad materna en la población indígena y no indígena de Pará: contribución a la vigilancia de la muerte	Muerte de maternas indígenas y no indígenas en el estado de Pará	Estudio con abordaje cuantitativo, analítico, retrospectivo, que abarca un historial de 2005 a 2014. Para analizar los resultados, se utilizaron pruebas estadísticas no-paramétricas, el Chi-Cuadrado y la prueba G, procesados en el programa BioStat 5.0	9/10
Hernández Bello A, Rodríguez-Hernández JM, Cubillos-Novella AF, Santacruz-Caicedo MA, Van der Werf-Cuadros L, Vega-Romero R, García Becerra A	Colombia	Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas arhuaca y wayuu evidencias y propuestas de intervención	Se realizó un análisis bivariado comparativo entre población indígena y no indígena tanto a nivel nacional como en los departamentos de la subregión Cesar, La Guajira y Magdalena, donde se asientan mayoritariamente los pueblos arhuaco y wayuu	Con un enfoque general participativo e interpretativo, la investigación tuvo un diseño multimodal que combinó métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas en dos fases: La fase diagnóstica incluyó: 1) el análisis de fuentes secundarias, 2) un estudio de caso cualitativo basado en fuentes primarias —comunidades e instituciones y 3) la revisión sistemática y narrativa de la literatura mundial y fase de construcción	9/10
Ranaivoarisoa MY	Argentina	Defunciones maternas en población aborígen y “criolla” de la provincia de Formosa desde 2000 a 2004	Defunciones maternas en población aborígen y “criolla” de la provincia de Formosa desde 2000 a 2004	Estudio observacional descriptivo que abarca un período de 4 años. La Razón de Mortalidad Materna (RMM), se calcula dividiendo la cantidad de defunciones maternas acaecidas en una población determinada durante un período determinado, generalmente un año, por la cantidad de nacidos vivos en la misma población y durante el mismo período. Es el indicador más utilizado. Es un indicador que refleja de manera directa el estado de salud de una población, y permite vislumbrar las condiciones sociales, económicas y culturales de la misma.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Pineda-Rivera PT, Pinzón-Rondón AM, Correa-Pérez L, Duran CF	Colombia	Caracterización de mortalidad materna y morbilidad materna extrema en Leticia, Amazonas 2012-2016	La población a estudio fueron todas las mujeres notificadas al sistema de vigilancia de eventos de interés en salud pública SIVIGILA por mortalidad materna o morbilidad materna extrema durante el período 2012-2016 en Leticia, Amazonas.	Estudio descriptivo de casos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) por Mortalidad Materna o Morbilidad materna extrema (MME) entre el 2012 y el 2016. Mediante instrumento de recolección se obtuvo información de: SIVIGILA, historias clínicas, unidades de análisis de mortalidad materna, evaluación de demoras y autopsias verbales	9/10
Hernández-Chiguil de Vaides JM, Castañeda Abascal IE	Guatemala	Mortalidad materna en Alta Verapaz, Guatemala. 2012-2015	182 mujeres fallecidas por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio en el departamento de Alta Verapaz que se encontraron registradas en el reporte de mortalidad materna de cada distrito	El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal, la información recogida se resumió en tasas y por cientos y se presentó en forma de textos, por tablas y gráficos. Variables estudiadas: Variables sociodemográficas y variables relacionadas con la atención de salud recibida por las fallecidas	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Yalán-Leal EE	Perú	Análisis de la mortalidad materna de la comunidad nativa de puerto Ocopa – Satipo - Junín 2017 – 2019”	Los casos de muertes maternas comprendidas en el año 2017, ocurridos en los establecimientos de salud, domicilio y en el traslado a establecimientos de salud. La información de estos casos es remitida a través de teléfonos, radios a la DISA en cada semana epidemiológica (VEA), a sí mismo aportan información los comités de salud, líderes comunitarios, etc	El presente es un estudio retrospectivo - descriptivo de casos de muertes maternas obtenidas fichas epidemiológicas de mortalidad materna, informes de muertes maternas que remiten al programa materno perinatal de Puerto Ocopa y las autopsias verbales que se realizan en el lugar del fallecimiento con la finalidad de describir los factores de riesgo, manejo en el establecimiento de salud que se relacionan con la mortalidad materna en Puerto Ocopa Se revisará las historias clínicas de cada uno de los casos fallecidos para detectar los factores causales los cuales serán revisados minuciosamente y se utilizará un instrumento de ficha para lograr plasmar todos los datos encontrados en cada una 18 de las historias clínicas, fichas maternas y fichas epidemiológicas de las muertes maternas. Datos que serán procesados para su respectivo estudio y una encuesta.	9/10

ESTUDIOS Autores	PAÍS	TÍTULO	POBLACIÓN	METODOLOGÍA	CASPE
Zambrano Moya DE	Ecuador	Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en la provincia de Imbabura en el período 2004-2012	El universo de este estudio lo constituyeron todas las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio en la provincia de Imbabura en el período 2004-2012. Es un estudio tipo censo por lo que se tomó a todo el universo como muestra de estudio.	Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, la información correspondiente fue recolectada a través de un instrumento de recolección electrónico elaborado por el investigador en Microsoft Office Excel 2007. Las variables que fueron estudiadas son: edad, etnia, estado civil, residencia, nivel de instrucción, ocupación, pobreza, acceso a servicios básicos, antecedentes clínico-quirúrgicos, número de embarazos, controles prenatales, período del embarazo, parto o puerperio en que se produjo la complicación, causa de fallecimiento, lugar y año de fallecimiento, tipo de demora, tipo de muerte obstétrica, y su evitación. indicador fue la razón de mortalidad materna (RMM) definida como “el número de defunciones maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos”	9/10

