

**CAUSAS DIRECTAS E INDIRECTAS DE LA MUERTE MATERNA: PATRONES Y
CAMBIOS EN EL PERFIL ETIOLÓGICO ECUATORIANO**
**DIRECT AND INDIRECT CAUSES OF MATERNAL DEATH: PATTERNS AND CHANGES
IN THE ECUADORIAN ETIOLOGICAL PROFILE**

Autores: ¹Carmen Azucena Yancha Moreta, ²Joyce Estefanía Rodríguez Moreira, ³Xavier Caicedo Vera, ⁴Eddy Javier Calva Castro y ⁵Alexandra Mylena Portilla Gonzaga.

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6082-5560>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-0713-9489>

³ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-7671-5664>

⁴ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-4184-1685>

⁵ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-8229-8889>

¹E-mail de contacto: cyanham@unemi.edu.ec

²E-mail de contacto: jrodriguez37@unemi.edu.ec

³E-mail de contacto: xcaicedov2@unemi.edu.ec

⁴E-mail de contacto: ecalvac@unemi.edu.ec

⁵E-mail de contacto: aportillag@unemi.edu.ec

Afiliación: ¹*²*³*⁴*⁵*Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

Artículo recibido: 16 de Mayo de 2025

Artículo revisado: 17 de Mayo de 2025

Artículo aprobado: 29 de Mayo de 2025

¹Médico, graduada de la Universidad de Guayaquil, (Ecuador). Magíster en Gerencia de Servicios de la Salud, graduada de la Universidad Técnica de Babahoyo, (Ecuador). Especialista en Enfermería Pediátrica, graduada de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, (Ecuador).

²Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

³Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

⁴Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

⁵Estudiante de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

Resumen

Este artículo de revisión narrativa analiza las causas directas e indirectas de la mortalidad materna en Ecuador, con el propósito de caracterizar su comportamiento epidemiológico y resaltar la influencia de los determinantes sociales en la persistencia de brechas. Partiendo de la revisión de literatura científica nacional e internacional, así como de reportes institucionales, se presenta un panorama actualizado sobre la clasificación etiológica de la mortalidad materna, la evolución histórica de la tasa de mortalidad en el país y la transición epidemiológica que ha incrementado la proporción de enfermedades crónicas e infecciosas como causas indirectas. Se describen, además, las principales brechas en la cobertura y calidad de los servicios de salud obstétrica, tanto en áreas rurales como urbanas. Los resultados muestran que, a pesar de los avances normativos y las mejoras en la infraestructura sanitaria, quedan desigualdades significativas: las provincias con mayor pobreza, alta ruralidad y población indígena

muestran tasas de mortalidad materna notablemente elevadas en comparación con zonas más urbanizadas y de mayor desarrollo económico. Sumado a esto, el perfil etiológico ha sufrido cambios en las últimas décadas: la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos siguen siendo las causas directas, pero las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial, junto con las infecciones emergentes (notablemente COVID-19), han ganado protagonismo como causas indirectas. Se llega a la conclusión de que la reducción de la mortalidad materna exige un enfoque integral que incorpore la atención oportuna de complicaciones obstétricas, el fortalecimiento de las políticas de planificación familiar y la gestión eficaz de enfermedades crónicas, así como intervenciones intersectoriales que aborden las desigualdades socioeconómicas subyacentes.

Palabras clave: Mortalidad materna, Causas directas, Causas indirectas, Transición epidemiológica, Ecuador.

Abstract

This narrative review analyzes the direct and indirect causes of maternal mortality in Ecuador with the aim of characterizing epidemiological behavior and highlighting the impact of social determinants on persistent gaps. Drawing on scientific literature and institutional reports, this paper offers an updated overview of the etiological classification of maternal mortality, the historical evolution of maternal mortality rates in the country, and the epidemiological transition that has led to a rising proportion of chronic and infectious diseases as indirect causes. In addition, the main gaps in obstetric health service coverage and quality in both rural and urban areas are described. Findings reveal that despite regulatory advances and improvements in health infrastructure, significant inequalities remain: provinces with higher poverty rates, pronounced rurality, and large indigenous populations show markedly higher rates of maternal mortality compared to more urbanized and economically developed areas. Moreover, the etiological profile has shifted in recent decades: obstetric hemorrhage and hypertensive disorders remain the leading direct causes, but chronic diseases such as diabetes and arterial hypertension, along with emerging infections (notably COVID-19), have become more prominent as indirect causes. The overall conclusion is that reducing maternal mortality requires an integrated strategy that includes timely management of obstetric complications, enhanced family planning policies, effective management of chronic conditions, and intersectoral interventions addressing the underlying socioeconomic disparities.

Keywords: **Maternal Mortality, Direct Causes, Indirect Causes, Epidemiological Transition, Ecuador.**

Sumário

Este artigo de revisão narrativa analisa as causas diretas e indiretas da mortalidade materna no Equador, para caracterizar seu comportamento epidemiológico e destacar a influência dos determinantes sociais na persistência de lacunas. Com base em uma revisão da literatura

científica nacional e internacional, bem como em relatórios institucionais, é apresentada uma visão geral atualizada sobre a classificação etiológica da mortalidade materna, a evolução histórica da taxa de mortalidade no país e a transição epidemiológica que aumentou a proporção de doenças crônicas e infecciosas como causas indiretas. Também descreve as principais lacunas na cobertura e na qualidade dos serviços de saúde obstétrica nas áreas rurais e urbanas. Os resultados indicam que, apesar dos avanços regulatórios e das melhorias na infraestrutura de saúde, persistem desigualdades significativas: as províncias com maior pobreza, alta ruralidade e populações indígenas apresentam taxas de mortalidade materna nitidamente mais altas em comparação com áreas mais urbanizadas e economicamente desenvolvidas. Além disso, o perfil etiológico mudou nas últimas décadas: a hemorragia obstétrica e os distúrbios hipertensivos continuam sendo as causas diretas, mas doenças crônicas como diabetes e hipertensão, juntamente com infecções emergentes (principalmente a COVID-19), ganharam destaque como causas indiretas. Conclui-se que a redução da mortalidade materna requer uma abordagem abrangente que incorpore cuidados oportunos para complicações obstétricas, políticas de planejamento familiar fortalecidas e gerenciamento eficaz de doenças crônicas, bem como intervenções intersectoriais que abordem as disparidades socioeconômicas subjacentes.

Palavras-chave: **Mortalidade materna, Causas diretas, Causas indiretas, Transição epidemiológica, Equador.**

Introducción

La mortalidad materna se ha considerado a lo largo de la historia un indicador crítico de la calidad de los servicios de salud, así como de las inequidades sociales que afectan a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (Ministerio de Salud Pública, 2021). En la mayoría de los países, la razón de mortalidad materna (RMM) se emplea para estimar el número de fallecimientos por cada 100 000 nacidos vivos y, de este modo, apreciar

la efectividad de las políticas públicas orientadas a la atención obstétrica. Tradicionalmente, las causas de muerte materna se clasifican en directas e indirectas (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019). Las causas directas están ligadas a complicaciones obstétricas inmediatas, derivadas de factores propios del embarazo, parto o puerperio, como la hemorragia, la preeclampsia y la sepsis (Scarton et al., 2020; Skhvitaridze et al., 2020). Por su parte, las causas indirectas abarcan enfermedades preexistentes o adquiridas durante la gestación, que se ven exacerbadas por la demanda fisiológica del embarazo, entre ellas la diabetes, las cardiopatías o las infecciones emergentes (Hogan et al., 2016; Organización Mundial de la Salud, 2010).

La definición clásica de la mortalidad materna, establecida por la OMS, enfatiza la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posteriores a su terminación, por causas relacionadas o agravadas por la gestación o su manejo, excluyendo causas accidentales (Scarton et al., 2020; World Health Organization, 2012). Esta definición se ha mantenido como referencia para la clasificación etiológica e impulsa la adopción de sistemas de vigilancia, como el ICD-10, que tipifican con mayor precisión cada una de las causas (Cirelli et al., 2018). En la práctica, resulta crítico diferenciar adecuadamente las causas directas de las indirectas, pues ello permite la generación de estrategias de prevención, detección y tratamiento más específicas (Hogan et al., 2016). Así, en los contextos donde se han logrado avances importantes en la atención obstétrica de emergencia, se ha observado un descenso en la proporción de muertes directas, mientras que las causas indirectas toman relevancia a causa de la transición epidemiológica y el mayor peso de las

enfermedades crónicas o infecciosas (Cirelli et al., 2018; Diaz de Leon Ponce, 2015).

Ecuador ha mostrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna. Sin embargo, los indicadores oficiales señalan la permanencia de disparidades regionales y socioeconómicas (Alcocer Ortega et al., 2023; Sanhueza et al., 2017). Históricamente, el país vivió una reducción notable de la RMM entre 1990 y 2015, pasando de 185 a 64 muertes por 100 000 nacidos vivos, lo cual representó un logro dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Sanhueza et al., 2017). No obstante, este descenso no ha sido homogéneo: persisten brechas notorias en zonas rurales, la Amazonía y regiones con alta proporción de población indígena y mayores tasas de pobreza (Alcocer Ortega et al., 2023; Breilh P, 2015). Algunos periodos han registrado retrocesos o estancamientos; por ejemplo, entre 2013 y 2014 hubo un ligero repunte de la RMM y la pandemia de COVID-19 evidenció la fragilidad de los sistemas sanitarios de la región (Bejarano et al., 2022; Paucar Ati et al., 2022).

Asimismo, factores sociales como la inequidad de género, el nivel educativo y la ruralidad influyen en el acceso y la calidad de los servicios obstétricos (Bejarano et al., 2022). En la actualidad, Ecuador enfrenta el desafío de garantizar una cobertura sanitaria universal en el marco de la Constitución de 2008, que reconoce la salud como un derecho humano. Pese a iniciativas de fortalecimiento de la atención primaria, mejora de la infraestructura hospitalaria y capacitación del personal de salud, persisten desigualdades territoriales que explican buena parte de la variabilidad en la mortalidad materna (Alcocer Ortega et al., 2023).

La globalización y los cambios demográficos han propiciado un escenario de transición epidemiológica, caracterizado por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y las cardiopatías, sumado a la emergencia de nuevas infecciones (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019). Estos factores han cobrado un papel importante en la mortalidad materna, pues la presencia de comorbilidades crónicas o infecciones virales (como COVID-19) contribuye al deterioro de la salud materna y complica la evolución del embarazo (Dávila Flores et al., 2023; Felles Montoya et al., 2022; Macías Moreira et al., 2023). En Ecuador, se ha registrado un creciente peso de las causas indirectas derivadas de estas condiciones, lo cual exige una visión integral que abarque el diagnóstico y manejo prenatal de enfermedades crónicas, así como la vigilancia epidemiológica oportuna de patologías emergentes (Dávila Flores et al., 2023; Sánchez Chavaría et al., 2023a).

La mortalidad materna persiste en niveles preocupantes en áreas rurales y en poblaciones vulnerables, a pesar de los planes nacionales de atención obstétrica y de promoción de la salud sexual y reproductiva (Ministerio de Salud Pública, 2021). Factores como la baja calidad de los servicios, la falta de especialistas en zonas alejadas, la precariedad en los sistemas de referencia y contrarreferencia, y las barreras culturales con poblaciones indígenas, contribuyen a que las mujeres no accedan a la atención médica oportuna (Landini et al., 2015; Rodríguez Angulo et al., 2023). La identificación de estas brechas resulta esencial para comprender por qué las causas directas siguen siendo elevadas en ciertas regiones y cómo se ha producido el incremento de las causas indirectas ligado a las enfermedades crónicas y emergentes. Además, el análisis de

sesgos y limitaciones metodológicas en las fuentes oficiales y estudios independientes es fundamental para lograr una clasificación confiable de la mortalidad materna (Hogan et al., 2016). Solo con un panorama fidedigno se podrá diseñar e implementar estrategias concretas que garanticen la igualdad en el acceso a la atención obstétrica y la reducción de muertes evitables.

Marco teórico

Al revisar los conceptos y clasificaciones internacionales, así como las investigaciones que pudieran aportar de alguna manera evidencia contextual sobre la mortalidad materna, se toma en consideración en primer lugar, la definición de mortalidad materna aportada por la OMS, dígase la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación, por causas relacionadas con la gestación o su manejo, excluyendo razones accidentales (Scarton et al., 2020; World Health Organization, 2012). Esta definición, ampliamente aceptada, subyace a la clasificación de las causas en directas e indirectas (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2019).

Causas directas de mortalidad materna

En otro orden de ideas, las causas directas de la mortalidad materna abarcan complicaciones obstétricas que tienen una relación inmediata con el embarazo, el parto o el puerperio (Hogan et al., 2016; Scarton et al., 2020). Entre las más frecuentes se incluyen la hemorragia obstétrica, que es la principal causa de muerte a nivel global, frecuentemente relacionada con atonía uterina, retención placentaria, rupturas uterinas y alteraciones de la coagulación; los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia), los cuales representan una proporción significativa de los fallecimientos, especialmente cuando no se realiza un control prenatal adecuado; las infecciones puerperales

o sepsis, asociadas a falta de higiene en el parto, retraso en el tratamiento y condiciones hospitalarias deficientes; el aborto inseguro, cuando se realizan procedimientos sin supervisión médica o en ambientes poco estériles que generan complicaciones fatales por hemorragias e infecciones; el parto obstruido, un problema frecuente en contextos con atención obstétrica limitada; así como otras complicaciones, tales como embolia de líquido amniótico, complicaciones anestésicas, entre otras.

Causas indirectas de mortalidad materna

Por otro lado, las causas indirectas de la mortalidad materna se derivan de enfermedades preexistentes o surgidas durante la gestación, que no son complicaciones obstétricas en sí mismas, pero se agravan por el embarazo (OMS, 2019; Hogan et al., 2016). Entre ellas pueden mencionarse las enfermedades cardiovasculares, como las cardiopatías congénitas o adquiridas que aumentan el riesgo de descompensación durante el embarazo; las enfermedades endocrinológicas, como la diabetes y la disfunción tiroidea; las enfermedades infecciosas, dígame tuberculosis, VIH/SIDA y, más recientemente, COVID-19, que han elevado el número de muertes maternas en diversos contextos; así como los trastornos autoinmunes, oncológicos y renales, que, aunque menos frecuentes, pueden desencadenar complicaciones fatales.

Es importante señalar que el capítulo O del ICD-10 delimita subcategorías específicas para las complicaciones obstétricas (causas directas) y para las afecciones médicas agravadas por el embarazo (causas indirectas) (Hogan et al., 2016). Así, a medida que se perfeccionan los sistemas de vigilancia, se ha observado un mayor reporte de causas indirectas, que antes quedaban subregistradas o mal clasificadas (Cirelli et al., 2018).

Transición epidemiológica y políticas públicas

Con el mejoramiento de la atención obstétrica en entornos hospitalarios, la proporción de muertes por complicaciones obstétricas directas ha disminuido, pero las condiciones crónicas mal controladas, la obesidad, la hipertensión arterial y las infecciones emergentes están elevando la contribución de las causas indirectas (Díaz de León Ponce et al., 2015; Macías Moreira et al., 2023). Este contexto requiere la articulación de políticas de prevención y detección precoz tanto a nivel preconcepcional como prenatal. De igual modo, son necesarias acciones intersectoriales que aborden la pobreza, la falta de educación y la desigualdad de género (Sanhueza et al., 2017).

Determinantes sociales de la mortalidad materna

Los factores socioeconómicos, culturales y políticos determinan el acceso a la salud y la oportunidad en el manejo de complicaciones. En Ecuador, la ruralidad, la pertenencia étnica, el bajo nivel de instrucción y la pobreza estructural se asocian a tasas de mortalidad materna más elevadas (Alcocer Ortega et al., 2023; Sanhueza et al., 2017). Por esto, el análisis de la mortalidad materna no puede limitarse a las causas biomédicas, sino que debe incorporar una perspectiva de equidad y derechos humanos (Breilh P, 2015).

Metodología

Este estudio se llevó a cabo bajo el diseño de revisión narrativa, cuyo propósito es sintetizar y analizar de forma crítica la producción científica en torno a un tema específico, en este caso, las causas directas e indirectas de la mortalidad materna en Ecuador y sus patrones de cambio. Se seleccionaron artículos, informes y documentos oficiales publicados entre 2012 y 2023 que abordaran la mortalidad materna en Ecuador o Latinoamérica. Asimismo, se

incluyeron estudios de corte epidemiológico, revisiones sistemáticas, metaanálisis y documentos técnicos de organismos internacionales (OMS, OPS) y nacionales (MSP, INEC). Se consultaron bases de datos como PubMed, SciELO, Scopus y Google Scholar, empleando términos de búsqueda en español e inglés: “mortalidad materna”, “causas directas”, “causas indirectas”, “Ecuador”, “transición epidemiológica”, “maternal mortality”, “direct causes”, “indirect causes”. Entoces, se diseñó una matriz de doble entrada para registrar:

- Datos generales de cada documento (autores, año, contexto),
- Tipo de estudio,
- Causas de mortalidad materna descritas,
- Aspectos metodológicos relevantes y
- Recomendaciones o hallazgos principales.

Por último, se priorizó la identificación de patrones epidemiológicos, distribución regional de los fallecimientos, determinantes sociales y propuestas de intervención. Los hallazgos se agruparon en torno a las causas directas e indirectas y las tendencias históricas y actuales de la mortalidad materna en Ecuador. También se consideraron las limitaciones metodológicas de los estudios y de las fuentes oficiales. Para la revisión crítica, se valoró la solidez de la evidencia en función de la consistencia de los resultados, la calidad metodológica y la pertinencia de las conclusiones a la realidad ecuatoriana.

A partir de los resultados obtenidos, se realizó un análisis comparativo con el marco teórico y las políticas públicas vigentes, discutiendo las implicaciones para la reducción de la mortalidad materna y las líneas de investigación futura. Al tratarse de una revisión de literatura, no se requirió aprobación de un comité de ética

de investigación. No obstante, se garantizaron los principios de rigor científico, transparencia y respeto a los derechos de autor. La metodología adoptada buscó proporcionar una comprensión amplia y contextualizada de la mortalidad materna en Ecuador, integrando estudios con diversos enfoques y calidades, y resaltando la necesidad de sistemas de vigilancia y clasificación más precisos.

Resultados

Patrones epidemiológicos de las causas directas de muerte materna en Ecuador

Los hallazgos confirman que la mortalidad materna en Ecuador presenta una elevada proporción de causas directas, coincidiendo con la tendencia histórica descrita en otros países latinoamericanos (Moreno-Martín et al., 2019; Pinargote Quiroz et al., 2019; Sánchez Chavaría et al., 2023b). Así la hemorragia obstétrica se identifica como la primera causa de muerte directa en diversas provincias. Estudios en Manabí y Ambato señalan proporciones entre el 24% y el 33% del total de muertes maternas (Pinargote Quiroz et al., 2019). La limitada disponibilidad de sangre y hemoderivados, unida al retraso en el diagnóstico y tratamiento, incrementa la letalidad en contextos rurales (Sánchez Chavaría et al., 2023).

Por otro lado, los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia) conforman entre el 20 % y el 41 % de los decesos directos (Pinargote Quiroz, 2019). En un estudio en Ambato, la eclampsia por sí sola representó el 24,4 % de las muertes maternas directas (Moreno-Martín et al., 2019). La falta de control prenatal regular y el diagnóstico tardío de la preeclampsia contribuyen a una mayor frecuencia de complicaciones.

También, la sepsis obstétrica es responsable de aproximadamente el 5 % al 7 % de los fallecimientos directos en varios registros

(Pinargote Quiroz, 2019). La deficiencia en las medidas de asepsia y la demora en la administración de antibióticos son factores determinantes. En cuanto a la distribución temporal y geográfica, se ha observado que alrededor del 77 % de las muertes directas se producen en el postparto inmediato (Sánchez Chavaría et al., 2023). Provincias con alta ruralidad como Morona Santiago, Pastaza o Manabí reportan tasas más elevadas, asociadas a la precariedad en la infraestructura sanitaria. Además, existen otros factores de riesgo asociados como el bajo nivel educativo, la residencia en áreas rurales dispersas, la falta de controles prenatales y las dificultades de transporte hacia los centros de salud.

Principales causas indirectas y variación regional

Por otra parte, las causas indirectas muestran un incremento, especialmente a partir del mejor control de las causas directas. En Ecuador, las enfermedades cardiovasculares, las infecciones emergentes y las condiciones metabólicas destacan por su prevalencia (Macías Moreira et al., 2023; Dávila Flores et al., 2023). Por ejemplo, las cardiopatías y las enfermedades cardiovasculares representan entre el 10 % y el 18 % de las muertes maternas indirectas, más frecuentes en regiones rurales con menor acceso a cardiología (Dorantes Álvarez et al., 2023; Pinillos-Vilca et al., 2021). También, enfermedades infecciosas emergentes como el COVID-19 se posicionó como una de las primeras causas indirectas en el periodo 2020-2021, superando a otras enfermedades como la influenza (Felles Montoya et al., 2022; Sánchez Chavaría et al., 2023b).

En la Amazonía ecuatoriana, además, la tuberculosis y el dengue continúan presentes, agravando la mortalidad materna por la deficiente cobertura y seguimiento (Martins et al., 2020). Deben mencionarse igualmente la

diabetes mellitus y trastornos metabólicos: en zonas urbanas de la Costa y la Sierra se observa una mayor prevalencia de obesidad y diabetes gestacional, condición asociada al incremento del riesgo de complicaciones (Macías Moreira et al., 2023). Y, aunque menos frecuentes, el cáncer y las enfermedades autoinmunes reportan fallecimientos principalmente por cáncer de mama, leucemias y lupus eritematoso sistémico, especialmente en regiones con mayor cobertura diagnóstica (Pinillos-Vilca et al., 2021). En cuanto a la variación regional de la prevalencia, se hace notar la zona Costa con tasas altas de diabetes y enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que la Amazonía destaca por la incidencia de infecciones y desnutrición (Sánchez Chavaría et al., 2023).

Dificultades persistentes en la atención obstétrica

La revisión pone en evidencia que los problemas en la cobertura y calidad de los servicios obstétricos dificultan la reducción de la mortalidad materna, tanto por causas directas como indirectas (Bisset Rodríguez, 2021; Rivera Felix et al., 2018; Rodríguez-Angulo et al., 2023). En este orden puede mencionarse la accesibilidad geográfica y económica: la distancia a los centros de salud, la falta de transporte y los costos asociados (medicamentos, traslados) impiden el acceso oportuno, sobre todo en zonas rurales (Landini et al., 2015). De igual modo, debe tenerse en cuenta la calidad y continuidad de la atención: la tercera demora (atención tardía o inadecuada en el centro de salud) es responsable de más del 50 % de las complicaciones que derivan en fallecimientos (Chinche-Tite & Ramos-Villacís, 2022; Rodríguez-Angulo et al., 2023). Y no deben dejar de mencionarse la violencia obstétrica y las barreras interculturales, que generan desconfianza en las mujeres indígenas y afrodescendientes (Mancinas Espinoza,

2024). Además, se conoce que aún hay brechas socioculturales y de género: los estudios señalan la discriminación, el bajo poder de decisión y la falta de redes de apoyo en mujeres con menor nivel educativo y condiciones socioeconómicas precarias (Sanhueza et al., 2017).

Sesgos metodológicos y limitaciones en el análisis de la mortalidad materna

La literatura señala la existencia de subregistros y errores de clasificación tanto en fuentes oficiales como en estudios independientes (Hogan et al., 2016).

- *Subregistro de causas indirectas.* El desconocimiento o la falta de aplicación de criterios diagnósticos específicos dificulta la correcta asignación de la categoría de “muerte materna” (Alonso Trujillo, 2019).
- *Diferencias en la calidad de los sistemas de información.* Las provincias con menor infraestructura administrativa suelen reportar datos incompletos, lo que sesga la evaluación real de la mortalidad (Hogan et al., 2016).
- *Falta de homogeneidad en la metodología de los estudios.* La variedad de diseños y definiciones limita la comparabilidad de resultados y dificulta la construcción de indicadores consolidados a nivel nacional (Fantin & Zavattiero, 2019).

Discusión

La persistencia de la mortalidad materna en Ecuador, pese a los avances en la atención obstétrica, pone de relieve la complejidad de sus determinantes y la necesidad de abordajes integrales (Agusto Álvarez et al., 2024; Sanhueza et al., 2017; Teles, 2023). Por un lado, las causas directas, encabezadas por la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos, evidencian la necesidad de reforzar la capacitación del personal de salud y

la infraestructura para la atención de emergencias (Moreno-Martín et al., 2019; Pinargote Quiroz et al., 2019). La proporción de muertes en el postparto inmediato demuestra la importancia de un monitoreo cercano durante las primeras horas y días posteriores al parto (Sánchez Chavaría et al., 2023).

En cuanto a las causas indirectas, la transición epidemiológica y el aumento de enfermedades crónicas explican el creciente peso de la diabetes, la hipertensión arterial y las cardiopatías como factores letales durante el embarazo (Macías Moreira et al., 2023; Dávila Flores et al., 2023). La reciente pandemia de COVID-19 profundizó las disparidades en el acceso y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, lo cual evidenció no solo la vulnerabilidad de las gestantes frente a infecciones emergentes, sino también la insuficiencia de servicios especializados para la atención de comorbilidades (Felles Montoya et al., 2022; Nasution et al., 2021; Sánchez Chavaría et al., 2023a).

La relación entre las disparidades socioeconómicas y la mortalidad materna se sustenta en la literatura que demuestra cómo la pobreza, la ruralidad y la pertenencia a grupos étnicos marginados configuran un mayor riesgo de muerte (Agusto Álvarez et al., 2024; Santos Mercedes & Patricio Baldera, 2023). En el caso ecuatoriano, las provincias amazónicas y las zonas rurales de la Sierra presentan los índices más altos de RMM, lo que refleja la pertinencia de abordar determinantes como la falta de infraestructura, la baja cobertura prenatal y los obstáculos culturales (Montes López, 2023; Sanhueza et al., 2017). Entre las políticas públicas más eficaces destacan el fortalecimiento de la atención prenatal, la capacitación del personal en emergencias obstétricas, la implementación de auditorías de muertes maternas y la promoción de la

planificación familiar (Gamboa Vargas & Guerrero Salgado, 2021; Suarez-Gonzalez et al., 2024). También se subraya la importancia de las intervenciones comunitarias y de la inclusión de un enfoque intercultural que valore las prácticas ancestrales y fomente la participación de las mujeres en la toma de decisiones (Peñarreta Quezada et al., 2023).

No obstante, los desafíos continúan. Se requieren sistemas de vigilancia epidemiológica más sólidos, con registros digitales e integrados que reduzcan los subregistros y mejoren la clasificación etiológica de las muertes (Hogan et al., 2016). Asimismo, el abordaje de las causas indirectas demanda un enfoque multidisciplinario que incluya una red de atención capaz de diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades crónicas y las infecciones emergentes (Macías Moreira et al., 2023). Las líneas de investigación futura se dirigen hacia la innovación en recolección de datos (telemedicina, herramientas digitales), la evaluación del impacto de los programas de formación clínica y la profundización en la perspectiva intercultural de la atención obstétrica, integrando metodologías mixtas y participativas (Crespo Antepara, 2023; Villao Rodríguez et al., 2024).

Conclusiones

Los resultados de esta revisión narrativa confirman que la mortalidad materna en Ecuador mantiene una preponderancia de causas directas especialmente la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos y revela un incremento progresivo de las causas indirectas, atribuido al repunte de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías) y a las infecciones emergentes como la COVID-19. Esta tendencia refleja una transición epidemiológica, acompañada por brechas persistentes en la cobertura, calidad y oportunidad de la atención obstétrica, sobre

todo en provincias de alta ruralidad y con mayor índice de pobreza. Las desigualdades socioeconómicas y los determinantes sociales (bajo nivel educativo, etnia, pobreza, desigualdad de género) condicionan la exposición a riesgos obstétricos y limitan el acceso a servicios de salud, generando un círculo vicioso que perpetúa la mortalidad materna en grupos vulnerables. Los hallazgos enfatizan la necesidad de políticas públicas multisectoriales que aborden las deficiencias de infraestructura, promuevan la humanización e interculturalidad de la atención, fortalezcan el control prenatal e integren la detección y manejo de enfermedades crónicas.

De tal manera, la fiabilidad de las estadísticas de mortalidad materna sigue desafiada por deficiencias en los sistemas de registro, la falta de padrones unificados y la heterogeneidad metodológica entre estudios, lo cual dificulta la comparación de indicadores y el diseño de intervenciones basadas en evidencia sólida. El fortalecimiento de los sistemas de información y la ejecución de auditorías periódicas de muerte materna, con participación de equipos interdisciplinarios, resulta esencial para mejorar la clasificación etiológica y orientar con mayor precisión las estrategias de prevención. Así, el contexto ecuatoriano exige renovar los esfuerzos de articulación intersectorial, apoyar la formación continua del personal de salud en emergencias obstétricas, garantizar la sostenibilidad de los planes de planificación familiar y, sobre todo, impulsar la atención integral de la salud materna que incluya la detección temprana de comorbilidades, la respuesta efectiva a enfermedades emergentes y la reducción de las brechas sociales que subyacen a la persistencia de estas muertes evitables.

Recomendaciones

Para contribuir de manera efectiva y sostenible a la reducción de la mortalidad materna en Ecuador, es imprescindible implementar un conjunto de estrategias articuladas que consideren los factores biomédicos, sociales, estructurales y culturales que inciden en este fenómeno. Estas recomendaciones deben enmarcarse en políticas públicas con enfoque de derechos, equidad de género e interculturalidad, con el objetivo de garantizar una atención obstétrica segura, oportuna y de calidad para todas las mujeres, en especial para aquellas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad.

En este sentido, una de las medidas fundamentales consiste en el fortalecimiento de la atención prenatal y el manejo de riesgos obstétricos, asegurando la cobertura universal y la calidad de los controles prenatales. Se debe priorizar el acceso temprano a estos servicios en zonas rurales, comunidades indígenas y sectores empobrecidos, mediante una red articulada de atención primaria que garantice la detección oportuna de factores de riesgo. Además, es necesario implementar protocolos clínicos obligatorios para la identificación precoz de trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones severas y otras complicaciones, acompañados de sistemas eficaces de derivación hacia niveles superiores de atención, que sean gratuitos, accesibles y funcionales las 24 horas del día.

De manera paralela, resulta indispensable la mejora de la infraestructura de salud materna y la dotación adecuada de recursos médicos en áreas geográficas desatendidas, particularmente en provincias con altos índices de razón de mortalidad materna (RMM). Para ello, se requiere una inversión sostenida en la construcción, adecuación y equipamiento de centros obstétricos de emergencia que estén estratégicamente ubicados, dotados con

personal especializado y con los insumos necesarios para el manejo de emergencias obstétricas. Entre estos recursos se incluyen unidades de sangre y hemoderivados, medicamentos esenciales para el tratamiento de la preeclampsia, eclampsia y sepsis, así como equipos para la monitorización fetal y el control de hemorragias postparto, contribuyendo así a una respuesta médica eficaz y oportuna.

Otra acción prioritaria se refiere a la capacitación continua del personal de salud en emergencias obstétricas y en enfoques interculturales, orientada a médicos generales, obstetras, enfermeras y parteras tradicionales. Es fundamental implementar programas periódicos de formación y actualización clínica que aborden el manejo integral de condiciones críticas como hemorragias, eclampsia, infecciones puerperales y distocias. Esta formación debe complementarse con contenidos que fortalezcan la comunicación respetuosa con mujeres gestantes de diferentes culturas, integrando saberes tradicionales con prácticas biomédicas, y promoviendo entornos libres de violencia obstétrica. De esta forma, se fortalece una atención humanizada que respeta la dignidad y las decisiones de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Además, se propone reforzar la detección y el manejo de enfermedades crónicas y emergentes en mujeres en edad fértil, con especial énfasis en aquellas condiciones que incrementan el riesgo de mortalidad materna. Para ello, se recomienda establecer unidades de atención preconcepcional donde las mujeres con patologías como hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, VIH/SIDA y trastornos autoinmunes reciban seguimiento especializado antes y durante la gestación. Asimismo, es vital que se elaboren y apliquen protocolos clínicos específicos para el abordaje de enfermedades emergentes, considerando un

enfoque de salud pública preventivo, con intervención intersectorial y participación comunitaria activa que permita actuar anticipadamente frente a riesgos epidemiológicos.

Una recomendación transversal es la implementación y optimización de sistemas de información en salud materna y auditorías clínicas de muertes maternas, a fin de garantizar la calidad, oportunidad y trazabilidad de los datos relacionados con la atención obstétrica. En este aspecto, se propone desarrollar plataformas digitales interoperables que integren registros clínicos, laboratorios, diagnósticos y resultados epidemiológicos, reduciendo significativamente el subregistro y facilitando el análisis de tendencias. A la par, se deben realizar auditorías técnicas y participativas tanto en hospitales como en comunidades, que analicen los factores clínicos, institucionales y sociales que rodean cada caso de muerte materna, generando evidencia para la toma de decisiones y promoviendo procesos de mejora continua en los servicios de salud.

Desde el enfoque de prevención, se plantea también promover decididamente la planificación familiar y la educación sexual y reproductiva como pilares de la salud materna, mediante la reactivación y fortalecimiento de los programas nacionales correspondientes. Se debe garantizar la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos modernos, en especial los de larga duración, junto con servicios de consejería y apoyo posparto para las mujeres que lo requieran. En el ámbito educativo, es fundamental incorporar contenidos de salud sexual y reproductiva en el currículo escolar y comunitario, con énfasis en la prevención del embarazo adolescente, el acceso informado a los servicios de salud y la promoción de la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y decisiones reproductivas.

Se recomienda impulsar la investigación aplicada y la evaluación sistemática de nuevas estrategias en el campo de la salud materna, promoviendo estudios longitudinales, investigaciones operativas y evaluaciones comparativas que permitan valorar la eficacia de nuevas tecnologías e intervenciones. Se destaca la importancia de explorar el uso de herramientas como la telemedicina, la inteligencia artificial clínica, y otras formas de innovación en contextos rurales y urbanos. Asimismo, es esencial fomentar la participación activa de mujeres gestantes, familias, liderazgos comunitarios y profesionales de salud en el diseño, implementación y seguimiento de proyectos de investigación, lo cual fortalece la pertinencia, la sostenibilidad y la apropiación de las acciones implementadas.

En conjunto, estas recomendaciones abordan de manera holística las múltiples dimensiones que inciden en la mortalidad materna, reconociendo que su reducción efectiva exige no solo recursos técnicos y financieros adecuados, sino también una voluntad política sostenida, una coordinación interinstitucional eficiente y la incorporación de una perspectiva intercultural que asegure el respeto por los derechos humanos de las mujeres. Solo mediante un compromiso real con estos principios será posible alcanzar mejoras estructurales en la atención materna y generar un impacto duradero en la salud pública del Ecuador.

Referencias Bibliográficas

- Agusto Álvarez, M. J., Argüello Santacruz, M. A., Cedeño Cedeño, S. E., Dueñas De La Torre, J. E., Padilla Naranjo, C. L., Valero Peñafiel, P. S., Agusto Álvarez, M. E., & Ochoa Bustamante, J. P. (2024). La salud materna como indicador de las desigualdades sanitarias en el Ecuador. *RECIAMUC*, 8(1), 658–669. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.658-669](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.658-669)

- Alcocer Ortega, I. M., Sánchez Chavarría, S. T., Amores Altamirano, N. E., Sarango Paqui, M. S., Segovia Benavides, T. G., Toapanta Jácome, R. del P., & Cruz Chugchilan, T. E. (2023). Factores Sociodemográficos y Clínicos Que Inciden en la Muerte Materna en la Provincia de Napo, Periodo 2021-2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 6828–6847. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7441
- Alonso Trujillo, J. (2019). La importancia de la investigación y la publicación para la mejora del cuidado. *Revista CuidArte*, 8(15), 1. <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2019.8.15.69152>
- Bejarano, F., Chávez-Guevara, K. J., Vaca-Colcha, S. E., & Arreaga-Cuajivoy, A. Y. (2022). Análisis de la muerte materna en el Ecuador en el periodo 2017-2021. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(3), 213. <https://doi.org/10.35381/s.v.v6i3.2238>
- Bisset Rodríguez, A. E. (2021). Mejoras al control de los cuidados de enfermería, en el servicio de cesárea. *Sociedad & Tecnología*, 4(2), 138–159. <https://doi.org/10.51247/st.v4i2.101>
- Breilh P, J. (2015). La lucha por la salud de la mujer: Fetichismo y verdad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 8(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.22126>
- Chinche-Tite, J. I., & Ramos-Villacis, R. A. (2022). Distocias: Diagnóstico y tratamiento para reducir alumbramientos por cesárea. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 6(3), 166. <https://doi.org/10.35381/s.v.v6i3.2233>
- Cirelli, J. F., Surita, F. G., Costa, M. L., Parpinelli, M. A., Haddad, S. M., & Cecatti, J. G. (2018). The Burden of Indirect Causes of Maternal Morbidity and Mortality in the Process of Obstetric Transition: A Cross-Sectional Multicenter Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(03), 106–114. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1623511>
- Crespo Antepara, D. N. (2023). Nuevos paradigmas en la atención obstétrica. *Más Vita*, 5(4), 156–163. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0219>
- Dávila Flores, J. X., Montenegro Morán, E. E., Macías Gaytán, Á. M., & Tayupanda Martínez, J. L. (2023). Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención y tratamiento. Mortalidad. *RECIMUNDO*, 7(2), 49–62. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(2\).jun.2023.49-62](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(2).jun.2023.49-62)
- Díaz de León Ponce, M. A. (2015). The Problem of Indirect Causes of Maternal Mortality. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 02(01). <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000126>
- Dorantes Álvarez, L. A., Dorantes Bernal, K. E., Ortiz Fonseca, D. S., Tirado Reyes, R. J., & Inzunza Leyva, G. K. (2023). Factores de Morbilidad y Mortalidad en los casos de muerte Materna en el estado de Sinaloa del año 2021 al año 2022. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v11i1.3860>
- Fantin, M. A., & Zavattiero, C. (2019). Evolución de la mortalidad materna en Argentina y Paraguay entre 1990 y 2015; políticas públicas, desigualdades y desafíos. *Sociedad y Economía*, 38. <https://doi.org/10.25100/sye.v0i38.8024>
- Felles Montoya, N. M., Sánchez Pérez, M. del C., & Martínez Broncano, M. M. (2022). Impacto del COVID-19 en la salud reproductiva: mortalidad materna. *Revista Vive*, 5(15), 660–670. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.177>
- Gamboa Vargas, S. L., & Guerrero Salgado, E. E. (2021). Estrategias de políticas públicas de salud sexual y reproductiva. Despenalización del aborto en Ecuador. *RECIAMUC*, 5(4), 37–47. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(4\).noviembre.2021.37-47](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(4).noviembre.2021.37-47)
- Hogan, M. C., Saavedra-Avendano, B., Darney, B. G., Torres-Palacios, L. M., Rhenals-Osorio, A. L., Sierra, B. L. V., Soliz-

- Sánchez, P. N., Gakidou, E., & Lozano, R. (2016). Reclassifying causes of obstetric death in Mexico: a repeated cross-sectional study. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(5), 362-369B. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.163360>
- Landini, F., Cowes, V. G., Bianqui, V., Logiovine, S., Vázquez, J., & Viudes, S. (2015). Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales de tres localidades del norte argentino. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1151-1163. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015137239>
- Macías Moreira, M. G., Ortega Baldeon, G. A., & Azúa Menéndez, M. del J. (2023). Enfermedades crónicas no transmisibles y la calidad de vida en el Ecuador. *MQRInvestigar*, 7(1), 1592-1612. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.1.2023.1592-1612>
- Mancinas Espinoza, S. E. (2024). Las trabajadoras sociales como defensoras de la salud materna. *Trabajo Social UNAM*, 31, 99-119. <https://doi.org/10.22201/ents.20075987p.2022.31.86747>
- Martins, I. P. M., Nakamura, C. Y., & Carvalho, D. R. (2020). VARIÁVEIS ASSOCIADAS À MORTALIDADE MATERNO E INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista de Atenção à Saúde*, 18(64). <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6576>
- Ministerio de Salud Pública. (2021). *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*. <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Montes López, V. (2023). Desigualdades Socioeconómicas en la Salud: Un Desafío para la Equidad. *Revista Veritas de Difusão Científica*, 4(1), 18-29. <https://doi.org/10.61616/rvdc.v4i1.35>
- Moreno-Martín, G., Martínez-Martínez, R., Moreno-Martín, M., Fernández-Nieto, M. I., & Sanabria-Negrín, J. G. (2019). Mortalidad materna en Ambato, Ecuador. 2005-2014. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 57-62. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66622>
- Nasution, L. A., Pradana, A. A., & Casman, C. (2021). Las poblaciones vulnerables enfrentando los desafíos durante la pandemia del covid-19: una revisión sistemática. *Enfermería Global*, 20(3), 601-621. <https://doi.org/10.6018/eglobal.456301>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Control de las leishmaniasis: OMS TRS N°949*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-TRS-949>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *TRENDS IN MATERNAL MORTALITY: 2000 TO 2017*. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Paucar Ati, J. E., Saeteros Hernandez, R. del C., Ortiz Zayas, E., & Criollo Criollo, A. del R. (2022). Factores de riesgo obstétricos asociados a la mortalidad materna en pacientes del Centro de Salud Cebadas Chimborazo, periodo agosto 2021-enero 2022. *LA CIENCIA AL SERVICIO DE LA SALUD Y NUTRICIÓN*, 13(2). <https://doi.org/10.47187/cssn.Vol13.Iss2.192>
- Peñarreta Quezada, S. X., Ochoa Yanez, C. A., & Mejía Ayala, S. Y. (2023). Strategies of public health to mitigate the maternal death rate at the region during the period understood between 2015 and 2021. *Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias*, 2, 1115. <https://doi.org/10.56294/sctconf20231115>
- Pinargote Quiroz, C., Mendoza Intriago, T. M., Parrales Cevallos, Á. E., & Muñoz Merchán, F. J. (2019). Mortalidad Materna en la provincia de Manabí periodo 2013-2017. *RECIMUNDO*, 3(3), 1327-1341. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.1327-1341](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.1327-1341)
- Pinillos-Vilca, L., Urquiaga-Melquiades, T., Tacilla Castrejón, J., Albán Olaya, M., Bueno Ordoñez, S., & Medina-Rodríguez, C. (2021). Maternal Mortality at the Cajamarca

- Regional Teaching Hospital, years 2012 to 2018. *Revista Médica de Trujillo*, 16(3), 166–177.
<https://doi.org/10.17268/rmt.2021.v16i03.10>
- Rivera Felix, L. M., Burgos López, N. H., Gomez Diaz, J. Z., & Moquillaza Alcántara, V. H. (2018). Factores asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Hualar y Chancay, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(2), 131–137.
<https://doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>
- Rodríguez-Angulo, E. M., Oliva-Peña, Y., & Andueza-Pech, G. (2023). Inequidades en el acceso a la atención de la salud materna: una mirada con perspectiva de género. *CienciaUAT*, 52–67.
<https://doi.org/10.29059/cienciauat.v17i2.1719>
- Sánchez Chavaría, S. T., Macas Macas, M. B., Jingo Ichau, R. V., Segovia Benavides, T. G., Heredia Villa, J. M., & Rodriguez Vaca, M. E. (2023a). Una aproximación a la muerte materna en la Amazonía ecuatoriana en el periodo 2017-2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 3228–3246.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5566
- Sánchez Chavaría, S. T., Macas Macas, M. B., Jingo Ichau, R. V., Segovia Benavides, T. G., Heredia Villa, J. M., & Rodriguez Vaca, M. E. (2023b). Una aproximación a la muerte materna en la Amazonía ecuatoriana en el periodo 2017-2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 3228–3246.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5566
- Sanhueza, A., Roldán, J. C., Ríos-Quituzaca, P., Acuña, M. C., & Espinosa, I. (2017). Social inequalities in maternal mortality among the provinces of Ecuador. En *Rev Panam Salud Publica* (Vol. 41).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.97>
- Santos Mercedes, K. D., & Patricio Baldera, J. (2023). Desigualdades sociales en la mortalidad materna, República Dominicana, 2016. *Ciencia y Salud*, 7(3), 23–36.
<https://doi.org/10.22206/cysa.2023.v7i3.pp23-36>
- Scarton, J., Thurow, M. R. B., Ventura, J., Silva, D. N. da, Perim, L. F., & Siqueira, H. C. H. de. (2020). Mortalidade materna: causas e estratégias de prevenção. *Research, Society and Development*, 9(5), e67953081.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3081>
- Skhvitaridze, N., Anda, E. E., Brenn, T., Kintraia, N., & Gamkrelidze, A. (2020). Scoping maternal care through the lens of maternal deaths: A retrospective analysis of maternal mortality in Georgia. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 26, 100560.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100560>
- Suarez-Gonzalez, E. S., Jimenez-Sanchez, A. D., Angulo-Arroyo, J. D., & Morocho-Pinto, N. A. (2024). Las muertes maternas como problema de salud pública en Ecuador. Una revisión. *MQRInvestigar*, 8(3), 5793–5805.
<https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.3.2024.5793-5805>
- Teles, I. de A. (2023). Características e impactos das políticas públicas de atenção à saúde materna no Brasil nos últimos 20 anos. *ÍANDE: Ciências e Humanidades*, 7(1), 64–73.
<https://doi.org/10.36942/iande.v7i1.693>
- Villao Rodríguez, A., Yaguana Torres, J., & Lara Arriaga, S. (2024). Estrategia para el Desarrollo de Habilidades en la Atención de Urgencias Obstétricas en el Estudiante de Medicina Durante su Internado Rotativo. *Estudios y Perspectivas Revista Científica y Académica*, 4(2), 211–234.
<https://doi.org/10.61384/r.c.a.v4i2.210>
- World Health Organization. (2012). *The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: IDC MM*. World Health Organization.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Carmen Azucena Yancha Moreta, Joyce Estefanía Rodríguez Moreira, Xavier Caicedo Vera, Eddy Javier Calva Castro y Alexandra Mylena Portilla Gonzaga.

