Sanitas
Revista arbitrada de ciencias de la salud
Vol. 5(especial), 8-15, 2026
https://doi.org/10.62574/r9xkzg06

Demoras maternas en mujeres de 18 a 32 años del cantón de pimampiro

Maternal delays among women aged 18 to 32 years in the canton of Pimampiro

Jennyfer Pamela Fuelagán-Tayan
jennyferft42@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Ecuador
https://orcid.org/0009-0007-8567-9938

Cinthia Josseline Álvarez-Escobar
ui.cinthiaae48@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ibarra, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-9026-1299

RESUMEN

Objetivo: identificar los principales impactos que influyen en las demoras maternas en mujeres de 18 a 32 años del cantón Pimampiro y sus zonas rurales. **Método:** se desarrolló un estudio observacional de tipo transversal analítico, con una muestra de 52 gestantes atendidas en el subcentro de salud local, mediante una encuesta estructurada de 19 ítems y una entrevista de 7 preguntas a una profesional del área obstétrica. **Resultados:** el 90% de las mujeres recibió información adecuada sobre signos de alarma, aunque el 10% acudió a su primer control después de las 20 semanas; el 96% accedió al subcentro en menos de 30 minutos, pero el 31% requirió más de una hora para llegar a un hospital, y solo el 10% dispuso de ambulancia pública en emergencias. **Conclusión:** a pesar de los avances en la atención primaria, persisten limitaciones relevantes en la atención oportuna.

Descriptores: mortalidad materna; atención prenatal; salud rural. **(**Fuente, DeCS).

ABSTRACT

Objective: to identify the principal factors influencing maternal delays among women aged 18 to 32 years in the canton of Pimampiro and its rural areas. **Method:** an analytical cross-sectional observational study was conducted with a sample of 52 pregnant women receiving care at the local primary healthcare centre. Data were collected using a structured 19-item questionnaire and a seven-question interview with an obstetric healthcare professional. **Results:** 90% of the women received adequate information on obstetric danger signs, although 10% attended their first antenatal appointment after 20 weeks of gestation; 96% reached the local health centre within 30 minutes, whereas 31% required more than one hour to reach a hospital, and only 10% had access to a public ambulance during emergencies. **Conclusion:** despite improvements in primary healthcare services, significant barriers to timely maternal care remain.

Descriptors: maternal mortality; antenatal care; rural health. (Source, DeCS).

Recibido: 15/05/2025. Revisado: 21/05/2026. Aprobado: 21/06/2026. Publicado: 02/07/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Con relación a este tema, la mortalidad materna se define como la defunción de una mujer durante el embarazo o hasta 42 días después del parto por causas relacionadas con la gestación; en tal sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el año 2020 fallecieron aproximadamente 287 000 mujeres durante o después del embarazo o el parto (13).

Debido a que el seguimiento prenatal temprano y frecuente reduce las complicaciones y las muertes maternas, la OMS recomienda un mínimo de ocho controles médicos en los embarazos de bajo riesgo, con el propósito de identificar oportunamente los factores de riesgo en cada visita. Asimismo, en los países en desarrollo se han documentado tres demoras principales: el reconocimiento tardío de los signos de alarma, la dificultad de acceso a los centros de salud por transporte o infraestructura deficiente, y la falta de atención médica oportuna (1,14). Por el contrario, en las comunidades rurales las gestantes enfrentan mayores dificultades para recibir una atención oportuna, condición documentada en estudios sobre la percepción materna de las barreras de acceso al control prenatal (7).

En Ecuador, la falta de atención médica durante el parto, en especial en los nacimientos domiciliarios, constituye una de las principales causas de muerte materna y refleja desigualdades persistentes en el acceso a los servicios de salud (4). Dentro de este contexto, el cantón Pimampiro cuenta con un establecimiento de salud tipo B, con horario de 8:00 a 17:00 y servicios básicos, incluido laboratorio; no obstante, ante la ausencia de hospitales cercanos, este establecimiento asume funciones propias de un centro tipo C, tales como maternidad de corta estancia, atención de 24 horas y ecografía obstétrica.

Por consiguiente, el estudio se orientó a identificar los principales impactos que influyen en las demoras maternas en mujeres de 18 a 32 años del cantón Pimampiro y sus zonas rurales.

MÉTODO

En cuanto al diseño, se desarrolló un estudio observacional de tipo transversal analítico en el cantón Pimampiro, provincia de Imbabura, Ecuador, en mujeres embarazadas de zonas rurales y urbanas. Debido a que la población objetivo estuvo constituida por 60 gestantes que acuden regularmente a controles prenatales en el subcentro de salud local, se seleccionó una muestra de 52 mujeres, lo que garantizó un nivel de confianza del 95%.

Con el propósito de complementar la información cuantitativa, se aplicó una entrevista estructurada de siete preguntas abiertas a una profesional de salud del área obstétrica, orientada al tipo de establecimiento, la disponibilidad de ambulancias, la atención de partos, las maternidades de corta estancia y la tipología del servicio. Al mismo tiempo, se aplicó una encuesta estructurada de 19 ítems, distribuida en cuatro secciones: datos personales, reconocimiento de signos de alarma, dificultad de acceso a los centros de salud y atención médica oportuna.

Previo a su aplicación, el instrumento fue validado por un especialista y sometido a una prueba piloto con 12 participantes, tras la cual se ajustó la redacción de determinadas preguntas, por tanrto, la recolección de datos se realizó de manera presencial, previo consentimiento informado y con explicación detallada de los objetivos del estudio.

RESULTADOS

En relación con los datos personales, el 42% de las gestantes tenía entre 18 y 24 años, el 33% entre 25 y 34 años, y el 25% entre 35 y 44 años. Con respecto al grado de instrucción, el 76% alcanzó únicamente la educación básica y el 24% el

bachillerato; asimismo, el 63% residía en zonas rurales frente a un 37% en zonas urbanas, y el 58% habitaba en comunidades periféricas de Pimampiro.

En cuanto a la primera demora, relacionada con el reconocimiento de los signos de alarma, el 90% de las encuestadas recibió información sobre estos signos y sobre las acciones a seguir, y el 90% también fue informada sobre la importancia del control prenatal antes del embarazo. De igual forma, el 88% recibió información clara sobre la actuación ante emergencias, frente a un 12% que la consideró poco clara. Por otra parte, el 96% afirmó haber recibido siempre orientación sobre salud materna, nutrición y cuidados neonatales durante sus controles. Respecto al inicio del control prenatal, el 52% acudió a su primera cita a las 12 semanas, el 30% a las 4 semanas, mientras que el 10% lo hizo después de las 20 semanas de gestación.

Con relación a la segunda demora, vinculada con el acceso a la atención, el 96% de las gestantes llegó al subcentro de salud en menos de 30 minutos; no obstante, el 31% requirió más de una hora para llegar a un hospital de segundo nivel. Asimismo, el 85% señaló haber necesitado trasladarse a un hospital por complicaciones obstétricas, principalmente mediante medios privados. En cuanto a la generación de turnos médicos por la línea 171, el 50% obtuvo atención inmediata, mientras que el 20% experimentó demoras superiores a una hora o debió insistir durante más de un día. Por el contrario, en situaciones de emergencia solo el 10% accedió a una ambulancia pública, frente a un 48% que utilizó vehículo particular y un 38% que recurrió a taxis.

En este sentido, en cuanto a la tercera demora, relacionada con el retraso en la obtención de la atención, el 66% de las gestantes adquirió sus medicamentos en farmacias particulares y el 34% en el establecimiento de salud. Con respecto al tiempo de espera dentro del subcentro, el 60% esperó alrededor de cinco minutos y el 40% recibió atención inmediata. En cuanto a la atención del parto, el 34% se atendió en el subcentro de salud y el 26% en el hospital San Vicente de Paúl; de igual forma, el 74% de los controles prenatales se realizó en el subcentro y el 26%

en dicho hospital. Por último, el 54% de las gestantes recibió entre cinco y ocho controles prenatales, el 26% más de diez y el 10% entre uno y cuatro.

DISCUSIÓN

Con relación al perfil sociodemográfico, el 42% de las gestantes encuestadas tenía entre 18 y 24 años, lo cual refleja una tendencia hacia el embarazo en edades tempranas; este patrón resulta coherente con la evidencia sobre la alta prevalencia de embarazo adolescente en América Latina, en particular en zonas rurales y de bajos recursos, donde el acceso a la educación sexual integral resulta limitado (15). Asimismo, el 76% de las encuestadas alcanzó únicamente el nivel de educación básica, hallazgo que concuerda con estudios que asocian un menor nivel de instrucción con una menor probabilidad de acceder y adherirse a los controles prenatales (9). Por otra parte, el 63% de las participantes residía en zonas rurales, condición que coincide con investigaciones que documentan una menor cobertura de atención prenatal en estas áreas, debido a barreras geográficas, económicas y socioculturales (8).

En cuanto a la primera demora, el 90% de las encuestadas recibió información sobre los signos de alarma durante el embarazo, resultado que representa un avance en la promoción de la salud materna y que se alinea con los determinantes socioculturales que favorecen la asistencia al control prenatal (5). De igual forma, el 90% fue informada sobre la importancia del control antes del embarazo, en concordancia con estudios que señalan que la consejería temprana favorece la adherencia a los controles médicos (9). En cuanto al inicio del cuidado prenatal, el 52% asistió a las 12 semanas, un número considerado suficiente según las directrices internacionales; sin embargo, el 10% lo hizo después de las 20 semanas, lo que se convierte en un obstáculo para monitorear eficazmente el embarazo debido a una serie de estudios que señalan la disminución de muertes evitables en etapas tempranas (5,10).

Con respecto a la segunda demora, el 96% de las mujeres embarazadas llegaron al subcentro en menos de 30 minutos, lo que sugiere un acceso geográfico suficiente; pero el 31% tardó más de una hora en el trayecto al hospital, un patrón que es consistente con la evidencia de barreras estructurales de distancia y transporte que restringen el acceso a servicios especializados en entornos no periurbanos (7,14). Además, el 85% de las encuestadas requirió transporte al hospital por complicaciones obstétricas, lo que implica una falta de potencial del servicio público de ambulancias, relacionado con el costo del transporte como barreras financieras y estructurales para la adquisición de atención (3,14).

En comparación, para emergencias, solo el 10% había utilizado una ambulancia pública, en comparación con el 48% que utilizó un vehículo privado y el 38% que utilizó un taxi, lo que indica el desafío de fortalecer el sistema de transporte para emergencias obstétricas (3). Para la tercera demora, el 66% de las mujeres embarazadas obtuvieron sus medicamentos de farmacias privadas, lo que refleja una falta de suministro en el sistema público, corroborado por estudios previos sobre la accesibilidad a medicamentos en contextos regionales similares (11). En cuanto al parto, el 34% asistió al subcentro y el 26% al hospital de referencia, lo que indica que algunas mujeres embarazadas tienden a asistir a instalaciones más cercanas cuando sienten que la calidad de dicha instalación es aceptable, aunque las complicaciones se refieren a los hospitales de segundo nivel (12), por otro lado, el 54% de las mujeres embarazadas recibieron entre cinco y ocho chequeos prenatales, una cifra aceptable, pero por debajo de un mínimo de ocho recomendado por la OMS, lo que corrobora aún más la necesidad de fortalecer las intervenciones para reducir las muertes maternas evitables (10,13).

CONCLUSIÓN

Está claro que muchas mujeres jóvenes embarazadas obtienen chequeos prenatales, aunque la mayoría tiene un nivel básico de educación y viven en áreas rurales, recordándonos aún más la necesidad de fortalecer la educación en salud desde una edad temprana. De manera similar, aunque la mayoría de las mujeres embarazadas pueden llegar al centro de salud en menos de 30 minutos, todavía existen problemas significativos de transporte con respecto a los hospitales y ambulancias públicas, lo que obliga a muchas a usar vehículos privados o taxis para emergencias. Por otro lado, a pesar de la notificación de signos de advertencia, los sistemas de programación de citas médicas continúan siendo problemáticos. El suministro de medicamentos sigue siendo insuficiente, lo que podría comprometer la continuidad de los tratamientos esenciales durante el embarazo.

FINANCIAMIENTO

No monetario

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Torres Chávez IA, Ramírez Morán LP, Salcedo Faytong M. Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en embarazadas en Ecuador. Más Vita. 2020;2(3 Extraord):104-13.
2. Fernández González L, Peñalvo JL, Seuc Jo AH, Gálvez Medina DM, Rodríguez Salvá A, Morejón Giraldoni AF. Estudio de la carga de mortalidad materna por causas directas. Cuba, 2005-2018. Medisur. 2021;19(4):612-23.
3. Moran-Relaiza R, López-Obando FL, Pérez-Baldeón A. Demoras en atención materna y complicaciones hipertensivas en el Hospital Sabogal, Callao, Perú, 2021. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021;72(4):356-67.
4. Florián Plasencia E. Muerte materna y tipos de retraso en la atención en centros de salud de la Región La Libertad. Rev UNIANDES Cienc Salud. 2019;2(1):41-9.
5. Ramírez Taipe MA, Herrera López JL. Determinantes socioculturales que influyen en la inasistencia al control prenatal en Ecuador. Rev Cient Int (Arandu). 2024;11(2):758-73.
6. Peñarreta-Quezada SX, Basantes-Otavalo MB, Cuaran-Arcos MG, Rosales-Terán YL. Relevancia de la supervisión prenatal en adolescentes embarazadas para mitigar la morbilidad y mortalidad en Ecuador. Rev Ciencias Médicas Pinar Río. 2024;28(1):e6434.

7. Cano Montesdeoca MV, Marrero González D. Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. Rev Eug Esp. 2024;18(1):39-57.
8. Sánchez-Gómez A, Cevallos W, Grijalva MJ, Silva-Ayçaguer LC, Tamayo S, Jacobson JO, et al. Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(5):341-6.
9. Betancourt-Ruiz AM, García MY. Factores asociados a la no adherencia del control prenatal en gestantes. Rev Arbitrada Interdiscip Cienc Salud Salud Vida. 2020;4(7):74-96.
10. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014;384(9940):347-70.
11. Ugarte Ubilluz O. Estrategias para mejorar el acceso a medicamentos en el Perú. An Fac Med (Lima). 2019;80(1):104-8.
12. Laza Vásquez C. Factores relacionados con la preferencia de las mujeres de zonas rurales por la partera tradicional. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(2).
13. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323-33.
14. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9:34.
15. Rodríguez Ribas C. Adolescent pregnancy, public policies, and targeted programs in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e144.

Derechos de autor: 2026. Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/