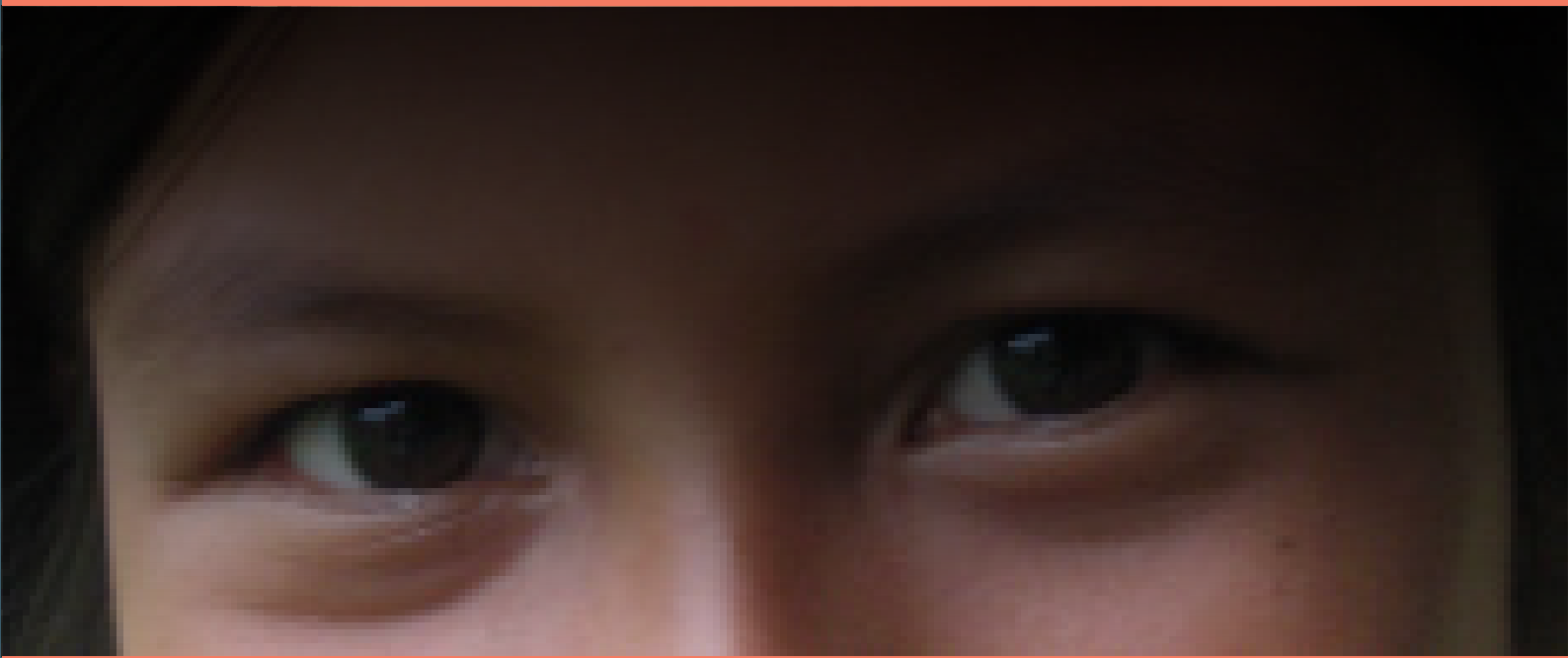




MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR: *una mirada crítica*

Hugo Noboa Cruz

MORTALIDAD MATERNA
EN EL ECUADOR:
una mirada crítica

Hugo Noboa Cruz

MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR: UNA MIRADA CRÍTICA

Autor:
Hugo Noboa Cruz

Con el aporte del equipo técnico de Areasistemas

Edición:
Juan Cuvi

Revisión de textos:
Patricia Polo

ISBN: 978-9978-353-97-4

Diseño y diagramación:
Manthra Comunicación

Imprenta:
Arcoiris Producción Gráfica

Quito, 2019

Primera impresión: 500 ejemplares

Se autoriza la reproducción y difusión de este material siempre que se citen las fuentes.

Plataforma por el Derecho a la Salud
Toledo N24-660 y Coruña, Quito
Teléfonos: 29 00 318
Tarqui 13-56 y Pío Bravo, Cuenca
Teléfonos: 28 33 031/28 45 845
Web: saludyderechos.fundaciondonum.org

ÍNDICE

1. MORTALIDAD MATERNA, UNA TRAGEDIA PLAGADA DE INEQUIDADES.....	5
2. CAMBIOS EN LAS DEFINICIONES DE MUERTE MATERNA, CALIDAD Y USO DEL DATO	27
3. LOS INTENTOS DEL ESTADO POR RESOLVER EL PROBLEMA Y LOS OBSTÁCULOS.....	37
4. DESDE LAS EXPERIENCIAS: UNA MIRADA AL FUTURO.....	53
5. CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS	69



1. MORTALIDAD MATERNA, UNA **TRAGEDIA** **PLAGADA** DE INEQUIDADES

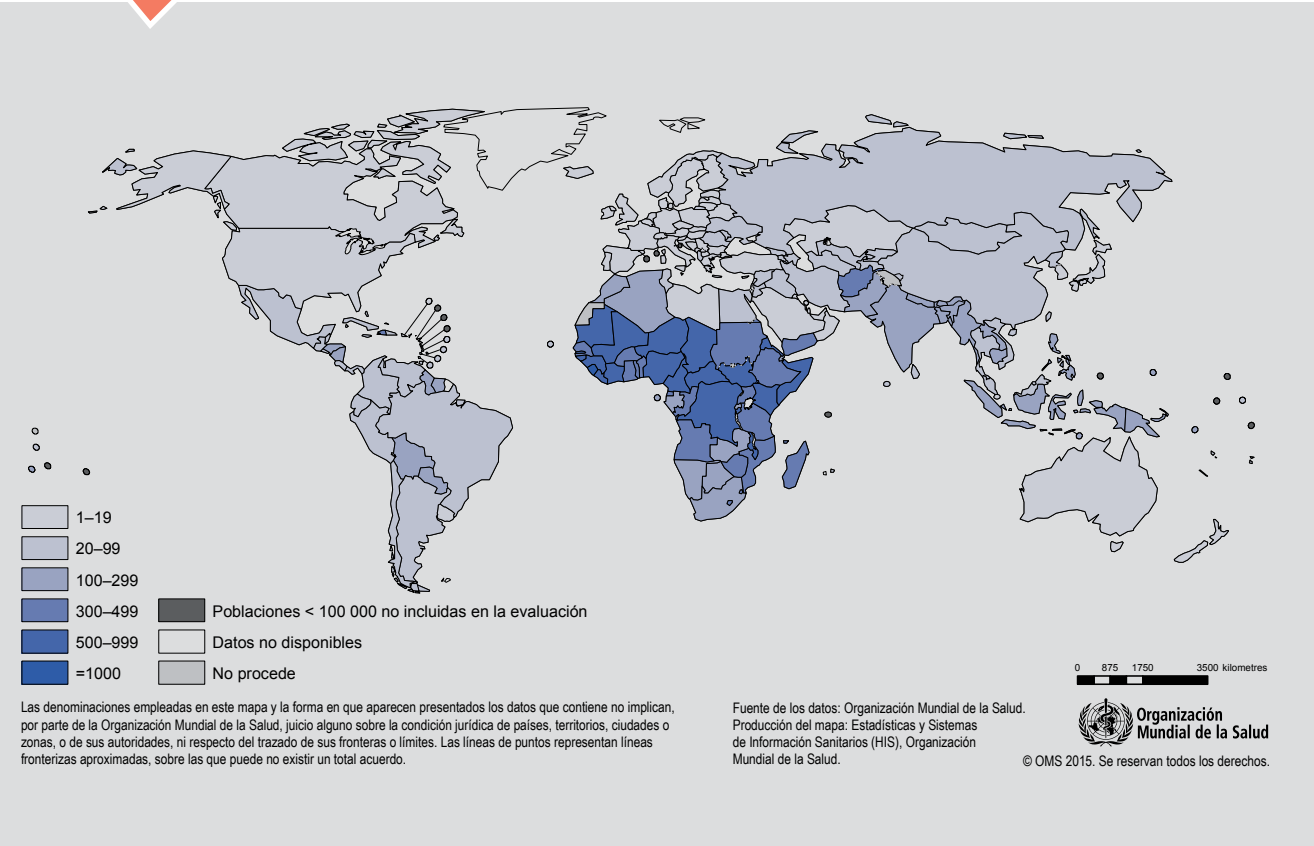
La alta mortalidad materna (MM) en las mujeres de un pueblo es sin duda un signo trágico de pobreza, pero podría ser también un signo de ineficiencia de los

sistemas de salud. El siguiente mapa (Gráfico 1), de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, muestra la diversidad de la MM en el mundo.

¹ OMS, 2015.

Gráfico 1.

Razón de mortalidad materna en el mundo (RMM X 100.000 nacidos vivos), 2015



Las cifras más altas se concentran en el África central y en algunas otras regiones del denominado tercer mundo.

En la región de la Américas, según estimaciones para 2015 del Grupo Interagencial de Naciones Unidas (que incluye OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial y PNUD), Haití, con una RMM de 359 x 100.000 nacidos vivos (nv), vive la situación más dramática. Pero otros países de la región superan la cifra de 100 muertes por cada 100.000 nv: Bolivia con 206, Nicaragua con 150, Paraguay con 132 y Honduras con 129. En el otro extremo, la cifra más baja en las Américas corresponde a Canadá con 7 x 100.000 nv. En Latinoamérica, Uruguay tiene la menor cifra con 15, pero Chile con 22 y Costa Rica con 25 tienen cifras igualmente bajas

(ver Gráfico 2 con mapa de América y los datos de los países y subregiones).

Según esas estimaciones de la OMS y NNUU, el Ecuador se encuentra en un lugar intermedio, con una RMM de 64 x 100.000 nv para el año 2015. Dentro del área andina, las cifras de Ecuador son similares a las de Colombia (64) y Perú (68). Además de la RMM muy alta en Bolivia, Venezuela, que tradicionalmente ha tenido mejores indicadores de salud, ha sufrido un retroceso, hasta ubicarse en una RMM de 95 x 100.000 nv según las estimaciones del Grupo Interagencial de NNUU. Sorprende la cifra de Cuba, con 39 x 100.000 nv, a pesar de su reconocido sistema de salud, que durante varias décadas le permitiera tener excelentes indicadores.

Gráfico 2.

Mortalidad materna en la región de las Américas, 2015*

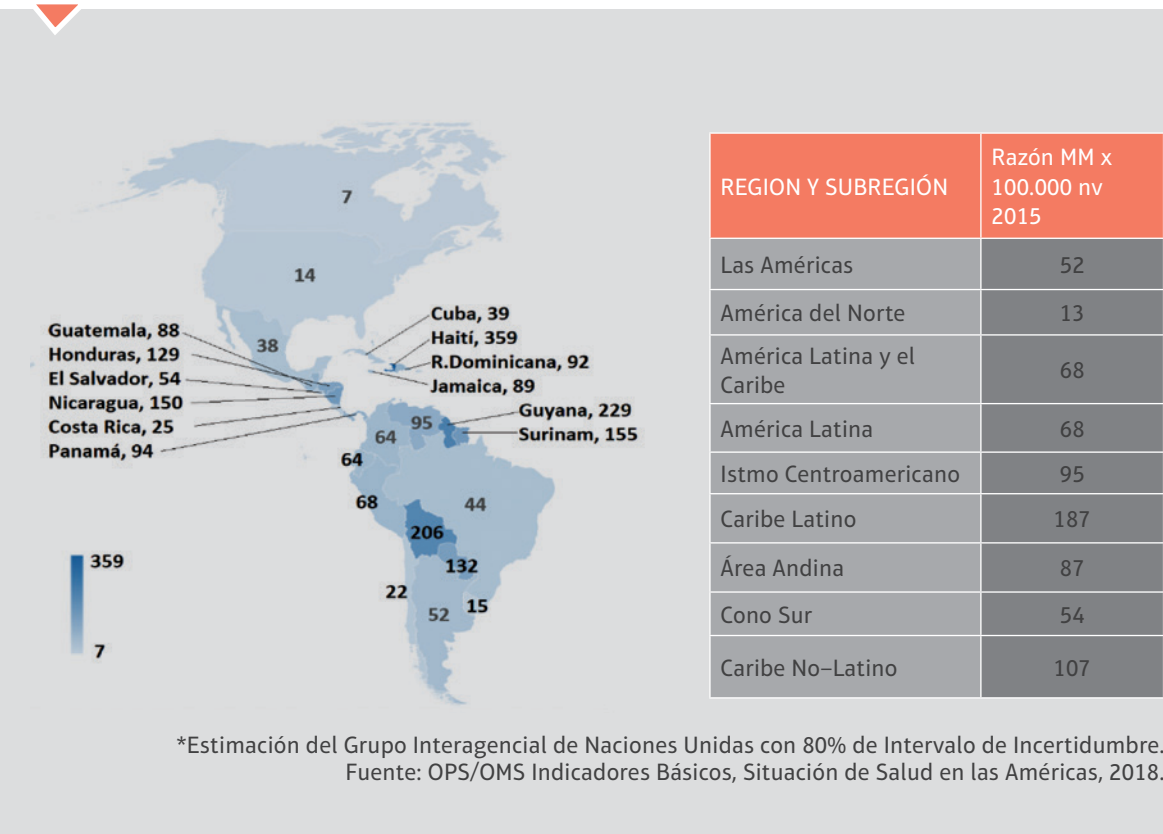


Tabla 1.

Mortalidad Materna en los países de las Américas, en relación con gasto público, gasto privado y gasto de bolsillo en salud, 2015

PAIS/REGION	Gasto público en salud: % del PIB	Gasto privado en salud: % del PIB	Gasto de bolsillo: % del gasto total salud	RMM x 100.000 nv
Bermuda	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Cuba	s/inf	s/inf	s/inf	39
Guadalupe	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Guayana Francesa	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Martinica	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Puerto Rico	s/inf	s/inf	s/inf	14
Anguila	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Aruba	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Curazao	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Islas Caimán	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf

Islas Turcas y Caicos	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Islas Vírgenes (EUA)	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Islas Vírgenes (RU)	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Montserrat	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Sint Maarten (Neerlandés)	s/inf	s/inf	s/inf	s/inf
Estados Unidos de América	8,5	8,4	10,7	14
Canadá	7,7	2,8	14	7
Uruguay	6,4	2,8	16,2	15
Costa Rica	6,2	2	20,9	25
Chile	4,9	3,2	31	22
Argentina	4,9	1,9	17,6	52
Nicaragua	4,4	3	35,6	150
El Salvador	4,4	2,3	27,9	54
Bolivia	4,4	1,9	22,5	206
Panamá	4,3	2,6	30,5	94
Ecuador	4,2	4,3	41,6	64
Paraguay	4,2	3,6	35,4	132
Belize	4,1	1,7	22,7	28
Colombia	4,1	1,8	18,3	64
Brasil	3,8	5	20,3	44
Dominica	3,7	1,6	28,4	s/inf
Bahamas	3,6	3,7	27,8	80
Jamaica	3,5	2,3	23,7	89
Barbados	3,4	3,9	44,1	27
Suriname	3,3	2,7	7,6	155
Trinidad y Tabago	3,2	2,8	35,6	63
Perú	3,2	2	30,9	68
Antigua y Barbuda	3,2	1,6	24,3	s/inf
México	3,1	2,8	40,8	38
Honduras	2,9	4,1	49,1	129
San Vicente y Granadinas	2,9	1	19,4	45
República Dominicana	2,5	3,3	42,5	92
Santa Lucía	2,5	3,1	40,9	48
Guyana	2,3	1,8	40,5	229
Saint Kitts y Nevis	2,1	3,5	37,8	s/inf
Granada	1,9	2,8	57	27
Guatemala	1,8	3,8	54,9	88
Venezuela	1,5	1,7	28,2	95
Haití	0,7	2,8	35,5	359

Fuente: OPS/OMS, Indicadores básicos, Situación de la salud en las Américas, 2018.

La tabla 1, en la que se ha ordenado a los países de las Américas en forma descendente, de acuerdo con el gasto público en salud como porcentaje del PIB, permite distinguir cinco bloques de países: el primer grupo, aquellos que no tienen información disponible del gasto en salud, aunque algunos de ellos (como Cuba y Puerto Rico) si tienen información de MM. El segundo grupo, aquellos países que tiene 6% o más de gasto público en salud en relación con el PIB. El tercer grupo de países, entre los que se encuentra el Ecuador, tienen un gasto público en salud entre 4% y 4,9%. El cuarto grupo de países tienen un gasto público entre 3% y 3,9% y el último grupo lo tienen por debajo del 3%.

Se utiliza las estimaciones de MM para el 2015 del Grupo Interagencial de NNUU porque son las únicas que permiten comparabilidad entre países.

Nótese que, con excepción del grupo que tiene un gasto público de 6% o más, y de Chile, que encabeza el siguiente grupo con un 4,9% de gasto público, esa inversión sí se refleja en un indicador tan sensible como la RMM. Estados Unidos, Canadá, Uruguay, Costa Rica y Chile justifican su elevada inversión pública en salud: para 2015 tienen una RMM que fluctúa entre 7 (Canadá) y 25 (Costa Rica) x 100.000 nv.

Los casos más contradictorios de (relativa) alta inversión pública (entre 4,2 y 4,4 de gasto público en salud como porcentaje del PIB) y una mortalidad materna muy alta son Nicaragua, Bolivia y Paraguay. Todos estos países superan la cifra de 100 MM x 100.000 nv; Bolivia inclusive supera la cifra de 200. Estos datos denotan una ineficiencia en la inversión en salud, o al menos el poco resultado

en un indicador crítico como el de mortalidad materna. Ello habla de la situación del sistema de salud.

Al otro extremo, hay países caribeños con poca inversión pública en salud (como Granada, Santa Lucía, San Vicente y Granadinas o Barbados) que tienen una MM relativamente baja. Pero ello podría estar sesgado por el pequeño tamaño de sus poblaciones, factor que no permite obtener conclusiones definitivas.

Los casos de Brasil (3,8% de gasto público) y México (3,1% de gasto público), con MM también relativamente bajas para el año 2015 (44 y 38 x 100.000 nv respectivamente), requieren de un análisis especial por el enorme tamaño de sus poblaciones y las posibles profundas diferencias al interior de sus territorios.

Ecuador, con un gasto público de 4,2% del PIB, tiene una MM que no es baja (64 x 100.000 nv), siempre según las estimaciones de OMS y el Grupo Interagencial de NNUU. Este dato revela que la inversión pública en salud, que creció durante el período de gobierno de Rafael Correa, no contribuyó a disminuir significativamente –o al menos como se hubiera esperado– indicadores como la mortalidad materna². Nótese además que, a pesar del crecimiento de la inversión pública, el gasto de bolsillo (como porcentaje del gasto total en salud), continúa siendo bastante alto: 41,6%, solo superado en Latinoamérica por Honduras, República Dominicana y Guatemala.

Esta situación agrava las condiciones de vulnerabilidad de los sectores sociales en condiciones de pobreza. De hecho, también hay un alto gasto privado en salud en el Ecuador (4,3% en relación con el PIB), ligeramente más alto que el gasto público.

² Lo mismo podría decirse de la desnutrición infantil o de la mortalidad e incidencia de cáncer invasivo de cuello del útero, por ejemplo.

¿Cómo explicar esta contradicción? Probablemente por una significativa ineficiencia del sistema público de salud, que no logra solucionar las inequidades.

De todas maneras, el Ecuador sí ha disminuido su mortalidad materna desde la década de 1950, cuando se comienza a procesar y publicar la información de nacimientos y defunciones (estadísticas vitales, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INEC).

El desafío de la meta 5A de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), que proponía una reducción de un 75% de las muertes maternas entre los años 1990 y 2015³, encuentra al país en un período de larga inestabilidad política, que significó la caída de tres gobiernos (Bucaram en 1997, Mahuad en 2000 y Gutiérrez en 2005) como consecuencia de sendos levantamientos populares. Pero también incluye a los gobiernos de Borja, Durán Ballén, Alarcón, Noboa, Palacio y Correa. Este último gobernó durante diez años (fase que coincide con los nueve años finales del período considerado para las metas de los ODM), tiempo suficiente para poner en práctica políticas e intervenciones más sostenibles y efectivas.

Antes del año 2007, la estabilidad caracterizaba a los equipos técnicos del Ministerio de Salud Pública (MSP), del INEC y de otras instituciones, lo cual repercutía en la continuidad de las metodologías de trabajo estandarizadas, generalmente definidas e impulsadas

por organismos de Naciones Unidas como OPS/OMS, UNFPA, PNUD o UNICEF, aunque ello no significaba necesariamente un buen análisis sobre la diversidad territorial, social, económica o de otro tipo. Desde el año 2007, y más intensamente a partir de 2010, la estabilidad de los equipos técnicos de los organismos del Ejecutivo se ve alterada y muchas metodologías son modificadas (un análisis más amplio en relación con el registro de la MM se puede encontrar en el capítulo 2).

Para analizar el cumplimiento de la meta de los ODM es importante revisar los datos históricos que registró y publicó el INEC desde el año 1990, así como las estimaciones de subregistro que hace la misma institución en coordinación con el MSP y otras instituciones del sector público, con aparente aval de organismos de NNUU⁴. Por su parte, también hay que considerar las estimaciones que de manera independiente hacen la OMS y el Grupo Interagencial de NNUU sobre el descenso de la mortalidad materna en el Ecuador en ese período de los ODM.

En el gráfico 3 se pueden apreciar tres líneas: la negra corresponde a los datos históricos publicados por el INEC, la naranja a las estimaciones de subregistro del INEC y otras instituciones nacionales, la azul es la de NNUU. Nótese la diferencia entre las tres líneas. Oficialmente, el MSP, el INEC y los gobiernos nacionales (anterior y actual) establecen que hubo un descenso del 70,9% (con la

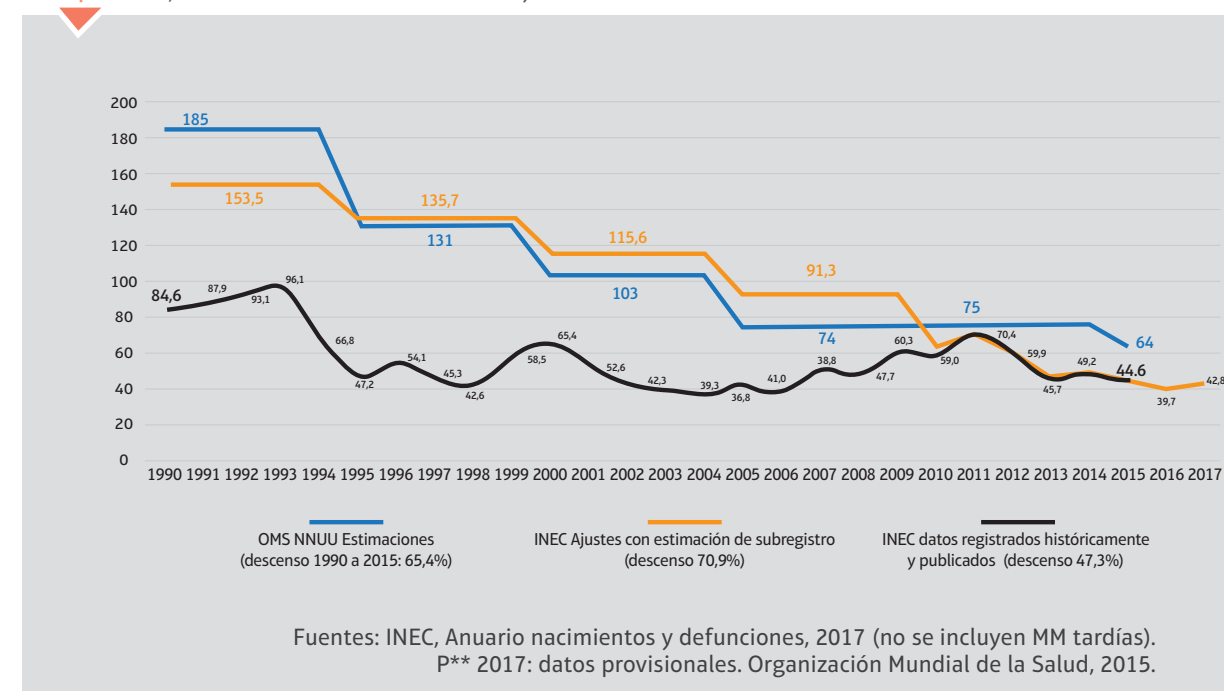
estimación de subregistro del INEC)⁵, cifra que es discutible por la falta de ajuste de ese subregistro a partir del año 2011 (ver el capítulo 2 de este documento). Según los datos históricos del INEC, el descenso habría sido

del 47,3%, y según las estimaciones independientes de NNUU, del 65,4%. En cualquiera de los casos, lo cierto es que Ecuador no cumplió con la meta establecida en los ODM para el año el 2015.

Gráfico 3

Mortalidad materna en el Ecuador, 1990-2017

Razón x 100.000 nacidos vivos (datos históricos INEC, estimación subregistro INEC, estimaciones OMS-NNUU)



En el documento del INEC, *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador*, de junio 2017, se señala: “en función a los avances reportados en los procedimientos asociados al registro de defunción materna, el Ecuador ha determinado que a partir del 2011 utiliza como dato oficial de número de muertes maternas el reportado por el registro de estadísticas vitales”; esto explica por

qué el INEC no ha estimado el subregistro a partir del año 2011.

Sin duda, esta decisión ayuda a mejorar artificialmente el nivel de cumplimiento en la meta, pero deja dudas sobre si la decisión del INEC, del MSP y posiblemente de otras instancias del Ejecutivo fue más política que técnica.

³ Los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible de NNUU, en el Objetivo 3, establecen “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, y proponen como meta 3.1: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”. Ver Naciones Unidas, 2015.

⁴ Entrevista con la exministra de Salud Pública, Verónica Espinosa. Ver también un documentos del INEC (2017) que describe la adaptación y aplicación de la metodología de Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG) vigente en agosto 2015 y establecida por el Grupo Interagencial para el caso del Ecuador.

⁵ En entrevista concedida el 22 de abril de 2019, la exministra de Salud Pública, Verónica Espinosa, señala que “el Ecuador alcanzó el 70,95%, que, comparado con los demás países de nuestra región y con los demás países de ingresos medios, estuvo muy por encima de lo que esos países alcanzaron. Es decir, si nos comparamos con similares, ya sea por nuestra pertenencia geográfica o por nuestra situación socioeconómica, o inclusive con quienes tenían mortalidades similares a nosotros, el Ecuador tuvo valores superiores; en promedio, me refiero. Esto lo presentamos en los informes de cumplimiento de los ODM, donde se ve claramente que, si bien no alcanzamos el 75%, lo hicimos mejor, tal vez, que muchos otros países”.

En resumen, lo menos que estas contradicciones en las cifras de MM en el Ecuador dejan es una serie de dudas, como:

- ¿Por qué existen diferencias entre las estimaciones independientes del Grupo Interagencial de NNUU y las del gobierno ecuatoriano (INEC, MSP), a pesar de un supuesto acuerdo en la metodología? ¿Hubo a propósito una alteración de datos?
- ¿Por qué el INEC deja de estimar el subregistro de MM a partir del año 2011? ¿Fue una decisión política y no técnica? ¿Tuvo esta decisión el criterio favorable de NNUU? Ello a pesar de que tanto la OPS/OMS (indicadores básicos 2018) como el INEC (estimación RMM 2017) reconocen altos porcentajes de subregistro en mortalidad y de causas de muerte mal definidas.
- ¿Hubo presiones políticas desde la Presidencia de la República u otras instancias para realizar ajustes no técnicos en las estimaciones de MM?
- ¿Por qué en el Plan del Buen Vivir 2013-2017 no se respetaron las metas de los ODM para 2015 y se definieron otras más conservadoras para 2017? ¿Hubo alguna intencionalidad en ello?
- ¿Por qué no se transparentó toda la información de MM y los métodos de ajuste de la misma, a pesar de la solicitud de organizaciones de la sociedad civil y de académicos?

- ¿No era más conveniente, política y técnicamente, reconocer que había dificultades para el cumplimiento de esta meta de los ODM (como en muchos países) y que había deficiencias en el sistema y en los servicios públicos de salud, antes que alterar los datos?

Probablemente hay otras interrogantes al respecto, pero el no cumplimiento de la meta no sólo es una característica del Ecuador. En realidad, pocos países en el mundo cumplieron con la meta, que resultó ser muy demandante y no consideró los graves problemas estructurales como las inequidades, la pobreza y la extrema pobreza⁶ que impiden su consecución.

A pesar de las dificultades para su cumplimiento,

nueve países que en 1990 tenían una RMM de más de 100 están ahora entre los que han “logrado la meta 5A de los ODM”, de acuerdo con estimaciones puntuales de la reducción de la RMM que indican una reducción de al menos un 75% entre 1990 y 2015: Bhután, Cabo Verde, Camboya, República Islámica de Irán, Maldivas, Mongolia, República Democrática Popular Lao, Rwanda y Timor-Leste⁷.

En esta lista no figura ningún país de las Américas, algunos continúan teniendo una MM por encima de 100.

6 Varias de las personas entrevistadas para este informe, incluida la exministra de Salud Pública, Verónica Espinosa, coinciden en que la meta definida para MM en los ODM era demasiado demandante. Sin embargo, uno de los expertos entrevistado considera que el incumplimiento de la meta no tiene únicamente relación con condiciones estructurales: “A mí me parece que el enfoque y la estrategia que hubo, y creo que sigue habiendo, frente al problema de la reducción de la muerte materna en el Ecuador no era una estrategia efectiva. Esa creo que es la razón más importante”.

7 Organización Mundial de la Salud, 2015.

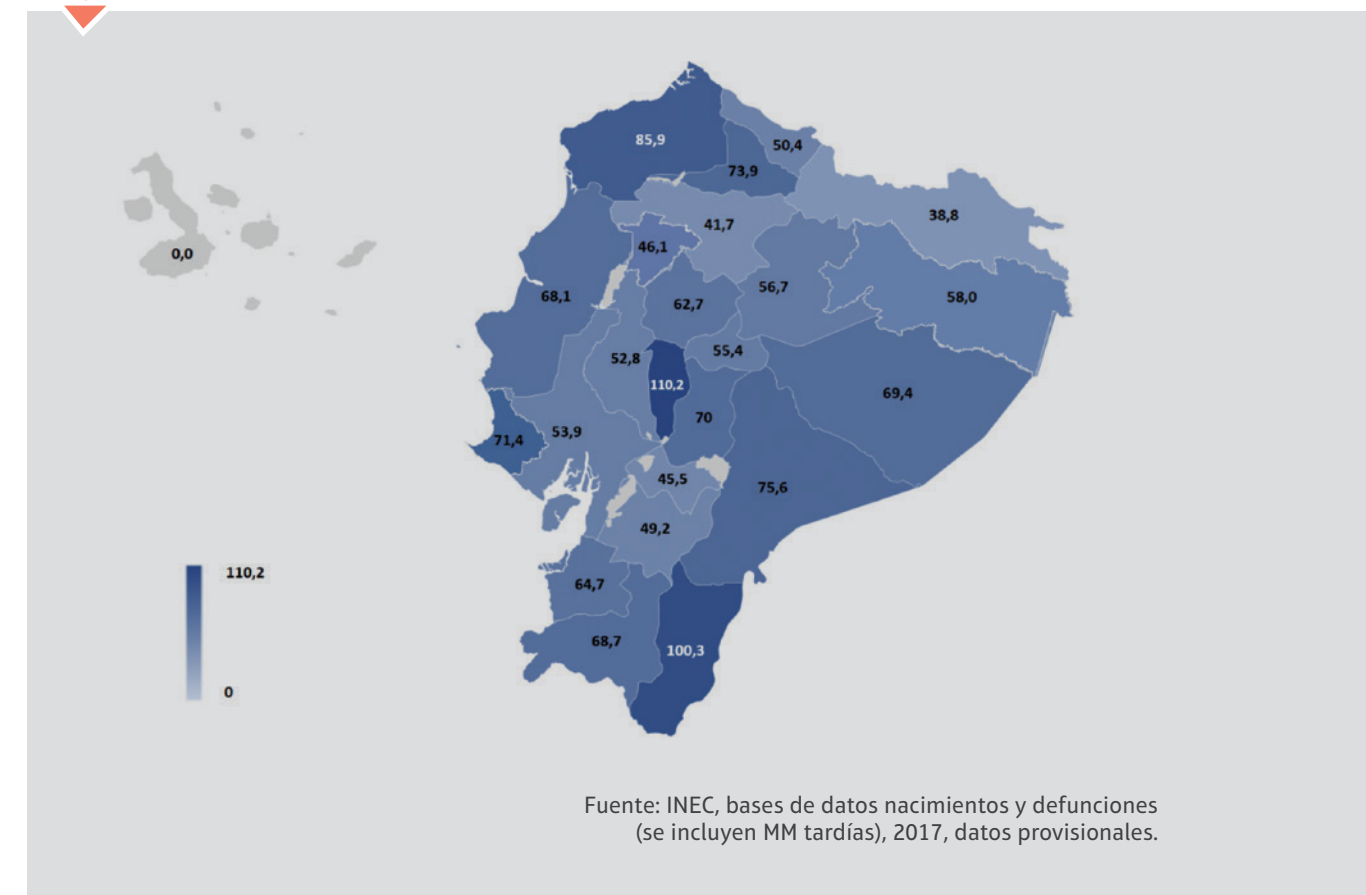
Para el año 2015, si bien el Ecuador tenía una MM que se podría definir como intermedia en su magnitud (64 según OPS, OMS y NNUU y 44,6 según el INEC), las diferencias al interior del país son importantes.

Analizando las bases de datos disponibles de los últimos cuatro años (2014-2017), en algunos casos utilizando el promedio del período (un artificio para atenuar la variabilidad anual y para ampliar el número de MM analizadas), hay provincias en las que la MM si-

que superando la razón de 100×100.000 nv: Bolívar con 110,2 (promedio para el período) y Zamora Chinchipe con 100,3; en Esmeraldas se mantiene la MM con 85,9. Sin embargo, este mapa⁸ permite identificar que no son las provincias con mayor población, Guayas (con $53,9 \times 100.000$) y Pichincha (con $41,7 \times 100.000$), donde se concentra el mayor riesgo de MM, como equivocadamente se puede concluir al leer la Gaceta de MM del MSP, que hace el análisis en números absolutos y no en razones (ver Gráficos 4 y 5).

Gráfico 4.

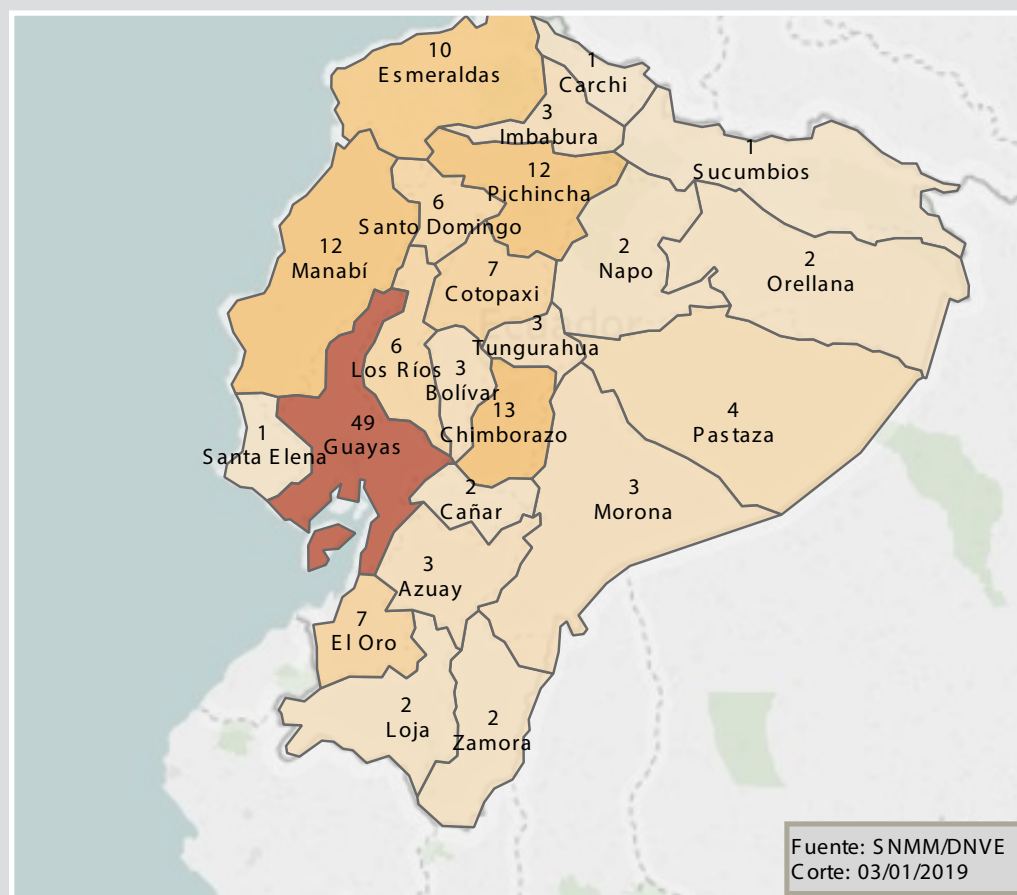
Razón de mortalidad materna por provincias, Ecuador, promedio período 2014-2017 x 100.000 nacidos vivos



8 El mapa puede variar según los años analizados, sobre todo en las provincias con poca población y menor número relativo de muertes maternas registradas; un ejemplo para los cuatro años acumulados es: Galápagos 0, Carchi 6, Napo 7 y Pastaza y Sucumbíos 8 x 100.000 nv cada una.

Gráfico 5.

Muertes maternas por provincia de residencia SE 1 a SE 52 Ecuador 2018



Tomado de MSP, Gaceta de Muerte Materna SE 42, 2018.

De hecho, este análisis, aun al agrupar los datos de cuatro años (2014-2017), tiene sus limitaciones. Esto conociendo que no todos los datos del denominador han sido ajustados (por las inscripciones tardías), más aún cuando el INEC ha definido a partir de junio 2018⁹ que las "cifras definitivas (de nacidos vivos) se refieren a información final y concluyente, y corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio

de inscritos en los cuatro años posteriores a la ocurrencia del hecho".

Sin embargo, la intencionalidad de este análisis no es acercarse a los datos exhaustivos que oficialmente y a su debido tiempo publicará el INEC, sino la de identificar las diferencias al interior de los promedios nacionales. Esta información permite visibilizar las inequidades, sin lo cual es difícil establecer políticas públicas eficientes que incidan en territorios y grupos sociales prioritarios.

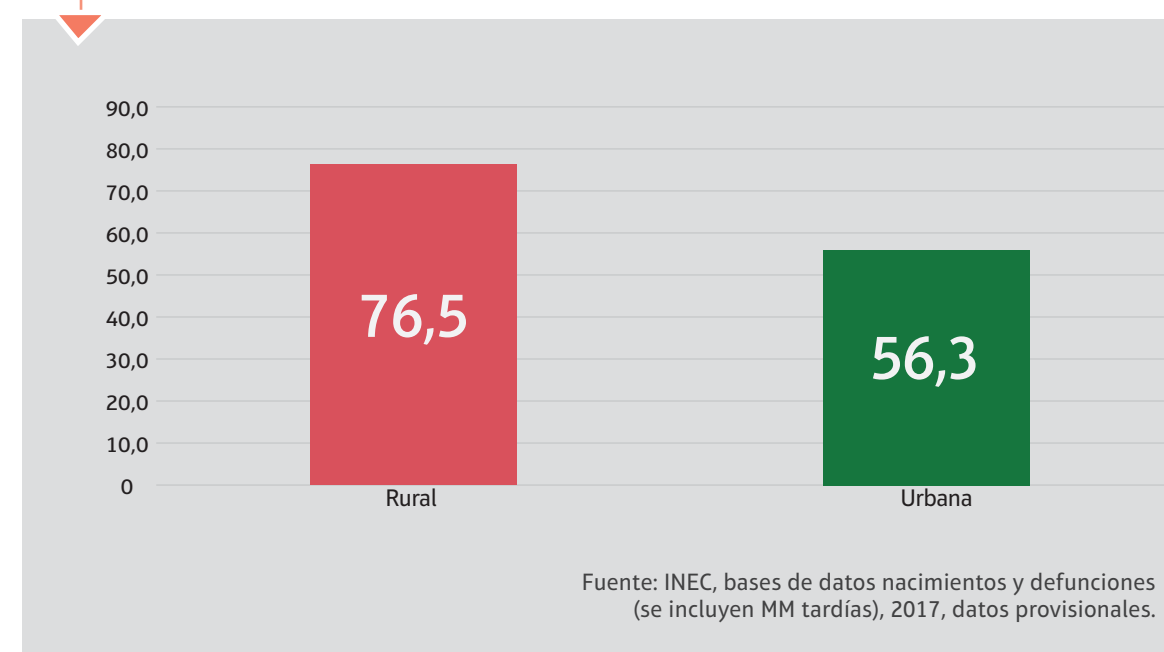
⁹ INEC, 2017a.

Con esas consideraciones, la diferencia urbana/rural es también importante (ver Gráfico 6). Las denominadas "tres demoras"¹⁰ (modelo Maine: demora 1, reconocimiento de signos de alarma; demora 2, traslado al centro asistencial; demora 3, atención en el establecimiento sanitario)¹¹ en la atención de la mujer embarazada, en el parto y

puerperio, en el acceso a la planificación familiar o al aborto seguro, pesan sobre todo en la población más pobre que vive en zonas rurales dispersas y con difícil acceso a servicios de salud de mayor complejidad, como los que requiere una mujer con complicaciones obstétricas.

Gráfico 6.

Razón de mortalidad materna por área de residencia: urbana/rural Ecuador, promedio período 2014-2017 x 100.000 Nacidos vivos

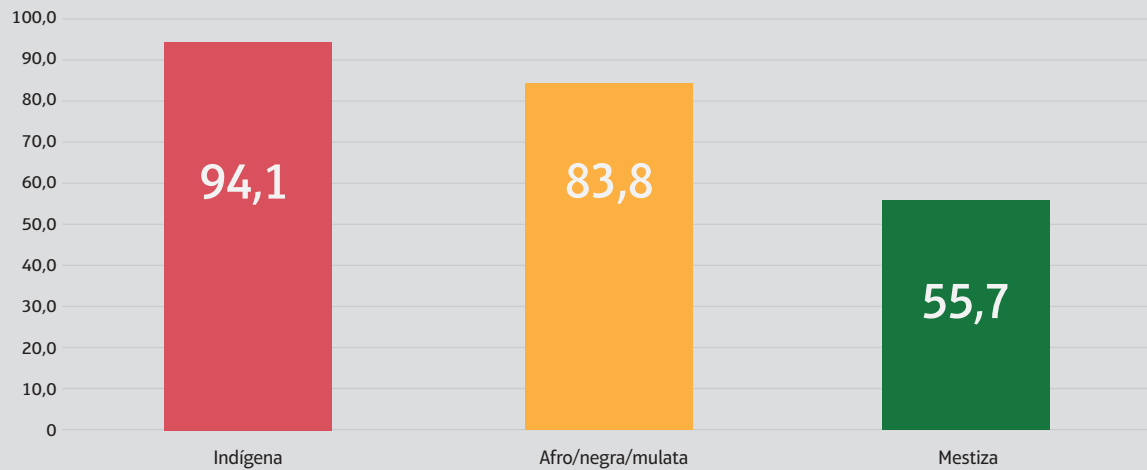


¹⁰ Karolinski y otros, 2015.

¹¹ Hoy, organismos como el Fondo de Población de Naciones Unidas reconocen una cuarta demora (la falta de acceso a métodos anticonceptivos modernos y efectivos), que en realidad precede a las otras tres demoras. Ver Naciones Unidas, 2018.

Gráfico 7.

Razón de mortalidad materna por etnia (autoidentificación étnica, selección y agrupación afro/negra/mulata) Ecuador, promedio período 2014-2017 x 100.000 Nacidos vivos



Fuente: INEC, base de datos de nacimientos y defunciones (se incluyen MM tardías para ampliar el número de casos para el análisis), 2017, datos provisionales.

Pero no son solo territoriales las diferencias, sino que ocurren y se mantienen en indicadores sociales como alfabetismo, nivel de instrucción y/o etnicidad de la mujer fallecida (ver Gráficos 7, 8 y 9 y Tabla 2).

Los datos del Registro Civil que se reflejan en las bases de datos del INEC, respecto de nacimientos y defunciones, no permiten una aproximación por otros indicadores como quintiles de ingreso económico o diversas formas de calcular la pobreza. Sin embargo, etnicidad, alfabetismo y nivel de instrucción son por sí mismos una aproximación al nivel de pobreza.

El análisis de la etnicidad requiere de una consideración especial a fin de evitar la dispersión de datos, pues se trata de un hecho epidemiológico (la muerte materna) de todas

maneras raro (entre 150 y 200 muertes anuales, incluyendo las tardías) si lo comparamos con hechos de gran magnitud como mortalidad por diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes, violencia o algunas enfermedades infecciosas; incluso si la comparamos con la mortalidad infantil.

Se han seleccionado tres grupos de población: 1) indígena, 2) afroecuatoriana, negra y mulata (agrupada artificialmente) y 3) mestiza. Aun considerando que la comparación de RMM requiere de ciertos ajustes (imposibles de realizar con la información disponible al momento), es factible concluir que hay un exceso de muertes maternas en mujeres indígenas y afroecuatorianas si comparamos las mismas, incluso en números absolutos, con el número de nacimientos (ver Tabla 2).

Tabla 2.

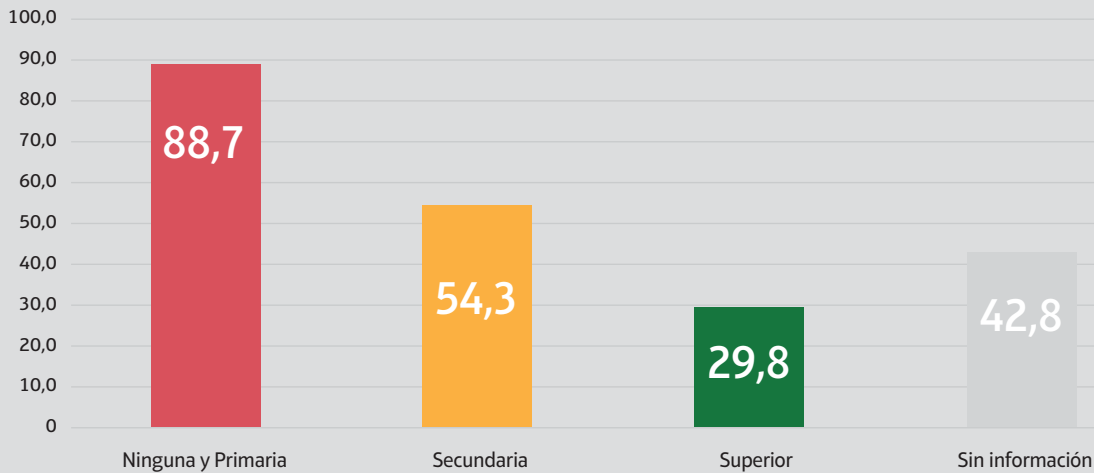
Estimación de exceso de muertes maternas en grupos étnicos seleccionados Ecuador, período 2014 – 2017

Grupo étnico / Población	Núm. MM período 2014-17 (a)	Núm. NV período 2014-17 (b)	estima-do RMM 2014-17 (c)	% MM (d)	% NV (e)	Exceso %MM vs %NV (f=d-e)	% de incremento de MM en relación a % NV (g=f/e)
indígena	90	95671	94,1	12,3	7,5	+4,8	+64,0
afro/negra/mulata	31	37013	83,8	4,2	2,9	+1,3	+44,8
Mestiza	592	1063453	55,7	80,8	83,4	-2,7	-3,2
TOTAL (incluye otros grupos étnicos)	733	1274682	57,5	100,0	100,0		

Fuente: INEC, base de datos de defunciones y de nacidos vivos 2014 a 2017 (autoidentificación étnica).

Gráfico 8.

Razón de mortalidad materna por nivel de instrucción de la madre* Ecuador, promedio período 2014-2017 x 100.000 Nacidos vivos



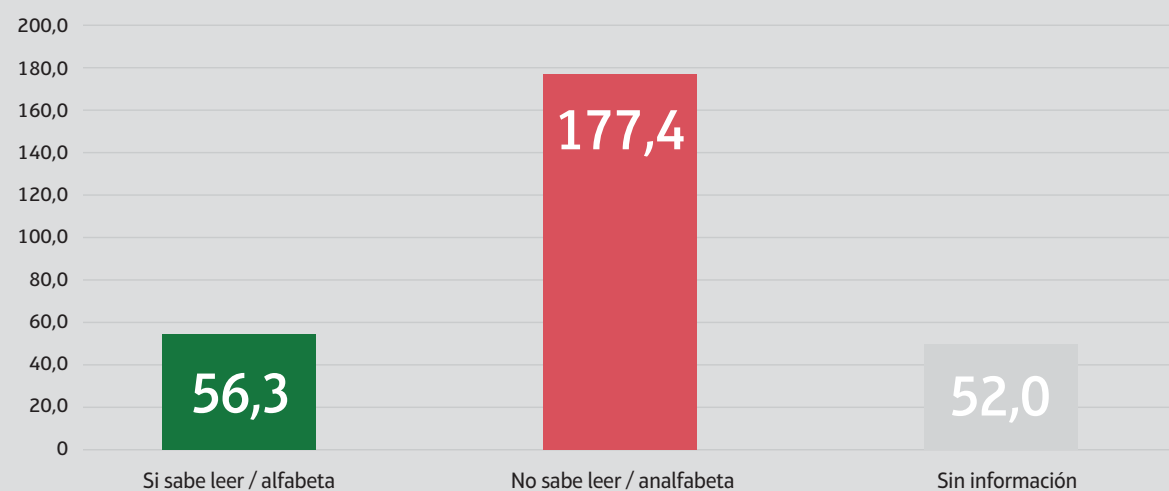
*Para este cálculo se han agrupado las categorías: Ninguno y Primaria incluye Ninguno, Centro de Alfabetización y Primaria. Secundaria incluye Secundaria, Educación Básica, Educación Media y Ciclo Post Bachillerato. Superior incluye Superior y Postgrado.

Fuente: INEC, base de datos de nacimientos y defunciones (se incluyen MM tardías), 2017, datos provisionales.

Gráfico 9.

Razón de mortalidad materna según la condición de alfabetismo de la madre (pregunta: ¿sabe leer?) Ecuador, promedio período 2014-2017

X 100.000 Nacidos vivos



Fuente: INEC, base de datos de nacimientos y defunciones (se incluyen MM tardías), 2017, datos provisionales.

Este panorama, a breves rasgos, revela las grandes inequidades a las que están sometidas la población y las mujeres en particular, tanto en acceso a servicios de salud y de otro tipo, como a condiciones de vida dignas, que al menos satisfagan sus necesidades básicas como educación, acceso a trabajo e ingresos económicos suficientes e, incluso, acceso a servicios de salud pública que incluyan promoción, prevención y atención.

El transporte de emergencias obstétricas, por ejemplo, estaba garantizado en gran medida por los municipios con la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI), que aunque no ha sido derogada, en la práctica no tiene vigencia¹². En general, la situación de inequidad no ha cambiado en la última década, al menos en sus efectos en mortalidad materna, a pesar de la inversión social, específicamente en salud.

¹² En la entrevista, la exministra de Salud Pública, Verónica Espinosa, señala que esa práctica de transporte comunitario de emergencias obstétricas se mantiene a nivel local en diferentes lugares y con diversos actores. Sin embargo, posiblemente esto ocurre sin la obligatoriedad de los convenios de gestión local que establecía la LMGAI.

Gráfico 10.

Brechas de desigualdad: razón de muerte materna por quintil según pobreza multidimensional¹³, Ecuador, 2009 y 2015



Q1= Mayor proporción de población en pobreza; Q5= Menor proporción de población en pobreza
Fuente: Elaboración equipo consultor INSP-M a partir del análisis de desigualdades

Tomado de Ministerio de Salud Pública del Ecuador y otros, 2017.

En un informe preparado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México¹⁴ para el MSP, en colaboración con SENPLADES, UNFPA y SENDAS (*Costos de omisión en salud sexual y reproductiva en Ecuador*), se analizan las brechas de las desigualdades para la salud sexual y reproductiva en los años 2009 y 2015, en provincias con diferente concentración de pobreza. Se utiliza el criterio de pobreza multidimensional, que incluye necesidades básicas insatisfechas, ingreso y educación (por quintiles). Si bien la brecha de fecundidad adolescente habría disminuido entre 2009 y 2015, la brecha de mortalidad materna entre provincias de quintil 1 y 5 más bien aumentó de 39,3%

en 2009 a 46,7% en 2015, como se puede apreciar en el gráfico 10.

También en el número monográfico sobre Ecuador de la Revista Panamericana de Salud Pública, en el artículo *Desigualdades sociales en la mortalidad materna entre las provincias de Ecuador*¹⁵, se hace referencia a las desigualdades internas que se esconden tras los promedios nacionales, usando algunos indicadores como Producto Interno Bruto (USD per cápita), hogares con hijos que no asisten a la escuela (%), hogares con electricidad (%), población indígena (%), tasa global de fecundidad (nacimientos por mujer), tal como se puede revisar en el gráfico 11.

¹³ INEC, 2018.

¹⁴ Ministerio de Salud Pública (Belkis Aracena y otros), 2017.

¹⁵ Sanhueza y otros, 2017.

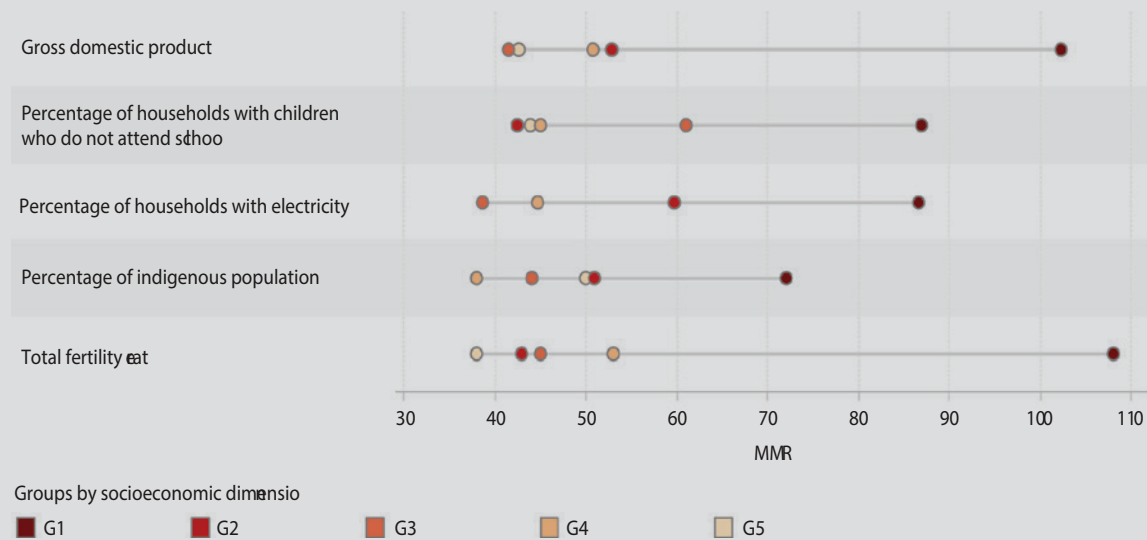
Según las autoras de esta investigación,

Las razones de la mortalidad materna difieren mucho entre las provincias. Hubo cinco indicadores socioeconómicos que resultaron estar asociados significativamente con la razón de mortalidad materna: la tasa total de fecundidad, el porcentaje de población indígena, el

porcentaje de hogares con niños que no asisten a la escuela, el producto interno bruto y el porcentaje de hogares con servicio eléctrico. De estos cinco, solo tres mostraron desigualdades estadísticamente significativas en la mortalidad materna: la tasa total de fecundidad, el producto interno bruto y el porcentaje de hogares con electricidad.

Gráfico 11.

Razón de mortalidad materna desagregada (número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos) entre los quintiles* de indicadores socioeconómicos, en estudio de las desigualdades sociales en mortalidad materna en Ecuador, 2014



*El quintil 1 (G1), representa a las provincias desfavorecidas en términos del indicador socioeconómico, y el quintil 5 (G5), representa a las provincias más favorecidas.

Fuente: Sanhueza y otros, 2017.

Estos análisis concuerdan además con la ampliación de las brechas en la mortalidad materna entre los años 2010 y 2017, dato que se constata comparando la situación de las mujeres sin instrucción o con instrucción primaria

con aquellas cuya instrucción ha sido superior (ver Gráfico 12¹⁶). Se puede constatar que, a pesar de que en los años 2010 y 2015 parecen acortarse las brechas, estas se amplían nuevamente en los años siguientes, revelando

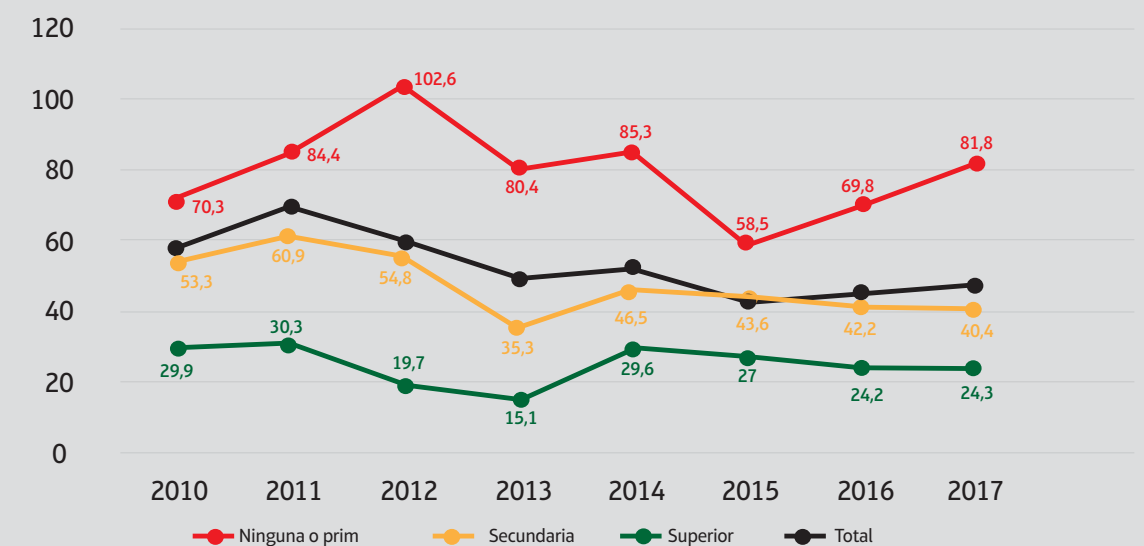
que no se encuentran soluciones sostenibles para el grupo de mujeres en condiciones de mayor pobreza (en este caso, identificadas a través de un indicador proxy¹⁷, como nivel de instrucción de las madres fallecidas).

El punto más amplio de inequidades corresponde al año 2013, con una RMM de 80,4 x 100.000 nv para las mujeres sin instrucción o solo con instrucción primaria, frente a una RMM de 15,1 para las mujeres con instrucción superior (con una relación de 5,32 entre ambos grupos).

En general, en lo que va de la década de 2010 (con la limitación de la necesidad de ajustes en denominadores y numeradores de los últimos años), la RMM en las mujeres con instrucción superior ha variado entre 15,1 y 30,3, similar a la de los países latinoamericanos con mejores indicadores, como Uruguay, Chile o Costa Rica. Mientras tanto, la RMM entre las mujeres sin instrucción o con instrucción primaria (más pobres) durante el mismo período ha variado entre 58,5 y 102,6, acercándose en algunos años al comportamiento de los países latinoamericanos con índices más deficitarios.

Gráfico 12.

Ecuador 2010-2017: brechas de mortalidad materna por nivel de instrucción (rmm x 100.000 Nv)



Nota: A fin de hacer comparables los datos anuales, **no se incluyen MM tardías**. Las brechas de la relación instrucción ninguna o primaria vs superior son: 2010: 2,35; 2017: 3,37.

Fuente: INEC, bases de datos nacimientos y defunciones, 2017, datos provisionales.

¹⁶ A partir de un gráfico que consta en Noboa, 2015.

¹⁷ "Un indicador proxy es una medición o señal indirecta que aproxima o representa un fenómeno en la ausencia de una medición o señal directa". Ver OCHA, Colombia.

La ampliación de la brecha (mujeres sin ninguna instrucción o con instrucción primaria vs mujeres con instrucción superior) en el período 2010-2013 es muy significativa (Chi cuadrado Mantel-Haenszel 8,36306; p 0,00383). Sin embargo, y aunque la diferencia de razones sigue siendo grande (relación 3,37 para el año 2017), la expansión de la brecha para el período 2015-2017 (Chi cuadrado Mantel-Haenszel 1,78840; p 0,18112) no es significativa. Siempre hay que considerar que aún se requiere de ajustes en los denominadores y posiblemente en los numeradores.

Pero, más allá de las estadísticas e indicadores, o incluso de la constatación de inequidades en MM a nivel global y nacional, cada muerte materna es una gran tragedia para la mujer y la familia, para la comunidad y la sociedad en general.

Muchas instituciones a nivel internacional como la OMS, UNICEF y el Banco Mundial reconocen la magnitud de una muerte materna, no solo por la vida que se pierde, sino también porque este evento afecta a la familia y sociedad, en especial a los huérfanos que quedan desprotegidos. El resultado evidente de la muerte de una mujer es la pérdida de su contribución a su familia y su comunidad: el mantenimiento de la familia, la

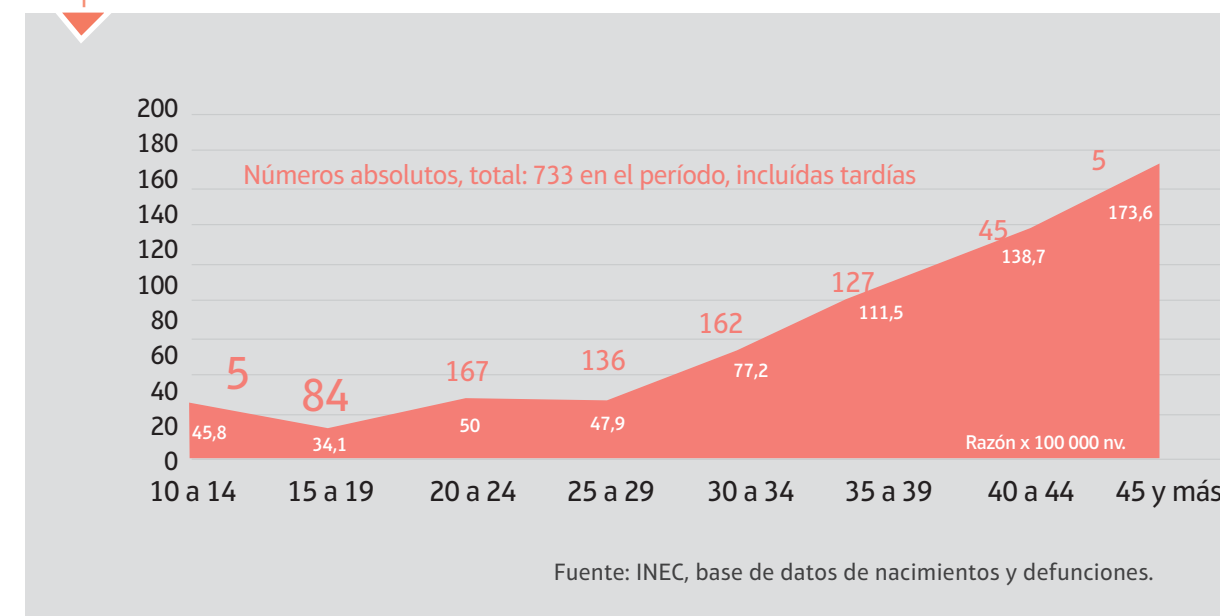
protección de la salud y facilitar la educación de los niños, y la obtención de ingresos... son los hijos huérfanos los que sufren las mayores consecuencias, mayor riesgo de morir, de enfermarse, menos probabilidades de recibir atención médica y de asistir a la escuela¹⁸.

Esas secuelas familiares y sociales suelen ser prolongadas.

Dos de los problemas que agravan más aun la magnitud, el impacto y el contexto de la mortalidad materna son los embarazos tempranos en adolescentes (especialmente menores de 15 años, que ocurren generalmente en un marco de violencia) y los embarazos en mujeres de más de 40 años, muchas de ellas con varias gestaciones, en las que la frecuencia de muerte materna se multiplica de manera significativa¹⁹. El gráfico 13, de mortalidad materna por grupos de edad ocurridas en el Ecuador en el período 2014-2017, revela por un lado que no solo están sucediendo embarazos, generalmente forzados, en niñas pequeñas (menos de 15 años), sino que algunas veces esos embarazos terminan en el fallecimiento de las niñas y adolescentes (5 niñas menores de 15 años han fallecido por MM en ese período de 4 años; en total, 89 niñas y adolescentes de 10 a 19 años fallecieron por MM en ese mismo período).

Gráfico 13.

Razón y números absolutos de muertes maternas por edad de la madre Ecuador, período 2014-2017. (X 100.000 Nacidos vivos)



En el informe de investigación *Vidas robadas*²⁰ se presentan claramente esas condiciones de abuso y de vulneración de derechos en las que ocurren los embarazos de niñas pequeñas, quienes finalmente están expuestas no solo a la fractura de sus proyectos de vida, sino a la misma pérdida de sus vidas:

Es evidente que la afectación en la salud integral de estas niñas violadas y embarazadas es total, aunque su salud mental y social son las más afectadas, también su salud física se ve amenazada por los riesgos que representa el embarazo a tan temprana edad, y por las complicaciones que se presentan en mayor proporción.

Siendo la salud mental y social, dimensiones de la vida de las personas, poco visibilizadas y valoradas, se concluye

que la mayor afectación que viven estas niñas se ubica en estas dimensiones. Las lesiones mentales y sociales que se producen se reflejan fundamentalmente en la pérdida de su identidad de niñas y/o adolescentes tempranas para convertirse en madres en un proceso violatorio de sus derechos fundamentales, entre los cuales el derecho a la vida entendida esta como el conjunto de vivencias, sueños, proyectos, se reduce a la obligación de cumplir con una maternidad forzada.

Las violencias en su contra no cesan con la maternidad, y se expresan en que algunas vuelven a embarazarse, no logran estudiar, viviendo en un limbo social del cual no logran salir, pues esta realidad es inherente a la pobreza en la cual viven.

¹⁸ Lozano-Avendaño, 2016.

¹⁹ "En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo". Ver OMS, 2018; Donoso y otros, 2014.

²⁰ Gómez De la Torre y otras, 2016.

Cristina Burneo y otras investigadoras señalan:

Es imperativo reconocer la existencia de distintos tipos de violencia como factor que influye en las elevadas tasas de embarazo adolescente. La violencia es producto de las relaciones desiguales de género en una cultura machista. UNICEF señala que “las actitudes negativas de los niños y los hombres hacia las niñas y mujeres, las normas que perpetúan la violencia y la impunidad, la pobreza que obliga a las niñas a tener relaciones sexuales con hombres mayores como estrategia de supervivencia, inciden en el comportamiento sexual de las jóvenes”²¹.

Finalmente, y para completar el panorama, las causas de muerte materna (lista de tres

dígitos) para el año 2017, reportadas en el anuario de nacimientos y defunciones 2017 del INEC, son las de la tabla 3. Nótese que en una buena proporción son muertes evitables (hipertensión del embarazo, hemorragias²², infecciones, trauma), incluyendo cinco fallecimientos por aborto (es posible que otras muertes por aborto estén encubiertas en causas como hemorragias o embarazos ectópicos), equivalentes al 3,5% del total. Con mucha frecuencia, los abortos no se registran adecuadamente, más aún cuando resultan en muertes o complicaciones, pues generalmente ocurren en condiciones de clandestinidad, debido a la penalización y fuertes sanciones que impone el Código Orgánico Integral Penal²³, no solo a los profesionales y personas que practican el aborto sino a las mujeres que se lo practican²⁴.

²¹ Burneo y otras, 2015.

²² Ver en el capítulo 4 de este informe las estrategias efectivas propuestas para estas dos complicaciones obstétricas (hemorragias y preeclampsia/eclampsia), que son las más frecuentes en el Ecuador.

²³ Respecto del aborto, el Código Orgánico Integral Penal determina:

Art. 147.- Aborto con muerte.- Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer causen la muerte de esta, la persona que los haya aplicado o indicado con dicho fin, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años, si la mujer ha consentido en el aborto; y, con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años, si ella no lo ha consentido.

Art. 148.- Aborto no consentido.- La persona que haga abortar a una mujer que no ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si los medios empleados no han tenido efecto, se sancionará como tentativa.

Art. 149.- Aborto consentido.- La persona que haga abortar a una mujer que ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. La mujer que cause su aborto o permita que otro se lo cause, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a dos años.

Art. 150.- Aborto no punible.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.

²⁴ Al momento de la redacción de este documento se debate en la Asamblea Nacional los artículos del COIP relacionados con el aborto. Al parecer, los bloques legislativos liberarán de la disciplina partidaria a sus asambleístas, a fin de que puedan debatir y votar según su criterio (hay divergencias al interior de los bloques) sobre la despenalización del aborto “en casos de violación, incesto, estupro e inseminación no consentida”. Grupos conservadores provida enfrentan con posiciones moralistas y religiosas los argumentos de las organizaciones feministas pro-derechos.

En realidad, el cuadro corrobora el análisis anterior sobre las inequidades. Las causas de muerte materna no se explican sólo biológicamente, aunque los diagnósticos médicos así lo aparenten. Se trata, en el fondo, de todo un complejo proceso de acontecimientos sociales y estructurales (determinación social), como la pobreza y la falta de acceso de miles

de mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, a los beneficios equitativos que suponen las políticas públicas en este campo. Pero no se agota allí, sino que confluyen también el modelo de salud (biomédico, jerárquico, patriarcal, mercantilizado), así como la falta de integración real del enfoque de género en políticas públicas.



Tabla 3.
Principales causas de muerte materna en el Ecuador 2017
Lista internacional detallada-cie-10 (tres dígitos)

Causas de muerte materna	Número	%
1/ Muertes maternas (oportunas)	143	100%
2/ Causas obstétricas directas (O00-O94)	96	67,1%
O14 Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa.	17	11,9%
O15 Eclampsia.	13	9,1%
O23 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo.	6	4,2%
O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos.	6	4,2%
O06 Aborto no especificado.	5	3,5%
O11 Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada.	5	3,5%
O72 Hemorragia postparto.	5	3,5%
O00 Embarazo ectópico.	4	2,8%
O43 Trastornos placentarios.	4	2,8%
O62 Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto.	4	2,8%
O71 Otro trauma obstétrico.	4	2,8%
O44 Placenta previa.	3	2,1%
O02 Otros productos anormales de la concepción.	2	1,4%
O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae].	2	1,4%
O86 Otras infecciones puerperales.	2	1,4%
Resto de causas.	14	9,8%
3/ Causas obstétricas indirectas (O98-O99)	45	31,5%
O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo y el parto.	6	4,2%
O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.	39	27,3%
Causas no especificadas (O95)	2	1,4%
O95 Muerte obstétrica de causa no especificada.	2	1,4%
4/ Causas de muerte materna después de 42 días del parto (O96 - O97)	68	32,2%
O96 Muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, pero antes de un año del parto.	68	
O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas directas.	-	
Defunciones maternas totales (incluidas tardías)	211	

Fuente: INEC, Anuario nacimientos y defunciones 2017.
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/



2. CAMBIOS EN LAS DEFINICIONES DE MUERTE MATERNA, CALIDAD Y USO DEL DATO

Según la Organización Panamericana de la Salud,

la mortalidad materna reportada por los países (Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Panamá, Paraguay) presenta una o más de las siguientes limitaciones: cobertura de las defun-

ciones maternas y nacidos vivos, diferencias con la definición de mortalidad materna empleada, diferentes denominadores usados o el estudio de sólo las muertes maternas confirmadas²⁵.

En efecto, para los profesionales y trabajadores de la salud pública, así como para los

²⁵ OPS/OMS, 2016.

investigadores, siempre fue un problema la confianza en la información de la mortalidad, no solo materna sino mortalidad general e infantil. Se trata de una deficiencia histórica: hay dudas sobre la calidad del dato recogido en la fuente; sobre un supuesto alto subregistro tanto de nacimientos como de defunciones, sobre todo en poblaciones rurales (es muy conocido el hecho de que se sepulta en forma escondida a personas fallecidas, sin pasar por el registro civil, práctica que ha

ido disminuyendo con el tiempo); el uso de metodologías diferentes para el cálculo de tasas y razones; los cambios en definiciones como las de mortalidad materna, por ejemplo; amén de la intencionalidad de algunas autoridades por hacer aparecer el problema de la mortalidad materna como menos grave de lo que es, o para ocultar algunas falencias de los servicios, del sistema de salud o de los registros.

Tabla 4.

Indicadores de sistema de salud, subregistro de mortalidad, causas de muerte mal definidas y poco útiles, región de las américas, 2016 (subregiones y países seleccionados)

REGIÓN, SUBREGIÓN O PAÍS	Subregistro de mortalidad (%) 2016	Causa mal definida e ignorada de muerte (%) 2016	Causas de muerte poco útiles (%)
Las Américas	5,1	2,9	14,8
América del Norte	3,4	1,2	14,6
América Latina y el Caribe	6,7	4,4	15,0
América Latina	6,6	4,4	15,0
México	-	1,3	11,6
Itsmo Centroamericano	7,3	10,7	18,1
Caribe Latino	-	-	-
Cuba	0,6	0,7	9,8
Área Andina	28,5	2,1	13,7
Bolivia (Estado Plurinacional)	-	-	-
Colombia	21,6	1,8	11,2
Ecuador	20,2	7,2	11,4
Perú	43,9	0,3	18,9
Venezuela (República Bolivariana)	-	-	-
Brasil	2,4	5,8	14,0
Cono Sur	2,6	5,8	22,7
Caribe No-Latino	10,4	1,7	16,0

Fuente: OPS/OMS, 2018 (Indicadores del Sistema de Salud)

La OPS²⁶ estima que en la región de las Américas el subregistro y la calidad del dato de mortalidad tienen un comportamiento variable, como lo muestra la tabla 4.

En Ecuador se considera que una de cada cinco defunciones no es registrada y persiste una considerable mala definición en las causas básicas de muerte. Una de cada trece muertes tiene una mala definición en la papeleta de defunción y ello afecta la credibilidad de los registros, más aun si se suma el hecho de que una de cada nueve causas de muerte registradas tienen poca utilidad, generalmente por falta de especificidad.

Los registros de muerte materna también se ven afectados por estas falencias. La razón de muerte materna se calcula correlacionando el dato de muertes maternas registradas en un territorio definido en el período de un año y los nacidos vivos del mismo territorio y período.

La definición vigente de muerte materna de la OMS, presente en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10) de 2015, es:

Defunción relacionada con el embarazo (defunción que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio). Una defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción (obstétrica y no obstétrica).

Esta definición difiere de aquella que se usaba con las primeras versiones de la CIE-10 de 1992²⁷:

La defunción materna se define 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 y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

La diferencia entre las versiones 1992 y 2015 está en que en esta última se considera a las muertes ocurridas hasta 42 días luego de la terminación del embarazo, pero “independientemente de la causa de defunción (obstétrica y no obstétrica)”, mientras que en la versión 1992 se precisaba que era “debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.

Sin embargo, en la década de 2010 se propuso una nueva modificación a la definición de muerte materna (no oficial ni vigente aún):

Defunción relacionada con el embarazo. Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (puerperio), independientemente de la causa de defunción (obstétrica y no obstétrica), **o cuando ocurre después del puerperio, pero por complicaciones o secuelas de acusas obstétricas directas o indirectas**²⁸.

26 OPS/OMS, 2018.

27 OMS, 1992.

28 OMS, 2017.

El cambio fundamental propuesto implica registrar las muertes maternas si ocurren después de 42 días de terminado el embarazo, siempre y cuando estén relacionadas con complicaciones o secuelas de causas obstétricas directas o indirectas. Esto significa incluir las MM tardías, cuya definición se ha mantenido a lo largo del tiempo:

4.2 Defunción materna tardía.

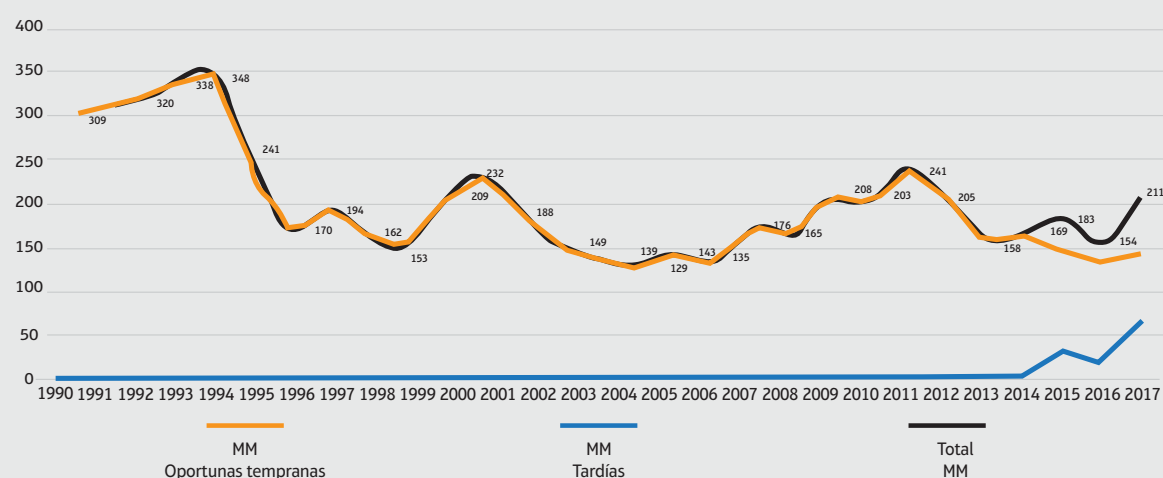
Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Todos estos cambios en las definiciones ocurren justamente en el período 1990-2015, que corresponde a las metas de los ODM, haciendo más complejo, o requiriendo de mayor rigor, el análisis de las tendencias.

En el Ecuador, en realidad, debido a los cambios del personal técnico responsable de los sistemas de vigilancia epidemiológica en el MSP o de las estadísticas vitales en el INEC, se desconoce si estas definiciones se usaron con rigor en todas las instituciones y servicios, con sus variaciones en diferentes períodos. A partir del año 2013, pero sobre todo desde 2015, el INEC comienza a registrar como eventos separados, a la que denomina mortalidad materna oportuna²⁹ (temprana) y la tardía. Las muertes tardías registradas no inciden en la tendencia de la MM publicada por el INEC en sus anuarios, cuyas razones son calculadas únicamente con las muertes ocurridas hasta los 42 días de terminación del embarazo. Sin embargo, es evidente que con la nueva definición que propone la OMS (que incluye las tardías hasta un año después de la terminación del embarazo) el panorama va a modificarse y se requerirá otro tipo de interpretaciones. El gráfico 14, aunque está en números absolutos, permite avizorar esa posible modificación.

Gráfico 14.

Número de muertes maternas registradas en el Ecuador, 1990-2017 y registro diferenciado de muertes maternas oportunas (tempranas 42 días) y tardías.



p**) Cifras provisionales: corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de las defunciones generales ocurridas en 2017, y que están sujetos a ajustes por registros posteriores. Fuente: INEC, base de datos de nacimientos y defunciones.

A la búsqueda activa de muertes maternas, sobre todo después de los 42 días, el INEC la define como

Búsqueda intencionada y reclasificación de muerte materna. En este sentido, y como consecuencia de la aplicación de las recomendaciones internacionales en la búsqueda intencionada y reclasificación de las muertes maternas (BIRMM), fue posible identificar casos nuevos de muertes (muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo). Con el fin de fortalecer el registro, se investigó las muertes sospechosas (extemporáneas) de las mujeres en edad fértil (de 8 a 56 años de edad)³⁰.

Sin embargo, no es la primera vez que se hace búsqueda activa de muertes maternas en el Ecuador. Según diferentes técnicos del MSP que tuvieron responsabilidades en el sistema de vigilancia de la muerte materna, la búsqueda activa de muertes maternas fue una práctica común en períodos anteriores y estaba normada en el sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna. Debido a ello se amplió el rango de edad de las mujeres (10 a 49 años) para la búsqueda activa de MM. Como todo sistema de vigilancia epidemiológica, consideró las definiciones de casos “sospechosos” y “confirmados” de MM. Para ello se usa y se usó en décadas pasadas un formulario específico de búsqueda activa³¹.

Pero no solo el registro de muertes maternas tardías alteraría el análisis. En el denominador (nacidos vivos) también ocurrieron cambios luego del año 2014. Antes de ello

había el consenso entre las instituciones relacionadas con el tema para que el denominador que se usa –tanto para el cálculo de la razón de muerte materna como para la tasa de mortalidad infantil– sea el registro oportuno de nacidos vivos en el año de ocurrencia de los mismos, más un ajuste con los nacidos ese año, pero registrados en el año subsiguiente a la ocurrencia del nacimiento. Por ello, los datos del último año publicado siempre eran provisionales, hasta que se hiciera el ajuste correspondiente un año después. Hoy, el INEC ha modificado ese criterio.

Debido al importante número de nacimientos que se inscriben en años posteriores a la ocurrencia del hecho, y con el propósito de contar con cifras de nacidos vivos actualizadas permanentemente. A partir del Anuario de Estadísticas Vitales 2015, el INEC incorpora en la presentación de los datos de nacimientos la publicación de tres estados de cifras: **i) cifras provisionales:** se refiere a estadísticas preliminares o parciales, y corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos hasta el 31 de marzo del siguiente año, **ii) cifras semi definitivas:** se refiere a información aún incompleta, y corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos entre uno y tres años posteriores a la ocurrencia del hecho, **iii) cifras definitivas:** se refiere a información final y concluyente, y corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e

³⁰ INEC, 2017a.

³¹ Ministerio de Salud Pública, 2006.

²⁹ En realidad, ninguna muerte materna debería considerarse “oportuna”.

inscritos cuatro años posteriores a la ocurrencia del hecho. Los datos e indicadores reportados a partir de cifras provisionales y semi definitivas no son finales ni irreversibles³².

Hay un hecho adicional que afecta la comparabilidad entre diferentes periodos: “la información de los nacidos vivos **oportunos (t)** desde 1990-2014 corresponde a los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos hasta el 31 de diciembre del mismo año. A partir del año 2015 corresponden a los nacidos vivos ocurridos en el año de estudio e inscritos hasta el 31 de marzo del año siguiente” (INEC). Esto modifica los denominadores y afecta el análisis de tasas y razones. Ello, sin duda, se refleja en las diferentes estimaciones de tendencias.

Pero tal vez uno de los aspectos más conflictivos que propone el INEC y que afectaría la percepción de la tendencia conocida históricamente sobre mortalidad materna en el Ecuador, es una estimación de subregistro de muertes maternas de periodos anteriores. Estimación que se explica, aunque no satisfactoriamente, en el documento del INEC, *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador, junio 2017*.

Existen métodos específicos para las estimaciones de subregistro, que incluyen técnicas cualitativas de investigación (como el clásico método retrospectivo indirecto, mediante censos de “sobrevivencia de hermanas”³³). Se trata de un problema complejo que requiere de un análisis exhaustivo y del respectivo sustento.

El método utilizado por el INEC, en consenso con el MSP, y aparentemente con el aval del Grupo Interagencial de Estimación de la Mortalidad Materna de NNUU (MMEIG), se describe de la siguiente manera³⁴:

El método establecido divide a los países en tres grupos, de acuerdo al tipo de información disponible para hacer el cálculo. El grupo A incluye a los países que cuentan con buenos datos provenientes de los registros civiles, a partir de los cuales es posible estimar la mortalidad materna. Se trata de sistemas de registro civil que cubren al menos el 85% de los hechos vitales y la codificación de causas deficientemente definidas se encuentra por debajo del 20%.

Las estimaciones del método para los países del grupo A se calculan directamente después de ajustar las cifras de defunciones maternas por la cobertura y por la clasificación errónea (WHO, 2012). Primeramente, las muertes con edad desconocida se distribuyen proporcionalmente de acuerdo a la distribución etaria de las defunciones con edad conocida. Después, se evalúa la cobertura y se realizan los ajustes de acuerdo a los métodos descritos por Mathers y sus colegas en 2005 (Mathers y otros, 2005). Con el propósito de ajustar para corregir la subdeclaración debida a una potencial clasificación errónea, las cifras de defunciones maternas se multiplican por un factor de 1,5, o por un factor específico correspondiente al país si existe evidencia disponible adecuada.

El grupo B, por su parte, incluye a países con sistemas de registro civil que cubren entre el 60% y 85% de los hechos vitales y la codificación de causas deficientemente definidas se encuentra por debajo del 20%. El grupo C reúne a los países que no disponen de fuentes de datos adecuadas. Para los países de los grupos B y C, un modelo de regresión multinivel de dos partes fue desarrollado para estimar las muertes maternas.

Para 2016, el subregistro de mortalidad para el Ecuador es de 20,2%, y el de causas mal definidas o ignoradas de muerte es de 7,2%³⁵. Aparentemente, al Ecuador se le ubicó en el grupo B.

Para los países del grupo B, la estimación de la razón de mortalidad materna consiste en un modelo de regresión multinivel de dos pasos, que usa datos nacionales del registro civil, encuestas, sistemas de vigilancia, censos, estudios RAMOS, muestras de sistemas de registro y otras fuentes. Para la mayoría de los países de este grupo, los datos de muertes maternas ingresados en el modelo son previamente ajustados por 1,5 para corregir la subdeclaración debida a una potencial clasificación errónea. Se escogió 1,5 como factor default, puesto que es la mediana de los valores derivados de otros estudios, que se ubicaban entre 0,85 y 3,3 (WHO, 2012).

El modelo completo incluye dos partes: la primera parte es un modelo de regresión lineal multinivel que predice la pro-

porción de defunciones debido a causas obstétricas directas o indirectas (excepto SIDA) para los que el embarazo es un factor agravante sustancial; la segunda parte calcula la proporción de muertes por SIDA que se consideran muertes maternas indirectas, y que están por fuera del número total de muertes por SIDA entre las mujeres de 15-49 años.

Las tres variables predictoras seleccionadas en el modelo de regresión son: el producto interno bruto (PIB) per cápita como indicador del desarrollo económico, la proporción de partos atendidos por personal calificado como indicador del estado de los servicios de salud, y la tasa de fecundidad general (nacidos vivos por cada mujer de entre 15 y 49 años de edad) como indicador de la exposición al riesgo (INEC 2017).

Pero en el caso del Ecuador se hicieron tres modificaciones importantes al método³⁶:

Primero, y **en función a los avances reportados en los procedimientos asociados al registro de defunción materna, el Ecuador ha determinado que a partir del 2011 utiliza como dato oficial de número de muertes maternas el reportado por el registro de estadísticas vitales** (el resaltado es nuestro).

Segundo, con la finalidad de realizar un ajuste para corregir la sub-declaración debida a una potencial clasificación errónea, se establece que las cifras de defunciones maternas se multipliquen por

³² INEC, 2017a.

³³ Ver Wong L y otras, 1990.

³⁴ INEC, 2017.

³⁵ OPS/OMS, 2018.

³⁶ Un técnico del INEC que participó en el proceso de estimación del subregistro considera que las decisiones respecto del último tramo de la tendencia (2011-2015) y, por ende, las modificaciones al método, tuvo connotaciones fundamentalmente políticas y fue decisión de las autoridades.

un factor de 1,5. Sin embargo, y ante los avances expuestos en cuanto al registro de muertes maternas, se ha establecido el valor del factor de ajuste como se muestra³⁷ (el resaltado es nuestro).

Periodo	Factor de ajuste
1985 – 1990 – 1995	2
2000	1,7
2005	1,5
2010	1

Finalmente, se utilizarán las proyecciones de nacimientos y defunciones establecidas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos a partir del Censo de población y Vivienda 2010.

En el gráfico 15 se aprecia las implicaciones de la modificación que propone el INEC (con la estimación de subregistro solo en ciertos períodos y no en todos), que altera totalmente la percepción de la tendencia de los datos publicados históricamente. Según esta propuesta, Ecuador prácticamente habría estado a punto de cumplir la meta 5.A de los ODM³⁸.

Cabe destacar de esta decisión del INEC –aparentemente más política que técnica– que, a partir del año 2011, se deja de estimar el subregistro y las causas mal definidas para el cálculo de la mortalidad materna (en contradicción con las estimaciones independientes de la OMS y del sistema de NNUU³⁹), lo cual afecta la evaluación de la meta de los ODM.

Esta decisión significa que se dan por superados dos problemas añejos y complejos (subregistro y causas mal definidas de muertes), problemas que no han sido solucionado incluso en países latinoamericanos con tradición de una mejor salud pública, como Uruguay, Chile o Costa Rica.

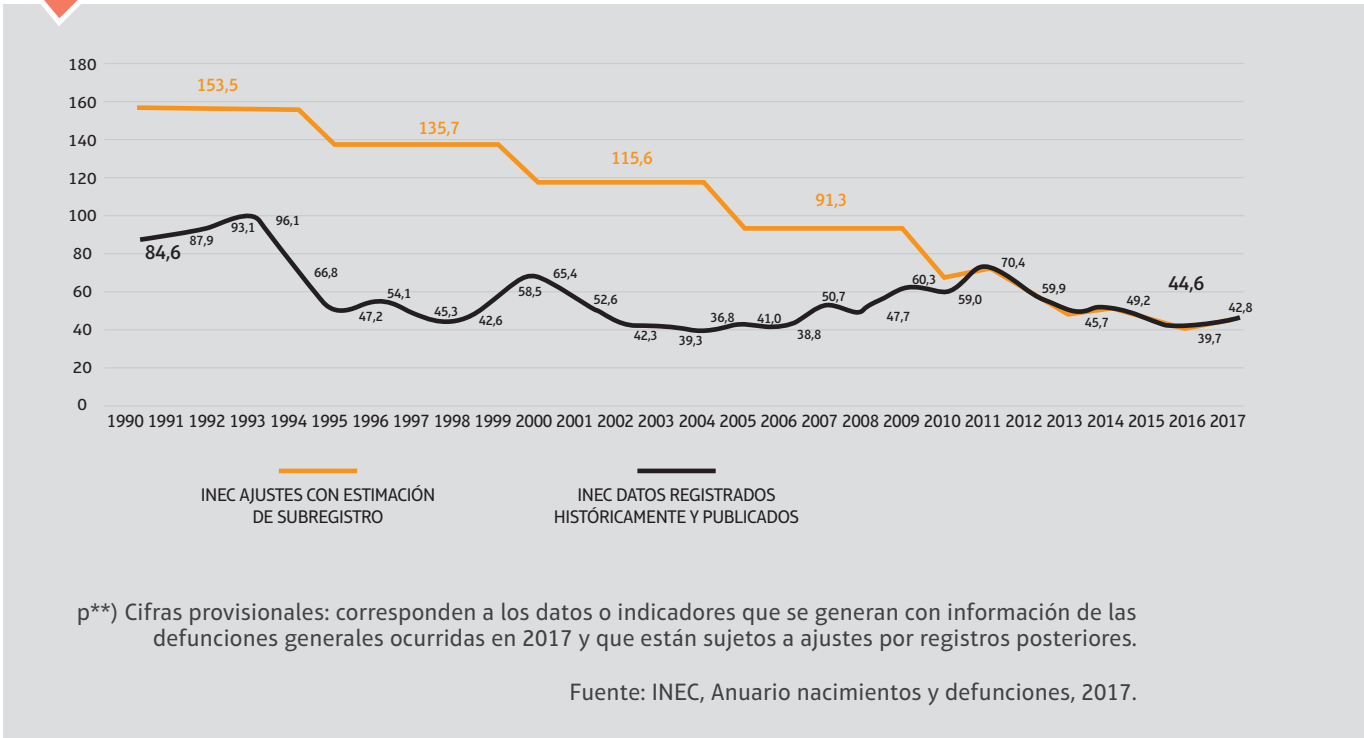
Las modificaciones propuestas por el MSP y el INEC, probablemente en coordinación con otros organismos del Ejecutivo, dificultan aún más el conocimiento cabal de la magnitud de un grave problema de salud pública como la mortalidad materna, e impide planificar adecuadamente las medidas que corresponden.

³⁷ Las dos primeras modificaciones no se compadecen con el 20,2% de subregistro de muertes y 7,2% de causas mal definidas de muerte, que la OPS/OMS estima para el Ecuador en 2016 (Indicadores Básicos 2018), ni con las aseveraciones que constan en INEC, 2017: “aún no es posible observar avances en el incremento de cobertura del sistema de estadísticas vitales”.

³⁸ La Meta 5.A de los ODM (Mejorar la salud materna) propone “reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015”. Ver Naciones Unidas s/f.

³⁹ Organización Mundial de la Salud, 2015.

Gráfico 15.
Registros históricos de mortalidad materna en el Ecuador, INEC 1990-2017y estimación de subregistro por parte del INEC. Razón x 100.000 Nacidos vivos



No hay que olvidar que, como una muestra del manejo nada riguroso de los indicadores y las metas, la meta que se propuso para mortalidad materna en el Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) 2013-2017 era conservadora y no se alineaba con los compromisos del país frente a los ODM.

El plan proponía (convenientemente) como línea de base el año 2011, es decir, el año con el pico más alto de mortalidad materna registrado durante el gobierno de Rafael Correa. La meta del PNBV para el año 2017 era una RMM de 50 x 100.000 nv (ver Gráfico 16), cuando la meta de los ODM que correspondía para el año 2015, de acuerdo con los datos históricos del INEC, era de 21,15 x 100.000 nv. O, según las estimaciones de OMS y NNUU, del 46,3 (según estos organismos, se habría llegado únicamente a 64). Inclusive según las estimaciones de subregistro del INEC, la

meta para 2015 habría sido de 38,4, muy por debajo de la meta del PNBV (50 x 100.000 nv para 2017).

Al respecto, en el enlace ciudadano 393, del 4 de octubre de 2014, el expresidente Rafael Correa hizo referencia a que el PNBV se proponía una reducción de 29% en la MM del país (entre 2011 y 2017), hasta alcanzar una meta de 50 x 100.000 nv. Dijo, además, que esa meta ya se habría cumplido al haber alcanzado una cifra de 45,7 en el año 2013 (sic). Esta declaración fue señalada en una carta del 25 de marzo del 2015 (recibida por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social el 1 de abril de 2015) enviada por un grupo de académicos y organizaciones de la sociedad civil a la Coordinadora de Desarrollo Social, a las ministras de salud pública e inclusión económica y social, así como al Secretario Nacional de Planificación y

Mortalidad materna en el Ecuador: *una mirada crítica*

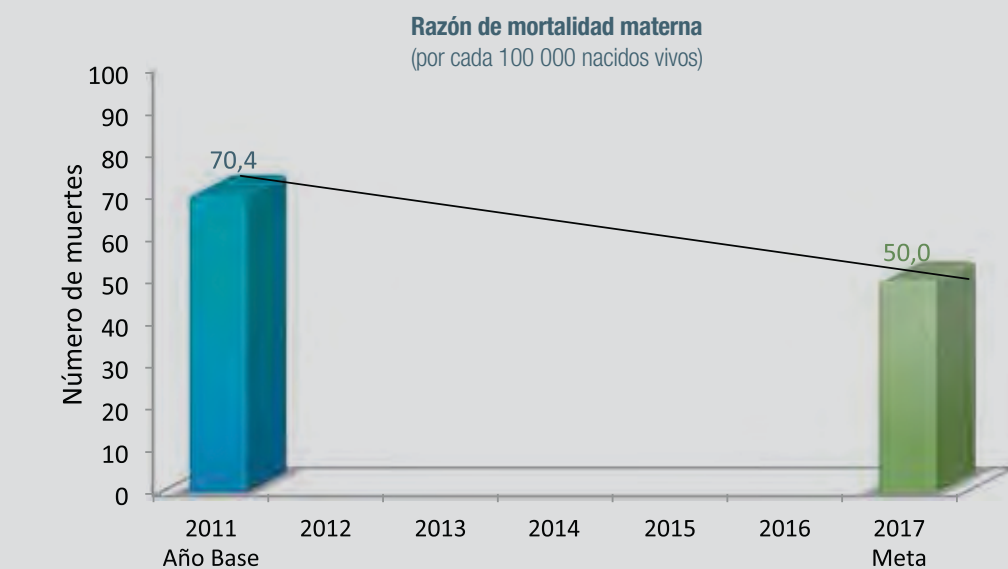
Desarrollo y al Director del INEC, en la cual se exigía la entrega de información transparente (incluía un listado detallado de documentos), tal como lo determina la Constitución

y la Ley de Transparencia vigente. Según las organizaciones firmantes, la carta nunca fue respondida⁴⁰.

Gráfico 16.

Meta de reducción de la mortalidad materna en el PNBV 2013-2017

Meta 3.1. Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%



Meta intersectorial: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

Fuente: INEC-Anuario de Estadísticas Vitales, Nacimientos y Defunciones.
Elaboración: Senplades.

Valores históricos

Meta PNBV

Tomado de SENPLADES, Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017.

⁴⁰ Carta de organizaciones no gubernamentales y de académicos enviada a distintas autoridades del Ejecutivo entre marzo y abril de 2015. En ese entonces, algunas de las organizaciones firmantes formaban parte del Consejo Sectorial de Salud (entre ellas ALAMES Ecuador y Foro de Salud Pública). Miembros de esas organizaciones afirman que nunca recibieron respuesta a la carta. Ver ALAMES Ecuador y otros, 2015.



3. LOS INTENTOS DEL ESTADO POR RESOLVER EL PROBLEMA Y LOS OBSTÁCULOS

Los ministerios de salud en América Latina se fundaron en diferentes décadas del siglo XX. Uno de sus principales objetivos, desde su inicio, junto con el control de algunas “plagas” y epidemias de enfermedades infecciosas⁴¹, fue el de mejorar

la salud materna e infantil, atravesada por graves problemas como altas cifras de desnutrición infantil, enfermedades infecciosas, patologías obstétricas y, concomitantemente, elevadas tasas de mortalidad materna e infantil⁴².

⁴¹ Gómez-Dantés y Khoshnood, s/f.

⁴² Velasco, 2011.

En el Ecuador, el MSP se fundó en 1967. Dentro de su estructura se creó un departamento de salud materna infantil (que tendrá varios nombres a través del tiempo), que contó y cuenta con normas para la atención a esos grupos poblacionales, en las que se incluyen procedimientos para atender el embarazo, el parto y el postparto.

En el año 1999 se concretan por primera vez, con un enfoque más amplio y moderno⁴³, las *Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva*⁴⁴, uno de cuyos componentes es el Materno-perinatal (parte sustancial del documento); también se establece un componente de Adolescencia.

El componente Materno-perinatal, acorde con y como continuidad de las normativas preexistentes, tenía varios capítulos:

- Control prenatal;
- Anemia durante el embarazo;
- Manejo de molestias propias de la gestación;
- Guía para la atención del parto normal (se eliminó el parto eutócico);
- Emergencias obstétricas;

- Hemorragias obstétricas (desglosadas en las de la primera y segunda mitad del embarazo);
- Emergencias obstétricas durante el trabajo de parto.

Varios intentos por incorporar las tecnologías perinatales desarrolladas por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP, centro colaborador de la OPS/OMS)⁴⁵, que tuvieron mucho éxito en Uruguay, en otros países latinoamericanos y en diferentes regiones del mundo, no pudieron constituirse en una normativa permanente dentro de los servicios públicos de salud en el Ecuador, sino únicamente en algunos de ellos, generalmente ligados a proyectos docentes asistenciales.

En el año 2005, el MSP, en coordinación con el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y con la participación de las instituciones del sector, a través del Comité Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, emite la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos⁴⁶, que establece un marco general para el ejercicio de derechos en este campo, y que define como uno de sus fundamentos estratégicos la disminución de la mortalidad materna. En el año 2008 se incorpora un paquete de normativas relacionadas, como el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y

Neonatal⁴⁷ y la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado⁴⁸ (aún vigentes). Finalmente, en 2017, con la cooperación del UNFPA, se incluye el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021⁴⁹.

A lo largo de su desarrollo y en diferentes artículos, la Constitución de la República del Ecuador⁵⁰, hace mención a los derechos que protegen directa o indirectamente la salud materna. Uno de los artículos más explícitos es el 43:

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Pero hay otros artículos relacionados, como el 332 y el 363 numeral 6. Este último establece que el Estado será responsable de “asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.”

La Ley Orgánica de Salud⁵¹, aún vigente, tiene un capítulo entero (De la salud sexual y la salud reproductiva) con once artículos (desde el artículo 20 al artículo 30) dedicados al tema. También un capítulo sobre la violencia” (artículos 31 al 33) incluye la violencia de género. El artículo 21 de la Ley Orgánica de Salud señala:

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

El Proyecto de Código Orgánico de Salud⁵², que se encuentra aún en discusión en la Asamblea Nacional, incluye en su Libro II una sección de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Uno de los temas más polémicos en el proyecto ha sido la restricción de derechos sexuales y reproductivos, especialmente el acceso al aborto seguro, incluso en los

⁴³ Que responde a las resoluciones de la Conferencia de El Cairo, 1994, sobre Población y Desarrollo https://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html y a la Cuarta Conferencia de la Mujer, Beijing, 1995 <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html>

⁴⁴ Ministerio de Salud Pública, 1999.

⁴⁵ Más tarde nominado como Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Tiene, como algunos de sus más importantes aportes, la historia clínica perinatal y la historia clínica del adolescente, los sistemas informáticos perinatal y del adolescente y varias tecnologías que favorecen la buena atención y ayudan a prevenir daños en la madre y el niño; entre las más importantes constan la Cinta Obstétrica, el Gestograma, el Estetoscopio Fetal ilustrado (Pinard) y el Partograma con Curvas de Alerta.

⁴⁶ MSP y otros, 2005.

⁴⁷ MSP/CONASA, 2008.

⁴⁸ Ministerio de Salud Pública/CONASA, 2008.

⁴⁹ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017.

⁵⁰ Asamblea Nacional Constituyente, 2008.

⁵¹ Congreso Nacional del Ecuador, 2006.

⁵² Asamblea Nacional, 2018.

casos de violación. Grupos provida han atacado persistentemente el enfoque de género y el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, en particular sobre el aborto.

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018)⁵³, en el numeral 3 del artículo 59 (Responsabilidades y competencias), establece obligaciones al ente rector en políticas públicas en salud, entre ellas:

j) Garantizar la atención integral, confidencial y sin discriminación a las mujeres con abortos en curso y practicar abortos legales establecidos en el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal;

k) Garantizar el acceso libre y gratuito sin ninguna discriminación a asesoría y métodos de anticoncepción temporales, definitivos, modernos, de calidad, seguros y eficaces.

Sin duda, uno de los mayores y mejor estructurados intentos desde el Estado por resolver el problema de la mortalidad materna y la atención adecuada del embarazo, el parto y el puerperio, fue la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI)⁵⁴, elaborada a partir del año 1995 y vigente desde 1998. Recibió un impulso especial desde el año 2000, con la garantía de su financiamiento.

La importancia de esta ley radicó en garantizar el financiamiento con fondos públicos a las prestaciones contempladas en la misma, incluyendo la atención del embarazo, parto y posparto, anticoncepción y salud de los niños

menores de cinco años con la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia). La normativa incluyó el transporte de emergencias obstétricas con el compromiso de los municipios (acuerdo de gestión local) y mantuvo una unidad ejecutora que permitía el manejo del fondo y los reembolsos. Además, la LMGAI permitió el empoderamiento, organización y participación de las usuarias (y usuarios) en los Comités de Usuarias (CUS), que contaban con una coordinación nacional. Los CUS ejecutaron permanentes ejercicios de veeduría ciudadana a los servicios y a la misma ley.

Lamentablemente, esta iniciativa se diluyó luego de los procesos de reforma impulsados por el gobierno de Rafael Correa, especialmente a partir de la aprobación de la Constitución de 2008 y de la supuesta garantía de atención integral y gratuita para todos los usuarios con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)⁵⁵. Equivocadamente se pensó que el MAIS sustituía a muchos programas, procesos e iniciativas específicas, con el criterio de que los programas eran verticales y debían integrarse horizontalmente a través del modelo que, sin embargo, no dio salida a muchos procesos técnicos necesarios.

Uno de los contrastes de estas reformas fue la extinción de la LMGAI⁵⁶ sin ofrecer ninguna garantía de reemplazo de esas prestaciones para las mujeres en condiciones de mayor vulnerabilidad, lo que probablemente incidió en la no reducción de la mortalidad materna en la medida que se esperaba.

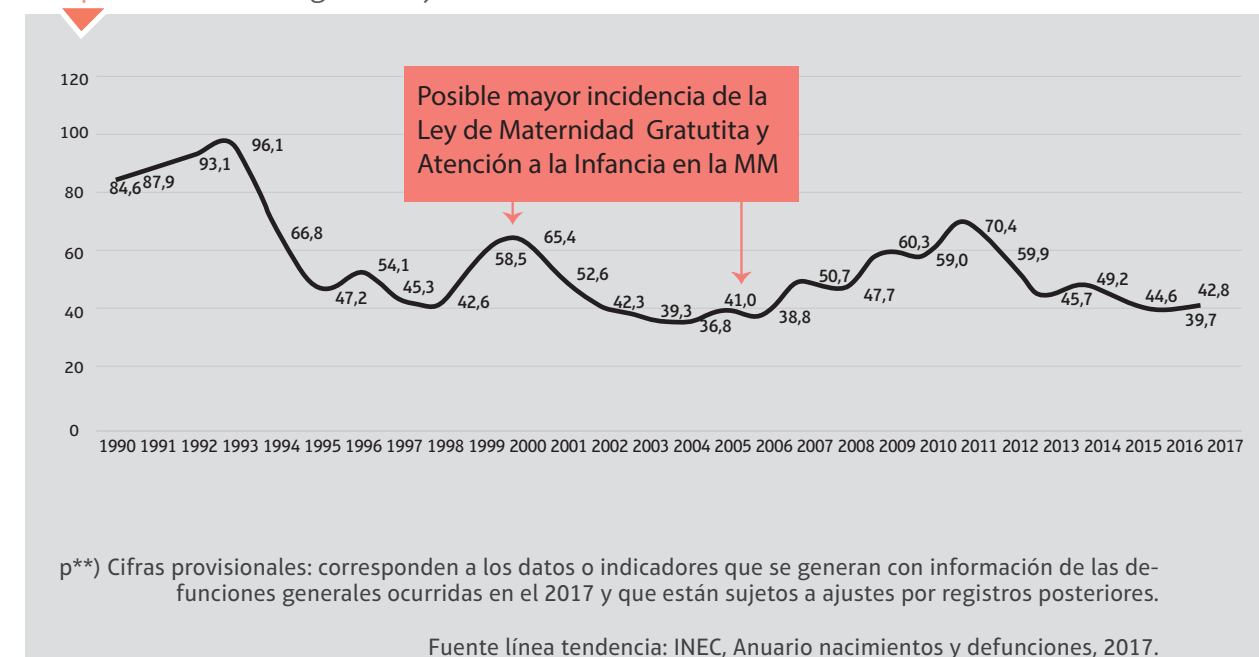
En el gráfico 17 –independientemente de los problemas de registro que pueden haber ocurrido en diferentes momentos– se observa que, después del significativo descenso de la MM a mediados de la década de 1990 (años 1994 a 1997), una segunda caída importante ocurre precisamente luego de que se inicia la gestión efectiva de la LMGAI (año 2000). La situación se mantiene por algunos años, hasta que vuelve a incrementarse a partir del año 2007, cuando comienzan los primeros problemas para la ejecución de la

ley, que deja de funcionar definitivamente en el año 2010.

Por otro lado, como obstáculos importantes para el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos y para la atención adecuada de la salud sexual y reproductiva, que sin duda inciden en la mortalidad materna, hay que destacar la acción de grupos conservadores anti-derechos (autodenominados provida), que contaron con el aval del expresidente Correa.

Gráfico 17.

Tendencia de la mortalidad materna en el Ecuador y posible incidencia de la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia. Razón x 100.000 Nacidos vivos



⁵³ Asamblea Nacional, 2018a.

⁵⁴ Congreso Nacional del Ecuador, 1998.

⁵⁵ MSP Ecuador, 2012.

⁵⁶ Sin embargo, hasta el año 2014 se registran modificaciones.

Algunas expresiones de la injerencia de grupos conservadores en políticas públicas, que atentan contra el carácter laico del Estado y que afectan a la salud reproductiva, incluso a la mortalidad materna, han sido, entre otras:

- Oposición a la anticoncepción de emergencia, específicamente al uso del *Levonorgestrel* (Píldora de Anticoncepción de Emergencia, PAE), tanto intentando influir en políticas públicas (Cuadro de Medicamentos Básicos) como incentivando la objeción de conciencia para la entrega de la PAE por parte de los servidores públicos que tenían la obligación de hacerlo, o influyendo en farmacias y redes de farmacias para que no las expendan.
- Interferencia en el proceso de la Constituyente de 2008, impulsando la incorporación en la Constitución del texto que hace referencia a *la vida desde la concepción* (con un equivocado criterio acerca de la concepción). Hubo la clara intención de oponerse al aborto e incluso a la anticoncepción de emergencia que erróneamente consideran como un aborto. Estos grupos volverán a retomar el tema a propósito de la elaboración de varias leyes, como el Código Orgánico Integral Penal (COIP) o el proyecto de Código Orgánico de Salud (COS). Al respecto, la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Gineco-Obstetricia (FESGO), emitió el siguiente criterio técnico:

En la última versión del Código Orgánico de la Salud que fue presentada en la Comisión del Derecho a la Salud de la Asamblea Nacional, en la sección de “Glosario de Términos”, se incluye el siguiente lenguaje:

“Concepción.- Es la fecundación o fertilización del óvulo por el espermatozoide, es decir, la unión de la célula reproductiva

masculina y femenina, para dar origen a un nuevo ser”.

Como gremio médico profesional, creemos firmemente que toda política de salud pública debe basarse en hechos y conocimientos científicos. Por tal motivo tenemos el deber de señalar que la definición de “concepción” utilizada en este glosario es científicamente incorrecta. La Organización Mundial de la Salud indica que “fertilización se refiere a la unión del ovulo y el espermatozoide”. Mientras que concepción, definido por el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, es el momento cuando el ovulo fertilizado se implanta en las paredes del útero. Este es el punto en el desarrollo biológico que corresponde a la primera etapa de un organismo biológico único.

La ciencia médica puede diagnosticar el inicio de un embarazo (a través del aumento de la hormona gonadotropina coriónica) desde el momento de la implantación del ovulo fertilizado en las paredes del útero. Antes del punto de implantación no disponemos de métodos científicos que permitan determinar si una paciente tiene un ovulo fertilizado. Además, conocemos por investigaciones científicas que no más del 40% de óvulos fertilizados se implantan en las paredes del útero y continúan su desarrollo embrionario. Estos datos significan que no tenemos ninguna manera de garantizar la “protección” de un ovulo fertilizado, como se plantea actualmente en el lenguaje del COS. El estado ecuatoriano a través de diversas políticas de salud y otras, así como los proveedores de atención en salud, podemos garantizar acciones de protección desde el momento de la implantación (“concepción”) no antes porque no son eventos que podemos medir.

En tal virtud, consideramos que la definición de “concepción” utilizada actualmente en el COS causaría un grave problema en nuestra habilidad de brindar atención médica a las mujeres del país. Es más, si se deja la definición de “concepción” como sinónimo de “fertilización,” todos los profesionales médicos de este país que prescriben medicamentos corremos el riesgo de ser objeto de sanción por la presunción de un daño a un ovulo fertilizado, que como hemos mencionado no es posible determinar por métodos científicos.

Si este lenguaje persiste, veremos consecuencias perjudiciales y de gran alcance en nuestra práctica médica, y en la salud de las mujeres de este país. Por esto, pedimos al Ministerio de Salud Pública que incida para cambiar la definición del término “concepción” dentro del COS a la siguiente:

Concepción: Es la implantación del ovulo fertilizado en las paredes del útero⁵⁷.

- Oposición a la incorporación en la normativa nacional, del uso y dispensación de Misoprostol, perjudicando con ello la posibilidad de salvar vidas con una droga que ha demostrado ser efectiva, no solo para el aborto sin riesgos⁵⁸ sino para varios otros usos terapéuticos y preventivos en ginecología y obstetricia.

- Oposición al aborto aun en casos de violación, influyendo negativamente en políticas públicas y procesos legales como los del COIP y el proyecto de COS.
- Aprobación del COIP con artículos como el restrictivo 150, que define:

Aborto no punible.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental⁵⁹.

- Oposición al enfoque de género y a la educación sexual, con amplios procesos de propaganda y de movilización de familias (especialmente de establecimientos educativos y comunidades cristianas), o utilizando tanto pulpitos de las iglesias y sermones de pastores como redes sociales.
- Uno de los mayores reveses en términos de derechos fue la eliminación de la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación

⁵⁷ El texto corresponde a una carta enviada por la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia a los miembros de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional. Ver FESGO, 2017. En la carta hacen referencias a documentos de la OMS y del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. Ver World Health Organization, 2000; Diedrich et al, 2007.

⁵⁸ OMS, 2012.

⁵⁹ Asamblea Nacional, 2014.

Familiar (ENIPLA)⁶⁰, que tuvo efectos importantes en procesos de educación sexual y acceso a anticonceptivos por parte de los adolescentes para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual. La ENIPLA causó malestar en los sectores más conservadores de la sociedad y en el mismo expresidente Correa, que terminó cuestionándola por el supuesto poco impacto de esta (sin dejarla desarrollar). La reemplazó por el Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, conocido como Plan Familia. Mediante decreto ejecutivo 491, el 26 de noviembre de 2014 se traspasa la rectoría de la ENIPLA a la Presidencia de la República, primer paso para el cambio de la política. El Plan Familia fue cuestionado por su enfoque conservador⁶¹, que era evidente desde las características ideológicas del expresidente y el fortalecimiento de ideas centrales como la abstención de la sexualidad en los adolescentes. El Plan Familia violaba la Constitución, las leyes y las normativas institucionales.

Por otro lado, prácticamente al inicio del gobierno de Rafael Correa, en el año 2008, se emite mediante acuerdo ministerial el Plan de Reducción Acelerada de la Muerte

Materna y Neonatal. La importancia de este plan está en que marca una ruta para las acciones en este campo para casi todo el período de gestión gubernamental (y ojalá como base de una política de Estado). Los objetivos específicos del Plan son:

1. Posicionar el Plan de Reducción Acelerada de la MMN en la agenda pública nacional, provincial y local con la rectoría y liderazgo de la Autoridad Sanitaria (MSP).
2. Actualizar e implementar el Subsistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de la muerte materna y elaborar e implementar el Subsistema Neonatal.
3. Incrementar el acceso informado a métodos de anticoncepción de intervalo y pos evento obstétrico, especialmente en provincias y cantones con mayores necesidades insatisfechas, y en adolescentes.
4. Organizar las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) en coherencia con el nuevo modelo de atención del MSP y priorizando provincias y cantones con mayores riesgos y tasas de muerte materna y neonatal para:

- A. Implementar las normas y protocolos interculturales de anticoncepción, de atención materno-neonatal, sistema de vigilancia epidemiológica y monitoreo de estándares/ indicadores para la mejora continua de la calidad de atención materna y neonatal.
 - B. Fortalecer las competencias y mejorar el desempeño del talento humano a través de estrategias sostenibles de educación permanente en epidemiología, métodos anticonceptivos, atención del embarazo, detección y tratamiento de riesgos obstétricos, atención del parto adecuado culturalmente, atención del puerperio, atención del recién nacido normal y atención de las complicaciones obstétricas y neonatales en coordinación con las universidades del país y hospitales de referencia provinciales y nacionales.
 - C. Organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de la red intersectorial de CONE, con los diversos niveles de atención, incluidos los agentes comunitarios, tratando de buscar la eficiencia en el uso de recursos y la eficacia de las intervenciones.
 - D. Establecer mecanismos de estímulo y satisfacción de la demanda, adecuación cultural y geográfico a los servicios de la red de CONE, con activa participación de las mujeres, familias, organizaciones sociales y comunitarias y agentes tradicionales de salud, con énfasis en aquellas provincias con alta mortalidad materna y neonatal domiciliaria y con bajas coberturas de atención institucional del parto.
 - E. Implementar mecanismos de financiamiento fiscal, difusión y aplicación adecuada de la LMGAI con enfoque intercultural para garantizar el acceso a insumos y medicamentos gratuitos; garantizar el transporte de emergencias obstétricas y neonatales y los mecanismos de participación y veeduría social.
5. Realizar actividades de educomunicación con enfoque intercultural sobre derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres, sexualidad segura y responsable, prevención de embarazo en adolescentes, acceso a métodos de anticoncepción, detección temprana de riesgos obstétricos y neonatales, lactancia materna e inscripción temprana del recién nacido (RN), entre otros⁶².

El Plan luce muy coherente en el papel. De haberse implementado con rigor y universalmente, hubiera logrado un importante impacto en la salud materna e infantil y en la disminución de la mortalidad en estos grupos poblacionales. Sin embargo, las interrogantes surgen sobre qué tanto pudo desarrollarse cada uno de los componentes planteados en todos los servicios de salud y en otras instancias de las instituciones públicas y la sociedad, incluyendo la participación de las mujeres y las comunidades.

A pesar de algunos intentos, no siempre sostenidos, por parte de técnicos y de ciertas autoridades del MSP, el Plan finalmente se implementó solo en forma parcial, especialmente en territorios que contaban con el apoyo de proyectos y organizaciones no gubernamentales, que lograron un importante avance en la interacción de los servicios de salud públicos y de agentes comunitarios de salud como las parteras⁶³.

⁶⁰ Los objetivos específicos de la ENIPLA fueron:

- Servicios de educación, información y consejería sobre sexualidad y reproducción basados en conocimientos científicos y con enfoque de derechos, con énfasis en adolescentes para el empoderamiento y toma de decisiones accesibles a nivel nacional.
- Medios de difusión masiva que promuevan el cambio de patrones socioculturales sobre el ejercicio de la sexualidad y las relaciones inequitativas entre géneros disponibles a nivel nacional.
- Servicios integrales de salud sexual y reproductiva de calidad basados en un enfoque de derechos disponibles para mujeres y hombres a nivel nacional incluidos los servicios de planificación familiar y consejería para la toma de decisiones libres e informadas.
- Implementados mecanismos de participación social para adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres como estrategia empoderadora para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente a la anticoncepción.

Ver SENPLADES, 2011.

⁶¹ Cristina Burneo y otras investigadoras hacen una crítica al Plan Familia desde el inicio de su formulación, sobre todo por sus enfoques o vulneración de principios y derechos fundamentales en relación con afectividad, laicismo, placer, abordaje ideológico, sexo seguro, concepción de familia, miedo y complementariedad. Ver Burneo y otras, 2015.

⁶² MSP/CONASA, 2008.

⁶³ Un ejemplo fue el Proyecto CONE-URC, ejecutado en la provincia de Cotopaxi en el período 2010-2016.

Algunos servicios desconcentrados del MSP, e incluso del IESS, implementaron el parto vertical con la participación de parteras tradicionales de los respectivos territorios. Sin embargo, no siempre fueron procesos sostenidos ni integrales (partos culturalmente adaptados). Muchas veces, las parteras tradicionales se sintieron utilizadas por los servicios públicos, que únicamente les permitieron actuar como espectadoras o enlaces comunitarios⁶⁴.

Según la exministra Verónica Espinosa, aunque la LMGAI no esté vigente, se ha mantenido la práctica de transporte comunitario de emergencias obstétricas, con la participación no sólo de los gobiernos autónomos locales sino de algunos actores comunitarios, como las cooperativas de transporte. Pero, con toda seguridad, uno de los aspectos fundamentales que se afectó con la no vigencia de esta ley fue la participación social. Según uno de los expertos entrevistados:

A mí me parece que lo que afectó a la no vigencia de la LMGAI es que contemplaba el funcionamiento de los Comités de Usuarías que, a mi manera de ver, eran una instancia muy importante para la participación activa de una parte de la sociedad organizada en el ejercicio de un derecho. En el Ecuador carecemos de esos mecanismos de ejercicio de derechos con la participación social organizada. Los Comités de Usuarías eran un experimento interesante en ese sentido, no perfecto, pero empezaban a funcionar. Para mí fue una pérdida, porque con la derogación de la ley se perdió una oportunidad importante de canalizar un mecanismo de participación de la sociedad en el ejercicio del derecho a

una atención de calidad. Esto es importantísimo porque, la mejora de la calidad de la atención, o mejora de la atención en general, si se puede lograr desde el Estado y desde el propio compromiso individual de los profesionales que trabajaban en las instituciones del Estado, en los hospitales.

La pata coja de esa estrategia es que no hay la participación del usuario en el ejercicio de su derecho. Desde el punto de vista teórico, creo que hay una diferencia importante con los Comités Locales de Salud (conformados posteriormente desde el gobierno nacional según las normativas del modelo de atención MAIS), que eran organizados desde el propio Estado, mientras que los Comités de Usuarías de la LMGAI venían de fuera del Estado. Venían realmente de la base organizativa de la sociedad y eso es una diferencia cualitativa bien importante.

Una de las técnicas entrevistadas (que prefirió mantener en reserva su nombre), que trabajó en un servicio público de salud sexual y reproductiva ubicado en un sector popular, y que también fue directiva en una organización no gubernamental que trabaja en ese campo, resume, a su criterio, algunas razones por las que no se pudo disminuir más la mortalidad materna y no se implementó adecuadamente el plan del 2008:

El Ministerio de Salud no exigió a las unidades operativas el cumplimiento exacto de las actividades que, como operativos, teníamos que realizar. No se dio una buena capacitación a quienes éramos prestadores de salud en esa época. Tampoco fuimos a la comunidad, a pesar

de que teníamos la disposición de salir. Las mujeres todavía tenían dificultad de acceso a centros de salud, a las consultas. Tenían que madrugar, tomar el turno con largos tiempos de espera.

Se enviaba referencias (de casos graves) a los hospitales, pero no las recibían porque no iban referidas por una ginecóloga. Se volvió una burocracia, con exceso de normativas administrativas que obstruían el trabajo. Para nosotros era complejo, nos demorábamos hasta 40 minutos con cada paciente por el llenado de formatos.

La ENIPLA fue una maravilla. Primero, hubo dinero, hubo organización, teníamos maquetas, trabajábamos, fuimos a los colegios, hacíamos ferias en el centro de salud y nos dieron buena capacitación (en los temas que contemplaba la estrategia) durante un proceso largo. Yo participé desde el principio con el ENIPLA, hasta cuando de a poco le fueron matando, y se acabó. Luego de esa época, el gobierno no nos dejó trabajar más con los colegios. Toda la vida trabajé desde el centro de salud con los colegios. Éramos invitadas, dábamos charlas sobre planificación familiar. El gobierno nos bloqueó eso.

Alguna vez yo pedí un *Misoprostol* para dilatar un cuello, para poner una T de cobre. Me cayó desde el director del Distrito a decir que por qué estoy usando el *Misoprostol*. Le dije que me parecía básico porque es un medicamento de atención prioritario.

El Sistema de Vigilancia de la MM en el MSP es quizá uno de los componentes que más

se fortaleció en estos últimos años (desde 2014 especialmente)⁶⁵. En eso coinciden la exministra Verónica Espinosa y, en general, las personas entrevistadas. Se consolidó un equipo técnico y se mantuvo buena coordinación con el INEC y con organismos de NNUU, utilizando metodologías definidas por dichos organismos. El sistema puso a disposición de quienes querían consultar la información actualizada, a través de las gacetas epidemiológicas y las gacetas de mortalidad materna. Sin embargo, hubo problemas metodológicos, como la publicación de datos numéricos absolutos en lugar de razones de MM, dando la falsa apariencia de que el mayor riesgo de muerte materna estaba en las grandes provincias y ciudades, como Pichincha y Guayas o Quito y Guayaquil, y entre la población mestiza (la más numerosa en el Ecuador), mas no en la población indígena o afrodescendiente, como lo demuestran otros análisis. Con frecuencia, el equipo de vigilancia de la MM se ha visto presionado políticamente debido a la sensibilidad de los datos que maneja.

De la evaluación de todos estos aspectos pueden surgir los nuevos desafíos para el Ecuador y sus compromisos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de NNUU. Pero, sobre todo, para lograr disminuir significativamente un lacerante problema que afecta a las mujeres más pobres del país. ¿Ha existido esa evaluación sin prejuicios ni sesgos?

A continuación se presenta un resumen del marco legal y normativo vigente a julio de 2019, que se relaciona con la mortalidad materna en el marco de la protección o la restricción de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

⁶⁴ Según opiniones generales de los expertos entrevistados y testimonios de algunos servidores de salud. Pese a las dificultades, estos procesos se desarrollaron en algunos servicios.

⁶⁵ Ministerio de Salud Pública, 2014.

▼ **Tabla 5.**
Resumen del marco legal y normativo vigente (julio 2019) relacionado con la MM

INSTRUMENTO LEGAL O NORMATIVO	APORTES O RESTRICCIONES A DERECHOS	COMENTARIOS
Constitución de la República del Ecuador, 2008.	Art. 43. El Estado garantiza derechos a mujeres embarazadas y en periodo de lactancia (no ser discriminadas por su embarazo; gratuidad de servicios de salud materna; protección prioritaria durante el embarazo, parto y posparto; facilidades para recuperación después del embarazo y durante la lactancia). Arts. 332 y 363 (este último asegura acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva).	Como muchos derechos contemplados en la Constitución, en la práctica no hay viabilidad para su plena vigencia, especialmente para las poblaciones más excluidas.
Ley Orgánica de Salud, 2006.	Capítulo <i>De la salud sexual y la salud reproductiva</i> (Arts. 20 al 30). Capítulo sobre <i>La violencia</i> (Arts. 31 al 33), que incluye violencia de género. Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.	Esta ley, que a la fecha continúa vigente, hace referencia expresa a “<i>lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia</i>”. El capítulo sobre violencia se duplica con la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2018). Al momento, y desde el año 2012, está en tratamiento en la Asamblea Nacional un proyecto de Código Orgánico de Salud (COS) que no encuentra aún viabilidad. El proyecto de COS ha sido cuestionado por diversos sectores sociales por ser restrictivo en algunos derechos, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos.

Código Orgánico Integral Penal (COIP), 2014.	Arts. 147, 148, 149 y 150. Restringe el acceso al aborto seguro y penaliza a los prestadores de salud y mujeres que practiquen un aborto. Art. 150.- Aborto no punible.- El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.	En la Asamblea Nacional se tramita una reforma al COIP. Se debate la despenalización del aborto en casos de violación, incesto, estupro e inseminación no consentida. Grupos conservadores se enfrentan con las organizaciones feministas pro derechos echando mano de argumentos moralistas y religiosas.
Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2018.	Artículo 1.- Objeto de la Ley.- La presente Ley tiene por objeto prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres, producida en el ámbito público y privado, durante su ciclo de vida y en toda su diversidad, en especial cuando se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. El Art. 59 (Responsabilidades y competencias), en su numeral 1, literal l) señala: Generar mecanismos como becas y otras subvenciones para garantizar el derecho de las niñas y madres adolescentes. En el mismo Art. 59, numeral 3, se establecen obligaciones al ente rector en políticas públicas en salud, entre ellas: j) Garantizar la atención integral, confidencial y sin discriminación a las mujeres con abortos en curso y practicar abortos legales establecidos en el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal; k) Garantizar el acceso libre y gratuito sin ninguna discriminación a asesoría y métodos de anticoncepción temporales, definitivos, modernos, de calidad, seguros y eficaces.	Se correlaciona con el artículo 150 del COIP. En algunas partes duplica contenidos que constan en el capítulo sobre violencia de la Ley Orgánica de la Salud, aunque este último capítulo quedaría tácitamente derogado con esta Ley.

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, 1998.	Garantizaba el financiamiento para la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios del MSP, el acceso a anticonceptivos, atención integral a niños y niñas menores de cinco años. Favorecía la participación y control social (Comités de Usuarias). Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.	Aunque a la fecha no ha sido derogada y es mencionada expresamente en la vigente Ley Orgánica de la Salud, en la práctica no tiene vigencia debido a restricciones administrativas y financieras. Las últimas modificaciones a esta ley se realizaron en septiembre de 2014.
Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021, 2017	Objetivos específicos del Plan: Promover la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en grupos de atención prioritaria y poblaciones diversas. Fortalecer la participación ciudadana y el control social en torno a los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud. Fortalecer la articulación de los subsistemas de salud como garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Fortalecer las capacidades y competencias de los formadores y prestadores del Sistema Nacional de Salud en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, con generación de conocimiento basado en evidencia científica. Gestionar de manera eficiente, por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, la provisión de recursos, insumos, medicamentos y dispositivos médicos que garantice las prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva.	Se le ejecuta con apoyo técnico y financiero del UNFPA, además del financiamiento con fondos públicos. Se complementa con el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal.

Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, 2008.	Objetivos del Plan: 1. Posicionar el Plan de Reducción Acelerada de la MMN en la agenda pública nacional, provincial y local con la rectoría y liderazgo de la Autoridad Sanitaria (MSP). 2. Actualizar e implementar el Subsistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de la muerte materna y elaborar e implementar el Subsistema Neonatal. 3. Incrementar el acceso informado a métodos de anticoncepción de intervalo y post evento obstétrico, especialmente en provincias y cantones con mayores necesidades insatisfechas, y en adolescentes. 4. Organizar las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) en coherencia con el nuevo modelo de atención del MSP y priorizando provincias y cantones con mayores riesgos y tasas de muerte materna y neonatal. 5. Realizar actividades de educocomunicación con enfoque intercultural sobre derechos sexuales y reproductivos para mujeres y hombres, sexualidad segura y responsable, prevención de embarazo en adolescentes, acceso a métodos de anticoncepción, detección temprana de riesgos obstétricos y neonatales, lactancia materna e inscripción temprana del recién nacido (RN), entre otros.	El Acuerdo Ministerial 413, de 2011, declara prioritario a este plan. Según la exministra de Salud Pública, Verónica Espinosa, el plan sigue vigente.
Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, 2008.	Objetivo General: Mejorar la calidad de atención de la Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, regional y local, adecuando los servicios de salud a la diversidad cultural de la población, de manera que se pueda incidir en la disminución de los índices de mortalidad materna y neonatal, fomentando la atención del parto con adecuación intercultural en los niveles de atención I y II de la red prestadora de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS).	De poca difusión y aplicación, a no ser en proyectos o iniciativas locales demostrativas, no siempre exitosas ni sostenibles.

Acuerdo Ministerial 413, del 14 mayo de 2011.	Declara como política pública prioritaria para el sector salud al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, y los capítulos normativos que lo integran. Dispone la publicación, difusión, seguimiento y evaluación del mismo.	No hay informes sobre la ejecución de este acuerdo ministerial.
Acuerdo Ministerial 5284 (24 agosto 2015)	Dispone la obligatoriedad de capacitación en línea “Ecuador sin muerte materna”, para todos los profesionales del Sistema nacional de Salud, que brindan atención obstétrica y neonatal.	Se desconoce los resultados de esta disposición. En el sitio Web del MSP no hay un documento que se refiera a la evaluación del mismo.
Manual de procedimientos. Mortalidad evitable. Vigilancia de la mortalidad materna. Vigilancia de la mortalidad neonatal, 2014.	El capítulo <i>Gestión de la Información</i> contiene acápites sobre: fuentes de información; mecanismos de notificación; instrumentos y formularios; flujo de la información por niveles; diagrama de flujo de notificación de la sospecha de muerte materna de la comunidad a la unidad operativa de salud; diagrama de flujo de la vigilancia de la muerte materna desde la unidad operativa de salud a los niveles descentralizados; difusión de la información. En el capítulo <i>Investigación de la muerte materna institucional y comunitaria</i> constan la búsqueda activa y los comités de muerte materna y neonatal. También consta una sección de Actas.	No se ha podido ubicar el documento (del año 2014 o posterior) en línea. Se supone que esta versión, o la misma con algunas modificaciones posteriores, está vigente y las usan los técnicos relacionados con el sistema de vigilancia.



4. DESDE LAS EXPERIENCIAS: UNA MIRADA AL FUTURO

Si es posible avanzar aún más en la reducción de la muerte materna en el país. Incluso en medio de las condiciones estructurales de la sociedad ecuatoriana, plagada de inequidades. De hecho, hay que reconocer los avances que el país ha tenido en salud materna e infantil, aunque quizás las metas relacionadas con salud y mortalidad infantil han sido más exitosas que aquellas relacionadas con salud y mortalidad materna.

Mirando un período de varias décadas, no sólo la última, el Ecuador ha alcanzado logros significativos en la salud de las madres, las niñas y los niños. Quedan sin embargo muchos retos importantes por resolver. Uno de ellos, incidir más desde el Estado, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones sociales y comunitarias para una mayor reducción de un problema lacerante como la mortalidad materna, sobre todo en los grupos

poblacionales más excluidos, donde se evidencian esas inequidades sociales y en salud.

A pesar de los obstáculos de todo tipo, y del resurgimiento en especial de una fuerte corriente conservadora que interfiere en las políticas públicas, pretendiendo hacer tabla rasa al carácter laico del Estado, se están posicionando con más fuerza enfoques de derechos en general, de género, de visiones más integrales de salud de la mujer, de salud y derechos sexuales y reproductivos⁶⁶, más allá de la tradicional salud materno-infantil. Ello ocurre incluso en instituciones oficiales como el MSP. Estas visiones, sin duda, van a abonar en la mejor salud de las mujeres y en la reducción de la mortalidad materna.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021⁶⁷, elaborado con apoyo el técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), que para el efecto tiene un programa de país 2019-2022 financiado con un total de 7,6 millones de dólares para el período⁶⁸, va por ese camino.

Respecto de los desafíos de este Plan 2017-2021, y de los desafíos en general para la salud sexual y reproductiva en el país, el representante del UNFPA en el Ecuador, Mario Vergara, destaca que son necesarios algunos factores:

1. La generación de evidencia. Yo creo que es importante contar con estudios serios. Nosotros hicimos estudios de costos de omisión⁶⁹. Lo que le representa al país no haber invertido en servicios de

salud reproductiva, de manera general, le costó al estado 473 millones de dólares. Entonces, lo primero es tener evidencia que sirva a la política. Que la política se ampare en evidencia científica y no en desinformación que pueden dar grupos conservadores. En base a evidencia, también, contar con una adecuada educación integral en sexualidad. Las guías de la UNESCO están a disposición para la política pública.

2. El fortalecimiento de las capacidades institucionales y nacionales, como las competencias de los médicos. Con agrado debo decir que ha habido un avance notable. Tenemos muy buena expertise. Yo creo que sí estamos en la línea de un país de ingresos medios, medios altos, en cuanto a la formación del personal.

3. Planes de inversión que deben acompañar a cada política, porque muchas veces en el pasado nos hemos quedado con buenas políticas, pero la aplicación y la implementación han sido imposibles y han quedado como enunciados. En cambio, ahora se lo está tomando muy en serio, a tal punto que está dentro de las responsabilidades de cada uno de los ministerios tener su plan de inversión con los fondos asegurados. De lo contrario, esa política se queda igual (no es viable). En el caso del MSP existen 24 millones para este año; 11 millones ya están.

El Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal 2008 continúa vigente, según lo confirmó la exministra Espinosa. Pero tendrá que renovarse en algunos aspectos, como asevera en su entrevista:

Yo creo que, como conclusión general, este es un tema (mortalidad materna) en el que vamos avanzando, estamos dando pasos importantes, pero creo que necesitamos reinventar nuevos elementos. Nos vamos a encontrar en un punto en el que cada vez las complicaciones gineco-obstétricas sean de más alta complejidad. Por ejemplo, el número de servicios de neonatología o terapia intensiva especializada gineco-obstétrica, sin duda, no son suficientes para la demanda del país. Eso es costoso y toma tiempo formar. Un especialista en cuidados críticos, además en gineco-obstetricia y cuidados críticos, no se encuentra a la vuelta de la esquina y son temas que debemos ir resolviendo en el largo plazo. No podemos chasquear los dedos y cambiarlo, pero sí hay que empezar a planificar cómo vamos a resolver eso para el futuro.

En síntesis, se piensa seguir actuando en los centros hospitalarios de alta complejidad. No se evidencia un enfoque integral que priorice la atención primaria de salud, los niveles básicos de atención donde se puede intervenir tempranamente para evitar complicaciones graves y muertes maternas.

El Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021 establece como objetivos específicos (que se complementan con aquellos del plan de reducción de la muerte materna) los siguientes:

- Promover la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en los servicios de Salud Sexual y Salud

Reproductiva del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en grupos de atención prioritaria y poblaciones diversas.

- Fortalecer la participación ciudadana y el control social en torno a los servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.
- Fortalecer la articulación de los subsistemas de salud como garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Fortalecer las capacidades y competencias de los formadores y prestadores del Sistema Nacional de Salud en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, con generación de conocimiento basado en evidencia científica.
- Gestionar de manera eficiente, por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, la provisión de recursos, insumos, medicamentos y dispositivos médicos que garantice las prestaciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Estos son principios generales en los que no hay desacuerdos. Pero, más allá de ello, lo importante es analizar hechos aprendidos desde la práctica, desde varias experiencias nacionales (o de otros países).

A continuación, por la relevancia del tema, se presenta de manera sucinta una visión construida desde una experiencia específica, aportada por uno de los expertos entrevistados, quien dirigió un proyecto de reducción de mortalidad materna y mortalidad neonatal en una provincia de la Sierra ecuatoriana. El relato puede parecer largo, pero se consideró necesario incluirlo a fin de identificar algunos problemas críticos que deben resolverse para disminuir efectiva y más aceleradamente la muerte materna. Según el experto (la síntesis y los resaltados son nuestros):

⁶⁶ La resolución de junio 2019 de la Corte Constitucional, sobre matrimonio igualitario, es una muestra de ello.

⁶⁷ Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017a.

⁶⁸ Entrevista con Mario Vergara, representante del UNFPA en el Ecuador.

⁶⁹ Se refiere a Ministerio de Salud Pública del Ecuador y otros, 2017.

La muerte materna debe verse desde varios enfoques integrales. No hay una solución única al tema de la muerte materna. Los enfoques deben ser simultáneos e integrales para poder impactar sobre la muerte materna en cualquier país, no sólo en el Ecuador. Eso no sucedió en la estrategia del MSP (gestiones del gobierno anterior y del actual).

Uno de los enfoques es reconocer que **la muerte materna tiene mucho que ver con la condición económica y social de las poblaciones a las que afecta**. Como la condición económica y social es heterogénea, como hay muchas inequidades en la forma de vivir, de trabajar y de reproducirse socialmente de las poblaciones, la muerte materna también se distribuye desigualmente. Y no solo la muerte materna. Toda la carga de enfermedad se distribuye desigualmente entre la población, porque todos los impactos en salud están vinculados a la forma como las poblaciones viven, trabajan y se reproducen socialmente.

Cuando se muestran las diferencias en muerte materna por lugar de vivienda (rural o urbana), por etnia y, si pudiéramos, por condición socioeconómica, es obvio que **una estrategia nacional que enfoque la muerte materna también tiene que ser diversa**. No puede ser una estrategia homogénea cuando la situación es heterogénea. La estrategia debió focalizarse en las poblaciones más vulnerables.

Cuando se escogió una determinada provincia para implementar el proyecto, no se trató de una decisión al azar, sino que había que identificar en qué parte del Ecuador estaban las poblaciones más vulnerables para muerte materna y neonatal. Se escogió la provincia porque tiene una alta población indígena pobre y, por lo tanto, vulnerable. La estrategia nacional nunca fue explícitamente formulada para poner el énfasis de las intervenciones donde más vulnerable es la población.

Un segundo tema es que en el campo de la salud pública hay factores relacionados con la **prevención primaria**. Hay factores de la muerte materna que pertenecen al campo de la prevención primaria, donde hay que actuar antes de que se produzca una complicación obstétrica grave. Entre esas complicaciones obstétricas graves están la hemorragia, la eclampsia y la infección.

Ahora bien, ¿cómo actuar desde la prevención primaria para evitar que se desarrollen esas condiciones peligrosas? Al menos hay dos opciones importantes: la una es la planificación familiar, el acceso a la planificación familiar (anticoncepción), la otra es la disminución de los abortos inseguros.

La **anticoncepción** es un elemento de prevención primaria de la muerte materna, porque los embarazos no deseados son más proclives a terminar en una complicación obstétrica. Por ejemplo, en los embarazos de la población adolescente. Las adolescentes, por muchas condiciones biológicas y sociales, son más vulnerables a hacer complicaciones obstétricas graves; y los embarazos adolescentes se producen en gran parte por la falta de acceso oportuno a **métodos anticonceptivos modernos** y de alta efectividad. No se trata de preservativos o de tabletas, sino de métodos modernos reversibles, como implantes o dispositivos intrauterinos (DIU).

Si se mira las estadísticas del uso de métodos anticonceptivos en la población ecuatoriana, se evidencia que estos métodos modernos tienen muy poco acceso y uso en la población. Más aún si se mira estratos poblacionales como los adolescentes. Realmente el problema está ahí.

Cuando se mira la política gubernamental de la anterior administración en este campo, ya se encuentra problemas. En su momento, la ENIPLA fue suprimida y reemplazada por un enfoque que no favorecía el acceso a la anticoncepción ni a la educación sexual; más bien puso un freno, que fue de mayor impacto en la población joven. Se suplantó la ENIPLA por un programa basado en la abstención sexual de los adolescentes, cuando para la salud pública y la evidencia a nivel mundial está claro que ese enfoque no es efectivo. El de la abstención es más un enfoque moral, moralista.

Es bien complicado para una población adolescente usar otros métodos que son más tradicionales. El implante, por ejemplo, o el DIU, son métodos mucho más discretos que no hay que usarlos diariamente. Son ideales para la población adolescente, pero no están disponibles como la población lo quisiera.

Junto con la planificación familiar, en el campo de la prevención primaria, es decir antes de que se produzca una complicación obstétrica (el entrevistado recalca en que son opiniones personales, no relacionadas con proyectos o agencias con las que trabaje), el aborto es un tema muy importante en relación con la mortalidad materna.

Ello tiene que ver con las leyes ecuatorianas, con una dimensión mucho más amplia que va más allá del sector salud. En el actual Código Orgánico Integral Penal el aborto está penalizado incluso en casos de violación. La única posibilidad no penalizada es cuando se produce violación a una mujer con discapacidad mental.

Hay esfuerzos de grupos de la salud pública para que la Asamblea Nacional reforme el COIP: que no se penalice judicialmente el aborto cuando se trata de violaciones, o en los casos de enfermedades o condiciones que ponen en riesgo la vida de la madre o del hijo. Eso ya está aprobado en países como Colombia.

Este déficit contribuye a que en el Ecuador se produzcan muchos abortos clandestinos, con un altísimo riesgo para la vida de la madre. Aumenta la mortalidad materna. Hay evidencia científica en el mundo que demuestra que la despenalización del aborto en ciertas condiciones favorece la reducción de muerte materna, porque disminuye la incidencia de abortos hechos en condiciones no sanitarias⁷⁰. Entonces, esta es otra acción de prevención primaria, que lamentablemente el Ecuador no ha logrado asumir. La falta de acceso a abortos seguros favorece la aparición de complicaciones obstétricas graves en las mujeres que están en estado de vulnerabilidad.

⁷⁰ “Entre un 4,7% y un 13,2% de la mortalidad materna anual puede atribuirse a un aborto sin condiciones de seguridad”. Ver Vlassoff et al, 2008 (citado en OMS, 2019).

El campo de la **prevención secundaria** tiene que ver con lo que se hace tempranamente, cuando aparece una complicación obstétrica que pone en peligro la vida de la madre. Las complicaciones obstétricas más graves son básicamente dos: **hemorragia obstétrica y eclampsia** (hay una tercera, pero no es tan frecuente: las infecciones graves, como la sepsis).

Desde el punto de vista de la ciencia médica, se sabe perfectamente lo que hay que hacer frente a cualquiera de estas dos complicaciones. Se sabe cómo atender una hemorragia obstétrica y cómo se atiende una eclampsia, o una preeclampsia grave. El problema es más bien de organización de los servicios de salud, para que esas complicaciones obstétricas lleguen a ser tratadas antes de que se vuelvan inmanejables. Ese es el punto central en la construcción de una estrategia en este campo específico del manejo de las complicaciones obstétricas graves.

Para la **hemorragia obstétrica** hay **acciones biomédicas** que permiten prevenirla. Básicamente, la administración de **oxitocina** inmediatamente después del nacimiento y antes de la salida de la placenta. Esto es, el **manejo activo de la tercera etapa del parto**, que es muy efectivo para prevenir la hemorragia obstétrica. Al parecer, ya se ha convertido en una práctica rutinaria, al menos en los hospitales del MSP que atienden partos. No hay seguridad de que ello ocurra en otras instituciones públicas y en el sector privado. Se debería controlar un indicador de la calidad de la atención que refleje en qué porcentaje de los partos, en cada uno de los hospitales, realmente se está administrando diez unidades de oxitocina intramuscular.

La **preeclampsia no tiene ninguna intervención biomédica de prevención**. No hay cómo prevenirla. **Cuando ya aparece la hemorragia o cuando aparece la preeclampsia**, lo más importante es **tratarlas tempranamente**. El punto difícil no es saber lo que hay que hacer, tampoco tener equipos muy complicados, ni suministros muy caros; el punto crítico es el momento en que se interviene en la paciente que tiene una hemorragia o una preeclampsia, *y ahí es donde falla la estrategia*.

Hay un criterio bastante errado al respecto. En la gaceta de muerte materna del MSP, por ejemplo, se analiza en dónde se producen más muertes maternas, en qué unidad de salud. Es obvio que la mayoría de las muertes maternas van a aparecer en los **hospitales obstétricos más grandes**: maternidad Enrique Sotomayor, de Guayaquil, hospital Isidro Ayora, en Quito, hospital Vicente Corral, de Cuenca. Como allí aparece el mayor número de muertes maternas, se asume, erróneamente, que hay que actuar en esos hospitales para mejorar la atención, porque ahí se murieron las mujeres. Ese es un **error conceptual y de estrategia**. Los médicos y las enfermeras de esos grandes hospitales constatan que “las pacientes llegan en un estado final, terminal, de hemorragia o de preeclampsia. Lo que nosotros podemos hacer aquí es muy poco”, afirman.

El problema es cómo detectar esas complicaciones obstétricas en la ruta previa que siguen hasta llegar a estos hospitales grandes, en donde mueren las mujeres. Hay que empezar el manejo tempranamente, cuando empieza el problema, desde el momento

en que empieza la complicación obstétrica grave. Ese es el punto en el cual una estrategia, en el campo específico del manejo de la complicación, debería poner énfasis, pero muchas veces no lo hace.

Esto implica **trabajar la estrategia de muerte materna no en el hospital final, donde muere la mujer, sino desde el principio de la cadena que lleva a ese desenlace final**. Desde la partera tradicional, más allá incluso del sistema formal, porque resulta que estas poblaciones más vulnerables a la muerte materna son las mujeres más pobres del campo y de la ciudad, como la población indígena de áreas rurales.

En muchas regiones del país un gran porcentaje de los partos continúan siendo atendidos por parteras tradicionales. Si la estrategia es detectar la complicación tempranamente, cuando se empieza a producir, tenemos que trabajar con la partera tradicional, porque ella es la que está viendo –muchas veces– la mitad de las embarazadas, la mitad de los partos.

Como hipótesis, se puede **capacitar a la partera tradicional para reconocer tempranamente los signos de una complicación obstétrica grave** y construir un puente de comunicación entre las parteras tradicionales y los hospitales cantonales o de distrito. De esta manera, ese abismo entre la práctica de la medicina tradicional y el primer nivel de atención de la medicina formal se puede superar. Hay que tender puentes, de tal manera que cuando la partera tradicional identifique que la mujer tiene una hemorragia o signos de preeclampsia, inmediatamente la lleve al hospital más cercano. Ese es el comienzo de una estrategia de atención.

En el proyecto en mención se logró que se reúnan mensualmente, en cada uno de los cantones, un grupo de las principales parteras tradicionales (capacitadas por el MSP y el proyecto), con médicos, internos y obstetrices del hospital cantonal respectivo. De tal manera que se empezaron a conocer personalmente, a intercambiar números de teléfono celular (la mayoría de las parteras tradicionales tienen teléfono celular). Empezaron a conocerse personalmente, a tener juntos actividades sociales, a conversar de los casos, a **construir de esa manera un puente entre las parteras tradicionales y el hospital cantonal**. Eso funcionó bastante bien, no solamente en complicaciones obstétricas sino en complicaciones neonatales, porque la partera tradicional es la que frecuentemente ve por primera vez al recién nacido.

Ha habido y sigue habiendo mucho **escepticismo sobre lo que puede hacer una partera tradicional**. Si es o no capaz de reconocer signos de peligro en las complicaciones obstétricas. Pero no hay duda de que sí son capaces. Hay cosas que son evidentes, como, por ejemplo, reconocer el sangrado, reconocer signos tempranos de una posible preeclampsia, cómo pueden ser el mareo, el dolor de cabeza intenso. Una partera tradicional puede hacer una prueba de proteína urinaria, que además no es costosa: la tira reactiva cuesta dos centavos de dólar.

Al mismo tiempo, se debe construir una estrategia para que los **hospitales distritales hagan lo que les corresponde, tanto en hemorragia como en preeclampsia**.

En concreto, administrar el manejo médico de prevención o tratamiento del choque hipovolémico en el caso de la hemorragia, que en el hospital distrital perfectamente puede realizarse inmediatamente. Y en el caso de la preeclampsia, iniciar inmediatamente la administración de sulfato de magnesio y, con esa administración inicial, trasladar a la paciente al hospital provincial para el manejo por el especialista.

Cuando una mujer llega sangrando al hospital básico (distrital), o llega con una preeclampsia grave, ni se diga con una eclampsia, con convulsiones, **lo que generalmente hace el hospital cantonal es referirle** inmediatamente al hospital de la capital provincial **y perder horas preciosas**. Peor *aún* durante la noche o en fin de semana, cuando es probable que incluso el hospital general de la provincia no pueda darle una atención inmediata y la trasladen a un hospital de mayor complejidad. Muchas veces, en este proceso termina muriendo.

Pero el hospital distrital tiene un rol muy importante en iniciar las acciones médicas de emergencia. Lo que se requiere es capacitar al personal del hospital distrital, a los médicos, residentes, internos, enfermeras y obstetras en el manejo temprano de las complicaciones obstétricas. ¿Qué implica eso? Que estén al día en la **prevención y manejo del choque hipovolémico y en la administración del sulfato de magnesio**, que no son cosas muy sencillas. Los profesionales deben tener la seguridad de hacerlo, que no les dé temor administrar sulfato de magnesio, que son varias inyecciones de volumen considerable. Que tengan seguridad y que realmente lo hagan. Trabajar también en la forma en que debe hacerse el traslado de la paciente a otro centro hospitalario cuando se requiera.

Quizás la parte más difícil de la estrategia integral está en el **hospital general (hospital provincial)**. **Casi siempre, sí hay capacidades técnicas** para hacer una cesárea, para administrar sangre o para hacer una histerectomía si el caso lo requiere, para tratar una preeclampsia grave o una hemorragia. **Pero esas capacidades están disponibles sólo por ocho horas** diarias y no todos los días.

Un anestesiólogo me decía: “mire, es muy delicado para mí venir a dar anestesia a las dos de la mañana, por ejemplo. Yo me levantaría por colaborar, pero a esas horas yo no soy un funcionario, porque mi contrato es de tal a tal hora, ocho horas diarias, y si algo malo pasa dando yo anestesia a las dos de la mañana, yo tengo la responsabilidad legal por haber venido a ejercer una acción médica fuera de mis horas de contrato. Entonces, no puedo arriesgarme”.

Con esfuerzos voluntarios se puede coordinar y compartir recursos humanos e incluso equipos entre hospitales de diversas instituciones (MSP y el IESS). Pero no se puede encontrar soluciones sustentables de esa manera. Se requiere que cualquier solución sea institucionalizada.

Si no se logra en los hospitales de referencia (provinciales) una alternativa a este problema, no será posible reducir más las muertes maternas, porque van a haber casos graves de hemorragia, de eclampsia o preeclampsia que llegarán en la madrugada o un

fin de semana. **Si el hospital no tiene 24 horas al día y 7 días a la semana disponibilidad de anestesia, cirugía y sangre, no van a poder resolver problemas graves**. Terminarán enviando a sus pacientes a Quito o a Guayaquil, donde aumenta la colección de muertes maternas en los hospitales grandes.

Por otro lado, se ve esfuerzos temporales de **comunicación social masiva** por televisión, radio, pancartas en buses sobre los signos de peligro (en el embarazo, parto y puerperio). Ello está bien, apunta a que las mujeres embarazadas puedan reconocer signos de peligro. **Pero sólo es una parte**. ¿Qué pasa si reconocen esos signos de peligro, pero el proceso falla en cualquiera de los puntos, desde la partera, el transporte o la admisión y atención en un hospital de referencia?

En el proyecto mencionado se lograron reuniones mensuales entre el equipo técnico del hospital cantonal, el comité de usuarias de la ley de maternidad gratuita y representantes de las organizaciones sociales y campesinas de los cantones. No hubo oposición de los funcionarios de la dirección provincial (o zonal o distrital) ni de los servicios. Al contrario, hubo apertura de todas las partes. Pero los delegados de organizaciones comunitarias dejaron de ir argumentando que “no pasa nada, ¿para qué seguimos viniendo? En las reuniones decimos lo que está mal y no pasa nada. Entonces, ya no queremos venir”.

Con la desaparición de los Comités de Usuarios de la Ley de Maternidad Gratuita se perdió una oportunidad muy importante para canalizar un mecanismo de participación activa de la sociedad organizada en el ejercicio del derecho que tienen a una atención de calidad.

El sistema de vigilancia de la mortalidad materna sí se ha fortalecido, al menos en lo técnico. El nivel de datos que ahora aparecen en el sitio Web, en la gaceta de muerte materna, no existía antes. **Pero el análisis es débil**, no basta con el acceso a datos, se requiere una profundización del análisis de estos datos.

Se ha descuidado el análisis de la población vulnerable a nivel urbano. Esto también es necesario, al igual que el análisis del impacto social y familiar de la MM y el enfoque de género en la MM.

En definitiva, **construir una estrategia integradora no es difícil, no requiere un enorme presupuesto**. Lo más caro de todo es asegurar atención quirúrgica 24 horas al día y 7 días a la semana en los hospitales de referencia provinciales. El resto no requiere un presupuesto muy grande y se puede poner en marcha. Hay herramientas, hay métodos que el Ecuador, que el propio MSP ha ensayado en años pasados. No hay que volver a inventar cosas. Construir una estrategia integral con los elementos prioritarios descritos, es factible y no lleva tanto tiempo. No hay que enfocarse en cosas demasiado pequeñas, puntuales (proyectos demostrativos). Lo que se requiere es una estrategia integral y de alcance nacional, que tome en cuenta todo el sistema de salud e incluso más allá del sistema de salud. En las áreas de población indígena, la atención por parteras tradicionales es fundamental.

En resumen, y según el criterio del experto entrevistado, se pueden señalar algunos enfoques básicos para una estrategia integral de reducción de la mortalidad materna:

- Reconocer el impacto de las diferencias sociales y económicas en la mortalidad materna.
- Frente a una realidad diversa, una estrategia de reducción de la MM no puede ser homogénea. Debe priorizar a grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad.
- Es necesario actuar antes de que se produzcan complicaciones obstétricas graves y comunes (hemorragias, preclampsia y eclampsia, infecciones), con acciones de prevención primaria y secundaria.
- Desarrollar la prevención primaria, fundamentalmente el acceso a anticoncepción y aborto seguro.
- Acceso a métodos anticonceptivos modernos y discretos (DIU, implantes), con especial enfoque en los grupos más expuestos, como los adolescentes.
- Evitar los abortos inseguros en condiciones de clandestinidad. Hacer reformas legales que al menos despenalicen el aborto en casos de violación y cuando la vida de madres e hijos está en peligro.
- Desarrollar la prevención secundaria, fundamentalmente el manejo adecuado de hemorragia obstétrica, eclampsia y preeclampsia.
- Para la hemorragia obstétrica hay acciones biomédicas que permiten prevenirla: administración de oxitocina, manejo activo de la tercera etapa del parto.
- La preeclampsia no tiene ninguna intervención biomédica de prevención. Lo más importante es tratarla tempranamente.
- Hay un error conceptual y de estrategia al tratar de resolver la mortalidad materna en los hospitales obstétricos más grandes (porque allí ocurre el mayor número de muertes).
- La estrategia de muerte materna debe trabajar desde el principio de la cadena que lleva a ese desenlace final.
- Capacitar a la partera tradicional para reconocer tempranamente los signos de una complicación obstétrica grave. Hay escepticismo sobre lo que puede hacer una partera tradicional y se desperdician oportunidades de puentes comunidad-servicios.
- Que los hospitales distritales sepan lo que tienen que hacer, tanto en hemorragia como en preeclampsia. No perder tiempo valioso refiriendo a la paciente inmediatamente y sin intervención alguna.
- Que los hospitales distritales estén al día en la prevención y manejo del choque hipovolémico y en la administración del sulfato de magnesio. Que no haya temor para ello, que se desarrollen las destrezas.
- En el hospital general (hospital provincial) sí hay capacidades técnicas para hacer una cesárea, para administrar sangre o para hacer una histerectomía. Pero esas capacidades están disponibles sólo ocho horas diarias y no todos los días. Se requiere que estén disponibles 24 horas al día y 7 días a la semana anestesia, cirugía y sangre.
- La comunicación social masiva es importante para que las mujeres aprendan los

signos de peligro y busquen ayuda inmediata. Pero es insuficiente y aislada si no se resuelven los problemas de todo el sistema.

- Con la desaparición de los Comités de Usuarías se perdió una oportunidad muy importante de canalizar un mecanismo de participación activa en el ejercicio del derecho a una atención de calidad. Hay que recuperar esa capacidad.

- El sistema de vigilancia de la mortalidad materna sí se ha fortalecido. Hay datos disponibles en el sitio Web, en la gaceta de muerte materna. Pero el análisis es débil y debe fortalecerse para contribuir al afinamiento de las intervenciones.
- Construir una estrategia integradora no es difícil, no requiere de un enorme presupuesto ni de mucho tiempo. Hay herramientas y métodos que se han probado exitosamente en el Ecuador.



5. CONCLUSIONES

Las autoridades, los expertos y las evidencias coinciden, en general, en que la meta de los ODM (1990-2015) en relación a la reducción de la mortalidad materna no fue cumplida por el Ecuador. Hay criterios divergentes sobre los niveles alcanzados. Según autoridades y documentos del MSP y del INEC, el porcentaje de reducción para el período habría llegado a 70,9% (cerca del 75% definido en la meta 5A de los ODM), luego de hacer una estimación de subregistro en los

quinquenios anteriores, pero ninguna a partir del año 2011. Según la estimación independiente del grupo interagencial de NNUU, la reducción habría sido de un 65,4%. Y según los datos históricos publicados por el INEC (sin ajuste de subregistro), la reducción habría sido de 47,3% entre 1990 y 2015.

Según el análisis de los documentos y las entrevistas realizadas, se puede concluir que:

- Hay diferencias entre las estimaciones del grupo interagencial de NNUU y las de los gobiernos de Rafael Correa y Lenin Moreno (INEC, MSP). Ello, a pesar de un supuesto acuerdo en metodologías.
- El INEC no estimó el subregistro de MM a partir del año 2011; no hay un sustento técnico para esta decisión. Probablemente se trató de una decisión política y no técnica.
- Probablemente hubo presiones políticas, desde la Presidencia de la República u otras instancias, para realizar ajustes no técnicos en las estimaciones de MM.
- El PNBV 2013-2017 no respetó las metas de los ODM para 2015 y se definió otra más conservadora para 2017. Probablemente, esta decisión dio direccionalidad a algunas acciones posteriores de los organismos del Ejecutivo.
- No se transparentó toda la información de MM y los métodos de ajuste de la misma, a pesar de la solicitud de organizaciones de la sociedad civil y académicos.
- Hubiera sido más conveniente, política y técnicamente, reconocer que había dificultades para el cumplimiento de esta meta de los ODM (como la hubo en muchos países) y que había deficiencias en el sistema y servicios públicos de salud, antes que alterar (visiblemente) los datos de la tendencia de MM.

Según varios criterios, la meta de los ODM para MM era muy demandante, pero permitió a nivel global, regional y nacional realizar esfuerzos considerables. Si bien el Ecuador no cumplió con la meta, ha habido un descenso significativo de la MM en las últimas tres décadas, reconocido por los organismos de NNUU, aunque probablemente esa reducción ocurrió en las mujeres de mejor condición social y económica, que tienen mayor acceso a servicios, a información y a otro tipo

de recursos. Las mujeres más pobres siguen siendo socialmente excluidas en su acceso a servicios de salud de calidad o adecuados a sus necesidades y en la vigencia de sus derechos sexuales y reproductivos. Existen profundas inequidades en el Ecuador, que se expresan en grandes diferencias en la RMM, en indicadores como áreas de residencia (rural/urbana), territorios con condiciones de mayor pobreza estructural, etnicidad o nivel de instrucción de las mujeres. El problema es particularmente grave cuando afecta a niñas y adolescentes embarazadas.

No sólo las condiciones estructurales explican las limitaciones en el mejoramiento de la salud materna y en la reducción de la mortalidad materna. Al parecer no se aplicaron de manera universal estrategias integrales probadas como efectivas (que incluyen medidas de prevención primaria y secundaria), y no se priorizó a grupos poblacionales en condiciones de mayor vulnerabilidad. A pesar de los esfuerzos de las políticas y normativas, únicamente se desarrollaron procesos exitosos en territorios pequeños, no de alcance nacional.

El acceso a métodos anticonceptivos modernos, en grupos más vulnerables, como los y las adolescentes, que en algún momento experimentó un avance con el ENIPLA, se vio frustrado por su reemplazo con un plan alternativo (Plan Familia) de corte conservador, basado en la abstinencia sexual en adolescentes, así como otras medidas represivas y restrictivas que han demostrado no sólo ser ineficientes, sino contraproducentes.

Las políticas en torno al aborto continúan siendo un obstáculo para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos e inciden en la alta mortalidad materna. Las acciones represivas contempladas en el COIP no permiten avanzar en derechos en este campo, ni siquiera en situaciones tan obvias como el aborto en casos de violación. Este derecho está contemplado en los marcos legales de

muchos países latinoamericanos y de otras regiones del mundo, con resultados exitosos.

Los intentos por resolver la MM enfocándose en los grandes hospitales obstétricos, donde se concentran muertes maternas de mujeres que llegan en última instancia con complicaciones obstétricas graves, como hemorragias y preeclampsia o eclampsia, revela que no se ha hecho lo suficiente en los demás niveles de atención (hospitales distritales, hospitales provinciales). Estas unidades médicas no tienen una capacidad de resolución de esos problemas 24 horas al día y 365 días al año. Más aún, se pone en evidencia, en general, una desconexión entre el sistema formal de salud y las comunidades (parteras tradicionales), en donde se continúa atendiendo una gran proporción de embarazadas y de partos, especialmente en zonas rurales dispersas e incluso en barrios populares urbanos.

La LMGAI, uno de los esfuerzos más coherentes del Ecuador en las últimas décadas, no tuvo continuidad. Las buenas intenciones posteriores no encuentran un camino adecuado y, sobre todo, no logran un impacto universal. La suspensión de la participación social amplia, que alcanzó un buen nivel con los Comités de Usuarías, afecta la capacidad de lucha organizada por los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como la vigilancia de la calidad de los servicios de salud. Ello finalmente incide en el incremento de las muertes maternas, que podrían evitarse con la participación social autónoma. Los Comités Locales de Salud del MAIS no pueden cumplir esa función, porque no son autónomos, son contruidos desde la lógica del Estado, desde el poder político vigente y no desde las necesidades comunitarias, como fue en gran medida el caso de los Comités de Usuarías.

Hay otros obstáculos que han incidido también en el relativo estancamiento de la MM, así como en la poca vigencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Uno de ellos

es el persistente activismo de grupos conservadores provida, que atacan no sólo el enfoque de género o el acceso a abortos seguros, sino incluso el acceso a métodos anticonceptivos, en particular la anticoncepción de emergencia.

La información de MM ha tenido problemas. Las agencias de NNUU lo reconocen, explícita o tácitamente. Esto resulta del cambio de metodologías, problemas de exhaustividad, falta de continuidad de las metodologías y los equipos técnicos. La estimación sesgada de subregistro es uno de los mayores problemas, que opaca aún más la realidad en torno a la MM. Sin embargo, hay que reconocer que ha habido avances en el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna y en el acceso a la información que proporciona este sistema, aunque la calidad y rigor del análisis deben ser mejorados a fin priorizar poblaciones, territorios y medidas efectivas. Se debe evitar presiones políticas en los sistemas de vigilancia e información.

Se ha dado varios intentos desde el Estado y los diferentes gobiernos para replantear políticas y estrategias más efectivas. En el papel, hay coherencia. Pero llevarlas a la práctica es un gran desafío, porque además no depende sólo del sector salud, sino que se trata de un problema intersectorial que depende de una condición estructural. En este sentido, se requiere de un enfoque amplio e integral y de la participación del Estado, la sociedad, la población y organizaciones comunitarias en particular, defendiendo derechos y vigilando procesos clave.

Sí es posible una mayor reducción de la MM. En América Latina, Uruguay, Chile y Costa Rica nos lo demuestran, sin necesidad de compararnos con referentes muy diferentes como Canadá o algunos países europeos. La situación en las mujeres ecuatorianas en mejor condición social (con mayor nivel de instrucción, blanco-mestizas, urbanas, con mejores condiciones económicas) demuestra que es posible. De hecho, estos grupos de

mujeres tienen indicadores comparables con los mejores estándares de la región.

En una mirada a futuro, que apunte a mejorar la salud materna (y neonatal) y a reducir la mortalidad materna (y neonatal), autoridades, técnicos y expertos coinciden en varias ideas fundamentales:

- No se trata de inventar algo nuevo sino de estructurar una estrategia integral, con varios subcomponentes probados, que garanticen la solución de problemas críticos ya identificados. Ello, aunque se tenga que recrear muchas acciones e iniciativas.
 - Aplicar la estrategia integral a nivel nacional y no únicamente en proyectos piloto o en territorios muy definidos.
 - Priorizar las poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad, sin que ello signifique sacrificar el principio de universalidad.
 - Facilitar el acceso real de las mujeres a los servicios, con un sistema coherente de interacción de los servicios con la comunidad, que inicie con las familias, parteras tradicionales y las organizaciones comunitarias e incluya la capacidad de resolver a tiempo los problemas graves identificados en los servicios de salud pública, según su nivel, a cualquier hora y de manera permanente. Para ello, la estrategia debe considerar la diversidad cultural.
 - Ampliar la evidencia técnica y científica a fin de fortalecer las políticas públicas. Una estrategia consiste en estimar los costos de la omisión de políticas y acciones en este campo.
 - Difundir y fortalecer la evidencia del impacto positivo de la educación sexual, del acceso a métodos modernos anticonceptivos y del acceso al aborto seguro.
 - Garantizar el financiamiento (planes de inversión) para las estrategias y programas relacionados. Sin ello es imposible ejecutar lo planificado y lograr impactos.
- Se sugiere algunos desafíos de investigación y análisis a futuro:
- Estudiar casos exitosos de mejoramiento de la salud materna (y neonatal), aun cuando estos fueran solo experiencias locales, pero de las cuales se puede obtener enseñanzas aplicables al país.
 - Evaluar los costos en vidas de madres y en capacidad de defensa organizada de los derechos sexuales y reproductivos – tanto en términos económicos como en eficiencia de políticas y acciones de salud pública– de la tácita eliminación de la LMGAI, una de las experiencias nacionales más exitosas de las últimas décadas.
 - Estudiar la factibilidad de desarrollar, a nivel nacional, un modelo que se base en buenas prácticas exitosas, tanto de mejoramiento de los servicios públicos de salud que atienden la salud materna y las emergencias obstétricas, como de la participación autónoma y democrática de parteras y organizaciones comunitarias.
 - Realizar estudios de los costos sociales y económicos de la omisión de políticas integrales y acciones efectivas para la reducción de la mortalidad materna.
 - Evaluar el impacto en las muertes maternas de la falta de políticas basadas en evidencia científica respecto del acceso a métodos anticonceptivos modernos y abortos seguros.
 - ¿Cómo afecta la falta de un enfoque de género en la calidad, eficiencia y calidez de los servicios públicos de salud que atienden a mujeres embarazadas, partos y postpartos? ¿Cómo incide eso en la mortalidad materna?

BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTOS CONSULTADOS

ALAMES Ecuador, Foro Salud Pública Ecuador, Plataforma por los Derechos de las Mujeres, Plataforma por el Derecho a la Salud, Frente de Defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y otras organizaciones y académicos (2015), *Carta del 25 de marzo dirigida a las ministras coordinadora de desarrollo social, salud pública e inclusión económica y social, al Secretario Nacional de Planificación y Desarrollo y al Director Ejecutivo del INEC exigiendo la entrega de información amplia y transparente en relación con la mortalidad materna*, Quito. (Documento electrónico, no en línea).

Asamblea Nacional (2014), *Código Orgánico Integral Penal*, Gráficas Ayerve, 1ra. Edición, Quito, Ecuador

<http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2018/07/LI-CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-COIP.pdf>

Asamblea Nacional (2018), *Proyecto de Código Orgánico de Salud*.

https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/05/COS_borrador_para_Segundo_debate-_marzo-2018.pdf

Asamblea Nacional (2018a), *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*, Registro Oficial Año 1, No. 175, lunes 5 de febrero.

<https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/REGISTRO-OFICIAL-LEY-ORGA%CC%81NICA-INTEGRAL-PARA-PREVENIR-Y-ERRADICAR-LA-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES.pdf>

Asamblea Nacional Constituyente (2008), *Constitución de la República del Ecuador*, Montecristi.

<http://pdba.georgetown.edu/Parties/Ecuador/Leyes/constitucion.pdf>

Burneo Cristina y otras (2015), *Sexualidad y embarazo adolescente en el Ecuador: de la ENIPLA al Plan Familia*, Fundación Donum/FOS, Quito.

<https://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2015/06/SEXUALIDAD-ADOLESCENTE-PDF.pdf>

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=24:acerca-del-clap-smr&Itemid=122&lang=es

Colectivo Salud Mujeres (2014), "Aborto con medicamentos, información segura para decidir", Ecuador.

<https://www.abortoseguroecuador.com/single-post/2015/05/27/Descarga-Manual-Aborto-con-Medicamentos-informaci%C3%B3n-segura-para-decidir>

Congreso Nacional del Ecuador (1998), *Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*, Ecuador. Codificación 2006, Registro Oficial 349, 5 de septiembre de 2006. Última modificación 2014.

https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/11/ley_maternidad_gratuita_atencion_infancia.pdf

Congreso Nacional del Ecuador (2006), *Ley Orgánica de Salud*, Registro Oficial Nro. 423, viernes 22 de diciembre.

<http://instituciones.msp.gob.ec/dps/snem/images/PDF/ley%20organica%20de%20salud.pdf>

Diedrich, K. et al. (2007), *The Role of the Endometrium and Embryo in Human Implantation*, 13 Hum. REPROD. UPDATE 365.

Donoso Enrique, Jorge A. Carvajal, Claudio Vera y José A. Poblete (2014). *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil*, Rev Med Chile; 142: 168-174.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>

Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO) (2017), *Carta dirigida el 9 de mayo de 2017 a los miembros de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional*. (Versión electrónica, no en línea).

Gómez De la Torre V., P. Castelo, M. R. Cevallos (2016), *Vidas robadas. Entre la omisión y la premeditación. Situación de la maternidad forzada en niñas del Ecuador*, Resumen Ejecutivo, Fundación Desafío, Quito, Ecuador.

<https://www.ninasnomadres.org/wp-content/uploads/2016/11/Vidas-Robadas-Ecuador.pdf>

Gómez-Dantés, Octavio y Babak Khoshnood (s/f), *La evolución de la salud internacional en el siglo XX*. Instituto Nacional de Salud Pública, México, Escuela de Medicina, Universidad de Chicago, EUA.

<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5409/5683>

Granda J. (2018), *Determinación social de la muerte materna en el cantón Ibarra, Imbabura, Ecuador*, Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador, Área de Salud, Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva (tesis de grado) Quito.

<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6500/1/T2795-MESC-Granda-Determinacion.pdf>

IECS, (2016), Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria/Departamento de Investigación en Salud de la Madre y el Niño. *Simulacros de emergencias obstétricas. Manual de entrenamiento para mejorar la calidad de atención de las mujeres ante una emergencia obstétrica*, Buenos Aires, Argentina.

https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2016/06/IECS-manual_ESPA-NOL.pdf

INEC (2017), Anuario de Nacimientos y Defunciones.

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/

INEC (2014, 2015, 2016 y 2017), Bases de datos de nacimientos y defunciones.

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/

INEC (Castillo N. y F Jácome) (2018), *Medición de la Pobreza Multidimensional en Ecuador*, Quito.

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Revista_Estadistica/Medicion_de_la_Pobreza_Multidimensional_en_el_Ecuador.pdf

INEC (2017a) Coordinación General Técnica de Producción Estadística, *Nota técnica: Registro de Estadísticas Vitales: Nacidos Vivos y Defunciones Generales*.

www.ecuadorencifras.gob.ec/...inec/...Defunciones/2017/Nota_tecnica_registro_estad...

INEC (2017), *Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador*, junio.

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf

Karolinski A., Mercer R., Micone P., Ocampo C., Salgado P., Szulik D. et al. (2015), *Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*, Rev Panam Salud Pública;37(4/5):351-9.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a24.pdf

Lozano-Avendaño L., Bohórquez-Ortiz A.Z., Zambrano-Plata G.E. (2016), *Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna*, Rev Univ. Salud.; 18(2):364-372.

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a16.pdf>

Maldonado X., É. Arteaga y J. Cuvi (2016), "Políticas neoliberales de salud en el gobierno de Correa", en Rebelión (revista digital).

<http://www.rebelion.org/docs/226924.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017b), Gaceta de Muerte Materna.

<https://www.salud.gob.ec/gacetitas-de-muerte-materna-2017/>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018), Gaceta de Muerte Materna SE 42.

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-52-MM.pdf>

Ministerio de Salud Pública/CONASA (2008), *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*, Quito.

<https://www.cappalatinoamerica.com/docs/guiadepartoec.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2014), Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Manual de procedimientos. Mortalidad evitable. Vigilancia de la mortalidad materna. Vigilancia de la mortalidad neonatal*. (no disponible en línea).

Ministerio de Salud Pública (2006), *Manual para la vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna*, Quito, Ecuador, enero.

[https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Manual%20Muerte%20Materna%202006\(1\).pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Manual%20Muerte%20Materna%202006(1).pdf)

Ministerio de Salud Pública (1999), *Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva*. (Versión física).

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), *Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva*, Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, marzo, Quito, Ecuador.

<https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador/SENPLADES/UNFPA/SENDAS (2017), *Estudio de Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador* (Resumen Ejecutivo), julio, Quito, Ecuador (Belkis Mercedes Aracena Genao, investigadora principal, Instituto Nacional de Salud Pública de México).

<http://sendas.org.ec/documentos/Resumen001.pdf>

<http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>

<https://ecuador.unfpa.org/es/publications/resumen-ejecutivo-estudio-de-costos-de-omisi%C3%B3n-en-salud-sexual-y-reproductiva-de>

Ministerio de Salud Pública/UNFPA/SEGO Pichincha/AECID/FENOE/FCI Ecuador (2010), *Por una maternidad y nacimientos seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador*, Quito.

<http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Fichas%20de%20Maternidad%20y%20nacimientos%20seguros%20Ecuador%202010.pdf>

MSP/Consejo de Transición hacia el Consejo de las Mujeres e Igualdad de Género (V. Bustamante) (2011), *Tendencia y Magnitud de la Mortalidad Materna en General y Específicamente de las Muertes Certificadas por Aborto y sus Complicaciones (Diagnósticos 003-008 Cie 10) en los Servicios Públicos de Salud del Ecuador*. Desarrollo de un instrumento metodológico de certificación de mortalidad materna que contribuya a la implementación del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna, marzo.

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D572.pdf

MSP/CONASA/CONAMU/UNFPA/OPS/OMS/UNICEF/QAP/Family Care International (2005), *Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, Quito, Ecuador.

<file:///C:/Users/hnobo/Downloads/LEXTN-MSP-116525-PUBCOM.pdf>

MSP/CONASA (2008), *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*, Quito.

<https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HAS-Ha8ee.dir/doc.pdf>

MSP Ecuador: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red. (2012), *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural*, Quito.

<http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual-IIS-MSP12.12.12.pdf>

Naciones Unidas (2015), *Objetivos de Desarrollo Sostenible*, ONU, Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Naciones Unidas/Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, del Fondo de Población de Naciones Unidas y de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos (2018). *Documento de programa de país para Ecuador (2019-2022)*, Nueva York, 5 de julio.

Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (s/f). (Documento electrónico).

<http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

Noboa, Hugo (2015), *Inequidades en el Cáncer de Cuello del Útero en el Ecuador*, ALAMES Ecuador, junio.

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D959.pdf

Noboa, Hugo, (2015), *Inequidades en Mortalidad Materna en el Ecuador*, ALAMES Ecuador, Quito.

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D958.pdf

OCHA Colombia (s/f),

<https://wiki.salahumanitaria.co/wiki/Indicadorproxy>

OMS (2012), *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª edición, Organización Mundial de la Salud.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=6E6A8E6BF850F7032B6C34B1D7CC9250?sequence=1

OMS (2015), *Mapa sobre maternidad materna en el mundo*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=DFF59FB38D6F62503BED00?sequence=1

OMS (2018), *Mortalidad Materna. Datos y cifras*, febrero.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>;

OMS (1992), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision, Ginebra, p. 1151, Volumen I. Revisión, 2003.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>

OMS (2019), “Prevención del aborto peligroso”, junio.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

OMS (2017), *Propuesta de revisión de las definiciones de muertes maternas*, 9 febrero. (Documento inédito. Utilice la función de comentario y envíe un email electrónico a: maternalestimates@who.int).

<https://www.google.com/search?q=definici%C3%B3n+de+mortalidad+materna+oms&oeq=definici%C3%B3n+de+mortalidad+materna+oms&aqs=chrome..69i57j0l5.8415j1j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

OPS/OMS (2016), *Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas*.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OPS/OMS (2018) *Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas*.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018-spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud/UNICEF/UNFPA/Banco Mundial/NUU (2015), *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*, Sinopsis, OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=DFF5742C62BD389FB38D6F62503BED00?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud (2017), *Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas*, Washington D.C., OPS.

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34114/9789275118782_spa.pdf?sequence=5

Ortiz-Prado E., K. Simbaña, L. Gómez, A. Stewart-Ibarra, L. Scott y G. Cevallos-Sierra (2017), “El aborto, un problema de salud pública en aumento en Ecuador, un análisis poblacional de 10 años”, *Pragmat Obs Res*. 2017; 8: 129–135. Publicado en línea el 13 de julio. Doi: 10.2147 / POR.S129464. PMID: 28761387.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516879/>

Presidencia de la República del Ecuador/Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica (2015), *Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia (Plan Familia)*, Ecuador, julio.

https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/k_proyecto_plan_familia_2015.pdf

Revista Panamericana de Salud Pública (2015), Número especial sobre La salud de la mujer. *Rev Panam Salud Publica* 37(4/5).

<https://www.paho.org/journal/en/special-issues/womens-health>

Sanhueza A., Calle Roldán J., Ríos-Quitizaca P., Acuña M.C., Espinosa I. (2017), “Social inequalities in maternal mortality among the provinces of Ecuador”, en *Rev Panam Salud Publica*; 41:e97.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34066/v41a972017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

SENPLADES (2011), *Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA)*, diciembre (documento electrónico).

https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf

SENPLADES (2013), *Plan Nacional de Desarrollo/Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES, Quito, Ecuador.

<http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional>

Shiffman J. y S. Smith (2007), *Generación de una política prioritaria de iniciativas globales de salud: Un marco de referencia y estudio de caso de mortalidad materna*.

http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D100.pdf

United Nations (2015), *The Millennium Development Goals Report 2015*. New York.

[https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)

Velasco, Margarita (2011), “La salud de la población: medio siglo de cambios”, en *Informe Cero, Ecuador 1950-2010*, primera edición: mayo de 2011, Quito, Ecuador.

<https://web.archive.org/web/20160302001240/http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/39607.pdf>

Vlassoff et al. (2008), *Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*, Brighton, Institute of Development Studies, (IDS Research Reports 59).

WHO (2015), *Equity. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health*. World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164590/9789241564908_eng.pdf;jsessionid=52E9B20718DEF6B92E1BEBB824B448BA?sequence=1

WHO (2010), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision, Volume 2.

https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf

World Health Organization R. O. (2000), *Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health*. Consultado en who.int:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108284/1/E68459.pdf>

Wong L. y otras (1990), *Estimaciones de mortalidad materna a partir del método de sobrevivencia de hermanas: experiencias en América Latina*, London School of Hygiene and Tropical Medicine y Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/32634/1/D-15021.00_es.pdf

Esta publicación fue financiada por el proyecto **Plataforma por el Derecho a la Salud**



Fundación
Donum
Solidaridad para la autogestión y el desarrollo



Bélgica
socio para el desarrollo