



Por una maternidad y nacimientos seguros

- Acciones realizadas
para reducir la
muerte materna
en Ecuador



Por una maternidad
y nacimientos seguros

Acciones realizadas para reducir la
muerte materna en Ecuador

Por una maternidad
y nacimientos seguros

Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador

Ficha técnica 2010

Este material ha sido elaborado por:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Eduardo Yépez - Director Nacional de Normatización
Dr. César Hermida - Director Instituto de Ciencia y Tecnología
Dr. Wilfrido León - Líder de Salud de la Mujer
Dra. Geoconda Gavilánes - Líder de Salud del Adolescente
Dr. Pablo Zambrano - Coordinador de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

SOCIEDAD ECUATORIANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (SEGO PICHINCHA)

Dr. Armando Chávez - Presidente de SEGO
Dr. Alfredo Jijón - Miembro Activo SEGO

FEDERACIÓN NACIONAL DE OBSTETRICES Y OBSTETRAS DEL ECUADOR (FENOE)

Obst. Marcia Robalino - Presidenta de FENOE
Obst. Juan Quizanga - Miembro Activo FENOE

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

Dr. Mario Vergara - Representante Auxiliar del UNFPA
Dra. Marcia Elena Álvarez - Profesional Nacional de Programas - UNFPA

FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI)

Dra. Maritza Segura Villalva - Coordinadora Nacional de FCI - Ecuador
Dra. Vanessa Bustamante - Consultora FCI - Ecuador

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

Dr. Oscar Surriel - Asesor en Salud Familiar y Comunitaria OPS
Viviana Ramel - Asistencia Técnica OPS

CENTRO ECUATORIANO PARA LA PROMOCIÓN DE LA MUJER (CEPAM-GUAYAQUIL)

Dra. Tatiana Ortiz - Directora Ejecutiva CEPAM - Guayaquil
Dra. Alexandra Caicedo - Consultora CEPAM - IPPF

Diseño:

graphus® 290 2760

La impresión de este documento fue realizada con el apoyo de:
Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA LAC
Family Care International - FCI
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo - AECID

Quito, marzo 2010

Se permite la reproducción parcial o total de este material para fines no lucrativos,
en cuyo caso se agradece mencionar los créditos respectivos.

contenido

Antecedentes	5
Formas de medición de Mortalidad Materna en Ecuador	6
Estrategias realizadas para disminuir la Mortalidad Materna	9
• Primera Estrategia Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)	9
• Segunda Estrategia Planificador familiar	12
• Conclusiones	13
Otras estrategias que han apoyado a la Reducción de la Muerte Materna	14
Proyección de la Mortalidad Materna en el Ecuador	15
• Para cumplir las Metas del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	15
• Conclusiones	17
Estrategias que deben priorizarse	17
• Prioridad A	18
• Prioridad B	18
• Prioridad C	19
Referencias	20



Antecedentes

La salud Materno Perinatal y la Salud Sexual y Salud Reproductiva son probablemente el bien social de más alta prioridad en las agendas de diferentes sectores relacionados con la salud a nivel mundial.

La mortalidad materna es un claro indicador de la inequidad de género, la injusticia social y la pobreza que sufren nuestras mujeres en la región. No es coincidencia que los más altos índices de muerte materna se encuentren entre los grupos de mujeres pobres, indígenas o ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales. Esto solo revela la necesidad de trabajar en acciones institucionales y comunitarias para garantizar el acceso a servicios de salud, con atención culturalmente adecuada y sobre una serie de factores sociales que se asocian a exclusión en salud.

En el Ecuador, los esfuerzos que se realizan se encaminan a mejorar, desde toda perspectiva, las estrategias nacionales de salud en respuesta al marco constitucional 2008, a los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, adicionalmente, se integran las acciones realizadas y contempladas en la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, y de conformidad a los acuerdos internacionales, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública en el año 2008, elaboró el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal cuyos objetivos 3, 4 y 5 pretenden mejorar el acceso informado a servicios de salud con enfoque en derechos sexuales y derechos reproductivos de los usuarios y usuarias para la toma de decisiones conscientes e informadas sobre su condición de salud; reducir la violencia basada en género e intrafamiliar; mejorar el trato de los usuarios/as internos y externos; y la atención amigable y diferenciada para los y las adolescentes, que se refuerza con el instrumento: “Componente Normativo para la atención Integral de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva que responde al modelo de atención del Sistema Nacional de Salud”, año 2010.

Formas de medición de Mortalidad Materna en Ecuador

Se denomina **Muerte Materna** a la defunción de una mujer durante el embarazo, el parto o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente del sitio y el tiempo de duración del mismo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

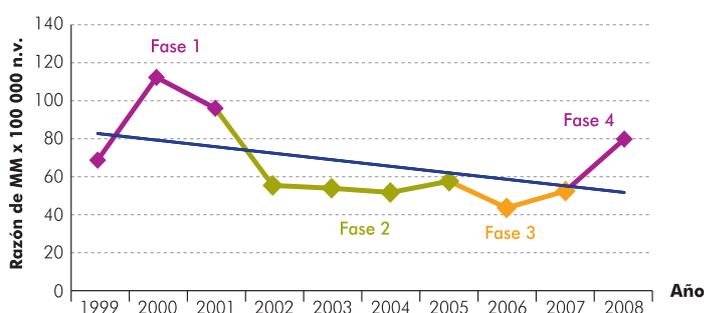
La situación de la muerte materna en cada país es analizada por el indicador denominado **Razón de Mortalidad Materna (RMM)**, que expresa:

$$\text{RMM} = \frac{\text{el número de defunciones maternas}}{\text{por cada 100.000 nacidos vivos}}$$

En nuestro país, el cálculo de este indicador ha atravesado diferentes metodologías en la búsqueda de estandarizar la forma más apropiada de calcular la mortalidad materna. Debido a la dificultad de ajustar un numerador y un denominador únicos, la tendencia de la mortalidad materna en el decenio 1999-2008 tiene un comportamiento variable que no demuestra en sí la realidad de este grave problema social.

La disparidad en los métodos de obtención de la RMM origina que en el momento de realizar curvas de tendencia para observar el comportamiento de la mortalidad materna en nuestro país, y al tomar los diferentes datos obtenidos en las **diferentes mediciones**, que son 4 momentos o fases, la curva de tendencia muestre una falsa apreciación de incrementos o descensos que en realidad no se han producido.

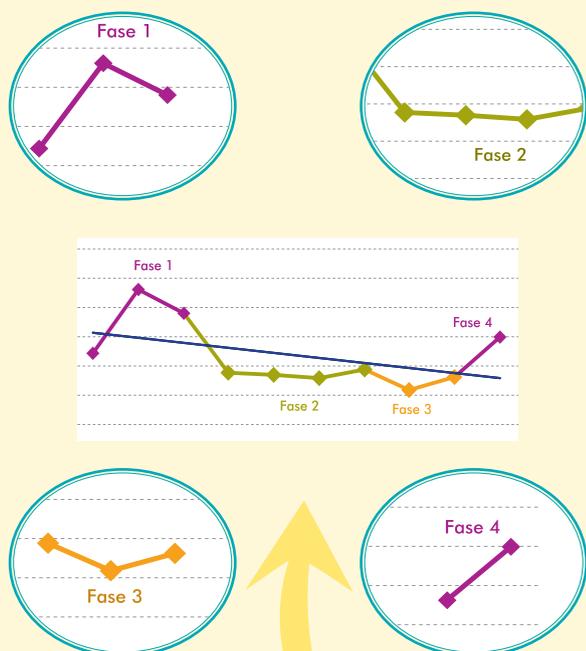
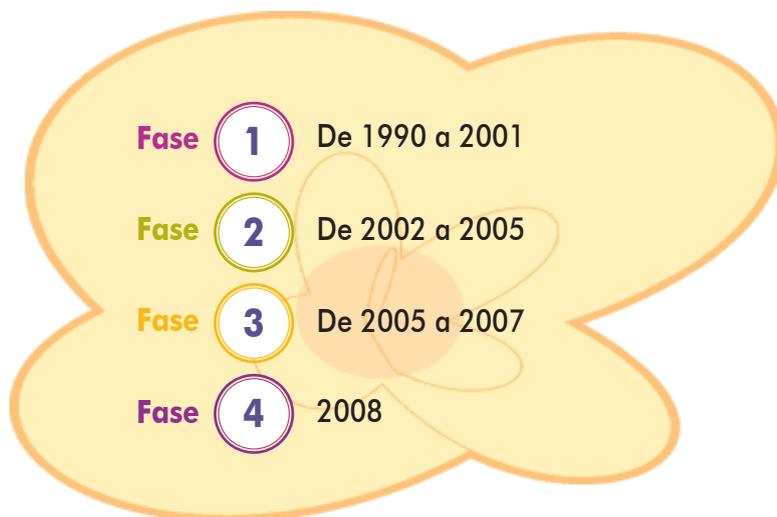
Momentos o fases de medición 1999 - 2008



Fuente: MSP, Sistema Común de Información, Producción de establecimientos de salud.
Elaboración: Dirección Nacional de Normatización Salud de la Mujer.

Momentos o fases de medición Razón de muerte materna

De acuerdo a la metodología utilizada para establecer la RMM entre los años 1990 y 2008, se definen cuatro fases:



Lo que se midió en cada fase

- F1** El numerador fue el número de muertes maternas. El denominador los nacidos vivos inscritos en el mismo año de nacimiento o nacidos vivos inscritos oportunamente (n.v.o.).
- F2** El numerador fue el número de muertes maternas. El denominador fueron os n.v.o. más los nacidos vivos inscritos en el siguiente año (n.v.e.).
- F3** El numerador fue el número de muertes maternas consensuadas por el INEC y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVEN) del MSP. El denominador fue el número de nacidos vivos inscritos en el mismo año de nacimiento y multiplicados por un coeficiente de corrección. (Coeficiente de Inscripción Tardía-CITAN).
- F4** Al igual que la Fase 1, el numerador fue el número de muertes maternas. El denominador los nacidos vivos inscritos en el mismo año del nacimiento o nacidos o nacidos vivos inscritos oportunamente (n.v.o.).

ORIGINÓ ÉSTA CURVA

Cuando utilizamos un solo método para estimar la RMM durante el período 1999-2008, podemos obtener 3 líneas de **tendencia** diferente (ya que la FASE 1 y FASE 4 usó la misma tecnología), que corresponden a cada una de las fases y observamos que la **RMM es decreciente**, que es lo ocurrido realmente.



Por tanto **resalta la necesidad de estandarizar el dato de numerador y denominador** para una percepción más real de la mortalidad materna.

- Fase 1 Punto de partida 1990 con 97,2 RMM
- Fase 2 Punto de partida 2002 con 56,6 RMM
- Fase 3 Punto de partida 2005 con 51,8 RMM
- Fase 4 Punto de partida 2008 con 80 RMM

La **Tendencia** en todas las fases
es **decreciente**

Estrategias realizadas para disminuir la Mortalidad Materna

PRIMERA ESTRATEGIA

Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)

Los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE), basados, en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, puérperas y recién nacidos desarrollarán complicaciones que en su mayoría no pueden ser prevenidas y, por lo tanto, necesitan estrategias rápidas y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo.

Por esta razón, los cuidados obstétricos y neonatales esenciales están incluidos en la normativa materno neonatal del 2008 y se aplican en: atención prenatal, atención del parto y atención del postparto.

- **CONE en atención pre-natal**

Tiene como finalidad la detección y manejo inicial de embarazos con patología (problemas durante el embarazo), preparación para el parto, administración de hierro oral y ácido fólico, toxoide tetánico, recomendaciones nutricionales y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Las coberturas de atención prenatal alcanzadas por establecimientos del MSP entre 1999 y 2008 demuestran un aumento de 69% a 108% respectivamente.

Si se toma en cuenta la correlación entre los controles prenatales y la RMM se indica que los cambios que se han dado para reducir la mortalidad materna en el período 1999-2008 podrían estar explicados en 26% por el incremento de los controles prenatales.

- **CONE en atención del parto**

En esta etapa la estrategia tiene como finalidad monitorear la labor de parto con el uso del partograma y toma de decisiones con curvas anormales, **manejo activo de la tercera etapa del parto**, manejo de la ruptura prematura de membranas, manejo del parto pretérmino y atención del puerperio inmediato.

En el último decenio el número total de partos atendidos en las unidades operativas del Ministerio de Salud Pública ha tenido un aumento en la cobertura de atención del parto.

Se pasó de 115.567 partos atendidos en el año 1999 que correspondían al 34,4% de la cobertura por parte del MSP a 147.139 partos atendidos en el año 2008, y que corresponden al 40,90% de la cobertura de partos; siendo este aumento estadísticamente significativo.

El análisis de correlación entre la RMM y el incremento de la cobertura de atención de partos, nos indica que los cambios que se han dado en la reducción de la mortalidad materna en el período 1999-2008 podrían estar explicados en un 48% por el incremento de la atención de partos en instituciones de salud por personal calificado.

- **CONE en atención neonatal inmediata básica**

Lograr la atención de parto por personal capacitado e institucional, va a permitir una atención neonatal inmediata básica que tiene como objetivos: manejo térmico, lactancia inmediata y exclusiva, apego precoz, cuidado del cordón umbilical, desinfección ocular, vacunación y reanimación de ser necesaria.

En el último decenio el número total de muertes de niños y niñas menores de 1 mes ha disminuido de 2.742 muertes registradas en el año 1999 a 1.948 muertes registradas en el año 2008, siendo esto estadísticamente significativo.

De igual manera la tasa de mortalidad neonatal calculada por el método del CITAN, que va de 7,83 en el año 1990 a 5,41 muertes neonatales en el año 2008. La tasa de mortalidad neonatal precoz (hasta 7 días posterior al parto) que también ha tenido una disminución significativa que va desde 5,52 muertes en el año 1999 a 3,97 muertes registradas en el año 2008 utilizando el método de cálculo por el CITAN.

- **CONE en atención del post-parto**

En el último decenio el número total de controles postparto (primeros y subsecuentes) aumentaron de 74.983 en 1999 a 139.202 en el año 2008.

De igual manera, la cobertura de controles postparto se ha incrementado de 15% en el año 1999 a 38,9% en el año 2008, aumento que es estadísticamente significativo.

Si analizamos el coeficiente de correlación entre la cobertura de controles postparto y la RMM, nos indica que el 30% de la variabilidad en la mortalidad materna en el período 1999-2008 podría estar explicada por los controles postparto.

SEGUNDA ESTRATEGIA

Planificador familiar

En el Ecuador en el último decenio el número total de consultas para planificación familiar (primeras y subsecuentes) ha tenido un aumento que es estadísticamente significativo al igual que la cobertura de controles para planificación familiar en las mujeres en edad fértil.

De 331.309 consultas en 1999 ascendió a 1'613.729 consultas por planificación familiar registradas en el año 2008.

Si analizamos la correlación entre la cobertura de atención para planificación familiar y la RMM, nos indica que el 35% de los cambios que se han dado en la reducción de la mortalidad materna en el período 1999-2008 podrían estar explicados por las consultas para planificación familiar.

CONCLUSIONES

Del análisis de acciones clínicas implementadas para reducir muerte materna, se aprecia que el incremento de **atención del parto y postparto inmediato** en instituciones del MSP, es el que tiene mayor correlación con la **DISMINUCIÓN** de la razón de mortalidad materna con un 48% de los cambios que se han dado en nuestro país.

El incremento de la regulación de la fecundidad y el mejoramiento de los controles postparto tienen correlación con la razón de mortalidad materna para su disminución en 35% y 30% respectivamente.

Estrategias realizadas	Coeficiente de Correlación de Pearson		Coeficiente de determinación
	R	p	R ²
Atención de parto y postparto inmediato	R = 0,7	p = 0,02	R ² = 0,48
Regulación de fecundidad	R = 0,59	p = 0,06	R ² = 0,35
Consultas postparto	R = 0,55	p = 0,09	R ² = 0,30
Atención prenatal	R = 0,51	p = 0,12	R ² = 0,26
Atención de partos complicados	R = 0,13	p = 0,71	R ² = 0,01

Fuente: Sistema Común de Información, MSP.

Elaboración: FCI - Vanessa Bustamante.

El incremento de atención del parto y postparto inmediato en instituciones del MSP, es el que tiene mayor correlación con la DISMINUCIÓN de la razón de mortalidad materna, con un 48% de los cambios que se han dado en nuestro país.

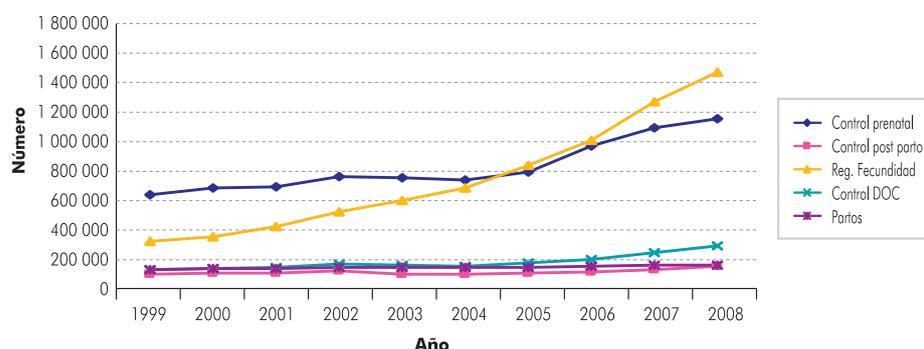
Otras estrategias que han apoyado a la Reducción de la Muerte Materna

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI)

se creó con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil, a la mejora del acceso de mujeres, niñas y niños a una atención de la salud de calidad, al fortalecimiento de la participación en procesos de toma de decisiones y en el control de la calidad de los servicios.

Una de sus principales contribuciones es asegurar la continuidad de servicios de salud esenciales para mujeres, niñas y niños, sin que esté sujeta a los cambios de política pública. Más aún, ha contribuido a la creación de mecanismos efectivos que garanticen con gratuidad y calidad, el derecho de las mujeres ecuatorianas a la salud reproductiva. Ha tenido un gran impacto en los servicios de salud materno-infantil y actualmente cubre 58 prestaciones: atenciones en el control prenatal, parto, emergencias obstétricas, postparto, planificación familiar, detección oportuna del cáncer cérvico-uterino, infecciones de transmisión sexual y atención a menores de cinco años. Al analizar la evolución de las prestaciones de atención de la LMGYAI desde 1999 hasta el año 2008, todas han tenido un incremento estadísticamente significativo.

Volumen de prestaciones según el tipo 1999 - 2008



Fuente: MSP, Sistema Común de Información, Producción de establecimientos de salud.

Elaboración: Dirección Nacional de Normatización Salud de la Mujer.

Un aspecto importante a señalarse, por la relevancia en promover la participación social, es que la LMGYAI establece que la población usuaria de los servicios se organice en **Comités de Usuaris** (CU's), con un rol de veeduría y apoyo a la calidad de la atención. Los CU's son organizaciones de la sociedad civil, independientes de los servicios de salud, de las instituciones del Estado y de partidos políticos. Entre sus funciones se establece la coordinación con las unidades de salud para aportar a la mejora de la calidad de la atención, brindando apoyo e información desde su propia perspectiva. Actualmente, en algunas provincias se están probando metodologías específicas para optimizar esta vinculación. Adicionalmente, los CU's tienen la posibilidad de emitir informes periódicos sobre la calidad de los servicios financiados con fondos de la LMGYAI, para discusión y análisis.

Proyección de la Mortalidad Materna en el Ecuador

Para cumplir las Metas del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

El Plan Nacional del Buen Vivir (2009 - 2013) tiene como objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población, e incluye como meta: **Disminuir en 35% la mortalidad materna al año 2013** que está alineada con los compromisos internacionales vigentes en la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) dirigido a mejorar la salud materna, con la meta de reducir la muerte materna en tres cuartas partes (75%) hasta el 2015.

El Ecuador debe hacer su mejor esfuerzo para cumplir estos compromisos relacionados a la salud de las mujeres y con la responsabilidad de garantizar sus derechos, fundamentalmente el ODM 5.

Entonces debemos cumplir con:

ODM 5 - Meta 6

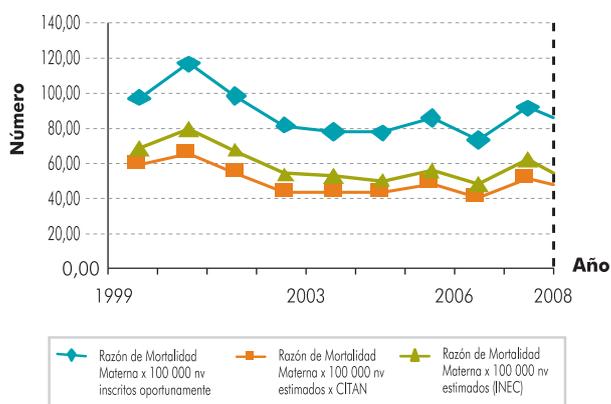
Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes hasta el año 2015

PNBV Objetivo 3

Reducir la mortalidad materna en un 35% hasta el 2013

Por lo cual si se asume que la misma tendencia de mortalidad materna se mantiene en los próximos años, la RMM estimada para el año 2015 con respecto a lo observado en 1990, representa una reducción del **69,1%** (n.v. CITAN) o del **72,6%** (n.v.e. INEC) por lo que restaría un **5,9%** o **2,4%** respectivamente, para cumplir el ODM 5 - Meta 6 según las muertes maternas reportadas en el INEC.

Tendencia anual de la razón de Mortalidad Materna, Ecuador 1999 - 2008



Fuente: MSP, Sistema Común de Información, Producción de establecimientos de salud.

Elaboración: MSP, Proceso de Normalización del Sistema Nacional de Salud, análisis de regresión lineal.

CONCLUSIONES

El análisis realizado permite establecer que:

- Si se mantiene la tendencia actual de la RMM hasta el año 2015, las metas de los ODM estarían a algunos puntos de cumplirse.
- En lo referente al Plan Nacional del Buen Vivir, nos separa una brecha importante para el cumplimiento del Objetivo 3.
- Los objetivos para reducir la mortalidad materna no se cumplirían en su totalidad para las fechas planteadas, a menos que se **priorizan** mejoras en los procesos de evaluación y ejecución de las estrategias implementadas.

Estrategias que deben priorizarse



Prioridad A

- **Fortalecer los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva** en la Red Pública y Complementaria de Atención, que garantice de forma paulatina la atención en el marco de los derechos de las usuarias y los usuarios, con adecuaciones culturales apropiadas y potencializando la Red CONE institucional de atención para lo que se debe:
 - **Desarrollar** un modelo de gestión integral de la salud sexual y salud reproductiva con la articulación de estrategias para garantizar la salud, el respeto a los derechos sexuales y derechos reproductivos y la transversalización de la perspectiva de género, derechos e interculturalidad al sistema asistencial actual.
 - **Promover** la formación integral de los profesionales de los Equipos de Salud Sexual y Salud Reproductiva en base a un enfoque de derechos, definiendo con claridad el rol del usuario interno, motivando a que los usuarios/as externos se empoderen de sus derechos y tengan la capacidad de ejercerlos.
 - **Incorporar** a los usuarios/as externos a la planificación y control de la gestión de los servicios de atención de salud sexual y salud reproductiva para consolidar la participación ciudadana.
 - **Promover** la organización y participación comunitaria para que sean los garantes de que estos servicios brinden las prestaciones adecuadas a las necesidades de la población.

Prioridad B

- **Implementar la certificación de competencias para la práctica del talento humano** en la atención de las prestaciones de Salud Sexual y Salud Reproductiva que permita un importante avance en el manejo inmediato de las complicaciones del parto y postparto por el personal de salud capacitado independientemente del nivel jerárquico que éste ocupe en la unidad operativa o el servicio. Para lograr esto se debe:

- **Promover** la implementación de la Normativa en base a un proceso de autocapacitación, capacitación en habilidades y destrezas, generación de actitudes asertivas, generación de compromiso con las usuarias, la comunidad y con el servicio de salud sexual y salud reproductiva que permita un proceso de certificación adecuado.
- **Impulsar** el funcionamiento del Centro Nacional de Gestión y Capacitación continua en Salud Sexual y Salud Reproductiva para que, en un trabajo conjunto con las Universidades y Sociedades Científicas, permita la certificación de competencias en conocimientos, habilidades y destrezas del personal de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Prioridad C

- **Proveer oportunamente de anticoncepción a mujeres y hombres** que acuden a los servicios de salud por atención ambulatoria y hospitalaria de cualquier tipo para lo que se debe:
- **Efectivizar** el asesoramiento en planificación familiar y la entrega oportuna del método elegido como eje transversal para reducir mortalidad materna y neonatal.
- **Brindar** particular atención a la asesoría en anticoncepción en la prevención de embarazo en adolescentes.
- **Reforzar** el sistema de distribución asegurada de insumos anticonceptivos en el país.

Un elemento fundamental para lograr lo planteado en el Plan Acelerado de Reducción de la Muerte Materna, es que estas estrategias incluyan los enfoques de derechos, género, generacional e intercultural que permitan trabajar en todos los ciclos de vida, asegurando una oferta de servicios de calidad, oportuna, pertinente y culturalmente sensible.

referencias

- 1 Ministerio de Salud Pública, *Por una Maternidad y Nacimientos Seguros*, Dirección de Normatización, Quito, Mayo 2008.
- 2 Ministerio de Salud Pública, *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*, Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Septiembre 2008.
- 3 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), *Anuarios de Nacimientos y Defunciones, 1999 - 2008*.
- 4 Ministerio de Salud Pública (MSP), *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 - 2009*.
- 5 Ministerio de Salud Pública (MSP), *Componente Normativo Materno Neonatal*, Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Agosto 2008.
- 6 Ministerio de Salud Pública (MSP), *Sistema Común de Información, Población e Indicadores Demográficos y de Productividad*, Ecuador 1999 - 2008.
- 7 Ministerio de Salud Pública (MSP), *Lecciones Aprendidas por los Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad*, Dirección Nacional de Normatización, Junio 2008.
- 8 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Plan Estratégico para reducir la Mortalidad Materna en Guatemala, 2004 - 2008*.
- 9 González G, Daniel, *Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud H.C.I. Ecuador*, Documento de Resumen, Descripción proceso preparatorio para la expansión del MCC/CONE.
- 10 Padilla K, McNaughton, *La Mortalidad Materna en Nicaragua: una mirada rápida a los años 2000-2002*, Managua, Nicaragua. Ipas Centro América, 2003. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file786_2836.pdf
- 11 Hermida, J., Romero, P., Abarca, X., Vaca, L., Robalino, M.E., y Vieira, L. 2005. *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI) en el Ecuador*. Informe LACRSS No. 62. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- 12 Ministerio de Salud Pública, *Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*, 15 de Diciembre de 2008.
- 13 León Wilfrido, *Fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador*, Conferencia Latinoamericana: Prevención y Atención del aborto inseguro. Lima Perú, Junio 2009. <http://www.clacai.org/UserFiles/File/23WilfredoLeonFINAL.ppt#303,4>, Mortalidad Materna. Tendencia en Ecuador, 1993 - 2005.
- 14 Pazmiño de Osorio Sonia, M. D., *Control Prenatal y su impacto en la mortalidad materna, análisis de una tendencia, 1994 - 2004*. Cali, Colombia, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 60 No. 1 pp: 12 - 18. 2009).
- 15 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia, 2009. Salud Materna y Neonatal*. Diciembre de 2008.
- 16 Comité de Usuaris/os de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Distrito Metropolitano de Quito, *Veeduría para el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora*, Noviembre de 2007.
- 17 Organización Panamericana de la Salud, z, Hoja Informativa, Unidad de género, etnia y salud. Marzo de 2005.
- 18 Family Care International, Youth Coalition. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud Sexual y reproductiva*. Agosto 2008.



Ministerio de Salud Pública



FCIECUADOR

