

# Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal



**Ministerio de Salud Pública**

Sistema Nacional de Salud



**Proceso de Normatización del SNS**

Septiembre del 2008

# Autoridades MSP

Dra. Caroline Chang Campos

MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Ernesto Torres Terán

SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Carlos Velasco Enríquez

SUBSECRETARIO DE EXTENSIÓN DE

PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

SUBSECRETARIO REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano

DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dra. Bernarda Salas Moreira

DIRECTORA DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

# Autoridades CONASA

Dra. Caroline Chang Campos  
Ministra de Salud Pública  
Presidenta del Directorio

Ec. Jeannette Sánchez  
Ministra de Inclusión Económica y Social

Ec. Ramiro González  
Presidente Consejo Directivo del IESS

Dr. Guido Terán Mogro  
Delegado Director General del IESS

Dra. Carmen Laspina Arellano  
Directora General de Salud

Dr. Marco Álvarez  
Delegado AFEME

Dr. Iván Tinillo  
Representante de Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni  
Representante de la Honorable Junta  
de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Carlos Arreaga  
Representante de SOLCA

CPNV/CSM Av. Dr. Luis Maldonado Arteaga  
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jaime Guevara Blaschke  
Presidente de CONCOPE

Sr. Jonny Terán  
Presidente de AME

Dr. Alfredo Borrero  
Representante de Entidades de Salud  
Privadas con fines de lucro

Dr. Nelson Oviedo  
Representante de Entidades de Salud  
Privadas sin fines de lucro

Ab. Marianela Rodríguez  
Representante Gremios de los  
Trabajadores

Dr. Jorge Luis Prosper  
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Dra. Mercedes Borrero  
Representante UNFPA en el Ecuador

Dr. Juan Vasconez  
Oficial de salud de UNICEF

Dr. Hugo Noboa Cruz  
Director Ejecutivo CONASA

# Elaborado por

## EDITORES:

- Dra. Bernarda Salas
- Dr. Francisco Sevilla

## COLABORADORES EN LA EDICIÓN

- Dr. Eduardo Yépez
- Dr. César Hermida
- Dr. Juan Moreira
- Dra. Lorena Gómez
- Dr. Walter Torres
- Dr. Jacobo Moreta
- Dra. Tatiana Neira
- Ing. Iván Trujillo

## PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Dra. Carmen Laspina Arellano  
**Directora General de Salud, MSP**

Dr. Hugo Noboa Cruz  
**Director del CONASA**

Dra. Bernarda Salas Moreira  
**Directora Nacional de Normatización  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dr. Eduardo Yépez García  
**Líder de Salud de la Mujer  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dr. Walter Torres  
**Líder de Salud de la Niñez  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Ing. Lupe Orozco  
**Equipo de Salud de la Niñez,  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dr. Vinicio Yáñez  
**Equipo de Salud de Normatización,  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dra. Lorena Gómez  
**Equipo de Salud de la Mujer  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Lic. Lourdes Pazmiño  
**Equipo de Salud de Normatización  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dr. Jacobo Moreta  
**Líder de Salud de Adolescentes  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dra. Gioconda Gaviláñez  
**Equipo de Salud de Adolescentes,  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dr. Gonzalo Rivadeneira  
**Equipo de Salud de Normatización,  
Sistema Nacional de Salud – MSP**

Dr. Juan Moreira  
Control y Mejoramiento en  
Salud Pública, MSP.

Dr. Alberto Narváez  
Control y Mejoramiento en  
Salud Pública, MSP.

Dra. Linda Arturo  
HGO Isidro Ayora

Dr. Iván Trujillo  
Unidad LMGI, MSP

Dra. Miryam Moya  
CONAMU

Dr. Enrique Moreta  
Seguro Social Campesino, IESS

Dr. Eduardo Ayala  
Seguro Social Campesino, IESS

Dr. Pedro Barreiro  
IESS

Dr. Andrés Troya  
IESS

Dra. Mercedes Borrero  
Representante UNFPA

Dr. Mario Vergara  
UNFPA

Dr. César Hermida  
UNFPA

Dra. Marcia Elena Álvarez  
UNFPA

Dr. Oscar Surriel  
OPS/OMS

Dr. Juan Váscquez  
UNICEF

Dr. Jorge Hermida  
Representante HCI

Dr. Patricio Ayabaca  
HCI

Dra. Maritza Segura  
FCI

Dr. Francisco Sevilla  
Consultor

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN  
Lápiz y Papel • [www.lapizypapel.ec](http://www.lapizypapel.ec)



## *Ministerio de Salud Pública*

No. 0000000474

### **LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**

#### **CONSIDERANDO:**

**QUE;** la Constitución Política de la República dispone: "Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia".

**QUE;** el Art. 43 de la Carta Magna prescribe que: " Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social".

**QUE;** el Art. 44 ibidem manda que: "El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley".

**QUE;** el Art. 45 ibid dispone que: "El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa".

**QUE;** el Art. 47 de la Constitución Política de la República, establece que: "En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas...".

**QUE;** el Art. 48 de la norma suprema señala: "Será obligación del Estado, la sociedad y la familia, promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos. En todos los casos se aplicará el principio del interés superior de los niños, y sus derechos prevalecerán sobre los de los demás".



0000000474

## *Ministerio de Salud Pública*

**QUE;** El Art. 6, numeral 2 de la Ley Orgánica de Salud establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública "Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud" y en el numeral 6 "Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera";

**QUE;** El Código de la Niñez y Adolescencia establece en el Capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25: "El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2500 gramos";

**QUE;** El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir en 25% la mortalidad infantil, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescente, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud;

**QUE;** Con Acuerdo Ministerial No. 0000253 de 11 de agosto del 2005, se declara al Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional;

**QUE;** Con Memorando No. SNS- 10-503-2008 del 14 de agosto de 2008, la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, solicita la elaboración del Presente Acuerdo Ministerial y la derogatoria del Acuerdo Ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005; y,

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 176 Y 179 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y EL ARTICULO 17 DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

### **ACUERDA:**

**Art.1.-** Declarar al Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos que lo integran como política pública prioritaria para el sector salud.





0000000474

## *Ministerio de Salud Pública*

**Art.2.-** Aprobar y autorizar la publicación de Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la Norma y Protocolos de Salud Sexual y reproductiva que lo sustentan:

- 1.- Normas y Protocolos de Atención Materna.
- 2.- Normas y Protocolos de Atención Neonatal.
- 3.- Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de la atención materno-neonatal.
- 4.- Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.

**Art.3.-** Disponer la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector Salud tanto públicas como privadas.

**Art.4.-** Son responsables del seguimiento y evaluación del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal y los capítulos normativos de la norma de salud sexual y derechos reproductivos que lo integran, las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública y el Consejo Nacional de Salud CONASA, en los ámbitos de su competencia.

**Art. 5.-** Derogase expresamente el Acuerdo Ministerial No. 0000253 del 11 de agosto del 2005.

**Art.6.-** De la ejecución, del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense a las Direcciones de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud, de Normatización, Gestión de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Salud Pública.

**DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO A 20 AGO. 2008**

  
Caroline Chang Campos

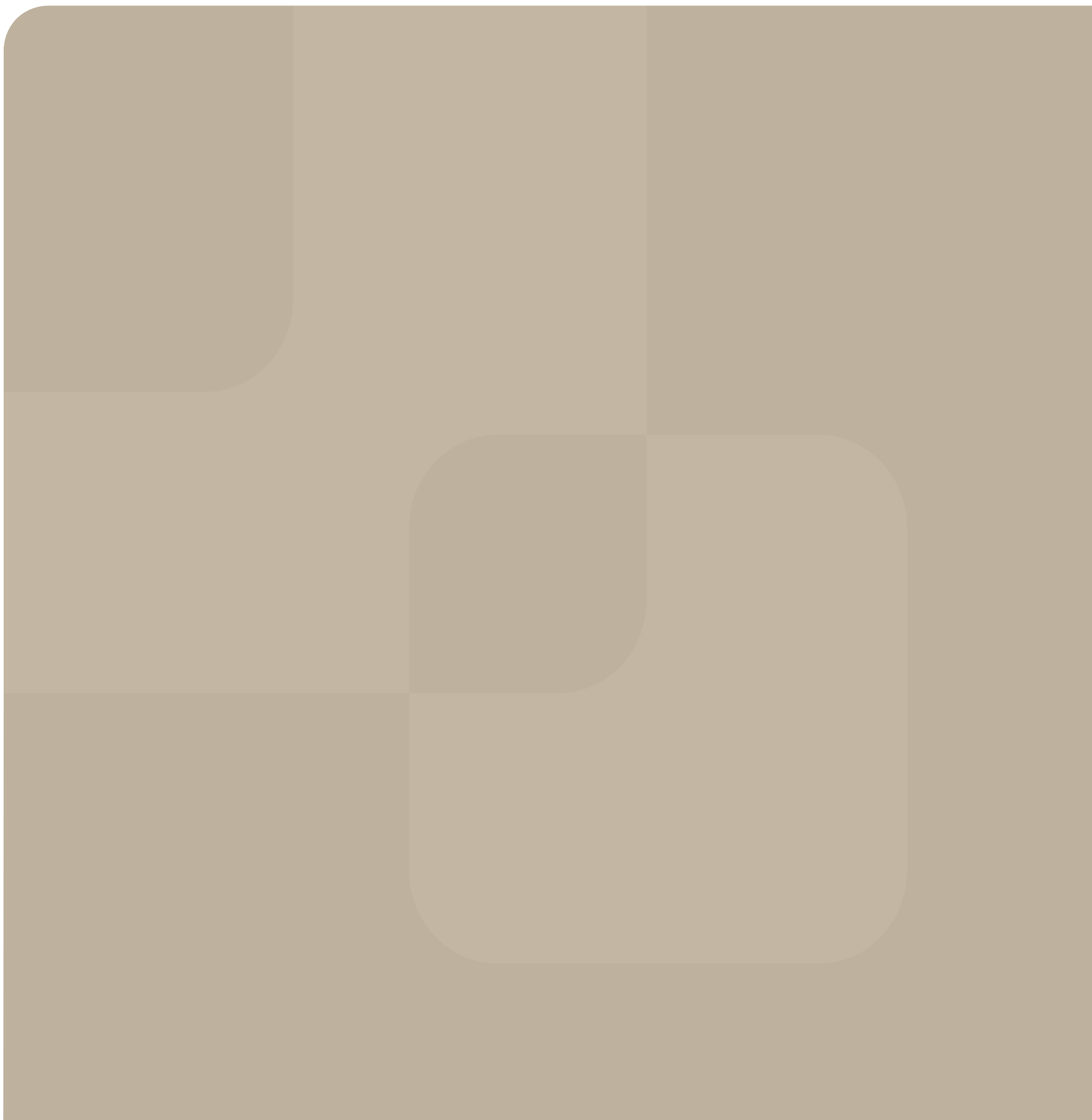
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA**





# Índice

11	I.	Presentación
12	II.	Introducción
14	III.	Análisis de situación
15		• Características de la muerte materna
24		• Características de la muerte neonatal
38	IV.	Marco de políticas y acuerdos nacionales e internacionales
31	V.	Respuesta institucional del Sistema Nacional de Salud
31		• Cobertura de servicios de salud reproductiva obstétricos y neonatales
33		• Mejora de la competencia, gestión (normatividad), equipamiento e Infraestructura de la atención obstétrica y neonatal
34		• La red pública-privada de servicios de salud
36	VI.	Definiciones operacionales
36		• El Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Muerte Materna y Neonatal
37		• La Red de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE)
39	VII.	Propósito y objetivo general
40	VIII.	Objetivos específicos
41	IX.	Objetivos específicos y actividades
48	X.	Niveles de gestión y alianzas estratégicas
51	XI.	Monitoreo y evaluación del plan
53	XII.	Cronograma
57	XIII.	Bibliografía



# Presentación

La muerte de una mujer y un recién nacido que pueda ser evitada, es inadmisible e injusta. El impacto que tiene este suceso en la familia, en los hijos huérfanos y en la sociedad, es una tragedia que tenemos que evitar, especialmente si sabemos que más de la mitad de hogares ecuatorianos tienen jefaturas femeninas. Reconocemos que junto a los avances nacionales en la salud pública, hay una persistente brecha e inequidad en la salud sexual y reproductiva por etnia y ubicación geográfica rural o urbana, que nos obliga a reorientar estrategias y recursos.

Durante las últimas décadas en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), contando con el Consejo Nacional de Salud (CONASA) como espacio de concertación y coordinación, hemos acumulado una importante experiencia en la implementación de políticas y estrategias costo-efectivas que han permitido consiguientemente reducir la muerte materna y neonatal, en especial la intrahospitalaria. Las lecciones aprendidas recomiendan contar con las siguientes líneas de acción:

- Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), especialmente para contribuir a la postergación y disminución del embarazo en la adolescencia;
- Mayor acceso a una educación sexual de calidad para mujeres y hombres en todos los grupos de edad, liderada por el Ministerio de Salud Pública en estrecha alianza con otros ministerios y con las agencias de cooperación;
- Intervenciones orientadas a incrementar el acceso a alimentos y micronutrientes en mujeres y recién nacidos para disminuir anemia, bajo peso y malformaciones congénitas,
- Alianzas locales interinstitucionales para disminuir los problemas de acceso geográfico, logístico y financiero, en el marco del sistema de gestión de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;

- Esfuerzos operativos por adecuar culturalmente los servicios de salud y vencer las limitaciones en la calidad de atención obstétrica y neonatal;
- Fortalecimiento de procesos de educomunicación con enfoque intercultural y
- Avances en los procesos de veeduría ciudadana como mecanismos que permitan asegurar el cumplimiento de los derechos sanitarios.

Estas líneas de acción que constituyen avances significativos para el país, tienen un impulso inédito con el actual Gobierno el cual, en cumplimiento del mandato establecido en la Carta Magna, los objetivos y metas descritos en el Plan Nacional de Desarrollo y los diversos compromisos internacionales suscritos por nuestro país, enfoca sus mejores esfuerzos, experiencias y recursos para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de este Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal que sintetiza lo mejor de las experiencias nacionales e internacionales, en un marco de acciones intersectoriales e interinstitucionales que permiten hacer realidad la atención integral de salud familiar, comunitaria, intercultural y continua que sustentan el nuevo modelo de atención.

Este Plan inicia el camino hacia la nueva perspectiva que el Gobierno de la Revolución Ciudadana propone: asegurar a todas las madres y sus hijas e hijos el derecho a una vida plena y digna, disponiendo de servicios de salud de calidad y en condiciones de equidad.

**Dra. Caroline Chang Campos**  
**MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**



# Introducción

El Plan Nacional de Desarrollo, en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, establece como mandatos: “reducir la muerte materna en un 30%, la muerte infantil en un 25%, la muerte neonatal precoz en un 35%, así como el embarazo en adolescentes en un 25%”. También señala la necesidad de aumentar los servicios de salud a las mujeres en cuanto a coberturas de atención del posparto, el acceso a servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (Red de CONE), diagnóstico oportuno del cáncer cérvico uterino (DOC), mejora de la calidad y calidez de los servicios de salud y la reducción de la violencia contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes, entre otros.

Para cumplir este compromiso es necesario contar con instrumentos gerenciales que integren la experiencia nacional e internacional y permitan utilizar las mejores estrategias e intervenciones costo-efectivas con una perspectiva territorial y de derechos, identificando a los garantes del cumplimiento de esos derechos en todos los niveles.

El Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal enfrenta con optimismo este enorme desafío, partiendo desde un enfoque integral, integrado e intercultural de la

atención materna y neonatal. El vínculo afectivo de la madre con el niño/a hace necesario que las intervenciones tengan coherencia con esta relación natural.

Para elaborar este Plan se ha tomado en cuenta la experiencia nacional producto de la implementación del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna (2005), de la Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la muerte neonatal (2006), las experiencias regionales, pero sobre todo de una buena lectura de las evidencias epidemiológicas de la salud y muerte materna y neonatal que demuestran profundas diferencias nacionales según territorio, etnia y ciclos de vida.

En este plan se remozan conceptos y estrategias, como son el acceso informado a métodos anticonceptivos especialmente para evitar el embarazo en adolescentes, la organización de redes intra e interinstitucionales de redes de CONE incluyendo el sistema tradicional de salud, con énfasis en la aplicación de las normas de atención, la vigilancia epidemiológica, la mejora continua de la calidad, y los mecanismos de estímulo a la demanda con enfoque de derechos, equidad e interculturalidad.

Los resultados dependen del fortalecimiento del liderazgo y rectoría del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional y de la apertura de las demás instituciones y actores sociales locales para actuar intersectorialmente en la realización de este mandato. También es importante recalcar que el presente documento es un referente genérico para el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Provincial para la Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal liderado por la Autoridad Sanitaria Provincial (Dirección Provincial de Salud) quien convocará y creará espacios de concertación sectorial en alianza con las organizaciones locales como los Consejos Cantonales y/o Provinciales de Salud.

La primera parte del Plan aborda un minucioso análisis situacional que permite evidenciar el problema y justificar los enfoques estratégicos, seguidamente se presentan el propósito, los objetivos, y actividades. También se detallan los roles y responsables de la ejecución del

Plan así como un cuidadoso listado de indicadores que permitirán conocer sus avances y logros nacionales y provinciales. Finalmente presentamos un cronograma operativo que traza la ruta de implementación a nivel nacional y provincial.

La propuesta ha recibido múltiples aportes y visiones de actores clave institucionales y sociales, por tanto es un parto y nacimiento colectivo que tendrá que sufrir los ajustes y adaptaciones necesarias en un país diverso como el nuestro en su territorio y cultura.

# Análisis de situación

El Ecuador se encuentra situado en la costa noroeste de América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 Km<sup>2</sup>. Cuenta con cuatro regiones geográficas: costa, sierra, amazonía y región insular siete regiones territoriales y 24 provincias integradas por 219 cantones, 779 parroquias rurales y 395 parroquias urbanas.

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC)<sup>(1)</sup> en el año 2008, alcanzaremos los 13'805.095 habitantes, 65,2% residentes en áreas urbanas; las mujeres representan el 50,1%. El 80 % de la población se definió, según autoidentidad étnica, como mestiza; 7% como indígenas, 5% como afro ecuatoriana y 8% como blancas. Según ciclos de vida, se distribuye:

- Población infantil, menores de 10 años 21%; adolescentes de 10 a 19 años son 20,1%; adultos de 20 a 64 años 52,9% y adultos mayores de 65 años y más, 6,6%.
- Mujeres en edad fértil de 10-49 años, son 31,2% y las embarazadas 2,6%.

En el año 2006, el porcentaje de pobreza - país fue de 38% (12% en extrema pobreza), sin embargo, para quienes se autodefinen como indígenas y afroecuatorianos estuvo por encima de la media nacional 68% y 43% respectivamente, al igual que para los habitantes rurales (62%). Para el mismo año, la tasa de

analfabetismo se ubica en 9%, con notables disparidades por género: mientras que 11 de cada 100 mujeres mayores de 15 años no saben leer y/o escribir; esta cifra se reduce a 7 para los hombres (2).

Los problemas de malnutrición afectan a más del 55% de mujeres en edad fértil antes de embarazarse y el 60% sufren de anemia cuando se embarazan, mientras que el 14% de recién nacidos nacen con bajo peso, factores que aumentan el riesgo de complicaciones y muertes durante el embarazo, parto, posparto, nacimiento y primer mes de vida.

Si bien, el país ha realizado considerables avances en la reducción de la muerte materna – con razones que van desde 92 x 100.000 nacidos vivos para el período 1993-2000, a 53 x 100.000 nacidos vivos para el año 2006<sup>(3)</sup> – y disminución significativa de muerte infantil, llama la atención la persistente meseta de la muerte neonatal y el alto porcentaje que ésta mantiene pues constituye el 57% de los casos de muerte infantil<sup>(4)</sup>, sin considerar el subregistro y sub-notificación reconocida para ambos casos.

Los promedios esconden importantes diferencias regionales relacionadas con inequidades de género, barreras de acceso e inadecuada calidad de atención obstétrica y neonatal, cuyos detalles se analizan más adelante.

# Características de la muerte materna

Muerte materna es el “fallecimiento de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales”(5).

La muerte materna tiene profundas consecuencias sociales y económicas porque:

- 1. Reduce la supervivencia de los/as recién nacidos/as.
- 2. Disminuye el desempeño escolar de niños y niñas sobrevivientes y huérfana/os.
- 3. Representa una pérdida de los ingresos familiares y de la productividad económica.

## MUERTE MATERNA POR CANTONES, LUGAR Y DEMORAS

46 cantones de doce provincias concentran 170 muertes maternas en el año 2006, ocurridas en el embarazo, parto o pos parto (hasta 42 días) en tres lugares o **escenarios** (hogar-comunidad, camino-traslado o unidad

de salud) donde suceden **demoras** que ocasionan muertes maternas. Esto nos permite clasificar las muertes maternas según el lugar del fallecimiento (Tabla 1):

TABLA 1   NÚMERO DE MUERTES MATERNAS SEGÚN LUGAR DE FALLECIMIENTO			
Lugar del fallecimiento (Escenario-demora)	Causas o motivos de la demora	Muertes Maternas	
		Nº	%
1. Hogar-comunidad	La madre/familia no reconoce señales de riesgo y no toma decisiones para ayuda.	9	5
2. Camino-traslado	Dificultad o imposibilidad para movilizarse por vías o medio de transporte.	14	8
3. Unidad de salud	No cuenta con personal competente las 24 horas, equipos e/o insumos necesarios.	138	82
Total		161*	100

\*: 161 casos con información de lugar de fallecimiento, 9 casos sin esta información. Año 2006.  
Fuente: MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2006.



## Escenario 1: Primera Demora

En cinco cantones de la sierra central (grupo 1) y cuatro de la Amazonía (grupo 2) predominan las muertes maternas en el hogar-comunidad. Se añaden cuatro cantones amazónicos que no tienen muertes en hogar sino en hospital porque guardan afinidad con el grupo 2 en cuanto a la ubicación geográfica, ruralidad dispersa y características culturales comunes (Tabla 2):

**TABLA 2 | NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR CANTONES CON VARIOS TIPOS DE DEMORAS | MSP, 2006.**

Provincia	Cantón	Tipo de demora			
		Primera: En hogar	Segunda: En traslado	Tercera: En hospital	TOTAL
1. Chimborazo	1. *	1	0	2	3
	2. Guamote	1	0	2	3
2. Cañar	3. Azoguez	1	0	1	2
3. Cotopaxi	4. Pujilí	1	1	0	2
	5. Saquisilí	1	0	0	1
4. Napo	6. Tena	1	0	1	2
	7. Archidona	1	0	0	1
5. Sucumbíos	8. Shushufindi	0	0	2	2
	9. Lago Agrio	0	0	1	1
6. ZamoraChinchipe	10. Palanda	1	0	0	1
	11. Yantzaza	1	0	0	1
	12. Zamora	0	0	1	1
7. Morona Santiago	13. Morona	0	0	1	1

\* No hay dato cantonal. Fuente: MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2006

Escenario 2: Segunda Demora

En siete cantones de cinco provincias predominan las muertes por limitaciones en el traslado (tabla 3).

TABLA 3 | NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR CANTONES CON PREDOMINIO EN LIMITACIONES DE TRASLADO | MSP, 2006.

Provincia	Cantón	Tipo de demora			
		Primera: En hogar	Segunda: En traslado	Tercera: En hospital	TOTAL
1. Pichincha	1 Rumiñahui	0	1	0	1
	2. Pedro Moncayo	0	1	0	1
2. Cotopaxi	3. Salcedo	0	1	0	1
3. Chimborazo	4. Alausí	0	1	0	1
4. Guayas	5. Playas	0	1	0	1
	6. Naranjal	0	1	0	1
5. El Oro	7. El Guabo	0	1	0	1

Fuente: MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2006

Escenario 3: Tercera Demora

En doce cantones de once provincias tienen mayor predominio las muertes maternas institucionales (tabla 4).

TABLA 4 | NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR CANTONES CON MAYOR PREDOMINIO DE DEMORA INSTITUCIONAL | MSP, 2006.

Provincia	Cantón	Tipo de demora			
		Primera: En hogar	Segunda: En traslado	Tercera: En hospital	TOTAL
1. Guayas	1. Guayaquil	0	0	39	39
2. Pichincha	2. Quito	0	0	14	14
3. Imbabura	3. Ibarra	1	0	8	9
4. El Oro	4. Machala	0	0	8	8
5. Azuay	5. Cuenca	0	0	8	8
6. Manabí	6. Chone	0	0	7	7
	7. Manta	1	0	4	5
7. Cotopaxi	8. Latacunga	0	0	6	6
8. Chimborazo	9. Riobamba	1	0	5	6
9.Sto.Domingo	10. Sto.Domingo	0	0	5	5
10. Esmeraldas	11. Esmeraldas	0	0	4	4
11. Tungurahua	12. Ambato	1	0	3	4

Fuente: MSP, Sistema de VEelMM, 2006

En el mismo escenario, once cantones de nueve provincias tienen menos casos de muertes maternas institucionales (tabla 5).

TABLA 5 | NÚMERO DE MUERTES MATERNAS POR CANTONES CON PREDOMINIO DE DEMORA INSTITUCIONAL | MSP, 2006.

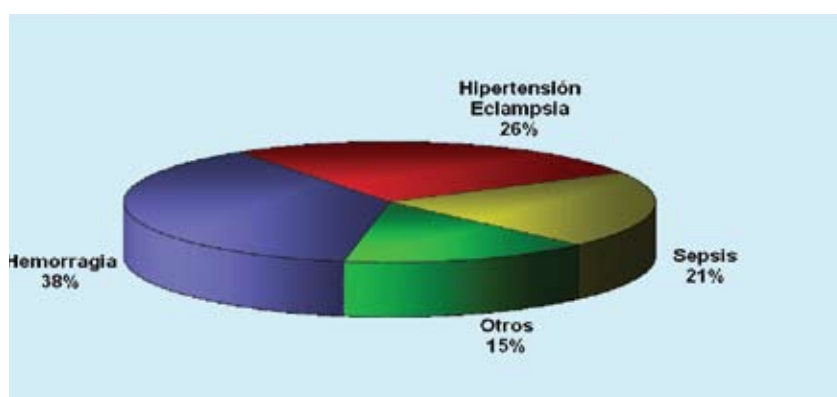
Provincia	Cantón	Tipo de demora			
		Primera En hogar	Segunda: En traslado	Tercera: En hospital	TOTAL
1. Loja	1. Loja	0	1	2	3
2. Cañar	2. Cañar	0	0	2	2
3. El Oro	3. Arenillas	0	0	2	2
4. Los Ríos	4. Quevedo	0	0	2	2
5. Los Ríos	5. Babahoyo	0	0	1	1
6. Bolívar	6. Guaranda	0	0	1	1
7. Esmeraldas	7. Quinindé	0	0	1	1
	8. Eloy Alfaro	0	0	1	1
8. Manabí	9. Portoviejo	0	0	1	1
	10. Flavio Alfaro	0	0	1	1
9. Guayas	11. Milagro	0	0	1	1

Fuente: MSP, Sistema de VEelMM, 2006

## MUERTE MATERNA POR CAUSAS DIRECTAS

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna del MSP, la **hemorragia** es la primera causa de muerte materna con 38% de casos, seguida de **hipertensión y eclampsia** con un 26% y en tercer lugar la **sepsis** con el 21% de casos (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 | PRIMERA CAUSA DE MUERTE MATERNA | MSP, 2006.



Fuente: MSP, Sistema de VelMM, 2007

## EDAD Y MUERTE MATERNA

El 64% de muertes maternas ocurren entre las edades de 20 a 34 años. Del total de muertes maternas 10% ocurrieron en mujeres adolescentes (menores de 20 años), mientras que el 25% se presentaron en mujeres de 35 años y más mueren en un 25%.

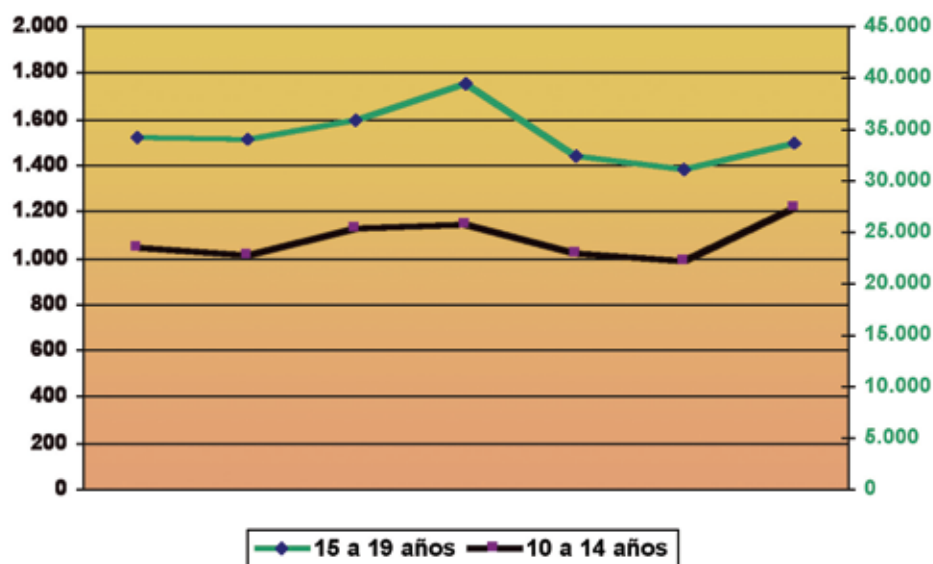
## ADOLESCENCIA Y MUERTE MATERNA

En contraste con la tasa de fecundidad nacional que ha descendido, la tasa de fecundidad específica en adolescentes aumenta, lo que demanda intervenciones específicas en este grupo de edad (Gráfico 2), especialmente si se tiene en cuenta que(6):

- La tercera parte de adolescentes y jóvenes que han estado embarazadas declararon que en ese momento no deseaban embarazarse.
- El 43.6% de adolescentes casadas o unidas no utilizan métodos anticonceptivos.

- De 128.530 partos únicos espontáneos, el 22 % fueron de madres adolescentes.
- De 556 abortos espontáneos, 96 casos (17%) fueron en adolescentes y de los 18.381 abortos no especificados, 2.949 casos (16 %) fueron de adolescentes.
- Una de cada diez muertes maternas suceden en adolescentes.

GRÁFICO 2 | NÚMERO DE PARTOS EN ADOLESCENTES | ECUADOR 2000 - 2006.



Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales de Camas y Egresos Hospitalarios, 2000-2006

## CESÁREA, MUERTE MATERNA Y NEONATAL

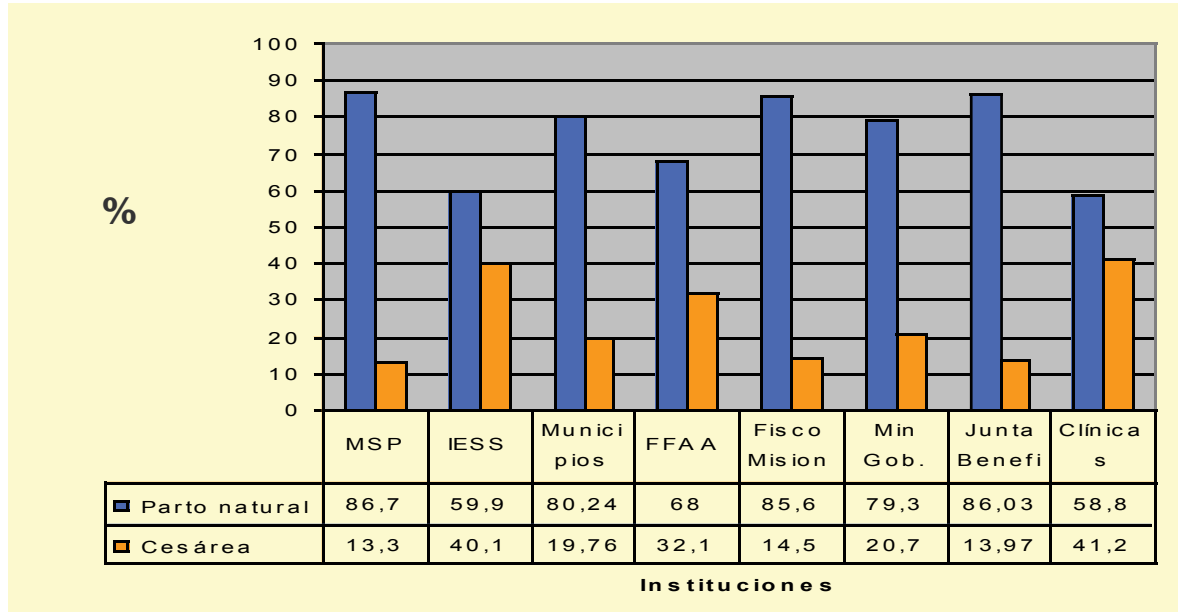
La cesárea cuyo promedio esperado, según la OMS, no debería rebasar del 5-15% de todos los partos, tiende a incrementarse en la costa y la región insular, seguida por la sierra y la amazonía. El porcentaje es mayor en mujeres del área urbana y en las provincias de Manabí, Guayas y El Oro mientras que las más bajas proporciones están en Cañar y Bolívar(7).

Según la encuesta ENDEMAIN 2004, aumenta en mujeres urbanas, instruidas y de quintiles económicos superiores. Según el INEC 2006, los porcentajes de cesárea por institución se triplican en los establecimientos privados (32%) con relación a los públicos (15,5%), posiblemente relacionado con el valor económico que representa este procedimiento y con el

irregular control de calidad de la atención obstétrica y neonatal en el país son también causa de muerte materna y neonatal, una situación que demanda investigaciones específicas. Las clínicas privadas y el IESS (41,2% y 40,1% respectivamente), tienen altos porcentajes de cesáreas (Gráfico 3).

La lactancia materna es una practica generalizada en el 96.7% de todos los recién nacidos. Este importante factor de protección de muerte neonatal tiene algunas limitaciones en su práctica debido a múltiples factores sociales, de género e institucionales: apenas el 26.4% de recién nacidos recibió amamantamiento en la primera hora y solo el 41% de madres recibió consejería sobre lactancia materna, antes de iniciarla (7).

GRÁFICO 3 | NÚMERO DE PARTOS Y CESÁREAS SEGÚN INSTITUCIÓN | ECUADOR 2006.



Fuente: Producción establecimientos de salud, INEC 2006

OTRAS CAUSAS DE MUERTE MATERNA Y NEONATAL

La Violencia intrafamiliar también puede ser causa de muerte materna, fetal o asociarse a casos de aborto. En el Ecuador aunque las estadísticas son relativas e insuficientes en este tema, se conoce que el 30% de mujeres ha sufrido algún tipo de violencia física antes de los 15 años, valor que se duplica en mujeres sin instrucción.

El número de hijos y el espaciamiento intergenésico corto son factores que afectan y agravan la vulnerabilidad de las madres con limitados accesos a la información y uso de anticonceptivos.





# Características de la muerte neonatal

Se define como muerte neonatal aquella “ocurrida desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo”.

La mortalidad neonatal es un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población y está relacionado con el estado socio económico, la oportunidad, el acceso y la calidad de atención de los servicios de salud.

Con base a los datos registrados durante el año 2006 la tasa de mortalidad infantil fue de 20.1%, dato por encima de las metas previstas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, para el año 2015. La muerte neonatal y especialmente la neonatal precoz (hasta los primeros 7 días) es la más representativa (Tabla 6).

TABLA 6 | TASAS DE MUERTE NEONATAL | ECUADOR 2006.

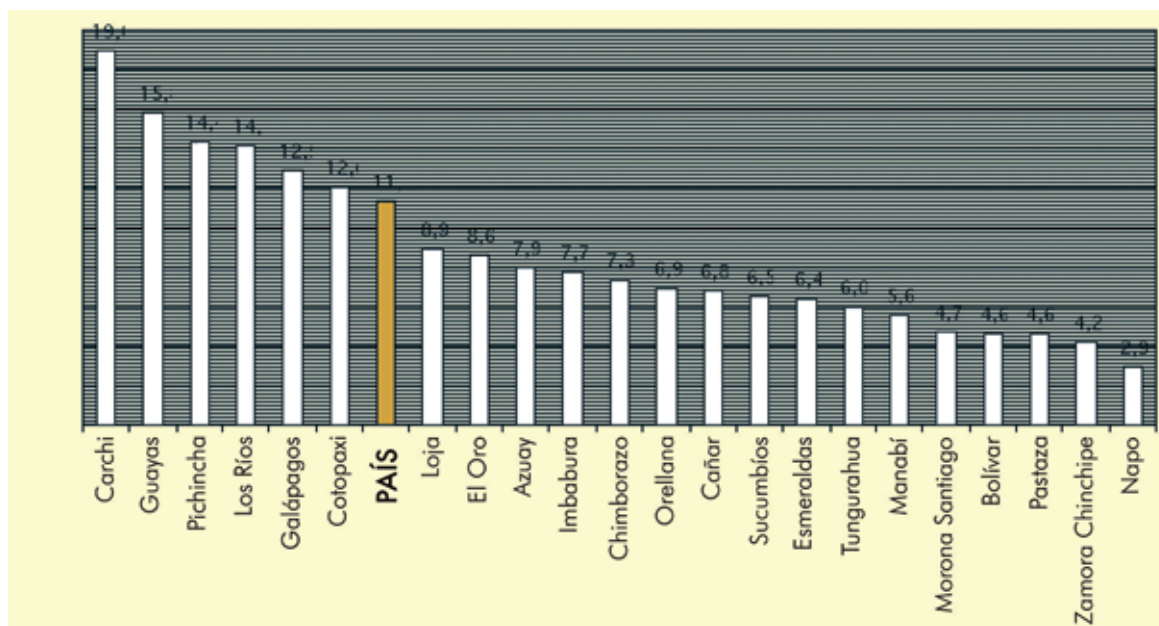
Tipo de Mortalidad	Tasa	%
Infantil (menores de 1 año)	20.1*	100%
Neonatal (menores de 28 días)	11.4	57
Mortalidad Precoz (menores de 7 días)	8.2	41.7
Mortalidad Tardía	3.2	15.3
Post-neonatal	8.7	43
Perinatal (desde 28 semanas de embarazo hasta 7 días de nacimiento)	11.3	

\* Tasas por 1.000 Nacidos vivos. Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, 2006

Los niños y niñas que habitan en las áreas rurales, indígenas y en situación de pobreza tienen mayor probabilidad de morir durante el período neonatal. El mayor riesgo de morir en

las provincias de Carchi, Guayas, Pichincha, Los Ríos, Galápagos y Cotopaxi que tienen tasas de mortalidad neonatal por encima de la tasa promedio nacional (Gráfico 4).

GRÁFICO 4 | TASA NACIONAL Y PROVINCIAL DE MUERTE NEONATAL | ECUADOR 2006.



Fuente: INEC, Estadísticas Vitales, 2006

## CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las principales causas de muerte neonatal en el país, son los trastornos respiratorios y la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. El peso bajo al nacer (PBN), si bien no es considerado como una causa directa de muerte neonatal, es un factor predisponente de gran importancia.

Tanto las infecciones como la asfixia pueden ser prevenidas o tratadas con oportunidad. Se estima en la región que un 9% de recién nacidos tienen PBN y en el país llega al 6,8%. Las principales causas de la muerte neonatal se describen en la Tabla 7:

**TABLA 7 | ECUADOR: CAUSAS DE MUERTE NEONATAL | 2006.**

No.	Causas	No.	%	Tasa*
	<b>Total</b>	<b>2.087</b>	<b>100</b>	<b>124,0</b>
1	Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	574	27,5	34,1
2	Retardo del crecimiento fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.	509	24,4	30,2
3	Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas	280	13,4	16,6
4	Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	268	12,8	15,9
5	Sepsis bacteriana del recién nacido	153	7,3	9,1
6	Signos, síntomas y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.	76	3,6	4,5
7	Las demás causas	227	10,9	13,5

\*Mortalidad Neonatal: menores de 28 días, tasa por 1.000 NV  
Fuente: Estadísticas Vitales, INEC 2006

El alto porcentaje de cesáreas constituyen otro factor de riesgo para los recién nacidos, aunque en situaciones indicadas sea un procedimiento importante para salvar la vida de la madre y del/a recién nacido/a. La mayoría de estas muertes son institucionales. Además todavía no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa. Algunos de los problemas identificados que dificultan la atención del neonato y por ende la reducción de la muerte neonatal son los siguientes:

- El incumplimiento de normas y protocolos de atención así como la inobservancia de procedimientos elementales como el lavado de manos para la atención del neonato.
- Declaración de defunción tardía o a veces inexistente lo que crea subregistro histórico
- Los sistemas de información proporcionan información tardía y con limitaciones en la consistencia por la mala calidad de los diagnósticos y el poco conocimiento y uso

de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), y CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) entre otros,

- Los servicios de pediatría incluyen neonatología pero no existen recursos humanos suficientes ni calificados en todo el país, tampoco están disponibles las 24 horas,
- Se desconocen las necesidades físicas de las unidades de CONE,
- El sistema de referencia y contrarreferencia funciona limitadamente, tiene poca respuesta de los servicios de mayor complejidad y el transporte de las emergencias neonatales no está asegurado en los consejos municipales,
- Ausencia de programación y planificación de la educación permanente del talento humano,
- En la estrategia AIEPI, el componente neonatal clínico está consolidado, parcialmente, y el componente comunitario está en implementación inicial para su posterior expansión,
- Ausencia de un proceso sistemático de monitoreo y evaluación
- Hay una limitada organización y participación social en el proceso de gestión de rendición de cuentas del sistema de salud,
- El mejoramiento continuo de la calidad es inicial en este componente (8).

# Marco de Políticas y Acuerdos Nacionales e Internacionales

Los mandatos políticos nacionales están garantizados en:

**a) La Constitución Política de la República** vigente, en los Art. 42, 43, 44, 45, 46 y 47 establecen la garantía y acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia; el acceso ininterrumpido a las emergencias de los establecimientos públicos o privados, así como a una promoción de la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, el reconocimiento respeto y promoción al desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, el compromiso y rectoría en la organización del sistema nacional de salud, integrado con entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector y con funcionamiento descentralizado, desconcentrado y participativo, estableciendo que tanto en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes y las mujeres embarazadas y la obligación del Estado, la sociedad y la familia, para promover con máxima prioridad el desarrollo integral de niños y adolescentes y asegurar el ejercicio pleno de sus derechos.

**b) La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002) que:** establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) que rige en todo el territorio nacional. Procura Implementar planes integrales de salud con las instituciones que forman parte del SNS, articulándose y colaborando en el marco de sus funciones específicas y de sus respectivas competencias, para el cumplimiento de los mandatos previstos en esta Ley y en el Código de Salud y en su Art. 1 manifiesta que "...se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético".

**c) La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994):** es un instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, y del derecho a la salud de niñas y niños menores de cinco años en el Ecuador. La Ley es un aporte para superar la barrera económica de acceso a la salud al proveer de fondos para cubrir los gastos por medicamentos, micronutrientes (vitaminas), insumos médicos y de laboratorio, sangre y sus componentes, para un paquete básico de atención de salud sin costo para los/las usuarios/as en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del país.

**d) El Código de la Niñez y Adolescencia (2005):**

establece en el Cap. 2 sobre los derechos de supervivencia, Art. 25: “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2500 gramos”, que incluye a los neonatos.

**e) La Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2004):**

establece en su objetivo estratégico “Disminuir las brechas existentes entre los enunciados de derechos, especialmente sobre salud sexual y reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos”(9).

Los principales lineamientos de la política en salud sexual y derechos sexuales y reproductivos relacionados con la reducción de la muerte materna y neonatal ya declaran a la reducción de la muerte materna y el embarazo en adolescentes como problemas prioritarios de salud pública.

También recalcan la importancia de garan-

tizar el acceso universal, integral, intersectorial y efectivo a la atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva en todo el ciclo vital, con alta calidad, humana, con oportunidad, continuidad, interculturalidad y con proyección comunitaria orientada a las personas, parejas y al ambiente, adecuado a la realidad local. Subrayan el aseguramiento del financiamiento público, la asignación de recursos y la calidad del gasto para las necesidades de la salud sexual y reproductiva conforme a la Constitución y las leyes vigentes, especialmente la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

**f) El Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva (2008):**

sugiere las siguientes actividades tomadas en cuenta en el presente Plan(10):

- Diagnóstico de factores que se relacionan con la muerte materna, el aborto y el embarazo no deseado, a través del Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna,
- Creación de los comités de Vigilancia de la Muerte Materna y generación de actividades intersectoriales, incluyendo al Registro Civil y participación ciudadana.



- Creación de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC), a las cuales hemos añadido el componente neonatal.

**g) El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007-2010 establece como metas para el sector salud hasta el año 2010:**

- Reducir en 25% la mortalidad de la niñez,
- Reducir en 25% la mortalidad infantil,
- Reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz,
- Reducir en 30% la mortalidad materna,
- Reducir en 25% el embarazo adolescente.
- Incrementar los servicios de salud a las mujeres: Conseguir que un 80% de las mujeres se realice al menos un examen de Papanicolaou cada 3 años,
- Desacelerar la tendencia del HIV y mejorar la

calidad y calidez de los servicios de salud.

- h)** Entre los acuerdos internacionales mas recientes se destaca la suscripción y firma de los ocho **Objetivos de Desarrollo del Milenio** vinculados y sinérgicos entre sí. El cuarto objetivo compromete a la comunidad internacional a reducir en 2/3 la mortalidad de los niños menores de cinco años de edad y el quinto a reducir en 3/4 partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015.

- i)** En el año 2003, se acuerda el **“Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y El Caribe”** (DCEI) que propone estrategias basadas en la evidencia para reducir las defunciones maternas en la región y da paso a la declaración de Delhi sobre la salud de la madre, el recién nacido y el niño. En abril del 2005, haciendo un llamado a la acción, para que los países desarrollen acciones orientadas a salvar la vida de las madres, de los recién nacidos y de los niños. El 12 de septiembre de 2005 se lanzó oficialmente la Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño; ratificado en la región desde abril del 2005.



# La Respuesta del Sistema Nacional de Salud

En los últimos 20 años el SNS se ha caracterizado por ser fragmentado, con fiscalización irregular y fragilidad en los sistemas de gestión, integración y articulación que ha consolidado persistentes barreras geográficas, sociales, económicas y culturales.

Para superar estas inequidades se propone una profunda transformación del SNS que garantice y fortalezca la protección pública de la salud colectiva e individual.

## COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA OBSTÉTRICOS Y NEONATALES

La educación para una sexualidad plena y segura y el acceso informado a métodos de anticoncepción mantienen importantes brechas sobre todo en la población joven, rural y con menor nivel educativo. El 96% de mujeres de 15 a 49 años ha oído hablar al menos de un método anticonceptivo, aunque solo el 72,7% los utiliza. La mayor cobertura brinda el MSP, luego las farmacias y establecimientos privados. Actualmente el MSP consolida la estrategia de Disponibilidad Asegurada de Insumos y Anticonceptivos (DAIA) para mantener las existencias suficientes y fortalecer los mecanismos de distribución y control oportunos en coordinación con el Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos del MSP.

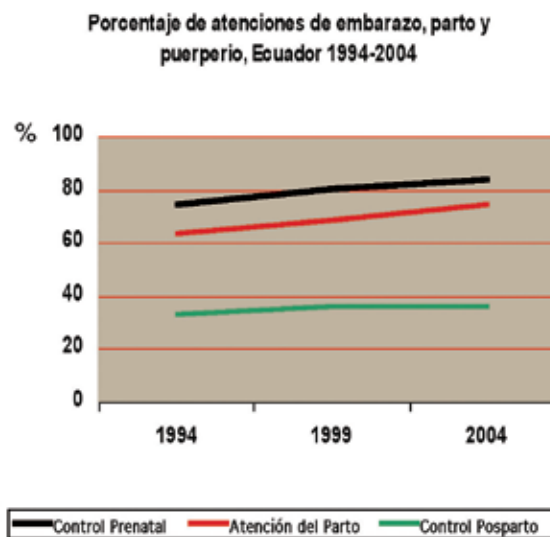
La educación sobre la sexualidad es aún insuficiente en el país, y casi siempre está asociada al conocimiento de la fisiología del cuerpo como la menstruación o el aparato reproductivo según género, pero es poco profunda en el conocimiento de las complicaciones

obstétricas o neonatales o en las formas de prevención de las ITS incluido el VIH y SIDA. Actualmente el Ministerio de Educación, en alianza con otras instituciones del Estado como el MSP y varias agencias de cooperación, han iniciado la implementación del Programa para la Educación Sexual y el Amor (PRONESA) a cargo de los establecimientos educativos del país, para mejorar la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las personas escolarizadas en sus diferentes ciclos de vida.

El aumento de la atención obstétrica y neonatal ofertada por el SNS es significativo, especialmente en el control prenatal y la atención del parto donde está incluida la oferta pública y privada representada por la Junta de Beneficencia de Guayaquil. El aumento de cobertura no asegura controles prenatales de calidad, mientras que la atención del puerperio tiene muy bajos porcentajes de cumplimiento en el país (Tabla 8 y Gráfico 5).

**TABLA 8 Y GRAFICO 5 | COBERTURA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO | ECUADOR  
1994 - 2004**

SERVICIOS SALUD MATERNA	ENCUESTAS ENDEMAIN		
	1994	1999	2004
<b>CONTROL PRENATAL</b>			
Recibió el servicio	74,7%	80,6%	84,2%
<b>Lugar de atención</b>			
Públicos	54,7	68,2	67,2
Privados	44,1	31,6	32,5
<b>ATENCION PARTO</b>			
Institucional	63,5	69,2	74,7
Domiciliario	35,2	29,0	25,3
<b>Tipo de parto</b>			
Vaginal	82,9	80,1	74,2
Cesárea	17,1	19,9	25,8
<b>CONTROL POSPARTO</b>			
Recibió el servicio	33,3	36,0	36,2



Fuente: Encuesta Nacional ENDEMAIN, 1994-2004

Las mayores brechas de inequidad en el acceso a servicios de salud reproductiva se presentan en mujeres indígenas, sin instrucción formal y residentes en zona rural (Tabla 9):

**TABLA 9 | BRECHAS ÉTNICAS Y TERRITORIALES EN COBERTURAS DE SERVICIOS  
OBSTÉTRICOS | ECUADOR 1999 - 2004**

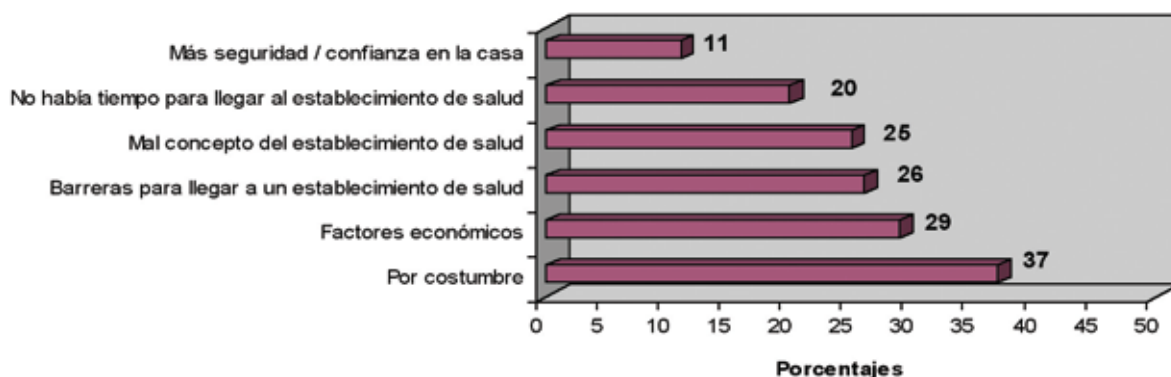
Salud Materna	Mujeres Indígenas	Mujeres no indígenas	Zonas Rurales	Zonas Urbanas	Total Nacional
Control prenatal	61.5	86.8	37.0	64.6	84.2
Atención del parto institucional	30.1	80.2	57.1	88.6	74.7
Atención del parto NO institucional	69.9	19.8	42.9	11.4	25.3
Control posparto	15.4	37.7	26.4	44.4	36.2
Papanicolao (DOC)	13.5	33.0	33	46	31.4
Uso de métodos Anticonceptivos	47.2	74.7	67.1	76.6	72.7

Fuente: Encuesta ENDEMAIN, 2004

Las razones por las que las mujeres prefieren dar a luz en la casa antes que en un establecimiento de salud, están relacionadas con hábitos culturales ancestrales (48%). Al consultar a las mujeres las razones por las que decidieron dar a luz en su casa, un 37%

de ellas manifestó por factores relacionados a la costumbre y un 11% por tener más seguridad -confianza en su hogar. El 52% no va a la unidad de salud por factores económicos y otro tipo de barreras que se demuestran en el Gráfico 6:

**GRÁFICO 6 | RAZONES POR LAS CUALES LAS MUJERES DECIDIERON DAR A LUZ EN LA CASA**



Fuente: Encuesta ENDEMAIN. Ecuador, 2004

La mayoría de partos domiciliarios son atendidos por parteras (47%) o familiares (43%), pero hay un importante 7,3% de mujeres que se atendieron solas el momento del parto. Se desconoce la relación entre muerte materna o neonatal con la atención tradicional o familiar del parto y nacimiento.

## Mejora de las capacidades resolutivas de la red de cuidados obstétricos y neonatales

Para el óptimo funcionamiento de la atención obstétrica y neonatal se cuenta con la ampliación y/o reparación de la infraestructura y la dotación de equipos necesarios acorde a los estándares de licenciamiento que requiere cada nivel de atención.

En el fortalecimiento de la capacidad resolutiva también se incluye la implementación de servicios de Medicina Transfusional en todos los hospitales públicos del MSP y la Red Nacional de Bancos de Leche.

## La red pública y privada de servicios de salud

La mayor red de servicios públicos disponibles para la atención obstétrica y neonatal en el país pertenece al MSP, seguida por el IESS y la Junta de Beneficencia de Guayaquil<sup>1</sup> (Tabla 10)

<sup>1</sup> La Junta de Beneficencia de Guayaquil es una institución privada con alta cobertura de atención materna y neonatal en el país.

TABLA 10 | NÚMERO DE UNIDADES DE SALUD POR INSTITUCIÓN CON SERVICIOS DE CONE | ECUADOR 2007

INSTITUCIÓN	Nivel 3: CONE COMPLETO 54 unidades de salud				Nivel 2: CONE BASICO: 85 u.s	Nivel 1: CONE AMBULATORIO 2.380 unidades de salud					Total
	Hospital Especializado		Hospital de Especialidades	Hospital General /Regional	Hospital Básico	Centros de Salud		Subcentros de Salud Rurales	Puesto de Salud	Unidad Móvil	
	Hospital Gineco- Obstétrico	Hospital Pediátrico									
MSP	3	3	1	27	85	152	449	678	434	24	1856
IESS	0	0	3	15	0	62	0	0	0	0	80
SSC	0	0	0	0	0	0	0	581	0	0	581
Junta de Beneficencia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	4	4	4	42	85	214	449	1.259	434	24	2.519

Fuente: SENPLADES 2007 y Sistema regionalizado de Servicios de salud, MSP 2006.

El Seguro Social Campesino - que se inicia como una experiencia piloto en 1968, y en 1973 se decreta su extensión - es un sistema de aseguramiento para la población pobre del sector agropecuario y pesquero artesanal, capta a poblaciones excluidas de otros sistemas de salud brindando atención curativa y preventiva que incluye consulta médica, visita

domiciliaria, saneamiento ambiental y actividades de promoción de la salud comunitaria; sin embargo la cobertura de atención a la madre y recién nacido asegurada/os es baja con el 19.8 (Tabla 11), comparada con el porcentaje nacional de cobertura del 84.2% (11).

**TABLA 11 | COBERTURA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER CAMPESINA Y RECIÉN NACIDOS | SSC / IESS | 2007**

Asegurada/os en SSC	N° Asegurada/os*	Cobertura de Atención		Concentración	
		N°	%	N°	%
TOTAL	944.163	538.534	57.0		
Mujeres en Edad Fértil	302.132	Nd	Nd		
Adolescentes	184.768	Nd	Nd		
Embarazadas	24.020	4.774	<b>19.8</b>	5.006	20.8
Puérperas	24.020	1.266	<b>5.3</b>	479	02.1
Recién Nacidos	24.020	1.266	<b>5.3</b>	497	02.1
Para Papanicolau	129.338	5.150	3.9	2.181	01.7
Anticoncepción	201.767	1.383	0.7	1.182	00.6
Partos referidos	24.020	150	0.6		
Partos atendidos	24.020	1.310	5.5		
Para examen de mamas	203.245	Nd	Nd		

\* Estimaciones de ciclos de vida tomadas del cálculo demográfico de INEC, excepto el dato total.  
Fuente: Proceso Sistema de Información. SSC/IESS. 2007.

## Los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud:

Son espacios de concertación, coordinación y diálogo en los que se promueve la participación ciudadana en la toma de decisiones. Junto a los representantes públicos y privados del sector. Lo que se pretende es acordar un pacto social que garantice el compromiso con todos los actores, intereses y necesidades del cantón, la provincia y el país.

# Definiciones Operacionales

## EL SISTEMA INTEGRADO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SIVE)

El Ministerio de Salud Pública desde el año 2001 inició la implementación del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica (SIVE), con 4 subsistemas: SIVE-Alerta, SIVE-Hospital, SIVE-Programas Prioritarios y SIVE-Comunitario, con el objetivo de proveer información necesaria a los actores institucionales de todos los niveles de salud que planifican y evalúan el impacto de las intervenciones.

La vigilancia de la mortalidad materna, a pesar de ser un sistema de vigilancia especializado, ya que investiga las muertes de mujeres en edad fértil asociadas al embarazo, parto y pos parto y que por razones operativas y de seguimiento de política pública se integra al subsistema SIVE-Alerta, desarrollado e implementado desde el año 2002.

Se propone la vigilancia de mortalidad y morbilidad grave materna y neonatal pues tanto las defunciones como los casos graves se consideran eventos centinelas que deben ser notificados inmediatamente, ya que pueden requerir una intervención inmediata para evitar eventos similares en el resto de la población.

El Nuevo Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Neonatal, en fase de consolidación la primera y de desarrollo la segunda, tiene tres componentes que tienen diversos sistemas como fuente de vigilancia.

TABLA 12 | EVENTOS DE MUERTE MATERNA Y SUBSISTEMAS DE VEeIMM

Evento	Subsistema
1. Casos sospechosos y confirmados de muertes y morbilidad grave materna y perinatal a nivel comunitario y unidades de salud de primer nivel (ambulatorio).	SIVE-Com
2. Casos sospechosos y confirmados de muertes y morbilidad grave materna y perinatal a nivel hospitalario.	SIVE- Hospital
3. Investigación epidemiológica para identificación de condicionantes y factores de riesgo asociados a la muerte y morbilidad materna y neonatal.	SIVE- Programas Prioritarios

Fuente: MSP, Sistema de Vigilancia Epidemiológica 2008.



La identificación de casos sospechosos de mortalidad o morbilidad materna y neonatal se realiza a nivel ambulatorio a través de la búsqueda activa de casos en las oficinas de registro civil y a través de informantes calificados (promotores, colaboradores voluntarios y líderes comunitarios y otras fuentes). A nivel hospitalario se realiza a través del registro de ingresos y egresos hospitalarios. Los responsables son los epidemiólogos o los subdirectores técnicos del centro hospitalario.

Los equipos básicos de atención de salud (EBAS) y los coordinadores o epidemiólogos de área son los responsables de la identificación y notificación de estos casos.

Una vez identificados los casos sospechosos se procede a la investigación epidemiológica que esta a cargo de los epidemiólogos con el apoyo de otros funcionarios: estadístico y especialistas clínicos utilizando las fichas específicas diseñadas para el efecto. A través de estas fichas se confirma el caso por medio del Comité Provincial de vigilancia epidemiológica, se identifican los determinantes y a la vez se emiten recomendaciones y acciones para evitar casos similares.

## LA RED DE CUIDADOS OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ESENCIALES ( RED DE CONE )

El enfoque de esta estrategia está basado en la premisa de que una proporción de mujeres embarazadas, parturientas y recién nacidos desarrollarán complicaciones obstétricas y neonatales que en su mayoría pueden ser prevenidas o evitadas y por lo tanto requieren CONE rápidos y de calidad para salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. En el caso de la niñez, un número de niños y niñas nacerá con problemas relacionados con asfixia, bajo peso, prematuridad, y otros/as habiendo nacido sanos/as, en los primeros 28 días de vida desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos que pondrán en riesgo su vida y habrá que brindarles cuidados neonatales esenciales oportunos en base a la mejor evidencia científica.

Una Red de CONE es un sistema articulado y coordinado de prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales por territorios (cantonal, provincial e/o interprovincial) y capacidad resolutoria (primero, segundo y tercer nivel), que incluya a los agentes del sistema tradicional de salud. Tiene como objetivo

central asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial a todas las madres y recién nacidos que lo requieran, sin concentrarse en “poblaciones en riesgo”.

La Red de CONE ofrece servicios integrados y continuos, 24 horas al día, 7 días a la semana, a la madre durante el embarazo, parto y post-parto, y al recién nacido de hasta 28 días e implementa el sistema de vigilancia epidemiológica de la MMN para garantizar la salud y disminuir la muerte materna y neonatal. La estrategia y las Redes de CONE están basadas en estudios y recomendaciones internacionales<sup>(12, 13, 14)</sup> y están siendo implementadas con adaptaciones locales en muchos países en desarrollo <sup>(15, 16)</sup>.

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales pueden ser ofrecidos por las unidades de salud según niveles de resolución o perfil de complejidad. Para el Ecuador identificamos tres niveles de resolución:

**PRIMER NIVEL:** Cuidados Obstétricos y Neonatales Ambulatorios (CONE-A): son acciones de salud esenciales para la madre y el neonato que por lo general se ofrecerán en el domicilio, en casa comunal, en el puesto, subcentro o centro de salud (MSP), dispensarios, Unidades de Atención ambulatorias y Centros de Atención Ambulatoria (IESS/SSC), Policlínicos (FFAA) de la red pública de servicios y en la atención domiciliar realizada por los Equipos Básicos de Salud (EBAS). Las acciones deberán ser coordinadas con los agentes de salud comunitaria y deberán contar con personal, equipo e insumos para brindar las prestaciones clínicas e información epidemiológica establecidas en las normas para este nivel.

**SEGUNDO NIVEL:** Cuidados Obstétricos y Neonatales Básicos (CONE-B): ofertados en el hospital básico (MSP), Hospital Nivel I y II (IESS), Clínica y Hospital de Brigada (FFAA y Policía), que deben contar con insumos, equipos y profesionales médico u obstetrix calificado durante 24 horas diarias y todos los días del año, para brindar las prestaciones clínicas e información epidemiológica establecidas en las normas para este nivel.

**TERCER NIVEL:** Cuidados Obstétricos y Neonatales Completos (CONE-C): Se ofrecerán de preferencia en un hospital general, especializado o de especialidades (MSP), Hospital de tercer nivel (IESS), hospital General y Nacional

(FFAA y Policía) que deberán contar con los insumos, equipo y personal profesional necesario para ofrecer durante 24 horas diarias y todos los días del año los servicios de CONE básicos mencionados en el acápite anterior, más los procedimientos, actividades, técnicas e información epidemiológica establecidas en las normas para este nivel.

En una unidad CONE un **“Proveedor calificado”** es un profesional médico u obstetrix que ha sido adecuadamente capacitada para prestar la atención durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Los proveedores calificados en atención del parto deben atender a la parturienta durante el embarazo, parto y puerperio normales, reconocer la aparición de complicaciones, realizar las intervenciones esenciales inmediatas, comenzar el tratamiento y supervisar el traslado de la madre y el bebé cuando sean precisas intervenciones que estén mas allá de su competencia o no son posibles en las instalaciones. La educación permanente a agentes comunitarios y promotores de salud materna e infantil (FODI, MIES, etc) estará enfocada tanto en normas y estándares cuanto en competencias de atención primaria y detección de riesgos en salud materna y neonatal.

# Propósito y Objetivo General

Reducir en 30% la mortalidad materna y en 35% la mortalidad neonatal hasta el 2010.

## OBJETIVO GENERAL

Mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables.

# Objetivos específicos

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 **educación 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.

# Actividades según objetivos específicos

**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).**

Convocando a las instituciones participantes en el Consejo Cantonal y/o Consejo Provincial de Salud para comprometer voluntades, acciones y recursos a favor de la agenda social del país.

ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 1

1	Lanzamiento y difusión intersectorial del Plan
2	Reuniones de coordinación y articulación territorial interinstitucional, a nivel nacional, provincial, cantonal y comunitario, en el marco de los Consejos Provinciales y Cantonales de salud, y donde estos no existan, en espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial local
3	Elaboración y difusión de material de abogacía por niveles.
4	Análisis y elaboración del perfil epidemiológico y diagnóstico situacional de la red provincial de servicios CONE.
5	Elaboración del Plan Provincial Interinstitucional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal definiendo responsabilidades, roles y recursos.
6	Implementación, monitoreo y evaluación del Plan.

**2. Actualizar e implementar el Subsistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de la Muerte Materna y elaborar e implementar el Neonatal.**

Actualización, elaboración e implementación de los nuevos manuales para la recolección de información desde el nivel comunitario, en las diferentes fuentes de información y fuentes de verificación, mecanismos de notificación de casos sospechosos y confirmados de mortalidad materna, análisis de historias de vida, etc. (EBAS, Promotores de Salud y Agentes Tradicionales de Salud, Dispensarios, etc) y de las unidades de salud por ni-

veles de atención de las diversas instituciones de salud públicas y privadas que conforman la red de servicios de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) con la finalidad de obtener información oportuna y veraz de los eventos de morbilidad grave que pueden ser prevenidos o tratados.

El subsistema identifica, investiga, registra y notifica toda muerte o caso grave asociado al período de embarazo, parto y puerperio en la madre y/o en el neonato, ocurrida dentro o fuera de los servicios de salud.

facilitar la evaluación objetiva de cada uno de los casos de muerte materna y neonatal para identificar causas, tendencias, lugares y grupos poblacionales prioritarios de intervención.

## ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 2

1	Actualización, e implementación de Manual de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Muerte Materna y elaboración e implementación del Manual de Neonatal.
2	Adecuación y ajustes a la plataforma informática para ingreso, registro, envío y procesamiento de datos.
3	Organización y definición de roles para notificación, análisis institucional y reportes provinciales y nacionales.
4	Elaboración de herramientas de monitoreo y evaluación para garantizar la calidad y oportunidad del dato, del procesamiento, análisis epidemiológico de información semanal/mensual/trimestral y la implementación de las recomendaciones de los Comités.
5	Difusión de resultados a través de publicaciones periódicas y boletines epidemiológicos.
6	Apoyo para mejorar la calidad y oportunidad del registro de inscripción temprana del recién nacido.

**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.**

Para reducir el embarazo precoz y el alto porcentaje de hijos no deseados es imperativo implementar mecanismos que reduzcan las barreras de acceso, el uso informado de métodos de anticoncepción y la gratuidad de los métodos a toda la población que lo demande.

### ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 3

1	Aplicación de estrategia de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) en los servicios de salud.
2	Provisión oportuna y pertinente de métodos anticonceptivos a toda mujer y hombre que lo demande.
3	Consejería en planificación familiar pos evento obstétrico (embarazo, parto, pos parto y pos aborto) a mujer y pareja.
4	Implementación de la unidad de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV)
5	Distribución comunitaria de anticonceptivos en la Red CONE y a través de EBAS y agentes comunitarios calificados.
6	Investigaciones operativas que permitan conocer la demanda, preferencias, barreras de acceso y utilización por ciclos de vida.

#### 4. Organizar las Redes de Cuidados Obstétricos y Neonatales (CONE) en coherencia con el nuevo modelo de atención del MSP.

La Red de CONE Provincial y/o Cantonal - para distritos metropolitanos o de mayor desarrollo-, es la estrategia medular para la reducción acelerada de la muerte materna y neonatal, en tanto, articula los servicios de salud por niveles Intra e Interinstitucionales, los diversos actores del Sistema Nacional de Salud, y entrelaza los procesos normativos con aspectos gerenciales de organización, monitoreo y evaluación de la red de servicios. Las instituciones del SNS (MSP, IESS/SSC, JB, FFAA, sistema tradicional y otros), atenderán en forma coordinada a los y las usuarias mediante el sistema funcional de referencia y contrarreferencia y compartiendo información para tomar decisiones basadas en evidencia que mejoren la calidad y amplíen la cobertura de atención del embarazo, parto y pos parto institucionalizado, con activa inclusión y participación de los agentes tradicionales de salud.

Las redes de CONE deberán constituirse y operar de manera interinstitucional y por niveles incluida la comunidad y sus agentes tradicionales, buscando la complementariedad, articulación y eficiencia de recursos y resultados en el marco del modelo de

atención. Este principio implica que en la Red de CONE provincial, las unidades del MSP deberán complementarse funcionalmente con las del IESS/SSC y Sanidad Militar y en algunos casos, como Guayas, con las unidades de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, hasta lograr involucrar a otros actores de importancia local y comunitaria.

#### 4A. 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.

La calidad de los CONE, y por ende su impacto en la salud y sobrevivencia de las madres y los recién nacidos, depende de que los servicios ofrecidos incorporen prácticas basadas en la evidencia científica y las Normas y Estándares nacionales, así como un sistema de monitoreo y mejora continua de la calidad de la atención (MCC) basado en la formación de equipos multiprofesionales vinculados a las áreas y procesos de atención de las unidades de salud, y que el personal esté adecuadamente capacitado en la ejecución de dichas prácticas, para lo cual es indispensable que exista un mecanis-

ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 4A	
1	Organización y funcionamiento la red de CONE: participantes, roles, funciones y recursos.
2	Capacitación y aplicación de normas, procedimientos y protocolos de atención materna y neonatal, incluidos AIEPI neonatal y comunitario y seguridad transfusional.
3	Aplicación del sistema de vigilancia epidemiológica y de estándares e instrumentos de monitoreo de la calidad a través de la conformación de equipos de mejora continua.
4	Implementación de las historias clínica perinatal y de hospitalización neonatal.
5	Atención en red interinstitucional de las unidades de CONE ambulatorio, básico y completo según la competencia y nivel resolutivo.
6	Reportes periódicos y análisis de actividades y resultados de las unidades CONE por instituciones, espacios de concertación y niveles de gestión de la Autoridad Sanitaria (DPS y MSP central)
7	Generación e implementación de mecanismos que reconozcan e incentiven la calidad de atención.

**4 B. Fortalecer las competencias y mejorar el desempeño del talento humano a través de estrategias sostenibles de educación permanente.**

Un elemento central para garantizar la calidad de las redes de CONE es asegurar la capacidad técnica de los profesionales y agentes tradicionales de salud para el reconocimiento precoz y tratamiento inicial o completo de las complicaciones y/o transferencia inmediata. El MSP, a través de la Dirección Provincial ha desarrollado un

sistema de Capacitación Clínica Continua en Servicio a través de Centros de Capacitación Provinciales de CONE localizados en el hospital general de la respectiva provincia y basados en los recursos humanos especializados del hospital, en alianza con universidades locales y nacionales. Los equipos multidisciplinarios actúan como capacitadores en el componente normativo obstétrico y neonatal para todo el personal que atiende partos y RN en las unidades de CONE de la provincia.

**ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 4B**

1	Definición del equipo responsable de la capacitación provincial, promoviendo la activa participación de los Hospitales Generales/Provinciales en coordinación con las Universidades de la Provincia y Región y los Departamentos de Recursos Humanos.
2	Organización y logística para la implementación.
3	Capacitación a capacitadores provinciales.
4	Capacitación a proveedores de la red de CONE y actores comunitarios.
5	Implementación de mecanismos de evaluación del desempeño.
6	Reinicio permanente del ciclo de capacitación para personal de alta rotación como profesionales residentes y rurales.

**4 C. Organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de la red intersectorial de CONE.**

La Referencia (RF) es un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, en vista de su limitada capacidad resolutive, transfiere (con información por escrito) la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica,

a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, ó en el caso que un agente comunitario ó un actor social identifique un riesgo o signo de alarma.

La contrarreferencia (CRF): es el proceso inverso, es decir la devolución del paciente o la información oficial del nivel superior al inferior que lo envió para conocimiento y/o continuidad del tratamiento y vigilancia de la evolución.



## ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 4C

1	Organización y asignación de roles y responsabilidades interinstitucionales en la red de referencia y contrarreferencia.
2	Capacitación en la normativa nacional sobre RF y CRF incluidos indicadores de seguimiento y evaluación.
3	Análisis y reportes periódicos de los flujos de RF y CRF en la red provincial y toma de decisiones.

### 4 D. Establecer mecanismos de estímulo y satisfacción de la demanda, adecuación cultural y geográfico a los servicios de la red de CONE.

A pesar del alto porcentaje de atención institucional del parto, que en el país llega al 84,2%(17) en algunas provincias de la Sierra Central, el Oriente y en Esmeraldas la mayoría de partos son domiciliarios, atendidos por

parteras, familiares o por mujeres solas. Esta situación se produce por una baja demanda de atención institucional por dificultades de acceso geográfico(18), e inaccesibilidad cultural de los servicios. En estas provincias, las complicaciones obstétricas y del recién nacido no llegan a los servicios que podrían resolverlas, por lo cual se produce una proporción elevada de muertes maternas y neonatales en las comunidades.

## ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 4D

1	Identificación, registro e intercambio de conocimientos con parteras existentes en la zona contando con el apoyo de salud intercultural del MSP.
2	Definición de mecanismos de integración efectiva y roles de partera/os tradicionales en los procesos de atención obstétrica y neonatal, como integrantes de la Red CONE.
3	Humanización e incorporación de prácticas culturales de la atención en los servicios de CONE y en los que atienden partos y recién nacidos, de acuerdo a las normas nacionales.
4	Establecimiento de sistemas de referencia y contrarreferencia del sistema tradicional de salud con el sistema oficial de salud.
5	Búsqueda e implementación de mecanismos de reconocimiento de las actividades de partera tradicional por la LMGAI, municipalidades y/o Área de Salud.
6	Realización de investigaciones locales sobre la operación y eficacia del sistema tradicional de atención obstétrica y neonatal.

**4 E. Implementar mecanismos de financiamiento fiscal, difusión y aplicación adecuada de la LMGAI.**

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (MGAI) aprobada en el año 1994 y reformada posteriormente, surge como un mecanismo efectivo para evitar el gasto de bolsillo de las usuarias y sus familiares, garantizar la gratuidad y los derechos a la atención materno-infantil en el país. Bajo su dinámica se ha fortalecido un modelo de gestión financiera que estimula la demanda, eficiencia y calidad del uso de

recursos, la participación de los municipios en la gestión y control local de los recursos y la participación y veedurías ciudadanas a través de los Comités de Usuarías/os (CUs). Pese a lo anotado hay un 18% de mujeres todavía refieren limitaciones en el acceso a la gratuidad de la atención, barrera que limita la atención materna y neonatal, especialmente en poblaciones urbanas y rurales alejadas o con matrices culturales diversas(19).

**ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 4E**

1	Apoyo a la gestión de recursos financieros fiscales para aplicación de Ley, incluida transferencias y administración financiera oportunas.
2	Reuniones de abogacía y alianzas con municipios para asegurar participación en la gestión de recursos, transporte de emergencias obstétricas y neonatales, análisis periódicos de coberturas vs. calidad de atención e impacto de la Ley en la MMN.
3	Difusión de Ley MGAJ en usuaria/os con estrategias masivas y enfoque intercultural
4	Inclusión de los comités de usuarias (CUs) en la gestión de la red de servicios de CONE, y apoyo a procesos de capacitación en salud y derechos sexuales y reproductivos y realización de veedurías ciudadanas para evaluar calidad y gratuidad en los servicios de salud.

**5. Realizar actividades de educomunicación con enfoque intercultural.**

Lograr que toda mujer en edad fértil y especialmente las adolescentes y mujeres

embarazadas, en labor de parto, y posparto, sus familias y comunidad, reconozcan oportunamente los riesgos relacionados a la salud reproductiva, para que de esta

manera busquen ayuda adecuada y trasladen inmediatamente a la madre o niño/a a la unidad de salud más cercana, mediante un trabajo coordinado con los diferentes actores sociales de la localidad y de las instituciones prestadoras de servicios de salud y Red CONE desde una perspectiva intercultural, de equidad y derechos.

ACTIVIDADES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO 5	
1	Convocatoria a gobierno provincial, municipal, organizaciones civiles, comunidades y medios de comunicación a participar en la Red de CONE.
2	Definición de roles y compromisos de los medios locales de comunicación masivos para crear opinión favorable a la agenda pública sobre MMN.
3	Campañas y difusión por medios masivos (radio, televisión local y mensajes públicos escritos) para promoción de riesgos y decisiones oportunas, oferta de la red de CONE, derechos sexuales y reproductivos y neonatales con enfoque intercultural.
4	Talleres de capacitación e intercambio de experiencias con gobiernos locales, actores sociales, líderes y lideresas comunitarias.

# Niveles de Gestión y Alianzas Estratégicas

El Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal será implementado de manera progresiva en todas las provincias e instituciones del sector salud, públicas y privadas, contando con la rectoría y liderazgo de la Autoridad Sanitaria (MSP) por regiones, provincias, niveles de gestión y espacios de concertación sectorial del CONASA, donde existan y/o alianzas con otros actores locales.

La **conducción del Plan** y la gestión de recursos nacionales e internacionales estará a cargo de la Autoridad Sanitaria, a través de la Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud. La coordinación y concertación técnica y financiera para liderar la ejecución interinstitucional del Plan, así como el seguimiento, monitoreo y evaluación con participación y veedurías de organizaciones sociales, se realizará a través de la Comisión de Derechos Sexuales y Reproductivos del CONASA, presidida por la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud/MSP.

La Dirección Provincial de Salud del MSP, en calidad de Autoridad Sanitaria Provincial, apoyada con el equipo técnico, **liderará la ejecución** del Plan en las regiones, provincias y áreas de salud. Promoverá espacios de concertación y coordinación intra e interinstitucional de servicios públicos y privados, e intersectorial con el Consejo Provincial y/o

Cantonal de Salud, en caso de no existir, construirá o potenciará alianzas interinstitucionales a favor de la Agenda Social y los derechos de los niños, niñas, adolescentes y mujeres, incluidas inversiones financieras. Será responsable de liderar el diseño, adecuación y ejecución del Plan Provincial de acuerdo a la realidad local, del monitoreo, evaluación y resultados obtenidos en su territorio, con participación y veedurías de organizaciones sociales.

La Jefatura de Área como Autoridad Sanitaria en el nivel local **liderará la ejecución** del Plan Provincial -adaptado a la realidad cantonal, especialmente en Distritos Metropolitanos o cantones de gran extensión territorial/ poblacional- en todas las unidades operativas de su influencia y en otras instituciones y organizaciones sociales y comunitarias, públicas y privadas que trabajen a favor de la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes como son las instituciones de salud, los agentes comunitarios del sistema tradicional de salud, el Consejo Cantonal de Salud auspiciado por el CONASA donde existan y/o alianzas con otros actores locales comprometidos con la Agenda Social a favor de mujeres, niños, niñas y adolescentes, incluidas inversiones financieras. Además coordinará las responsabilidades de monitoreo, supervisión y evaluación de resultados con participación y veedurías de organizaciones sociales.

Se proponen alianzas estratégicas con las diversas instituciones del sector público y posterior ampliación a las instituciones del sector privado. Entre los aliados inmediatos están el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC) y la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG).

El MSP, tiene firmado un Convenio de Cooperación con el IESS y Seguro Social Campesino desde el 12 de marzo de 2007, el cual pretende como objetivo general "...fortalecer el SNS, a través de la rectoría del MSP, ... y la acción mancomunada y articulada del MSP y el IESS/SSC para ampliar y mejorar la cobertura de los servicios de salud y garantizar a la población ecuatoriana una atención con equidad, calidad y eficiencia".

La Honorable Junta de Beneficencia por medio del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor conciente de la responsabilidad hacia la comunidad en los problemas que afectan la salud reproductiva y neonatal ha establecido un acuerdo de trabajo con el MSP para fortalecer su rol como hospital de referencia de la red de CONE provincial en el marco de la mejora de la calidad de los procesos de atención para contribuir a la reducción de la muerte materna y neonatal. Las demás instituciones del sector público y privado son parte de la Comisión Nacional de Salud y Derechos Reproductivos del CONASA, espacio de concertación e implementación de las Políticas y Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

## ROLES DE CONDUCCIÓN Y OPERACIÓN DEL PLAN

Conducción y concertación sectorial para ejecución, monitoreo y evaluación del Plan		Resultados
Autoridad Sanitaria	Aliados	
<p><b>Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud/MSP</b>  Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud  En coordinación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadística,</li> <li>- Epidemiología,</li> <li>- Servicios de Salud, y</li> <li>- Subsecretaría de Extensión de Protección Social en Salud.</li> </ul>	<p><b>CONASA:</b> Comisión de Salud Sexual y Reproductiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- IESS/Seguro Social Campesino,</li> <li>- Junta de Beneficencia de Gquil,</li> <li>- FFAA, policía, municipios,</li> <li>- ONG, OSG y</li> <li>- Agencias de cooperación.</li> </ul> <p><b>Organizaciones privadas intersectoriales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medios de comunicación,</li> <li>- Servicios de salud,</li> <li>- Otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conduce, ejecuta, monitorea y evalúa el Plan nacional.</li> <li>- Genera, procesa, difunde y retroalimenta información nacional del SVEM-MNN y MCC.</li> <li>- Gestiona recursos nacionales e internacionales.</li> <li>- Apoya procesos de veeduría y participación social</li> </ul>
<p><b>Dirección Provincial de Salud</b>  Equipo Técnico Provincial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subdirector Técnico,</li> <li>- Epidemiólogo provincial,</li> <li>- Líder de Normatización,</li> <li>- Líder de Servicios de salud,</li> <li>- Estadístico/a provincial,</li> <li>- Líder de RRHH.</li> </ul> <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinadores de área y</li> <li>- Directores de hospitales.</li> </ul>	<p><b>CONASA:</b> Consejo Provincial y Cantonal de Salud y otras organizaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dirección Provincial Salud,</li> <li>- Instituciones sector salud,</li> <li>- Redes de CONE,</li> <li>- Hospital/unidad de salud,</li> <li>- Agentes comunitarios y de la medicina tradicional.</li> </ul>	
<p><b>Jefatura de Área de Salud/MSP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinadores de área,</li> <li>- Epidemiólogo del área,</li> <li>- Equipo técnico de Área: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estadístico</li> <li>- Administrativo-Financiero</li> <li>- RRHH</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>CONASA:</b> Consejo Cantonal de Salud u otros espacios de concertación local de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizaciones sociales.</li> <li>- Unidades de salud ambulatoria</li> <li>- Agentes comunitarios y de la medicina tradicional.</li> </ul>	

# Monitoreo y Evaluación del Plan

Tiene por objetivo medir los procesos, resultados e impactos antes, durante y después de las intervenciones. La medición se realizará según el indicador en los períodos de tiempo: mensual, trimestral, semestral, anual y al término.

## MATRÍZ DE INDICADORES PARA MEDIR LAS METAS DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

Indicadores de impacto del Plan Nacional de Desarrollo: anual	
1	% de mortalidad de la niñez
2	% de mortalidad infantil
3	% de mortalidad neonatal
4	% de mortalidad neonatal precoz
5	% de mortalidad materna
6	% de embarazo adolescente
Indicadores de Entrada: Mensual, Trimestral o Anual	
7	Nº de provincias con planes de Reducción de la MMN elaborados.
8	Nº de Redes CONE funcionando por provincias, cantones y habitantes.
9	Nº de unidades de salud participando en la Red CONE.
10	Nº y tipo de recursos humanos incluidos agentes comunitarios y parteras por institución participando en la RED
11	Nº de Centros de Capacitación CONE funcionando
12	% de establecimientos que califican como CONE básico y CONE completo en cada provincia
13	% Insumos, equipos, medicamentos esenciales, con los que cuenta cada Unidad Operativa para la atención de la salud materna y del/a recién nacido/a
14	% de cumplimiento de indicadores de calidad de la atención materna y neonatal según normas MSP.
15	Nº y % de unidades de CONE con equipo MCC funcionando.

Indicadores de Procesos: Mensual, Trimestral o Anual	
16	Número de provincias con silencio epidemiológico
17	% de cumplimiento de estándares e indicadores de calidad de atención materno-neonatal según normas MSP.
Indicadores de Resultado: Mensual, Trimestral o Anual	
18	Nº de casos sospechosos, investigados y confirmados reportados al sistema por institución y Red provincial.
19	Nº de instituciones de salud que reportan datos estadístico oficiales de salud materna y neonatal.
20	Nº y % de mujeres en edad fértil y adolescentes que reciben anticonceptivos.
21	Tasa hospitalaria de letalidad por complicaciones obstétricas directas
22	Nº y tipo de profesionales y agentes comunitarios capacitados por institución en el paquete de capacitación de CONE.
23	Tasa hospitalaria de mortalidad neonatal.
24	Cobertura de control prenatal en el Área de Salud
25	Cobertura de Atención Institucional del Parto en el Área de Salud por etnia.
26	% de complicaciones obstétricas atendidas en las Unidades del Área de Salud, de las esperadas.
27	% de muertes materna ocurridas en Área de Salud que tienen proceso de investigación epidemiológica.
28	Razón de mortalidad materna en la provincia.
29	% de mujeres atendidas el parto que están satisfechas con la atención recibida.
30	% de mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa por control prenatal y que están satisfechas con la atención recibida.
31	% de mujeres que realizan su parto en posición vertical.
32	Nº de partos atendidos por parteras en domicilio, con apoyo de personal institucional.
33	Nº de pastos atendidos en la institución con apoyo de parteras o parteros.
34	% de mujeres atendidas en embarazo, parto y posparto y de RN sin pago directo/en forma gratuita.
35	No. de mujeres embarazadas, en labor de parto o posparto y RN con transporte garantizado por las Alcaldías.
36	No. y porcentaje de referencias y contrarreferencias por institución.
37	Nº de campañas de educomunicación realizadas por red CONE.
38	% de MEF y adolescentes que conocen sobre riesgos obstétricos y neonatales y donde acudir en casos de complicaciones obstétricas y neonatales.



# Cronograma

ACTIVIDADES POR OBJETIVOS		Respon sable		Cronograma cuatrimestral							
		Nacional	Provincial	2008		2009		2010			
				III	I	II	III	I	II	III	
Objetivo 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)											
1	Lanzamiento y difusión sectorial del Plan	X	X								
2	Reuniones de coordinación y articulación territorial interinstitucional, por niveles en el marco de los Consejos Provinciales y Cantonales de salud	X									
3	Elaboración y difusión de material de abogacía por niveles.	X	X								
4	Análisis y elaboración del perfil epidemiológico, y diagnóstico situacional de la red provincial de CONE y Plan Provincial.		X								
5	Implementación, monitoreo y evaluación con indicadores de metas, entradas, procesos y resultados.	X	X								
Objetivo 2: Actualizar e implementar Sistema de Vigilancia e Investigación Epidemiológica de la MMN											
6	Actualización, elaboración e implementación de Manual de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Muerte Materna y Neonatal, y ajustes a la plataforma informática.	X									



4B. Fortalecimiento de las competencias y mejora del desempeño del talento humano									
17	Definición del equipo responsable y organización de la capacitación provincial incluyendo responsables de RRHH		X						
18	Capacitación a capacitadores y réplica provincial en forma continua a proveedores y agentes comunitarios de la Red de CONE.	X	X						
19	Implementación de mecanismos de evaluación del desempeño y reinicio sucesivo del proceso para personal de alta rotación.								
4C. Organización funcional de la red de referencia y contrarreferencia de Red									
20	Organización y asignación de roles y responsabilidades interinstitucionales en la red de referencia y contrarreferencia.		X						
21	Capacitación en la normativa nacional sobre RF y CRF incluidos indicadores de seguimiento y evaluación.	X	X						
22	Implementar logística de transporte y comunicación y distribución de información sobre resultados de operación.								
4D. Establecer mecanismos de estímulo y satisfacción de la demanda, adecuación cultural y acceso geográfico a los servicios de la Red de CONE									
23	Identificación, registro e intercambio de conocimientos con las parteras contando con el apoyo de Salud Intercultural del MSP		X						
24	Humanización, incorporación de prácticas culturales en la atención en los servicios de CONE y definición de mecanismos de integración efectiva de sistemas interculturales de salud y roles de parteras.		X						
25	Búsqueda e implementación de mecanismos de reconocimiento de las actividades de partera tradicional por la LMGAI, municipalidades u otros actores de la red.	X	X						

26	Realización de investigaciones locales sobre la operación y eficacia del sistema tradicional de salud.	X	X							
4E	Fortalecer los mecanismos de financiamiento fiscal, y la difusión y aplicación adecuada de la LMGA									
27	Apoyo a la gestión de recursos financieros fiscales para aplicación de Ley, incluida transferencias y administración financiera oportunas	X								
28	Reuniones de abogacía y alianzas con municipios para asegurar participación en gestión de recursos, transporte de emergencias y análisis de calidad e impacto.	X	X							
29	Difusión de Ley MGAI con estrategias masivas y enfoque intercultural	X	X							
30	Inclusión de los comités de usuarias (Cus) en la gestión de la red de servicios de CONE, y apoyo a procesos de capacitación, y realización de veedurías ciudadanas.									
Objetivo 5: Actividades de educomunicación con enfoque intercultural										
31	Convocatoria a gobiernos provinciales y locales y medios de comunicación a participar en la red de CONE.									

# Bibliografía

## Citas:

1. INEC, Proyecciones de población, 2001-2010. Ecuador
2. SENPLADES, PND 2007-2010. Ecuador
3. MSP e INEC 2007. Indicadores básicos de salud. Sistema Común de Información, Ecuador, 2007.
4. Anuario de Estadísticas Vitales 1981 – 2006. INEC.
5. Definición OPS-OMS.
6. CEPAR - ENDEMAIN 2004 y MSP/Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 2006
7. CEPAR - ENDEMAIN 2004. Ecuador, 2004.
8. OPS, Evaluación de la atención y estrategia de reducción de la mortalidad neonatal, 2007.
9. CONASA, Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Ecuador, 2007
10. CONASA, Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2006-08
11. SSC- IESS, proceso sistema de información 2007 e INEC, proyecciones demográficas 2007
12. Lawn J, Cousens S, Zupan J. 4 millón neonatal deaths: When? Where? Why?. The Lancet. Feb. 06
13. Neonatal Survival, The Lancet, March 2005.OMS. Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. 2002
14. HCI. Mejorando el Acceso y la Calidad para Reducir la Mortalidad Materna. 2007
15. Observatorio de la Niñez y Adolescencia. Veeduría de Mortalidad Infantil en Hospital Enrique Garcés. Ecuador. 2008

16. OPS/OMS. La Salud Neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas. 2006
17. CEPAR - ENDEMAIN 2004. Ecuador, 2004.
18. MSP, Manual HACAP y Encuesta ENDEMAIN 2004.
19. CEPAR - ENDEMAIN 2004. Ecuador, 2004.

## Consultas:

1. Berg C, Daniel I, Mora G. Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. OPS/OMS, CDC. USA. 1998.
2. CEPAR – ENDEMAIN. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en el Ecuador. 2006.
3. CONAMU. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras. 2005.
4. CONAMU, UNFPA, UNIFEM, Nosotras en la Constituyente/MME. Agenda de las Mujeres ara la Nueva Constitución. Ecuador, 2008.
5. Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Consejo Nacional de Salud. Ecuador, 2007.
6. Propuesta de Preceptos y Conceptos Constitucionales de Salud que debe Incluir la Nueva Constitución. Frente Nacional por la Salud de los Pueblos del Ecuador. 2008
7. HCI. Mejorando Acceso y Calidad para Reducir la Mortalidad Materna. Ecuador, 2007
8. INEC. Estadísticas Sociales y de Salud. Ecuador,

- 2007.
9. INEC. Consultas Integrales. Ecuador, 2007.
10. INEC. Indicadores Sociales. ECV. Ecuador, 2006 - 2007.
11. Larrea C, Montenegro F. Pueblos Indígenas, Desarrollo Humano y Discriminación en Ecuador. Ed. Abya Yala. UASB, Ecuador 2007.
12. Mideros R. La Salud en la Reforma Política y Estructural del Estado y la Sociedad UASB, Ecuador 08
13. CONASA-MSP. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador, 2007.
14. CONASA. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Ecuador, 2007.
15. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ecuador, 2007
16. MSP - UNFPA. Plan Nacional Prevención del Embarazo en Adolescentes. Ecuador, 2008.
17. MSP. Manual para Vigilancia e Investigación de la Mortalidad Materna. Ecuador, 2006.
18. MSP. Manual de Normas para la Atención Materna y Neonatal. Ecuador, 2008
19. MSP - HCI/USAID. Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de atención de atención materno – neonatal. Ecuador, 2008.
20. MSP. Lineamientos Estratégicos: 2007 – 2011. Ecuador, 2007.
21. MSP. Plan Nacional para Reducción de la Mortalidad Materna. Ecuador, 2005.
22. MSP, FCI, UNFPA, USAID. Por una Maternidad y Nacimientos Seguros. Ecuador, 2008.
23. Neonatal Survival. OMS. Trabajo con Individuos, Familias y Comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido, 2002. En: The Lancet, March 2005
24. OPS/OMS. La Salud Neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. 2006
25. OPS/OMS, CEIALC. Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. 2003
26. Ortiz J, Morales J. Evaluación de los Servicios de CONE de Emergencia en Azuay. Ecuador, 2006.
27. SENPLADES. Plan Nacional de Desarrollo. Ecuador, 2007.
28. SIISE. Mapa de Pobreza. Ecuador, 2005.
29. SNS. Concertación Ciudadana en salud hacia la Asamblea Nacional Constituyente. III Congreso por la Salud y la Vida. Ecuador, 2007.
30. TSS/MSP. Hacia una Garantía de Derechos en Salud para Todos. Transformación Sectorial de Salud del Ecuador. Ecuador, 2008
31. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 2008.
32. UNICEF. Casas de Espera Materna y la atención del Parto Vertical Intercultural. Perú, 2007.
33. UNFPA. Estado de la Población Mundial. 2007
34. UNFPA. Evaluación de la disponibilidad, acceso y uso de los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm). Bolivia, 2004.
35. WHO. Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn. Ginebra, 2004.
36. MSP, Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y usuarios. Ecuador, 2004
37. Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social- UNDP-UN/DESA-WB. El reto de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador, 2008.



