PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ECONOMÍA

Disertación previa a la obtención del título de Economista

Análisis de la salud materna a partir del indicador de mortalidad en el periodo 2008-2014 bajo el marco del quinto objetivo de desarrollo del milenio de la Organización de Naciones Unidas

Anaís Isabel Carvajal Cisneros
anaiscarvajalc@hotmail.com

Directora: Tatiana Villacrés Landeta
taty_villacres@hotmail.com

Quito, Diciembre del 2016

Resumen

La mortalidad materna tiene impactos a nivel familiar, social y económico, y en varios casos, es evitables. En el 2014, el 72.89% de las muertes maternas estaban relacionadas directamente con el embarazo; Guayas, Pichincha y Manabí fueron las provincias con mayor número. El porcentaje de mujeres que recibieron atención profesional en el parto fue 93.7% presentándose disparidades, entre la zona urbana y rural, entre quintiles de ingreso y entre niveles de instrucción. A nivel latinoamericano, Colombia presentó la mayor reducción de la mortalidad materna después del 2000, siendo el seguimiento de casos una política clave; Perú presentó una reducción sustancial del indicador, pero fue cuestionado por el programa de esterilizaciones forzadas (1990-2000); en Brasil, una de las dificultades para reducir la muerte materna fue el elevado porcentaje de cesáreas; incrementar la educación sexual relacionada con el aborto fue una de las políticas que ayudaron a reducir el indicador. Finalmente, se propuso un enfoque sectorial diferenciado de la política, que priorice Guayas, Manabí, Pichincha y Chimborazo, que se lleven a cabo interacciones con la comunidad, que se construya infraestructura con enfoque multiétnico y pluricultural, que se capacite y se socialice conocimientos entre el personal de la salud que incluye a las parteras, que se incentive a la práctica de partos normales y que se revise la penalización del aborto. La mortalidad materna no presentó una reducción constante mostrando la necesidad políticas más eficientes en Ecuador.

Palabras clave: mortalidad materna, política pública, economía de la salud, asistencia calificada en el parto, Ecuador.

Abstract

Maternal mortality has an impact on three levels: family, social and economic. Also, some of the cases are avoidable deaths. Moreover, in 2014, 72.89% of maternal deaths were associated with the period of pregnancy. Guayas, Pichincha, and Manabi were the provinces with the highest number of this kind of deaths. In addition, the percentage of women who received medical attention at birth was 93.7%. However, there were disparities between the urban and rural areas, the income quintiles, and the level of education. In Latin America, Colombia presented the highest reduction of maternal mortality after 2000 and tracking these cases was a political key. In contrast, Peru registered its highest reduction in the period of 1990-2000, but this was questioned because, in this period, a program of forced sterilization was practiced. In Brazil, one of the difficulties in reducing maternal deaths was the high percentage of cesarean births. Increasing sexual education related to abortion was a public policy that helped Brazil. As a result, the following suggestions for the development of public policy were proposed: To emphasize Guayas, Manabí, Pichincha, and Chimborazo, to promote interactions with the community, to build infrastructure with a multiethnic and pluricultural approach, to train health stuff including midwives, to promote natural childbirth, and to review the penalty for abortion. Finally, maternal mortality did not show a constant reduction so it is clear there is a need for more efficient policies in Ecuador.

Key words: maternal mortality, public policy, economy of health, qualified attention at birth, Ecuador.

A mi papá y a mi mamá, por su apoyo incondicional, su amor infinito y su guía intelectual.

A mi hermana, por la calidez de su presencia y su fuerza para seguir siempre adelante.

A Sebastián, por los sueños compartidos y su amor inquebrantable.

.

Agradecimientos

A mi mamá y a mi papá, quienes me han apoyado siempre y son el pilar de mi vida.

A Tatiana Villacrés, profesora de Economía de la Salud, quien con sus clases me motivó a investigar sobre el tema, y como directora de la disertación, me guío con sus conocimientos, tiempo y paciencia.

A Andrés Rodríguez, profesor de Investigación Económica y lector de este trabajo, por su apoyo constante y sus oportunas recomendaciones.

A Daniela Almeida, lectora de esta disertación, por sus apreciables sugerencias.

Análisis de la salud materna a partir del indicador de mortalidad en el periodo 2008-2014 bajo el marco del quinto objetivo de desarrollo del milenio de la Organización de Naciones Unidas

Resumen 2
Abstract 3
Índice de Tablas 8
Índice de Gráficos 11
Introducción 13
Metodología del Trabajo 16
Preguntas de investigación 16
Objetivos 16
Procedimiento metodológico 16
Estrategias de investigación 16
Fuentes de información 17
Marco Teórico 18
Salud 18
Mortalidad 20
Mortalidad materna 21
Factores de riesgo 22
Una perspectiva global de la mortalidad materna: 22
La Salud y la Mortalidad Materna como un Problema del Estado 23
Salud pública 26
Salud y Desarrollo 27
Objetivos de Desarrollo del Milenio 29
Objetivos de Desarrollo Sostenible 30
Economía de la salud 31
Capítulo I: Descripción general y diagnóstico de mortalidad materna en Ecuador 34
Características generales de la población 34
Esperanza de vida 34
Hacinamiento 35
Población femenina 36
Educación 37
Analfabetismo 37
Escolaridad 39
Mercado laboral 43
Empleo no remunerado 44
Conocimiento de los derechos por la ley de maternidad gratuita 45
Mortalidad materna 47
Ámbito nacional 47
Ámbito provincial 48
Grupos etarios 52
Factor de asistencia profesional en el parto 52
Factor de natalidad 57
Causas 59
Capítulo II: Diagnóstico de mortalidad materna a nivel mundial 66
Diagnóstico del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio a nivel mundial 66
Nacimientos atendidos por personal de la salud 68
Mujeres que recibieron atención por personal de la salud capacitado durante el periodo de gestación 71
Embarazo Adolescente 72

Análisis de casos 74
Situación General de América Latina 74
Casos Específicos de Análisis 74
Fertilidad adolescente 94
Capítulo III: Causas del no cumplimiento de Ecuador del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, meta cinco A y parámetros de política pública que permitan mejorar el indicador de mortalidad y cumplir el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio 99
Causas del no cumplimiento del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio meta cinco A, a nivel nacional 99
Tipo de demora 101
Embarazo, parto y posparto 101
Nivel de instrucción alcanzado por la madre 111
Tipo de parto 113
Planificación familiar 113
Etnicidad 113
Acciones tomadas para mejorar la salud materna 114
Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia 115
Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes 116
Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia 120
Últimos avances 121
Parámetros de política pública para el país 123
Decisión política e institucionalidad 123
Enfoque sectorial diferenciado 124
Políticas de atención prioritaria 125
Interacciones público- privadas y con la comunidad 126
Construcción de infraestructura con enfoque multiétnico y pluricultural 126
Capacitación y socialización de conocimientos del personal de la salud que incluye parteras 127
Promoción y educación en salud a la comunidad 127
Atención oportuna en el parto por parte personal de la salud, que incluye a parteras 129
Promoción de la práctica de partos normales 129
Revisión de la penalización del aborto 130
Conclusiones 133
Recomendaciones 134
Referencias bibliográficas 135
Anexos 149
Anexo 1: Mapas 149
Anexo 2: Información del Ecuador 151

Índice de Tablas

Tabla No. 1 Hacinamiento clasificado por sectores y por quintiles de ingreso, Ecuador (%).

Tabla No. 2 Población femenina por regiones en el sector urbano y sector rural en el 2015, Ecuador (millones).

Tabla No. 3 Población femenina en edad reproductiva, Ecuador (miles).

Tabla No. 4 Población con título superior reconocido en el 2010 clasificado por etnia y por sexo, Ecuador (miles).

Tabla No. 5 Actividades del Trabajo no Remunerado clasificado por sexo, Ecuador (horas, %).

Tabla No. 6 Muertes maternas clasificadas por provincias para el año 2011 y 2014, Ecuador (número).

Tabla No. 7 Análisis de la mortalidad materna por regiones en el 2011 y 2014.

Tabla No. 8 Mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron asistencia profesional clasificada por regiones, Ecuador (%).

Tabla No. 9 Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional clasificada por área de residencia, Ecuador (%).

Tabla No. 10 Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional clasificada por quintiles de pobreza por consumo, Ecuador (%).

Tabla No. 11 Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional en establecimientos de salud pública clasificada por regiones, Ecuador (%).

Tabla No. 12 Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional en establecimientos de salud pública clasificada por sector de residencia, Ecuador (%).

Tabla No. 13 Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional en establecimientos de salud públicos Información clasificada por quintiles de pobreza por consumo, Ecuador (%).

Tabla No. 14 Causas de muerte materna en el año 2014, Ecuador

Tabla No. 15 Causas de muerte materna clasificadas por sectores en el año 2014, Ecuador (número).

Tabla No. 16 Causas de muerte materna clasificadas por sectores y por regiones en el año 2014, Ecuador (número).

Tabla No. 17 Resumen de Colombia, Perú, Brasil, Bolivia, Rwanda y Ecuador.

Tabla No. 18 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Perú.

Tabla No. 19 Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Perú (%).

Tabla No. 20 Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal, Perú (%).

Tabla No. 21 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Bolivia.

Tabla No. 22 Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Bolivia (%).

Tabla No. 23 Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal (%), Bolivia.

Tabla No. 24 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Colombia.

Tabla No. 25 Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y porcentaje de asistencia calificada en el parto, Colombia (%)

Tabla No. 26 Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal, Colombia (%).

Tabla No. 27 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Brasil.

Tabla No. 28 Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Brasil (%).

Tabla No. 29 Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal (%), Brasil.

Tabla No. 30 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Rwanda.

Tabla No. 31 Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Rwanda (%).

Tabla No. 32 Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal, Rwanda (%).

Tabla No. 33 Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto en el año 2014, Ecuador (%).

Tabla No. 34 Muertes maternas clasificadas según las etapas de embarazo, parto o posparto y lugar o establecimiento del fallecimiento en el año 2014, Ecuador (%).

Tabla No. 35 Nacimientos clasificados según lugar o establecimiento de atención en el año 2014, Ecuador (%).

Tabla No. 36 Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto, sector urbano y rural y provincia de fallecimiento en el año 2014, Oriente ecuatoriano (Número).

Tabla No. 37 Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto, sector urbano y rural y provincia de fallecimiento en el año 2014, Sierra ecuatoriana (Número).

Tabla No. 38 Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto, sector urbano y rural y provincia de fallecimiento en el año 2014, Costa y Región Insular ecuatoriana (Número).

Tabla No. 39 Nacimientos clasificados según sector urbano y rural y provincia en el año 2014, Ecuador (número).

Tabla No. 40 Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en el año 2014, Manabí y Pichincha, (número).

Tabla No. 41 Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en la zona urbana en el año 2014, Manabí y Pichincha, (número).

Tabla No. 42 Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en la zona rural en el año 2014, Pichincha, Chimborazo y Santa Elena (número).

Tabla No. 43 Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en la zona urbana en el año 2014, Morona Santiago, Sucumbíos y Napo (número).

Tabla No. 44 Muertes maternas clasificadas según el nivel de instrucción alcanzado por la madre y la etapa de ocurrencia y nacimientos en el 2014, Ecuador (Porcentaje, número).

Tabla No. 45 Nacimientos clasificados según el tipo de parto en el año 2014, Ecuador (Porcentaje).

Tabla No. 46 Conocimiento y uso de algún método de planificación familiar en el año 2014, Ecuador (Porcentaje).

Tabla No. 47 Muertes maternas clasificadas por etapa del embarazo y etnia de la madre y nacimientos en el año 2014 (Porcentaje).

Tabla No. 48 Nacimientos clasificados por tipo y por etnia de la madre en el año 2014 (Porcentaje).

Tabla No. 49 Resumen de Colombia, Perú, Brasil, Bolivia, Rwanda y Ecuador.

Tabla No. 50 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Ecuador.

Tabla No. 51 Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y asistencia calificada en el parto, Ecuador.

Índice de Gráficos

Gráfico No. 1 Analfabetismo clasificado por sexo, Ecuador (%).

Gráfico No. 2 Promedio de años de escolaridad clasificados por sexo, Ecuador (Años).

Gráfico No. 3 Población que asiste a clases clasificado por sexo y por tipo de establecimiento en el 2010, Ecuador (%).

Gráfico No. 4 Población que asiste a clases clasificada por sexo y por tipo de establecimiento en nivel de institución superior en el 2010, Ecuador (%).

Gráfico No. 5 Porcentaje del empleo no remunerado, Ecuador (%).

Gráfico No. 6 Conocimiento de los derechos por la ley de maternidad gratuita por regiones en el año 2014, Ecuador (%).

Gráfico No. 7 Conocimiento de los derechos por la ley de maternidad gratuita por ingresos en el año 2014, Ecuador (%).

Gráfico No.8 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Ecuador.

Gráfico No. 9 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos a nivel provincial en el año 2011, Ecuador.

Gráfico No. 10 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos a nivel provincial en el año 2014, Ecuador.

Gráfico No. 11 Muertes maternas clasificadas por grupos de edad en el año 2014 (%), Ecuador.

Gráfico No. 12 Nacidos vivos según nivel de instrucción de la madre y tipo de asistencia profesional en el año 2014, Ecuador.

Gráfico No. 13 Nacidos vivos por grupo de edad en el año 2014, Ecuador (%).

Gráfico No. 14 Tasa específica de madres adolescentes de 15 a 19 años, Ecuador (Madres adolescentes por cada 1.000 mujeres).

Gráfico No. 15 Tasa de mortalidad materna 1990, 2000 y 2013 por cada 100.000 nacidos vivos, Continental (%).

Gráfico No. 16 Porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado de la salud, Continental (%).

Gráfico No. 17 Porcentaje de partos atendidos por personal de salud, México y Perú (%).

Gráfico No. 18 Brecha de partos atendidos por personal capacitado entre el área rural y urbana, Continental (%).

Gráfico No. 19 Porcentaje de mujeres que recibieron atención de por lo menos cuatro veces en el periodo de gestación por personal capacitado de salud, Regiones en desarrollo (%).

Gráfico No. 20 Nacimientos de mujeres adolescentes por cada 1.000 mujeres, Continental (Número).

Gráfico No. 21 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Perú y América Latina y el Caribe.

Gráfico No. 22 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Bolivia y América Latina y el Caribe.

Gráfico No. 23 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Colombia y América Latina y el Caribe.

Gráfico No. 24 Razón de mortalidad materna por nivel educativo, Colombia (%).

Gráfico No. 25 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Brasil y América Latina y el Caribe.

Gráfico No. 26 Tasa de fertilidad adolescente. Nacimientos por cada 1.000 mujeres en edades entre 15 y 19 años, Colombia, Perú, Brasil, Bolivia, Rwanda y Ecuador.

Gráfico No. 27 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Ecuador y América Latina y el Caribe.

Introducción

La importancia de este estudio radica en que es un tema de interés, tanto constitucional como de salud pública. Por un lado, la Constitución del Ecuador (2008) establece a la salud materna como un derecho colocándole al Estado como garantista; de hecho, el artículo 32 de la carta magna tipifica a la salud de tal forma por considerarla fundamental para el Buenvivir; además, el artículo 35 establece, a las mujeres embarazadas, como grupo de personas de atención prioritaria que deben recibir atención primordial y especializada. Por otro lado, la mortalidad materna es una problemática en la cual influyen varias determinantes de la salud mostrando ahí su importancia. Según el Balance del 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) publicado por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y la Organización de Naciones Unidas (2014), tal problemática refleja la inequidad en las condiciones de vida de la población; adicionalmente, la salud materna guarda relación con la protección de la vida de la madre y del niño, y su posterior desarrollo; y, la mortalidad materna, impacta a nivel familiar, social y económico, y muchas veces es evitable. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la nota descriptiva 348 publicada en mayo (2014a), la mortalidad materna muestra la inequidad en el acceso a los servicios de salud acentuando las diferencias entre ricos y pobres; se ejemplifica en dicho informe que, en los países en desarrollo, la razón de mortalidad materna es de 230 por 100.000 nacidos vivos, cifra que al contrastarla con la de 16 por cada 100.000 de los países desarrollados, es sumamente mayor.

La disertación es presentada partiendo de que la meta de reducir las tres cuartas partes del indicador de la mortalidad materna, tal como se encontraba propuesto en el Objetivo de Desarrollo del Milenio concerniente a mejorar la salud materna de la ONU, fue un objetivo que el Ecuador no logró alcanzar para el 2015. Acorde a Gallegos (2014), en el editorial publicado en el periódico digital El Ciudadano (marzo: 2014), los resultados de los Objetivos del Milenio fueron informados por el Presidente de la República, Rafael Correa Delgado, quien subrayó el cumplimiento de metas relacionadas a la reducción de la pobreza y la erradicación del hambre, la eliminación de la desigualdad entre los sexos respecto a los niveles de enseñanza, la disminución de la mortalidad en niños menores a 5 años, entre otros hasta 2014. En el editorial se menciona que Ecuador no logró alcanzar las metas concernientes a la reducción de la tasa de la mortalidad materna y se sostiene que Rafael Correa establece como reto la mejora de tal indicador. (Gallegos: 2014).

Los ODM fueron un plan propuesto por las Naciones Unidas en el año 2000 acordado por varios países del mundo. Dicho plan abarcaba 8 temas referentes a pobreza, educación, igualdad entre sexos, mortalidad infantil, salud en el periodo de gestación, propagación del VIH/SIDA, sostenibilidad ambiental y alianza para el desarrollo (Naciones Unidas, a). El Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 buscaba “Mejorar la Salud Materna” y presentaba dos metas: la primera, especificaba la reducción de la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el periodo comprendido entre 1990 y 2015, y la segunda, planteaba alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva al finalizar tal periodo (Naciones Unidas, b).

La OMS en la nota descriptiva 348 (2014a), subraya que, la implicación de que la media de embarazos por mujer de los países en desarrollo sea mayor a la media de embarazos en países desarrollados, es que, para las mujeres de países en desarrollo existe mayor riesgo

de muerte por asuntos relacionados al embarazo. Adicionalmente, entre las causas de mortalidad materna se señala a las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional y los abortos peligrosos como causantes del 80% según expresa la Organización Mundial de la Salud (2014a). Para el caso de Ecuador, en el 2011, la razón de mortalidad materna era de 140 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos donde las primeras causas presentadas fueron, hemorragias luego del parto y trastornos hipertensivos durante el periodo de gestación (Lucio, Villacrés y Enríquez, 2011: S179)

El periodo de análisis de la disertación (2008-2014) se toma a partir de dos hechos: en primer lugar, desde el 2008 se concibe a la salud como un derecho en la Constitución de la República del Ecuador (2008). El articulo 32 tipifica que el estado debe garantizar este derecho bajo un enfoque de género y generacional. De igual forma, en el artículo 43 de la carta magna se menciona al Estado como garantista de los derechos de las mujeres en periodo de gestación y lactancia dentro de lo que se recalca temas como la gratuidad de los servicios de salud, la protección prioritaria y cuidado de su salud integral durante el embarazo, el parto y el posparto. (2008) En segundo lugar, en Septiembre del 2008 el Ministerio de Salud Pública (2008), lanzó el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal.

Además, según el Plan Nacional del Buenvivir (PNBV) publicado por la Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) (2013-2017: 152), en el año 2013, no se ha logrado impactar en el indicador de la tasa de mortalidad materna. Por tanto, existe la necesidad de crear parámetros de políticas públicas que generen mejores resultados. Adicionalmente, el PNBV (SENPLADES, 2013-2017: 152) establece como una de sus metas reducir, para el 2017, la razón de mortalidad materna a 50 por cada 100.000 nacidos vivos. Por otro lado, se estipula dentro del objetivo 3 que busca mejorar la calidad de vida de la población, y dentro de la sección de políticas y lineamientos 3.1 que busca "promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social", literal G "Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal con enfoque integrado e intercultural." (2013-2017: 483). Según el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal elaborado por el MSP (2008:15), la muerte materna tiene grandes consecuencias dentro de las que se considera:

- la reducción de la supervivencia de los recién nacidos,
- la disminución del desempeño escolar de los niños huérfanos, y
- la pérdida de ingresos y productividad económica familiar.

Estas repercusiones revelan la importancia que tiene contar con una tasa alta de mortalidad materna. Es por ello que la población contemplada en el presente análisis son las mujeres en edad reproductiva consideradas para el cálculo del indicador; es decir las mujeres ecuatorianas entre 15 y 49 años de edad.

El marco teórico del trabajo contempla la definición de salud, mortalidad, y mortalidad materna; incorpora un estudio de determinantes de riesgo; analiza la importancia de la salud y la mortalidad materna tomando a la mujer como parte de la fuerza laboral de un país y de los hogares; y plantea a la mortalidad materna como un problema de salud pública en base de características multifactoriales. Además, estudia la salud pública como herramienta para mejorar las condiciones de la población; complementa el vínculo entre salud y desarrollo a partir Todaro y Smith (2012) y Acemoglu (2009); estudia la relación

entre economía y los indicadores de salud descrita por Szot (2002) y analiza a Doyan y Gough (1994) que vinculan la renta per cápita, la expectativa de vida y la calidad de la misma. Adicionalmente, examina la evolución de la cooperación internacional hasta la firma de los ODM como hoja de ruta que marcó un hito histórico en el compromiso entre naciones.

Subsecuentemente, el trabajo de investigación se divide en tres partes: La primera parte presenta una descripción general y diagnóstico de la mortalidad materna en Ecuador evidenciando que el indicador no ha presentado mejoras. Se incorpora información respecto a la atención profesinal en el parto y al conocimiento de los derechos por ley de maternidad gratuita en el territorio nacional. Finalmente, se cuenta con información de las causas de muertes maternas. La segunda parte presenta un análisis de diagnóstico a nivel mundial del quinto ODM enfatizando la meta cinco A. Se constata que Asia tuvo los mejores resultados, en promedio, y África Subsahariana los peores, enfatizando que, el progreso del indicador, no fue uniforme entre las regiones del planeta. Adicionalmente, se contemplan datos relacionados con la atención médica en el parto y la atención prenatal. Conjuntamente, se enfatiza que, en países latinoamericanos, persiste una brecha de nacimientos atendidos por profesionales de la salud entre mujeres indígenas y no indígenas. Se expone un estudio más detallado de la mortalidad materna en el periodo 1990-2015 en Colombia, Perú, Brasil, Bolivia y Rwanda abarcando temas como la asistencia en el parto, el uso de métodos aticonceptivos, el aborto, el tipo de parto, entre otros. La tercera parte presenta un análisis, de los factores claves que pueden ser considerados como causas del no cumplimiento del ODM meta cinco A, a nivel nacional. Finalmente, en base de las experiencias internacionales relacionadas con el objetivo de salud materna y lo anterior mencionado se proponen parámetros de política pública sugiriendo un enfoque sectorial diferenciado de la política priorizando Guayas, Manabí, Pichincha y Chimborazo. Además, se establece la necesidad de llevar a cabo interacciones público-privadas y con la comunidad, construir infraestructura con enfoque multiétnico y pluricultural, capacitar y socializar conocimientos entre el personal de la salud que incluye a las parteras, incentivar la práctica de partos normales y revisar la penalización del aborto.

La motivación del trabajo fue mostrar la realidad del país en cuanto a la mortalidad materna y sus implicaciones para proponer parámetros de política pública que tengan mayor impacto en la reducción del indicador a partir de experiencias de otros países.

En resumen, las altas tasas de mortalidad materna reflejan inequidad en el acceso a servicios de salud, subrayan las diferencias entre ricos y pobres, vuelven más vulnerables a los niños que quedan huérfanos, representan una pérdida de productividad e ingresos familiares, entre otras cosas. Para los países en vías de desarrollo, como Ecuador, la implicación conlleva a que exista mayor riesgo de muerte por temas relacionados al embarazo. Adicionalmente, la nación, pese a los esfuerzos internacionales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los esfuerzos nacionales como la estipulación de la salud como un derecho para mejorar la salud materna, no logró alcanzar las metas concernientes a la reducción de la tasa de la mortalidad materna.

Metodología del Trabajo

Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Cuáles son las razones por las cuales, Ecuador en el periodo 2008-2014, no ha cumplido el objetivo del milenio referente a la salud materna?

Preguntas específicas

¿Cómo se presenta la salud materna a partir del indicador de mortalidad bajo el marco del quinto objetivo de desarrollo del milenio de la ONU en el periodo 2008-2014?

¿Cuáles fueron las estrategias implementadas por otros países que les permitieron reducir el indicador de mortalidad materna?

¿De acuerdo a la experiencia nacional e internacional para el cumplimiento de la meta A del Objetivo de Desarrollo del Milenio número cinco, qué parámetros de política pública pueden ser aplicados en el país?

Objetivos

Objetivo general

Estudiar las razones por las que Ecuador no pudo cumplir el Objetivo del Desarrollo del Milenio referente a salud materna.

Objetivo específico

Analizar la situación de salud materna en el Ecuador en base al indicador de mortalidad bajo el contexto del cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio número cinco.

Examinar las estrategias implementadas por otros países que les permitieron reducir el indicador de mortalidad materna.

Proponer parámetros de política pública dirigidos a reducir la tasa de mortalidad materna en base a la experiencia nacional e internacional en dicho ámbito.

Procedimiento metodológico

Estrategias de investigación

El tipo de investigación fue de carácter descriptivo. Por un lado, se estudió la situación en la que se encontraba el país respecto a la mortalidad materna y; por otro, se analizó las políticas emprendidas en el periodo 2008-2014 con el fin de reducir las tres cuartas partes del indicador de mortalidad materna tal como se encontraba propuesto en el Objetivo de Desarrollo del Milenio, concerniente a mejorar la salud materna.

Adicionalmente, debido a que no ha sido un tema estudiado a profundidad en la Facultad, la disertación también fue de carácter exploratorio en la investigación. De otro lado, el enfoque de investigación fue mixto abarcando tanto la parte cualitativa como cuantitativa. En la parte cualitativa se realizó un análisis abarcando desde las obligaciones del Estado como garantista de la salud como un derecho, el Plan de Reducción Acelerada de

Mortalidad Materna, las políticas realizadas por el MSP cuyo fin era mejorar la salud materna, entre otras. La parte cuantitativa abarcó el desarrollo de un estudio de la situación del Ecuador y la situación de otros países latinoamericanos y Rwanda a partir de la salud materna y la tasa de mortalidad por causa. Finalmente, se plantearon parámetros de política pública en base al análisis anterior.

Fuentes de información

A nivel internacional, los datos fueron extraídos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) específicamente de los informes anuales de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, otra organización de la cual se extrajo información concerniente al tema fue la Organización Mundial de la Salud específicamente de las notas descriptivas relacionadas a los ODM.

A nivel regional, se obtuvo información de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) fue otra fuente de información.

A nivel nacional, las fuentes de información principales fueron: el Plan Nacional del Bienvivir (2013-2017), el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) y, el Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y defunciones del 2011 y del 2014.

Marco Teórico

En el marco teórico expuesto a continuación se presentan varios análisis: En la primera parte, se exponen varias definiciones de la palabra salud partiendo desde su etimología hasta la definición presentada por la OMS en la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946; definición a la que este trabajo se acoge por ser la más aceptada a nivel mundial. Adicionalmente, se presenta la definición de mortalidad materna y la importancia de diferenciarla del concepto de la mortalidad general o del fallecimiento de una mujer embarazado por causas accidentales o ajenas al embarazo, pues éstas no son registradas dentro del indicador. En la segunda parte, se estudia la problemática que lleva consigo el fallecimiento de la madre a partir de analizar la importancia de la salud, la mortalidad materna y la pertinencia de su estudio, principalmente, en países donde la tasa de mortalidad materna sigue siendo alta. También se analiza la mortalidad partiendo de los determinantes de riesgo en base a la investigación de Chávez et al. (2010). En tercer lugar, se presenta a la salud pública como herramienta que permite mejorar las condiciones de la población y desde esa óptica, se describe la situación que viven varios países como Bangladesh, Nueva Guinea, Jamaica y Egipto y, de manera más profunda, se analiza la situación de países latinoamericanos como México, Colombia, Honduras, Cuba, Bolivia y Chile; complementariamente, se señalan varias políticas públicas ejecutadas por estas naciones y algunos de sus resultados.

Con el fin de subrayar la importancia de la política pública en la salud, se presenta un análisis del vínculo entre salud y desarrollo en base a Todaro y Smith (2012) y Acemoglu (2009), la relación entre economía y los indicadores de salud según Szot (2002), y el vínculo entre la renta per cápita, la expectativa de vida y la calidad de ésta, acorde a Doyan y Gough (1994). En la cuarta parte, se analizan los Objetivos de Desarrollo del Milenio como hoja de ruta que marcó un hito histórico en el compromiso entre naciones y se enfatiza las razones por las que la mortalidad materna es vista como una prioridad internacional y nacional (analizando las situaciones por las que Ecuador no cumplió con el ODM referente a salud materna).

Finalmente, se considera la salud dentro del campo de la economía. Se presenta su formulación formal en el primer modelo propuesto por Grossman en 1962 y se estudia el enfoque de la salud como capital humano a partir de Mushkin (1962). Se hace un recuento histórico empezando por el concepto de capital humano que sirvió, tanto para el desarrollo formal de modelos económicos como para establecer un vínculo entre salud y desarrollo. Complementariamente, se presentan estudios que realzan la importancia de tal variable para alcanzar mejores condiciones de vida en la sociedad.

Salud

Existen varias definiciones propuestas para la palabra salud. Para empezar el análisis teórico, se contempla tanto el origen etimológico de la palabra como su definición propuesta por algunos autores.

En primer lugar, según Prado (1997: 4-9), el término salud viene del latín, específicamente de la palabra Salus y Salvatio cuyo significado era “estar en condiciones de poder superar un obstáculo”; no obstante, se enfatiza que, en la actualidad, la palabra salud no solo concibe la superación de un obstáculo debido a que, si solo contemplase el hecho de “superar una dificultad”, implicaría que la salud fuese “el hábito o estado

corporal que nos permite seguir viviendo". Un análisis alterno realiza Orozco (s.f), quien contempla a la salud, no como un estado, sino como un proceso continuo de equilibrio inestable o restablecimiento continuo de éste, entre el ser humano y factores biológicos, medios ambientales, socioculturales y simbólicos. Dentro de esta corriente, Canguilheim (1982, citado en Orozco, s.f) sostiene que, ante la alteración de alguno de estos factores de manera prolongada, la persona adopta una respuesta fija con el objetivo de retomar el equilibrio.

Caponi (1997: 289) propone un análisis conceptual partiendo de dos visiones contrarias: En primer lugar cita a Kant, que entiende al concepto de salud como ajena al campo objetivo puesto que, el ser humano no puede realmente saber su estado de salud; y en segundo lugar, se presenta a Canguilhem quien sostiene que la salud es un concepto trivial pues se encuentra al alcance de todos y no es necesario usar la ciencia para llegar a éste. Por otro lado, Orozco (s.f) comenta que Barro toma a la salud como un capital productivo. De hecho, dentro de la economía, la salud ha sido definida como capital humano. Remitiéndose directamente Barro (1996: 3-24), se considera que, pese a que el capital sea considerado, dentro de la escuela neoclásica, un concepto que abarca tanto los bienes físicos como el capital humano (salud y educación), se ha identificado a la educación como un factor que contribuye al capital humano, pero poco se ha comentado de la salud como tal; de hecho, Barro realza la importancia de la relación entre salud y economía sosteniendo que la salud tiene impacto dentro de la productividad de las personas.

El estudio previo muestra la discrepancia al momento de definir el término de salud, por lo que varios autores toman la definición establecida por el órgano rector en la materia: la Organización Mundial de la Salud (a) en el preámbulo de la constitución del organismo en 1946 menciona lo siguiente:

> La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Habiendo presentado las definiciones de varios autores, es determinante señalar que la última es la definición a la que el presente trabajo se acoge. Complementariamente, dentro de esta sección se considera también la importancia de la salud en sí misma razón por la que se estudia a Sen (1999:2-10), quien sostiene que la libertad depende de varios factores. Entre mencionados factores se debe contemplar los acuerdos sociales y económicos, como la facilidad de acceder a la educación y a la salud, visión que abarca un análisis mucho más complejo de la sociedad y la economía en su conjunto pues la importancia de las buenas condiciones de salud, la educación básica y el empoderamiento radica en que éstas afectan lo que el individuo podría alcanzar en el futuro; como ejemplo, se sostiene que, en Estados Unidos, los afroamericanos son relativamente más pobres en comparación con el resto de la población, hecho que se puede aducir a que han tenido menos acceso a las oportunidades referentes a salud, educación, etc. (Sen, 1999:2-10) En otras palabras, todos los factores mencionados anteriormente, incluyendo la salud y la educación, no solo afectan el presente, sino el futuro de las personas.

Tras haber definido lo que se entiende por salud, la importancia de ésta y el impacto que lleva consigo su carencia, se procede al análisis de mortalidad pues no se puede entender a la salud sin considerar a esta ya que, la primera, tiene impacto en el bienestar de las personas, la calidad de vida de los individuos y la duración del ciclo de vida que las personas presenten.

Mortalidad

La Real Academia de la lengua define a la mortalidad como el final de la vida. En cuanto a los datos, la OMS (b) menciona que la mortalidad indica el número de defunciones clasificadas por lugar, periodo de tiempo, causa o característica.

Dentro del campo de la salud, Tapia (2005: 287) sostiene que los fenómenos que se relacionan con esta variable, como la enfermedad y la mortalidad, son campos estudiados por varias disciplinas y, recalca la diferencia entre epidemiología, entendida como el estudio de las enfermedades de la población y las causas de mortalidad, y demografía vista como el estudio cuantitativo de la población.

Las primeras observaciones de la relación entre enfermedad, muerte y actividades económicas datan del siglo XVI donde Ulrich Ellenbor, Georgious Agrícola y Teofraso Paracelso, trataban de entablar una relación entre los trabajadores de cierta actividad y la mortalidad por una enfermedad que les aquejaba; este hecho llevó al descubrimiento de las enfermedades de los mineros (Tapia, 2005: 288). De manera más actual, Rodríguez (2013: 133) citando a Rehm (1985), sostiene que, se debe recalcar que el trabajo juega un papel no neutral en el estado de salud de las personas.

Acorde a Acemoglu (2009: 173-185) entre los factores que pueden afectar la salud se presenta la geografía, como posible causante de enfermedades, y las áreas urbanas que presentan condiciones de pobreza. Adicionalmente, según Espejo y Fuentes (1999: 28), las situaciones adversas asociadas a mayor morbimortalidad en los niños son: bajo peso al nacer, falta de apego temprano entre madre e hijo, malos estilos de crianza, falta de relación interpersonal significativa durante la niñez, entre otras y, recomienda que se ponga mayor atención en la transmisión de la importancia del apego temprano del infante, en las consultas durante el embarazo, parto y postparto. Según Cacioppo y Bernston (2002:8-26), el aislamiento o falta de relaciones interpersonales guarda relación con la mortalidad y morbilidad: los autores sostienen que existen estudios epidemiológicos que han logrado establecer que, muchos factores que dañan la salud, están asociados al contexto social señalando que la mente en sí, construye y destruye, pero en base a un contexto en el que abarca la familia, las relaciones interpersonales, la cultura, la historia, entre otros; es decir que, los factores sociales influencian la mente, que, a su vez altera las condiciones biológicas de las personas y terminan afectando el progreso de la sociedad en si por ser la salud clave para el desenvolvimiento de la misma. Para Chávez et al. (2010: 43), entre los factores o determinantes de riesgo que deben ser considerados en el análisis de mortalidad se presentan los siguientes:

1. Factores biológicos.
2. Factores hereditarios.
3. Factores psicológicos.
4. Factores emocionales.
5. Situación socioeconómica y cultural de las personas.
6. Condiciones ambientales.
7. Acceso a los servicios de salud.

Luego de haber analizado el vínculo entre salud y mortalidad y los factores de riesgo que deben ser tomados en cuenta, es importante realizar la distinción entre mortalidad (de forma general, es decir como se ha presentado hasta el momento) y mortalidad materna (como se analizará a continuación).

Mortalidad materna

Para iniciar el estudio de mortalidad materna se realiza, una reseña histórica y, posteriormente, se presenta la definición de la mortalidad por esta causa; para finalmente establecer los factores de riesgo relacionados.

La contextualización histórica presentada a continuación, es realizada en base un artículo de Uribe (s.f: 1-3) en el que se parte del siglo XVII donde el fallecimiento de la mujer debido al parto, principalmente, era considerado como natural y esperado; posteriormente, a partir del nacimiento de la obstetricia, aparece consigo el "desarrollo del arte de los partos"; para el siglo XIX la cirugía, reflejaba, según el autor, la búsqueda de "mantener con vida (...) a la madre y al hijo" y finalmente, para el siglo XX, aparece ya la especialidad del estudio con la gíneco–obstetricia, donde se vinculan nuevos elementos como la epidemiologia y la estadística que abren paso a que, en la mitad de dicho siglo, se inicie el interés por la mortalidad materna en sí misma.

Respecto a lo concerniente a la definición del término "mortalidad materna", Uribe (s.f: 2) enfatiza que el concepto "no es (…) rígido, sino que se ha ido transformando acorde a la nueva visión social, económica, tecnológica y del conocimiento". De hecho, el concepto comúnmente aceptado es el planteado por la Organización Mundial de la Salud en la décima revisión de la Clasificación de Estadísticas de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos en 1992 citado por la OMS (2008a) que define a la mortalidad materna como:

> La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Acorde a dicho documento, la importancia de mencionada definición es la capacidad de identificar las defunciones maternas en base a las causas que la provocan que se encuentran clasificadas a continuación (OMS, 2008a: 4):

1. Causas directas: complicaciones obstétricas del embarazo.
2. Causas indirectas: enfermedades que la mujer poseía antes del embarazo y cuyo estado se agrava por los efectos fisiológicos de este acontecimiento.

Para Uribe (s.f: 2) es vital diferenciar la muerte materna obstétrica directa y la indirecta entendiéndoselas de la siguiente manera: a) muerte materna directa: "aquella que resulte de complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su momentum (...)"; b) muerte materna indirecta: "el resultante de una enfermedad o patología existente, o que se desarrolló durante el embarazo, cuyo origen no tiene relación directa (…), pero cuya evolución puede ser agravada por los efectos fisiológicos (...)".

De manera similar, para Lordaz, Ranger y Hernández (2010: 359), la muerte materna tiene dos clasificaciones: La primera, por causa directa como las complicaciones obstétricas del embarazo y la segunda, por causa indirecta como, por ejemplo, la consecuencia de enfermedades que la mujer ya tenía previo a su embarazo y o la evolución de las mismas en el periodo de gestación.

Factores de riesgo

Según García et al. (1993), los factores de riesgo dentro de la mortalidad materna hacen referencia a las condiciones que se pueden presentar y que, incrementan la probabilidad de adversidades en la salud de la madre y el infante. Además acorde a Last citado por García et al. (1993), estos atributos se asocian con "una probabilidad mayor de desarrollar un resultado especifico (...), este atributo no necesariamente constituye un factor causal directo y puede ser modificado por alguna forma de intervención". Los factores de riesgo que contemplan Lordaz, Ranger y Hernández (2010: 357) son los siguientes:

1. Antecedentes biológicos.
2. Antecedentes hereditarios.
3. Antecedentes psicológicos.
4. Factores socioeconómicos.
5. Factores culturales.
6. Situaciones emocionales.
7. Situación ambientales y de comportamiento.
8. Edades extremas.
9. Multiparidad.
10. Estado nutricional deficiente.
11. Baja escolaridad
12. Marginación.

Para resumir, se observa que, la mortalidad materna es diferente de la mortalidad general debido a que contempla un periodo establecido y a su vez, unas causas determinadas razón por la que, autores como Rodríguez y Oliva (2009: 1), sostienen que es determinante que se comprenda el concepto de mortalidad por tal causa; principalmente por parte de quienes recolectan los datos, con el fin de que no se vean alterados.

A continuación se presenta un análisis más profundo de la salud y la mortalidad materna más allá de su definición, incorporando nociones que permiten inferir el por qué representan un problema público que debe analizarse y atenderse desde las políticas públicas de los países.

Una perspectiva global de la mortalidad materna:

Schultz, citado en Tafani, Gaspio y Maldonado (2005: 26), sostiene que la reducción de la mortalidad durante el siglo XX se debe al incremento del ingreso real per cápita; aunque también, asegura que, el hecho de que las tecnologías para atender las enfermedades sean más eficientes, debe ser tomado en cuenta. De hecho, como se mencionó anteriormente, en el siglo XX, aparece la gíneco–obstetricia, especialidad enfocada al cuidado del cuerpo de las mujeres y su salud sexual y reproductiva acorde a Uribe (s.f: 1-3).

Cabe mencionar que Schultz, citado en Tafani, Gaspio y Maldonado (2005: 26) enfatiza que el incremento de la asignación de recursos para la atención médica, mejora los resultados de los indicadores, sin embargo, sostiene que se debe considerar que presentan rendimientos decrecientes.

Por otro lado, Chávez et al. (2010: 1), mencionan que, pese a registrarse una disminución de la tasa de mortalidad materna a nivel mundial en un periodo, ésta se incrementó posteriormente reflejando la importancia del estudio de este tópico.

Sobre el mismo tema, en el artículo de Briozzo et al. (2002), se señala que la mortalidad materna se encuentra distribuida de forma sumamente desigual en el mundo: países de África y Asia llegan a registrar hasta 1.000 mujeres fallecidas por cada 100.000 embarazos mientras que, en países de América del Norte y Europa Occidental, hay cifras menores a 29 muertes por cada 100.000 embarazos. Asimismo, Rathe (s.f: 3) escribe que, se demostró en países asiáticos, que pese a que los logros en salud y nutrición fueron modestos, el bienestar actual mejoró, incrementando la probabilidad de que se aumenten las capacidades y se impulse un desarrollo realmente sostenible. Sin embargo, no se debe olvidar que el desarrollo es un proceso complejo pues abarca varios factores. Además, se enfatizó que en estos países, la educación es impartida tanto para niñas como niños teniendo como resultado una disminución de la tasa de fecundidad, variable relacionada con la educación de la mujer, un mejor cuidado de los infantes y un aumento del consumo de servicios preventivos (Rathe, s.f: 3). Además, Rodríguez (2010: 3), enfatiza que países que presenten condiciones de salud y educación precarias, también presentan problemas con alcanzar un crecimiento sostenido por lo cual, la inversión en salud es clave para el desarrollo.

Refiriéndose a las causas de la mortalidad materna a nivel mundial, Briozzo et al. (2002), comentan que "la inmensa mayoría de las muertes maternas se vinculan a embarazos no deseados (estimados en 75 millones por año)" y establecen las siguientes causas en base a la frecuencia de las muertes:

1. Hemorragias,
2. causas indirectas,
3. infecciones,
4. causas vinculadas con el aborto,
5. causas vinculadas a la hipertensión,
6. complicaciones propias del parto;

Acorde a Aguirre (2009), para el final de este siglo, la mortalidad materna debía concentrarse en edades avanzadas, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo; además, la mortalidad materna e infantil deberá reducirse fuertemente; la primera deberá estar por debajo de 10 por 100.000, mientras que la segunda, deberá ser menor a 10 por 1.000.

La Salud y la Mortalidad Materna como un Problema del Estado

La importancia de la salud materna ha sido analizada por varios autores conjuntamente con la mortalidad de este tipo.

Freyermuth y Sesia (2009: 12), sostienen que el indicador de mortalidad materna muestra, por un lado, el grado de desarrollo de la nación y por otro, la calidad de los servicios de salud conjuntamente con la equidad. Adicionalmente, acorde al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la desigualdad de género supone un costo para el desarrollo humano y es un obstáculo difícil de superar pues ésta se presenta, principalmente, en los componentes abarcados por el Índice de Desigualdad de Género expuestos a continuación:

1. Salud reproductiva:
   a. Tasa de mortalidad materna.
   b. Tasa de fecundidad adolescente.

2. Empoderamiento:
    a. Proporción de mujeres con escaños parlamentarios.
    b. Proporción de hombres y mujeres que cursaron la secundaria.

3. Situación económica:
    a. Tasa de participación en la fuerza laboral de mujeres y hombres mayores de 15 años.

En el documento de Maine, et al. (1997: 2), se recalca que es vital mejorar la salud de las mujeres pues, las mujeres en sí mismas son cruciales para el desarrollo de un país tanto de forma social como económica ya que son parte de la fuerza laboral de las naciones y, a su vez, son la "columna vertebral de los hogares". Por otro lado, para Rodríguez y Oliva (2009: 13) la importancia de medir la mortalidad materna radica en que evidencia que "permitir la muerte de una mujer por el hecho de estar embarazada -dado el avance de la ciencia y la tecnología- es una violenta vulneración a los derechos humanos (más específicamente, a los derechos reproductivos)"; y se añade que se debe tomar en cuenta que, alrededor del 90% de este tipo de fallecimientos, son evitables.

Acorde al artículo de García, et al. (1993), las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad reproductiva se encuentra relacionada con el embarazo. Adicionalmente, según Gallego, Vélez y Agudelo (s.f: 15), la mortalidad materna es un problema de salud pública por dos temas que abarcan otros subtemas que se mencionan a continuación:

1. El fallecimiento de la madre tiene impacto en varios niveles:
    a. familiar,
    b. Social, y
    c. Económico.

2. La mortalidad materna afecta a gran parte de los países pobres de todo el mundo e impacta de la siguiente manera:
    a. Es una tragedia evitable.
    b. Representa una experiencia traumática para todos los seres cercanos.
    c. Afecta el bienestar de la familia.
    d. Afecta la supervivencia de los niños y su desarrollo.

Tafani, Gaspio y Maldonado (2005: 26) plantean que, cuando la madre tiene buena salud, existe mayor probabilidad de que el niño también la tenga por lo que la salud materna está vinculada con la salud infantil; de hecho, los autores muestran que existe una relación entre la expectativa de vida al nacer, la mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna. Por el lado de la salud de los infantes, Banerjee y Duflo (2012: 102) muestran que, pese a que en gran parte del mundo las escuelas son gratuitas, hay grandes tasas de absentismo por lo que éste no se explica desde el costo monetario, sino que puede explicarse, en parte, por la mala salud de los niños. Como resultado de ambos estudios, se puede decir que la salud de las madres puede tener relación con las tasas de absentismo de los niños o directamente con el desarrollo de los países, pues para varios autores la educación de los infantes es la base de éste.

Según mencionan Gallego, Vélez y Agudelo (s.f:15), "debido a que gran proporción de mujeres en edad fértil pertenece a la población trabajadora y económicamente activa, las

muertes maternas generan una pérdida de la productividad económica y una disminución de los ingresos familiares", además de que, muchas veces, ellas eran cabeza de hogar encargadas de sostener económicamente a sus familias, reflejando que la pérdida de esta figura, genera en los hijos carencias tanto para la supervivencia como carencias afectivas y de protección.

Acorde Herrera et al. (2006: 73), después del fallecimiento de la madre, viene un proceso de desintegración familiar, e incluso el destino de los hijos es dudoso, luego existe un proceso de adaptación a la pérdida; y finalmente, viene el proceso de reestructuración donde el viudo busca una nueva acompañante y trata de resolver los problemas financieros a causa del fallecimiento (gasto en medicina por ejemplo). Por otro lado, según Romero et al. (2010: 48), se establecen tres repercusiones principales de la muerte materna:

1. Se presentan problemas económicos relacionados a la mujer como parte de la mano de obra.
2. La orfandad de los niños puede causar división entre la familia.
3. La reconstrucción de la pareja por parte de los viudos puede convertir a sus hijos en estorbos.

Otro punto de vista que refleja la importancia de la muerte materna es que ésta afecta a las mujeres en edad reproductiva que viven en zonas rurales principalmente, enfatizando a la mortalidad materna como un problema de salud pública según Romero et al. (2010: 1). En las zonas rurales de países como Honduras, existe una concepción de que el hombre es "dueño" de la mujer, y esto se traduce en "una relación desigual entre los géneros que se expresa en los resultados de una muerte materna, la profunda ausencia de poder de la mujer" según Torres y Sequeira (2003: 7).

Acorde a un artículo de Eternod (enero-abril, 2012) publicado en el International Journal of Statistics and Geography, la mortalidad materna dentro del marco de las políticas públicas, refleja varios problemas en el acceso a los servicios de salud, la oportunidad de los mismos, la calidad de la prestación, la infraestructura, entre otros, que dependen de los hacedores de política pública; además, se enfatiza que, la mortalidad materna como indicador, refleja "la articulación que debe haber entre un derecho y una política pública responsable de que este derecho se cumpla". Acorde a Lordaz, Ranger y Hernández (2010: 357), las causas de la mortalidad materna presentan relación con temas como la accesibilidad, el costo y la oportunidad de intervenciones, y la calidad de los servicios prestados.

En conclusión, la mortalidad materna, es un problema de salud pública según señalan varios autores pues existe gran cantidad de temas asociados a ésta. Entre dichos tópicos se presentan los mencionados por Lordaz, Ranger y Hernández, (2010: 357) quienes dicen que se trata de un problema público, principalmente por tener características multifactoriales abarcando temas de:

- inequidad social,
- inequidad de género,
- pobreza,
- educación,
- falta de información de los cuidados en el embarazo, entre otros.

Salud pública

Según menciona Franco (2006) en su artículo difundido por la Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica en Medellín, la salud pública ha sido establecida por varios autores como un campo de conocimiento para guiar acciones, pero ésta es mucho más que eso, pues se encuentra atravesada por corrientes políticas e ideológicas; además, sostiene que el método de la salud pública debe comprender varias disciplinas que busquen el bienestar social, la democracia y el desarrollo humano de forma sostenible.

Para Tapia (2005: 287), la salud pública utiliza métodos concretos con el fin de mejorar la salud de la población; además, subraya que esta disciplina lleva un conflicto consigo desde su aparición, tomando en cuenta que su nacimiento se da a partir de la ideología *Laissez Faire*: por un lado, para los Sanitaristas, había que regular para evitar epidemias que afecten a la población mientras que, para los de la ideología de *Laisses Faire*, cualquier tipo de control implicaría una intervención del estado, hecho que no permitiría la libre interacción del mercado causando una asignación ineficiente de recursos. Donald Acheston retomando a Winslow, (citado en Franco: 2006), establece que la salud pública es una ciencia y arte al mismo tiempo, cuyos objetivos, presentados a continuación, serán alcanzados mediante los esfuerzos organizados de la sociedad:

1. Prevenir enfermedades.
2. Prolongar la vida.
3. Promover la salud.

Caso contrario, para la Organización Panamericana de la Salud, (citado en Franco: 2006), la salud pública no es una ciencia sino

> Un esfuerzo organizado de la sociedad y sus instituciones públicas para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de la población mediante actuaciones del colectivo.

Según Espejo y Fuentes (1999:26), la pregunta de la que parte la salud pública es del por qué unos viven o se enferman más que otros. Para Franco (2006: 110), el concepto básico que permite presentar, posteriormente, el concepto de salud pública, es la existencia de variables determinantes de la salud colectiva que son materia de la intervención del Estado, superando la premisa de que la salud es solo responsabilidad del individuo, permitiendo considerar variables exógenas que se presentan como obstáculos para que las personas alcancen el bienestar. De hecho, Espejo y Fuentes (1999) y Franco (2006) analizan la existencia de determinantes de la salud: para los primeros existen factores que influyen en el hecho de que unas personas vivan más que otras mientras que, para el segundo autor, existen variables por las cuales el Estado debe intervenir.

Espejo y Fuentes (1999: 26) comentan que, la respuesta de por qué unos viven o se enferman más que otros se dio a partir del establecimiento de determinantes tradicionales que inciden en la salud de los hogares, de tal manera que los hacen más o menos riesgosos a contraer una enfermedad o morir más pronto; determinantes tales como:

1. La pobreza.
2. El ambiente.
3. La alimentación.
4. El estilo de vida.

Sin embargo, en un concepto llamado *Nueva Salud Pública* propuesto por Espejo y Fuente (1999: 27), se establece la importancia de abarcar más determinantes en el estudio con el objetivo de que las políticas presenten mejores resultados puesto que se ha demostrado que, pese a controlar los determinantes tradicionales, las diferencias de morbilidad y mortalidad persisten.

Báscolo (2003: 9) comenta que el mejoramiento de la salud en la población, promueve el proceso de desarrollo de la sociedad como un todo. De otro lado, la salud pública ha sido reconocida por autores como Cardona y Franco (julio-diciembre 2006: 109) como una disciplina científica por tener marco teórico y metodología que permitan analizar su objeto de estudio. Este hecho hace que se encuentre necesariamente en un proceso de cambio teórico todo el tiempo al igual que cualquier otra disciplina. Sin embargo, la definición de salud pública no es única puesto que se ha llegado a catalogarla de formas distintas.

Respecto a la intervención del estado, para Stiglitz (2000: 348-350) los argumentos a favor parten, incluso del caso en que el sector sanitario no contase con imperfección alguna, puesto que, el ente regulador (estado), tendría la obligación de intervenir porque existe una parte de la población que no puede realizar el pago necesario por concepto de asistencia sanitaria; sin embargo, éste no es el caso según el autor pues el mercado sanitario está lleno de imperfecciones, tanto de las tradicionales (información imperfecta y competencia limitada) como las específicas del sector salud (papel de las instituciones sin fines de lucro y existencia de seguros médicos), razones por las que, se considera que algunas de las imperfecciones mencionadas llevan a realizar excesivos gastos.

El análisis de mercado no es el único dentro de la economía de la salud, pues hay que tomar en cuenta el tema relacionado con la salud pública. Autores como Espejo y Fuente (1999: 26), sostienen que la salud pública debe promover la reducción de la pobreza, el mejoramiento del medio ambiente y la estimulación de estilos de vida saludables, además, mencionan que los dos primeros factores tienen relación con un compromiso de los tomadores de decisión mientras que, el tercero depende del individuo y los resultados de proyectos emprendidos para modificar la conducta de las personas; resultados que han sido poco significativos.

Dentro de este análisis, se debe tomar en cuenta el concepto de necesidades humanas. Acorde a Doyan y Gough (1994: 25-30), mencionado concepto es utilizado con el objeto de justificar o criticar las políticas sociales y creen que se debe tomar en cuenta que "una política de la necesidad tiene mucho que aprender de aquellos países donde se ha alcanzado unos niveles de satisfacción de necesidades mucho más altos de lo que cabría de esperar por su nivel de renta per cápita"; además para los autores, se busca elaborar una teoría de necesidades como alternativa al neoliberalismo y conservadorismo, tomando en cuenta los errores del paternalismo estatal del bienestar, y considerando el colectivismo paternalista que partió de la existencia de necesidades comunes.

Salud y Desarrollo

Al igual que Stiglitz (2000), Rathe (s.f: 3) menciona que existen áreas de la economía que requieren necesariamente la intervención gubernamental pues el mercado no asigna de buena manera los recursos. Adicionalmente, Rathe (s.f: 3) sostiene que los esfuerzos en salud tienen los siguientes objetivos:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Mejorar la equidad social.
3. Reducir la pobreza.
4. Mejorar el bienestar individual.

Para Todaro y Smith (2012: 359), la salud es esencial para el bienestar pues se encuentra ligada, conjuntamente con la educación, a las capacidades que una persona tiene, además de que ambas pueden ser vistas como componentes fundamentales para el crecimiento y el desarrollo. Adicionalmente, Acemoglu (2009: 8-12), sostiene que existe una relación entre el ingreso y el bienestar pues altos niveles de ingresos permiten mejores estándares de vida; además, comenta que se ha demostrado una correlación entre la esperanza de vida y el PIB por lo escribe que, en sí mismas, las diferencias en la esperanza de vida entre un país y otro, representan grandes brechas de bienestar. Sin embargo, Doyan y Gough (1994: 338-340), sostienen que no se puede hablar necesariamente de la existencia de una relación entre crecimiento y desarrollo pues, muchas veces, al tratarse de desarrollo se abarca un solo indicador que no recoge todos los aspectos de las necesidades de las personas.

Acemoglu (2009: 202) comenta que existe evidencia suficiente que sugieren que un individuo no saludable es menos productivo y menos exitoso como capital humano; por esta razón, se debe tomar en cuenta a la salud como posible factor que marca las diferencias económicas entre países. Este hecho enfatiza la necesidad de que el factor capital de salud[1] sea incluido dentro de la función de producción como lo sugiere D. Wieil citado en Acemoglu (2009: 202) quien también sustenta la relación entre desarrollo y salud con evidencia empírica. Por otro lado, en el artículo escrito por Szot (2002) se sostiene que se han realizado varios estudios sustentando la relación entre economía e indicadores de salud pública; uno de éstos, es un estudio realizado por la Universidad de Oregon (USA) en donde se concluye que las variables denominadas estructurales, como son las variables sociales, políticas y económicas, llegan a explicar dos tercios de la variación de la mortalidad infantil y la mitad de la variación de la mortalidad materna; de hecho, acorde a Szot (2002) "algunas variables como el crecimiento económico, el nivel de empleo, la remuneración y la estabilidad macroeconómica, especialmente medidos en el corto plazo, están estrechamente asociados con indicadores sanitarios de la población" hecho que muestra una relación entre economía y los indicadores de salud pública.

Para Doyan y Gough, (1994: 28-338), una forma de satisfacer algunos ámbitos de las necesidades humanas es mediante la renta per cápita pues establecen la existencia de una relación entre la expectativa de vida, la calidad de la misma y la renta per cápita; sin embargo, los autores subrayan que es importante ver que se habla de un indicador que recoge solo un aspecto de las necesidades por lo que no se puede hablar, necesariamente de una relación entre crecimiento y desarrollo.

Para Acemoglu (2009: 200-203), la salud es una variable endógena pues se ve afectada por factores como las instituciones y la cultura; como ejemplo, escribe que existen países cuya población no es saludable justamente debido a la pobreza lo que no permite a su vez invertir en salud; el caso de Europa, continente poco saludable años atrás, cambió gracias al crecimiento económico menciona. De igual forma, Rathe (s.f, 3) sostiene que países asiáticos exitosos tomaron como estrategia asignar una parte importante de recursos a la

[1] Health capital.

preparación del talento humano y al desarrollo de prácticas que promuevan un estilo de vida saludable, por tanto, las políticas emprendidas en Asia otorgaban importancia a la salud y a la educación básica a diferencia de lo realizado por Latinoamérica.

En resumen, Rodríguez (2010: 3-8) menciona que los siguientes temas deben tomarse en cuenta en el sector de salud:

a) La economía de la salud tiene como objeto de estudio el uso óptimo de recursos cuyo fin sea atender enfermedades y promover la salud tratando de establecerla de forma eficiente y organizando los servicios de salud.
b) La importancia de la salud dentro de la economía es que ésta es clave para el bienestar.
c) El impacto de la salud en la economía es el incremento en productividad en cuanto ésta facilita el crecimiento y desarrollo.
d) El crecimiento económico es útil como medio pues se observan efectos sobre la salud[2].
e) La salud también es un bien de capital que se aumenta con el uso de factores como los servicios médicos, pero de igual forma se deprecia con el tiempo.
f) La salud puede ser abordada como sector económico en donde intervienen industrias y se presentan temas como la búsqueda del beneficio y la incorporación de benevolencia, los problemas de información, la utilidad social, y las fallas de mercado.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Según Tassara (2011), la cooperación internacional ha avanzado. En la década de los 50's la causa del subdesarrollo era la incapacidad de los países de ahorrar e invertir haciendo que el enfoque de la cooperación sea solamente económico para impulsar tales variables; posteriormente, las ayudas internacionales se basaron, principalmente, en la lucha contra la pobreza y luego en el fortalecimiento institucional; para la década de los 80's, los planes de ajuste estructural no habían modificado la distribución de ingresos ni habían mejorado la calidad de vida de los más pobres, motivo por el cual, la ONU, postula el concepto de desarrollo humano abarcando mucho más que el incremento del Producto Interno Bruto. En el artículo escrito por Luque y Beuernfeind (2007), se sostiene que la muerte materna es reconocida como un problema de salud pública a nivel internacional en el año 2005 cuando la Organización Mundial de la Salud "llamó la atención de la comunidad médica internacional sobre la crisis sanitaria invisible que provocan las muertes maternas en los países más pobres del mundo". Este hecho llevo a plantearse el objetivo de incrementar la cantidad de partos institucionalizados, con el fin de disminuir indirectamente la mortalidad materna. Por otro lado, según Freyermuth y Sesia (2009: 11), la reducción de la mortalidad materna es una prioridad internacional en donde se enfatizan las estrategias de política pública para alcanzar el objetivo de reducir la mortalidad por causa contemplando:

> (…) el acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro, acceso pleno y universal a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio y el acceso oportuno e irrestricto a la atención obstétrica de emergencia.

[2]Tanto por gasto público y por reducción de la pobreza según Rodríguez (2010: 3-8).

Para la ejecución de mencionadas estrategias se requieren varios temas como financiamiento, institucionalización, articulación con la comunidad y reforzamiento del sistema de salud, entre otros (Freyermuth y Sesia, 2009: 11).

Todaro y Smith (2012: 23-26) analizan temas respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos por la ONU en el año 2000: En primer lugar, comentan que el planteamiento de los objetivos constituía el mayor acuerdo internacional alcanzado hasta el momento reflejando la preocupación de los integrantes por resolver temas urgentes como la pobreza. Por tanto, la importancia de los ODM radicaba en el compromiso de cumplirlos para el 2015 realizando esfuerzos y tomando a estos objetivos, según Todaro y Smith (2012: 25), como una hoja de ruta para los países en vías de desarrollo presionándoles a que resuelvan sus problemas principales.

De igual forma, con el objetivo de subrayar la importancia de medir la mortalidad materna, Rodríguez y Oliva (2009: 13) citan a la ONU recordando que, para 1990 la razón de mortalidad materna era de más menos 180 para el caso de América Latina y el Caribe, y se esperaba que llegue a 130 para el 2015 acorde a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Asimismo, Freyermuth y Sesia (2009: 12) citan a la OMS y a los ODM mencionando que, en cuanto a salud materna, se presentan dos tipos de indicadores, el primero referente a la razón de mortalidad por causa; y el segundo, el porcentaje del total de partos en donde participaron profesionales de la salud. El segundo es importante debido a que el trabajo realizado por Romero y Ramos (2004:1), permitió inferir que el riesgo de mortalidad materna incrementaba cuando no se contaba con atención obstétrica básica. Además se añade que, acorde a lo propuesto por la OMS, "el acceso a cuidados médicos profesionales durante el embarazo, parto y posparto, sobre todo durante las complicaciones, es la piedra angular para prevenir la muerte materna" (Freyermuth y Sesia, 2009: 12).

Pese al hito histórico que marcó la firma de los ODM, según el PNUD citado en Todaro y Smith (2012: 23), si las tendencias se mantienen a nivel mundial, varias de las metas establecidas para medir el cumplimiento de los ODM no se lograrán alcanzar.

Finalmente, habiendo expuesto la importancia de alcanzar mejores condiciones de vida en los países, autores como Todaro y Smith (2012: 26) vinculan la economía con el desarrollo mencionando que, en primera instancia, la economía, como ciencia social, focaliza sus esfuerzos en la gente y, que mejor manera de hacerlo, que proveyéndoles a los agentes, material de apoyo que promueva su potencial, razón por la que es importante alcanzar, no solo los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino el desarrollo en sí mismo pues éste permite mejores condiciones de vida para la población, aunque debe tomarse en cuenta que el concepto de desarrollo puede tener significados distintos según las personas y sus costumbres.

Objetivos de Desarrollo Sostenible

A la terminación del periodo para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las Naciones Unidas (2015c) han planteado nuevos objetivos denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Dentro de este grupo, el objetivo número tres busca "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" y tiene como primera meta

Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Además, hace un llamado a los países a triplicar sus esfuerzos en cuanto a mortalidad materna para alcanzar la meta de contar con menos de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos según la noticia publicada por el Centro de Noticias de la ONU (noviembre: 2015a). La tasa de mejora debe pasar de ser 2.3% a ser 7.5% por año según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (noviembre: 2015) y las estrategias que deben seguir los países implican:

1. Movilizar recursos para promover la salud de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes,
2. Fortalecer los sistemas de salud para mejorar la calidad de los mismos, e
3. Impulsar el acceso a la información.

Economía de la salud

Mushkin (1962) busca establecer la relación entre la contribución del cambio de la "calidad de las personas" y el crecimiento económico[3]. Este interrogante nace partiendo de que no se lograba explicar el crecimiento de los países desarrollados solo observando las inversiones realizadas en capital físico. Este hecho llevó a plantear la inversión en las personas, tanto en la variable educación como en la variable salud, como una faceta clave para el desarrollo económico de los países. (Mushkin, 1962: 129). Mushkin establece la formulación del concepto de capital humano, tanto para la educación y la salud, considerando que las personas son agentes cuya productividad incrementa invirtiendo en ambas variables. (Mushkin, 1962: 130). Como resultado, según Zhong (2005:3), la mayor distinción entre educación y salud, considerando que ambos son capital humano y tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, es que, el estado de salud aumenta también el ingreso de los agentes, pero aumentando sus días laborables, mientras que la educación incrementando su productividad.

Posteriormente, Grossman comenta que de la innovación realizada por autores anteriores, de establecer a la salud como capital humano y, pese a que este criterio empezaba a ser aceptado, nadie había construido todavía un modelo de demanda de capital de salud en sí mismo. (Grossman, s.f: 224-246). En otras palabras, Grossman establece que, si la salud es capital, entonces se debe presentar una demanda de ésta entendiéndose como la demanda por "buena salud". Este aporte es una contribución teórica sugiriendo que cuando un agente demanda un servicio de salud, no lo hace porque desea consumirlo, como el caso de otros bienes, sino que está demandando un estado en sí mismo: "buena salud" (Grossman, s.f: 224). La salud en el modelo de Grossman es demandada por dos razones importantes: en primer lugar, como un bien de consumo por lo que, tiene que incluirse las preferencias, considerando que, el estar enfermo, representa desutilidad; en segundo lugar, como un bien de inversión pues mejorará la salud futura del agente (Grossman, s.f: 225). Además, se asume que los consumidores anticipan cualquier variación en la tasa de depreciación (variable intertemporal) (Grossman, s.f: 247).

[3] Especificamente, Mushkin en su publicación de 1962 *Health as an investment*, parte de la pregunta "What is the contribution of changes in the quality of people to economic growth?"

Por otro lado, Zhong (2005:4) citando a Grossman, menciona que el estado de salud, como capital de la persona, produce días saludables y que, la demanda de servicios de salud es una decisión intertemporal de los agentes; es decir, lo que las personas decidan hoy, afectará posteriormente su estado, por lo que, su decisión, depende de la preferencia temporal de los mismos.

Zhong (2005:4) también comenta que se deben tomar en cuenta dos aspectos: el primero contempla al beneficio de estar saludable como monetario el cual permite el alcance de una mayor utilidad[4]. El segundo aspecto hace referencia a la demanda de servicios de salud que se comporta como cualquier demanda de un bien normal en donde, respecto a su precio, la relación es inversa.

Después, Roosenzweig y Schultz (1983: 723-725) plantean una función explicita de utilidad sujeta a una restricción con el fin de establecer cómo organizan los hogares sus recursos en cuanto al tema de salud; en este modelo se consideraron las siguientes variables para la estimación de la función de producción de salud de los hogares:

a) El peso al nacer,
b) El cuidado médico en el embarazo,
c) El trabajo de la madre durante el periodo de gestación,
d) Sí la madre fuma o no cuando se encuentra embarazada,
e) El número de partos, y
f) La edad de la gestante.

Este aporte de Roosenzweig y Schultz sirvió para que, posteriormente, se incluyan variables exógenas como la educación, entendida como la capacidad de comprender las instrucciones de los médicos. Estos aportes demuestran que el campo de la economía ha venido estudiando la salud desde la rama de Economía de la Salud.

[4] Textualmente, el autor dice "the benefit of health includes two aspects: one is monetary benefit (...), and the other is utility gain from health."

En primera instancia, se partió de la definición del concepto de salud, mortalidad, y mortalidad materna. En el caso de la primera, se presentó un análisis etimológico de la palabra y su evolución incorporando la definición de la OMS de 1946 y la consideración de la salud como capital humano presentada por Barro (1996). Posteriormente, habiendo definido lo que se entiende por salud, la importancia de ésta y el impacto que lleva consigo su carencia, se procedió al análisis de mortalidad y se presentó un estudio de Romero et al. (2010) en el que se abarcan los determinantes de riesgo. Además, se enfatizó la necesidad de diferenciar la mortalidad materna de la mortalidad en general. Se observó que la mortalidad materna es distinta según lo definido por la OMS en 1992 debido a que contempla un periodo establecido y a su vez, unas causas determinadas.

Luego, se expuso un resumen histórico del fallecimiento de la madre como forma de contextualizar la problemática que causa. Subsecuentemente, se analizó la importancia de la salud y la mortalidad materna a partir del Índice de Desigualdad de Género y tomando a la mujer como parte de la fuerza laboral de un país y "columna vertebral de los hogares" según Maine et al. (1997). Además, se planteó a la mortalidad materna como un problema de salud pública a partir de Lordaz, Ranger y Hernández, (2010) quienes mencionan que ésta tiene características multifactoriales abarcando temas de inequidad social y de género, pobreza, educación, falta de información de los cuidados en el embarazo, entre otros.

Se estudió la salud pública como herramienta para mejorar las condiciones de la población desde la perspectiva de Winslow y se analizó el concepto de *Nueva salud* pública propuesto por Espejo y Fuente (1999) que abarcar más determinantes en el estudio con el objetivo de que las políticas traigan mejores resultados puesto que, se sostiene que, pese a controlar los determinantes tradicionales, las diferencias de morbilidad y mortalidad persisten. Dentro de este análisis también se expuso el vínculo entre salud y desarrollo a partir Todaro (2012) y Acemoglu (2009) y se estudió la relación entre economía y los indicadores de salud descrita por Szot (2002). Además, se analizó a Doyan y Gough (1994) que vinculan la renta per cápita, la expectativa de vida y la calidad de ésta.

Además, se examinó la evolución de la cooperación internacional hasta llegar al establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio como hoja de ruta que marcó un hito histórico en el compromiso entre naciones a partir de Todaro y Smith (2012) quien sostiene que, los ODM, reflejaron la preocupación de varios países de resolver temas urgentes. Subsecuentemente, se observaron las razones por las que la disminución sustantiva de la mortalidad materna es vista como una prioridad internacional. Adicionalmente, se incorporó a los Objetivos de Desarrollo Sostenible por ser la propuesta de continuidad de la cooperación internacional.

Se tomó en cuenta a la salud dentro del campo de la economía. Finalmente, se presentó a la variable de salud que fue analizada por un lado, por primera vez de manera formal, es decir con un modelo, por Grossman y por otro lado, como capital humano por autores como Mushkin (1962).

Finalmente cabe señalar que si bien la mortalidad materna fue estipulada en los ODM en el 2000, recién a partir del 2005 se le considera como problema de salud pública mundial. La importancia de este tipo de muertes es que pueden ser evitables y tiene impacto a nivel familiar (por ser una experiencia traumática), social (por afectar el bienestar de la familia, la supervivencia de los niños y su desarrollo) y económico (porque las fallecidas son mujeres en edad fértil pertenecientes a la población económicamente activa).

Capítulo I: Descripción general y diagnóstico de mortalidad materna en Ecuador

En el presente capítulo se pretende realizar un diagnóstico de la mortalidad materna en Ecuador. Se parte de una contextualización en donde se consideran temas a nivel nacional como la población total dividida en regiones y en sector urbano y rural. Además, se consideran temas relacionados con las condiciones de vida de las personas como la pobreza a través del hacinamiento, la esperanza de vida al nacer, entre otras. Dentro del análisis de la población femenina se examina la concentración regional de la misma, los años de escolaridad, el mercado laboral y la población distribuida por quintiles de ingreso.

Se presenta la mortalidad materna considerada de manera nacional y clasificada de forma provincial. Adicionalmente, como se manifestó en el marco teórico, la asistencia profesional en el parto puede ayudar a mejorar los resultados de tal indicador, por lo que, se presenta información al respecto. Finalmente, se señalan las causas de mortalidad materna a nivel nacional clasificadas por regiones y sectores.

Cabe recalcar que, las gráficas y tablas presentadas, a continuación, provienen de fuentes oficiales como el Banco Mundial, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, entre otras. Además se presentan gráficas complementarias realizadas en base a la información del Banco Mundial.

Características generales de la población

La población total del Ecuador tiene una tendencia creciente desde 1960, según el Banco Mundial (2015a). En el 2016, se estimó que la población ecuatoriana llegaría a 16.528.730 acorde al Censo de Población y Vivienda realizado en el 2010 y presentado en las Proyección de la Población Ecuatoriana, por años calendario, según regiones, provincias y sexo: Periodo 2010-2020 realizadas por el INEC.

Respecto a la distribución regional de la población ecuatoriana, la mayor parte habita en la región costa y en la región sierra, respectivamente, según las Proyecciones de la Población Ecuatoriana realizadas por el INEC. Respecto a la distribución por sectores, en 1960, la población urbana del Ecuador, como parte de la población total, era sumamente pequeña, correspondía a un tercio de la población total aproximadamente, acorde al Banco Mundial (2016c). Para 1987, los datos del BM (2016c) muestran que la población urbana y la rural aparentan ser iguales. Finalmente, en el 2014, la población que habita en la zona rural es la que representa un poco menos de la mitad de la población total (Banco Mundial, 2016c). Acorde a las Proyecciones Poblacionales realizadas por el INEC en base a información del Censo de Población y Vivienda del 2010, la población rural para el 2016 oscila entre 5.669.803 y 6.023.550 mientras que la población urbana pasa de 9.412.612 en el 2010, a 10.505.108 en el 2016.

Esperanza de vida

De otro lado, respecto a la esperanza de vida al nacer, la Organización Panamericana de la Salud señala que ésta se define como:

> Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Existen diferencias en la esperanza de vida de hombres y mujeres a nivel mundial. Una de las explicaciones guarda relación directa con la genética como las mutaciones de la mitocondria que solo afectan a los hombres (Campus, Clancy y Dowling, 2012). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos citado por el INEC y la ONU Mujeres, la esperanza de vida al nacer para ambos sexos en Ecuador ha incrementado pasando de 69.9 años para mujeres y 65.3 para hombres entre 1985 y 1990, a 78.8 años y 72.9 respectivamente para el periodo 2015-2010. Se observa que se mantiene la diferencia entre la esperanza de vida de los hombres y de las mujeres al igual que a nivel global. Cabe recalcar que el aumento de la esperanza de vida implica en sí una mejora de las condiciones de vida de la población. De hecho, como se mencionó, Acemoglu (2009:8-12) sostiene la existencia de una correlación entre dicha variable y el PIB resaltando que las brechas de la esperanza de vida entre un lugar y otro implican brechas de bienestar.

Hacinamiento

A continuación, la tabla No. 1 muestra el hacinamiento[5] en el país clasificado por sectores y por quintiles de ingreso. El hacinamiento a nivel nacional se ha reducido en 9% entre 2006 y 2014. Por un lado, la reducción principal ocurre en el área rural y es casi la mitad del indicador; por otro lado, entre 2006 y 2014, existió una reducción de dos dígitos de los hogares que viven en condiciones de hacinamiento para los quintiles uno, dos y tres, además, el segundo quintil es el que presenta una reducción mayor comparado con los otros acorde a la tabla. Según el Informe de Resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida 2013-2014 realizado por el INEC (2015:21), la reducción del porcentaje de hogares que viven en condiciones de hacinamiento se explica por la mejora de las condiciones de vida de los hogares más pobres hecho que se demuestra en la reducción del indicador correspondiente al quintil dos, principalmente. Se puede concluir que las disparidades, respecto a la vivienda, tanto entre el sector urbano y el sector rural, son resultados de la disminución de ingresos.

Tabla No. 1
Hacinamiento clasificado por sectores y por quintiles de ingreso, Ecuador (%)

		Hacinamiento por sectores		Hacinamiento por quintiles de ingreso				
	País	**Urbano**	**Rural**	**Q1**	**Q2**	**Q3**	**Q4**	**Q5**
2006	22%	18.2%	29.2%	56%	39.4%	24.9%	9.7%	1.5%
2014	12.7%	11.4%	15.6%	35.8%	16.6%	8.2%	3.4%	0.3%
Variación	(-)9.3%	(-)6.8%	(-)13.6%	(-)20.2%	(-)22.8%	(-)16.7%	(-)6.3%	(-)1.2%

Fuente: INEC: Informe de Resultados ECV 2013-2014
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

[5] El Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (a) toma al hacinamiento como una manifestación de pobreza y considera que un hogar vive en condiciones de hacinamiento si "cada uno de los dormitorios con los que cuenta sirve, en promedio, a un número de miembros mayor a tres"; además, establece que al mencionar dormitorio se hace referencia a que éste sirve únicamente para dormir.

Población femenina

La población femenina en Ecuador ha oscilado entre el 49.75% y el 50% del total de la población en el periodo correspondiente a 1960-2014 según el Banco Mundial (2015b). La variación de la población femenina ha sido mínima durante los últimos 50 años. Además, la mayor parte de la población femenina se encuentra localizada en la región costa y en la región sierra, respectivamente; y esta concentración se ha mantenido desde el 2010 acorde a las Proyecciones de la Población Ecuatoriana realizadas por al INEC. Por otro lado, según datos recolectados por la última Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el INEC (2015), la zona con mayor cantidad de mujeres en edad reproductiva, es decir entre 15 y 49 años, es la costa, la zona con mayor población femenina y mayor población total; la zona subsecuente es la sierra y, posteriormente, la Amazonía. Considerando tal información se esperaría que, tanto la mayor parte de nacimientos como la mayor cantidad de muertes maternas, se registren en la costa y posteriormente en la sierra y en la Amazonía, pues debería seguir la concentración de la población femenina en edad reproductiva.

De manera similar que la mayoría de la población ecuatoriana reside en el área urbana, gran parte de la población femenina reside en mencionada área. Según las Proyecciones de la Población Ecuatoriana realizadas por el INEC, en el 2014, 2.911.234 mujeres vivían en el área rural (36% del total de la población femenina) mientras que, 5.176.680 vivían en el área urbana (64% del total de la población femenina); además, el sector urbano es aquel que tiene mayor cantidad de mujeres en edad reproductiva, (3.221887 mujeres equivalentes a 70% del total de mujeres en edad reproductiva) respecto al sector rural (1.392979 mujeres equivalentes a 30% del total de mujeres en edad reproductiva), justamente porque es este mismo sector el que mayor población, tanto femenina como total, tiene.

Los datos anteriores son relevantes para la realización de política pública en cuanto permiten caracterizar la población de análisis, haciendo que, la política pública pueda ser mejor enfocada y presente mejores resultados. Por esta razón, la tabla No. 2 presenta a continuación la distribución de la población femenina clasificada según la región en la que habita y el área de residencia. Los datos son consistentes con los mencionados en la sección anterior. Además, se observa que la población femenina que reside en el área rural de la sierra es mayor que cualquier otra (56%) mientras que, la población femenina que habita en el área urbana se encuentra concentrada en la región costa (55%). Por otro lado, solo un cuarto de la población femenina sobrepasa los 45 años; el restante de la población es menor a tal edad.

Tabla No. 2
Población femenina por regiones en el sector urbano y sector rural en el 2015, Ecuador (millones)

	Sector urbano	%	Sector rural	%	Total	%
Costa	2.978.272	56,53%	1.053.809	35,75%	4.032.081	49,07%
Sierra	2.108.771	40,03%	1.629.566	55,28%	3.738.337	45,50%
Amazonía	172.339	3,27%	241.294	8,19%	413.633	5,03%
Total	5.268.615	100,00%	2.947.619	100,00%	8.216.234	100,00%

Fuente: INEC, Proyecciones de la Población Ecuatoriana periodo 2010-2020
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

En la tabla No.3, se presenta información de la población femenina en edad reproductiva en base a las Proyecciones de Población por Regiones de Planificación según Sexo y Grupos Quinquenales de Edad realizadas por el INEC (a). Se observa una tendencia creciente de esta población, hecho importante en el análisis pues se considera a la mortalidad materna como un problema de salud pública que afecta a un grupo importante de la población. Para el 2014, la mayor parte de la población femenina, se encuentra entre los 15 y 19 años y la segunda mayor parte de la población abarca el tramo de edad comprendido entre 20 y 24 años.

Tabla No. 3
Población femenina en edad reproductiva, Ecuador (miles)

Población femenina en edad reproductiva según grupos quinquenales de edad								
Edad	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**% 2014**
15-19	668. 717	671. 484	674. 976	679. 790	685. 647	691. 651	696.906	17,65%
20-24	629. 868	637. 059	643. 405	648. 496	652. 590	656. 304	660.255	16,72%
25-29	572. 619	582. 563	591. 994	601. 062	610. 049	618. 740	626.918	15,88%
30-34	513. 363	522. 743	532. 362	542. 427	552. 980	563. 717	574.332	14,55%
35-39	460. 021	468. 397	477. 168	486. 317	495. 688	505. 307	515.200	13,05%
40-44	407. 012	417. 156	426. 866	435. 955	444. 616	453. 133	461.793	11,70%
45-49	350. 606	360. 062	369. 661	379. 580	389. 863	400. 254	410.497	10,40%
Total	3.604.214	3.661.473	3.718.442	3.775.638	3.833.445	3.891.119	3.947.915	100,00%

Fuente: INEC (a), Proyecciones de Población por Regiones de Planificación según Sexo y Grupos Quinquenales de Edad.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Educación

La educación es una variable clave por considerarse como un factor que promueve el capital humano conjuntamente con la salud según Barro (1996: 3-24). De hecho, las diferencias entre los países en prosperidad o pobreza dependen de cuán rápido y sostenido puedan éstos crecer a largo plazo, razón por la cual, el capital humano es un determinante del crecimiento económico, especialmente la educación (Barro, 2013: 301). Además, Todaro y Smith (2012: 359) consideran a la educación y a la salud como componentes claves para el crecimiento y desarrollo de las naciones. Por otro lado, Sen (1999: 2-10) sostiene que el acceso a la educación está relacionado con el ejercicio de la libertad. En sí misma, la mortalidad materna es un problema de salud pública por tener características múltiples entre las que se encuentra la educación. Adicionalmente, Naciones Unidas (c) también consideró dentro de los ODM a la educación pues el objetivo número dos buscaba alcanzar la enseñanza primaria universal y la meta trataba de que, en el 2015, los niños y las niñas puedan concluir con la enseñanza primaria por lo menos.

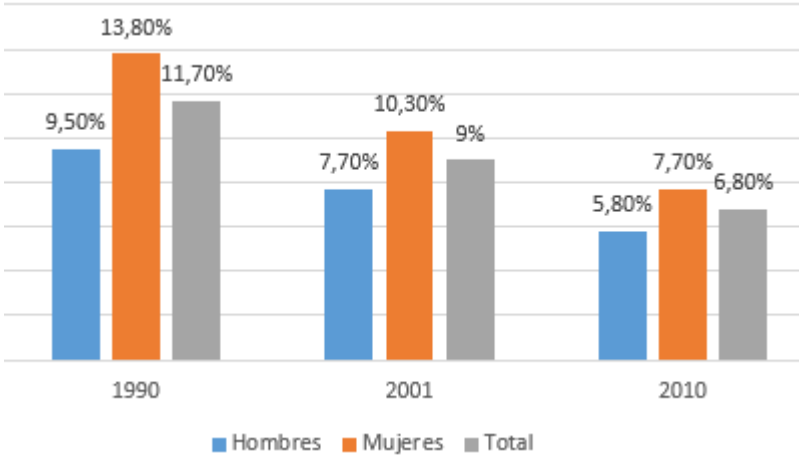
Analfabetismo

Respecto al analfabetismo[6], el gráfico No.1 realizado en base a los Resultados del Censo de Población y Vivienda del año 2010 concernientes a Educación presentados por el INEC (b), permite observar que, para 1990, las mujeres presentaban mayor grado de analfabetismo (4% más que el de los hombres aproximadamente). Dicha brecha se

[6] Acorde al Sistema Integrado de Indicadores Sociales (b), para que una persona sea considerada analfabeta debe, tener 15 años o más, y tener tres años o menos de escolaridad primaria.

redujo, mas no desapareció, para el 2010 fue de 1.9%. El analfabetismo de las mujeres se redujo 6.1 puntos porcentuales esos 20 años, es decir, registró una disminución promedio de 0.31% anual. Esta baja disminución del analfabetismo femenino, podría también explicar la poca variación de las muertes maternas pues, coincide con las observaciones de Mayca, et al. (2009) quienes enfatizan que la mortalidad materna en países latinoamericanos es un problema, principalmente, para aquellos que cuentan con alta población rural y analfabetismo, acarreando problemas en el acceso a la salud. Adicionalmente, cabe recalcar que si hay personas analfabetas es costoso para el país en términos de crecimiento económico pues la educación incrementa el capital humano y consigo el crecimiento y el desarrollo de los países.

Gráfico No. 1
Analfabetismo clasificado por sexo, Ecuador (%)



Fuente: INEC (b), Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

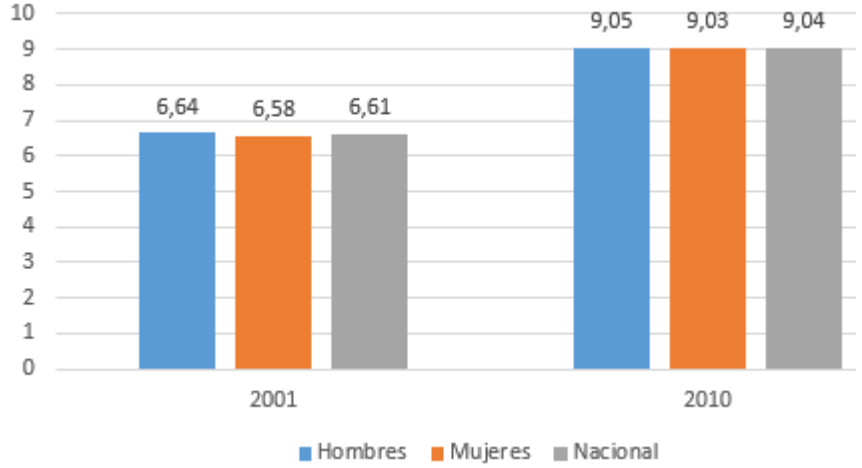
Por otro lado, una medida del capital de la escolaridad[7] es el promedio de años de escolaridad de la población según Barro y Lee (1993) citado en Barro (2013: 318). Acorde a Banerjee y Duflo (2012: 105), el supuesto implícito es que el aprendizaje es el resultado de la escolaridad. La importancia de la escolaridad en la salud materna radica en que, para varios autores entre ellos Veloz et al. (2010), entre las causas de la mortalidad materna está la pobreza, el nivel bajo de educación, la exclusión y la violencia contra la mujer. Por otro lado, Barro (2013: 320), en su estudio realizado con información de los países de la OCED (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), resalta la importancia de la educación femenina primaria considerando que impulsa el crecimiento de las naciones de forma indirecta pues promueve la reducción de la tasa de fertilidad. Asimismo, Banerjee y Duflo (2012:1174) comentan que, en la República de Malaui, país africano, las niñas que asistieron a la escuela fueron menos propensas a embarazos y que la mortalidad infantil se redujo. A continuación el gráfico No. 2 elaborado por el INEC (b) presenta los años promedio de escolaridad en Ecuador en el cual se observa que éstos, para toda la población, sin importar su sexo, aumentaron en 36.7% entre 2001 y 2010 pasando de ser 6.61 a 9.04; asimismo, el gráfico No. 2 muestra que la diferencia entre los años promedio de escolaridad de los hombres y las mujeres es mínima, empero las mujeres, registran menor escolaridad al igual que mayor grado de analfabetismo (Gráfico No. 1).

[7] Barro (2013:318) lo denomina como schooling capital.

Escolaridad

Complementariamente, el Banco Mundial (2006: 2) sostiene que se debe garantizar la educación secundaria femenina pues ésta tiene un rol clave como alternativa a la maternidad temprana y ayuda a modificar las motivaciones tanto sociales como individuales de la maternidad adolescente. Cabe mencionar que el indicador de años de escolaridad es netamente cuantitativo pues no refleja la calidad de la educación impartida a los estudiantes. Barro (2013: 322) señala que tanto la calidad como la cantidad de escolaridad son relevantes para el crecimiento económico, sin embargo, la calidad es mucho más importante. Complementando esta idea, Hanushek y Woessman (2008: 633) consideran que, el hecho de tomar a los años de escolaridad como una medida de la educación se agrava cuando se realizan comparaciones entre países pues la eficiencia del sistema de educación varía entre ellos. Adicionalmente, Banerjee y Duflo (2012: 106) citando a Easterly, comentan que el bajo nivel de calidad se da porque los padres no muestran preocupación, por ello, ya que no perciben los beneficios de la educación. Este último enfoque busca enfatizar que la política educativa es ineficiente pues lo importante es que los padres perciban el rendimiento que tiene la educación para que sean ellos, quienes exijan la calidad de la misma. Por esta razón, el enfoque concluye que en vez de hacer escuelas, se deben crear incentivos para que se perciba a la educación como una inversión con retornos positivos. Un ejemplo de Banerjee y Duflo (2012: 108) es crear mayor oferta de trabajos para gente con preparación haciendo que los padres se preocupen por que sus hijos reciban educación de calidad y presionen a los profesores a impartirla de tal manera; además, la demanda de los padres por educación de calidad promoverá el surgimiento de escuelas privadas y la competencia entre ellas garantizaría la calidad y el precio bajo.

Gráfico No. 2
Promedio de años de escolaridad clasificados por sexo, Ecuador (Años)



Fuente: INEC (b), Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Banerjee y Duflo (2012: 104) sostienen que los costos de educarse, a partir de la secundaria, son mucho mayores[8]. Respecto a la educación superior, Barro (2013: 320) resalta la importancia de ésta, para el caso masculino, pues toma a la educación superior

[8] Banerjee y Duflo (2012: 104) consideran que este incremento ocurre porque los insumos tienen mayor costo (el salario de los profesores es mayor pues son más calificados en relación a los profesores de primaria) y en segundo lugar, el costo de oportunidad también incrementa pues tanto los adolescentes como los universitarios ya pueden trabajar por lo que estudiar implica dejar de ganar dinero.

como canal de transmisión del crecimiento económico sosteniendo que permite la absorción y comprensión de nuevas tecnologías provenientes del extranjero. Para el caso femenino, el autor sostiene que la educación superior no es significativa para el crecimiento económico hecho que puede guardar relación con prácticas discriminatorias en el mercado laboral (Barro, 2013: 319). Acorde a un artículo de Arriagada (1990), el nivel de instrucción de las mujeres se relaciona de manera inversa con la importancia del estado civil, factor que guarda relación con el embarazo. En otras palabras, a medida que aumenta el nivel de educación de las mujeres, la importancia del estado civil se reduce. Adicionalmente, se señala que, en América Latina, conforme crece el nivel de instrucción, aumenta la posibilidad de generar ingresos y mejorar el nivel de vida; sin embargo, las diferencias de salarios entre hombres y mujeres son mayores frente al incremento del nivel de educación (Arriagada, 1990).

La tabla No.4 muestra la cantidad de personas con título superior reconocido, clasificado por etnias y por sexo en el 2010. En mencionada tabla se observa que, las mujeres afroecuatorianas, montubias y mestizas cuentan con más títulos de educación superior que los hombres. Este hecho tiene como resultado que, el 53% de los títulos de educación superior hayan sido obtenidos por este género mejorando su posibilidad de generar, tanto mejores ingresos, como ingresos propios y alcanzar un mejor estilo de vida.

Tabla No. 4
Población con título superior reconocido en el 2010 clasificado por etnia y por sexo, Ecuador (miles)

Población con título superior reconocido					
Autoidentificación Etnia	Sexo			%	TOTAL
	Hombres		Mujeres		
Indígenas	7.486	59,73%	5.047	40,27%	12.533
Afroecuatorianos	10.334	42,64%	13.904	57,36%	24.238
Montubios	9.170	45,91%	10.806	54,09%	19.976
Mestizos	318.248	46,24%	370.076	53,76%	688.324
Blancos	37.053	51,93%	34.301	48,07%	71.354
Otros	1.960	58,61%	1.384	41,39%	3.344
TOTAL	384.251	46,87%	435.518	53,13%	819.769

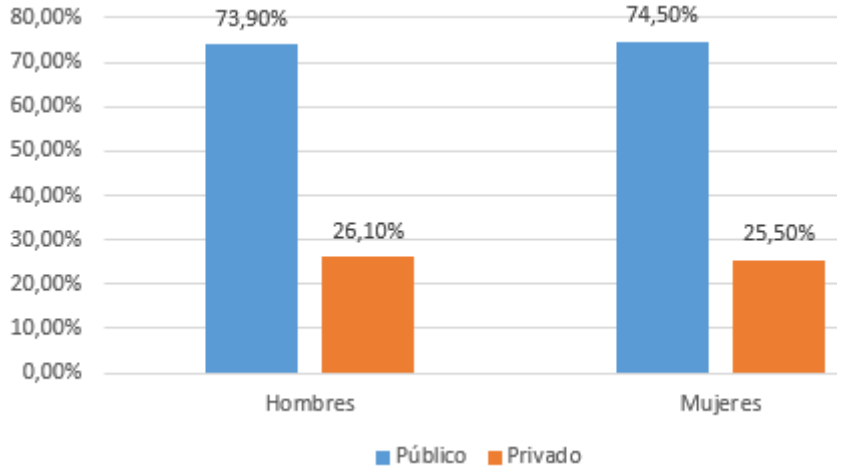
Fuente: INEC (b), Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Asistencia a clases por tipo de establecimiento

El gráfico número No. 3 proporciona información respecto a la asistencia a clases por tipo de establecimiento. La implicación que tiene este indicador es que, tomando en cuenta que la Constitución de la República (2008) señala, en su artículo 26, que la educación es un derecho, el estado ecuatoriano tiene la obligación de proveerla, además de que su oferta beneficia a gran parte de la población. Alrededor de tres cuartos de la población que asiste a clases lo hace a establecimientos públicos según el gráfico No. 3; además, el porcentaje de mujeres que asiste a establecimientos públicos es mayor que el de los hombres mientras que, el porcentaje de mujeres que acude a entidades privadas es menor. Complementariamente, en el caso de que el Estado ecuatoriano implementase políticas que mejoren la calidad del sistema educativo, éstas tendrían repercusiones en alrededor del 75% de la población que asiste a clases.

Banerjee y Duflo (2012:117) sostienen que, muchas veces, los colegios privados funcionan mejor porque los niños aprenden más; pero, este hecho no necesariamente es cierto pues los niños que asisten a centros privados, suelen vivir en diferentes condiciones que los niños que acuden a escuelas públicas. Singh (s.f: 4) plantea que dichas diferencias se dan en cuanto a antecedentes socioeconómicos, forma de medir positivamente la experiencia escolar propia, confianza en sí mismos, entre otros factores. Es decir, los niños cuyos padres les envían a escuelas privadas, pueden contar con otro tipo de necesidades ya cubiertas pues sus padres cuentan con los suficientes ingresos para enviarles a este tipo de establecimientos mientras que, la situación de los otros niños que son enviados a establecimientos públicos, no necesariamente, es la misma. La muestra tiene sesgo de selección. Singh (s.f: 1) sostiene que, en India, los niños que asisten a escuelas privadas han alcanzado mejores calificaciones en los exámenes y esto se ha logrado con menor gasto per cápita. El autor establece que tal situación ocurre debido a que las escuelas privadas cuentan con menos profesores que dan clases a varios grados, más uso de material de apoyo (libros) por parte de los profesores debido a que existe mayor supervisión, mayor acceso a amenidades (baños, conexiones eléctricas, etc.), mayor revisión del trabajo de los niños, entre otras cosas (Singh, s.f: 15).

Gráfico No. 3
Población que asiste a clases clasificado por sexo y por tipo de establecimiento en el 2010, Ecuador (%)



Fuente: INEC (b), Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

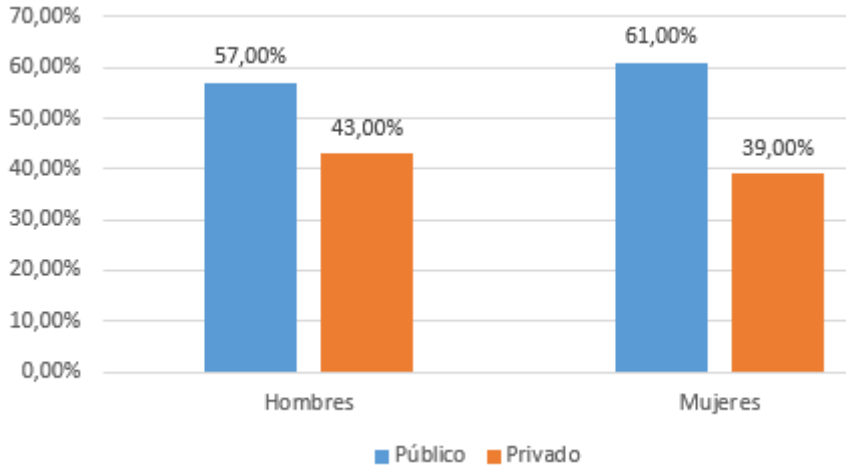
Pese a que la diferencia entre géneros que asisten a establecimientos de distinta índole no es grande, cabe recalcar que la toma de decisión de enviar a los niños o niñas a la escuela se da en base a las preferencias de los padres, los incentivos[9] y sus ingresos[10]. Es decir, si los padres perciben que enviar a los niños a la escuela tiene mayor retorno que enviar a las niñas, efectivamente actuarán de dicha forma ya que dentro del hogar se decide cómo se reparten los recursos. Banerjee y Duflo (2012:121) establecen a su vez que, los padres pueden invertir todo en un hijo, en lugar de repartir dicha inversión entre todos sus hijos, situación que ocurre cuando este hijo es visto como el que podría tener mejores resultados que el resto. En cuanto a las preferencias de los padres, éstas no se pueden

[9] Un ejemplo de incentivo puede ser las transferencias monetarias condicionadas.
[10] Banerjee y Duflo (2012: 108) consideran que es vital recalcar que los padres son los que deciden bajo una estructura de incentivos, pero los hijos son los que reciben los beneficios de la educación.

medir, pero se relacionan con sus años de escolaridad por lo que se puede hablar de una transmisión intergeneracional de la educación y por ende, de la pobreza o la riqueza ya que de la educación depende, en gran medida, el salario futuro de las personas. Hertz et al. (2007: 14), sostienen que los primeros siete países con la correlación más alta entre la educación de los padres y la de los hijos son países latinoamericanos[11] (Ecuador se encontraba en segundo lugar habiendo utilizado datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 1994), sin embargo, añade que, un año de diferencia en la educación de los padres corresponde, en la actualidad, a una diferencia menor en el valor esperado de la educación de los hijos, que anteriormente. Banerjee y Duflo (2012:126) sostienen que los hijos de familias de élite cuyos padres no aceptan que se queden sin educación, "acaban confirmando sus altas expectativas". Además, los hijos de aquellos padres son enviados a mejores colegios por lo que, ellos recibirán mayor educación. En este sentido, la política educativa es clave pues la educación es una cuestión de oportunidades y se encuentra ligada a la capacidad de las personas de conocer y ejercer sus derechos. En sí misma, la correlación entre la educación de los padres y la de los hijos implica que el progreso de los niños, en el ámbito académico, está sujeto a la familia de la que provengan.

Las diferencias entre hombres y mujeres que asisten a instituciones privadas pueden explicarse porque los padres perciben que educar a sus hijos traerá un mayor retorno (respecto a sus hijas) por lo que deciden invertir en ellos enviándoles a establecimientos privados. Por otro lado, Banerjee y Duflo (2012:102) toman en cuenta que, muchas veces, pese a que las escuelas son de carácter público y gratuito, el nivel de absentismo es alto reflejando que el costo monetario no es, necesariamente, el problema principal sino que puede encontrarse la explicación en la mala salud de los niños. Tafani, Gaspio y Maldonado (2005: 26) vinculan la salud del niño con la salud de la madre. El gráfico No. 4 muestra la asistencia a clases de nivel superior por tipo de establecimiento; se observa que, para el año 2010, el 61% de mujeres que asistía a clases de nivel superior lo hacía a instituciones de carácter público comparado con el 57% de los hombres.

Gráfico No. 4
Población que asiste a clases clasificada por sexo y por tipo de establecimiento en nivel de institución superior en el 2010, Ecuador (%)



Fuente: INEC, Resultados del Censo 2010 de Población y Vivienda en el Ecuador.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

[11] El estudio de Hertz at al. (2007: 15) incluye 42 naciones y los países latinoamericanos con mayores correlaciones son: Perú, Ecuador, Panamá, Chile, Brasil, Colombia y Nicaragua.

Mercado laboral

Tal como fue señalado por Arriagada (1990), Acemoglu (2009:8-12) y Hanushek y Woessmann, (2007: 7), el nivel de instrucción y la posibilidad de generar ingresos tienen una relación positiva, permitiendo a las personas alcanzar mejores niveles de vida. Cabe recalcar que el mercado laboral se encuentra estrechamente relacionado con la educacion. De hecho, Mincer (1970) citado en Hanushek y Woessmann, (2007: 7) considera que la decisión de cuanto invertir en capital humano (educacion), depende de la expectativa de los agentes en cuanto a los potenciales retornos[12], mismos que, en sí, son el salario futuro; es decir, se considera que la cantidad de inversión realizada en años de educacion afecta el salario individual. Asimismo, Hanushek y Woessmann, (2007: 2) establecen que la calidad de la educacion, medida por las habilidades cognitivas de los agentes, tienen un gran impacto en el salario de los individuos, y agregan que, existe evidencia que puede catalogar a tal relación como causal. Complementariamente, Hertz et al (2007: 7) sugieren que la relación entre el ingreso y la educación no es necesariamente lineal.

Por otro lado, Zhong (2005:3), establece una relación directa entre el estado de salud de las personas y sus ingresos pues éste influye en la cantidad de días laborables. Tafani, Gaspio y Maldonado (2005: 26), refiriéndose a Schultz, sostienen que la reducción de la mortalidad en el siglo XX se dio gracias a varios factores entre los que se contempla el aumento sustancial del ingreso real per cápita. Además, el Banco Mundial (2006: 2) considera que las oportunidades laborales, conjuntamente con la educación femenina, tienen un papel vital como alternativa a la maternidad adolescente y ambas permiten cambiar las motivaciones sociales e individuales de la maternidad temprana.

Acorde a los Indicadores Laborales Septiembre 2014 realizados por el INEC (2014) en base a la información de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subemepleo, la población economicamente activa (PEA)[13] de sexo masculino es aproximadamente 1.5 millones mayor que la femenina. Por otro lado, acorde a los Tabulados de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo publicada por el INEC (2015a), la tasa de desempleo[14] de los hombres es de 3.42% mientras que la de las mujeres es 5.5%; adicionalmente, la población general entre 15 y 24 años de edad es la que mayor desempleo registra alcanzando el 9.77%.

[12] Hanushek y Woessmann, (2007: 7) denominan retornos privados.

[13] El Sistema Integrado de Indicadores Sociales (c) considera que las personas son economicamente activas cuando se encuentran en edad de trabajar y han trabajado minimo una hora en el periodo de referencia que generalmente es la semana anterior al día en que se pregunta; en el caso de que las personas no hayan trabajado seguirán pertenenciendo a la PEA siempre y cuando las razones de la ausencia laboral estén relacionadas con haber presentado una enfermedad, estado en huelga o haber pedido vacaciones.

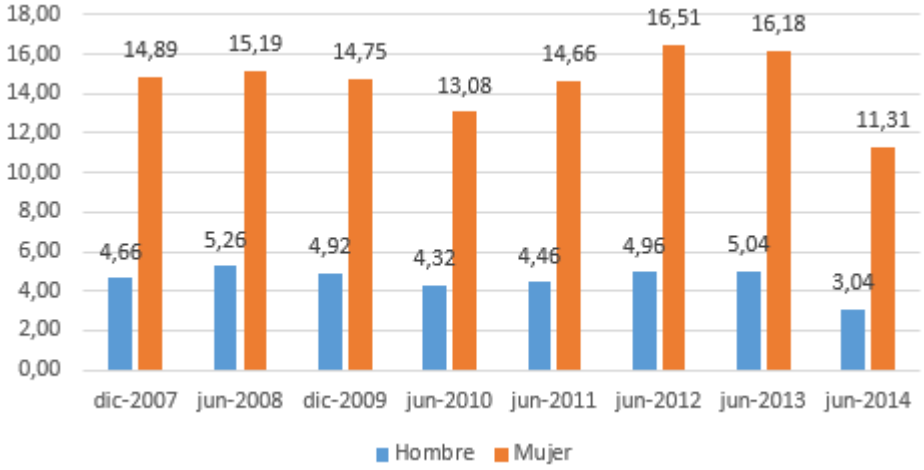
[14] El INEC (c) considera al desempleo como la suma del desempleo abierto (personas mayores a 10 años que no trabajaban en el periodo de referencia que se establece como la semana anterior y que buscaron trabajo en los últimos cuatro periodos de referencia) mas, el desempleo oculto (personas mayores a 10 años sin empleo en el periodo de referencia que no buscaron trabajo en las últimas cuatro semanas por varias razones como que las personas presentaban un trabajo esporádico, contaban con un trabajo que estaba próximo a empezar, se encontraban a la espera de una respuesta relacionada a un nuevo empleo, estaban a la espera de su temporada de trabajo, estuvieron cansadas de buscar empleo, pensaban que no les darán trabajo o no creían encontrarlo.

Empleo no remunerado

El empleo no remunerado[15] según el INEC (2014a) pasó de 10.92% del PIB del 2007 a 15.41% del PIB del 2010, porcentaje 6.12 puntos mayor que la extracción petrolera del país.

El gráfico No. 5 muestra la diferencia en la participación clasificada por sexo. Para el 2007, la diferencia de la participación del trabajo no remunerado entre hombres y mujeres era de 10 puntos porcentuales aproximadamente, y pese a que el porcentaje de trabajo no remunerado se redujo, la diferencia entre ambos sexos solo cayó en 2 puntos porcentuales entre 2007 y 2014 según el gráfico a continuación.

Gráfico No. 5
Porcentaje del empleo no remunerado, Ecuador (%)



Fuente: INEC (2015a), Tabulados Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Censos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Complementariamente, la tabla No. 5, muestra la distribución de horas del trabajo no remunerado presentada en las Cuentas Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares 2007-2010 realizada por el INEC(d).

En la tabla No. 5 se puede observar que, en casi todas las actividades, excepto Construcción y Reparaciones, las mujeres tienen mayor participación en el trabajo no remunerado. De hecho, las mayores diferencias se registran en Actividades Culinarias con una brecha de 76.45%, en Cuidado de Ropa y Confección con 69.7% y en Cuidado a personas con limitaciones cuya brecha corresponde a 60.6% entre hombres y mujeres. Cabe recalcar que, si bien en la categoria de construcción la participacion masculina es mayor, (estableciendo una brecha de 60.18% entre hombres y mujeres), dicha actividad corresponde al 0.95% del total de horas destinadas al trabajo no remunerado mientras que, la categoria de actividades culinarias, por ejemplo, corresponde al 38.14% acorde al INEC(d).

[15]Según el INEC (d), el concepto de trabajo no remunerado contempla el tiempo destinado y las remuneraciones que varios sectores dejaron de pagar abarcando actividades que no son consideradas en el Sistema de Cuentas Nacionales pues éstas no generan lucro; dentro de estas actividades se contemplan actividades en el hogar, para otros hogares, para la comunidad y actividades de voluntariado; generalmente las siguientes son las actividades más importantes: a) tareas domésticas o de mantenimiento del hogar, b) cuidado de personas y c) trabajo voluntario.

Tabla No. 5
Actividades del Trabajo no Remunerado clasificado por sexo, Ecuador (horas, %)

Actividades	Hombres	Mujeres	Total
	Porcentaje de horas del total		
Actividades culinarias	11,79%	88,21%	100,00%
Mantenimiento del hogar	29,80%	70,20%	100,00%
Cuidado de ropa y confección	15,15%	84,85%	100,00%
Compras, servicios y gerencia u organización	41,68%	58,32%	100,00%
Cuidado de niños y niñas	23,28%	76,72%	100,00%
Construcción y reparaciones	80,09%	19,91%	100,00%
Actividades de solidaridad y apoyo	38,91%	61,09%	100,00%
Cuidado de personas con limitaciones	19,70%	80,30%	100,00%
Horas	2.522.196	8.838.157	11.360.353
Carga	22,20%	77,80%	100,00

Fuente : INEC (d), Cuentas Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares 2007-2010.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

La importancia que otorga la CEPAL (2011: 2) al trabajo no remunerado es que considera que existe una reparticion diferente de las tareas entre hombres y mujeres. Tal como reflejan los datos, las mujeres son las que cuentan con mayor cantidad de horas de trabajo no remunerado hecho que, según la CEPAL (2011: 2), acarrea discriminación, invisibilidad del trabajo e incluso puede llegar a impedir la independencia económica, el ejercicio de derechos y la reducción del ejercicio de las libertades de dicho género.

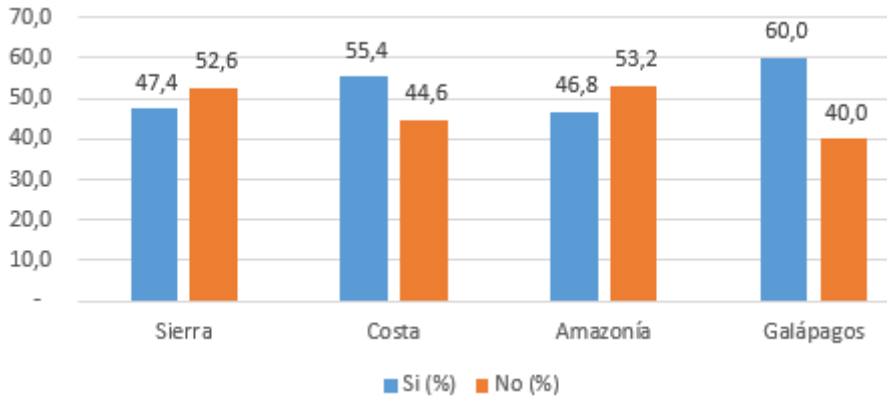
Conocimiento de los derechos por la ley de maternidad gratuita

Según el Ministerio de Salud Pública (2008), La ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es una ley que fue planteada y aprobada en 1994 cuyo objetivo era proteger los derechos relacionados con las mujeres y sus hijos de hasta 5 años. En la actualidad el MSP sostiene que los objetivos principales de esta ley son los siguientes: a) disminuir la morbi-mortalidad femenina e infantil, b) disminuir el gasto de bolsillo, c) apoyar la reforma del sector salud, d) apoyar la descentralización, e) fomentar la participación ciudadana, y f) ampliar la cobertura y atención primaria de salud.

Para el 2014, solo el 51.3% de la población femenina nacional conocía sus derechos de maternidad gratuita según la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el INEC (2015); en el sector urbano, el 54% si conoce su derecho mientras que en el sector rural el 55% de las mujeres no conoce.

Complementariamente, el gráfico No. 6 clasifica el conocimiento de los derechos por ley de maternidad gratuita por regiones para el 2014: la Amazonia (53%) y la Sierra (52%) son las regiones con menos conocimiento; sin embargo, los datos no son alentadores para el resto de las regiones, la Costa (45%) y la región insular (40%) tampoco tienen conocimiento de estos derechos.

Gráfico No. 6
Conocimiento de los derechos por la ley de maternidad gratuita por regiones en el año 2014, Ecuador (%)

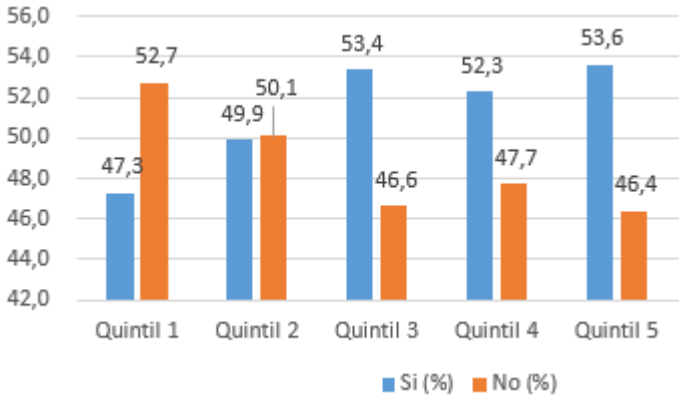


Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Complementariamente, el gráfico No. 7, clasifica el conocimiento de los derechos por ley de maternidad gratuita por quintiles de ingreso para el 2014. Acorde a éste, las personas más pobres son, en efecto, las que menos saben de los derechos por la Ley de Maternidad Gratuita. A su vez se observa que el conocimiento de los derechos tiene una relación directa con los ingresos pues conforme éstos incrementan, las mujeres ya conocen sus derechos.

Asimismo, tal como se estableció en la sección de Trabajo No Remunerado, la CEPAL (2011:2) sostiene que la falta de ingresos puede llegar a impedir el ejercicio de los derechos. Este hecho puede explicarse a través de la educación pues ésta permite ampliar los conocimientos y se ve reflejada en alcanzar un mejor salario. El gráfico No. 7 muestra que el 47.3% de las mujeres del quintil uno tienen conocimiento de sus derechos, valor que, al contrastarlo con el 53.4% del quintil tres, implica un incremento del 6.1% entre mencionados quintiles.

Gráfico No. 7
Conocimiento de los derechos por la ley de maternidad gratuita por ingresos en el año 2014, Ecuador (%)



Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Finalmente, acorde a los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el INEC (2015), la población que menos conoce sus derechos es, la que habita en la zona rural (55.3% no tiene conocimiento de éstos), en la región amazónica (53.2%) y en la sierra (52.6%) y la que pertenece al quintil uno (52.7%) y dos (50.1%) de la población. La diferencia con la costa y Galápagos no es tan grande pues el 44.6% y el 40% respectivamente no tiene conocimiento de sus derechos. La importancia del desconocimiento de los derechos es que no permite el ejercicio pleno de los mismos haciendo que sea difícil cumplir con los objetivos bajo los cuales se creó mencionada ley.

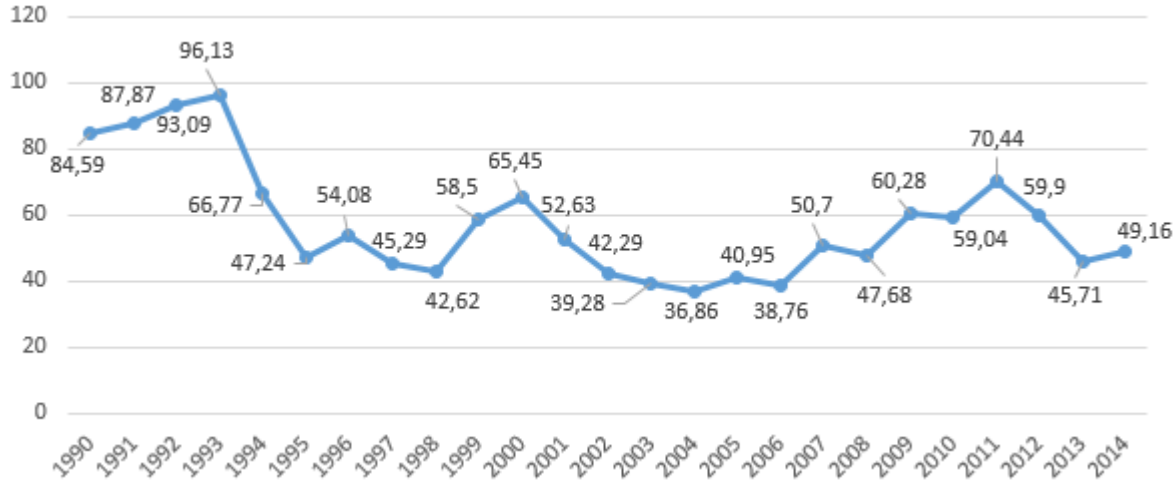
Mortalidad materna

Según la OMS (2008a: 4), se entiende como mortalidad materna al fallecimiento de una mujer por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mientras ésta se presente en periodo de gestación o dentro de los 42 días siguientes.

Ámbito nacional

La razón de mortalidad materna es el número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Para el 2011, la muerte relacionada con el embarazo, el parto y el puerperio se encontraba entre las 25 causas de muerte femenina en el país según el Anuario de Estadisticas Vitales Nacimientos y Defunciones (2011: 27). En el gráfico No.8 se observa la trayectoria de la razón de mortalidad materna en el país desde 1990 a 2014. La mayor caída que presentó este indicador se registró entre 1993 y 1995; posteriormente, en el periodo comprendido entre 1999 y 2001, la razón de mortalidad materna vuelve a incrementarse, pero sin alcanzar el nivel de la de 1993 acorde al gráfico. Adicionalmente, en la parte correspondiente al periodo de analisis, se registra un incremento desde 2008, donde la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos era de 47.68, llegando, el indicador, a su cúspide, en el 2011 con una cifra de 70.44; a partir del 2011 existe una reducción, hasta el año 2013, pues en el 2014 incrementa nuevamente. En el segundo anexo de esta disertación (tabla No. 50), se presenta la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos en Ecuador la cual llega a ser 64 con un margen entre 57 y 71 en el 2015 según información de la Organización Mundial de Salud et. al.

Gráfico No. 8
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Ecuador



Fuente: INEC, Base de datos de Anuario de Estadisticas Vitale –Nacimientos y Defunciones 1990-2014, Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Ámbito provincial

Por un lado, de forma general, la tabla No. 6 resume el número de muertes maternas desglosadas por provincias. Mencionada tabla refleja la existencia de una reducción de muertes maternas en un 31.12% a nivel nacional. Azuay logra una reducción de más de tres cuartas partes del número de muertes maternas presentando una caída de 77% mientras que Esmeraldas reduce en 64%; provincias como Pichincha, Guayas y Manabí no presentan cambios significativos acorde a la tabla. Cabe mencionar que, no necesariamente implica una mejora en las condiciones de atención o demás factores para evitar la muerte materna sino que, puede estar asociado a una mejor cuantificación del indicador. Es decir, se están considerando realmente las muertes maternas tomando en cuenta que estas no ocurran por causas ajenas al embarazo o por causas accidentales. De hecho, en un editorial de rectificación publicado en el periódico digital El Universo (octubre, 2015), la ex ministra de Salud Pública del Ecuador en el periodo 2012-2015, Carina Vance, recalca que no se ha tomado en cuenta el alto nivel de subregistro que el país presentaba; además en el atrículo se añade que, tanto la búsqueda activa de casos como la revisión del historial clínico en todos los establecimientos de salud, han ayudado a mejorar la información de la mortalidad materna.

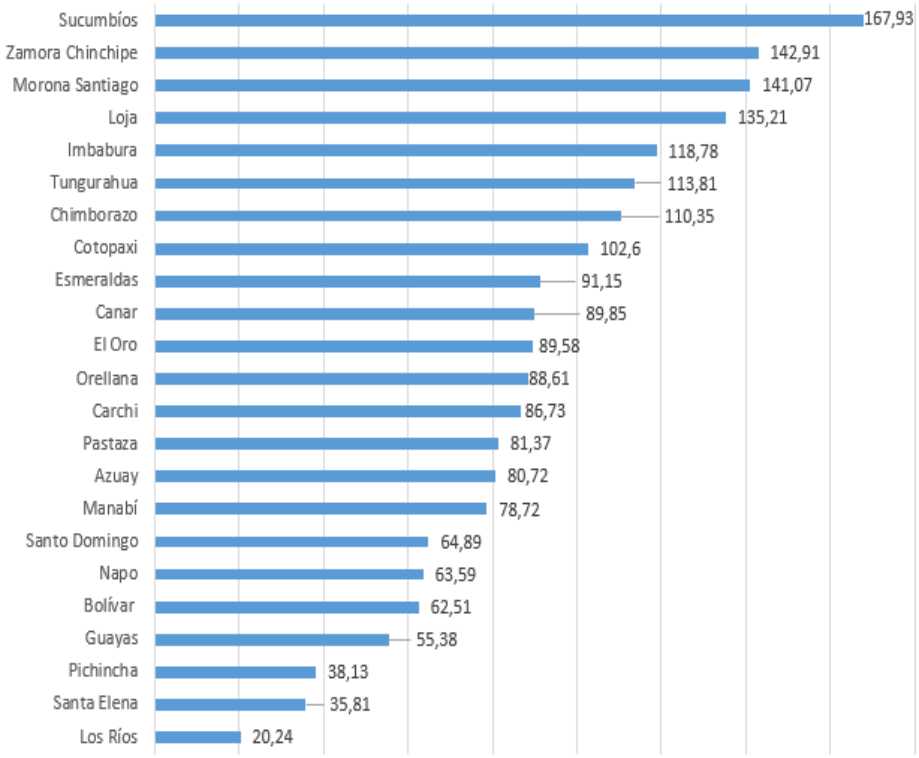
Por otro lado, los gráficos No. 9 y No. 10 señalan la razón de mortalidad materna para el año 2011 y 2014 clasificado por provincias. Cabe mencionar que la razón de mortalidad materna fue estimada dividiendo el número de muertes maternas entre la estimación de nacidos vivos para el perdiodo correspondiente según menciona el INEC (2011: 24) en el Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones. Acorde al gráfico No. 9, las provincias con mayor razón de mortalidad materna, para el 2011, eran provincias de la Amazonía: Sucumbíos, Zamora Chinchipe y Morona Santiago. Según el gráfico No. 10, para el año 2014, se mantenía Zamora Chinchipe y Morona Santiago, y se incorporaban Napo y Orellana como las provincias con más razón de mortalidad materna; complementariamente, para el año 2011, las provincias con menor razón eran Los Ríos, Pichincha y Santa Elena (gráfico No. 9) mientras que, para el año 2014, se mantenía Los Ríos y se incluían Azuay y Cotopaxi (gráfico No. 10).

Tabla No. 6
Muertes maternas clasificadas por provincias para el año 2011 y 2014, Ecuador (número)

	2011	2014	Variación
TOTAL	**241**	**166**	**-75**
Azuay	13	3	-10
Esmeraldas	14	5	-9
Loja	14	6	-8
Tungurahua	12	4	-8
Cotopaxi	11	4	-7
Guayas	45	38	-7
Chimborazo	12	6	-6
Sucumbíos	8	2	-6
Imbabura	11	6	-5
El Oro	12	8	-4
Manabí	25	21	-4
Cañar	5	3	-2
Morona Santiago	7	5	-2
Carchi	3	2	-1
Pichincha	21	20	-1
Santo Domingo	6	5	-1
Bolívar	3	3	0
Pastaza	2	2	0
Zamora Chinchipe	4	4	0
Orellana	4	4	0
Los Ríos	4	6	2
Santa Elena	3	5	2
Napo	2	4	2

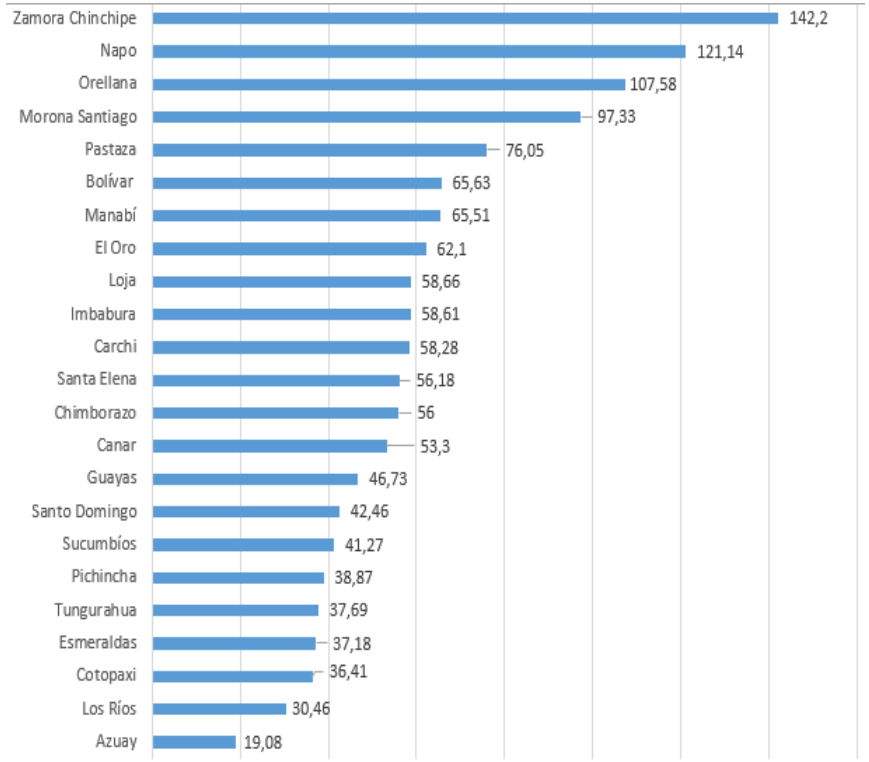
Fuente: INEC (2014c), Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones (2011 y 2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Gráfico No. 9
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos a nivel provincial en el año 2011, Ecuador



Fuente: INEC, Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2011)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Gráfico No. 10
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos a nivel provincial en el año 2014, Ecuador



Fuente: INEC, Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Adicionalmente, la información proporcionada por los mapas realizados por el INEC (2011 y 2014) y presentados en el Anuario de Estadisticas Vitales, Nacimientos y Defunciones que se pueden encontrar como primer anexo al trabajo, evidencia lo siguiente (ver Tabla No. 7):

Tabla No. 7
Análisis de la mortalidad materna por regiones en el 2011 y 2014

	2011	2014
Costa	En el 2011, Guayas fue la provincia con mayor cantidad de muertes maternas (45) cuya población se autoidentificó como mestiza principalmente. Las muertes afectaron a las edades entre 25 a 27, 28 a 30 y **31 a 33** años. Manabí fue la segunda provincia con mayor catidad de muertes (25) cuya población se autoidentificó también como mestiza y negra. Las muertes afectaron a las mismas edades señaladas en Guayas, encabezando la lista las edades entre **38 a 30** años.	En el 2014, Guayas fue la provincia con mayor cantidad de muertes maternas (38) cuya población se autoidentificó como mestiza principalmente. Las muertes afectaron a las edades entre 18 a 18, 19 a 21, 22 a 24, y 25 a 27 años. Manabí fue la segunda provincia con mayor catidad de muertes (21) cuya población se autoidentificó también como mestiza. Las muertes afectaron a las edades entre 19 a 21, **34 a 36**, y 37 a 39 años.
Sierra	En el 2011, Pichincha fue la tercera provincia con mayor cantidad de muertes (21) cuya población se autoidentificó también como mestiza, indígena y negra. Las muertes afectaron principalmente a las edades entre 19 a 21, **34 a 36** y 40 a 42 años.	En el 2014, Pichincha fue la tercera provincia con mayor cantidad de muertes (20) cuya población se autoidentificó como mestiza, principalmente. Las muertes afectaron principalmente a las edades entre **34 a 36** y 40 a 42 años.
Amazonía	En el 2011, Sucumbíos, Zamora Chinchipe y Morona Santiago fueron las provincias con mayor razón de mortalidad materna. La población de Sucumbíos se autoidentificó como negra y gran parte se ignora. Las muertes afectaron principalmente a las edades entre **19 a 21** y 22 a 24 años. La población de Zamora Chinchipe y Morona Santiago se autoidentificó como indígena, mestiza y mulata. Las muertes para la primera provincia afectaron, principalmente, a las edades entre 28 a 30, **31 a 33**, 37 a 39 y 43 a 45 años mientras que para Morona Santiago a las edades entre 28 a 30 y 31 a 33 años.	En el 2014, la región amazónica fue la que más razón de muertes maternas presentó. Zamora Chinchipe, Morona Santiago, Napo y Orellana encabezan la lista. La población de dichas provincias se autoidentificó como mestiza, indígena y otra. Las muertes en Zamora Chinchipe afectaron principalmente a las edades entre 22 a 24, 37 a 39 y **43 a 45** años. Para el caso de Morona Santiago, las edades se contemplaron entre 19 a 21, **22 a 24** y 34 a 36 años. Las muertes en Napo afectaron pr0incipalmente a las edades entre 22 a 24, 31 a 33, 34 a 36 y 37 a 39 años. Finalmente, para el caso de Orellana las edades se contemplaron entre 19 a 21, 31 a 33, 34 a 36 y 37 a 39 años.

Fuente: INEC (2011 y 2014c) Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones (2011) y Anuario de Estadisticas Vitales Nacimientos y Defunciones (2014c)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

El caso de la costa, por un lado, es consistente con el hecho de que existe mayor densidad poblacional en dicha region según se mencionó anteriormente. Sin embargo, la cantidad de mujeres en la costa no es sustancialmente mayor que en la sierra por lo que, si en ambas regiones la población femenina viviría bajo las mismas condiciones de vida, los datos de mortalidad materna deberían ser similares. Adicionalmente, considerando que la población femenina que reside en el área urbana de la costa es mayor (tabla No. 2) y que, en el área urbana se encuentran menos hogares en condiciones de hacinamiento, variable asociada con la pobreza (tabla No. 1), la mortalidad materna debería ser menor.

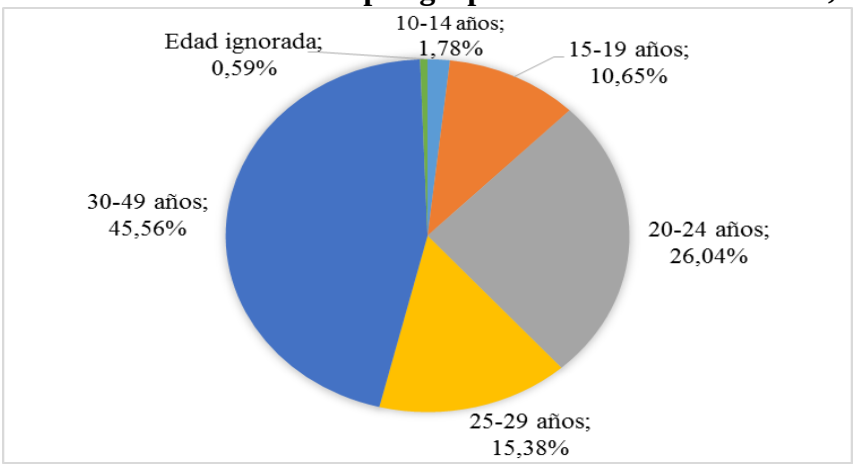
En el caso de la sierra, se debe complementar que Pichincha no presentó cambios en el indicador entre 2011 y 2014 (tabla No.6), hecho que puede reflejar que las muertes maternas se encontraban correctametne clasificadas. Además, es importante subrayar que la población femenina que reside en el área rural de la sierra es mayor que en otras regiones del país (tabla No. 2), que en la sierra existe mayor hacinamiento (tabla No. 1) y menor conocimiento de los derechos por la ley de maternidad gratuita (gráfico No. 6).

En el caso de la amazonía, cabe recordar que esta región es donde menos se conoce sobre los derechos por la ley de maternidad gratuita (gráfico No. 6). Este hecho muestra la existencia de inequidades sociales entre regiones que causan mayor cantidad de muertes maternas en un lado que otro. Finalmente, no se encontró información de Galápagos.

Grupos etarios

Complementariamente, se presentan las muertes maternas clasificadas por grupos de edad en el 2014. El gráfico No. 11 muestra que, el 45.56% de las muertes maternas se registran en el grupo etario de mujeres entre 30 y 49 años hecho que es consistente con el gran grupo poblacional que éste abarca. Subsecuentemente, se encuentran las muertes de las mujeres entre 20 y 24 años con 26.04% del total, las muertes de mujeres de 25 y 29 años y las muertes de mujeres de 15 y 19 años.

Gráfico No. 11
Muertes maternas clasificadas por grupos de edad en el año 2014, Ecuador



Fuente: INEC (2015b) Tabulados del Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

El Banco Mundial (2006:2), enfatiza que las complicaciones relacionadas al embarazo es la primera causa de mortalidad en mujeres entre 15 y 19 años a nivel mundial; adicionalmente, sostiene que este mismo grupo tiene el doble de probabilidad de fallecer a causa del parto mientras que el grupo menor a 15 años tiene cinco veces mayor probabilidad en comparación con el grupo etario de 20 y 30 años.

Factor de asistencia profesional en el parto

El Banco Mundial (2006: 2) sostiene que, como principal medida para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad se debe buscar:

> Garantizar que la atención durante el parto esté en manos de personal capacitado y fortalecer los sistemas de salud para brindar asistencia obstétrica de urgencia durante las 24 horas del día.

Por otro lado, Freyermuth y Sesia (2009: 11) contemplan al acceso pleno y universal de la atención calificada en el embarazo, parto y puerperio como estrategia clave para reducir la mortalidad materna. Adicionalmente, Romero y Ramos (2004: 1) establecen que la mortalidad materna tiene una relación inversa con la atención obstétrica básica. El acceso a cuidados médicos, según la OMS, es la "piedra angular" para prevenir y reducir las muertes maternas (Freyermuth y Sesia, 2009: 11). Por otra parte, se establece que el término de atención capacitada se refiere al proceso de cuidados adecuados que recibe la mujer en periodo de gestación y su bebé, sea en el hogar o en el hospital, durante el embarazo, el parto y el puerperio; el personal capacitado debe tener las aptitudes necesarias y el entorno adecuado (Banco Mundial, 2006: 2).

Ámbito nacional

Según información de la última Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el INEC (2015), la asistencia profesional en el parto ha aumentado, desde 1999, a nivel nacional. De forma desagregada, en la tabla No.8 se exhibe el porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional; se evidencia un aumento de 8.1% de mujeres que recibieron asistencia profesional entre 2006 y 2014; es decir que existió un incremento anual promedio de 1.013%; en la Amazonía, la asistencia profesional en el parto incrementó en 14.4% en los mismos años; hecho que es inconsistente con el incremento de la mortalidad materna en esta región. Como se evidenció anteriormente, para el 2014, la Amazonía fue la región que más razón de mortalidad materna registró (gráfico No. 10), pese a que es, también, la región que más incrementó la asistencia profesional (tabla No. 8); esto puede explicarse desde la perspectiva de que, el hecho de que exista mayor atención profesional implica una mayor cuantificación, es decir, no necesariamente antes del período examinado existían menos muertes maternas, sino que éstas no se contabilizaban pues no todas eran atendidas en lugares donde se llevaba un registro.

Para el caso de la Sierra, el aumento de la atención profesional fue de 9.5% entre 2006 y 2014 según la tabla No. 8. Este hecho es consistente considerando que las provincias de la sierra son las que mayor reducción de mortalidad materna registraron entre 2011 y 2014 (tabla No. 6). Azuay, Loja, Tungurahua, Cotopaxi, Chimborazo e Imbabura se encuentran entre las 10 primeras. En la Costa, el incremento de la asistencia profesional en el parto fue del 6.5% siendo la región con el porcentaje más alto a nivel nacional en el 2014 (97.8%) de mujeres que recibieron asistencia profesional acorde a la tabla No. 8. Para el 2011, la costa presentó mayor cantidad de muertes maternas hecho que es consistente con que existe mayor densidad poblacional en dicha región. Como se evidenció, Esmeraldas (en segundo lugar) y Guayas (en sexto lugar) presentaron una mayor reducción de mortalidad materna.

Tabla No. 8
Mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron asistencia profesional clasificada por regiones, Ecuador (%)

Porcentaje de asistencia en el parto (% de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años					
	1995	1998	1999	2006	2014
Nivel nacional	76.5%	79.1%	77.2%	85.6%	93.7%
Región costa	81.8%	86.3%	83.6%	91.3%	97.8%
Región sierra	72.1%	70.3%	70.3%	81.9%	91.4%
Región amazónica	52.9%	63.3%	-	61.7%	76.1%

Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida (2014): Tabulados Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Ámbito sectorial

La tabla No.9, que clasifica la información por sector urbano y sector rural, muestra el porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional. Tal como se observó en la tabla No. 8, la asistencia profesional en el parto ha aumentado a nivel nacional desde 1999.

Para el sector urbano, la asistencia profesional en el parto se incrementó en 7.6% entre 1995 y 2014 llegando a ser el 98.4% según la tabla No. 9. Cabe señalar que la costa, zona con mayor población urbana del país (tabla No. 2), es la región que registró mayor asistencia en el parto, 97.8% en el 2014. De otro lado, para el sector rural, la tabla No. 9 refleja que la asistencia profesional en el parto aumentó en 28.3% entre 1995 y 2006, presentado un incremento considerable entre 1999 y 2006 donde la asistencia profesional en el parto aumentó en 9.6%; sin embargo, el incremento más significativo ocurrió en el periodo 2006-2014 en donde se registró un aumento de 16.5%. Cabe recalcar que la Sierra, región con mayor población rural (tabla No.2), registró un aumento de la atención profesional de 9.5% entre 2006 y 2014.

Tabla No. 9
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional clasificada por área de residencia, Ecuador (%)

Porcentaje de asistencia en el parto (% de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años					
	1995	1998	1999	2006	2014
Zona urbana	90.8%	93.8%	92.3%	96%	98.4%
Zona rural	55.7%	57%	57.9%	67.5%	84%

Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida (2014): Tabulados Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Ámbito económico

La falta de acceso a asistencia profesional durante el periodo de gestación y en el parto, en especial por parte de las mujeres pobres, es la causa de elevados índices de mortalidad materna en varios países, razón por la cual, se considera que, el garantizar su acceso a esta asistencia profesional, es una de las formas más efectivas para reducir tal indicador (Banco Mundial, 2006:1). Acorde a la tabla No. 10, la atención profesional que recibió al primer quintil, aumentó desde 1999 hasta 2014; el incremento más significativo ocurrió entre 1999 y 2006 pasando de 49.1% a 68.8%; por otro lado, al comparar el aumento del porcentaje del quintil uno de mujeres que recibieron atención profesional con el del

quintil cinco, se observa que, el 20% de la población con mayores ingresos no presenta mayor variación entre 1995 y 2014. Tomando en cuenta lo anterior, es pertinente señalar que, para el 2014, el 99.9% de mujeres en edad fértil del quintil más rico recibió atención profesional mientras que, el 17.9% de mujeres en edad fértil del quintil más pobre no recibió acorde a la siguiente tabla. Este hecho refleja la existencia de brechas entre quintiles en cuanto al ejercicio del derecho a la salud. Adicionalmente, el segundo quintil refleja un incremento del porcentaje de mujeres que recibieron atención profesional desde 1998, registrando el mayor salto entre el año 1999 y el 2006 donde, el indicador, aumentó en 16.5%; el tercer y cuarto quintil presentaron un incremento de la atención profesional a partir de 1995 y 1999 respectivamente; en el año 2014, a partir del segundo quintil, el 90% de la población recibió atención médica; finalmente, se observa que la atención profesional y los ingresos tienen una relación directa acorde a la tabla No. 10.

Tabla No. 10
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional clasificada por quintiles de pobreza por consumo, Ecuador (%)

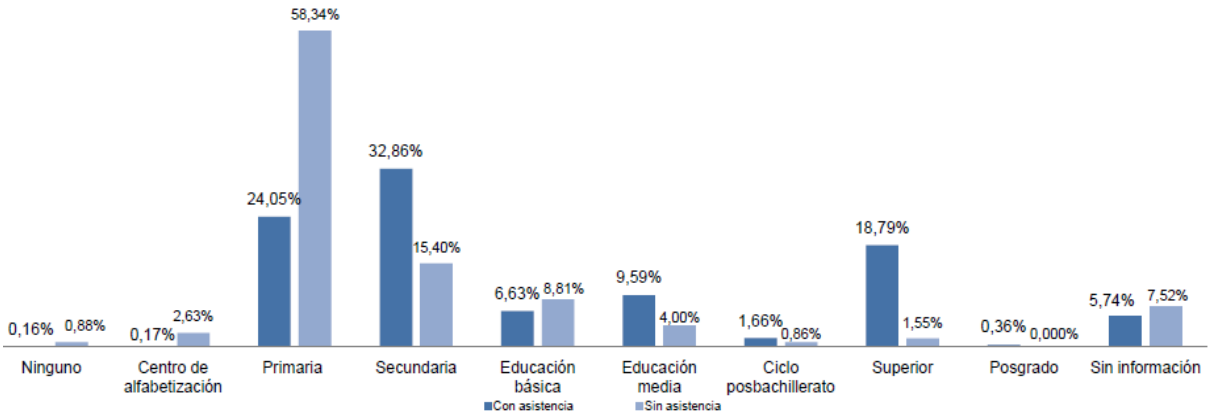
Porcentaje de asistencia en el parto (% de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años)					
	1995	1998	1999	2006	2014
Quintil 1	45.2%	51.3%	49.1%	68.6%	82.1%
Quintil 2	74%	73.1%	71.2%	87.7%	94.7%
Quintil 3	81.7%	84.7%	86.9%	93.8%	97.9%
Quintil 4	91.3%	94.9%	92.7%	97.4%	98.7%
Quintil 5	95.3%	98.3%	98.8%	99.6%	99.9%

Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida (2014): Tabulados Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Ámbito educativo

Según el Anuario de Nacimientos y Defunciones (2014:71), las mujeres se preocupan más por recibir atención en el parto conforme aumenta su nivel educativo. A continuación, en el gráfico No. 12 se observa que las mujeres con instrucción primaria son las que menos atención en el parto recibieron mientras que, en el caso de las mujeres con instrucción de posgrado, no existieron partos sin asistencia profesional.

Gráfico No. 12
Nacidos vivos según nivel de instrucción de la madre y tipo de asistencia profesional en el año 2014, Ecuador



Fuente y elaboración: Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014)

Establecimientos públicos

Stiglitz (2000: 348-350) sugiere que el estado tiene la obligación de intervenir en el sector sanitario por dos razones: la primera, debido a que este mercado se encuentra lleno de imperfecciones y, la segunda, debido a que no toda la población tiene la capacidad de pagar una tarifa por concepto de asistencia sanitaria. Adicionalmente, la Constitución del Ecuador (2008) establece a la salud como un derecho donde, el Estado, debe garantizar su acceso pues es tomada como fundamental para alcanzar el Buen vivir; la Constitución también considera a las mujeres embarazadas como personas de atención prioritaria las cuales deben recibir atención primordial y especializada. De otro lado, uno de los objetivos de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es ampliar la cobertura y atención primaria de salud como se mencionó anteriormente.

En este sentido, la tabla No.11 demuestra que, la atención en el parto en establecimientos de salud pública ha incrementado en 8.5% entre el 2006 y el 2014 llegando a ser 60.2%; es decir, ha existido un aumento de 1.063% en promedio por año; mencionado incremento es sustancial considerando que, en 1995, la atención en el parto en establecimientos de salud pública era 51.9% y el mayor incremento registrado había sido de 4.4% para 1998. De manera más desglosada, la tabla No. 11 muestra que, en la Amazonía se registró un incremento de atención en establecimientos públicos de 19.2%, hecho que es consistente con el aumento de atención profesional reflejado en la tabla No.8; la sierra fue la región con mayor porcentaje de mujeres que recibieron atención en establecimientos de salud pública, mientras que la costa, pese a ser la región con mayor porcentaje de mujeres atendidas por profesional médico, es la región con menor porcentaje de atención en establecimientos públicos.

Tabla No. 11
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional en establecimientos de salud pública clasificada por regiones, Ecuador (%)

Porcentaje de atención del parto en establecimientos de salud públicos (% de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años					
	1995	1998	1999	2006	2014
Nivel nacional	51.9%	56.3%	52.9%	51.7%	60.2%
Región costa	53.6%	60.8%	57.3%	45.6%	52.5%
Región sierra	50.4%	50.6%	48.2%	59.3%	68.1%
Región amazónica	45.5%	50.6%	-	47.6%	66.8%

Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida (2014): Tabulados Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Como información complementaria, es pertinente señalar que el porcentaje de mujeres atendidas por profesionales en establecimientos de carácter público ha incrementado en el período 2006- 2014; dicho incremento se debe, principalmente, al aumento del porcentaje de mujeres atendidas por profesionales en la zona rural donde el indicador pasa, del 47% en el 2006, a 62.5% en el 2014 comparado con el urbano que solo aumenta un 4.36% en el mismo periodo según la tabla No. 12. Para el 2014, se puede observar que, es la zona rural, la que cuenta con mayor porcentaje de mujeres que recibieron atención profesional en establecimientos de salud pública, hecho que es consistente con que sea la sierra, la región que mayor asistencia en establecimientos públicos tiene pues esta región cuenta con más población rural que otras regiones del país (tabla No. 2).

Tabla No. 12
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional en establecimientos de salud pública clasificada por sector de residencia, Ecuador (%)

Porcentaje de atención del parto en establecimientos de salud públicos (% de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años					
	1995	1998	1999	2006	2014
Zona urbana	61.2%	67.5%	64.3%	54.5%	59.1%
Zona rural	38.3%	39.6%	38.3%	47%	62.5%

Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida (2014): Tabulados Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

A continuación, la tabla número No.13 presenta información del porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional en establecimientos de salud públicos clasificada por quintiles de pobreza por consumo: el primero y el segundo quintil de la población que recibieron atención profesional en establecimientos públicos han venido presentando un aumento desde 1999 siendo el mayor de éstos en el periodo 2006-2014; para el quintil uno, el indicador incrementó en 16.5% mientras que para el quintil dos en 10.2% para mencionado periodo; para el caso del tercero, el cuarto y el quinto quintil, en el año 2006 existe una reducción del porcentaje de mujeres atendidas por profesionales en establecimientos públicos; sin embargo, para el 2014, existe un incremento, principalmente para el tercer quintil que presenta un aumento del 8.9%; finalmente, se observa que, a partir del tercer quintil, conforme aumenta la cantidad de ingresos, se reduce el porcentaje de mujeres atendidas por profesionales en establecimientos de salud públicos.

Tabla No. 13
Porcentaje de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años y recibieron atención profesional en establecimientos de salud públicos
Información clasificada por quintiles de pobreza por consumo, Ecuador (%)

Porcentaje de atención en el parto en establecimientos de salud públicos (% de mujeres en edad fértil que tuvieron un parto en los últimos 5 años)					
	1995	1998	1999	2006	2014
Nivel nacional	51.9%	56.3%	52.9%	51.7%	60.2%
Quintil 1	34.9%	40.2%	39.7%	49.8%	66.3%
Quintil 2	56.1%	57%	52.9%	56.2%	66.4%
Quintil 3	58%	60.8%	63.4%	52.9%	61.8%
Quintil 4	60.6%	69%	62.5%	57%	57.9%
Quintil 5	50.3%	53.5%	45.3%	36.6%	37.7%

Fuente: INEC (2015), Encuesta de Condiciones de Vida (2014): Tabulados Encuesta de Condiciones de Vida 2014
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Factor de natalidad

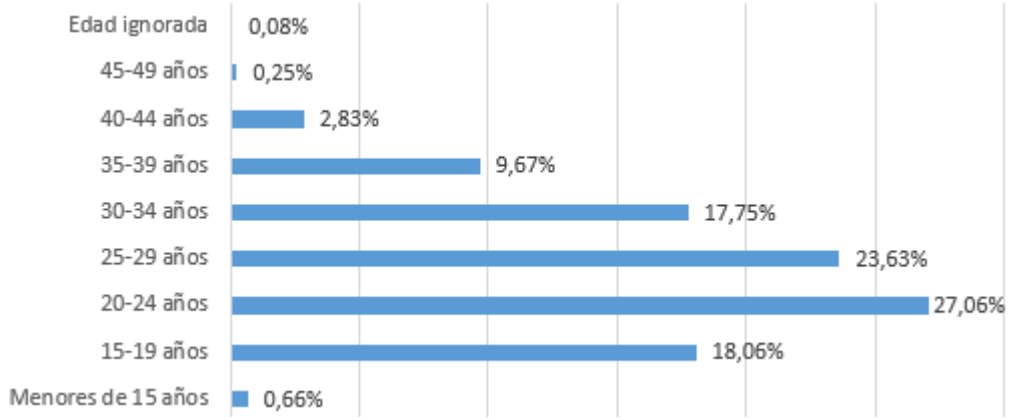
La tasa de natalidad, según el Banco Mundial (2015b), es el número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes durante un año. Según el INEC (e) existe una reducción constante de este indicador entre 1993 y 1998 pasando de 25.3 a 23.1; para 1999, la tasa incrementa llegando a ser 24.91 y, posteriormente, empieza a reducirse hasta el 2005 llegando a 18.42; en el periodo 2006-2011 la tasa de natalidad se mantiene estable presentando valores entre 19.95 y 20.24 y, a partir del 2011, empieza a reducirse llegando a ser 14.32 en el 2014. Cabe recalcar que, Donoso (2006), suguiere que una estrategia que permite

reducir el número de muertes maternas es controlar la fecundidad poblacional. El Sistema Integrado de Indicadores Sociales (d) define la fecundidad como el número promedio de hijos que tendrá una mujer en edad fértil en el trascurso de toda su vida reproductiva. Por otro lado, el Sistema Integrado de Indicadores Sociales (e) define a la natalidad como el número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en un año. Además, Donoso (2006) sostiene que, pese a que en países como Chile la natalidad ha mostrado una reducción significativa en los grupos etarios considerados de mayor riesgo reproductivo (mujeres mayores a 35 años), la natalidad no se redujo; además, el autor sostiene que, la reducción de la mortalidad materna en Chile, se dio gracias al incremento de la atención profesional en el parto y la disminución de la mortalidad materna por las siguientes causas: aborto, hipertensión arterial y sepsis puerperal.

Tasa de natalidad por edad

A continuación, se muestra el porcentaje de nacidos vivos clasificado por grupos etarios en el 2014. En el gráfico No. 13, la población femenina que más hijos nacidos vivos tiene es aquella que se encuentra en la quinquena contemplada entre los 20 y 24 años; subsecuentemente, las mujeres con más hijos nacidos vivos son las que se encuentran entre 25 y 29 años; sin embargo, lo que más llama la atención en tal gráfico es que, en tercer lugar, se encuentran las mujeres entre 15 y 19 años; adicionalmente, se observa que el grupo considerado de mayor riesgo reproductivo de edad avanzada representa el 3.08% del total, situacion que permite inferir que la mayor parte causas de mortalidad materna no deben estar asociadas a este factor sino a diferentes. Las mujeres entre 30 y 49 años son las que mayor cantidad de muertes maternas registran (gráfico No.11) hecho consistente con que la suma de los porcentaje de los nacidos vivos de dicho grupo llega a 30.58% del total siguiendo los datos del gráfico No. 13; además, el primero, el segundo y el tercer grupo etario que mas muertes maternas tienen son los mismos que más hijos nacidos vivos registraron (27.06%; 23.63%; y 18.06%) (gráfico No.11).

Gráfico No. 13
Nacidos vivos por grupo de edad en el año 2014, Ecuador (%)



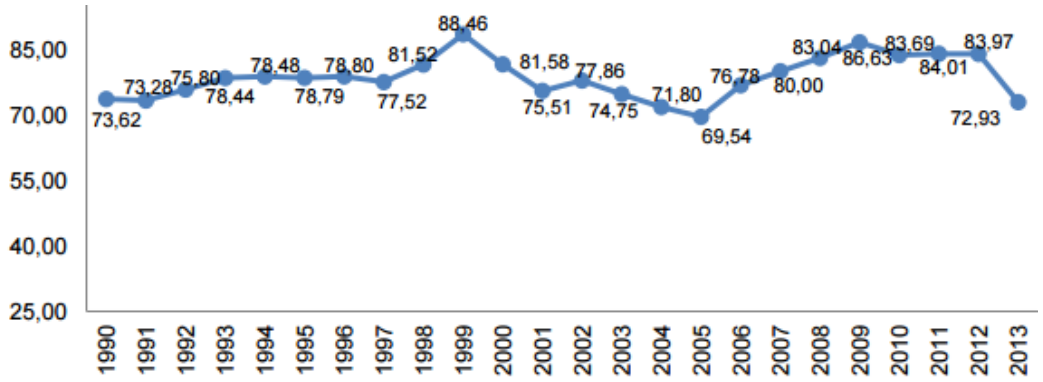
Fuente: INEC (2014c), Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Cabe recalcar que el Banco Mundial (2006: 2) sostiene que, entre las medidas para mejorar la salud materna, se debe promover a los adolescentes a posponer tanto el matrimonio como el nacimiento del primer hijo pues este grupo etario tiene el doble de probabilidad de fallecer en el parto mientras que el grupo menor a 15 años tiene cinco veces mayor probabilidad de muerte en comparacion con el grupo etario de 20 y 30 años.

Adicionalmente, el BM (2006:2) sostiene que la causa principal de muerte para las mujeres entre 15 y 19 años, a nivel mundial, es las complicaciones relacionadas con el embarazo. Este hecho permite inferir que, como se mencionó anteriormente, la mayor parte de causas de mortalidad materna no parecen estar asociadas a la edad avanzada de las mujeres sino que puede estar relacionada con la edad prematura.

Respecto del embarazo adolescente, el INEC (2014c) establece que se ha presentado un incremento desde el 2005 el cual llega a su cúspide, en el 2012. A continuación, el Gráfico No. 14, presenta la tasa especifica de madres adolescentes entre 1990 y 2013; en dicho gráfico se observa que 72.93 mujeres son madres entre 15 y 19 años por cada 1.000 mujeres entre este tramo de edad para el año 2013; además, cabe recalcar que en 1990 la cifra registrada era de 73.62 por lo que no se ha visto una mejora representativa. La tasa más alta registrada de madres entre 15 y 19 años fue en 1999 siendo 88.46 por cada 1.000 mujeres y, la más baja, fue en el 2005 siendo 69.54.

Gráfico No. 14
Tasa específica de madres adolescentes de 15 a 19 años, Ecuador
(Madres adolescentes por cada 1.000 mujeres)



Fuente y elaboración: Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014c)

Finalmente, el Banco Mundial (2006: 2-4) sostiene que las siguientes acciones pueden ayudar a reducir el embarazo adolescente y la mortalidad materna adolescente: garantizar la educación secundaria de las mujeres, incrementar las oportunidades laborales, fijar una edad mínima para el matrimonio, promover el retraso del inicio de la vida sexual e impulsar el uso eficiente de métodos que controlen la fertilidad

Causas

Según los Tabulados del Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones del 2011 presentado por el INEC (2011), para tal año, el 68.46% de las causas de muerte materna eran de carácter directo, es decir que se relacionaban con complicaciones obstétricas del embarazo siguiendo la clasificación de la OMS (2008a: 4); dentro de estas causas, las cuatro primeras (hemorragias postparto, hipertensión gestacional, eclamsia y sepsis puerperal) representan el 50.61% de las causas de muertes maternas; por otro lado, el 22.41% de las causas de muerte materna eran indirectas, es decir, enfermedades que la mujer poseía antes del embarazo pues el origen de ésta no tiene relación directa con la gestación, pero su evolución si, pues su estado se agravó a causa de los factores fisiológicos del embarazo tal como menciona la OMS (2008a: 4) y Uribe, (s.f: 2).

A continuación, la tabla No. 14 refleja las causas de mortalidad materna en el país en el 2014: el 72.89% de éstas eran de carácter directo, es decir 4.43% más que en el 2011; dentro de dichas causas, las cuatro primeras (hemorragias postparto, eclamsia, hipertension gestacional al igual que en el 2011, y embarazo ectópico) representan el 40% de las causas de muertes. De otro lado, el 22.89% de las causas de muerte materna eran indirectas, es decir 0.48% más que el 2011.

Además, la tabla No. 15 presenta las muertes maternas clasificadas según la causa y el sector en el 2014: La mayor parte de muertes maternas causadas por embarazos terminados en aborto, muertes obstetricas directas e indirectas y demás causas relacionanadas con el embarazo el parto y el puerperio se registran en la parte urbana del país hecho consistente con que la mayor parte de la población femenina habite ahí; además, puede estar concatenado con que la zona urbana registró 98.4% de asistencia en el parto lo que permite contabilizar las muertes de este tipo; en el caso de la zona rural, la asistencia en el parto llegó a ser 84% para el 2014 según se evidenció en la tabla No. 9.

Cabe mencionar que, la clasificación de las muertes maternas según sector urbano y rural se da dependiendo de donde murió la mujer, es decir del lugar de ocurrencia, y no del lugar de residencia de la gestante.

Tabla No. 14
Causas de muerte materna en el año 2014, Ecuador

		Número	Porcentaje
Causas obstétricas		**166**	**100%**
Directas	**Total de causas obstétricas directas**	**121**	**72,89%**
	Hemorragia postparto	27	16,27%
	Eclampsia	18	10,84%
	Hipertensión gestacional inducida por el embarazo con proteinuria significativa	12	7,23%
	Embarazo ectópico	10	6,02%
	Aborto no especificado	6	3,61%
	Embolia obstétrica	6	3,61%
	Aborto espontaneo	5	3,01%
	Otro trauma obstétrico	5	3,01%
	Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte	5	3,01%
	Desprendimiento prematuro de la placenta	4	2,41%
	Sepsis puerperal	4	2,41%
	Complicaciones del puerperio no clasificadas en otra parte	4	2,41%
	Otros productos anormales de la concepción	2	1,20%
	Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas	2	1,20%
	Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	2	1,20%
	Resto de causas obstétricas directas	9	5,42%
Indirectas	**Total de causas obstétricas indirectas**	**38**	**22,89%**
	Enfermedades maternas infecciones y parasitarias clasificables en otra parte	4	2,41%
	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	34	20,48%
	Muerte obstétrica de causas no especificadas	**7**	**4,22%**

Fuente: INEC (2014c), Anuario de Estadísticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Tabla No. 15
Causas de muerte materna clasificadas por sectores en el año 2014, Ecuador (número)

Causas de muerte	Total	Urbana	Rural
Embarazo, parto y puerperio	**169**	**117**	**52**
Embarazo terminado en aborto	24	19	5
Otras muertes obstétricas directas	97	60	37
Muertes obstétricas indirectas	38	32	6
Resto de embarazo parto y puerperio	10	6	4

Fuente: Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Finalmente, la tabla siguiente presenta las causas de muerte materna clasificadas por sectores y regiones en el 2014 a nivel nacional: Todas las regiones registran mayor cantidad de muertes maternas en la zona urbana; en la costa dicha diferencia es mayor, hecho que guarda relación con que es la región con mayor población urbana del país. De otro lado, tanto en la sierra como en la amazonía, el 42.86% de las muertes maternas ocurrieron en la zona rural según la tabla No. 16; cabe recordar que la sierra es la región con mayor población rural del territorio nacional (tabla No. 2). Adicionalmente, la tabla No. 16 refleja que solo las muertes causadas por embarazos terminados en aborto, son en la Amazonía, más altas en la zona rural que en la urbana; en cuanto a la región insular, el INEC (2014c) en el Anuario de Estadísticas Vitales, Nacimientos y Defunciones del 2014 no presenta información al respecto.

Tabla No. 16
Causas de muerte materna clasificadas por sectores y por regiones en el año 2014, Ecuador (número)

2014										
Causas de muerte	**Costa**			**Sierra**			**Amazonía**			**T**
	Total	**Urbana**	**Rural**	**Total**	**Urbana**	**Rural**	**Total**	**Urbana**	**Rural**	
Embarazo, parto, puerperio	**85**	**69**	**16**	**63**	**36**	**27**	**21**	**12**	**9**	**169**
Aborto	14	14	0	5	3	2	5	2	3	24
Otras directas	42	31	11	44	23	21	11	6	5	97
Indirectas	23	20	3	12	9	3	3	3	-	38
Resto de embarazo parto y puerperio	6	4	2	2	1	1	2	1	1	10

Fuente: INEC (2014c), Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones (2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Hemorragias postparto

La Guía de Práctica Clínica de Prevencion, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto realizada por el Ministerio de Ssalud Pública (2013:12) define a la hemorragia posparto como:

> La pérdida de sangre que supera los 500 mL en un parto vaginal y que supera 1.000 mL en un parto por cesárea.

Adicionalmente, el MSP (2013:12) divide la hemorragia posparto en primaria y secundaria. La primera hace referencia a aquella que ocurre entre las primeras 24 horas despúes del parto y la segunda, se produce posterior a dichas horas hasta seis semanas después. Según Karlsson y Pérez (2009: 159) la hemorragia postparto se encuentra entre las tres primeras causas de mortalidad materna a nivel mundial. Acorde al documento de Fawcus (2007) el cual se encuentra en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, la hemorragía posparto tiene mayor incidencia en países en vías de desarrollo donde no todas las mujeres reciben atención capacitada en el parto. Adicionalmente, acorde a La Guía de Práctica Clínica de Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto realizada por el el MSP (2013:12), entre los factores de riesgo, se encuentra:

- el desprendimiento placentario,
- la placenta previa conocida,
- el embarazo múltiple, y
- la preclamsia hipertension gestacional.

Eclamsia e hipertension gestacional

La Guía de Práctica Clínica de Trastornos hipertensivos del embarazo realizada por el MSP (2013a:17) define a la hipertensión gestacional como:

> La tensión arterial mayor a 140/90 Hg en dos tomas separadas por seis horas, descubierta después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico es confirmado si la TA (Tensión Arterial) retorna a lo normal dentro de las 12 semanas posparto.

Adicionalmente, la guía sostiene que la preclamsia es la forma más común de trastornos hipertensivos en el embarazo y establece que la preclamsia-eclampsia fue la primera causa de mortalidad materna en el Ecuador para el 2010 (MSP: 2013a: 10-16). Acorde a la Organización Mundial de la Salud (2008b: 1) los trastornos hipertensivos, entre ellos la preclamsia y la eclamsia, son las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y la mayoría de estas muertes pueden evitarse mediante la prestación de asistencia oportuna y eficaz.

En el presente capítulo se evidenció que la mayor parte de la población total y de la población femenina se encuentra en la región costera del país y, en segundo lugar, en la sierra. Respecto de su composición en el 2014: a) la mayor parte de la población femenina estaba entre 15 y 19 años, seguida de la población entre 20 y 24 años; y b), se encontraba en el sector urbano; la costa fue la región con mayor población urbana, seguida de la sierra que es la región con mayor población rural. El incremento de la esperanza de vida al nacer y la reducción de hogares que vivían en condiciones de hacinamiento indican que las condiciones de vida de la población, de manera general, han mejorado entre 2006 y 2014.

El analfabetismo femenino se redujo llegando a ser 7.7% en 2010; conjuntamente, los años de escolaridad promedio de las mujeres incrementaron y llegaron a ser 9.03 para el mismo año. El 74.5% de mujeres que asisten a clases lo hacen a establecimientos públicos. Respecto de la educación superior, se encontró que el 53.13% de los títulos son obtenidos por mujeres, y, conforme crece el nivel de instrucción, aumenta la posibilidad de generar ingresos y mejorar el nivel de vida, pero, las diferencias de salarios (que perjudican a la mujer) entre hombres y mujeres son mayores frente a tal incremento del nivel de instrucción femenina (Arriagada, 1990). Adicionalmente, se citó a Barro (2013: 319) quien sostiene que la educación superior femenina no es significativa para el crecimiento económico, hecho que puede guardar relación con prácticas discriminatorias en el mercado laboral.

El desempleo de las mujeres en 2015 fue 5% aproximadamente y el de las mujeres jóvenes alcanzó el 13%. Respecto del trabajo no remunerado, para el 2014, la diferencia entre ambos sexos fue de 8.27% misma que solo cayó en 2 puntos entre 2007 y 2014. Las mujeres tienen mayor participación en el trabajo no remunerado en todas las actividades excepto en Construcción y Reparaciones; la importancia que otorga la CEPAL (2011: 2) es que el trabajo no reumerado puede accarrear discriminación, e incluso impedir el ejercicio de derechos.

El conocimento de los derechos por la ley de maternidad gratuita en el 2014 fue de 51.3%; la población que menos conocimientos tuvo fue la de la zona rural (55.3%), de la región amazónica (53.2%) y de la sierra (52.6%), y la que pertenece al quintil uno (52.7%) y al quintil dos (50.1%) de la población femenina; finalmente, se observó que el conocimiento de los derechos tiene una relación directa con los ingresos de las personas.

La mortalidad materna no da indicios de mejoras: en el 2008, se registró un incremento de la razón que llegó a su cúspide en el 2011 (razón de mortalidad materna: 70.44 por cada 100.000 nacidos vivos); a partir del 2011, existe una reduccion hasta el año 2013; en el 2014 incrementa nuevamente.

A nivel desglosado, Guayas, Manabí y Pichincha fueron las provincias con mayor cantidad de muertes maternas. Respecto a la atención profesinal, para el caso de la sierra, el aumento fue de 9.5% entre 2006 y 2014 y es la región con mayor porcentaje de mujeres que recibieron atención profesional en establecimientos de salud pública. Para el caso de la costa, ésta fue la región con mayor cantidad de muertes maternas situación consistente con la densidad poblacional femenina. Al respecto se debe considerar que la población femenina que reside en el área urbana de la costa es la mayor del país; que en el área urbana se encuentran menos hogares en condiciones de hacinamiento (variable

asociada con la pobreza), y que existe mayor conocimiento de los derechos por la ley de maternid gratuita razones por las que, la mortalidad materna, deberia ser menor; adicionalmente, el incremento de la asistencia profesional fue 6.5% siendo la región con el porcentaje más alto a nivel nacional (97.8% para el 2014), pero con menor porcentaje de atención en establecimientos públicos. Para el caso de la Amazonía, ésta fue la región con mayor razón de muertes maternas; además es donde menos se conoce sobre los derechos por la ley de maternidad gratuita.

La asistencia profesional en el parto incrementó en 14.4% entre 2006 y 2014, esto puede explicarse desde la perspectiva de que, el hecho de que exista mayor población femenina que reciba atención profesional implica una mayor cuantificación, es decir, no necesariamente antes existían menos muertes maternas sino que éstas no se contabilizaban pues no todas eran atendidas en lugares donde se llevaba un registro. Al analizar el primer quintil se observa que la atención profesional prestada a éste ha aumento desde 1999 hasta 2014; el incremento más grande que se registra es en el periodo 1999-2006 pasando de 49.1% a 68.8%. Para el 2014, el 99.9% de mujeres en edad fértil pertenecientes al quintil más rico recibieron atención profesional mientras que el 17.9% de mujeres en edad fértil pertenecientes al quintil más pobre no recibieron, hecho que refleja la existencia de brechas entre quintiles en cuanto al ejercicio del derecho a la salud.

La tasa de natalidad se redujo llegando a ser 14.32 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en 2013 hecho que, para Donoso (2006), es parte de las estrategias que permiten reducir el número de muertes maternas. Adicionalmente, el grupo considerado de mayor riesgo reproductivo de edad avanzada representa el 3.08% del total, situacion que permite inferir que la mayor parte de muertes maternas no deben estar asociadas a la edad avanzada de las mujeres sino a factores diferentes, entre ellos, la edad prematura de las madres considerando que las mujeres entre 15 y 19 años son el tercer grupo etario con más hijos nacidos vivos y que el embarazo adolescente ha presentado un incremento desde el 2005 el mismo que, llega a su cúspide, en el 2012 con 2.51 madres adolescentes entre 10 y 14 años por cada 1.000 mujeres entre esta edad además de que, se observó que, 72.93 mujeres fueron madres entre 15 y 19 años por cada 1.000 mujeres entre este tramo de edad para el año 2013.

Respecto de las causas de mortalidad materna para el 2014, la hemorragias postparto, la eclamsia, la hipertension gestacional al igual que en el 2011, y el embarazo ectópico (a diferencia de dicho año) representaron el 40% de las causas. La implicación que tiene el análisis anterior es que, dirigiendo la política publica a las primeras tres causas que son las que se repiten en los años 2011 y 2014, se podría resolver gran parte del problema de la mortalidad materna.

Cabe recalcar que se evidenció que la trayectoria del indicador de mortalidad materna no presentó una reducción constante pese a que el porcentaje de mujeres que recibieron atención profesional en el parto a nivel nacional fue 93.7% en el 2014. Tomando en cuento lo mencionado, es vital tomar en cuenta la existencia de disparidades entre la zona urbana y rural y entre el quintiles.

Capítulo II: Diagnóstico de mortalidad materna a nivel mundial

En el capítulo siguiente se realiza una descripción del progreso de varios temas de salud a nivel mundial, enfatizando la mortalidad materna y la relación que ésta guarda con los nacimientos atendidos por personal capacitado y la atención prenatal recibida por las madres en el periodo 1990-2015. El estudio se basa en el Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 realizado por Naciones Unidas (2015b), en el que, para este trabajo, se resalta la meta cinco A. De otro lado, se hace referencia a los problemas de información que existen sobre las causas de mortalidad materna. Además, se realiza una breve reseña de la situación mundial del embarazo adolescente pues, pese a ser un problema de salud pública diferente al abordado en el presente trabajo, guarda relación con la salud materna.

Finalmente, se hace un análisis de la posición de Colombia, Perú, Bolivia, Brasil y Rwanda bajo el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cabe resaltar que, el propósito de este capítulo, es mostrar la situación internacional con el fin de, posteriormente, plantear parámetros de política pública que puedan ser aplicados en el Ecuador en base a experiencias internacionales. Por esta razón, se añade un análisis de las medidas tomadas, tanto por los países latinoamericanos que mejores resultados alcanzaron, como por Rwanda -país que cumplió con el ODM referente al tema-.

Diagnóstico del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio a nivel mundial

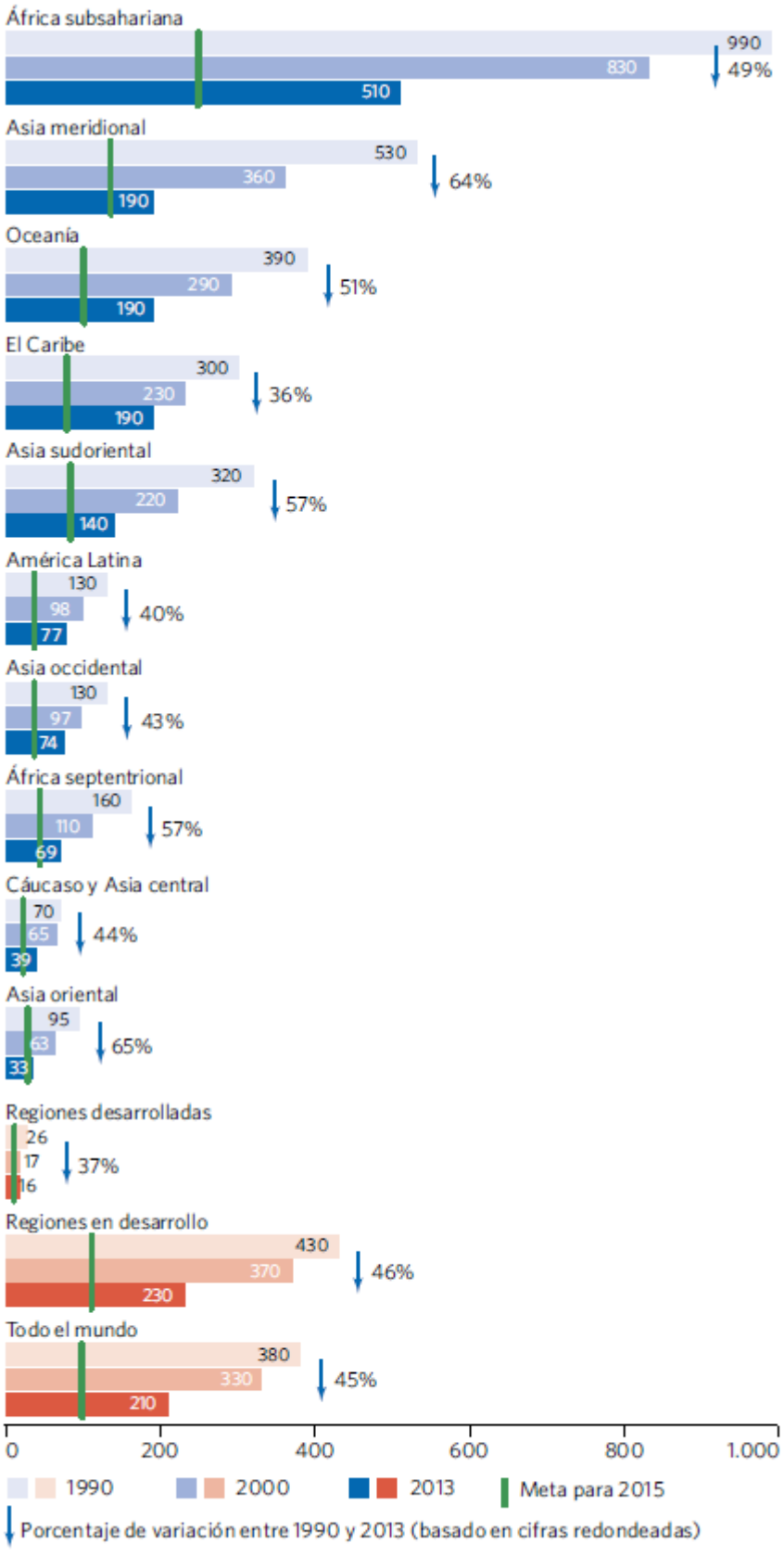
Acorde con la noticia publicada por las Naciones Unidas (noviembre, 2015a) en el Centro de Noticias de la ONU, en el periodo comprendido entre 1990 y 2015 se ha reducido la mortalidad materna en un 44% disminuyendo de 532 mil a 303 mil muertes. Acorde al Fondo de Población de las Naciones Unidas (noviembre: 2015), la tasa anual de esta mejora ha sido del 2.3%. Además, en el Informe de los ODM 2015 publicado por las Naciones Unidas (2015b: 6), se contempla que, la mayor parte de dicha reducción, se dio después de la subscripción de los ODM[16].

El gráfico No. 15 muestra la evolución de la tasa de mortalidad materna según continentes. Dentro del artículo publicado por el Centro de Noticias de la ONU (noviembre: 2015), se señala, citando a la OMS, que la región que mejores resultados tuvo respecto a la reducción de la mortalidad materna fue Asia presentando una disminución del 72% y, la región con resultados más alarmantes fue África Subsahariana pues el 66% de las muertes ocurren en mencionado territorio[17]. El Informe de los ODM 2015 realizado por las Naciones Unidas (2015b: 39) señala que, en el 2013, se contabilizaron 289 mil muertes maternas que equivalen a 800 muertes diarias cuya procedencia corresponde, en un 86%, a África subsahariana y a Asia meridional. Además, el artículo publicado por el Centro de Noticias de la ONU en noviembre del 2015 subraya que la mejora no es uniforme pues el 99% de las muertes maternas seguirán ocurriendo en países en desarrollo (Naciones Unidas, noviembre, 2015a). Según el Banco Mundial (2006: 1), las tasas de fertilidad y el riesgo de muerte en el periodo de gestación es alrededor de 400 veces mayor en los países en desarrollo.

[16] La reducción del indicador se dio a partir del 2000 según la ONU (2015b:6)

[17] Acorde al Informe de los ODM (ONU, 2015b: 6), África Subsahariana presentó una reducción del 49%.

Gráfico No. 15
Tasa de mortalidad materna 1990, 2000 y 2013 por cada 100.000 nacidos vivos, Continental (%)



Fuente y elaboración: ONU (2015b), Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.

A nivel desagregado, acorde al comunicado de prensa publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (noviembre: 2015), nueve países alcanzaron la meta del ODM, concerniente a reducir la mortalidad materna en el periodo 1990-2015: Bhután, Cabo Verde, Camboya, Irán, Maldivas, Mongolia, República Democrática Popular de Laos, Rwanda, y Timor de este. De otro lado, el Informe de los ODM (ONU, 2015b: 39) sostiene que la mayor parte de muertes maternas son prevenibles razón por la que, éste es un problema de salud pública a nivel mundial y menciona que, entre las causas principales de mortalidad materna a nivel mundial se encuentran:

1. Las hemorragias,
2. Las infecciones,
3. La presión arterial alta en el periodo de gestación,
4. Las dificultades durante el parto, y,
5. Los abortos ocurridos bajo condiciones riesgosas.

El Informe de los ODM (ONU, 2015b: 39) sostiene que, en países en desarrollo, las hemorragias llegan a ser la causa del 27% de las muertes mientras que, en países desarrollados es el 16%. En el caso del Ecuador, la tabla No. 14 mostró que la hemorragia posparto es la primera causa de mortalidad materna alcanzando a ser la causa del 16.27% de las muertes de este tipo en el 2014.

Problemas de Información

Acorde al Informe de los ODM (ONU, 2015b: 38), el 51% de los países cuenta con datos de las causas de mortalidad materna lo que acarrea un grave problema de información. En América Latina, el 90% de los países poseen información de este tipo de carácter representativo a nivel nacional mientras que, en África Subsahariana, solo el 20%, según el Informe de los ODM (ONU, 2015b: 43). En Ecuador, como se mencionó, la ex ministra de Salud Pública en el periodo 2012-2015, Carina Vance, sostuvo que el país presentaba un alto nivel de subregistro y que las medidas, como la búsqueda activa de casos y la revisión del historial clínico en todos los establecimientos de salud, se han tomado para mejorar la información de este tema (El Universo, octubre: 2015).

Nacimientos atendidos por personal de la salud

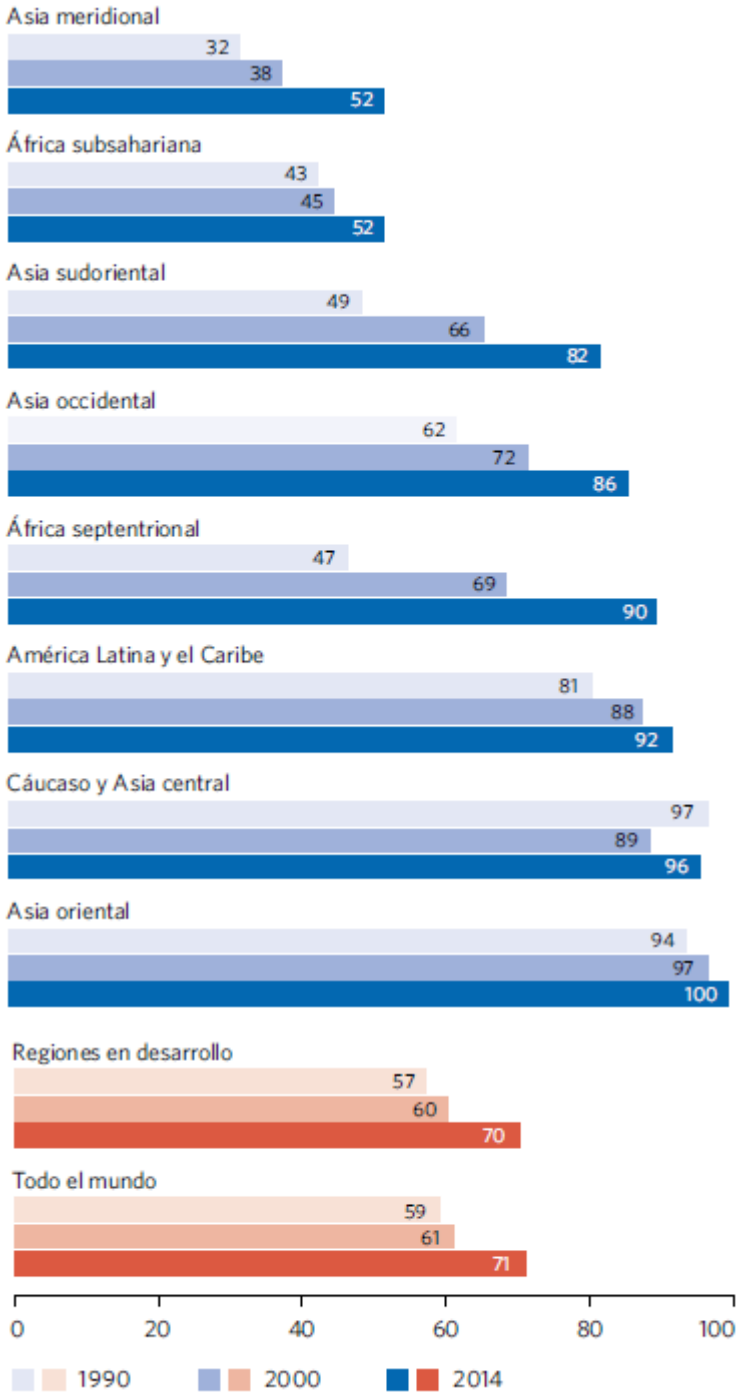
Según las Naciones Unidas (2015b: 39), el nacimiento atendido por personal capacitado[18] es una estrategia vital para reducir la mortalidad materna, por lo que es necesario que éstos se incrementen; además, tal organismo añade que, el avance en este aspecto ha sido modesto pues en la actualidad, uno de cada cuatro niños nace sin la debida atención, reflejando la falta de acceso universal a la atención médica. Además, según el Banco Mundial (2006: 1) la alta cantidad de muertes maternas puede ser consecuencia de deficiencias en la atención de la salud para la reproducción como "la falta de acceso a asistencia capacitada durante el embarazo y el parto, y la inviabilidad de abortos seguros aún en lugares en que la ley los tolera, en particular en el caso de las mujeres más pobres".

Las Naciones Unidas (2015b: 6) sostienen que los nacimientos atendidos por personal capacitado de la salud han aumentado entre 1990 y 2014 pasando del 59% al 71% del total de partos. El gráfico No. 16 presenta la proporción de partos atendidos por

[18] Se considera personal capacitado de salud a médicos, enfermeras y parteras según el Informe de los ODM 2015 (ONU, 2015b: 39).

personal médico según continentes: se ha aumentado en 11 puntos porcentuales los nacimientos atendidos por personal capacitado en 24 años; sin embargo, el avance no es uniforme pues Asia oriental llegó a contar con el 100% de nacimientos atendidos de esta forma en el 2014 mientras que, Asia meridional contó con 52%. En Ecuador, para el 2014, el 93.7% de los partos habían recibido asistencia profesional según la tabla No.8.

Gráfico No. 16
Porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado de la salud, Continental (%)



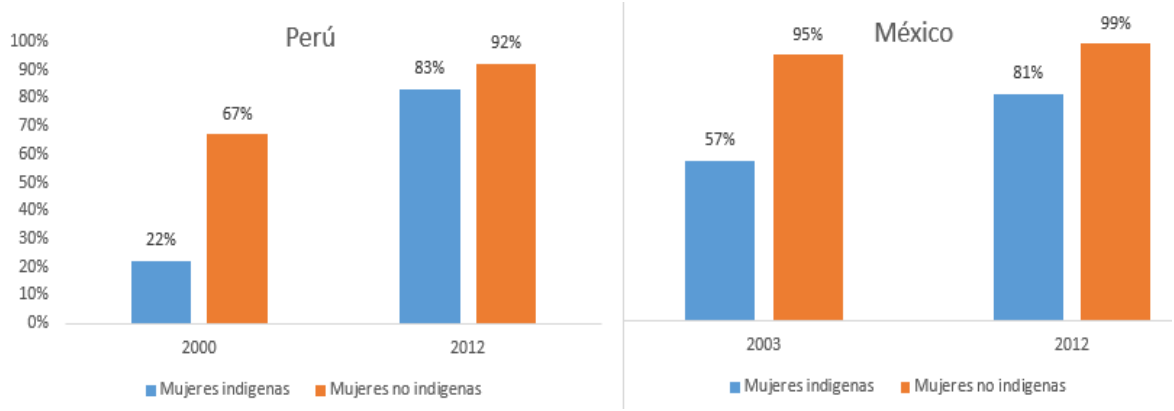
Fuente y elaboración: ONU (2015b), Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.

Población históricamente excluida

Las Naciones Unidas (2015b:11) señalan que, en el caso de América Latina y específicamente de poblaciones históricamente excluidas como la población indígena, la brecha entre nacimientos atendidos por profesionales médicos entre mujeres indígenas y no indígenas se ha reducido.

De hecho, se sostiene que, para Perú y México, países con gran cantidad de población indígena, la brecha de nacimientos atendidos por profesionales médicos se redujo entre las mujeres indígenas y no indígenas: para el 2012 Perú contaba con una brecha de 9% mientras que, en México, la brecha era de 18% tal como se observa en el gráfico No. 17:

Gráfico No. 17
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud, México y Perú (%)



Fuente: ONU (2015b), Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

En Ecuador, el porcentaje más alto de mujeres cuyos partos son normales corresponden a las que se autoidentifican como indígenas, y solo estas mujeres registran el indicador de cesáreas consideradas prudentes (15%) por la Organización Mundial de la Salud citada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014:80-82).

Sector urbano y sector rural

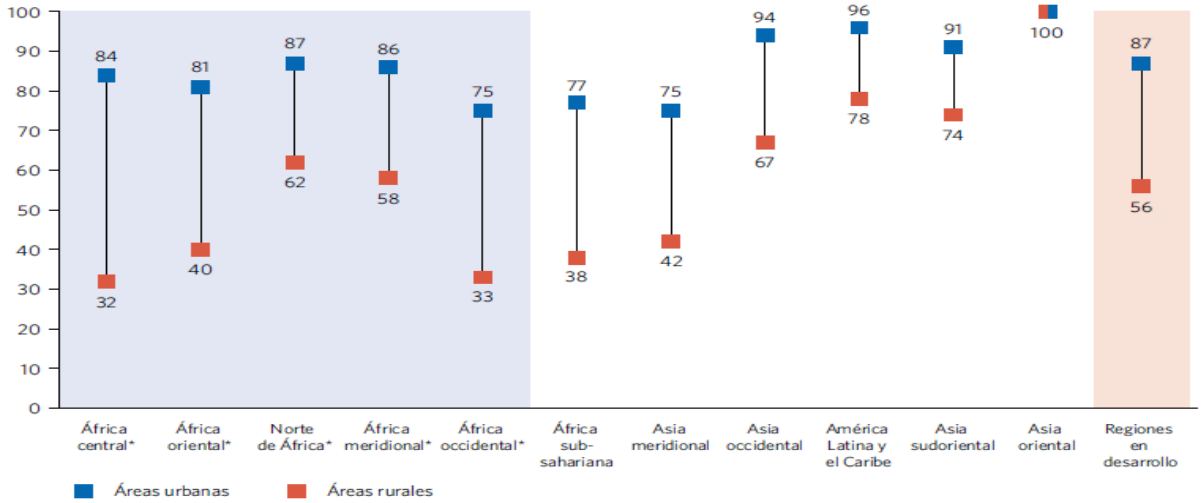
Pese a los avances registrados, las Naciones Unidas (2015b: 38) sostienen que, en las zonas rurales de los países en desarrollo, solo el 56% de los nacimientos fueron atendidos por personal de salud mientras que en las urbanas, el 87% recibe este tipo de atención, es decir, existe una brecha de 31%; además, en Perú y México, la mitad de mujeres recibe la atención prenatal mínima.[19]

En el gráfico No.18 se observan las desigualdades en el acceso a la atención de la salud materna entre el área urbana y rural clasificada por continentes: en África central la diferencia es mayor que en cualquier otro lado (52%) mientras que, en Asia oriental, no existe brecha alguna.

Cabe recalcar que, en Ecuador, la brecha de partos atendidos por personal capacitado entre la zona urbana y la zona rural es de 14.4% según información presentada en la tabla No. 9.

[19] La atención prenatal mínima recomendada es de al menos cuatro visitas en la gestación según las Naciones Unidas (2015b: 38).

Gráfico No. 18
Brecha de partos atendidos por personal capacitado entre áreas, Continental (%)



Fuente y elaboración: ONU (2015b), Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015

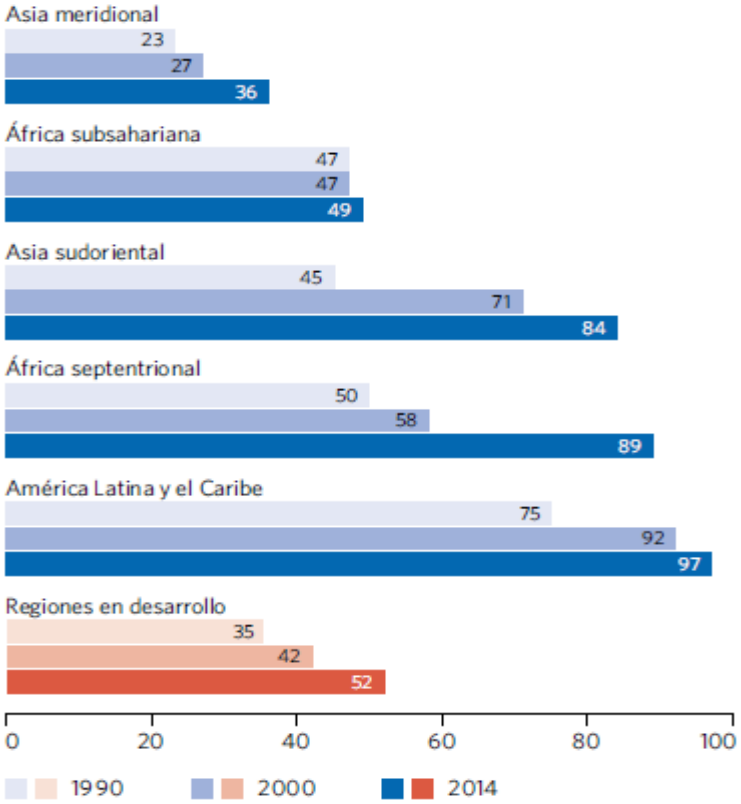
Mujeres que recibieron atención por personal de la salud capacitado durante el periodo de gestación

El Informe de los ODM (ONU, 2015b: 39) recomienda promover la atención por personal capacitado en el periodo de gestación, el parto y el postparto pues sostiene que es una forma de prevenir la mortalidad materna. El Banco Mundial (2006: 1) sostiene que brindar servicios de salud básicos[20] tiene un costo anual per cápita entre $3 y $6 dólares[21] mientras que el costo total de "salvar la vida de la madre o del recién nacido" bajo un contexto de ingresos bajos es de $230[22] aproximadamente.

En el gráfico No. 19 se observa el progreso de la proporción de mujeres que habitan en países en desarrollo y que recibieron atención por lo menos cuatro veces[23] durante el periodo de gestación en 1990, 2000 y 2014: el aumento promedio de la proporción de mujeres atendidas fue de 17% en 24 años; por un lado, en el periodo 1990 y 2014 en África subsahariana los avances en la cobertura han incrementado en 2% mientras que en Asía sudoriental y septentrional la cobertura aumentó en 39%.

[20] Se señala que los servicios de salud básicos abarcan: atención durante el periodo de gestación, el parto y el puerperio; atención al recién nacido y planificación familiar tras el parto (BM, 2006: 1).
[21] El BM (2006: 1) establece que el costo depende del contexto de ingresos, si éstos son bajos, el costo es de $3, y si son medianos, el costo es de $6.
[22] Este valor contempla el caso de cirugía e internación (BM, 2006: 1).
[23] La OMS citada en el Informe de los ODM 2015 (ONU, 2015b: 41) recomendó que las mujeres reciban por lo menos cuatro chequeos en el periodo de embarazo pues deben ser informadas de temas relacionados a la nutrición que deben seguir, las señales de advertencia que deben considerar y los aspectos que deben tomar en cuenta para tener un parto sin complicaciones.

Gráfico No. 19
Porcentaje de mujeres que recibieron atención de por lo menos cuatro veces en el periodo de gestación por personal capacitado de salud, Regiones en desarrollo (%)



Fuente y elaboración: ONU, Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 (2015b)

Embarazo Adolescente

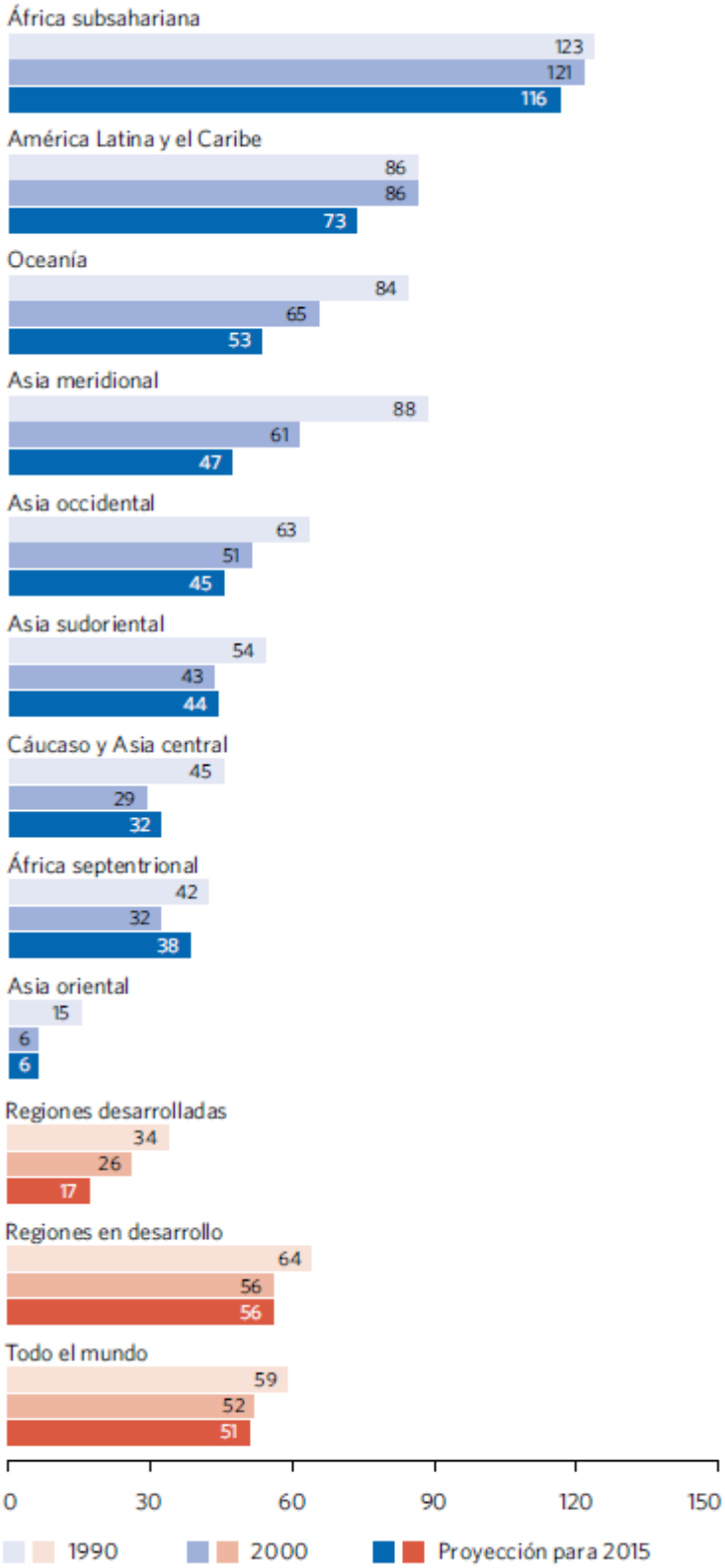
El embarazo adolescente es importante en la mortalidad materna porque puede acarrear riesgos para la salud de la madre y del hijo según el Informe de los ODM 2015 (ONU, 2015b: 42). Además, el Banco Mundial (2006: 2) sostiene que, entre las principales medidas para mejorar la salud materna, se sugiere "Alentar a los adolescentes a que pospongan el momento del matrimonio y el nacimiento del primer hijo"; se realiza tal planteamiento considerando que:

1. Las adolescentes menores de 15 años tienen cinco veces mayor probabilidad de muerte en el parto,
2. Las jóvenes entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidad en comparación con el grupo etario de 20 y 30 años y,
3. La principal causa de muerte a nivel mundial para las mujeres entre 15 y 19 años guarda relación con la gestación.

De otro lado, la ONU (2015b: 42) señala que la mejora del indicador de embarazo adolescente contribuye a: disminuir la pobreza, empoderar a la mujer y reducir la desigualdad entre géneros. El gráfico No. 20 que presenta la tasa de natalidad a nivel mundial, permite observar la reducción en 8 nacimientos de mujeres adolescentes por cada 1.000 entre 1990 y 2015; África subsahariana y América Latina y el Caribe son las regiones con mayor cantidad de embarazos de este tipo. En el caso de Ecuador, como se observó en el gráfico No. 14, no se ha visto una mejora representativa respecto al tema.

Cabe recalcar que, como se mencionó, autores como Donoso (2006) sugieren que, para reducir el nímero de muertes maternas, es necesario controlar la fecundidad.

Gráfico No. 20
Nacimientos de mujeres adolescentes por cada 1.000 mujeres, Continental (Número)



Fuente y elaboración: ONU, Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 (2015b)

Análisis de casos

Situación General de América Latina

Latinoamérica se encuentra desde hace ya muchos años en la búsqueda del desarrollo económico. Para muchos autores, entre ellos Rathe (s.f: 2), comenta que, pese a no haber una receta para alcanzarlo, analistas coinciden que el crecimiento sostenido en el tiempo es uno de los factores claves; sin embargo, la autora señala que si bien es necesario que crezca el PIB, hay que recordar quién hace que éste aumente: las personas con su capacidad de utilizar herramientas o idearlas, con su productividad, factor que comienza dependiendo del estado de salud.

Para el caso de Latinoamérica, la importancia de los servicios de salud radica en que, es la región del planeta en donde peor se encuentra distribuida la riqueza y donde gran parte de la población no satisface sus necesidades básicas (Blanco y Maya, 2013: 169). Aguirre (2009), comenta que los indicadores más importantes que hablan del sistema de salud de un país, como la mortalidad tanto infantil como materna, ya no representan un gran problema para países desarrollados pues han sido reducidas de forma que la mortalidad se ha concentrado en edades avanzadas; lamentablemente, éste no es el caso de países no desarrollados. De hecho, en el artículo escrito por Mayca, et al. (2009), se comenta que la mortalidad materna en Latinoamérica es un problema prioritario, principalmente en los países subdesarrollados que tienen una composición alta de su población viviendo en zonas rurales, población muchas veces analfabeta caracterizada por la falta de acceso a los sistemas de salud y además, por la existencia de poco personal calificado para brindar servicios de salud.

Lordaz, Ranger y Hernández (2010: 363) mencionan que las causas de muerte directas representan el 70% del total de muertes en América Latina y el Caribe y sostiene que la mortalidad matera se encuentra relacionada con la calidad de los servicios de salud. De hecho, las muertes maternas directas en Ecuador representan el 72.89% en el 2014 según la tabla No. 14.

De otro lado, para Sachs (2002: 4), los avances de los países de bajos ingresos en cuanto a salud, no han sido valorados lo suficiente; además añade que se considera que la carga elevada de morbilidad con la que estos países siguen contando es por causa de la corrupción y destrucción del sistema de salud, sin embargo, el problema, es que las intervenciones para curar las enfermedades no llegan a los pobres y el impedimento principal es el financiamiento. Finalmente, Aguirre (2009) comenta que, para que realmente haya un salto en la mortalidad materna e infantil, es vital la inversión alta y sostenida en el sistema de salud pues muchas de las enfermedades que se deben combatir actualmente implican ser mucho más costosas que las que ya se combatieron.

Casos Específicos de Análisis

A continuación se presenta un estudio de varios países en cuanto a la situación de mortalidad materna desde 1990 hasta el 2015. En primer lugar, se presenta una descripción tipo diagnóstico para Perú y Bolivia; el primero, por encontrarse cerca a Ecuador y contar con características similares a las del país, y el segundo, por el alto grado de población indígena. En segundo lugar, se realiza un diagnóstico y se profundiza el estudio de las acciones tomadas de Colombia, Brasil y Rwanda. Se considera a los dos primeros por ser los países latinoamericanos que presentan mejores indicadores del grupo de países a analizarse acorde a la tabla No. 17; además, Brasil por

los grandes avances que ha presentado en temas relacionados a salud en comparación con Latinoamérica, pese a que cuenta con una población mucho mayor a la de cualquier otro país de la región; y finalmente, Rwanda por ser uno de los países que alcanzó la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.

En la tabla No. 17, se observa que, Rwanda, es el país con mayor número de factores alarmantes del grupo, sin embargo logró cumplir con el ODM; adicionalmente, Brasil es el que mayor cantidad de mejores resultados del grupo tiene, seguido de Colombia. Cabe recalcar que se busca establecer parámetros de políticas públicas en base a las medidas tomadas por estos países; en el caso de Colombia y Brasil, países con culturas más semejantes al Ecuador, se realizará un análisis más amplio, comparado al análisis que se realizará para Rwanda, pues, en el segundo, se trata de establecer las principales acciones que le permitieron cumplir con el objetivo[24].

Tabla No. 17
Resumen de Colombia, Perú, Brasil, Bolivia, Rwanda y Ecuador

	Colombia	Perú	Brasil	Bolivia	Rwanda	Ecuador[25]
Reducción total del indicador de mortalidad materna (1990-2015)	46%	73%	58%	50%	78%	65.40%
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos (2015)	64 mm	68 mm	44 mm	206 mm	290 mm	64 mm
Porcentaje de alumbramientos con asistencia profesional (2015)	98%	90%	99%	85%	83%	99%
Tasa de uso de anticonceptivos	79.1% (2010)	74% (2013)	80.3% (2006)	60.5% (2008)	25.2% (2011)	72.7% (2004)
Cobertura de atención prenatal de al menos una consulta	97% (2010)	96.9% (2014)	98.2% (2009)	90.1% (2012)	98% (2011)	84.2% (2004)
Cobertura de atención prenatal de al menos cuatro consulta	88.6% (2010)	94.7%	88.7% (2012)	75.3% (2012)	35.4% (2011)	-
Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar	8.% (2010)	9% (2013)	6% (2006)	20.1% (2008)	18.9% (2011)	7.4% (2004)

Mejores resultados del grupo	Segundos mejores resultados del grupo	Resultados más alarmantes del grupo

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al., Base de Datos de los indicadores ODM: CEPAL (2015a, b, c, d y e).
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Perú

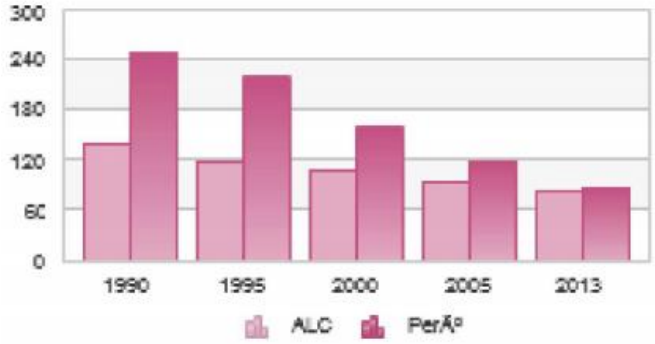
Diagnóstico

La República de Perú limita al norte con Ecuador y contaba, al 2014, con una población de 30.983 millones; el porcentaje de población urbana fue de 76.9% hasta el 2010, la esperanza de vida era de 74 años en promedio y el PIB per cápita fue de 6.594 dólares en el 2014 según la División de Estadísticas de la CEPAL (2015b).

[24] Si bien Rwanda cumplió con el ODM referente a salud maternal, su cultura es sumamente distinta a la del Ecuador partiendo desde la localización geográfica, la historia de colonización, la demografía, etc.
[25] Los datos presentados en la columna de Ecuador fueron extraídos de las mismas fuentes que el resto de países y se encuentran en la segunda parte de los anexos de este trabajo.

A continuación, se presenta un gráfico comparativo de la situación peruana y la del resto de América Latina y el Caribe en cuanto a mortalidad materna: En el gráfico No. 21 se puede observar que, entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna ha sido superior en el país que en el continente, pero en el último año llegan a asemejarse.

Gráfico No. 21
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Perú y América Latina y el Caribe



Fuente: Base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Elaboración: CEPAL (2015b)

La tabla No. 18 muestra la reducción de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015: La razón pasó de 251 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 68, es decir que, entre 1990 y 2015, Perú registro una reducción del 72.91%; hecho que no le permitió cumplir con la meta del ODM referente a la mortalidad materna, pero si acercarse bastante (debía llegar a 75% de reducción). Según el Tercer Informe Nacional del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Perú realizado por las Naciones Unidas (2013: 137), registrar menos de 66 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el 2015, le hubiese permitido cumplir con el ODM, sin embargo, se observa que dicho indicador registró 68 muertes con un intervalo de 54-80 para el 2015; el quinquenio que registra mayor progreso es el de 1995-2000.

Tabla No. 18
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Perú

Perú		
Año	**Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos**	**Número de muertes maternas**
1990	251 (207-325)	1.700
1995	206 (177-254)	1.300
2000	140 (124-164)	880
2005	114 (103-126)	690
2010	92 (80-102)	560
2015	68 (54-80)	420

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Cabe mencionar que, acorde a Miranda (2015: noviembre) en el editorial publicado en el periódico digital British Broadcasting Corporation, en Perú, se llevó a cabo un programa de esterilizaciones forzadas entre 1990 y 2000, dichos tratamientos de anticoncepción quirúrgica definitiva fueron empleados a mujeres mayoritariamente

indígenas que vivían con altos niveles de pobreza. Se estableció que 314.605 mujeres fueron esterilizadas de las cuales solo el 10% dio su "consentimiento genuino" según el Comité Latinoamericano y del Caribe de los Derechos de la Mujer y la Comisión del Congreso citados en el artículo de Miranda (2015: noviembre).

Acorde al Tercer Informe Nacional del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Perú realizado por las Naciones Unidas (2013: 138-139), las muertes maternas de mujeres entre 15 y 19 años representan el 15% mientras que, las muertes de mujeres entre 40 y 49 años representan el 10%; además, se señala que, las muertes maternas son más frecuentes en aquellas mujeres que han tenido varios partos, tienen poca instrucción, no tienen una edad apropiada para el embarazo, es decir o son muy jóvenes o tienen una edad muy avanzada para la gestación, y sufren de discriminación; por otro lado el 77% de las muertes maternas se registran como causas directas y dentro de dicho porcentaje, el 46% se atribuyen a hemorragias y el 31% a hipertensión.

Por otro lado, en la tabla No. 19 se observa el comportamiento de la asistencia calificada en el parto y la tasa de fecundidad general entre 1990 y 2015: El país ha incrementado el porcentaje de partos con asistencia de personal calificado, sin embargo, para el año 2015, todavía existe un 10% de alumbramientos que no reciben este tipo de atención; también existe una reducción de la tasa de fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva pasando de 122 a 74 en los últimos 25 años. Cabe señalar que, el Instituto Nacional de Estadística e Informática citado en Informe Nacional del Cumplimiento de los ODM del Perú (ONU, 2013: 140), sostiene que existe gran disparidad en los nacimientos atendidos por personal de la salud: en la zona rural solo llegó al 64% mientras que, en la urbana fue del 96% en el 2011; y en el quintil inferior llegó al 56% en comparación con en el quintil superior que fue del 100%.

Tabla No. 19
Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Perú (%)

Perú			
Año	**PIB per cápita en dólares**	**Tasa de fecundidad general por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años**	**Asistencia calificada en el parto (%)**
1990	5.553	122	48%
1995	6.033	105	60%
2000	6.464	92	70%
2005	7.611	83	79%
2010	9.950	78	85%
2015	12.073	74	90%

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Además, la ONU (2015b: 11) sostiene que Perú, presentó, para el 2000, una brecha de 45 puntos porcentuales entre nacimientos de mujeres indígenas y no indígenas atendidos por profesionales médicos, mientras que, para el 2012, la brecha se redujo a 9%.

El embarazo adolescente en Perú no ha presentado una mejora desde el 2000 según el perfil del país realizado por la división de Estadísticas de la CEPAL (2015b). Acorde a las Naciones Unidas (2013: 95-145), el 12% de los nacimientos pertenecen a madres entre 15 y 19 años, y aquellos departamentos donde este tipo de embarazo se ha reducido, han presentado mayor reducción de la mortalidad materna.

Finalmente, la tabla No. 20 muestra que existe un incremento del uso de anticonceptivos en la población pasando de 59% a 74% en 23 años; además, existe un 96.9% de atención prenatal con al menos una consulta y 94.7% con al menos cuatro consultas; las necesidades insatisfechas en materia de planificación se han reducido en 12.6%.

Tabla No. 20
Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal, Perú (%)

Perú				
		1992	**2000**	**2013**
Tasa de uso de anticonceptivos (%)		59%	68,90%	74%
Necesidades insatisfechas en planificación familiar (%)		21,60%	14%	9%
Cobertura de atención prenatal	al menos 1 consulta	63,90%	83,80%	96,90%
	al menos 4 consultas	47%	69%	94,70%

Fuente: Base de Datos de los indicadores ODM: CEPAL (2015b)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

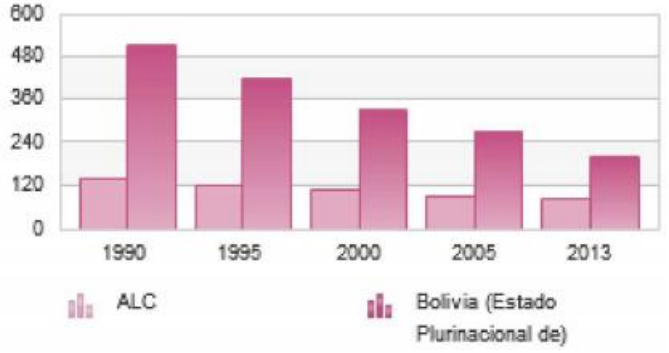
Bolivia

Diagnóstico

El Estado Plurinacional de Bolivia contaba, al 2014, con una población de 10.571 millones; el porcentaje de población urbana fue de 66.8% hasta el 2010, la esperanza de vida era de 67 años en promedio y el PIB per cápita fue de 3.221 dólares en el 2014 según la División de Estadísticas de la CEPAL (2015d).

A continuación, se presenta un gráfico comparativo de la situación boliviana y la del resto de América Latina y el Caribe: En el gráfico No. 22 se observa que, desde 1990 hasta el 2013, la razón de mortalidad materna es superior en el país que en el continente. Acorde al Sexto Informe del progreso de los ODM en Bolivia realizado por la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y el Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM) (2010:88), el país tiene uno de los mayores niveles de mortalidad materna de la región.

Gráfico No. 22
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Bolivia y América Latina y el Caribe



Fuente: Base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Elaboración: CEPAL (2015d)

La tabla No. 21 presenta la reducción de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015: La razón pasó de 425 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 206, es decir que se registró una reducción de casi el 50%; hecho que, al igual que la mayoría de las naciones presentadas no le permitió cumplir con la meta del ODM referente a la mortalidad materna. La mayor reducción ocurre a partir del 2000, y el quinquenio con mayor progreso fue el de 2005-2010. Cabe mencionar que, acorde al Sexto Informe de los ODM para Bolivia (UDAPE y CIMDM, 2010:88), los datos de mortalidad materna presentan grandes errores de muestreo[26].

Tabla No. 21
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Bolivia

Bolivia		
Año	**Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos**	**Número de muertes maternas**
1990	425 (340-527)	1.000
1995	390 (313-486)	980
2000	334 (272-416)	860
2005	305 (235-406)	780
2010	253 (183-387)	640
2015	206 (140-351)	520

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

En la tabla No. 22 se observa el incremento del porcentaje de partos con asistencia de personal calificado de la salud pese a que 15% de los alumbramientos en el año 2015 no contaron con este tipo de atención, y la reducción de la tasa de fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva pasando de 153 a 92 en el periodo 1990-2015.

Tabla No. 22
Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Bolivia (%)

Bolivia			
Año	**PIB per cápita en dólares**	**Tasa de fecundidad general por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años**	**Asistencia calificada en el parto (%)**
1990	3.734	153	46%
1995	4.069	141	56%
2000	4.335	127	64%
2005	4.595	114	72%
2010	5.322	102	79%
2015	6.247	92	85%

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Acorde a UDAPE y CIMDM (2010:89-90), en el 2009, se ha registrado un incremento sustancial en la cobertura de partos cuya causa puede estar asociada con la implementación de un incentivo económico que se otorga a las mujeres que no tengan

[26] Acorde al artículo de Mora (2000: 34) publicado por la Revista Geográfica Venezolana, el error de muestreo se define como la diferencia entre el valor real y el valor muestral del parámetro.

seguridad social de corto plazo y que cumplan con cuatro controles prenatales, parto asistido por profesionales de la salud y un control luego del mismo.

Paz y Murillo (2002), hacen una reseña de la metodología utilizada por el Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia para realizar un mapa de la situación y la capacidad instalada concerniente a mortalidad materna identificando los lugares críticos. El aporte principal de la creación de un mapa nacional de salud materna fue que se utiliza como herramienta para identificar territorios vulnerables para que, el Ministerio de Salud intervenga, además de que, en las 9 provincias seleccionadas, se concentran el 29% de la población total de Bolivia y el 33% de las muertes maternas (Paz y Murillo, 2002).

Respecto del embarazo adolescente, la tasa de fecundidad en Bolivia ha mostrado tener un comportamiento variable: en el 2003 llegó a su cúspide y en 1998 y 2008 se registraron los valores más bajos según UDAPE y CIMDM (2010:94).

Acorde a la tabla No. 23, existe un incremento del uso de anticonceptivos pasando de 45.3% a 60.5% en 22 años. El Sexto Informe de los ODM para Bolivia (UDAPE y CIMDM, 2010:93) sostiene que el incremento ha sido en el uso de métodos modernos y tradicionales, y la brecha, tanto entre la zona rural y urbana como entre las mujeres de quintiles distintos, se ha reducido. Además, existe un 90% de atención prenatal con al menos una consulta y 75.3% con al menos cuatro consultas; conforme la tabla No. 23. La zona urbana es la que mayor incremento registra según el Informe mencionado (UDAPE y CIMDM, 2010:96). Sin embargo, las necesidades insatisfechas en materia de planificación se han reducido en solo 8.8% en 22 años acorde a la siguiente tabla.

Tabla No. 23
Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal (%), Bolivia

Bolivia				
		1994	**2000**	**2012**
Tasa de uso de anticonceptivos (%)		45,30%	53,40%	60,5% (2008)
Necesidades insatisfechas en planificación familiar (%)		28,90%	26,6% (1998)	20,1% (2008)
Cobertura de atención prenatal	al menos 1 consulta	52,50%	82,60%	90,10%
	al menos 4 consultas	-	48% (1998)	75,30%

Fuente: Base de Datos de los indicadores ODM: CEPAL (2015d)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Colombia

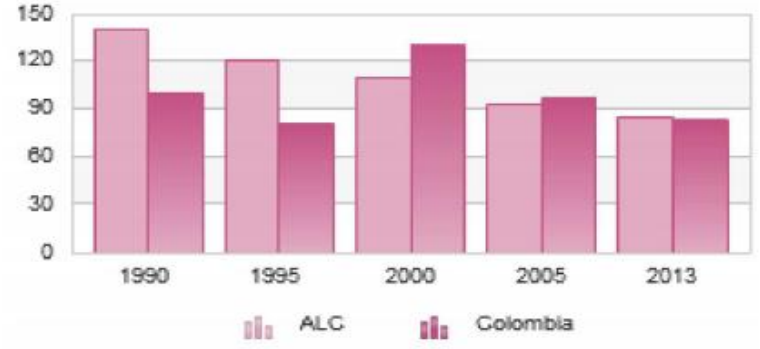
Diagnóstico

La República de Colombia limita al sur con Ecuador y contaba, al 2014, con una población de 47.793 millones; el porcentaje de población urbana fue de 77.7% hasta el 2010, la esperanza de vida era de 73 años en promedio y el PIB per cápita fue de 7.708 dólares en el 2014 según la División de Estadísticas de la CEPAL (2015a).

Específicamente en salud, Rodríguez (2010: 2) señala que, de las personas que presentaron un problema de salud en dicho país, el 21,4% no utilizó servicios médicos;

de este porcentaje, el 13% no lo hizo por barreras existentes desde la oferta, mientras que el 87% no lo hizo por barreras de la demanda. La existencia de barreras económicas sigue siendo un factor importante que limita la demanda de los servicios de salud. De hecho, para el 50% de las personas sin seguro médico, la falta de dinero fue la barrera que no les permitió acceder a dichos servicios (Rodríguez, 2010: 2). A continuación se presenta un gráfico comparativo de la situación colombiana y la del resto de América Latina y el Caribe en cuanto a razón de mortalidad materna: El gráfico No. 23 muestra que, en el 2000 y el 2005, la razón de mortalidad materna fue superior en el país que en el continente mientras que en el 2013 son casi iguales.

Gráfico No. 23
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Colombia y América Latina y el Caribe



Fuente: Base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Elaboración: CEPAL (2015a)

La tabla No. 24 muestra la reducción de la razón de mortalidad materna entre 1990-2015: la razón pasa de 118 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 64, es decir que, Colombia registro una reducción del 45.76%; hecho que no le permitió cumplir con la meta del ODM referente a la mortalidad materna. Sin embargo, al igual que la tendencia mundial, la mayor reducción ocurre después del 2000, luego de la subscripción de los ODM, y el quinquenio con mayor progreso es el de 2000-2005. Mencionado objetivo es el más rezagado e incluso ha existido retrasos en varios años razón por la que, el país no logrará cumplirlo según el Informe de los ODM para Colombia realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014a: 34-36); adicionalmente, para el 2010, la brecha de la razón de mortalidad materna entre la zona rural y la urbana era de 41.1 donde la primera presentaba una razón de 102.1 muertes maternas.

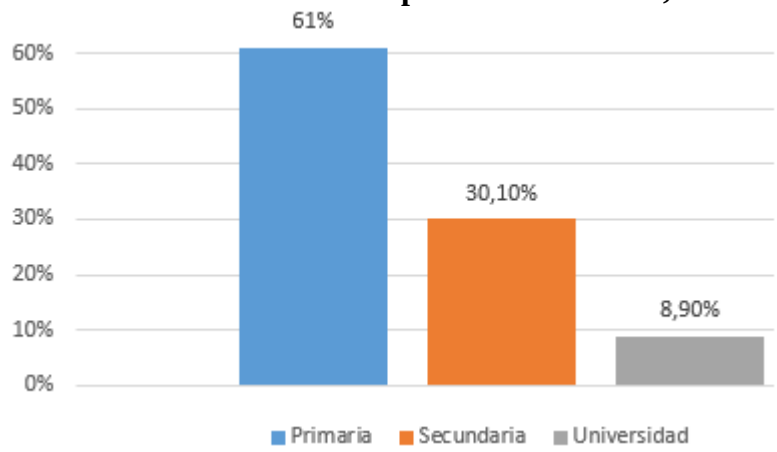
Tabla No. 24
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Colombia

Colombia		
Año	**Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos**	**Número**
1990	118 (94-142)	1.100
1995	105 (90-121)	920
2000	97 (90-104)	820
2005	80 (74-86)	660
2010	72 (65-83)	560
2015	64 (56-91)	480

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Acorde al Informe de los ODM (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014a: 34-36) en un año, fallecen alrededor de 500 mujeres por causas que guardan relación con el embarazo y el parto, el 16% de dichas muertes atañen a mujeres que se encuentran entre 10 y 19 años, el 18% corresponden a mujeres indígenas y afrocolombianas y el 60% de las muertes maternas pertenecen a mujeres con educación primaria. El gráfico No. 24, a continuación, muestra la razón de mortalidad materna por nivel educativo: se observa una relación inversa entre el nivel de educación y la probabilidad de morir por causas relacionadas al periodo de gestación en Colombia.

Gráfico No. 24
Razón de mortalidad materna por nivel educativo, Colombia (%)



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas de Colombia (DANE) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014a)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

El embarazo adolescente en Colombia entre 2000 y 2010 pasó de 19.1% a 19.5% y la meta a la que se esperaba llegar era de menos de 15% según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014a: 36). Por otro lado, en la tabla No. 25 se observa el comportamiento de la asistencia calificada en el parto y la tasa de fecundidad general entre 1990 y 2015: se han incrementado los partos con asistencia calificada pues, para el año 2015, el 98% de nacimientos recibía atención; adicionalmente, el país también presenta una reducción de la tasa de fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva la cual cayó 43 puntos porcentuales en los últimos 25 años:

Tabla No. 25
Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y porcentaje de asistencia calificada en el parto, Colombia (%)

Colombia			
Año	**PIB per cápita en dólares**	**Tasa de fecundidad general por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años**	**Asistencia calificada en el parto (%)**
1990	7.671	100	81%
1995	8.506	87	88%
2000	8.442	76	92%
2005	9.402	68	95%
2010	10.949	61	97%
2015	12.523	57	98%

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Subsecuentemente, la tabla No. 26 presenta un incremento del uso de anticonceptivos pasando de 66.1% a 79.1% en 23 años; además, existe un 97% de atención prenatal con al menos una consulta y 88.6% con al menos cuatro; sin embargo, las necesidades insatisfechas de planificación familiar se han reducido solo en 5.7% en 23 años.

Tabla No. 26
Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal, Colombia (%)

Colombia				
		1990	**2000**	**2010**
Tasa de uso de anticonceptivos (%)		66,10%	76,90%	79,10%
Necesidades insatisfechas en planificación familiar (%)		13,70%	10%	8%
Cobertura de atención prenatal	al menos 1 consulta	82%	90,80%	97%
	al menos 4 consultas	67%	81%	88,60%

Fuente: Base de Datos de los indicadores ODM: CEPAL (2015a).
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2012:93-95) sostiene que la cobertura del sistema de salud ha incrementado entre 2000 y 2010 en Colombia, de hecho, solo el 4.3% de la población colombiana no está cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)[27]; sin embargo, se presentan dos inconvenientes: a)"el acceso real a los servicios es muy limitado" y b) "la base contributiva es baja"; adicionalmente, se establece que las entidades promotoras de salud, quienes se encargan del diseño de la red de prestadores, lo hacen en concordancia con las condiciones de mercado, hecho que acarrea una posible consecuencia de que el desplazamiento de la persona sea una distancia excesiva y, contribuye a que las personas que residen en las zonas apartadas, no sean atendidas.

Según la OPS y la OMS (2012: 95), el uso de métodos de planificación familiar modernos aumentó y la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes se redujo; además, el documento sostiene la existencia de deficiencias en el registro y uso de datos. Este último hecho también es sostenido por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014: 32) quienes consideran que existe un subregistro de los datos por omisión.

Acciones tomadas

Según el Instituto Nacional de Salud (2014), se implantó una herramienta en el 2012 que les permitía contar con una notificación oportuna de los casos de muerte materna, consolidar datos, estudiar la información para realizar recomendaciones y compartir los datos entre los distintos niveles de salud. Mencionado sistema contaba con los siguientes siete módulos: 1) reporte de las muertes de este tipo; 2) notificación de las muertes confirmadas; 3) y 4) en caso de que el fallecimiento materno no se confirme ni se descarte, procedimiento de verificación del embarazo; 5) recolección de información del tipo de atención recibida por la fallecida; 6) inclusión de datos relevantes y, 7)

[27] El SGSSS presenta dos modalidades: la primera es de carácter contributivo financiado por asalariados mientras que, la segunda es de carácter subsidiado financiado tanto por el régimen contributivo como por impuestos generales (OPS, 2012: 94)

establecimiento de los factores que contribuyeron a la muerte materna y consolidación de acciones para evitar nuevos casos (Instituto Nacional de Salud, 2014).

El Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014: 33) plantean la necesidad de mejorar la calidad de atención en el parto y en las consultas antes de éste, pues el porcentaje de partos atendidos por personal de la salud es bastante alto; asimismo sugieren implementar transporte efectivo para promover el acceso a los servicios de salud.

Además, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología realizaron un documento con el fin de "unificar criterios de diagnóstico, manejo e intervención de tal forma que los recursos se utilicen en forma racional dentro de parámetros de calidad". Las estrategias que se formulan en la Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo se resumen a continuación: 1) capacitar al personal de salud en acciones preventivas y asistenciales; 2) realizar actividades educativas de mantenimiento y autocuidado de la salud; 3) captar tempranamente a la paciente habiendo ellas evaluado su propio riesgo; 4) desarrollar una comunicación eficiente y oportuna, tanto en los niveles de atención como para la toma de decisiones; 5) incentivar el desarrollo de investigaciones para ajustar constantemente las directrices; y 6) implementar un monitoreo permanente; asimismo, se considera, no solo las consultas médicas durante el embarazo como vitales, sino la necesidad de contar con consultas preconcepciones para mejorar las condiciones de un embarazo futuro e identificar a las mujeres con factores de riesgo para poder establecer un plan individual permitiendo reducir el riesgo de muerte. (Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología, s.f: 5-21).

Complementariamente, el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad Materna Extrema elaborado por el Instituto Nacional de Salud (2014:7-11) tenía como propósito "realizar la vigilancia (…) de la morbilidad materna extrema (para activar los) mecanismos de respuesta inmediata (…) y la orientación de acciones para mejorar la calidad de servicios (…) en busca de la disminución de la morbilidad, las discapacidades evitables y la mortalidad materna y perinatal"; además se reseña los hitos más importantes llevados a cabo en el país empezando por la estructuración de un modelo de vigilancia en el 2007, la publicación del documento conceptual en el 2010, la construcción del protocolo de vigilancia y la prueba piloto en el 2011, la puesta en marcha de éste a nivel nacional en el 2012 y, finalmente la presentación de una notificación superior de casos de 35% en el 2014 frente al 2013. Cabe mencionar que, acorde a una noticia publicada en la revista digital El Hospital (junio, 2012), la experiencia colombiana en cuanto a la vigilancia de la morbilidad materna extrema fue considerada la propuesta más estructurada de la región en el 2012.

De otro lado, según menciona el Instituto Nacional de Salud (2014:20-26) en el protocolo de vigilancia, se toman dos tipos de acciones: Las primeras son acciones de carácter individual en donde se presentan entrevistas a las sobrevivientes y seguimiento de casos mientras que, las segundas son acciones colectivas abarcando análisis de casos agrupados, comité de vigilancia comunitaria y comité de política social. Acorde al boletín de presa No. 128 publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2013), entre los aspectos más impulsados en el territorio colombiano se encontraba:

> El acceso de las mujeres a los servicios de control prenatal, el aumento en la atención institucional del parto durante las dos últimas décadas, (…) la identificación precoz y manejo oportuno de las complicaciones obstétricas, el protocolo de atención a la menor de 15 años embarazada, la intervención de la mortalidad materna extrema y la seguridad del paciente como garantía para la calidad de la atención de las mujeres gestantes.

Entre 2011 y 2014, la reducción de muertes maternas fue considerada de gran importancia en este país y se establecieron los siguientes factores como claves para reducir el indicador: el uso de métodos de anticoncepción modernos, la cobertura de atención en el parto[28], el desarrollo de guías de atención a la madre, la atención antes de concebir y de las gestantes en riesgo[29] y la posibilidad de aborto (Ortiz, 2015).

Respecto a la posibilidad de interrumpir el embarazo, la Corte Constitucional de Colombia (2009) establece que en el país no considera al aborto como delito dentro de tres situaciones específicas: la primera, en caso de violación o incesto; la segunda, en caso de que la vida y salud de la madre se encuentren en peligro[30]; y la tercera, en casos de malformaciones del feto.

En el año 2015, según la noticia publicada por el Diario el Tiempo (junio, 2015), uno de los hechos que más llamó la atención en Colombia fue que, pese al elevado número de gestantes que recibieron atención en centros de salud, el 80% de muertes maternas ocurrieron por tratamientos médicos inadecuados reflejando la falta de seguimiento y controles de factores de riesgo por parte del personal médico. Asimismo, la notica resalta la importancia de que el departamento del Chocó, ubicado al noroeste de la nación, presentó una tasa siete veces mayor que la media nacional de mujeres fallecidas recalcando que los factores socioeconómicos son vitales dentro del análisis.

De un lado, Ortiz (2015) citando al Ministerio de Salud y Protección Social (2013) recomendó priorizar "los determinantes estructurales" en los cuales se consideraba la desigualdad, las mujeres habitantes del área rural o zonas donde existen barreras geográficas, las gestantes de edades extremas y las mujeres con escolaridad primaria o menor. Por otro lado, Ruiz citado en el Diario el Tiempo (junio, 2015) enfatiza la necesidad de 1) fortalecer los controles prenatales, mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud; 2) crear e impulsar atención integral inmediata para las mujeres embarazadas; 3) evitar las demoras[31]; 4) identificar los factores de riesgo y realizar seguimiento especial a aquellas pacientes que lo ameriten; 5) identificar los factores de riesgo social[32], y 6) "identificar biomarcadores -sustancias que se miden en sangre- que precien desenlaces adversos del embarazo". Finalmente, Ortiz (2015), estableció que el desinterés, la falta de compromiso y la baja remuneración a profesiones de la salud, son también impedimentos para mejorar los indicadores de salud materna.

[28] El Departamento Nacional de Planeación citado en Ortiz (2015) menciona que la cobertura de atención durante el parto fue de 99% y, a su vez, el 99% de dichos casos son atendidos por personal calificado.
[29] Ortiz (2015) resalta la atención brindada a mujeres embarazadas menores de 15 años.
[30] La Corte Constitucional de Colombia (2009) considera como "excesivo exigir el sacrificio de la vida ya formada por la protección de la vida en formación" y añade que "no existe equivalencia entre el derecho a la vida y a la salud de las mujeres (…)"
[31] El BM(2006:2), clasifica a los problemas de atención obstétrica en tres categorías de demoras: a)"la demora para tomar la decisión de procurar atención de salud"; b)" la demora para identificar un centro médico y concurrir a él" y, c) "la demora para recibir el tratamiento adecuado en el centro médico".
[32] Acorde al Diario El tiempo (junio, 2015), los factores de riesgo social incluyen embarazos adolescentes, personas de edad avanzada, etc.

A partir del año 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social (junio, 2016) en el boletín de prensa No. 118 de mencionado año, estableció que, gracias a la promoción del parto institucional, el país logró reducir la mortalidad materna; sin embargo, este tipo de alumbramiento no puede llegar a ciertas zonas debido a barreras geográficas; por esta razón, la nueva estrategia del ministerio será promover la partería profesional basada en el Modelo de Atención en Salud y en el vínculo de la mujer y su comunidad pues, anteriormente, el ignorar la mencionada unión concluyó con el hecho de que gran parte de los niños no nacían donde habitaba la madre, acarreando situaciones extremas.

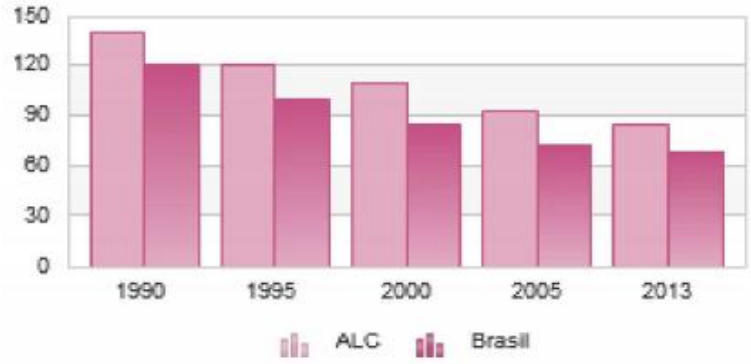
Brasil

Diagnóstico

La República Federativa do Brasil contaba, al 2014, con una población de 205.960; el porcentaje de población urbana fue de 84.3% hasta el 2010, la esperanza de vida era de 74 años en promedio y el PIB per cápita fue de 11.642 dólares en el 2014 según la División de Estadísticas de la CEPAL (2015c).

A continuación, el gráfico No. 25 muestra una comparación de la situación brasileña y la del resto de América Latina y el Caribe en cuanto a mortalidad materna: se observa que, entre 1990 y 2013, la razón de mortalidad materna fue inferior en el país que en el continente.

Gráfico No. 25
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Brasil y América Latina y el Caribe



Fuente: Base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Elaboración: CEPAL (2015c)

La tabla No. 27 presenta la reducción de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015: La razón de muertes maternas pasó de 104 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 44, es decir que se registró una reducción del 57.69%; hecho que, al igual que Colombia y Perú no le permitió cumplir con la meta del ODM referente a la mortalidad materna. Sin embargo, al igual que la tendencia mundial, la mayor reducción ocurre después del 2000, luego de la subscripción de los ODM, y el quinquenio con mayor progreso es el de 2010-2015. Según el Informe de los ODM para Brasil (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014b:79), la reducción del número de muertes maternas ocurre debido a la disminución de las muertes directas pues éstas pasaron de 126 a 43 por cada 100.000 nacidos vivos entre 1990 y 2011, es decir que existió una reducción de 65.87% .

Tabla No. 27
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Brasil

Brasil		
Año	**Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos**	**Número de muertes maternas**
1990	104 (91-119)	3.800
1995	84 (79-89)	3.000
2000	66 (64-67)	2.400
2005	67 (66-68)	2.300
2010	65 (63-66)	2.000
2015	44 (36-54)	1.300

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

En la tabla No. 28 se observa la asistencia de personal calificado de la salud entre 1990 y 2015: Se ha incrementado el porcentaje de partos con asistencia de personal calificado llegando a ser 99% para el 2015; también existe una reducción de la tasa de fecundidad por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva pasando de 93 a 53 en el mismo periodo.

Tabla No. 28
Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Brasil (%)

Brasil			
Año	**PIB per cápita en dólares**	**Tasa de fecundidad general por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años**	**Asistencia calificada en el parto (%)**
1990	10.173	93	76%
1995	10.619	81	87%
2000	10.945	75	93%
2005	11.915	65	97%
2010	13.836	56	98%
2015	15.005	53	99%

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Acorde al Informe de los ODM para Brasil (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014b:80-82), un factor que dificulta la reducción de la mortalidad materna, es la proporción de partos por cesárea que ha tenido una tendencia creciente desde 1999 y que llegó a 53.9% (la OMS citada en el informe recomienda que dicho porcentaje esté entre 5% y 15%); se sostiene que existe una práctica de cesáreas innecesarias implicando 3.5 veces mayor riesgo de muerte y 5 veces mayor probabilidad de contraer alguna infección.

En cuanto a salud femenina, Brasil puso atención en reducir la mortalidad causada por cáncer de mama y de cuello uterino; sin embargo, las muertes del primer caso avanzaron mientras que, las del segundo se redujeron; además, la tasa de fecundidad adolescente se ha reducido entre 1996 y 2011 hecho que puede estar correlacionado con el incremento del uso de anticonceptivos según el Informe de los ODM para Brasil (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014b:78-83). A continuación, la tabla No. 29, muestra que existe un 98% de uso de anticonceptivos; además, se presenta

un 98.2% de atención prenatal con al menos una consulta y 88.7% con al menos cuatro y, las necesidades insatisfechas en materia de planificación se han reducido en 4.8% en 10 años.

Tabla No. 29
Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal (%), Brasil

Brasil			
		1996	2012
Tasa de uso de anticonceptivos (%)		87,60%	98%
Necesidades insatisfechas en planificación familiar (%)		10,80%	6% (2006)
Cobertura de atención prenatal	al menos 1 consulta	96,8% (2003)	98,2% (2009)
	al menos 4 consultas	75,90%	88,70%

Fuente: Base de Datos de los indicadores ODM
Elaboración: CEPAL (2015c)

Acciones tomadas

La salud materna e infantil es considerada como prioridad desde 2004 para las autoridades de salud de este país según señala la Fundación Televisa en su segmento de salud (febrero, 2012). Acorde a Villela y Santos (2015: 264), en el 2014, se estableció como política nacional a la atención a la salud de las mujeres llevando al planteamiento del pacto nacional para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

El proyecto Trébol de Cuatro Hojas aplicado en el municipio de Sobral, en el estado de Ceará, fue uno de los íconos de la reducción de la mortalidad materna ganando el primer premio de Experiencias en Innovación Social en América Latina y el Caribe otorgado por la CEPAL y la Fundación W. K. Kellogg acorde a la noticia publicada la página web de la segunda institución (diciembre, 2007).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011: 14-19), mencionado proyecto pretendía atender a las familias de mujeres gestantes en riesgo social o riesgo clínico[33] y tenía tres líneas de acción:

1. La gestión del cuidado en las cuatro fases de atención materno infantil; tres de las fases guardaban relación con la salud materna: a) antes del nacimiento, se seleccionaba, se organizaba actividades educativas y se capacitaba al personal encargado del cuidado de las madres en riesgo; se especificaba la capacitación de las madres sociales quienes pertenecían a la comunidad y eran remuneradas para apoyar a la familia de la gestante en riesgo según sus necesidades establecidas previamente y, de profesionales de la salud; se detectaba las

[33] Se considera que una mujer embarazada está en riesgo social si presenta una de las siguientes características: "analfabetismo, lugar de residencia -área de riesgo-, pobreza absoluta, familias en situación de vulnerabilidad con hijos menores de 5 años, falta de apoyo alimentario y familiar, dependencia química, incapacidad o dificultad para el autocuidado, embarazo no deseado, madre adolescente y violencia intrafamiliar" y está en riesgo clínico si es el caso de "Gestantes y puérperas con enfermedades preexistentes, enfermedades infecciosas, patologías ginecológicas y obstétricas; características personales e historia reproductiva anterior de las mujeres embarazadas, puérperas y en amamantamiento…" Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011: 13)

gestantes en riesgo; y, se entregaba un kit[34] a la gestante; b) previamente al parto, se identificaba los factores de riesgo durante el parto, se elaboraba una guía de cuidados, se realizaban entrevistas a las gestantes y se asignaba una madre social, c) dentro de los siguientes 28 días después del parto, se realizaban visitas diarias, tanto para clasificar a los niños según su nivel de riesgo para elaborar un plan de acción, como para apoyar a las madres en la nutrición del recién nacido[35];

2. La vigilancia de la morbimortalidad tanto materna como infantil, las acciones principales fueron el monitoreo de la calidad de los servicios de salud brindado a las gestantes y, la clasificación[36] y análisis de las muertes maternas en base a la primera línea de acción realizada por un comité creado con dichos fines quienes se reunían periódicamente;
3. Finalmente, la provisión del apoyo social y entraban tanto las madres sociales y las madrinas y padrinos sociales que eran personas de la sociedad civil que aportaban con un monto mensual establecido acorde a su decisión.

Para concluir, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011: 25), sostiene la efectividad del proyecto y promueve su replicabilidad con "las debidas adaptaciones a la realidad local" y enfatizando el eje fundamental del proyecto: el trabajo conjunto del municipio, el sector privado, la sociedad civil y la comunidad

Según Bastos (2014: 31) los factores que más contribuyeron a la disminución de tal indicador fueron "la reducción de la pobreza, el aumento del acceso a los servicios de salud y la mejora de investigación y el análisis de las defunciones maternas", además se recalca: el apoyo del gobierno a los municipios en la capacitación de personal, la inversión en la formatización de datos relacionados con la mortalidad materna y la voluntad política.

De hecho, la creación de comités de mortalidad materna es un ejemplo del compromiso con la reducción de tal indicador pues éstos, se encargan de monitorear y evaluar los casos según una investigación realizada por el grupo Curumín y el Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (2011: 8).

Acorde a Padiha, ex ministro de salud de Brasil citado por la Fundación Televisa (febrero, 2012) una de las piedras angulares de la reducción de la mortalidad materna fue la reducción de fallecimientos por aborto gracias al incremento de la educación sexual y a la cantidad de clínicas autorizadas a llevar a cabo este tipo de procesos. El aborto en este país se encuentra penalizado, excepto en caso de violación, para salvaguardar la vida de la madre o en casos de anencefalia del feto; la condena máxima sobre la embarazada es de tres años mientras que, sobre el que practica la acción es cuatro años según Human Rights Watch (2013).

Cabe recalcar que, pese a la reducción de mortalidad materna presentada en Brasil, persisten desigualdades. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011:

[34] Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011: 13) el kit tiene como objetivo incentivar a la maternidad responsable y debe contar con frazadas y ropa para el recién nacido.

[35] La siguiente fase dentro de esta línea no se relacionaba con la salud de la madre sino con la del niño o niña durante sus dos primeros años (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011: 16).

[36] El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011: 17) clasifica a las muertes maternas en evitables, no evitables y mal definidas.

9) se presentan disparidades entre estratos socioeconómicos y etnias de la población. Estas disparidades pueden relacionarse con que, pese a que el pacto para reducir la mortalidad materna era de carácter nacional, no todos los municipios lo pusieron en práctica, hecho que evidenció la necesidad de unificar el sistema de salud en Brasil (Villela y Santos, 2015: 264). Según De Souza et al. (mayo-junio, 2013:6-7), las desigualdades regionales y "la tecnología para intervenir en hemorragias (…) no ha conducido a resultados deseados (mostrando) la necesidad de introducir cambios en la práctica clínica". Por otro lado, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011: 13) enfatizó estrategias vitales que sirvieron a la correcta ejecución del proyecto Trébol:

> (a) establecer acciones que garantizaran el cuidado necesario en las cuatro fases de atención materno infantil, (b) determinar los criterios para la definición de riesgo clínico y social en el plano de los cuidados a mujeres y niños desde el prenatal hasta la atención pediátrica, (c) generar diversas estrategias con la sociedad civil para asegurar la captación de recursos y de movilización social, (d) producir un kit para la gestante y desarrollar propuestas temáticas para actividades educativas con grupos de mujeres embarazadas, (e) implementar un sistema de monitoreo diario y evaluación permanente de los indicadores del proceso y de los resultados de la asistencia materno infantil, y (f) brindar soporte técnico al Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad materna, perinatal e infantil.

Asimismo, la Fundación para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (s.f) establece dos recomendaciones vitales para mejorar la salud materna: a) promover la humanización de la asistencia obstétrica y b) fortalecer a las parteras tradicionales respetando las tradiciones. De Souza et al. (mayo-junio, 2013:6-7) enfatizan también la necesidad de mejorar la información pues casi todos los nacimientos de este país son en hospitales. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011: 10) considera a las siguientes acciones como claves para reducir la mortalidad materna: uno, promover la calidad y el acceso a los servicios de salud; dos, impulsar la atención calificada prenatal, en el parto y el puerperio; y, tres, desarrollar modelos integrados de atención que contemple la salud pública y la comunidad. Villela y Santos (2015: 264-265) sugieren que Brasil debe permanecer enfocado en promover los servicios de planificación familiar y la calidad del cuidado antes, durante y después del parto, y añaden que, se debe capacitar a los profesionales en cómo actuar ante emergencias obstétricas, garantizar atención calificada antes del parto y realizar actividades constantes de monitoreo. Finalmente, el Comité de América Latina y del Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM) y el grupo Curumín (2011: 8-9) sugieren que el gobierno promueva mecanismos responsables para monitorear las políticas públicas, mejore la calidad de los servicios de salud mediante la capacitación de personal, revise la penalización del aborto[37] para reducir los abortos realizados en condiciones de riesgo, impulse la protección y la confidencialidad durante las investigaciones de abortos realizados en clínicas clandestinas y garantice la presunción de inocencia y la defensa apropiada de grupos vulnerables[38], cree mecanismos legales para monitorear el manejo de los indicadores de salud, y, mejore y expandan la cantidad de comités de muerte materna a través de una supervisión sistemática.

[37]La necesidad de reformar la criminalización del aborto se basa en la protección de los derechos de las mujeres en relación con la determinación propia de la reproducción (Curumín y CLADEM, 2011: 9).

[38]"The government should (protect) women's rights to privacy and confidentiality during (…) investigations of clandestine abortion clinics and (guarantee) human rights principles of presumption of innocence, due process of law, and proper legal defense especially to vulnerable groups of women". Grupo Curumín y CLADEM (2011: 9).

Rwanda

Diagnóstico

The Republic of Rwanda se encuentra en África en la parte sur del Sahara, y contaba, al 2014, con una población de 11.34 millones; el porcentaje de población urbana fue de 28% y la esperanza de vida era de 63 años en promedio en el 2013 según el Banco Mundial (2016a). Además el país registró un PIB per cápita de 1.660 dólares en el 2014 acorde al Banco Mundial (2016d).

La tabla No. 30 muestra la reducción de la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015: La razón pasó de 1.300 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a 290, es decir que, en dicho periodo, Rwanda registró una reducción del 77.69% permitiéndole ser uno de los países que cumplió con la meta del ODM referente a la mortalidad materna. Tal como lo muestra la tabla No. 30, la mayor reducción ocurrió a partir del 2000, al igual que el resto de países presentados anteriormente, y el quinquenio con mayor progreso fue el de 2000-2005. Cabe resaltar que, en el Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 51), se observa que, desde el 2010, si el país continuaba con la misma tendencia, el ODM referente a mortalidad materna iba a cumplirse.

Tabla No. 30
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Rwanda

Rwanda		
Año	**Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos**	**Número de muertes maternas**
1990	1.300 (943-1.690)	4.200
1995	1.260 (974-1.550)	3.600
2000	1.020 (825-1.230)	3.200
2005	567 (459-702)	2.000
2010	381 (297-480)	1.400
2015	290 (208-389)	1.100

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

La tasa de embarazo adolescente ha permanecido casi constante desde el 2000 pasando de 5.2% a 4.1% en el 2011; se resalta que problemas como la anemia, malaria, VIH, hemorragias posparto y desórdenes mentales son asociadas con el embarazo en dicha edad según el Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 53).

Por otro lado, en la tabla No. 31 se observa el porcentaje de partos con asistencia de personal calificado y la tasa de fecundidad general entre 1990-2015: se ha incrementado el porcentaje de partos de este tipo; sin embargo, es el país con menor cobertura dentro de los países presentados pues en el año 2015, 17% de alumbramientos no contaron con este tipo de atención; complementariamente, se presenta una reducción de la tasa de fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva pasando de 204 a 122.

Tabla No. 31
Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y Porcentaje de asistencia calificada en el parto, Rwanda (%)

Rwanda			
Año	**PIB per cápita en dólares**	**Tasa de fecundidad general por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años**	**Asistencia calificada en el parto (%)**
1990	893	204	17%
1995	740	193	28%
2000	792	158	42%
2005	990	150	58%
2010	1.277	138	72%
2015	1.517	122	83%

Fuente: Organización Mundial de la Salud et. al.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

En la tabla No. 32 se observa que existe un incremento del uso de dichos métodos pasando de 5.6% a 25.2% en 5 años; además, se presenta un 98% de atención prenatal con al menos una consulta y 35.4% con al menos cuatro; las necesidades insatisfechas en materia de planificación se han reducido en 17.1% en 10 años. En el Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 53-54) se subraya que, pese a que la cobertura de atención prenatal de al menos cuatro consultas sigue siendo baja, los avances han sido notables, tanto en la parte urbana como rural; además se menciona que la diferencia en ambas zonas en el uso de anticonceptivos modernos es mínima (2% aproximadamente).

Tabla No. 32
Tasa de uso de anticonceptivos y Cobertura de atención prenatal, Rwanda (%)

Rwanda				
		2000	**2005**	**2011**
Tasa de uso de anticonceptivos (%)		-	5.6%	25.2%
Necesidades insatisfechas en planificación familiar (%)		36%	37.9%	18.9%
Cobertura de atención prenatal	al menos 1 consulta	92.5%	94.4%	98%
	al menos 4 consultas	10.4%	13.3%	35.4%

Fuente: Reporte de los ODM para Rwanda (2014)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Acciones tomadas

Rwanda es uno de los países que cumplió con el Objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con la salud materna. Acorde al Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 9), el factor más importante que facilitó el cumplimiento de varios de los ODM fue la voluntad y el compromiso político[39]; además se toma a la fuerte institucionalidad y a la rendición de cuentas como factores importantes. Además,

[39] Se señala que Rwanda está comprometida con no repetir su pasado y se especifica que, se refiere al genocidio en 1994 (Reporte de los Millenium Development Goals Rwanda, 2014: 9-10). Según la British Broadcasting Corporation (agosto, 2008), en 1994, 800.000 personas aproximadamente fueron asesinadas en 100 días por el gobierno de este país.

el Reporte (2014: 55) considera a las siguientes variables como claves que ayudaron a mejorar la salud materna y contribuyeron a la reducción de la mortalidad de este tipo:

- Incremento de la asistencia calificada en el parto,
- Ejecución efectiva de campañas públicas educativas que resaltaban la importancia de la salud de la madre y el niño,
- Monitoreo constante de los centros de salud,
- Mejoramiento de los centros de salud y apertura las 24 horas al día.

El Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 55) sostiene que, la atención en el parto por personal calificado y la implementación de una auditoria de las muertes maternas, son los factores más sobresalientes que promovieron la reducción la mortalidad de este tipo; de manera detallada, a continuación se mencionan las medidas ejecutadas por este país:

- Se desarrolló una campaña efectiva de educación que resaltaba la importancia de la salud materna e infantil,
- Se institucionalizó la apertura de los centros de salud sin interrupción,
- Se construyó salas de espera principalmente en la zona rural del país[40],
- Se promovió la higiene y el respeto a los pacientes,
- Se establecieron actividades de monitoreo constantes,
- Se promovió el trabajo comunitario de carácter voluntario,
- Se incentivó la afiliación de un seguro de salud y,
- Se implementó una auditoria.[41]

Adicionalmente, otro proyecto que se llevó a cabo fue la construcción de la Casa Maternal de la Esperanza La Lumière en el 2009 y 2010; el fin del proyecto era brindar alojamiento, de manera temporal, a las mujeres embarazadas, permitiéndoles recibir servicios de salud prenatal y asistencia en el parto por profesional de la salud; además, se brindó talleres de cuidado materno infantil (Matres Mundi, 2012: 1-3). Cabe mencionar que, si bien este proyecto no era a nivel nacional, beneficiaba a dos provincias de la nación, una de éstas la más poblada del país; lo cual le permitió reducir de la mortalidad materna (Matres Mundi, 2012: 1-11).

Las Naciones Unidas (2013a: 2), consideran que una de las estrategias de Rwanda, que mejor funciona, es el sistema RapidSMS mismo que se ejecuta con la ayuda del Fondo de Población de las Naciones Unidas; su objetivo principal es contar con vigilancia nacional a tiempo real para ayudar:

> (…) a que los trabajadores sanitarios de las comunidades realicen un seguimiento de los embarazos, informen sobre los indicios de peligro, (…) se suscriban a alertas de emergencia para asegurar que las mujeres (accedan) a atención obstétrica si (necesitan).

Rwanda presentó dos complicaciones en la trayectoria según el Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 56):

[40] Según el Reporte de los Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 55), este factor ayudó a reducir los partos accidentales en las casas y consigo sus posibles complicaciones.
[41] La auditoría fue en el 2008 con el soporte técnico y financiero de la OMS y del UNFPA y concluyó que, el 72% de las muertes maternas eran a causa de complicaciones en el parto y hemorragias después de éste según el Reporte de los Reporte de los Millennium Development Goals Rwanda (2014: 9-10).

1. Falta de personal calificado: cuenta con muy pocos especialistas en ginecología y obstetricia lo que no permite cumplir con las necesidades de toda la población,
2. El retraso de las mujeres gestantes en acudir a centros médicos sea por controles prenatales o por señales de complicación hecho que refleja la falta de conocimiento, tanto de los signos de alerta de riesgo en el embarazo como de las ventajas de tener controles periódicos

Para resumir la parte relacionada a los países, se presenta, a continuación, una síntesis del periodo en el que ocurrió la mayor reducción de la muerte materna y algunos aspectos importantes a considerarse:

- En Colombia, la mayor reducción de la mortalidad materna se presentó a partir del 2000.
- En Perú, la mayor reducción se presentó entre 1990 y 2000, periodo en el que se llevaron a acabo esterilizaciones forzadas, principalmente, a mujeres indígenas de escasos recursos.
- En Brasil, una de las dificultades para alcanzar el ODM referente a mortalidad materna fue la práctica indiscriminada de cesáreas que alcanza el 53% del total de partos.
- En Bolivia, el incremento de la asistencia profesional en el parto se atribuye, en parte, a la instauración de un incentivo económico.
- En Rwanda, la asistencia calificada en el parto, la ejecución efectiva de campañas públicas educativas y el monitoreo constante de los centros de salud contribuyeron a reducir la mortalidad materna.

Fertilidad adolescente

El Banco Mundial (2006: 2) sostiene que, las adolescentes tienen el doble de probabilidad de fallecer en el parto mientras que, el grupo de mujeres menor a 15 años tiene cinco veces mayor probabilidad de muerte en comparación con el grupo etario de 20 y 30 años. Cabe recalcar que el embarazo adolescente es importante en la mortalidad materna porque puede acarrear riesgos para la salud de la madre y del hijo según el Informe de los ODM 2015 (ONU, 2015b: 42). El Banco Mundial (2006: 2-4), sostiene que las siguientes medidas pueden ayudar a reducir tanto el embarazo adolescente como la mortalidad materna en esta edad:

- Promover el retraso del inicio de la vida sexual, la postergación del matrimonio y el nacimiento del primer hijo,
- Impulsar el uso eficiente de métodos que controlen la fertilidad,
- Garantizar la educación secundaria femenina como alternativa a la maternidad temprana promoviendo la modificación de las motivaciones tanto sociales como individuales de la maternidad adolescente,
- Incrementar las oportunidades laborales,
- Fijar una edad mínima para el matrimonio.

La tasa de fertilidad adolescente, puesta a continuación, permite observar que Ecuador es el país con mayor fertilidad entre los países analizados; posteriormente, se encuentran Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y Rwanda.

Gráfico No. 26
Tasa de fertilidad adolescente. Nacimientos por cada 1.000 mujeres en edades entre 15 y 19 años, Colombia, Perú, Brasil, Bolivia, Rwanda y Ecuador



Fuente: Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial (2016b)
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

En el capítulo anterior se realizó un análisis de diagnóstico a nivel mundial del quinto ODM enfatizando la meta cinco A en base al Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 realizado por la Organización de Naciones Unidas. Según se señala, la mortalidad materna se ha reducido en 44% llevándose a cabo, la mayor parte de la disminución, después de la firma de los ODM. A nivel regional, Asia tuvo los mejores resultados, en promedio, en la reducción de la mortalidad materna y África Subsahariana los peores. Se contempló también que el progreso del indicador no fue uniforme pues el 99% de las muertes maternas seguirán ocurriendo en países en desarrollo. Se subrayó el hecho de que la mortalidad materna es un problema de salud pública pues se trata de muertes prevenibles, hecho que se ve reflejado al notar que entre las causas principales de mortalidad se encuentran las hemorragias y las infecciones.

Adicionalmente, se presentaron datos relacionados con los nacimientos atendidos por personal capacitado de salud y la atención prenatal recibida por las madres considerando a ambas como claves para preservar la vida de la madre y el bebé. Conjuntamente, se enfatizó que, en países latinoamericanos, persiste una brecha de nacimientos atendidos por profesionales de la salud entre mujeres indígenas y no indígenas; además la misma brecha existe entre las zonas rurales y urbanas de los países en desarrollo. Por otro lado, respecto a la atención prenatal, se observó un incremento del 17% entre 1990 y 2014 a nivel mundial.

Se hizo una breve reseña del embarazo adolescente pues América Latina es la segunda región con mayor cantidad de embarazos de este tipo. Además, se expuso un estudio más detallado de la mortalidad materna recogiendo varias experiencias internacionales relacionadas a la salud como la situación hondureña y el caso de Cuba como país que cuenta con planificación central.

Se realizó un análisis de varios países en el periodo 1990-2015: se estudió a Rwanda debido a que logró cumplir con el ODM referente a mortalidad materna; se realizó un análisis más profundo tanto de Colombia como de Brasil por ser ambos los que más cantidad de mejores resultados tenían en el grupo estudiado (tabla No. 17). La reducción del indicador de mortalidad materna entre 1990 y 2015 fue: 78% en Rwanda[42], 73% en Perú, 58% en Brasil, 50% en Bolivia y, 46% en Colombia.

1. Perú registró una disminución de 73%, asimismo, en el 2015 contó con 68 muertes maternas y, el 90% de los alumbramientos cuentan con asistencia profesional. Sin embargo, tal reducción es cuestionada pues, en el periodo en el que ésta es mayor, se llevaron a acabo esterilizaciones forzadas a mujeres indígenas de escasos recursos; de otro lado, este país es el que mayor cobertura de atención prenatal de al menos cuatro consultas brinda.
2. Bolivia contó con una reducción del 50% del indicador de la mortalidad materna y, para el 2015, éste fue de 206 muertes, complementariamente, 85% de los nacimientos recibieron asistencia calificada para el mismo año. En Bolivia, se evidenció un notable incremento de la asistencia profesional en el parto el cual se atribuyó, en parte, a la instauración de un incentivo económico.
3. Colombia presentó una reducción de la mortalidad materna del 46%, y en el 2015, cuenta con 64 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; además,

[42] Rwanda cumplió el ODM referente a salud maternal.

98% de los nacimientos reciben asistencia calificada. Este país el segundo país del grupo analizado con mayor cobertura de atención prenatal de al menos una consulta. Las medidas que se tomaron en Colombia fueron: estructuración de un modelo de vigilancia en el 2007, publicación del documento conceptual en el 2010, construcción del protocolo de vigilancia y la prueba piloto en el 2011, puesta en marcha de éste a nivel nacional en el 2012, implantación de una herramienta en el mismo año que les permitía contar con una notificación oportuna de los casos de muerte materna, consolidar datos, estudiar la información para realizar recomendaciones y compartir los datos entre los distintos niveles de salud; desarrollo de un documento con el fin de "unificar criterios de diagnóstico (…)", entrevistas a las sobrevivientes y seguimiento de casos y análisis de casos agrupados; los factores claves para reducir la mortalidad materna fueron: el uso de métodos de anticoncepción modernos, la cobertura de atención en el parto, el desarrollo de guías de atención a la madre, la atención antes de concebir y de las gestantes en riesgo y la posibilidad de aborto bajo tres situaciones. A partir del año 2016, la nueva estrategia del será promover la partería profesional para llegar a zonas con barreras geográficas.

4. Brasil presentó una reducción del indicador de muerte materna del 58%, y la razón de mortalidad materna para el 2015 fue de 44 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos; adicionalmente, el 99% de los partos cuentan con atención médica. Una de las dificultades para alcanzar el ODM fue la práctica indiscriminada de cesáreas que representó el 53% del total de partos pues este país, en el 2015, fue el que menos razón de mortalidad de este tipo presentó, más porcentaje de alumbramientos con asistencia profesional registró, mayor tasa de uso de anticonceptivos tuvo, mayor cobertura de atención prenatal de al menos una consulta presentó y menor porcentaje de necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar registró. Las medidas que se tomaron en Brasil fueron: considerar a la salud materna como prioridad desde 2004, impulsar la gestión del cuidado en las cuatro fases de atención materno infantil, vigilar la morbimortalidad tanto materna como infantil, proveer del apoyo social, brindar apoyo por parte del gobierno a los municipios en la capacitación de personal, invertir en la formatización de datos, tener voluntad política mostrada en la creación de comités de mortalidad materna, incrementar la educación sexual relacionada con el aborto y la cantidad de clínicas autorizadas a llevar a cabo estos, contar con estrategias con la sociedad civil para certificar la captación de recursos, producir un kit para la gestante, desarrollar propuestas temáticas para actividades educativas con grupos de mujeres embarazadas, implementar un sistema de monitoreo diario y evaluación permanente, "brindar soporte técnico al Comité Municipal de Prevención de la Mortalidad materna, perinatal e infantil"; los factores claves para reducir la mortalidad materna fueron: "la reducción de la pobreza, el aumento del acceso a los servicios de salud y la mejora de investigación y el análisis de las defunciones maternas"; finalmente, las recomendaciones vitales para mejorar la salud materna en el país fueron: promover la humanización de la asistencia obstétrica y fortalecer a las parteras tradicionales respetando las tradiciones.

5. Rwanda registró una disminución del 78% permitiéndole cumplir con la meta pues pasó de 1.300 muertes maternas a 290 por cada 100.000 nacidos vivos entre 1990 y 2015; además, 83% de los alumbramientos contaron con atención

profesional. En Rwanda, la asistencia calificada durante el parto, las campañas públicas educativas y el monitoreo de los centros de salud contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna. Además, las medidas que se tomaron en Rwanda fueron: inversión en inmunizaciones, planificación familiar y educación, atención en el parto por personal calificado, implementación de una auditoria de las muertes maternas, campaña efectiva de educación que resaltaba la importancia de la salud materna e infantil, institucionalización de la apertura de los centros de salud sin interrupción, construcción de salas de espera principalmente en la zona rural del país, promoción de la higiene y el respeto a los pacientes, fijación de actividades de monitoreo constantes, promoción del trabajo comunitario de carácter voluntario, promoción de la afiliación de un seguro de salud, construcción de la Casa Maternal de la Esperanza La Lumière e implementación del sistema RapidSMS; estas actividades se dieron bajo un entorno de alto compromiso político; las complicaciones fueron la falta de personal calificado y el retraso de las mujeres gestantes en acudir a centros médicos sea por controles prenatales o por señales de complicación.

Cabe recalcar que se evidenció a nivel mundial que, después de la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se ha reducido mayormente la mortalidad materna. Del grupo de países estudiados en este capítulo, solo Perú registra mayor reducción del indicador en el periodo 1990-2000, disminución cuestionada por las esterilizaciones forzadas llevadas acabo.

Capítulo III: Causas del no cumplimiento de Ecuador del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, meta cinco A y parámetros de política pública que permitan mejorar el indicador de mortalidad y cumplir el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio

El capítulo siguiente tiene dos objetivos: 1) Estudiar y establecer las principales causas por las cuales, Ecuador no pudo cumplir con el Objetivo del Desarrollo del Milenio referente a salud materna; y en base de ello, 2) Proponer parámetros de política pública dirigidos a reducir la tasa de mortalidad de este tipo.

Para el primer tema, se analizan las causas del no cumplimiento del quinto ODM meta cinco A, en base al estudio de factores clave como son los tipos de demoras en la atención obstétrica, las muertes en el embarazo, el parto y posparto, por sector y provincia, el nivel de instrucción alcanzado por la madre, el tipo de parto, la planificación familiar y la etnicidad. Además, se presenta un análisis de la Ley de Maternidad Gratuita, Enipla, el Plan Familia y Ecuador sin muertes maternas como medidas que la nación ha llevado a cabo para reducir la mortalidad materna entre 2006 y 2016. Para el segundo aspecto, de elaborar una propuesta de parámetros de política pública, se tomará en consideración, tanto los resultados obtenidos en el estudio anteriormente señalado, como las experiencias exitosas y buenas prácticas adoptadas a nivel nacional e internacional en el cumplimiento de la meta A del Objetivo de Desarrollo del Milenio número cinco.

Causas del no cumplimiento del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio meta cinco A, a nivel nacional

Acorde con la presentación realizada por la CEPAL (s.f) del Desafío de la Disminución de la Mortalidad Materna Componente clave de la Plataforma de El Cairo, existen cuatro razones por los que el avance en la salud materna ha sido limitado:

a. Se contempla la desigualdad, la falta de educación y empoderamiento:

Arriagada (1990), establece que el nivel de instrucción de las mujeres se relaciona de manera inversa con la importancia del estado civil, factor que guarda relación con el embarazo. Langer (2002:195), menciona que, ante una interrupción del embarazo, las mujeres corren más riesgo cuando no poseen información de a dónde acudir o de como identificar las complicaciones. De manera más específica, en Ecuador, la mayor cantidad fallecimientos clasificados como muertes maternas pertenecen a mujeres que alcanzaron el nivel de primaria, pese a que el porcentaje de nacimientos sea superior en el caso de mujeres de secundaria; además, conforme incrementa el nivel de instrucción, se presenta una reducción del número de muertes maternas llegando a ser cero en el caso de mujeres con posgrado (tabla No. 44). Cabe recalcar que las mujeres se preocupan más por recibir atención en el parto conforme aumenta su nivel de educación según el Anuario de Nacimientos y Defunciones (2014:71). Adicionalmente, las mujeres con instrucción primaria son las que menos atención en el parto recibieron mientras que, en el caso de las mujeres con instrucción de posgrado, no existieron partos sin asistencia profesional (tabla No. 12). Ecuador no es un caso aislado, en Perú

las muertes maternas son más frecuentes en mujeres con poca instrucción (Naciones Unidas, 2013: 138-139).

b. La existencia de elevadas tasas de embarazos no planificados:

Langer (2002:194) sostiene que los embarazos no planificados ocurren generalmente en mujeres adolescentes, solteras y en edades reproductivas extremas, de escasos recursos y poco nivel de instrucción.

Las consecuencias de este tipo de embarazos se relacionan con las dos opciones que tiene la mujer ante esta situación: a) interrumpir el embarazo mediante un aborto inducido o b) continuar con el embarazo no deseado (Langer, 2002:194). En el primer caso, se recalca que, muchos abortos que no son permitidos por la ley, se realizan en condiciones de inseguridad, lo que acarrea complicaciones por el procedimiento llevado acabo clandestinamente y de forma insalubre (Langer, 2002: 192-200). En el caso de continuar con el embarazo, las mujeres adolescentes tiene el doble de probabilidad de fallecer en el parto mientras que, el grupo menor a 15 años tiene cinco veces mayor probabilidad de muerte en comparacion con el grupo etario de 20 y 30 años (Banco Mundial, 2006: 2). Acorde a Langer (2002:199), las mujeres de edad avanzada, tienen embarazos de mayor riesgo; de hecho, la hipertension y la diabetes, enfermedades generalmente presentadas después de los 40 años, pueden agravarse por el embarazo; además, los riesgos de defectos o mal formaciones para el fecto, incrementan de igual forma, en estas edades. Finalmente, Langer (2002:200) sostiene que existe una relación entre los hijos no deseados y la criminalidad pues entre los factores que contribuyen a que una persona cometa actividades ilícitas se encuentra el rechazo materno.

c. La falta de servicios especializados, programas específicos:

La CEPAL (s.f), establece la necesidad de mejorar la calidad y la seguridad de la atención de la salud femenina, especialmente antes de la fecundación, durante el periodo de gestación, en el parto y en el puerperio, involucrando tanto al hogar y la comunidad como al sistema de salud.

d. La falta de políticas efectivas e inmediatas que reduzcan sustantivamente las secuelas de los abortos inseguros:

Langer (2002: 192-200), menciona que, una gran cantidad de abortos son llevados a cabo clandestinamente y de forma insegura en países donde la ley no los tolera; además, sostiene que, es el nivel socioeconómico de la mujer, el que determina las condiciones en las que se practicará el aborto, y consigo, el riesgo de fallecer. En otras palabras, si la mujer decide terminar con su embarazo, y cuenta con los recursos económicos suficientes, podrá hacerlo con mayor seguridad y menor riesgo mientras que, en caso de no tener el dinero suficiente, el riesgo de fallecer durante la intervención o posterior a ésta, será mayor.

Acorde a Langer (2002: 197), el riesgo tomado por una mujer que decide abortar, tiene un alto nivel socioeconómico y reside en la urbe, es mucho menor que el riesgo de una mujer cuyos recursos son menores y habita en el área rural, pues la primera, tendrá mayor probabilidad de ser atendida por un profesional capacitado bajo la infraestructura necesaria, mientras que, la segunda, suele llevar a cabo ella misma este procedimiento.

Tipo de demora

Acorde al Banco Mundial (2006:2), una forma de clasificar a los problemas de atención obstétrica es dividiendo en tres categorías de demoras:

1. Primera demora: respecto a la "demora para tomar la decisión de procurar atención de salud";
2. Segunda demora: "demora para identificar un centro médico y concurrir a él";
3. Tercera demora: "demora para recibir el tratamiento adecuado en el centro médico".

Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológico (2006) citado en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna publicado por el MSP (2008:15), el 5% de las muertes maternas en el 2006 se debieron a la falta de reconocimiento de las señales de riesgo por parte de la madre o la familia y consigo, la falta de acciones y decisiones que precautelen la vida de la madre; el 8% correspondieron a la segunda demora pues tuvieron como causa la dificultad para movilizarse y el 82% de las muertes maternas guardaban relación con la tercera demora; de hecho, 138 muertes, de 161 registradas, tuvieron como motivo la falta de personal capacitado, equipos o insumos las 24 horas en la unidad de salud. Adicionalmente, se señala que, respecto de la primera demora, cuatro cantones de la sierra[43] y tres cantones de la amazonia[44] registraron mayores muertes maternas sea en el hogar o en la comunidad; en cuanto a la segunda demora, cuatro cantones de la sierra[45] y tres cantones de la costa[46] registran mayores muertes maternas causadas por problemas en el traslado; y finalmente, respecto a la tercera demora, doce cantones[47] registran mayor cantidad de muertes en hospitales (Sistema de Vigilancia Epidemiológica (2006) citado en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna del MSP, 2008:16-18).

Embarazo, parto y posparto

Respecto a las muertes maternas clasificadas por etapas, se observa que no existe una etapa específica donde éstas ocurran pues se encuentran divididas entre el embarazo, el parto y el posparto de forma homogénea según la tabla No. 33 (33% de muertes maternas aproximadamente corresponden a cada etapa).

Tabla No. 33
Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto en el año 2014, Ecuador (%)

	Muertes femeninas	Muertes maternas	Etapas				
			Embarazo	Parto	Posparto	43 días después o aborto	TOTAL
N	28.932	169	56	55	55	3	169
%	100%	5,84%	33,14%	32,54%	32,54%	1,78%	100%

Fuente: INEC (2014d) Base de datos de las Defunciones Generales del
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

[43] Chimborazo: Guamote; Cañar: Azogues; Cotopaxi: Pujilí y Saquisilí.
[44] Napo: Archidona; Zamora Chinchipe: Palanda y Yantzaza.
[45] Pichincha: Rumiñahui y Pedro Moncayo; Cotopaxi: Salcedo; Chimborazo: Alausí
[46] Guayas: Playas y naranjal; El Oro: El Guabo.
[47] Guayas: Guayaquil; Pichincha: Quito; Imbabura: Ibarra; El Oro: Machala; Azuay: Cuenca; Manabí: Chone y Manta; Cotopaxi: Latacunga; Chimborazo: Riobamba; Santo Domingo: Santo Domingo; Esmeraldas: Esmeraldas y Tungurahua: Ambato.

Complementariamente, en la tabla No. 34 se presenta información del lugar o establecimiento del fallecimiento. Al respecto, se observa que, tanto en el embarazo, el parto y el posparto las muertes maternas ocurren, en primer lugar, en establecimientos del Ministerio de Salud y, en segundo lugar, en los domicilios[48]; a excepción del posparto. De hecho, el 35.7% de muertes maternas en el embarazo, el 49% en el parto y el 47.3% en el posparto ocurren en establecimientos del MSP; seguido por 21.4% de muertes maternas en el embarazo, 18.2% en el parto que ocurren en los domicilios; y el 14.6% de muertes maternas en el posparto que ocurren en establecimientos de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG).

Tabla No. 34
Muertes maternas clasificadas según las etapas de embarazo, parto o posparto y lugar o establecimiento del fallecimiento en el año 2014, Ecuador (%)

	Lugar o establecimiento del fallecimiento															
	MSP	%	IESS	%	JBG	%	Otro público	%	Privado	%	Casa	%	Otro	%	T	%
Embarazo	20	35,7	4	7,1	10	18	0	0	5	9	12	21,4	5	9	56	100
Parto	27	49,1	3	5,5	7	13	1	1,8	3	5,5	10	18,2	4	7,3	55	100
Posparto	26	47,3	6	11	8	15	1	1,8	6	11	7	13	1	1,8	55	100
43 días después o aborto	1	33,3	0	0	0	0	0	0	1	33	1	33,3	0	0	3	100

Fuente: INEC (2014d) Base de datos de las Defunciones Generales.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

La tabla No. 35, muestra concordancia con el hecho de que se registren mayor cantidad de muertes maternas en los establecimientos del MSP pues la mayor parte de nacimientos ocurren en mencionados lugares. Sin embargo, el segundo porcentaje más alto de nacimientos es el de nacimientos en hospitales, clínicas o consultorios privados y las muertes maternas indicadas anteriormente en el embarazo, parto y posparto en este tipo de establecimientos llegaron a ser 8.9%, 5.5% y 11% respectivamente (tabla No. 33); reflejando que el segundo lugar donde las mujeres embarazadas y durante el parto, fallecían, eran los domicilios y no establecimientos privados. Es decir que, pese a que los establecimientos de carácter privado son los segundos que más nacimientos atienden, no son los segundos que más muertes maternas registran.

Finalmente, como resultado del análisis anterior, los parámetros de política pública deben ir orientados hacia reducir los nacimientos en las casas pues en éstas se corre mayor riesgo de muerte. De hecho, lo descrito evidencia, por un lado, que la mayor parte de nacimientos en domicilios tienen mayor riesgo de muerte. De otro lado, si bien los establecimientos privados registran menos muertes maternas, éstos tienen un costo monetario hecho que no garantiza el acceso de todas las mujeres embarazadas y contraviene el derecho a la salud.

[48] Se exceptúa las muertes después de 43 días o por aborto pues se divididas de manera homogénea entre establecimientos del MSP, establecimientos privados y casas.

Tabla No. 35
Nacimientos clasificados según lugar o establecimiento de atención en el año 2014, Ecuador (%)

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Establecimiento del Ministerio de Salud	139969	43,9
	Establecimiento del IESS	19164	6,0
	Establecimiento de la Junta de Beneficencia	26351	8,3
	Otro Establecimiento Público	6495	2,0
	Hospital, Clínica o Consultorio Privado	75623	23,7
	Casa	15645	4,9
	Otro	2953	,9
	Total	286200	89,8
Perdidos	Sistema	32541	10,2
Total		318741	100,0

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de los Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Zona rural o urbana por provincias

Acorde al INEC (2014d), 117 muertes maternas ocurren en la zona urbana, es decir el 69.23% del total; de dichas muertes, el 36% se dan en el embarazo y el 34.2% en el posparto. De otro lado, según la misma fuente, el 30.77% de las muertes maternas son en la zona rural y de éstas, el 44.23% ocurren durante el parto. Lo descrito evidencia que las muertes maternas se dan en etapas distintas entre la zona urbana y la rural; la primera presenta más muertes en el embarazo y en el posparto y la segunda en el parto. A continuación, la tabla No. 36, presenta las muertes maternas en la región del Oriente, clasificadas por provincias, sector urbano y rural y etapa de ocurrencia del fallecimiento, en el año 2014: se observa que Morona Santiago es la provincia con más muertes maternas del Oriente, Napo es la provincia con mayor número de muertes maternas en la zona urbana del Oriente y Morona Santiago en la rural.

Tabla No. 36
Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto, sector urbano y rural y provincia de fallecimiento en el año 2014, Oriente ecuatoriano (Número)

		Morona Santiago	Napo	Pastaza	Zamora Chinchipe	Sucumbíos	Orellana
Urbana	Embarazo	0	0	0	1	2	2
	Parto	1	2	1	0	0	0
	Posparto	1	1	0	1	0	0
	Urbana	**2**	**3**	**1**	**2**	**2**	**2**
Rural	Embarazo	2	1	0	1	0	1
	Parto	1	0	1	0	0	0
	Posparto	0	0	0	1	0	1
	Rural	**3**	**1**	**1**	**2**	**0**	**2**
TOTAL		**5**	**4**	**2**	**4**	**2**	**4**

Fuente: INEC (2014d) Base de datos de las Defunciones Generales.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

A continuación, en la tabla No. 37 se presenta las muertes maternas en la región de la Sierra, clasificadas por provincias, sector urbano y rural y la etapa de ocurrencia del fallecimiento, en el año 2014. En esta tabla se puede observar que Pichincha es la provincia con mayor número de muertes maternas en la sierra; además, por un lado, Pichincha, Imbabura y Santo Domingo son las provincias con mayor cantidad de muertes maternas en la zona urbana; mientras que, por otro lado, tanto Pichincha como Chimborazo son las provincias con más muertes maternas en la zona rural de la sierra.

Posteriormente, la tabla No. 38, presenta las muertes maternas en la región de la costa e insular, clasificadas por provincias, sector urbano y rural y la etapa de ocurrencia del fallecimiento, en el año 2014. En esta tabla se puede observar que Guayas es la provincia con mayor número de muertes maternas tanto de la costa como del país, seguida por Manabí, igualmente, en las zonas urbana y rural. Cabe mencionar que el 38.5% de las muertes maternas que se registran en Guayas, ocurren en la zona urbana y durante la etapa del embarazo.

Tabla No. 37

Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto, sector urbano y rural y provincia de fallecimiento en el año 2014, Sierra ecuatoriana (Número)

		Azuay	Bolívar	Cañar	Carchi	Cotopaxi	Chimborazo	Imbabura	Loja	Pichincha	Tungurahua	Santo Domingo
Urbana	Embarazo	0	0	0	1	0	1	0	0	4	1	2
	Parto	0	1	0	0	0	0	1	0	6	0	1
	Posparto	1	0	2	1	2	0	3	2	5	0	1
	43 días después o aborto	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Urbana	**1**	**1**	**2**	**2**	**2**	**2**	**4**	**2**	**15**	**1**	**4**
Rural	Embarazo	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0
	Parto	1	1	0	0	2	4	2	2	0	1	0
	Posparto	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
	Rural	**2**	**2**	**1**	**0**	**2**	**5**	**2**	**4**	**5**	**3**	**1**
TOTAL		**3**	**3**	**3**	**2**	**4**	**7**	**6**	**6**	**20**	**4**	**5**

Fuente: INEC (2014d) Base de datos de las Defunciones Generales.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Tabla No. 38
Muertes maternas clasificadas según embarazo, parto o posparto, sector urbano y rural y provincia de fallecimiento en el año 2014, Costa y Región Insular ecuatoriana (Número)

		El Oro	Esmeraldas	Guayas	Los Ríos	Manabí	Galápagos	Santa Elena
Urbana	Embarazo	5	0	15	0	7	0	1
	Parto	0	1	10	3	4	0	1
	Posparto	1	1	9	2	6	0	1
	43 días después o aborto	0	1	1	0	0	0	0
	Subtotal urbana	**6**	**3**	**35**	**5**	**17**	**0**	**3**
Rural	Embarazo	0	1	1	0	0	0	1
	Parto	1	2	1	0	3	0	1
	Posparto	1	0	2	1	1	0	0
	Subtotal rural	**2**	**3**	**4**	**1**	**4**	**0**	**2**
TOTAL		**8**	**6**	**39**	**6**	**21**	**0**	**5**

Fuente: INEC (2014d) Base de datos de las Defunciones Generales.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

En resumen, a nivel nacional, Guayas, Manabí y Pichincha son las provincias con peores indicadores. En la zona urbana, esta tres provincias, en el mismo orden, encabezan la lista mientras que, en la zona rural, Chimborazo y Pichincha presentan peores indicadores de mortalidad materna; y Guayas y Manabí comparten el segundo puesto.

La tabla No. 39 refleja el número de nacimientos clasificados por provincia: a) existe concordancia con el hecho de que se registren mayor cantidad de muertes maternas en Guayas, Manabí y Pichincha de manera general, sin embargo, la tercera provincia tiene más nacimientos que la segunda; b) en la zona urbana existe el mismo hecho mencionado anteriormente; c) en la zona rural existe concordancia con Pichincha pues esta provincia es la que mayor cantidad de nacimientos registra, empero, llama la atención que Chimborazo, pese a contar con la tercera parte de nacimientos que Pichincha, tenga igual número de muertes, además, incluso provincias como Santa Elena, que cuenta con más nacimientos, presentan menos muertes maternas; d) finalmente, respecto al oriente ecuatoriano, no existe concordancia con el hecho de que Morona Santiago sea la provincia con más muertes maternas pues Sucumbíos cuenta con mayor cantidad de nacimientos, asimismo, tampoco existe concordancia con Napo en la zona urbana pues la provincia anteriormente mencionada registra, casi el doble de nacimientos; por último, en la única que existe concordancia es en la zona rural con Morona Santiago pues ésta es la que más nacimientos presenta.

Tabla No. 39
Nacimientos clasificados según sector urbano y rural y provincia en el año 2014, Ecuador (número)

	Urbana	Rural	Total
Guayas	74.431	420	74.851
Pichincha	45.607	3.712	49.319
Manabí	22.702	472	23.174
Los Ríos	14.506	667	15.173
Azuay	14.212	455	14.667
El Oro	12.382	47	12.429
Santo Domingo	10.368	263	10.631
Tungurahua	9.033	660	9.693
Esmeraldas	8.197	845	9.042
Loja	8.073	496	8.569
Imbabura	7.961	365	8.326
Chimborazo	7.260	1.032	8.292
Cotopaxi	6.579	1.022	7.601
Santa Elena	5.150	1.390	6.540
Sucumbíos	4.124	278	4.402
Cañar	3.910	253	4.163
Morona Santiago	2.846	834	3.680
Orellana	2.861	466	3.327
Bolívar	2.426	449	2.875
Napo	2.381	387	2.768
Carchi	2.535	138	2.673
Pastaza	1.640	412	2.052
Zamora Chinchipe	1.479	163	1.642
Galápagos	302	0	302
Zonas no delimitadas	0	9	9

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de los Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

A continuación, se realiza un análisis de los casos que no presentan concordancia según la tabla No. 39.

1. Se compara Manabí con Pichincha, de forma general y en la zona urbana pues, la primera provincia, tiene más muertes maternas que la segunda, pese a que la provincia serrana tiene más nacimientos que la costeña. En este análisis se excluye a Guayas, provincia con mayor cantidad de muertes maternas, pues existe concordancia con el hecho de que, en esta provincia, se registra, también, la mayor cantidad de nacimientos.

2. Se compara Pichincha, Chimborazo y Santa Elena en la zona rural pues Chimborazo, pese a contar con la tercera parte de nacimientos que

Pichincha, tiene igual número de muertes; además, se incorpora Santa Elena pues cuenta con una cantidad parecida de nacimientos que Chimborazo y presenta menos muertes maternas.

3. Se compara Morona Santiago y Sucumbíos de forma general y Sucumbíos y Napo en la zona urbana. En el caso general, Morona Santiago registra más muertes maternas que Sucumbíos pese a que, la segunda provincia, cuenta con mayor cantidad de nacimientos. En la zona urbana, tampoco existe concordancia entre Napo y Sucumbíos pues la última registra casi el doble de nacimientos.

Una vía para explicar por qué Pichincha registra un número menor de mortalidad materna que Manabí, pese a que Pichincha registra el doble de nacimientos, es a través de la asistencia recibida en el parto; lo cual se evidencia por la existencia de dos factores según la tabla No. 40:

a. Pichincha registra mayor atención por parte de médicos y obstetras y,
b. Manabí presenta mayor atención por parte de parteras no calificadas.

De hecho, del total de nacimientos de Pichincha (tabla No. 39), el 98.17% son atendidos por médicos y obstetras y el 0.28% son atendidos por parteras no calificadas (tabla No. 40) mientras en Manabí, del total de nacimientos (tabla No. 39) el 95.79% son atendidos por médicos y obstetras y el 1.47% son atendidos por parteros no calificados (tabla No. 40). En resumen, Pichincha cuenta con mayor cobertura médica en los nacimientos, pese a contar con mayor número de éstos que Manabí.

Tabla No. 40
Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en el año 2014, Manabí y Pichincha, (número)

	Manabí	%	Pichincha	%
Médico/a o Obstetriz/Obstetra	22.199	95,79%	48.418	98,17%
Enfermero/a	6	0,03%	3	0,01%
Auxiliar de enfermería	19	0,08%	6	0,01%
Partero/a calificado/a	56	0,24%	18	0,04%
Partero/a no calificado/a	341	1,47%	138	0,28%
Otro	553	2,39%	736	1,49%
TOTAL	23.174	100,00%	49.319	100,00%

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de los Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

En cuanto a la zona urbana de estas dos provincias, se presenta a continuación, en la tabla No. 41, los nacimientos del año 2014, clasificados según la clase de asistencia recibida en el nacimiento. Esta asistencia es una manera de explicar por qué Pichincha registra un número menor de mortalidad materna que Manabí pese a contar con el doble de nacimientos en esta zona. Al respecto se evidencian dos factores: a) Pichincha registra mayor atención por parte de médicos u obstetras y, b) Manabí presenta mayor atención por parte de parteros tanto calificados como no calificados. De hecho, de los nacimientos urbanos de Pichincha (tabla No. 39), el 98.87% son atendidos por médicos y obstetras y el 0.14% por parteros no calificados (tabla No. 41) mientras en Manabí,

del total de nacimientos urbanos (tabla No. 39) el 97.09% son atendidos por médicos y obstetras y el 1% son por parteros no calificados (tabla No. 41). Pichincha tiene mayor cobertura en los nacimientos pese a contar con mayor número de éstos que Manabí tanto para la zona urbana como en el ámbito nacional.

Tabla No. 41
Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en la zona urbana en el año 2014, Manabí y Pichincha, (número)

Sector Urbano:	Manabí	%	Pichincha	%
Médico/a o Obstetriz/Obstetra	22.042	97,09%	45.091	98,87%
Enfermero/a	5	0,02%	2	0,00%
Auxiliar de enfermería	3	0,01%	4	0,01%
Partero/a calificado/a	31	0,14%	6	0,01%
Partero/a no calificado/a	227	1,00%	62	0,14%
Otro	394	1,74%	442	0,97%
TOTAL	22.702	100,00%	45.607	100,00%

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de los Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

De otro lado, al analizar la asistencia recibida en los nacimientos, en la zona rural, en el año 2014; cuyos datos se presentan en la tabla No. 42, se reflejan las siguientes situaciones: a) Chimborazo, pese a tener la tercera parte de nacimientos que Pichincha, presentaba igual número de muertes en la zona rural –anteriormente, se señaló que, incluso provincias como Santa Elena, que cuenta con más nacimientos, presentan menos muertes maternas-. b) Pichincha registra mayor atención por parte de médicos y obstetras en la zona rural, Chimborazo es el que menos registra del grupo, c) Chimborazo presenta mayor atención por parte de auxiliares de enfermería, parteros calificados, parteros no calificados y otros. Del total de nacimientos rurales de Pichincha (tabla No. 39), el 89.63% son atendidos por médicos y obstetras, el 2.05% son atendidos por parteros no calificados y el 7.92% recibe otro tipo de atención (tabla No. 42) mientras en Chimborazo, del total de nacimientos (tabla No. 39) el 12.02% son atendidos por médicos y obstetras, el 17.05% son atendidos por parteros no calificados y 65.41% recibe otro tipo de atención (tabla No. 42).

Tabla No. 42
Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en la zona rural en el año 2014, Pichincha, Chimborazo y Santa Elena (número)

Sector rural:	Pichincha	%	Chimborazo	%	Santa Elena	%
Médico/a o Obstetriz/Obstetra	3.327	89,63%	124	12,02%	1.292	92,95%
Enfermero/a	1	0,03%	2	0,19%	32	2,30%
Auxiliar de enfermería	2	0,05%	6	0,58%	1	0,07%
Partero/a calificado/a	12	0,32%	49	4,75%	28	2,01%
Partero/a no calificado/a	76	2,05%	176	17,05%	25	1,80%
Otro	294	7,92%	675	65,41%	12	0,86%
TOTAL	3.712	100,00%	1.032	100,00%	1.390	100,00%

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de los Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Cabe recordar que el Banco Mundial (2006: 2) sostiene que "Garantizar que la atención durante el parto esté en manos de personal capacitado" es una de las medidas principales para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad.

Finalmente, la región amazónica del país presentó dos incongruencias:

1. De manera general: Morona Santiago fue la provincia con más muertes maternas pese a que Sucumbíos registró una cantidad superior de nacimientos.
2. De manera específica: en la zona urbana, ocurre la misma situación señalada con Napo y Sucumbíos.

En la tabla No. 43 sobre los nacimientos clasificados por la clase de asistencia, en la zona urbana, para el año 2014, para el primer caso, se observa que:

a) Sucumbíos registra mayor atención por parte, tanto de médicos y obstetras, como de parteros calificados y no calificados y,
b) Morona Santiago presenta mayor atención por parte de la categoría otros.

Para el segundo caso, la tabla No. 43 permite observar que, Sucumbíos presenta mayor atención en todas las categorías. De hecho, del total de nacimientos de Sucumbíos (tabla No. 39), el 80.62% son atendidos por médicos y obstetras, el 5.16% son atendidos por parteros no calificados y el 13.56% recibe otro tipo de atención (tabla No. 43) mientras en Morona Santiago, del total de nacimientos (tabla No. 39) el 61.98% son atendidos por médicos y obstetras, el 0.9% son atendidos por parteros no calificados y 36.71% recibe otro tipo de atención (tabla No. 43). Adicionalmente, del total de nacimientos urbanos de Sucumbíos (tabla No. 39), el 84.68% son atendidos por médicos y obstetras, el 3.98% son atendidos por parteros no calificados y el 11.03% recibe otro tipo de atención (tabla No. 43) mientras en Napo, del total de nacimientos urbanos (tabla No. 39) el 88.87% son atendidos por médicos y obstetras, el 4.12% son atendidos por parteros no calificados y 6.97% recibe otro tipo de atención (tabla No. 43).

Tabla No. 43
Nacimientos clasificados por clase de asistencia, en la zona urbana en el año 2014, Morona Santiago, Sucumbíos y Napo (número)

	TOTAL				URBANA			
	Morona Santiago	**%**	**Sucumbíos**	**%**	**Sucumbíos**	**%**	**Napo**	**%**
Médico/a o Obstetriz/Obstetra	2.281	61,98%	3.549	80,62%	3.492	84,68%	2.116	88,87%
Enfermero/a	5	0,14%	5	0,11%	5	0,12%	0	0,00%
Auxiliar de enfermería	5	0,14%	3	0,07%	3	0,07%	0	0,00%
Partero/a calificado/a	5	0,14%	21	0,48%	5	0,12%	1	0,04%
Partero/a no calificado/a	33	0,90%	227	5,16%	164	3,98%	98	4,12%
Otro	1.351	36,71%	597	13,56%	455	11,03%	166	6,97%
TOTAL	3.680	100,00%	4.402	100,00%	4.124	100,00%	2.381	100,00%

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de los Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Para resumir, en Guayas, Manabí y Pichincha los parámetros de política pública deben promover la mejora en la zona urbana; de manera más específica, en las dos provincias de la costa es vital mejorar los indicadores de mortalidad materna en el embarazo mientras que en Pichincha en el parto. Adicionalmente, en Chimborazo y Pichincha los parámetros de política pública deben promover la mejora en la zona rural especialmente, en la primera provincia es vital mejorar los indicadores de mortalidad materna en el parto mientras que, en la segunda, en el embarazo. Finalmente, Guayas y Manabí comparten el tercer puesto de las provincias con mayor mortalidad materna en la zona rural por lo que las medidas de política pública deben ser ejecutadas tomando en cuenta ambas provincias (estas provincias también son la primera y la segunda con mayor cantidad de muertes maternas registradas a nivel nacional, en tercer puesto se encuentra Pichincha). En la zona rural de Guayas se debe mejorar los indicadores de mortalidad materna en el posparto mientras que, en la zona rural de Manabí, en el parto.

Nivel de instrucción alcanzado por la madre

La tabla No. 44 sobre las muertes maternas en el país, en el año 2014, clasificadas según el nivel de instrucción alcanzado por la madre y la etapa de ocurrencia y nacimiento, se refiere a 160 muertes maternas de las 169 totales; clasificadas según estos criterios, demuestra que la mayor cantidad de muertes ocurren a mujeres que alcanzaron el nivel de primaria pese a que el porcentaje de nacimientos sea superior en el caso de mujeres de secundaria; asimismo, se observa que, conforme incrementa el nivel de instrucción, se reduce el número de muertes maternas llegando a ser cero en el caso de haber alcanzado estudios de posgrado[49].

Lo descrito evidencia que, el nivel de instrucción alcanzado por las mujeres, es un eje fundamental para reducir la mortalidad materna; de hecho, el grupo de mujeres con educación primaria es el más crítico según la tabla a continuación.

[49] Existe una excepción en el nivel de instrucción superior, sin embargo, esto se puede explicar por el incremento del porcentaje de nacimientos en dicha edad.

Tabla No. 44

Muertes maternas clasificadas según el nivel de instrucción alcanzado por la madre y la etapa de ocurrencia y nacimientos en el 2014, Ecuador (Porcentaje, número)

	Nivel de instrucción alcanzado									
	Ninguno	Alfabetización	Primaria	Secundaria	Educación Básica	Educación Media	Post bachillerato	Superior	Postgrado	Ignorado
Embarazo	0	1	22	14	3	2	1	5	0	5
Parto	1	0	25	11	5	1	0	6	0	4
Puerperio/Posparto	0	0	18	23	3	2	0	3	0	2
De 43 días después o aborto	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Total	1	1	67	49	11	5	1	14	0	11
Nacimientos (%)	0,2%	0,3%	27,3%	32,9%	6,8%	8,1%	1,7%	16,5%	0,3%	5,9%

Fuente: INEC (2014d y 2014e) Base de datos de los Nacimientos y Defunciones.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Tipo de parto

Como se manifestó anteriormente, la OMS citada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014: 80-82) en el Informe de los ODM para Brasil, considera a la cesárea como un factor que dificulta la reducción de la mortalidad materna pues implica 3.5 veces mayor riesgo de muerte y, recomienda que el porcentaje de partos por este tipo esté entre 5% y 15%. En la tabla No. 45 se observa que en Ecuador no existe mayor diferencia entre los partos normales y los realizados por cesárea.

Tabla No. 45
Nacimientos clasificados según el tipo de parto en el año 2014, Ecuador (Porcentaje)

	Porcentaje válido
Normal	48,7
Cesárea	48,4
Ignorado	2,9
Total	100,0

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de los Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Planificación familiar

En la tabla No. 46, se observa que, el 88% de las personas tiene conocimiento de algún método de planificación familiar, pero solo 52% utiliza alguno. Los parámetros de política pública deben enfatizar el uso de métodos de planificación familiar pues solo un 12% de la población no los conoce mientras que un 49% no los utiliza.

Tabla No. 46
Conocimiento y uso de algún método de planificación familiar en el año 2014, Ecuador (Porcentaje)

Conoce de algún método de planificación familiar			Utiliza algún método de planificación familiar		
	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con Conocimiento	87,5	87,5	Si	51,5	51,5
Sin Conocimiento	12,5	100,0	No	48,5	100,0

Fuente: INEC (2015b) Base de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

Etnicidad

A continuación, en la tabla No. 47, se observa que el 73.4% de muertes maternas corresponden a mujeres autoidentificadas como mestizas hecho que es concordante con que, a dicha etnia, le correspondan el 86% de los nacimientos. Asimismo, el 18% de las muertes de este tipo corresponden a indígenas quienes representan el 7% del total de los nacimientos.

Tabla No. 47
Muertes maternas clasificadas por etapa del embarazo y etnia de la madre y nacimientos en el año 2014 (Porcentaje)

	Defunciones					Nacimientos
	Embarazo	Parto	Puerperio/Posparto (Hasta 42 días)	De 43 días después o aborto	%	%
Indígena	8	13	9	0	17,75	7,0
Mestizo/a	42	38	41	3	73,37	85,8

Fuente: INEC (2014d y 2014e) Base de datos de Nacimientos y Defunciones.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros

En cuanto a los nacimientos clasificados por tipo y por etnia, en el año 2014, en la tabla No. 48 se demuestra que el porcentaje más alto de mujeres cuyos partos son normales corresponden a las que se autoidentifican como indígenas mientras que, el porcentaje más alto de mujeres cuyos partos son cesárea pertenecen a las autoidentificadas como blancas. Cabe recalcar que, solo las mujeres indígenas registran el indicador de cesáreas consideradas prudentes por la OMS[50]. Finalmente, se observa que los partos de las mujeres indígenas, afroecuatorianas, negras, mulatas y montubias son mayoritariamente normales[51] mientras que los partos de las mestizas, blancas y otras son mayormente mediante cesáreas.

Tabla No. 48
Nacimientos clasificados por tipo y por etnia de la madre en el año 2014 (Porcentaje)

	% Normal	% Cesárea	% Ignorado
Indígena	83,93	11,26	4,82
Afroecuatoriana/Afrodescendiente	58,17	37,84	3,99
Negra	56,64	38,14	5,22
Mulata	53,41	40,06	6,54
Montubia	51,22	44,52	4,26
Mestiza	46,34	51,16	2,50
Blanca	28,45	68,75	2,80
Otra	42,38	55,22	2,40
Ignorado	34,23	57,30	8,47

Fuente: INEC (2014e) Base de datos de Nacimientos.
Elaboración: Anaís Carvajal Cisneros.

Acciones tomadas para mejorar la salud materna

A continuación, se presentan las principales medidas tomadas en Ecuador para mejorar la salud materna y promover la reducción de la mortalidad de este tipo entre 2008 y 2014:

En primer lugar, se estudia la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia publicada en Quito, el 29 de agosto del 2006. Cabe mencionar que, pese a que esta Ley no se aprobó en el periodo de análisis contemplado en este trabajo, se le considera en el estudio por ser parte del marco legal.

[50] La Organización Mundial de la Salud citada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014:80-82) recomienda que el porcentaje de partos por cesárea se encuentre entre 5% y 15%.
[51] Según información extraída de la base de datos de Nacimientos del INEC (2014e), los nacimientos de este grupo de mujeres es el 10.2% del total de nacimientos.

En segundo lugar, se presenta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación del Embarazo en Adolescentes dirigida por el Ministerio de Coordinador de Desarrollo Social en el periodo 2012-2015. Adicionalmente, se hace una descripción del programa "Habla Serio, sexualidad sin misterios" que se encontraba dentro de ENIPLA.

Finalmente, en tercer lugar, se analizan los últimos avances incorporando la campaña "Ecuador sin muertes maternas" y "Hospital Amigo de la madre y el niño" dirigidas por el Ministerio de Salud Pública.

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Hermida et al. (2005: 5) señala que, la primera versión oficial de la Ley de Maternidad Gratuita, fue aprobada por el Congreso Nacional en 1994. Posteriormente, el 10 de agosto de 1998, "por lo dispuesto en la Ley No. 129 promulgada en el Registro Oficial No. 381 (de tal fecha)" pasa a convertirse en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia según el documento del mismo nombre con codificación No. 2006-006, publicado en Quito el 29 de agosto del 2006, por la Comisión de Legislación y Codificación del Congreso Nacional. Según Hermida et al (2005: 2) la ley pretendía reducir la mortalidad materna e infantil, mejorar el acceso de las mujeres y los niños a la salud de calidad, entre otros aspectos.

Acorde a Hermida et al. (2005: 5-6), entre los principales resultados de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia reformada en 1998, se encuentra el hecho de que contribuyó en la reducción de la barrera económica que no permite el libre acceso de las personas a la atención de la salud, razón por la que, se considera que la ley impulsó el incremento de la cobertura del sistema de salud; de hecho, la cantidad de personas cubiertas pasó de 1.6 millones a 2.2 millones entre 1999 y 2002; además:

> Al garantizar el acceso a la atención gratuita durante el embarazo, el parto y el nacimiento, así como a los servicios básicos de salud infantil, la (Ley) implicó un avance significativo hacia el cumplimiento del rol del Estado en la provisión de atención de salud para los grupos más vulnerables del país: mujeres y niños.

En el año 2005, ley fue reformada nuevamente y, "mediante el artículo (No.) 4 de la Ley No. 2005-14, promulgada en el Registro Oficial No. 136 del 31 de Octubre del 2005", se establece la creación del Ministerio de Salud Pública, conjuntamente con la Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia acorde al documento con codificación No. 2006-006 de la Comisión de Legislación y Codificación del Congreso Nacional publicado en Quito el 29 de agosto del 2006.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia con codificación No. 2006-006 publicada en Quito el 29 de agosto del 2006 cuenta con 12 artículos de los cuales, varios, serán resumidos a continuación: El artículo No. 1 sostiene el derecho a la gratuidad de la atención de los servicios de salud de calidad para la mujer durante el embarazo, el parto y el post-parto, para los recién nacidos y para los niños menores a cinco años de edad; el artículo No. 2 establece que la ley tiene, como parte de sus objetivos, financiar los gastos de las mujeres embarazadas y los niños en edades mencionadas por conceptos de medicinas, exámenes básicos de laboratorio, suministros, entre otras cosas; además, se señala que se garantiza a las mujeres la atención prenatal, en el parto, puerperio, entre otros momentos de la vida; el artículo No. 6 menciona que, los municipios tienen facultad de elaborar programas de información que ayuden a

aplicar la ley en coordinación con el Ministerio de Salud Pública; el artículo No. 7 especifica que, el Ministerio antes mencionado, es el responsable de ejecutar la Ley; finalmente, el artículo No. 9 menciona lo siguiente:

> En la aplicación de esta Ley se priorizarán las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad materna e infantil y las más deprimidas económicamente.

Como se mencionó anteriormente, acorde al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008), la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia busca proteger los derechos y:

a) disminuir la morbi-mortalidad femenina e infantil,
b) disminuir el gasto de bolsillo,
c) apoyar la reforma del sector salud,
d) apoyar la descentralización,
e) fomentar la participación ciudadana, y
f) ampliar la cobertura y atención primaria de salud.

Cabe mencionar que, Hermida (2005: 5-12), sostiene que la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, ha tenido un gran impacto asegurando la continuidad de los servicios de salud sin importar los cambios de administración política.

Por otro lado, cabe recalcar que, para el 2014, solo el 51.3% de la población femenina nacional conocía sus derechos de maternidad gratuita según el gráfico No. 6. De hecho, el gráfico mencionado clasifica el conocimiento de los derechos por ley de maternidad gratuita por regiones para el 2014: la Amazonia (53%) y la Sierra (52%) son las regiones con menos conocimiento; sin embargo, los datos no son alentadores para el resto de las regiones, la Costa (45%) y la región insular (40%) tampoco tienen conocimiento de estos derechos. Estas cifras muestran que la aplicación de la Ley puede verse limitada por la falta de conocimientos acerca de ésta. En otras palabras, pese a que la Ley marcó un hito histórico por contemplar la gratuidad de los servicios, no es suficiente la existencia de la misma, pues la gente no la conoce. Finalmente, las consecuencias del desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos pueden entorpecer su ejercicio.

Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA), fue un proyecto creado en agosto del 2011 y convertido en estrategia de trabajo emprendida el 2012 por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) quien, articulado con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), tenía como objetivo:

> Mejorar el acceso permanente y efectivo de los ciudadanos y ciudadanas del país a información, educación, consejería, inclusión, protección y servicios de salud para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad y reproducción, y el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, a través de sinergias sectoriales.

Acorde a las carteras de estado antes mencionadas, ENIPLA se planteó como una vía para reducir el embarazo en adolescentes, la fecundidad, y la brecha entre embarazos deseados y no deseados. Cabe mencionar que, entre 1998 y 2010, el número de partos de adolescentes se incrementó en 75% y que, el 20% de los nacidos vivos fueron embarazos no deseados (MIES, s.f: 62). Tomando en consideración lo anterior, el Informe de Gestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social de Abril 2012-Abril 2013 (s.f: 62), sostiene que esta estrategia fue catalogada como emblemática pues buscó afectar las inequidades económicas, de género y sociales que repercuten en el ejercicio de los derechos, tanto sexuales como reproductivos.

Además, acorde al MCDS, el MSP, el MIES, y el Ministerio de Educación, ENIPLA priorizaba a las mujeres que se encontrasen bajo la línea de pobreza, los adolescentes y el embarazo subsecuente en mencionado periodo de edad; además la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes se planteaban dos metas:

1. Reducir la muerte materna.
2. Disminuir el embarazo adolescente tratando de "…Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, de manera libre, informada, voluntaria y responsable"; la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes

Herrera (2016: 12-13) citando al Ministerio de Salud Pública, sostiene que, la población contemplada por ENIPLA era la que se encontrase en edad fértil; además, la Estrategia buscaba reducir, en 25% el embarazo adolescente y en 7% anual la tasa de fecundidad, para lo que, contaba con cuatro líneas de acción:

a) Educación e información como ejes que permitan ejercer el derecho a la salud sexual y reproductiva.
b) Promoción de transformación de patrones socio culturales relacionados con la sexualidad, reproducción y planificación familiar,
c) Acceso a servicios integrales de salud y a métodos anticonceptivos,
d) Impulso de procesos de participación adolescente.

Adicionalmente, dentro de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente, se ejecutó el programa "Habla Serio, sexualidad sin misterios". Acorde al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el programa mencionado tenía como principal objetivo:

> Incrementar la capacitad de la población para la toma de decisiones libres y responsables sobre sexualidad y reproducción.

El programa que se encuentra detallado dentro de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente buscaba reducir la muerte materna y neonatal, disminuir el aborto y mejorar tanto las oportunidades educativas para las mujeres como las laborales. Acorde a ENIPLA, "Habla Serio, sexualidad sin misterios" constaba de cuatro ejes estratégicos:

1. La educación, información y consejería: se resaltaba información "sobre sexualidad y reproducción, con énfasis en adolescentes para toma de decisiones".

En el primer eje del programa, la estrategia ENIPLA establecía a la capacitación masiva de maestros como principal medida.

2. La transformación de patrones socioculturales en "(…) el ejercicio de la sexualidad y las relaciones inequitativas entre géneros".

En el segundo eje, se consideraban dos estrategias, la primera, se relacionaba con la comunicación sobre Salud y Derechos sexuales y Reproductivos a audiencias diversas, y la segunda, con la metodología para el trabajo de estos derechos y prevención de violencia.

3. El acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva "de calidad basados en un enfoque de derechos incluidos los servicios de planificación familiar y consejería".

En el tercer eje, se establecía al fortalecimiento y adecuación de las unidades del MSP.

4. La participación social "de adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos".

En el cuarto eje, las estrategias eran la capacitación a consejos estudiantiles para desarrollar y promover las capacitaciones entre pares.

En cuanto, a los resultados de ENIPLA, al 2013, el Informe de Gestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social de Abril 2012-Abril 2013 (s.f: 62) toma como principales logros los siguientes:

- Creación de la Gerencia del Proyecto,
- Consolidación de equipo técnico,
- Consolidación de modelo de gestión,
- 668 jóvenes capacitados,
- 56.400 jóvenes sensibilizados[52],
- 40 funcionarios capacitados,
- 15 MIESpacio Juveniles Distritales

Al 2014, el Informe de Gestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social de 2014 (2015:19) enfatiza que, se contaba con los siguientes datos:

- Consolidación de alianzas territoriales con el fin de coordinar acciones de comunicación,
- 399.861 jóvenes que habían sido parte de procesos formativos,
- 387.620 mujeres que recibían el Bono de Desarrollo Humano fueron informadas acerca de planificación familiar,

[52] La edad promedio de los jóvenes sensibilizados y capacitados fue de 17.9 acorde al Informe de Gestión del Ministerio de Inclusión Económica y Social de Abril 2012-Abril 2013 (s.f: 62).

- 2.554 trabajadores del MIES recibieron capacitación para impartir talleres y brindar información.

Acorde al MIES (2015: 19), "la población atendida dispone de información útil para la adecuada toma de decisiones respecto de la planificación familiar".

Adicionalmente, para el 2014, el Informe Intersectorial del Sector Social realizado por el Gabinete Sectorial de Desarrollo Social (2015: 15) menciona que:

- 9.425 colegios y escuelas fueron parte de charlas informativas acerca de la sexualidad integral,
- 123.567 padres de familia recibieron capacitaciones enfocadas en la sexualidad integral,
- 1 millón de familias de escasos recursos recibieron información sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar,
- 7.783 trabajadores del MIES recibieron capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos,
- 1.937 profesionales de la salud, a nivel nacional, recibieron capacitación enfocada en planificación familiar.
- 5.8 millones de anticonceptivos se entregaron a centros de salud públicos,

Finalmente, en cuanto a la reducción del embarazo adolescente (gráfico No. 14) y la tasa de fertilidad (gráfico No. 26), ambos parte de los objetivos de ENIPLA, no se observó mayor cambio.

En cuanto, a los resultados del Programa "Habla Serio, sexualidad sin misterios", al 2014, el Informe Intersectorial del Sector Social realizado por el Gabinete Sectorial de Desarrollo Social (2015: 15) menciona que:

- 41.469 adolescentes y jóvenes fueron informados sobre sexualidad integral y derechos sexuales y reproductivos mediante este programa.

Se debe tomar en cuenta que, no existen datos para el 2014 que permitan realizar un análisis de la efectividad del ENIPLA. De hecho, acorde a la Subsecretaria de Gestión y Eficiencia Institucional del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (2015: 12-15), no se ha realizado un proceso de evaluación de medio término ni de evaluación de impacto de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Con los datos que se presentaron anteriormente, se puede observar que, entre 2012 y 2014, se ha registrado un incremento de los jóvenes sensibilizados, pues pasan de ser 56 mil a ser 400 mil aproximadamente; además, los funcionarios capacitados aumentan en 2.514 personas. Para varios casos (jóvenes capacitados, mujeres que reciben el bono y han recibido información, escuelas que han sido parte de charlas, padres de familia instruidos y familias de escasos recursos que han sido parte de estos procesos), no se puede realizar una comparación debido a la falta de información en cuanto a cifras alcanzadas o metas esperadas. Para el caso de las mujeres que reciben el bono y han sido informadas acerca de planificación familiar, se puede comentar que, ellas representan el 32%, aproximadamente de mujeres que tenían este beneficio en el 2014.

Finalmente, Herrera (2016: 18-19), sostiene que, la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes fue cesada por ser considerada, por el Presidente Rafael Correa Delgado, como una estrategia que se orientaba al "placer por placer". Según Estrella (2015), en la noticia publicada por el diario El Comercio (febrero: 2015), el Presidente, Rafael Correa Delgado, criticó a ENIPLA ejecutada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social pues consideraba que no se incorporaba a la familia y carecía de valores; por esta razón, a través de decreto presidencial, el 28 de febrero del 2015, ENIPLA pasó a llamarse "Plan Familia Ecuador".

Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia

En el proyecto del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia elaborado por la Presidencia de la República y la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica del Ministerio de Salud Pública (2015: 7) se establece que el objetivo del Plan Familia es:

> (…) prevenir el embarazo adolescente fortaleciendo el rol protagónico de la familia.

Según el documento del proyecto mencionado con fecha julio del 2015 (2015: 4-7), el presupuesto asignado a este plan será de $24.760.682,06 y el plazo de ejecución estará contemplado entre enero del 2015 y Diciembre del 2017. Cabe recalcar que, hasta la fecha, no existe el documento oficial del Plan de Fortalecimiento de la Familia. De hecho, Herrera (2016:19) menciona que, pese a que el Plan corría desde enero del 2015, todavía no existe el documento oficial sino solo el proyecto.

El Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia será dirigido directamente por la Presidencia en y se trabajará con el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. Dentro del documento comentado (2015:8-9) se sostiene el respaldo del Presidente de la República quien enfatiza la importancia de los "valores, de responsabilidad y de familia", así como, se cita a Unda (2010) quien manifiesta que, los jóvenes con los que al autor hizo un estudio, consideran que "las familias actuales se han vuelto muy liberales, debido a la falta de valores y reglas, lo que ha impulsado el libertinaje".

Según Herrera (2016: 15), el Plan Familia cuenta con dos líneas de acción:

> Incrementar la educación y asesoría en sexualidad integral para adolescentes y jóvenes, tomando como punto de partida a la familia (…) e impulsar la cooperación internacional y nacional para la ejecución de convenios, acuerdos, eventos, seminarios (…) que permitan generar y difundir información estratégica sobre el rol protagónico de la familia en la educación sexual (…)

Finalmente, el Plan Familia Ecuador no abarca la problemática de la mortalidad materna en la nación pues, ésta es materia de otros programas, según el proyecto elaborado por la Presidencia de la República y la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica del Ministerio de Salud Pública (2015: 29).

Últimos avances

En una entrevista realizada por la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes (marzo: 2015), la entonces ex ministra de salud en el periodo 2012-2015, Carina Vance, enfatizaba que la estrategia para reducir la mortalidad materna llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública tenía dos componentes: el de los servicios de salud y el social; además, entre las acciones principales se encontraba:

- Contratar a 2.200 especialistas,
- Capacitar a 30.000 profesionales de la salud en atención de parto,
- Mejorar la información estadística sobre los casos de muertes maternas,
- Informar la importancia de los chequeos periódicos durante el embarazo para detectar enfermedades que puedan afectar a la madre y/o al bebé,
- Planificar el parto,
- Ejecutar campañas que enfaticen temas relacionados con la "nutrición, actividad física, importancia del control prenatal, condiciones y enfermedades preexistentes, señales de peligro, plan de parto, entre otros", e
- impulsar el parto respetado permitiendo a la mujer decidir la posición de alumbramiento.

Por un lado, en el proyecto emblemático de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (a), se sostiene la importancia del fortalecimiento de la infraestructura, el equipamiento y la tecnología de las entidades de salud públicas razón por la cual se definieron estrategias que deben ser ejecutadas entre el 2012 y el 2016 abarcando temas de construcción y mejora de infraestructura, equipamiento y mobiliario, capacitación de talento humano, implementación de un sistema único de información y definición de un modelo de gestión de los establecimientos de salud pública. Por otro lado, en el Informe de la Investigación Anual a través de la Búsqueda Activa de Casos de Muerte Materna y Calidad del Dato elaborado por el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015:1) se manifiesta el desarrollo de una investigación conjunta, entre ambas instituciones, de la búsqueda activa de casos de muerte materna realizada de forma anual con el objetivo de:

> Homologar y obtener un registro de muertes maternas en las Bases de Datos principales del INEC y del MSP.

En Ecuador, la ex ministra de Salud Pública en el periodo 2012-2015, Carina Vance, sostuvo que, el país presentaba un alto nivel de subregistro y que, medidas como la búsqueda activa de casos y la revisión del historial clínico en todos los establecimientos de salud, han ayudado a mejorar la información. (El Universo, octubre: 2015).

Ecuador sin muertes maternas

En el sitio web del Ministerio de Salud (2016b) se encuentran las campañas que lleva a cabo la cartera de estado; entre éstas, está Ecuador sin muertes maternas.

La campaña empieza resaltando el problema de salud pública que implican las muertes maternas a nivel mundial y el impacto que éstas tienen en varios ámbitos (individuales, familiares, sociales y económicos); se recalca el hecho de que muchas muertes maternas pueden haberse evitado si "la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprende a reconocer las señales de peligro a tiempo"; además, se añade que, "El no demorar en la

identificación de estas señales de peligro, (…) en acudir a un servicio de salud y (…) en recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte", según Ecuador sin muertes maternas (MSP, 2016a).

El Ministerio de Salud Pública (2016a) sostiene que Ecuador sin muertes maternas busca informar sobre las señales de peligro (sangrado, dolor fuerte del abdomen), la importancia de estar organizados (en cuanto al medio de transporte y al acompañamiento en caso de riesgo y antes del parto), las enfermedades preexistentes que pueden afectar la gestación (cáncer), las condiciones preexistentes que pueden dificultar tal periodo (adolescencia).

La campaña Ecuador sin muertes maternas menciona:

> Muchos niños en el mundo quedan huérfanos cada año por la muerte de sus madres, (implicando) disminución de sus oportunidades, cuidados, educación, rendimiento escolar y (…) exposición (…) a maltrato, violencia o trabajo infantil (…) La pérdida de una madre deja importantes secuelas sociales, económicas, afectivas y psicológicas para los niños que quedan huérfanos y sus familias. (…)

Adicionalmente, según la Gerencia Institucional de Reducción Acelerada de Muerte Materna (2015: 8), dentro de Ecuador sin muertes maternas, se encuentra la Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna que cuenta con seis componentes:

a) Morbilidad materna: mejorar capacitación, atención, gestión de emergencias obstétricas y capacitación en emergencias obstétricas.
b) Comunitario: sala situacional, censo obstétrico, plan de parto, hogares maternos y parteras tradicionales.
c) Capacidad resolutiva: gestión en unidades de salud, redes de sangre, gestión de medicamentos y anticonceptivos.
d) Comunicación: sensibilización a profesionales, público general y posicionamiento de la estrategia.
e) Normas e instrumentos: optimización de herramientas.
f) Información: revisión de indicadores, unificación de; análisis, priorización de riesgos, monitoreo, vigilancia de la muerte materna y de la morbilidad materna.

La Gerencia Institucional de Reducción Acelerada de Muerte Materna (2015: 9-11) menciona que la Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna cuenta con varias acciones para reducir la muerte materna según el tipo de demora:

1. Para la demora No. 1 que hace referencia al retraso en la toma de decisión respecto a necesitar atención, se contemplan las campañas comunicacionales mediante mensajes de textos, radio y televisión, vallas, ferias, entre otros; la participación a través de comités enfocados en identificar los signos de peligro y el apoyo a la comunidad; la capacitación a mujeres embarazadas y la promoción de la salud.
2. En el caso de la demora No. 2 que guarda relación con identificar un centro médico y acudir a él, se establece a la mejora del acceso geográfico a través de la construcción del sistema vial, la implementación del ECU-911 como red para mejorar la respuesta, el plan del parto, el transporte institucional y comunitario,

las campañas comunicacionales y la promoción de la salud con énfasis en la participación y los derechos sexuales y reproductivos.

3. Finalmente, para la demora No. 3 sobre la tardanza en recibir el tratamiento adecuado en la unidad de salud, se menciona a la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud y de los profesionales de esta rama.

La Gerencia Institucional de Reducción Acelerada de Muerte Materna (2015: 9-11), menciona en la Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna, que también se contempla a la salud intercultural estableciendo "la difusión de derechos del parto mediante: video (…) y cuñas de radio en castellano, kichwa y shuar. (Además) 71 establecimientos de salud con adecuación para atención del parto en libre posición"

Por otro lado, según una noticia publicada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (agosto: 2016), el 29 de agosto del presente año, la ministra Gabriela Rosero dio a conocer la normativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño que tiene como objetivo reducir la morbimortalidad materna y neonatal y promover el derecho a recibir atención "oportuna, pertinente e integral"; además, la normativa busca reducir la desnutrición infantil impulsando la lactancia materna a través de la atención adecuada a la embarazada, el parto humanizado, el apego, "entre otros derechos irrenunciables".

La normativa presentada a la nación es una adaptación de una de las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia denominada Hospital Amigo del Nino según Tambini, representante de la Organización Panamericana de la Salud, citada en la noticia publicada por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (agosto: 2016), quien subrayó la importancia de incluir a la madre también.

Para concluir, respecto al programa de búsqueda activa señalado anteriormente, se puede mencionar que el tratar de homologar los datos permite mejorar la calidad de información con la que el país cuenta. Es decir, es un primer paso para poder observar si las políticas que se realizan afectan o no la mortalidad materna. Por otro lado, en cuanto a Ecuador sin muertes maternas y a la Normativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, no se encontraron resultados.

Parámetros de política pública para el país

En base de lo anteriormente descrito, se realiza la siguiente propuesta de parámetros de política pública; tomando en consideración, tanto las experiencias nacionales como internacionales, especialmente de Rwanda, Brasil y Colombia.

Toda la información aquí presentada ha sido extraída de los datos debidamente citados en la parte anterior de este trabajo.

Decisión política e institucionalidad

Es clave que, desde el Estado, se defina estratégicamente una política pública de largo plazo, para la reducción de la mortalidad materna; tomando en consideración tanto los mandatos constitucionales, como los compromisos internacionales suscritos por el país. De hecho, los resultados de varias iniciativas tomadas en el país no existen por ser iniciativas de corto plazo como es el caso de ENIPLA. Por esta razón, se debe contemplar estrategias de largo plazo pues éstas deben ser evaluadas y mejoradas en el transcurso de tiempo.

En este sentido, por un lado, la misma Constitución de la República, en el artículo 32, tipifica a la salud como un derecho por considerarla fundamental para sustentar el Buenvivir; por otro lado, la ONU (2015c) planteó nuevos objetivos (Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS), específicamente la primera meta del ODS número tres busca "Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos."

Como se evidenció en la sección anterior, han existido políticas dirigidas a reducir la muerte materna, pero éstas han sido cambiadas de enfoque constantemente. Por ejemplo, retomando a ENIPLA, se especificaba que el objetivo era "Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, de manera libre, informada, voluntaria y responsable" acorde al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social. Por otro lado, el objetivo del Plan Familia, según su proyecto elaborado por la Presidencia de la República y el Ministerio de Salud Pública (2015: 7), es "(…) prevenir el embarazo adolescente fortaleciendo el rol protagónico de la familia."

Cabe recalcar que, el compromiso y la voluntad política, tanto del gobierno de Rwanda como del de Brasil, ha sido clave para la reducción de mortalidad materna según se mencionó anteriormente. Además, Hermida (2005: 5-12), sostiene que la falta de una mejora sostenida en el sistema de salud puede haber tenido relación con la inestabilidad política del Ecuador; además, añade que, la implementación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, ha tenido un gran impacto asegurando la continuidad de los servicios de salud sin importar los cambios de administración política.

Finalmente, acorde con la presentación realizada por la CEPAL (s.f) del Desafío de la Disminución de la Mortalidad Materna Componente clave de la Plataforma de El Cairo, una de las razones por los que el avance en la salud materna ha sido limitado fue la falta de servicios especializados y programas específicos.

Enfoque sectorial diferenciado

Las políticas dirigidas a reducir la mortalidad materna deben concretarse con la definición de estrategias sectoriales diferenciadas entre el sector urbano y el sector rural pues presentan distintos problemas.

- En la zona urbana, se debe enfatizar el cuidado durante el embarazo y después del parto. Cabe recalcar que, se realiza este planteamiento considerando que, la mayor parte de muertes maternas en esta zona, ocurren tanto en la gestación como después de la misma.

Se recomienda contar con un sistema de registro que permita hacer un seguimiento de los embarazos en riesgo. Tomando en cuenta la experiencia de Brasil, el Proyecto Trébol de Cuatro Hojas pretendía atender a las mujeres embarazadas en riesgo social (analfabetismo, pobreza absoluta, entre otros factores) y en riesgo clínico (enfermedades preexistentes, infecciosas, patológicas, ginecológicas y obstétricas), este mismo enfoque podría ser seguido en Ecuador.

En primer lugar, se debe identificar a las mujeres embarazadas. Esto se puede realizar mediante campañas que estimulen a la mujer gestante a ir al centro de salud más

cercano. Incluso, se puede regalar un kit, con frazadas y ropa para el recién nacido como en Brasil, como incentivo para que las mujeres acudan a las entidades de salud. En segundo lugar, se necesita identificar a las mujeres en riesgo tomando en cuenta los criterios que se presentaban en el Proyecto Trébol de Cuatro Hojas. Finalmente, se recomienda hacer un seguimiento a las embarazadas en riesgo.

- En el área rural, se debe promover el parto seguro. De hecho, como se evidenció anteriormente, la mayor parte de muertes maternas, en esta área, ocurren durante el alumbramiento.

Para impulsar el parto seguro, se sugiere realizar campañas informativas masivas a través de televisión y radio, informando los beneficios de recibir asistencia profesional en el parto.

Cabe mencionar que, si bien las estrategias deben ser diferenciadas, un enfoque sistémico que permita la articulación de programas y acciones a través de las redes de salud tanto públicas como privadas, y la interacción con la comunidad es indispensable para alcanzar la reducción del indicador. De hecho, según Freyermuth y Sesia, (2009: 11), la articulación con la comunidad es uno de los factores claves para garantizar el funcionamiento de la política pública.

Políticas de atención prioritaria

La política pública debe ser enfocada distintamente entre la zona urbana y la rural del país y debe ser priorizada según las necesidades de las provincias.

Se sugiere el desarrollo de campañas educativas semanales, a través de radio y televisión, a nivel nacional, intensificadas[53] en las siguientes zonas:

- En la zona urbana, sobre todo en Guayas, Manabí y Pichincha. La campaña debe promover el cuidado en la gestación y después de ésta, considerando que, en mencionadas provincias, existen más muertes en el embarazo y en el posparto.

.

- En el área rural, especialmente en Chimborazo y Pichincha. La campaña debe impulsar el parto seguro pues se registran más muertes maternas durante el parto.

Cabe recalcar que, en Pichincha y Chimborazo, se debe promover la atención en el parto; sin embargo, los esfuerzos para incrementar la asistencia en el alumbramiento deben ser mayores en la segunda provincia pues solo el 12.02% de los nacimientos son atendidos por médicos y obstetras y el 17.05% son atendidos por parteros no calificados tal como se evidenció anteriormente.

Además, Freyermuth y Sesia (2009: 11), enfatizan "el acceso pleno y universal a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio" es una de las estrategias de política pública para alcanzar el objetivo de reducir la mortalidad materna.

[53] La campaña debe realizarse a nivel nacional, pero se debe destinar más horas a las provincias con peores indicadores.

Interacciones público- privadas y con la comunidad

Establecer alianzas de largo plazo, para la ejecución de las políticas y estrategias de salud, con organizaciones de la sociedad civil, comunidades y más grupos organizados, con el fin de llegar de manera óptima y oportuna a la población femenina en sus diferentes estratos tanto socio- económicos, geográficos y sectoriales (urbanos y rurales). Para ello, partiendo de que Ecuador es un país multiétnico y pluricultural, se debe tener presente las características de cada grupo, las situaciones de vulnerabilidad, así como el acervo de sus conocimientos ancestrales. La Fundación para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (s.f) establece dos recomendaciones vitales para mejorar la salud materna: a) promover la humanización de la asistencia obstétrica y b) fortalecer a las parteras tradicionales respetando las tradiciones.

Como se señaló anteriormente, impulsar el parto permitiendo a la mujer decidir la posición de alumbramiento es una estrategia del Ministerio de Salud Pública la cual respeta los conocimientos ancestrales y permite decidir a la gestante.

Construcción de infraestructura con enfoque multiétnico y pluricultural

Partiendo de que Ecuador es un país multiétnico y pluricultural, la construcción de infraestructura debe darse enfocándose en la población objetivo y priorizando de manera adecuada la atención médica.

De manera más específica, se recomienda contar con carteles informativos, tanto en español como en kichwa y o shuar según la provincia. La información debe abarcar temas de cuidado en el embarazo, parto y posparto y los beneficios de contar con atención profesional en el alumbramiento.

Además, se sugiere la construcción de infraestructura que guarde armonía con el lugar en donde está siendo construida con el fin de crear un ambiente acogedor y familiar que permita que la mujer se sienta cómoda. De manera más específica, se recomienda la construcción de establecimientos de salud para la atención del parto en posición libre.

Se sugiere que los establecimientos estén abiertos las 24 horas del día pues este factor ayudó en la reducción de la muerte materna en Rwanda.

Finalmente, se plantea la construcción de salas de espera con el fin de reducir los partos accidentales en las casas. Esta última recomendación se basa en que, los partos que ocurren en casas, presentan mayor riesgo de muerte en el Ecuador, y en que, a Rwanda, la construcción de salas de espera le ayudó a reducir los nacimientos en los hogares.

Si bien no se puede llegar a todo el país y hay centros o unidades de salud alejadas de los hospitales mejor equipados, la capacitación de su personal (y a las parteras) en identificar los síntomas de riesgo puede ayudar a reducir la muerte materna. En Rwanda, la implementación del sistema Rapid SMS, ayudó a que los trabajadores sanitarios de las comunidades informen sobre los indicios de peligro, hecho que permitió asegurar que las mujeres reciban atención obstétrica. Además, en Colombia, considerando que el parto institucional no puede llegar a ciertas zonas, se planteó la partería profesional.

Capacitación y socialización de conocimientos del personal de la salud que incluye parteras

Se recomienda realizar congresos para la capacitación y socialización de conocimientos de la salud, específicamente congresos que abarquen temas para prevenir la muerte materna. Cabe recalcar que, en el año 2006, 82% de las muertes maternas guardaban relación con la demora en recibir el tratamiento adecuado en los centros médicos tal como se sostuvo anteriormente. Por esta razón, la capacitación del personal de los centros de salud es clave para mejorar la salud materna.

Además, se recomienda llevar a cabo la socialización de los conocimientos entre el personal médico y las parteras con el fin de incrementar el stock de conocimientos de cada uno de ellos.

Por un lado, los médicos deben conocer cómo atender todas las posiciones de alumbramiento respetando las costumbres ancestrales y el derecho de las mujeres a decidir cómo dar a luz.

Por otro lado, las parteras deben tener la capacidad de percibir los signos de riesgo para evitar la muerte materna. En Colombia, por ejemplo, se planteó como estrategia promover la partería profesional basada en el vínculo de la mujer y su comunidad pues, anteriormente, la desconsideración de mencionada unión concluyó con el hecho de que gran parte de los niños no nacían donde habitaba acarreando situaciones extremas. Adicionalmente, la Fundación para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (s.f) considera que, para mejorar la salud materna, se debe fortalecer a las parteras tradicionales respetando las tradiciones.

Promoción y educación en salud a la comunidad

Se recomienda hacer campañas informativas a la población en edad reproductiva que abarque, principalmente, temas relacionados con:

- Las posibles consecuencias y los riesgos que implica dar a luz en la casa.

Cabe mencionar que, gran parte de las muertes maternas, ocurren en este lugar tal como se mencionó anteriormente.

- La ley de maternidad gratuita y los derechos de las mujeres.

Según datos previos, el desconocimiento de los derechos es alto complicando así su ejercicio.

- Los beneficios del parto normal y las consecuencias de las cesáreas en cuanto a los riesgos que ésta representa y en cuanto al proceso de recuperación.

En Ecuador, el porcentaje de nacimientos mediante cesáreas son sumamente altos, yendo desde 37% para las mujeres Afrodescendiente hasta 69% para mujeres blancas; las mujeres indígenas son las únicas que cuentan con un porcentaje menor al sugerido como máximo por la ONU (15%), pues el 11% de los nacimientos son cesáreas. Cabe mencionar que este procedimiento implica 3.5 veces mayor riesgo, 5 veces mayor probabilidad de infección y es más caro que un parto normal.

- El uso de métodos de planificación familiar pues la existencia de elevadas tasas de embarazos no planificados es una razón por la que el avance en la salud materna ha sido limitado según la presentación realizada por la CEPAL (s.f) del Desafío de la Disminución de la Mortalidad Materna Componente clave de la Plataforma de El Cairo.

Cabe recalcar que, el 88% de las personas tiene conocimiento de algún método de planificación familiar, pero solo 52% utiliza alguno según se mencionó; razón por la que, se debe promover su uso. Adicionalmente, en Colombia, el uso de métodos de anticoncepción modernos fue considerado un factor clave para la reducción de la mortalidad materna. En Rwanda, se desarrolló una campaña efectiva de educación que resaltaba la importancia de la salud materna e infantil. En Brasil, se ejecutaron propuestas temáticas para actividades educativas con grupos de mujeres embarazadas.

Se debe buscar reducir los embarazos en edades tempranas principalmente. Si bien los incentivos de no embarazarse en la adolescencia deben provenir, no solo del ámbito de la salud, sino de ámbitos externos como la posibilidad de recibir mayor educación, tener un mejor empleo en el futuro, etc., es vital realizar campañas de información sexual y reproductiva para este grupo de edad en donde se contemple la planificación familiar. En este sentido, se recomienda retomar el enfoque con el que contaba ENIPLA en cuanto al ejercicio tanto de las libertades como de los derechos. Acorde a Herrera (2016: 31-32):

> "ENIPLA era el cambio de patrones socio-culturales y el ejercicio de libertades y derechos, por ello (creó) la línea telefónica gratuita de atención diferenciada dirigida a los adolescentes. Actualmente, iniciativas (como) los dispensadores de preservativos están vacíos, todas estas medidas se descartaron sin ninguna evaluación técnica y ya no están en funcionamiento".

Acorde a Herrera (2016: 31-32), el eje del Plan Familia se basa en políticas conservadoras que datan de la Administración de G. Bush (2001-2009) en Estados Unidos y que, promueven la abstinencia, la fidelidad y el uso de preservativos como "último recurso"; además, añade que, "estas políticas de regulación del cuerpo (no se enfocan en) la anticoncepción y planificación familiar, sino (en) la disciplina del cuerpo, (permitiendo) que los discursos conservadores sobre la sexualidad se reproduzcan en la población desde las políticas públicas".

Por otro lado, la educación, entendida como la escolaridad, es clave para la reducción de la mortalidad materna. La mayor cantidad de muertes ocurrieron en mujeres con educación primaria pese a que el porcentaje de nacimientos fue mayor en mujeres con educación secundaria acorde a datos previamente presentados en este trabajo; se observó que conforme incrementa el nivel de instrucción alcanzado, se reduce el número de muertes maternas. Además, la educación puede ayudar a reducir la desigualdad y la falta de empoderamiento que, según la CEPAL (s.f), son razones por los que el avance en la salud materna ha sido limitado conjuntamente con la falta de servicios especializados y programas específicos y, la falta de políticas efectivas e inmediatas relacionadas con el aborto inseguro

Atención oportuna en el parto por parte personal de la salud, que incluye a parteras

En Rwanda, Colombia y Brasil, la atención en el parto fue uno de los factores sobresalientes que promovieron la reducción de las muertes maternas. Por esta razón, se recomienda que, la política pública en el país, se dirija a estimular que los nacimientos sean atendidos por personal calificado.

Se debe enfatizar que los partos no se lleven a cabo en los hogares. Específicamente, los partos cuyos embarazos fueron considerados riesgosos. Esta idea puede conseguirse con el seguimiento a embarazos de este tipo planteado en la sección de Enfoque sectorial diferenciado. Además, la construcción de salas de espera, como se recomendó en la sección de Construcción de infraestructura con enfoque multiétnico y pluricultural, puede promover a que se reduzcan los nacimientos en los hogares.

Además, se debe considerar que, en Ecuador, los establecimientos privados registran menos muertes maternas, pero éstos tienen un costo monetario el cual no permite el acceso de todas las mujeres embarazadas. La salud es un derecho por lo que, es deber del estado garantizarla. Como ya se recomendó en secciones anteriores, el desarrollo de infraestructura de salud por parte del Estado, las alianzas público-privadas y el trabajo conjunto con las parteras, son ejes claves para no saturar los servicios públicos. Cabe recalcar que, a Brasil, se le recomendó fortalecer a las parteras tradicionales respetando las tradiciones y desarrollar modelos integrados de atención que contemple la salud pública y la comunidad. Además, la Organización Panamericana de la Salud (2014), considera que, contar con servicios de salud de calidad es esencial para mejorar la salud materna por lo que, tener sistemas sanitarios sólidos, es decir, contar con establecimientos con personal de salud, equipos y medicamentos adecuados, y demás insumos, es vital.

Promoción de la práctica de partos normales

La política pública debe dirigirse a promover los partos normales y las cesáreas solo en casos necesarios.

Para la promoción del parto normal, como se mencionó, las campañas informativas pueden contribuir. Para la promoción de cesáreas solo en casos necesarios, se recomienda contar con delegaciones provinciales que supervisen si realmente la mujer gestante necesita cesárea. Se sugiere priorizar a las mestizas, blancas y otras; las mujeres indígenas registran el indicador de cesáreas consideradas prudentes por la OMS según datos presentados previamente. No se debe dejar de lado a las mujeres afroecuatorianas, negras, mulatas y montubias pese a que la mayor parte de partos son normales. Además, se sugiere establecer alguna sanción al médico que proponga una cesárea no necesaria o que la haya llevado a cabo, pues este procedimiento implica 3.5 veces mayor riesgo, 5 veces mayor probabilidad de infección y es más caro que un parto normal.

Adicionalmente, se debe promover el monitoreo constante de los centros de salud. Como se sostuvo, en Rwanda, esta medida y la implementación de una auditoria, contribuyeron a la reducción del indicador de mortalidad materna.

Revisión de la penalización del aborto

En la actualidad, el Código Orgánico Integral Penal (2014: 70-71) en el capítulo segundo, sección primera, artículo No. 149, menciona que:

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

Además, el Código Orgánico Integral Penal (2014: 70-71) en el capítulo segundo, sección primera, artículo No. 150, añade lo siguiente acerca del aborto:

> El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer (…) no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.

En Ecuador, se recomienda revisar el tema del aborto. En primer lugar, se recomienda que, el Estado se haga cargo de garantizar las condiciones para que los abortos sean seguros en vez de criminalizarlos. Mencionada sugerencia se brinda considerando, las condiciones de insalubridad en las que se llevan a cabo los abortos inducidos, principalmente, en países donde la ley no los tolera, acarreando complicaciones pues el procedimiento es clandestino y poco se conoce de él (Langer, 2002: 192-200). Además, el nivel socioeconómico de la mujer, es el determinante de las condiciones en las que se practicará el aborto, y consigo, el riesgo de fallecer (Langer, 2002: 192-200). En Brasil, la reducción de la mortalidad materna se atribuyó a la reducción de fallecimientos por aborto gracias al incremento de la educación sexual y a la cantidad de clínicas autorizadas a llevar a cabo este tipo de procesos. Cabe recordar que, el aborto en este país se encuentra penalizado, excepto en caso de violación, para salvaguardar la vida de la madre o en casos de anencefalia del feto. La condena máxima sobre la embarazada es de tres años mientras que, sobre él que practica la acción, cuatro años. Una de las recomendaciones a Brasil fue revisar la penalización del aborto pues se enfatiza la necesidad de reformar la criminalización del aborto para proteger los derechos de las mujeres.

En segundo lugar, se recomienda legalizar el aborto en el caso de embarazo como consecuencia de una violación, sin importar los padecimientos mujer, contrariamente a como se estipula en la ley actual. En Colombia, la no criminalización del aborto, y la posibilidad de llevarlo a cabo en tres situaciones específicas: a) violación o incesto; b) peligro de la vida y salud de la madre y c) malformaciones del feto, fue uno de los factores claves de la reducción de la mortalidad materna.

Finalmente, acorde con la presentación realizada por la CEPAL (s.f) del Desafío de la Disminución de la Mortalidad Materna Componente clave de la Plataforma de El Cairo, una razón por la que el avance en la salud materna ha sido limitado es la falta de políticas efectivas e inmediatas que reduzcan sustantivamente las secuelas de los abortos inseguros. Además, El grupo Curumín y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de la Mujer (CLADEM) (2011: 9) enfatizan la necesidad de reformar la criminalización del aborto para proteger los derechos de las mujeres en relación con la determinación propia de la reproducción.

En el capítulo anterior se realizó un análisis, tanto de los factores claves que pueden ser consideradas como causas del no cumplimiento del ODM meta cinco A, a nivel nacional, como de las experiencias internacionales relacionadas con el objetivo de salud materna. Finalmente, se propusieron parámetros de política pública.

En el primer caso, se evidenció lo siguiente:

A) En el 2006, 82% de las muertes maternas fueron relacionadas con la demora en recibir el tratamiento adecuado en centro de salud; de hecho, 138 muertes de 161 registradas tuvieron como motivo la falta de personal capacitado, equipos o insumos las 24 horas en la unidad de salud.
B) No se encontró una etapa específica de muerte materna pues están divididas entre el embarazo, el parto y el posparto de forma homogénea.
C) El 35.7% de muertes maternas en el embarazo, el 49% en el parto y el 47.3% en el posparto, ocurren en establecimientos del MSP seguido por 21.4% de muertes maternas en el embarazo y 18.2% en el parto que ocurren en los domicilios; existe concordancia con el primer hecho: la mayor parte de nacimientos ocurren en este tipo de lugares; sin embargo, el segundo porcentaje más alto se refiere a los nacimientos en instituciones privados y no a domicilios; es decir que, pese a que los establecimientos de carácter privado son los segundos que más nacimientos atienden, no son los segundos que más muertes registran.
D) El 69.23% del total de muertes maternas ocurren en la zona urbana, de dichas muertes, el 36% se dan en el embarazo y el 34.2% en el posparto; el 30.77% del total de muertes maternas ocurren en la zona rural, de estas muertes, el 44.23% ocurren en el parto. A nivel nacional, Guayas, Manabí y Pichincha son las provincias con peores indicadores. En la zona urbana, las tres provincias en el mismo orden encabezan la lista mientras que, en la zona rural, Chimborazo y Pichincha presentan peores indicadores de mortalidad materna; cabe mencionar que existe concordancia con el hecho de que se registren mayor cantidad de muertes maternas en Guayas, Manabí y Pichincha tanto de manera general como en la zona urbana, sin embargo la tercera provincia tiene más nacimientos que la segunda; en la zona rural, Chimborazo, pese a contar con la tercera parte de nacimientos que Pichincha tiene igual número de muertes maternas.
E) Respecto a la atención en el parto, se evidenció que, Pichincha registra mayor atención por parte de médicos y obstetras y Manabí, presenta mayor atención por parte de parteros no calificados; Pichincha tiene mayor cobertura en los nacimientos pese a contar con mayor número de éstos que Manabí. Además, uno de los factores que puede explicar lo relacionado con Chimborazo es que, del total de nacimientos rurales en esta provincia, solo el 12.02% son atendidos por médicos y obstetras, el 17.05% son atendidos por parteros no calificados y 65.41% recibe otro tipo de atención.
F) En la región amazónica se observó que, Morona Santiago, fue la provincia con más muertes maternas pese a que Sucumbíos registró una cantidad superior de nacimientos; en segunda lugar, en la zona urbana, ocurren lo mismo con Napo y la Sucumbíos; para el primer caso, Sucumbíos registra mayor atención por parte, tanto de médicos y obstetras, como de parteros calificados y no calificados y Morona Santiago presenta mayor atención por parte de la categoría otros; para el segundo caso, del total de nacimientos de Sucumbíos, el 81% son atendidos por médicos y obstetras, el 5.16% son atendidos por parteros no calificados y el 14% recibe otro tipo de atención mientras, en Morona Santiago, del total de

nacimientos, el 62% son atendidos por médicos y obstetras, el 0.9% son atendidos por parteros no calificados y 37% recibe otro tipo de atención; adicionalmente, del total de nacimientos urbanos de Sucumbíos, el 85% son atendidos por médicos y obstetras, el 4% son atendidos por parteros no calificados y el 11.03% recibe otro tipo de atención mientras en Napo, del total de nacimientos urbanos el 89% son atendidos por médicos y obstetras, el 4.12% son atendidos por parteros no calificados y 7% recibe otro tipo de atención.

G) La mayor cantidad de muertes maternas ocurren a mujeres que se encuentran en primaria, pese a que el porcentaje de nacimientos sea superior en el caso de mujeres de secundaria; asimismo, conforme incrementa el nivel de instrucción alcanzado, se reduce el número de muertes maternas llegando a ser cero en el caso de haber alcanzado estudios de posgrado.
H) En Ecuador no existe mayor diferencia entre la cantidad de partos normales y por cesárea. Solo las mujeres indígenas registran el indicador de cesáreas consideradas prudentes por la OMS, además, los partos de las mujeres indígenas, afroecuatorianas, negras, mulatas y montubias son mayoritariamente normales mientras que, los partos de las mestizas, blancas y otras son mayormente mediante cesáreas.
I) Finalmente, respecto a los métodos de planificación familiar, el 88% de las personas tiene conocimiento de alguno, pero solo 52% lo utiliza.

Se realizó un análisis de las medidas tomadas en la nación abarcando la Ley de Maternidad Gratuita, ENIPLA, el Plan Familia, Ecuador sin muertes maternas y Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

En base a lo mencionado se propuso que se dé un enfoque sectorial diferenciado de la política, que se priorice Guayas, Manabí, Pichincha y Chimborazo, que se lleven a cabo interacciones público-privadas y con la comunidad, que se construya infraestructura con enfoque multiétnico y pluricultural, que se capacite y se socialice conocimientos entre el personal que la salud que incluye a las parteras, que se promueve la educación en salud a la comunidad, que se promueva la atención oportuna en el parto por personal de la salud que incluye a las parteras, que se incentive a la práctica de partos normales y que se revise la penalización del aborto.

Cabe recalcar que se evidenció que, los nacimientos en domicilios, tienen mayor riesgo de muerte; y que los establecimientos privados registran menos muertes maternas, pero tienen un costo monetario que no garantiza el acceso de todas las gestantes contraviniendo el derecho a la salud. Finalmente, en la zona urbana existen más muertes en el embarazo y en el posparto mientras que, en la zona rural, la mayor parte de muertes maternas ocurren en el parto; las provincias que deben ser más tomadas en cuenta son Guayas, Manabí y Pichincha, en el sector urbano y, Chimborazo y Pichincha, en el rural.

Conclusiones

En la parte teórica se evidenció que, la mortalidad materna fue estipulada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 1999 y que, la importancia de estas muertes, radican en que tienen impactos a nivel familiar (por ser una experiencia traumática), social (por afectar el bienestar de la familia y la supervivencia y desarrollo de los niños) y económico (porque las fallecidas son mujeres en edad fértil pertenecientes a la población económicamente activa); además, gran parte de estas muertes son evitables.

Ecuador, pese a los esfuerzos internacionales, como la subscripción a los ODM, y los esfuerzos nacionales, como la estipulación de la salud como un derecho, no alcanzó la meta de reducir la tasa de la mortalidad materna pues registró una reducción del 42% aproximadamente entre 1990 y 2014. Se evidenció que, la trayectoria del indicador no presentó una reducción constante y que Guayas, Manabí y Pichincha son las provincias con mayor cantidad de muertes maternas. Respecto a factores clave como el porcentaje de mujeres que recibieron atención profesional en el parto a nivel nacional, se observó que, pasó de 85.6% en el 2005 a 93.7% en el 2014; la región costa presentó mayor cobertura (97.8%). Sin embargo, se presentan disparidades entre la zona urbana y rural con una brecha cercana al 15% y entre el quintil uno y cinco con una brecha de casi 20%. Respecto de las causas de mortalidad materna, en el 2014, el 40% se debieron a hemorragias postparto, eclamsia, hipertension y embarazo ectópico.

A nivel mundial se encontró que, después de la firma de los ODM, se ha reducido la mortalidad materna. En el estudio realizado a varios países se evidenció que: a) Perú, se acercó al cumplimiento de la meta, pero fue cuestionado por el programa de esterilizaciones forzadas (1990-2000); b) Bolivia, redujo el indicador en 50% mediante el aumento de la asistencia profesional en el parto que, se atribuye a un incentivo económico; c) Colombia, presentó una disminución del 46% después del 2000, siendo los seguimiento de casos, políticas claves; d) Brasil, registró una disminución del 58% y una de sus dificultades para reducir el indicador fue el elevado porcentaje de cesáreas; incrementar la educación sexual relacionada con el aborto fue una de las políticas que ayudaron a reducir el indicador; y e) Rwanda, país que cumplió el Objetivo del Milenio, redujo la mortalidad de este tipo en 78% gracias al incremento de asistencia calificada en el parto, campañas educativas y monitoreo de los centros de salud.

Finalmente, se observó que, en Ecuador, la mayor parte de nacimientos en domicilios tienen mayor riesgo de muerte; que, los establecimientos privados registran menos muertes maternas, pero tienen un costo monetario que no garantiza el acceso de todas las mujeres embarazadas y contraviene el derecho a la salud; que, en la zona urbana existen más muertes en el embarazo y en el posparto mientras que, en la zona rural, ocurren en el parto. Como resultado, se propuso un sistema de registro que permita hacer un seguimiento de los embarazos en riesgo, el desarrollo de campañas educativas semanales, la construcción de establecimientos de salud para la atención del parto en posición libre y de salas de espera para reducir los partos en los domicilios, la capacitación y socialización de conocimientos de la salud, entre médicos y parteras, la ejecución de campañas de información sexual y reproductiva para adolescentes que incluyan la planificación familiar con enfoque de libertades y derechos, creación de delegaciones provinciales que supervisen si realmente la mujer gestante necesita cesárea y revisión del tema del aborto haciendo que el Estado se haga cargo de garantizar las condiciones para que éstos sean seguros.

Recomendaciones

A los hacedores de política pública, se les recomienda unificar esfuerzos y coordinar acciones para la reducción de la mortalidad materna.

Al Ministerio de Salud Pública, se le recomienda implementar un sistema de registro que permita hacer un seguimiento de los embarazos en riesgo, tomando en cuenta, la experiencia de Brasil que pretendía atender a las mujeres embarazadas en riesgo social y en riesgo clínico. Adicionalmente, se le sugiere organizar capacitaciones y reuniones de socialización de conocimientos con el personal de la salud que incluya a las parteras tomando en cuenta que, los médicos deben conocer cómo atender todas las posiciones de alumbramiento respetando las costumbres ancestrales y el derecho de las mujeres a decidir cómo dar a luz y que, las parteras deben tener la capacidad de percibir los signos de riesgo para evitar la muerte materna. Por otro lado, se recomienda la construcción de establecimientos de salud para la atención del parto en posición libre y de salas de espera con el fin de reducir los partos accidentales en las casas.

Al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, al Ministerio de Salud Pública, al Ministerio de Inclusión Económica y Social y al Ministerio de Educación, se les sugiere diseñar campañas informativas, para la zona urbana, enfatizando el cuidado durante el embarazo y después del parto, y para el área rural, promoviendo el parto seguro, y delegar parte de su ejecución a los centros de salud. Parte de mencionado proyecto puede llevarse a cabo a través de radio y televisión intensificando los esfuerzos en la parte urbana de Guayas, Manabí y Pichincha y en la parte rural de Chimborazo particularmente. Se recomienda abarcar temas sobre las posibles consecuencias y los riesgos que implica dar a luz en la casa, la ley de maternidad gratuita y los derechos de las mujeres, los beneficios del parto normal y las consecuencias de las cesáreas en cuanto a los riesgos que ésta representa y en cuanto al proceso de recuperación y el uso de métodos de planificación familiar. En este sentido, se recomienda retomar el enfoque con el que contaba ENIPLA en cuanto al ejercicio de las libertades y los derechos.

A la Asamblea Nacional, se le recomienda revisar el tema del aborto considerando que el Estado debe garantizar las condiciones en las que éstos se practican en lugar de criminalizarlos.

Finalmente, a la academia, se le sugiere profundizar en el análisis de Chimborazo, pues el presente trabajo evidenció que es una provincia con gran cantidad de muertes maternas en la zona rural por lo que, se sugiere, un estudio de caso considerando que el análisis aquí presentado es de carácter nacional. Asimismo, se le recomienda hacer un estudio que permita establecer las razones por las cuales, las personas en el país, no utilizan métodos anticonceptivos y así promover su uso como medida para reducir la muerte materna pues el 88% de la población tiene conocimiento de alguno, pero solo el 52% de ésta los utiliza. Además, se le invita a hacer actualizaciones de este trabajo con el fin de contribuir con alternativas de política pública que ayuden a reducir el indicador. Cabe recalcar que, las repercusiones de las muertes maternas son sumamente graves, tanto a nivel familiar como a nivel macroeconómico, que el cumplimiento del ODM referente a la reducción del indicador está lejos de ser cumplido, y que, esta investigación fue de carácter exploratorio en la Facultad de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Referencias bibliográficas

Acemoglu, Daron (2009). ***Introduction to Modern Economic Growth*** Estados Unidos: Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology.

Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica Andes, (2015, marzo). Gobierno de Ecuador impulsa plan integral para reducir la mortalidad materna. Ecuador. http://www.andes.info.ec/es/noticias/gobierno-ecuador-impulsa-plan-integral-reducir-mortalidad-materna.html [Consulta: 01/09/2016]

Aguirre, Alejandro (2009) La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI. ***Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la población,*** *15 (61), México http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252009000300005*[Consulta: 13/09/2015]

Arriagada Irma (Abril, 1990), La Participación Desigual de la mujer en el mundo del trabajo. ***Revista de la CEPAL*** *40, Chile*

Banco Mundial (2006) *Mortalidad Materna: Datos básicos* http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGMaternalMortalitySp.pdf [Consulta: 24/02/2016]

Banco Mundial (2015) *Tasa de Natalidad, nacidos vivos en un año (por cada 1.000 personas)* http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.CBRT.IN [Consulta: 17/10/2015]

Banco Mundial (2015a) *Población, total.* http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?locations=EC&view=chart [Consulta: 17/10/2015]

Banco Mundial (2015b) *Población, mujeres (% del total.* http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL.FE.ZS?locations=EC [Consulta: 17/10/2015]

Banco Mundial (2016a) *Datos: Rwanda* http://datos.bancomundial.org/pais/rwanda#cp_wdi [Consulta: 07/03/2016]

Banco Mundial (2016b) *Data: Adolescent fertility rate (births per 1.000 women ages 15-19)* http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT/countries/CO-PE-BR-BO-RW-EC?display=graph [Consulta: 08/03/2016]

Banco Mundial (2016c) *Datos: Población urbana (% del total)* http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS [Consulta: 07/03/2016]

Banco Mundial (2016d) *Datos: PIB per cápita, PPA ($ a precios internacionales actuales)* http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD [Consulta: 07/03/2016]

Banerjee Abhijit y Duflo Esther (2012) ***Repensar la Pobreza: UN giro radical en la lucha contra la desigualdad global.*** Colombia: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara
Barro, Robert (1996) ***Health and Economic Growth*** Estados Unidos: Harvard University.

Barro, Robert (2013) ***Education and Economic Growth*** Estados Unidos: Harvard University.

Báscolo Ernesto (2003) ***Los Aportes de la Economía de la Salud al Debate de los Derechos de la Salud,*** Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Bastos, Marcos (2014) ***Estudio de caso de la vigilancia de la mortalidad materna, País: Brasil,*** Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Blanco, Jorge y Maya, José (2013) ***Fundamentos de Salud Pública, Tomo 1 Salud Pública*** (3era) Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas

Briozzo Leonel, Vidiella Gonzalo, Vidarte Beatriz, Ferreiro Gustavo, Pons José y Cuadrado Carlos (mayo 2002) El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. ***Revista Médica de Uruguay***, *18 (1) Uruguay.*

British Broadcasting Corporation (2008, agosto). Rwanda: Claves del conflicto. http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/international/newsid_3582000/3582651.stm
[Consulta: 20/06/2016]

Cacioppo, John y Bernston, Gary (2002) ***Fundations in Social Neuroscience,*** Estados Unidos: Massachusets Institute of Technology.

Campus, Florencia, Clancy David y Dowling Dumlan (2012, Septiembre). Mitochondria, Maternal Inheritance and Male Aging. ***Current Biology,*** 22, Australia.

Caponi Sandra (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud Brasil: Universidad Federal de Santa Catalina

Cardona, Álvaro y Franco, Álvaro (2006, Julio-Diciembre). La salud como disciplina científica: fundamentos para los programas de formación académica. ***Revista Facultad Nacional de Salud Pública***, 23 (2), Colombia.

Chávez Mayra, Sánchez Georgina, Romero Eva, Torres José y González Itzal (2010: enero-marzo) Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social. ***Perinatología y Reproducción Humana.*** *24(1), México.*

Chicaiza Liliana y García Mario (junio-julio 2008) Evaluación económica y sostenibilidad financiera del Modelo de Atención Primaria en Salud (APS) en la localidad de Suba de Bogotá-Colombia. ***Rev. Gerenc. Polit. Salud*** *7 (14) Colombia*

Código Orgánico Integral Penal (2014) Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos. http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/c%C3%B3digo_org%C3%A1nico_integral_penal_-_coip_ed._sdn-mjdhc.pdf [Consulta: 29/11/2016]

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL (s.f) El Desafío de la Disminución de la Mortalidad Materna: Componente clave de la Plataforma del Cairo. http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/50639/CRPD_SEU_Briozzo.pdf [Consulta: 09/07/2016]

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL (2011). Ciudad de México: Novena Reunión Internacional: "Políticas Públicas, uso del tiempo y economía del cuidado: la importancia de las estadísticas nacionales. http://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/4/44364/Relator%C3%ADa_novena_reuni%C3%B3n_sobre_uso_del_tiempo.pdf [Consulta: 23/02/2016]

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL (2015a) División de Estadísticas: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perfiles de países, Colombia http://interwp.cepal.org/perfil_ODM/PDF/COL_ES.pdf [Consulta: 05/03/2016]

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL (2015b) División de Estadísticas: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perfiles de países, Perú http://interwp.cepal.org/perfil_ODM/PDF/PER_ES.pdf [Consulta: 06/03/2016]

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL (2015c) División de Estadísticas: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perfiles de países, Brasil http://interwp.cepal.org/perfil_ODM/PDF/BRA_ES.pdf [Consulta: 07/03/2016]

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL (2015d) División de Estadísticas: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perfiles de países, Bolivia http://interwp.cepal.org/perfil_ODM/PDF/BOL_ES.pdf [Consulta: 07/03/2016]

Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL (2015e) División de Estadísticas: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Perfiles de países, Ecuador http://interwp.cepal.org/perfil_ODM/PDF/ECU_ES.pdf [Consulta: 07/03/2016]

Constitución de la República del Ecuador (2008). Ciudad Alfaro: Asamblea Constituyente.

Corte Constitucional de Colombia (2009). Colombia: Bogotá. http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2011/T-841-11.htm [Consulta: 07/03/2016]

De Souza María, Laurenti Ruy, Knobel Roxana, Monticelli Marisa, Bruggemann Odaléa y Drake Emily (mayo-junio2013) Mortalidad materna en Brasil debida a hemorragia. ***Rev. Latino-Am Enfermagem***

Diario El Tiempo, (2015, junio). Colombia tiene una enorme brecha de mortalidad materna entre regiones. Colombia. http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/mortalidad-materna-en-colombia/15990738 [Consulta: 24/05/2016]

Donoso, Enrique (2006). MORTALIDAD MATERNA EN CHILE, 2000-2004. ***Revista chilena de obstetricia y ginecología***, *71* (4), *Chile* http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262006000400005&script=sci_arttext [Consulta: 24/02/2016]

Doyan, Len y Gough, Lan (1994) ***Teoría de las necesidades humanas,*** España: ICARIA.

Espejo, Francisco y Fuentes Roberto (1999) Promoción de Salud desde la Perspectiva de la nueva Salud Pública, ***Cuad. Med. Soc. XL, 1, 1999/25-30,*** Chile.

Estrella, Santiago (2015, febrero) Enipla pasa a llamarse "Plan Familia Ecuador". ***El Comercio,*** Ecuador. http://www.elcomercio.com/actualidad/enipla-educacionsexual-rafaelcorrea-embarazoadolescente-monicahernandez.html [Consulta: 13/06/2015]

El Hospital (2012, junio). Colombia es ejemplo de salud materno infantil en México. Colombia. http://www.elhospital.com/temas/Colombia-es-ejemplo-de-salud-materno-infantil-en-Mexico+8088202 [Consulta: 13/06/2016]

El Universo, (2015, octubre). Rectificación: Los índices de la mortalidad materna. Ecuador. http://www.eluniverso.com/noticias/2015/10/08/nota/5172101/indices-mortalidad-materna [Consulta: 27/08/2016]

Eternod Marcela (2012, enero-abril) Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. ***Reality, Data and Space: International Journal of Statistics and Geography,*** *3 (1)*

Fawcus S (2007) Tratamientos para la hemorragia postparto primaria: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de mayo de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/postpartum_haemorrhage/sfcom/es/ [Consulta: 29/02/2016]

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011) ***Estrategia de reducción de la morbimortalidad materna, perinatal e infantil: Trébol de Cuatro Hojas, Brasil*** *Panamá.*

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2015, noviembre) La mortalidad Materna se ha Reducido un 44% desde 1990. http://lac.unfpa.org/noticias/la-mortalidad-materna-se-ha-reducido-un-44-desde-1990 [Consulta: 29/11/2015]

Fundación para el Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud (s.f). Mortalidad materna cae el 55% en Brasil, apunta información sobre objetivos del milenio. http://www.fiotec.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2519:mortalidad-materna-cae-el-55-en-brasil-apunta-informe-sobre-objetivos-del-milenio&catid=180&Itemid=633&lang=es [Consulta: 18/06/2016]

Fundación Televisa (2012, febrero). Proyecta Brasil mayor en mortalidad materna. México. http://www2.esmas.com/salud/409521/proyecta-brasil-mayor-reduccion-mortalidad-materna/ [Consulta: 13/06/2016]

Fundación W. K. Kellogg (2007, diciembre). Proyecto Brasileño Gana el Primer Lugar del Concurso Experiencias en Innovación Social. http://www.wkkf.org/news-and-media/article/2007/12/proyecto-brasileno-gana-el-primer-lugar-del-concurso-experiencias-en-innovacion-social [Consulta: 18/06/2016]
Franco Álvaro (2006) Tendencias y teorías en salud pública, ***Revista Facultad Nacional de Salud Publica*** 24 (2) Colombia.

Freyermuth Graciela y Sesia Paola (2009) ***La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura,*** México: Estudios superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

Gabinete Sectorial de Desarrollo Social (2015) ***Informe Sectorial Sector Social: Rendición de Cuentas 2014*** http://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/Informe-de-Rendici%C3%B3n-de-Cuentas.pdf [Consulta: 27/11/2016]

Gallego Liliana, Vélez Gladia y Agudelo Bernardo (s.f) Panorama de la Mortalidad Materna. N. d. http://medicina.udea.edu.co/Dependencias/Ginecologia/CLAP/pdf/libros/libro1/panoramadelamortalidadmaterna.pdf [Consulta: 15/07/2015]

Gallegos, Diego (2014, marzo) Ecuador cumplió 8 objetivos del milenio planteados por las Naciones Unidas. ***El Ciudadano,*** Ecuador. http://www.elciudadano.gob.ec/ecuador-cumplio-8-objetivos-del-milenio-planteado-por-las-naciones-unidas-presentacion/ [Consulta: 13/06/2015]

García Cecilia, Castañeda Xochitl, Romero Xochitl, Gonzales Dolores y Langer Ana (1993) Percepción de las Parteras sobre Factores de Riesgo Reproductivo. ***Salud Pública Mex,*** *35(1), México.*

Gerencia Institucional de Reducción Acelerada de Muerte Materna (2015) Ecuador sin muertes maternas: Estrategia de Reducción Acelerada de Muerte Materna. http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-de-noticias&alias=473-implementacion-planes-de-reduccion-de-la-morbi-mortalidad-materna-ecuador&Itemid=219&lang=es [Consulta: 28/11/2015]

Grossman, Michael, (s.f) ***On the Concept of Health Capital and the Demand for Health,*** Journal of Political Economy

Grupo Curumín y Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (2011) ***Submission on Human Rights related to Reproductive Health Determination in Brazil by the Grupo Curumim and CLADEM Brazil,*** *Brasil.*

Hanushek, Eric y Woessmann, Ludger (Enero, 2007). The Role of School Improvement in Economic Development. Cognitive Skills in Economic Development. ***Journal of Economic Literature,*** *46*

Hanushek, Eric y Woessmann, Ludger (Septiembre, 2008). The Role of Cognitive Skills in Economic Development. ***Banco Mundial,*** http://www.hks.harvard.edu/pepg/PDF/Papers/PEPG07-01_Hanushek_Woessmann.pdf [Consulta: 23/02/2016]

Hermida Jorge, Romero Patricio, Abarca Ximena, Vaca Luis, Robalino María y Vieira Luis (2005) ***La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a La Infancia (LMGYAI) en el Ecuador,*** *Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Estados Unidos.* http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/62-Ley_Maternidad_Gratuita_Atencion_Infancia-Ecuador.pdf

Herrera María, Cruz Jorge, Robledo Gabriela y Montoya Robledo (2006) La economía del grupo doméstico: determinantes de muerte materna entre mujeres indígenas de Chaiapas, México. ***Rev Panam Salud Pública,*** *19 (2), México.*

Herrera Fanny (2016) ***Análisis Comparativo de la ENIPLA al Plan Familia Ecuador. Las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción su influencia en el modelamiento de las masculinidad-es dominantes en la adolescencia,*** *Argentina: Universidad Nacional de La Plata.*

Hertz Tom, Jayasundera Tamara, Piraino Patrizio, Selcuk Sibel, Smith Nicole y Verashchagina Alina (2007) The Inheritance of Educational Inequality: International Comparisions and Fifty-Year Trends. ***The B. E. Journal of Economic Analysis & Policy,*** *7(10), Estados Unidos: Berkeley Electronic Press.*

Human Rights Watch (2013). Informe mundial 2013: Brasil. https://www.hrw.org/es/world-report/2013/country-chapters/259955 [Consulta: 19/10/2015]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.f) Proyección de la Población Ecuatoriana, por años calendario, según regiones, provincias y sexo: Periodo 2010-2020.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.f a) Proyecciones de Población por Regiones de Planificación según Sexo y Grupos Quinquenales de Edad.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.f b) Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador: El censo informa: Educación. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf [Consulta: 19/10/2015]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.f. c) *Glosario de Conceptos y Definiciones,* http://www.inec.gob.ec/estadisticas/index.php?option=com_content&view=article&id=278 [Consulta: 17/10/2015]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.f. d) *Cuentas Satélite del Trabajo no Remunerado de los Hogares 2007-2010*

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (s.f. e) *Nacimientos y Defunciones: Tasa de Natalidad.* http://www.ecuadorencifras.gob.ec/vdatos/ [Consulta: 17/10/2016]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011) Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y defunciones del 2011.

Instituto Nacional de Salud (2014) Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Morbilidad materna extrema http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf [Consulta: 20/08/2016]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014a) *El trabajo no remunerado representa el 15.41% del PIB, http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-trabajo-no-remunerado-representa-el-1541-del-pib/* [Consulta: 17/10/2015]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014b) Indicadores Laborales Septiembre 2014. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/Informe-Econom%C3%ADa-laboral-sep14-15-10-14.pdf [Consulta: 17/10/2015]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014c) Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y defunciones del 2014.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014d) Base de datos de las Defunciones Generales 2014.
Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2014e) Base de datos de los Nacimientos Generales 2014.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015) Informe de Resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida 2013-2014. http://www.unicef.org/ecuador/150411-ResultadosECV.pdf [Consulta: 17/10/2015]

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015a) Tabulados Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo (ENENDU) Septiembre, 2015.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015b) Base de datos de la Encuesta de Condiciones de vida.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015c) Tabulados Encuesta Nacional de Empleo, Subempleo y Desempleo (ENENDU) Septiembre, 2015.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Organización de Naciones Unidas, Mujeres (s.f) Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III: Serie información estratégica. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf [Consulta: 17/10/2015]

Karlsson H y Pérez C (2009) Hemorragia Postparto. ***An. Sist. Sanit Navar. 2009 32 (1)***

Langer, Ana (2002) El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. ***Rev. Panam Salud Pública/ Pam AM J Public Health 11 (3)*** http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf [Consulta: 22/11/2016]

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, codificación No. 2006-006 (2006) Quito: Comisión de Legislación y Codificación, Congreso Nacional. http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/septiembre2013/LEY%20DE%20MATERNIDAD%20GRATUITA%20Y%20ATENCION%20A%20LA%20INFANCIA.pdf [Consulta: 30/08/2016]

Lordaz Karla, Ranger Raúl y Hernández Carlos (2010) ***Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Merelos, México,*** México: Ginecol Obstet Mex

Lucio Ruth, Villacrés Nilhda y Henríquez Rodrigo (2011). Sistema de Salud de Ecuador. ***Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal,*** *53 (2), México.*

Luque Miguel y Beuernfeind Ariane (2007) Prevención de la mortalidad materna: un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo. ***Index Enferm*** *16 (57), España.*

Maine Deborah, Akalin Murat, Ward Victoria y Kamara Angela (1997) Diseño y Evaluación de Programas para mortalidad materna. ***Universidad de Columbia: Centro para la población y salud familiar, Facultad de Salud Pública.*** *Colombia*

Matres Mundi (2012) ***Casa Maternal de la Esperanza La Limiere: Una estrategia para reducir la mortalidad materna en Rwanda.*** http://www.diariomedico.com/mk/2012/ideas2012/docs/198_5638bdde1d729c6ba69d74ea434fff31.pdf [Consulta: 30/08/2016]

Mayca Julio, Palacios Elsa, Medina, Armando, Velásquez José y Castañeda Dick (abril-junio 2009) Percepción del personal de salud y comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. ***Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de Salud,*** *26 (2)* http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v26_n2/contenido.htm [Consulta: 13/09/2015]

Millennium Development Goals, Rwanda: Final Progress Report: 2013 (2014)

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2015) Proyecto: K003 Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar – ENIPLA http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Ficha_Estado_enipla.pdf [Consulta: 27/11/2016]

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, (2016, agosto) Por medio de la normativa "Amigos de la madre y del niño" el Gobierno Nacional busca disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Ecuador. http://www.desarrollosocial.gob.ec/por-medio-de-la-normativa-amigos-de-la-madre-y-

del-nino-el-gobierno-nacional-busca-disminuir-la-mortalidad-y-morbilidad-materna-y-neonatal/ [Consulta: 02/09/2016]

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Ministerio de Educación y Ministerio de Inclusión Económica y Social (s.f), Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes-ENIPLA https://es.scribd.com/doc/106476325/ENIPLA [Consulta: 30/08/16]

Ministerio de Inclusión Económica y Social (s.f), Informe de Gestión, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Abril 2012-Abril 2013

Ministerio de Inclusión Económica y Social (2015), Informe de Gestión, Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014

Ministerio de Salud Pública del Ecuador-Dirección Provincial de Salud de Loja (s.f), Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia. http://instituciones.msp.gob.ec/dps/loja/images/stories/ley_maternidad.pdf [Consulta: 16/10/2015]

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (s.f. a) Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/ [Consulta: 01/09/2016]

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008), Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013), Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto, Guía de Práctica Clínica.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013a), Trastornos hipertensivos del embarazo, Guía de Práctica Clínica.

Ministerio de Salud Pública (2016) *Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos – daia* http://www.salud.gob.ec/disponibilidad-asegurada-de-insumos-anticonceptivos-daia/ [Consulta: 01/09/2016]

Ministerio de Salud Pública (2016a) *Ecuador sin muertes maternas* http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/ [Consulta: 01/09/2016]

Ministerio de Salud Pública (2016b) *Programas del Ministerio de Salud Pública* http://www.salud.gob.ec/programas-del-ministerio-de-salud-publica/ [Consulta: 01/09/2016]

Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015), Informe de la Investigación Anual a través de la Búsqueda Activa de Casos de Muerte Materna y Calidad del Dato.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013, mayo). Boletín de Prensa No. 128 del 2013. Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/seguridad-materna.aspx [Consulta: 06/03/2016]

Ministerio de Salud y Protección Social (2016, junio). Boletín de Prensa No. 118 del 2016: Partería profesional es alternativa para reducción de muerte materna. Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Parteria-profesional-es-alternativa-para-reduccion-de-muerte-materna.aspx [Consulta: 06/03/2016]

Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014) Modelo de Vigilancia de la Mortalidad Materna Extrema: Evaluación de la Implementación. Colombia

Miranda, Boris (2015, noviembre) Así fueron las esterilizaciones forzadas que ahora son asunto de interés nacional en Perú. ***British Broadcasting Corporation (BBC),*** http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151108_esterilizaciones_forzadas_historias_interes_nacional_peru_bm#orb-banner [Consulta: 06/03/2016]

Mora, Elba (2000). Algunas consideraciones sobre muestreo. ***Revista Geográfica Venezolana***, 41 (1), Venezuela.

Mushkin J. Selma (1962) ***Health as an Investment,*** Estados Unidos: The University of Chicago Press

Naciones Unidas (a). Antecedentes. http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml [Consulta: 12/06/2015]

Naciones Unidas (b). *Objetivo 5: Mejorar la salud materna.* http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml [Consulta: 13/06/2015]

Naciones Unidas (c). *Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal* http://www.un.org/es/millenniumgoals/education.shtml

Naciones Unidas (2013) ***Perú: Tercer Informe Nacional de Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*** http://onu.org.pe/wp-content/uploads/2013/09/IODM-2013.pdf [Consulta: 06/03/2016]

Naciones Unidas (2013a) ***Hoja de datos, objetivo 5: Mejorar la salud materna.*** http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs_sp.pdf [Consulta: 09/04/2016]

Naciones Unidas (2015a, noviembre). ONU: Las muertes maternas se redujeron en un 44% desde 1990. ***Centro de Noticias ONU,*** http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=33812#.VlsYZXYvfIU [Consulta: 29/11/2015]

Naciones Unidas (2015b) ***Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015,*** Estados Unidos: Naciones Unidas.

Naciones Unidas (2015c). Objetivos de Desarrollo Sostenible. http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/ [Consulta: 29/11/2015]

Organización Mundial de la Salud (a). *Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud?* http://www.who.int/suggestions/faq/es/ [Consulta: 12/07/2015]
Organización Mundial de la Salud (b). *Mortalidad* http://www.who.int/topics/mortality/es/ [Consulta: 18/10/2016]

Organización Mundial de la Salud (2008a) ***Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial,*** Suiza: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

Organización Mundial de la Salud (2008b) Handbook for guideline development: Prevención y tratamiento de la preclampsia y la eclampsia, resumen de las recomendaciones.

Organización Mundial de la Salud (2014a, mayo) Mortalidad Materna. *Nota descriptiva 348.* http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/ [Consulta: 12/06/2015]

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y División de Población de las Naciones Unidas: Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna (s.f). *Country Profiles: Maternal Mortality 1990-2015* http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/MMR_country_profiles_2015.zip?ua=1 [Consulta: 03/12/2015]

Organización Panamericana de la Salud (s.f) Indicador: Esperanza de vida al nacer. http://paho-hq-chat1.paho.org/spanish/atlas/1_Indicadores%20Demograficos/esperanza%20vida,%20promedio,%20hombres%20y%20mujeres/definicion.htm [Consulta: 30/07/2015]

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2012) *Colombia* http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=30&option=com_content [Consulta: 05/07/2016]

Orozco, Julio (s.f) **Evaluación de la Aplicación de Políticas Públicas de Salud en la Ciudad de Cartagena,** http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/199/1b.htm [Consulta: 30/07/2015]

Ortiz, Edgar (2015). Colombia y el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio respecto a la salud materna. ***Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología,*** *66 (2), Colombia*

Paz Marcos, y Murillo Alberto (2002) Identificación de territorios críticos en salud materna mediante indicadores. ***Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*** *12(1)*

Prado, Antonio (1997) ***¿Qué es la salud?,*** http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html#titre2 [Consulta: 30/07/2015]

Presidencia de la República del Ecuador y Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica del Ministerio de Salud Pública (2015). Proyecto "Plan Nacional de Fortalecimiento de la familia."

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. ***Índice de Desigualdad de Género*** http://hdr.undp.org/es/content/%C3%ADndice-de-desigualdad-de-g%C3%A9nero [Consulta: 18/10/2016]

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014) ***Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.*** http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf [Consulta: 07/03/2016]

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014a) ***Objetivos de Desarrollo del Milenio: Colombia 2014***

Rathe, Magdalena (s.f) ***Salud y Equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la Republica Dominicana,*** Estados Unidos: The University of Chicago Press

Real Academia de la Lengua Española. *Muerte* http://dle.rae.es/?id=Q0MaZUb [Consulta: 18/10/2016]

Rodríguez, Carlos (2013), La salud y los trabajadores: entre la ciencia y la ética. ***Salud Colectiva,*** *1 (3), Argentina.*

Rodríguez Laura y Oliva Ignez (2009), ***El Estudio de la salud reproductiva y los censos del 2010: la fecundidad adolescente y la mortalidad materna.*** Chile: CEPAL: Nota de Población N 92

Rodríguez, Sandra (2010) ***Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*** (Disertación de maestría en Economía Aplicada) Departamento de Economía Aplicada, Universidad autónoma de Barcelona, España.

Romero Irma, Sánchez Georgina, Romero Eva y Chávez Mayra (2010) ***Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales***. Perinatología y Reproducción Humana

Romero Mariana y Ramos Silvina (2004) ***Estudio colaborativo multicéntrico: Mortalidad Materna en la Argentina: Diagnóstico para la Reorientación de políticas y programas.*** Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedades.

Roosenzweig Mark y Schultz Paul (1983) ***Estimating a Household Production Function: Heterogeneity, the Demand for Health Inputs, and their Effects on Birth Weight,*** Estados Unidos: The University of Chicago Press

Sachs, Jeffrey (2002) ***Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en Pro del Desarrollo Económico,*** Canadá: Organización Mundial de la Salud.

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (s.f) ***Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo***, Colombia.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buenvivir (2013-2017)

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Naciones Unidas (2014) *Los objetivos del milenio: Balance del 2013.*http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/11/Objetivos-del-Milenio-Balance-2013.pdf [Consulta: 17/06/2015]

Sen, Amartya (1999) ***Development as Freedom.*** Estados Unidos: The New York Times Co.

Singh Abgijeet (s. f) *Size and Source of the Private School Premium in Test Scores in India.* http://www.younglives.org.uk/files/others/inequalities-conference-papers/singh-sizesourcesprivateschoolpremiumtestscoresindia [Consulta: 18/02/2016]

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (s.f. a) *Indicadores del SIISE: Hacinamiento* http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/VIVIENDA/ficviv_V02.htm [Consulta: 14/10/2015]

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (s.f b) *Indicadores del SIISE: Analfabetismo Funcional* http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/Educacion/ficedu_E02.htm [Consulta: 15/02/2016]

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (s.f. c) *Indicadores del SIISE: Población Económicamente Activa (PEA)* http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/Empleo/ficemp_T01.htm [Consulta: 17/10/2015]

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (s.f. d) *Indicadores del SIISE: Tasa Global de Fecundidad* http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/Poblaci%C3%B3n/ficpbl_D03.htm [Consulta: 24/02/2016]

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (s.f. e) *Indicadores del SIISE: Tasa de Natalidad* http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/Poblaci%C3%B3n/ficpbl_D04.htm [Consulta: 24/02/2016]

Stiglitz, E. Joseph (2000) ***La Economía del Sector Público.*** (3era) España: Antoni Bosch, editor

Szot Jorge (enero 2002) *Mortalidad infantil e indicadores económicos en Chile: 1985-1999.* ***Rev. Med Chile*** 130 (1). Chile

Tafani R., Gaspio N y Maldonado R (2005) Economía, Educación y Salud Materno Infantil. ***Revista de Salud Pública***

Tapia, José (2005). Economía y Mortalidad en las Ciencias Sociales: del Renacimiento a las Ideas sobre la Transición Demográfica. ***Salud Colectiva,*** *1 (3), Argentina.*

Tassara, Cario (2011) Objetivos de Desarrollo del Milenio, políticas públicas y desarrollo humano en América Latina. Análisis en un caso exitoso en Antioquia. ***Investigación y Desarrollo*** (19) 2 http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/3296/4618 [Consulta: 02/07/2015]

Todaro, Michael y Smith, Stephen (2012) ***Economic Development.*** (11va) Estados Unidos: Pearson.

Torres Silvia y Sequeira Santiago (2003) ***Investigación Cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras.*** Instituto Nacional de la Mujer (INAM)

Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas UDAPE y Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (2010) ***Sexto Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia.*** La Paz: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Bolivia/progresonacional2010.pdf [Consulta: 08/03/2016]

Uribe, Elías (s.f) ***Mortalidad Materna.*** N.d. http://www.medicinaysalud.unam.mx/temas/2009/01_ene_2k9.pdfm [Consulta: 01/09/2015]

Villela, Fabiana y Santos Patricia (2015) Programas and public policy contributions for the improvement of maternal health. ***Rev. Gaúcha Enferm 36***

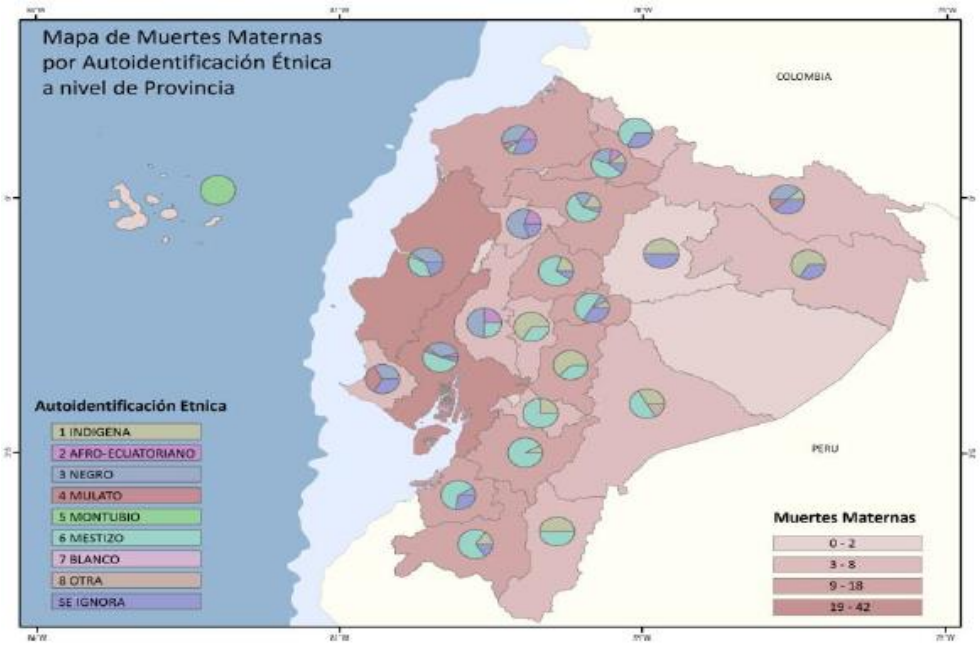
Veloz María, Martínez Oscar, Ahumada Elias, Puello Edgardo, Amezcua Francisco y Hernández Marcelino (2010). Eclampsia, hemorragia obstétrica y cardiopatía como causa de mortalidad materna en 15 años de análisis. ***Ginecología y Obstetricia de México,*** *78 (4), México.*

Zhong Zhao (2005) ***Health Determinants in the Urban China,*** Alemania: Institute of the Study or Labor (IZA)

Anexos

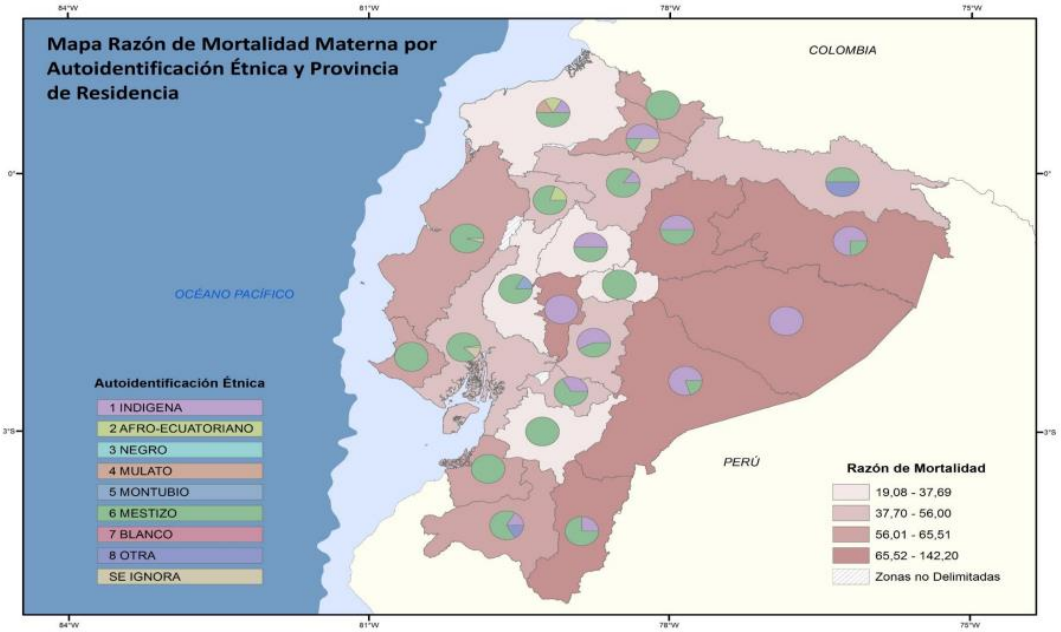
Anexo 1: Mapas

Mapa No. 1
Mapa de la razón de mortalidad materna a nivel provincial y por autoidentificación étnica para el año 2011, Ecuador



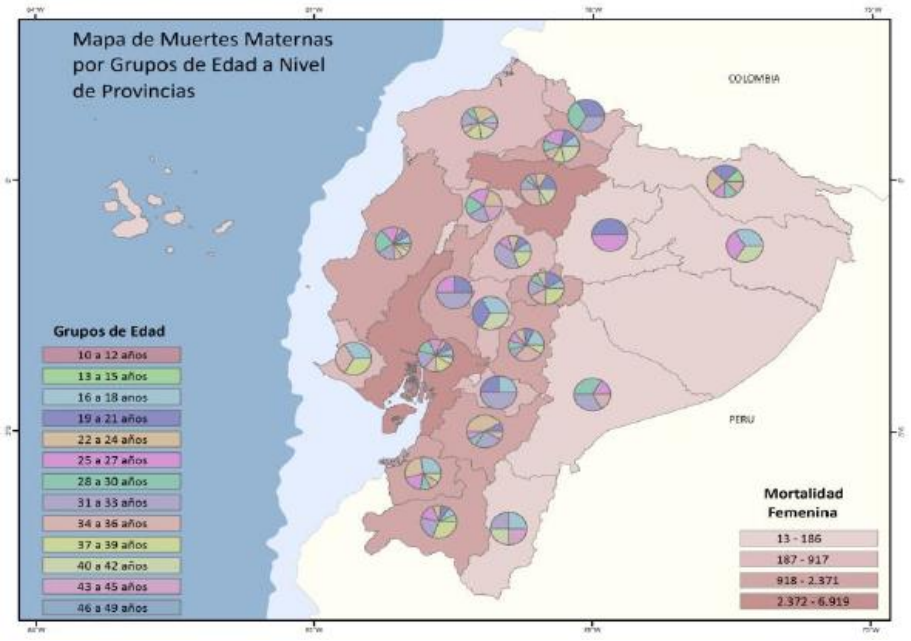
Fuente y elaboración: INEC (2011) Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones.

Mapa No. 2
Mapa de la razón de mortalidad materna a nivel provincial y por autoidentificación étnica para el año 2014, Ecuador



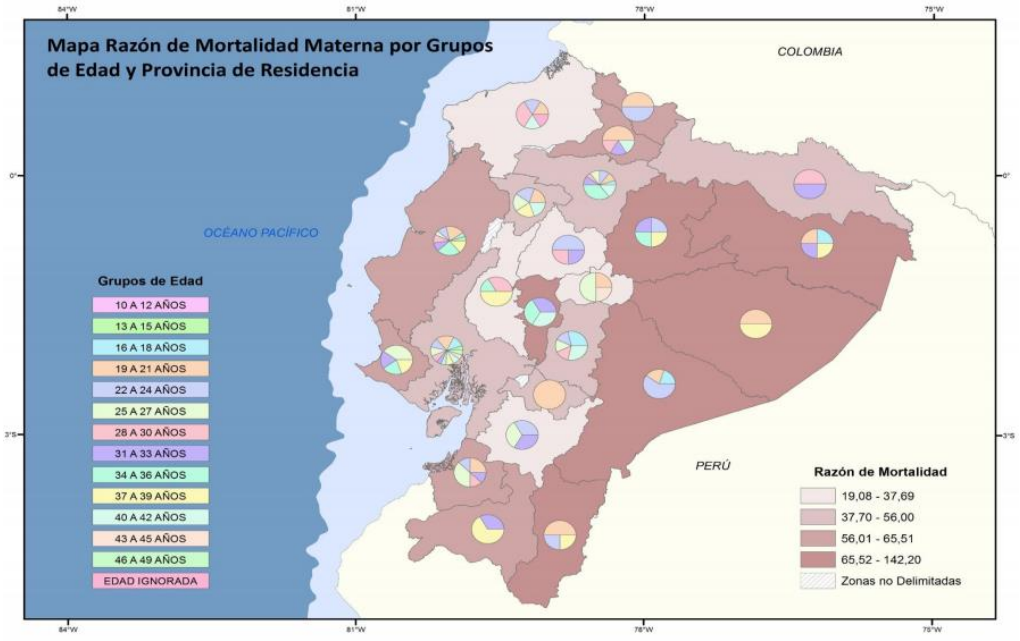
Fuente y elaboración: INEC (2014) Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones.

Mapa No. 3
Mapa de la razón de mortalidad materna a nivel provincial y por edades para el año 2011, Ecuador



Fuente y elaboración: INEC (2011) Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones.

Mapa No. 4
Mapa de la razón de mortalidad materna a nivel provincial y por edades para el año 2014, Ecuador



Fuente y elaboración: INEC (2014) Anuario de Estadisticas Vitales – Nacimientos y Defunciones.

Anexo 2: Información del Ecuador

Tabla No. 50
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Ecuador

Año	Razón de Mortalidad Materna (RMM)[a]	Muertes maternas	Muertes maternas indirectas relacionadas con el SIDA	Nacidos vivos[b]	Proporción de muertes maternas entre las muertes de mujeres en edad fecunda (PM %)
	Por 100 000 nacidos vivos (lb)	Números	Números	Miles	
1990	185 [164-211]	570	1	308	12.7
1995	131 [116-149]	410	2	314	9.0
2000	103 [91-116]	320	4	314	6.7
2005	74 [66-83]	240	4	318	5.0
2010	75 [71-79]	240	3	327	5.2
2015	64 [57-71]	210	1	331	4.4

[a] La RMM y PM están calculadas para mujeres entre 15-49 años.
[b] Los datos de nacidos vivos son de las Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2015. Nueva York, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Secretaría de las Naciones Unidas; 2015.

Tasa anual de reducción	(%)
1990-2015	4.3 [3.6 - 5]
1990-2000	5.9 [4.2 - 7.7]
2000-2015	3.2 [2.1 - 4.3]
2005-2015	1.5 [0 - 3]

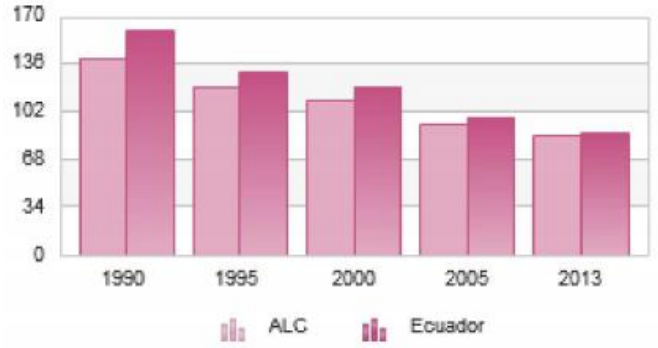
Fuente y elaboración: Organización Mundial de la Salud et. al.

Tabla No. 51
Tasa de Fecundidad general por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva y asistencia calificada en el parto, Ecuador

Año	PBI per cápita, PPA ($ int. constantes 2011)	Tasa de Fecundidad General por 1000 mujeres 15-49	Asistencia calificada en el parto (% de nacimientos)
1990	7384	121	98
1995	7598	108	98
2000	7470	96	99
2005	8248	89	99
2010	9280	84	99
2015	10494	78	99

Fuente: y elaboración: Organización Mundial de la Salud et. al.

Gráfico No. 27
Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos, Ecuador y América Latina y el Caribe



Fuente: Base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Elaboración: CEPAL (2015e)