



Análisis comparativo de políticas públicas en salud materno - infantil de la última década. Ecuador

Comparative analysis of public policies on maternal and child health in the last decade. Ecuador

Análise comparativa das políticas públicas de saúde materno-infantil na última década. Equador

Liricis Yamara Zambrano-Loor ^I
liricisyamara@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6029-6101>

Mónica Patricia Mastarreno-Cedeño ^{III}
monicamastarreno@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3572-7958>

Narciza Paulina Briones-Bermeo ^{II}
narpauli2011@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-0599-8239>

Miriam Enriqueta Barreto-Rosado ^{IV}
mbarretorosado@gimail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6090-2757>

Correspondencia: liricisyamara@hotmail.com

Ciencias técnicas y aplicadas
Artículo de revisión

***Recibido:** 15 de diciembre de 2020 ***Aceptado:** 30 de diciembre de 2020 * **Publicado:** 04 de enero de 2021

- I. Licenciada en Enfermería, Magister en Emergencias Médicas. Profesora Auxiliar Tiempo Completo, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.
- II. Licenciada en Enfermería, Magister en Emergencias Médicas. Profesora Auxiliar Tiempo Completo, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.
- III. Licenciada en Enfermería, Magister en Docencia Universitaria. Profesora Auxiliar Tiempo Completo, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.
- IV. Licenciada en Enfermería, Magister en Gerencia en Salud para el desarrollo local Profesora Auxiliar Tiempo Completo, Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo, Ecuador.

Resumen

Las políticas públicas en el sector de salud materno – infantil, han ido evolucionando conforme ha aumentado la demanda demográfica de los grupos comprendidos en este rango, un mayor porcentaje del presupuesto general del estado se destina al sector salud convirtiendo este aumento en una herramienta necesaria para cumplir los objetivos propuestos. Sin embargo varios análisis realizados no logran evidenciar un cambio en los valores obtenidos para factores como la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la lactancia materna y la salud de los niños, de aquí el motivo de realizar este análisis con el objetivo de comparar los valores actuales con los de décadas anteriores a las gestiones del actual gobierno.

Objetivo: Comparar los datos en salud materno – infantil, en relación a sus políticas públicas aplicadas desde décadas anteriores a la actualidad.

Método: Se utilizó el método comparativo de políticas públicas por sectores, descrito por Grau y Pearson, destacando la evolución de los grupos demográficos en un tiempo establecido y el aumento de la población. Todos los datos proporcionados, fueron tomados de otros análisis como información bibliográfica de fuentes secundarias.

Análisis: No se evidencian diferencias estadísticamente significativas para la disminución de la mortalidad materna desde 1990 hasta el 2015, los rangos de mortalidad infantil no se han reducido en comparación de un histórico y se mantienen en valores cercanos al 35%. El acceso a la lactancia materna tiene valores dispersos, sin embargo se mantiene en el rango de la tendencia descrita desde décadas anteriores. Otros factores de relevancia como la salud de niños hasta los cinco años, inmunizaciones y mayor acceso a las casas de salud deberían en los próximos años evidenciar mejoras en los datos comparados para la salud materno – infantil en el Ecuador.

Conclusiones: Se compararon los datos en dos rangos de proyecciones desde 1987 – 2004 y 2005 – 2016, las políticas públicas están dadas por reestructuraciones que vienen desde la carta magna de Montecristi en el año 2008, la comparación es solo del sector salud materno – infantil. Se deben mantener los mecanismos de recopilación de datos y levantamiento de la información para que se pueda evidenciar en el futuro si existen cambios significativos en este sector de estudio.

Palabras clave: Política pública; década; Ecuador; salud; maternidad; infantil.

Abstract

Public policies in the field of maternal health - children, have evolved as increased demographic demand for the groups within this range, a higher percentage of the overall state budget is allocated to the health sector making this increase in a necessary tool for meet the objectives. However, several analyzes fail to show a change in the values obtained for factors such as maternal mortality, infant mortality, breastfeeding and health of children, hence the reason for performing this analysis in order to compare the values earlier today with the efforts of the current government decades.

To compare data on maternal - child health in relation to their public policies since decades prior to today.

Method: the comparative method was used for public policy sectors, described by Grau and Pearson, highlighting the evolution of demographic groups at a set time and the increase in population. All data provided were taken from other analyzes such as bibliographic information from secondary sources.

Analysis: No statistically significant differences for reducing maternal mortality are evident from 1990 to 2015, infant mortality ranges have not been reduced compared to a historical and held to close to 35%. Access to breastfeeding has scattered values, however it remains in the range of the trend described from previous decades. Other important factors such as health of children up to five years, increased access to immunizations and nursing homes in the coming years should show improvements in comparative data for maternal health - children in Ecuador.

Conclusions: Data were compared in two ranges of projections from 1987 - 2004 and 2005 - 2016, public policies are given by restructuring coming from the charter of Montecristi in 2008, the comparison is only the maternal health sector - Children . Must maintain the mechanisms for data collection and gathering of information so that it can show in the future if there are significant changes in this area of study.

Keywords: Public policy; decade; Ecuador; Health; maternity; childish.

Resumo

As políticas públicas no setor de saúde materno-infantil têm evoluído à medida que aumenta a demanda demográfica dos grupos dentro desta faixa, uma maior porcentagem do orçamento geral do Estado é alocada ao setor saúde, tornando este aumento uma ferramenta necessária para atender aos objetivos propostos. No entanto, várias análises realizadas não mostram uma alteração nos

valores obtidos para factores como mortalidade materna, mortalidade infantil, amamentação e saúde da criança, daí o motivo da realização desta análise para comparar os valores. atual com as décadas anteriores às administrações do atual governo.

Objetivo: Comparar dados sobre saúde materno-infantil, em relação às políticas públicas aplicadas nas décadas anteriores à atual.

Método: Foi utilizado o método comparativo de políticas públicas setoriais, descrito por Grau e Pearson, destacando a evolução dos grupos demográficos em um determinado tempo e o aumento da população. Todos os dados fornecidos foram retirados de outras análises como informações bibliográficas de fontes secundárias.

Análise: Não há diferenças estatisticamente significativas para a redução da mortalidade materna de 1990 a 2015, as faixas de mortalidade infantil não foram reduzidas em relação a uma histórica e permanecem em valores próximos a 35%. O acesso ao aleitamento materno apresenta valores dispersos, porém permanece dentro da faixa de tendência descrita nas décadas anteriores. Outros fatores relevantes como a saúde das crianças de até cinco anos de idade, imunizações e maior acesso a casas de saúde devem nos próximos anos apresentar melhorias nos dados comparados de saúde materno-infantil no Equador.

Conclusões: Os dados foram comparados em duas faixas de projeções de 1987 a 2004 e 2005 a 2016, as políticas públicas se dão por reestruturações oriundas da Carta Magna de Montecristi de 2008, a comparação é apenas do setor saúde materno-infantil. Os mecanismos de coleta de dados e coleta de informações devem ser mantidos para que se possa ver no futuro se há mudanças significativas neste setor de estudo.

Palavras-chave: Políticas públicas; década; Equador; Saúde; maternidade; infantil.

Introducción

En el transcurso de la vida jurídica de las instituciones de salud del Ecuador, es común encontrar análisis realizados desde hace algunas décadas sobre la salud materno – infantil. Específicamente desde 1987 se está trabajando en conjunto con organizaciones internacionales para proveer de información eficaz y de primera mano sobre los factores de mayor importancia dentro del marco de la salud en las madres y los niños de nuestro país.

La mortalidad materna se considera uno de los factores primordiales dentro de los ejes de estudio, de acuerdo a la ENDEMAIN (2004), El valor estimado para la razón de mortalidad materna bajó de 159 (por cada 100.000 habitantes) para el período 1988-1994 a 107 para el período 1994-2004, sin embargo, este cambio no es estadísticamente significativo.

A partir de 1987, el Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (Cepar) ha desarrollado de manera periódica la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (Endemain). La última encuesta, realizada en 2004, fue la primera de esta serie de investigaciones, que incluyó mediciones antropométricas de las mujeres en edad reproductiva y de sus hijos menores de 5 años a escala nacional. La información recolectada reveló una disminución modesta en las tasas globales de desnutrición y, al igual que en la encuesta DANS, se evidenció una gran inequidad entre áreas urbanas y rurales, etnia y quintil económico. Uno de los resultados más sorprendentes de esta encuesta fue el descubrimiento de una epidemia de sobrepeso y obesidad en las mujeres en edad fértil (Ordóñez et al., 2005).

Debido a los cambios epidemiológicos que se han dado en el Ecuador y que lo ubican como un país en transición, es evidente que han cambiado los patrones de los problemas nutricionales, y que básicamente se plantea, por un lado, la persistencia de los problemas por déficit y, por otro, la emergencia, en forma acelerada, del sobrepeso y la obesidad a lo largo del ciclo de vida. Datos recopilados por el Banco Mundial (2007) calculan que en el Ecuador, una de cada dos mujeres en edad fértil tiene sobrepeso o es obesa. Además, estimaciones de sobrepeso en la población infantil, con base en los datos de la DANS, estiman que cerca del 4.2% de los niños menores de 5 años tiene un peso por encima del esperado (Freire, 1988). Por otro lado, estudios efectuados en la población de adultos mayores calculan que más del 50% de ellos también presentan problemas de exceso de peso (Freire, 2010). Este nuevo panorama necesita ser identificado en toda su dimensión, puesto que todavía no ha sido reconocido como un problema de salud pública.

Las encuestas Endemain han generado información sistemática y desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños, con lo cual se ha hecho un diagnóstico de la situación de salud sexual y reproductiva de la población, lo que ha permitido conocer y estudiar los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, mortalidad infantil y de la niñez, incluyendo la regulación de la fecundidad, e información sobre VIH/sida. Su diseño muestral ha permitido incorporar nuevos temas, y es así que en la última Endemain (2004) se recolectó

información sobre antropometría, violencia contra la mujer, uso de servicios de salud gastos en salud y gastos de consumo de los hogares.

En la actualidad en temas de salud se evidencia así: “en un promedio para los años 2012 y 2013, la Mortalidad Materna es significativamente más alta en aquellas mujeres autodefinidas o caracterizadas por sus familiares como indígenas, afro ecuatorianas o negras, con razones promedio para los dos años que varían entre 117,1 (indígenas) hasta 186,5 (negras), mientras que entre las mujeres montubias, mestizas o blancas, el rango de la razón de mortalidad materna para esos mismos años está entre 27,2 y 48,6 por cada 100.000 habitantes”. (Noboa, H. 2015).

Las políticas públicas han ido avizorando cambios estructurales en el tema materno – infantil, es así solo de mencionar, la eliminación de Unidad Ejecutora de Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, reemplazo de ENIPLA por Plan Familia que propone una política pública basada en la abstinencia para reducir el embarazo adolescente y la criminalización del aborto, sin embargo otras políticas buscan incrementar hasta el 80% de cobertura ciudadana a las mujeres en estado de gestación y edad fértil, incrementar el acceso a programas de planificación familiar y reducción de la tendencia del VIH, reducir a menos del 25% la mortalidad infantil para niños menores a 5 años, establecer el programa de inmunizaciones por encima del 90% de la población tanto para madres en gestación o edad fértil como a niños menores a 5 años. Todos estos factores bajo el contexto del incremento del presupuesto general del estados para el sector salud, poniendo énfasis fundamental en la salud materno – infantil.

Revisión bibliográfica

Mortalidad Materna

La salud materno - infantil se considera un área prioritaria para la Organización Mundial de la Salud (OMS); alrededor del mundo cada día mueren aproximadamente 1500 mujeres, víctimas de complicaciones secundarias al embarazo o parto (WHO, 2009). En América Latina y el Caribe, se estima un promedio de 130 muertes por cada 100.000 nacidos por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (OPS, 2002). En nuestro país, para el año 2009 se registraron 208 muertes de mujeres relacionadas con embarazo, parto y puerperio, lo que representa una razón de mortalidad materna, según el INEC de 96,34 por 100.000 nacidos vivos inscritos en el mismo año (INEC, 2007).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud y su referente regional: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), recomiendan a los gobiernos de los países que reportan altas razones de mortalidad materna, implementar estrategias tendientes a reducir o prevenir las muertes maternas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio con el fin de alcanzar la meta 6 del objetivo 5 de los Objetivos del Milenio, que consiste en reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna antes del año 2015 (ONU, 2010). Con este objetivo, en 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) desarrollaron un paquete de intervenciones o estrategias, cuyo fin es asegurar atención en los servicios de salud con una básica a las madres asegurando que las intervenciones se realicen en tres niveles: Reducir la posibilidad de embarazos no planificados o no deseados; reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y reducir las posibilidades de muerte en mujeres que sufren complicaciones durante estas etapas de la vida reproductiva (WHO, 2008). En nuestro país, en la última década, el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud y los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, en cumplimiento con los compromisos internacionales adquiridos, implementaron como parte del Plan de Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonata, que constituye un conjunto de políticas y estrategias costo-efectivas encaminadas a lograr la reducción de la mortalidad materna en el Ecuador. Durante la elaboración de este plan se desarrollaron varios instrumentos útiles basados en las experiencias del Plan de Reducción de la Mortalidad Materna (2005) y la Guía de Intervenciones Perinatales Basadas en Evidencia (2006) que permiten el mejor cumplimiento de sus líneas de acción: Mejorar el acceso a la información sobre anticoncepción, la organización de redes intra e interinstitucionales que incluyen también al sistema tradicional de salud, énfasis de la atención en la aplicación de normas y protocolos, vigilancia epidemiológica, mejora continua de la calidad de atención con enfoque en derechos, en género e interculturalidad.

En este contexto, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna constituye una herramienta fundamental, ya que dentro de las estrategias encaminadas a la reducción de la mortalidad materna a corto plazo, es imprescindible disponer de la información básica de las muertes ocurridas y así orientar los esfuerzos hacia la resolución del problema. El Sistema de Vigilancia de Muerte Materna del Ministerio de Salud Pública que es parte del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica Alerta (SIVE-VEeMM), es desarrollado e implementado recién a

mitad del año 2002 (MSP, 2009), siendo un sistema de vigilancia joven que se encuentra en proceso de perfeccionamiento. Según la OMS, existen varias causas directas e indirectas de muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio, y de éstas el 80% se atribuyen a causas directas, siendo las principales: Hemorragias graves, infecciones, eclampsia, partos obstruidos, abortos realizados en condiciones de riesgo, otras causas directas y otras causas indirectas (WHO, 2009). De esta descripción, el 13% de muertes maternas están relacionadas con abortos realizados en condiciones de riesgo, lo cual se traduce en aproximadamente 67.000 muertes al año alrededor del mundo; sin embargo debemos reflexionar acerca de cuál es la dimensión real de la muerte materna debido a aborto. Detrás de las estadísticas de infecciones, hemorragias o complicaciones cardiovasculares pueden esconderse complicaciones relacionadas con aborto realizado en condiciones de riesgo. Los reportes de muertes clasificadas como otras causas directas o indirectas también puede encubrir el triste desenlace de una historia que no desea ser revelada por la familia de la madre fallecida.

Para el año 1990, el Ecuador se encontraba en el puesto 16 entre los países con altas tasas de mortalidad materna de la región, en un estudio realizado en el año 2008, Ecuador ocupa el tercer lugar entre los países de la región Bolivariana con una tasa de mortalidad materna descrita para el año 2005 en 84.95 por 100.000 nacidos vivos (Faneite P. 2008). La situación de la muerte materna es analizada mediante el indicador denominado Razón de Mortalidad Materna (RMM), el cual expresa el número de defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos (Mata, P. et al 2008). En nuestro país, la obtención de este indicador ha atravesado diferentes etapas en la búsqueda de una metodología única que estandarice la forma de calcular la mortalidad materna. El Ecuador ha realizado considerables esfuerzos para reducir la muerte materna, con razones que van desde 101 muertes por 100.000 n.v. estimados por el Coeficiente de Inscripción Tardío de Nacimientos (CITAN) en el año 1990, hasta 66 muertes por 100.000 n.v. (CITAN) para el año 2000. En el año 2008, por cada 100.000 niños que nacieron, murieron 46 madres (razones calculadas con un denominador que incluye nacidos vivos estimados por el CITAN).

Lactancia materna y salud infantil

La gran mayoría de madres pueden y deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la gran mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados. Solo en circunstancias excepcionales se considera a la leche de la madre inadecuada para un lactante. En esas escasas situaciones hay

que seleccionar la mejor alternativa, que puede ser la leche extraída de la propia madre, leche de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sucedáneo de la leche humana ofrecido en una taza, que es el método más seguro que un biberón (OMS/Unicef, 2003).

Las prácticas inadecuadas de lactancia materna son uno de los factores de riesgo, de enfermedad y de muerte en la primera infancia, por ello la leche materna es considerada el alimento ideal e insustituible para el recién nacido, porque es la fuente de todos los nutrientes y otros numerosos componentes que necesita para su óptimo crecimiento y desarrollo. Además de ser un alimento completo, contiene anticuerpos que ayudan a proteger al niño de las enfermedades propias de la infancia (diarrea y enfermedades respiratorias), y sus beneficios alcanzan las edades mayores (Black, 2008). Por ello, la OMS recomienda que durante los primeros 6 meses de vida, la leche materna sea el único alimento que el niño consuma, excluyendo sólidos y cualquier otro líquido, excepto medicinas, vitaminas y minerales. Además, recomienda que solo a partir de los 6 meses de vida se inicie la alimentación complementaria [AC] oportuna, adecuada y segura, manteniendo la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más, hasta que sea deseable por la madre y el hijo, con el fin de garantizar una buena nutrición del niño en pleno crecimiento.

La leche materna es un alimento insustituible porque su composición varía según la edad del niño, la hora de la lactada y los componentes de la dieta materna. El precalostro es la secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación, en preparación al inicio y continuación de producción de leche materna. Está compuesto por plasma, sodio, cloro y otros nutrientes, más inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, y algo de lactosa y otras sustancias beneficiosas para el niño. El calostro se secreta durante los primeros días luego del parto. Es un fluido espeso y amarillento debido a la alta concentración de betacarotenos. Su volumen puede variar entre 2 a 20 ml por lactada, en los tres primeros días. Esto es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Tiene, en promedio, 67 kcal /100 ml. Además, contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, ácido siálico, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, manganeso, selenio) en comparación con la leche madura.

Por estas ventajas de la leche materna, se ha estimado que cerca de 2 millones de muertes infantiles pueden prevenirse con prácticas adecuadas de lactancia materna. Niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses tienen por lo menos 2.5 veces menos episodios de enfermedad, 25 veces menos la probabilidad de morir de diarrea, y tres veces menos la probabilidad de morir por infecciones respiratorias, que aquellos niños que se alimentan

con leche sustituta (López-Alarcón, Villalpando, y Fajardo, 1997). Por otro lado, los riesgos de la alimentación con leche de fórmula, además de que interfieren con el apego madre-niño, ponen en riesgo al niño de mayores episodios de diarrea y enfermedades respiratorias, y de que estos cuadros sean más prolongados; se asocia con un mayor riesgo de deficiencia de vitamina A y de hierro, mayor intolerancia a la leche y con una disminución de la capacidad intelectual (Anderson, Johnstone, y Remley, 1999).

Si se aplicaran las recomendaciones de lactancia materna exclusiva, los ahorros debido reducciones en los gastos médicos y el costo del tiempo dedicado por ambos padres se calculan en medio millón de dólares por año; cifras que no incluyen otra serie de gastos relacionados con otras afecciones examinadas (diferentes de otitis media, gastroenteritis y enterocolitis necrotizante), ni muchas otras afecciones con consecuencias económicas, como son los efectos cognitivos y otras enfermedades infantiles, maternas y crónicas (Nicoll y Williams, 2002). En aquellas comunidades pobres el costo de la leche sustituta, más los biberones y el combustible para preparar las fórmulas pueden llegar a significar del 25 al 50% del ingreso familiar (Duncan et al., 1993). }

Metodología

Basado en la metodología descrita por Grau (2002), se pueden describir los estudios de políticas comparadas por sectores, este tipo de estudios busca encontrar la relación entre las medidas adoptadas en un periodo de tiempo evolutivo o en el incremento de la fracción territorial (grupo de personas estudiadas), en el caso específico del análisis de las políticas públicas materno – infantil, existen vínculos que van en ambas direcciones por una parte el sector salud, tiene una subdivisión específica para la salud materno – infantil, debido a la importancia que representa como factor de concertación de impacto en este sector y por otro lado el aumento demográfico de los grupos de estudio (mujeres en estado de gestación o en edad fértil) obliga a los estados a tomar medidas fundamentales para que sus políticas hagan pie en la transformación de la sociedad y desde una visión macro en la del país o región.

Este análisis comparativo requiere enfrentar los avances en materia de salud materno – infantil en el Ecuador en las décadas anteriores 1994 – 2004, así como desde la llegada de la denominada “Revolución Ciudadana” y con ella la modificación a las políticas a través de la reestructuración de la Constitución de la República del Ecuador, a partir del año 2008 hasta la presente fecha. Se

analizaran datos provistos por las fuentes oficiales, de libre acceso describiendo los factores más relevantes de su estructura.

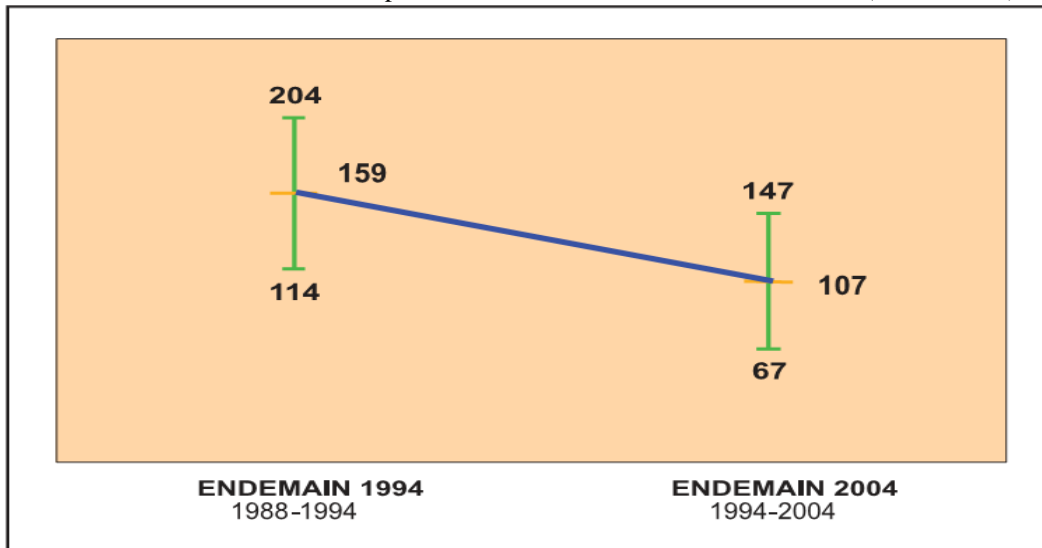
Análisis

En el transcurso de las últimas décadas en el Ecuador la sociedad civil se había organizado alrededor de la prestación de servicios de salud mediante comités de usuarias–soportados por la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia- que velaban por el cumplimiento de la normativa y leyes desde los noventas. Estos comités funcionaban alrededor de Centros y Subcentros de Salud a nivel nacional, realizando veedurías en torno a Atención a la Mujer y a la Infancia. Con la modificación, a través del Código Monetario y la eliminación de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita en 2014, estos Comités quedaron sin funciones. Adicionalmente, desde el 2013 se han modificado las funciones de los Comités de Usuarias, pasando de ser veedores a ser “promotores” de los servicios de salud que oferta el Estado, así como aquellos que captan usuarios para el sistema. Además de los Comités de Usuarias, hasta el 2011-2012 existieron también los Consejos Cantonales de Salud, entidades que se encargaban de coordinar la política local en salud para alimentar al CONASA (Consejo Nacional de Salud- hoy extinto) y que estaban compuestos por una diversidad de actores (ONGs, Municipio, Bomberos, Patronatos, entre otros). Estos Consejos también fueron desarticulados y se conformaron los “Comités Locales de Salud” que dependen de los servicios de salud y por tanto cuentan con una mirada curativa. Así mismo funcionan como promotores de servicios de salud y captan usuarios/as para el sistema.

Proyecciones 1987 – 2004

De acuerdo a los datos presentados en la ENDEMAIN periodo (1987 – 2004) la quinta parte de las mujeres en edad fértil entrevistadas son menores de 20 años y la proporción disminuye hasta el 9 por ciento para mujeres de 45-49 años; así mismo, un poco más de la mitad son menores de 30 años. Cerca de la tercera parte son solteras y más de la mitad están en unión (unidas y casadas). Es evidente el mejoramiento en el nivel educativo de las mujeres con respecto a la encuesta de 1999, menores porcentajes de mujeres sin instrucción, mayores en el nivel secundario y especialmente en el superior.

Tabla 1: Intervalo de confianza para la estimación de la mortalidad materna. (1988 – 2004).



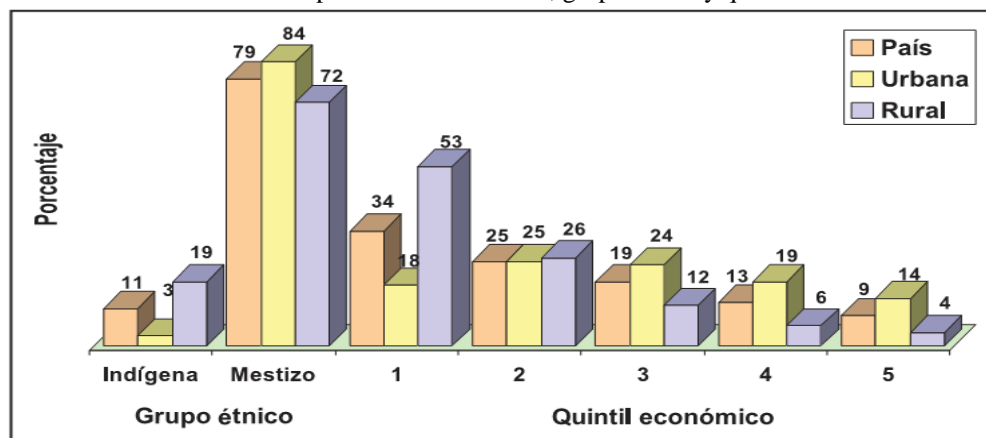
Fuente: ENDEMAIN (2004).

Elaboración: ENDEMAIN (2004).

Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil estimada para el período de 5 años entre julio de 1999 y junio de 2004 es de 29 muertes por mil nacidos vivos, casi igual a la tasa estimada para los 5 años previos a la ENDEMAIN-1999. La mortalidad neonatal y post-neonatal también se mantuvo casi a los mismos niveles registrados por la encuesta anterior. La estabilidad en el nivel de mortalidad en los últimos 5 años interrumpe la tendencia de las últimas 4 encuestas entre 1987 y 1999 cuando la mortalidad infantil descendió de 58 a 30 muertes infantiles por 1.000 nacidos vivos.

Tabla 2: Nacidos vivos por área de residencia, grupo étnico y quintil económico.



Fuente: ENDEMAIN (2004).

Elaboración: ENDEMAIN (2004).

Lactancia materna

En el Ecuador la lactancia materna es una práctica generalizada, ya que se inicia en el 96.7 por ciento de los recién nacidos. La proporción de madres que inician la lactancia durante la primera hora es mayor en la Sierra que en la Costa. Las mujeres más pobres tienden a iniciar más temprano la lactancia que mujeres de los quintiles más altos. El 41.2 por ciento de madres recibió consejería sobre lactancia materna, proporción que varía entre 48.3 por ciento en áreas urbanas y 31.8 por ciento en rurales.

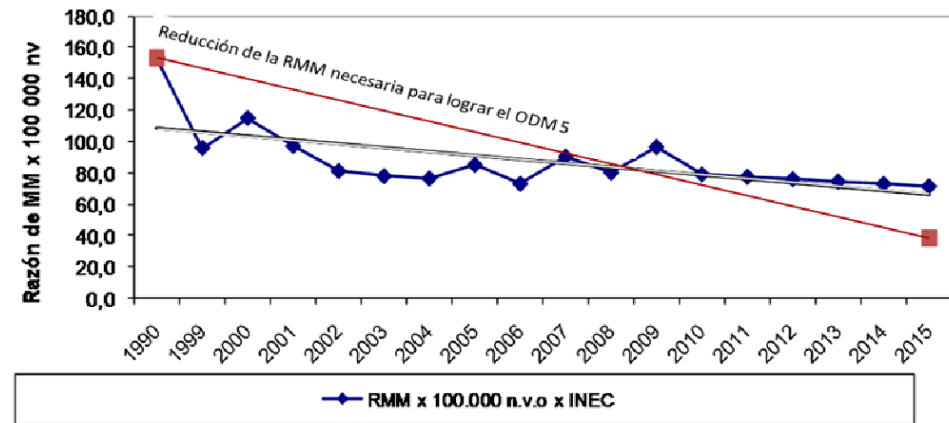
Salud del niño

Según las normas del MSP, el primer control del niño debe realizarse durante el transcurso del primer mes de vida y mantenerse periódicamente hasta cumplir los 5 años de edad. El 93.6 por ciento de niños fue llevado para el control por lo menos en una oportunidad. El cumplimiento de esta norma varía del 50.1 por ciento en el área urbana al 39.6 por ciento en la rural. El 35.8 por ciento de niños del nivel económico bajo es llevado en el transcurso del primer mes de vida, cifra que asciende al 60.0 por ciento entre quienes pertenecen al nivel alto. Sólo el 29.0 por ciento de niños de población indígena concurren a su primer control durante el primer mes de vida. Los establecimientos del MSP son la principal fuente de atención del primer control de recién nacido.

Proyecciones 2005 – 2016

Según cifras oficiales del INEC, para el año 2009 se reportaron 208 muertes maternas, no se dispone de cifras oficiales por parte del INEC de las muertes maternas reportadas en el año 2010. El número de muertes para el año 2009 es mucho mayor a las registradas en el período 2001 – 2008, en donde los valores máximo y mínimo registrados son: 187 (año 2001) y 129 (año 2004) muertes maternas respectivamente. La razón de mortalidad materna que se encuentra publicada actualmente en el INEC para el año 2009 es de 96,34 x 100.000 n.v. inscritos en el mismo año.

Tabla 3: Tendencia anual de la razón de mortalidad materna. Ecuador 1999 - 2015

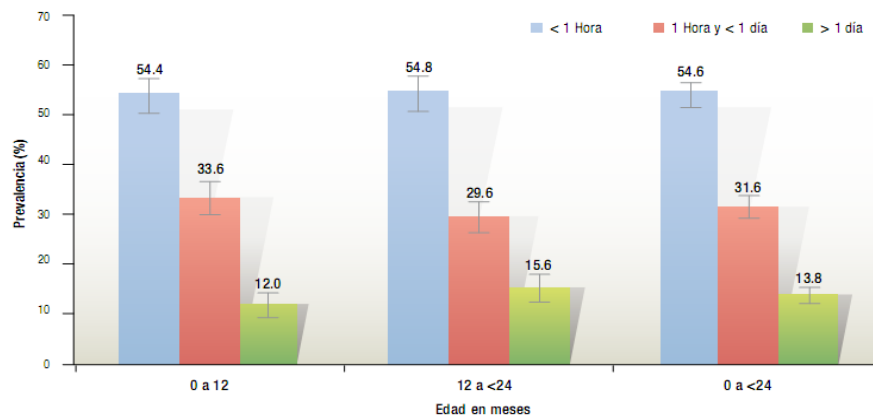


Fuente: Bustamante, V. (2009).

Elaboración: Bustamante, V. (2009).

Para reducir en 35% la mortalidad materna hasta el año 2013, como lo describe el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013 en su objetivo No. 3. Y si la tendencia de mortalidad materna se mantiene, la RMM estimada para el año 2013 con respecto a lo observado en 2009, representa una reducción del 23% (n.v.o.), o del 25% (n.v.e. por CITAN), por lo tanto restaría un 12% o un 10% respectivamente para llegar a cumplir la meta según las muertes maternas reportadas en el INEC. De los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el quinto establece “Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015”. Si la misma tendencia de mortalidad materna se mantiene, la RMM estimada para el año 2015 con respecto a lo observado en 1990, representa una reducción del 53% (n.v.o.) o del 61% (n.v.e. por CITAN), por lo que restaría un 22% ó 14% respectivamente para llegar a cumplir la meta según las muertes maternas reportadas en el INEC.

Tabla 4: Indicadores de la lactancia materna dentro de las primeras 24 horas de nacido.



Fuente: ENDEMAIN (2014).

Elaboración: ENDEMAIN (2014).

Otros factores de análisis fueron la mortalidad infantil la cual no tiene diferencia estadística significativa en comparación con el periodo 1987 – 2004 y el actual 2005 – 2016, según lo reportado por el INEC, el Ecuador se encuentra aún por encima del 35% de mortalidad infantil y se ha intentado reducir estos valores con prevalencia en el sistema de atención a los niños menores de 5 años para intentar contrarrestar estos efectos, alcanzando su logro más notable con los niños menores de un año en un total del 96% de atenciones para este grupo, sin embargo aún no se logra tener diferencias estadísticas en este grupo.

Uno de los avances que se han resaltado es sin duda alguna el tema de las inmunizaciones, al ser el grupo de mayor interés los niños menores de 1 año se tiene igual cantidad en porcentaje de inmunizaciones para este grupo, es decir 96% de acuerdo a los datos reportados por el INEC, esto vislumbra un panorama prometedor para la reducción de la mortalidad infantil y se cree que estas políticas públicas conforman una estructura que en los próximos años logrará describir mejoras en este sector de la salud en el Ecuador.

Conclusiones

La mortalidad materno – infantil continua en valores de permanencia en todos los análisis revisados, tanto a nivel histórico como actual, dichos valores no muestran desaceleración en su tendencia, sin embargo muchos planes gubernamentales desarrollados a partir de políticas públicas en el sector salud, vislumbran un futuro prometedor y que debe seguirse evaluando en el contexto socio – político de nuestra región.

El acceso a los servicios de salud representa una de las mayores barreras a vencer por el estado ecuatoriano, aunque es imperativo decir que la modificación estructural del Ministerio de Salud Pública tiene en sus competencias lograr como una de las principales metas que el sistema de salud, tenga un mayor impacto en su cobertura debido a la inversión en hospitales, centros de salud y demás casas asistenciales, dichos cambios y transiciones deben tomar su tiempo ya que en la aplicación se pueden suscitar imprevistos que poco a poco se deben de subsanar.

Referencias

1. Anderson, J. W., Johnstone, B. M., y Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 70(4), 525–535.
2. Bustamante Vanessa, M.D. MPH, (2009). *Por una Maternidad y Nacimientos Seguros*, Ecuador.
3. Duncan, B., Ey, J., Holberg, C. J., Wright, A. L., Martinez, F. D., y Taussig, L. M. (1993). Exclusive Breast-Feeding for at Least 4 Months Protects Against Otitis Media. *Pediatrics*, 91(5), 867–872.
4. Faneite Pedro M.D. (2008). Mortalidad materna en la Región Bolivariana de Latinoamérica; área crítica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, ISSN 0048 – 7732, volumen 68 n.1. Caracas, marzo 2008. Consultado en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322008000100005&script=sci_arttext.
5. Freire W., Dirren H., Mora JO., Arenales P., Granda E., Breilh J., Campana. A., Páez R., Darquea L. y Molina E. (1988). Diagnóstico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud de la Población Ecuatoriana menor de cinco años. *DANS*. Quito. Conade/MSP.
6. Freire W., Rojas E., Pazmiño L., Tito S., Buendía P., Salinas J., Álvarez P., Waters W. y Marco Fornansi. (2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. SABE I. Ecuador 2009-2010. Aliméntate Ecuador/MIES*.
7. Grau, Mireia y Araceli Mateos (eds.) (2002): *Análisis de políticas públicas en España: enfoques y casos*. Tirant lo Blanch, Valencia.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). *Defunciones (2007)*. Disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_vit/not_vit3.
9. López-Alarcón, M., Villalpando, S., y Fajardo, A. (1997). Breast-Feeding Lowers the Frequency and Duration of Acute Respiratory Infection and Diarrhea in Infants under Six Months of Age. *The Journal of Nutrition*, 127(3), 436–443.
10. Mata, P., Reynoso, F. Salazar A. (2006). Conceptos básicos de estadística descriptiva útiles para el médico. *Revista Hospital General Dr. M. Gea González*, vol.7 No.1.

- Páginas: 42 – 46. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg061i.pdf>.
11. Ministerio de Salud Pública (MSP). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna, 2002 – 2009.
 12. Nicoll, A., y Williams, A. (2002). Breast feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 87(2), 91–92. doi:10.1136/adc.87.2.91
 13. Ordoñez J. et al. Endemain. (2004) Ecuador: Encuesta de Demografía y Salud Materna e Infantil. Informe final. Quito.
 14. Organización de Naciones Unidas, (2010). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Objetivos del Milenio. Informe. Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf.
 15. Organización Panamericana de la Salud. (2002). Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna. Washington D.C. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature19.htm>.
 16. World Health Organization (2009). Department of Reproductive Health and Research, Making pregnancy safer. Anual report. Ginebra. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/.
 17. World Health Organization. (2008). Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Ginebra.