

Por una maternidad y nacimientos seguros



Por una maternidad y nacimientos seguros

Este material ha sido elaborado por:

Bernarda Salas - Directora Nacional de Normatización
Eduardo Yépez - Líder Salud Materna
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR - DIRECCIÓN DE NORMATIZACIÓN

Ninfa León Jiménez
UNIDAD EJECUTORA DE LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA
INFANCIA

Mercedes Borrero - Representante
César Hermida
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

Jorge Hermida
Patricio Ayabaca
PROYECTO DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD - HCI

Maritza Segura Villalva
FAMILY CARE INTERNATIONAL - FCI / ECUADOR

Edición:

Susana Camacho
Andrea Pequeño Bueno
Maritza Segura Villalva

Diseño e impresión:



graphus® 290 2760

La impresión de este documento fue realizada con el apoyo de:
Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA LAC
Family Care International - FCI

Quito, mayo 2008

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

contenido

Salud materna	5
La muerte materna	7
¿Por qué ocurre una muerte materna?	9
¿Qué sucede en nuestras provincias con la muerte materna?	10
Existen otras áreas donde es prioritario trabajar	13
¿Cómo apoyar la reducción de la mortalidad materna neonatal?	14
Salud materna es un derecho humano	15
Otras acciones claves para mejorar la salud materna y neonatal	18
Notas.	20



Salud materna

Es el bienestar físico, emocional y social vinculado al embarazo, el parto y post parto. Implica el acceso y atención oportuna, de calidad y calidez. Está determinada por las condiciones de vida de las mujeres y su capacidad de disfrutar de una **maternidad segura y voluntaria**.

Mortalidad materna

Es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a su terminación, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Mortalidad neonatal

Es la que ocurre desde el nacimiento hasta los 28 días posteriores al mismo.

En el Ecuador:

- En el año 2006, **por cada 100.000** niños que nacieron, **murieron 53 madres**¹.
- Entre el 2000 y el 2005, la **mortalidad neonatal subió de 9/1.000** nacidos vivos a **12,5/1.000** nacidos vivos².

La **muerte materna** es una tragedia familiar y comunitaria que tiene profundas consecuencias sociales y económicas:

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

Del 100% de muertes infantiles (muertes ocurridas antes de cumplir un año de vida) **casi el 57% son neonatales**: el 41,7% ocurren en los primeros 7 días de vida y el 14,9% entre los 7 y 27 días después de haber nacido³.

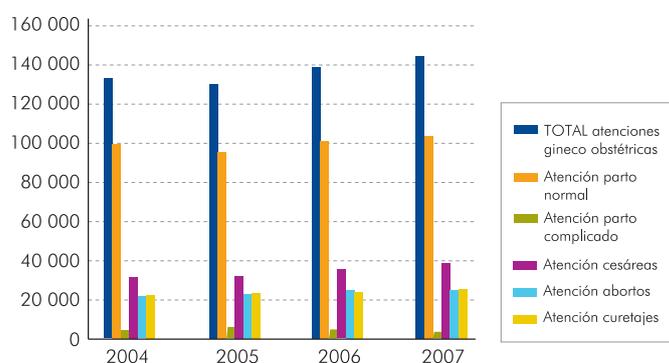
Estas cifras evidencian que la mortalidad neonatal está altamente vinculada al embarazo y al parto.

Aún más...

Por cada mujer que muere, aproximadamente otras 20 enfrentan consecuencias serias o de largo plazo⁴.

Las enfermedades crónicas de una madre ponen a los niños y niñas en riesgo, en tanto dependen de ella para su alimentación, cuidado y apoyo emocional.

Atenciones gineco-obstétricas, por tipo, realizadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) entre los años 2004 y 2007



Para tener en cuenta:

En el Ecuador, **las complicaciones del embarazo son la causa número uno de morbilidad en general** (6,7%, Tasa 41,2 x 10.000 habitantes).

Hay que agregar las **complicaciones derivadas del parto**: parto único espontáneo 13,1%, parto único por cesárea 5.9%⁵.

Así mismo...

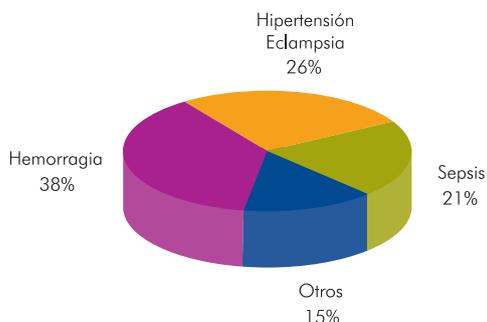
El **aborto es una de las mayores causas de la morbilidad en las mujeres**, con el consecuente efecto en su calidad de vida.

De hecho, en Ecuador:

- En el año 2005, hubo 26.923 egresos hospitalarios por **aborto no especificado**⁶.
- En los años 2006 y 2007, las **atenciones obstétricas por aborto** fueron de 23.883 y 24.228 casos, respectivamente⁷.

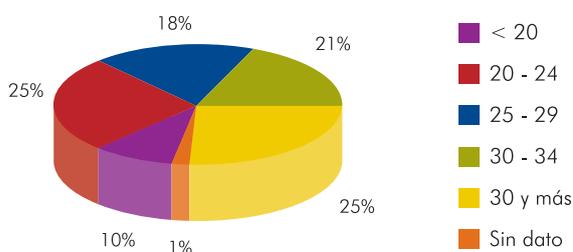
La muerte materna⁸

Según causas

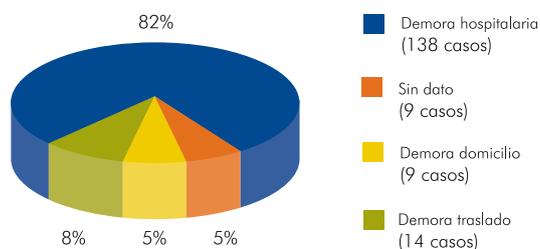


La muerte materna está vinculada a tres tipos de demoras en el acceso y uso de los servicios de atención de salud:

Según edad



Según demora en la atención de salud

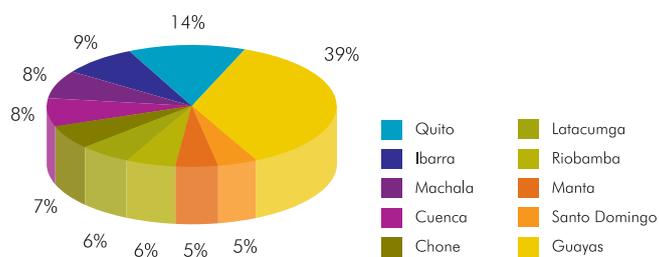


1. La falta de conciencia de la persona sobre el problema y la necesidad de requerir los servicios. Tal como vemos en el gráfico, en el país el 5 % de las muertes maternas se produce por esta razón.
2. La demora en el traslado una vez que la decisión sobre el mismo se produce. El 8% de muertes maternas suceden de camino a la unidad de salud. En nuestro país, la falta de vías de acceso en buenas condiciones y de transporte inmediato y de emergencia agravan esta demora.
3. La calidad de la prestación una vez que llega al servicio. La oportuna y calificada intervención del personal influye tanto en esta demora como la disponibilidad de insumos e infraestructura adecuada.

En el año 2006, se registraron **170** casos de **muer**tes **maternas en 46 CANTONES** del país⁹.

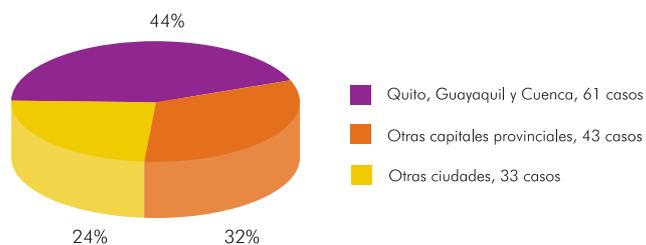
De éstos, el **63%** se concentró en **10 cantones**, los que reportaron **5 o más muertes maternas**.

10 cantones con el mayor número de casos de muerte materna en Ecuador, 2006



El **mayor número** de muertes maternas ocurrió en las **tres ciudades** más grandes del país, donde se atiende el **mayor número de partos**.

Ciudades con mayor número de muertes maternas



Aun así, es importante considerar que...

En los últimos diez años, las Unidades Operativas del MSP han mejorado el porcentaje de atención de parto y post parto.

	2000	2007
PARTO	31,6 %	37,3 %
POSTPARTO	16,5 %	30,1 %

Fuente: MSP- Sistema común de Información.
Elaboración: MSP-Dirección Nacional de Normatización, 2007.

¿Por qué ocurre una muerte materna?

Por las desigualdades existentes, especialmente en...

... el acceso a servicios de salud materna

El Informe ENDEMAIN 2004 concluye por ejemplo, que la condición étnica y el quintil económico al que pertenece la madre marca la diferencia en cuanto a prácticas de salud materna. Así, **las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna afectan mayormente a mujeres con menos educación, más pobres, residentes en zonas rurales y pertenecientes a grupos étnicos indígenas.**

La mayoría de las mujeres de estos sectores no cuentan con servicios maternos asequibles, de calidad y culturalmente apropiados. Consecuentemente, registran las mayores tasas de mortalidad materna e infantil¹⁰.

... la atención calificada del parto

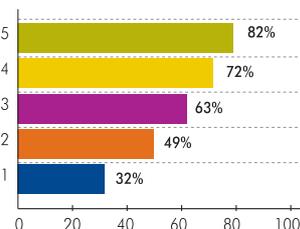
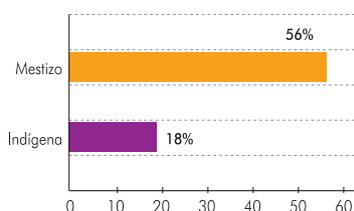
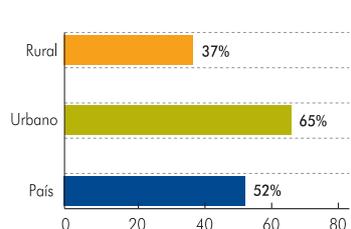
Aunque el acceso a un parto calificado es clave para la disminución de la mortalidad materna, en Ecuador se observan claras diferencias: **el promedio de mujeres en el área urbana que acceden a un parto profesional es de 93,4%, en las zonas rurales este porcentaje desciende a 60,5%.**

Las tres razones principales por las que las mujeres decidieron dar a luz en casa son:

Por costumbre (37,4%), factores económicos (29,0%) y barreras para llegar a un establecimiento de salud (25,8%)¹¹.

Tal como muestran los gráficos, EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN DEL CONTROL PRENATAL EVIDENCIA CLARAS BRECHAS, LAS QUE ESTÁN RELACIONADAS CON¹²:

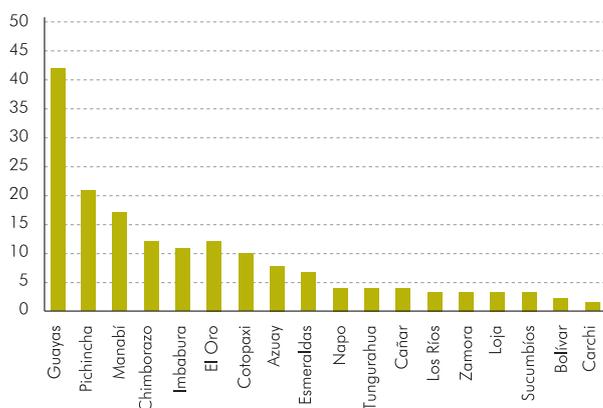
Según lugar de residencia Según condición étnica Según quintil económico



¿Qué sucede en nuestras provincias con la muerte materna?

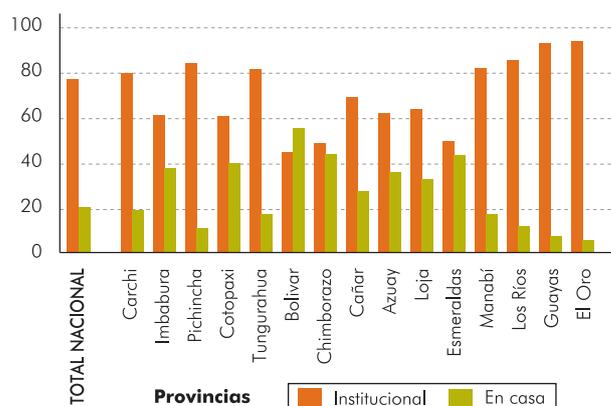
A nivel provincial existen **grandes diferencias** en el número de muertes maternas¹³.

Número de muertes maternas por provincia año 2006



La mortalidad materna también **tiene mucha relación** con el porcentaje de mujeres que acceden a **parto institucional o en el domicilio**.

Parto institucional o en casa según lugar de residencia. Mujeres que dieron a luz a su último(a) hijo(a) a partir de enero de 2002



Fuente:
Encuesta ENDEMAIN,
2004

Un reto fundamental es que **en cada provincia** se analice el porcentaje de muertes maternas institucionales y domiciliarias y las causas en cada uno de los casos.

Esto permitirá que los Planes de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Neonatal estén de acuerdo a las necesidades particulares de cada provincia o cantón.

Para que ninguna mujer muera durante el embarazo o el parto por causas prevenibles, el acceso a parto institucional implica el compromiso, calidad y calidez de los servicios.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA ES FUNDAMENTAL

La salud materna y la salud sexual y reproductiva

deben tener alta prioridad en las políticas sectoriales de salud, como expresión de responsabilidad y justicia social capaz de reparar las crónicas inequidades con las mujeres indígenas, pobres, de bajo nivel educativo y de áreas rurales, principalmente.

Además de las desigualdades en el acceso a servicios de salud y a atención calificada del parto, **Existen otros factores determinantes en la salud materna**

... La violencia de género

Según la OPS¹⁴, la violencia intrafamiliar puede provocar, entre otras complicaciones:

- muerte por trauma letal (asesinato por parte de la pareja, o suicidio)
- trauma abdominal que causa complicación obstétrica (ej., hemorragia y/o desprendimiento de de la placenta).

En Ecuador, casi el 30% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia física antes de cumplir los 15 años. El doble de **mujeres sin instrucción alguna** han sufrido maltrato físico en comparación con aquellas que tiene educación superior o de post grado¹⁵.



El 10 de septiembre del 2007, se declaró como **política de Estado en Ecuador** y con rango de mandato institucional la **erradicación de la violencia de género**.

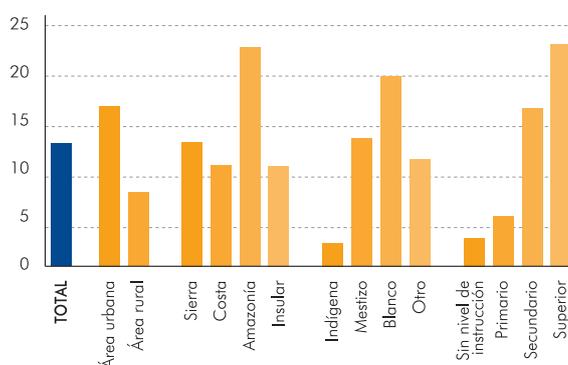
...la anticoncepción

En los casos en que existe una necesidad no satisfecha de anticoncepción, el uso de anticonceptivos podría prevenir **embarazos**:

- no deseados
- de alto riesgo y
- muy seguidos

En Ecuador, el 73% de las mujeres casadas o unidas utilizan anticonceptivos. Este número fluctúa entre el 82,2% en la provincia del Carchi, y el 52,4% en Chimborazo¹⁶.

Uso de anticonceptivo en la primera relación sexual. Mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual



Fuente: Encuesta ENDEMAIN, 2004

Es importante que los datos nacionales disponibles sobre uso de anticonceptivos, sean analizados en cada provincia para identificar las necesidades insatisfechas de anticoncepción desde cada realidad.

Sería importante analizar las cifras de uso de métodos de anticoncepción en cada región (Sierra, Costa, Amazonía e Insular), y compararlas con la de los distintos grupos de población de cada zona. Por ejemplo, en la población indígena y afrodescendiente. Así, se podría identificar las necesidades particulares de las mujeres y asegurar acceso a planificación familiar y, conjuntamente con esto, disminuir el riesgo de muerte materna y neonatal. El proyecto Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA), del MSP pretende conseguir este objetivo.

Hace 25 años había un 25% más de uso de anticonceptivos en el área urbana que en la rural.

Hoy en día, esta diferencia es solo 10%. Asimismo, la diferencia entre mujeres sin instrucción y aquellas con educación superior era del 40% hace 10 años y hoy en día es del 29%¹⁷.

Esto significa que
**es posible
disminuir
estas
brechas.**

Existen otras áreas donde es prioritario trabajar...

...Adolescencia

Pese a que en Ecuador el número de hijos por mujer ha ido decreciendo gradualmente en las últimas décadas, entre 1999 y 2004 casi no ha disminuido. Esto en gran parte se debe a que **la fecundidad de las adolescentes ha incrementado** (de una tasa específica de fecundidad de 91 por 1.000 mujeres a 100)¹⁸.

Esto tiene especial relevancia si se considera que:

Consecuencias educativas a causa del primer embarazo



Fuente: Encuesta ENDEMAIN, 2004

Este conjunto de hechos ilustra que es importante:

- **trabajar en salud y derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la posibilidad de decidir la postergación de la maternidad,**
- **tomar en cuenta las necesidades de las y los adolescentes en relación a la salud materna.**

- Un 43,6% de mujeres entre 15 y 19 años, casadas o unidas, no utilizan ningún método anticonceptivo.
- Sólo un 13,5% de mujeres entre 15 y 19 años, con experiencia sexual, declaró haber usado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.
- Un 34,7% de mujeres de 15 a 24 años, con al menos un embarazo, pensaron que era imposible embarazarse en su primera relación sexual.
- Un 33,6% de mujeres de 15 a 24 años que han estado embarazadas, declararon que no lo querían en ese momento.
- Este último porcentaje se eleva a 53,3% en el caso de embarazos premaritales¹⁹.

¿Cómo apoyar la reducción de la mortalidad materna y neonatal?

Promoviendo y manteniendo la salud materna

Para mantener la salud materna, la mujer:

- Tiene derecho a:**
- Elegir cuando embarazarse
 - Gozar de salud antes y después de su embarazo
 - Ser atendida durante su embarazo
 - Ser atendida durante su parto y postparto

que garantizan el:

- Acceso a:**
- Planificación familiar
 - Consulta ginecológica, citología de cuello uterino y detección oportuna de cáncer de mama
 - Control prenatal de CALIDAD
 - Atención CALIFICADA del parto y post parto para la mujer y su hijo o hija

Es decir, se debe exigir y ejercer los derechos sexuales y los derechos reproductivos, entendidos como el disfrute de salud sexual y salud reproductiva sana y plena a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

La salud materna es un resultado y síntesis de esa vivencia que, además, permite el ejercicio de una maternidad segura y voluntaria.

La salud materna es un derecho humano...

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), se estableció que **asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva es un derecho humano**.

En la Cumbre Mundial del 2005, los Estados miembros de las Naciones Unidas ratifican la importancia de:

“Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, e integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la Mortalidad Materna, mejorar la Salud Materna, reducir la Mortalidad Infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza”.

Vínculos de la salud sexual, salud reproductiva (SSR) y la salud materna con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)²⁰.

El cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Se relaciona con la salud sexual, salud reproductiva y salud materna, en tanto involucra:
ODM 1. La erradicación de la pobreza extrema...	<ul style="list-style-type: none"> • El tamaño de la familia • El acceso a planificación familiar • Lo crucial de romper el ciclo generacional de la pobreza
ODM 2. El acceso y el grado de logro educativo...	<ul style="list-style-type: none"> • El embarazo adolescente y la deserción escolar
ODM 3. La igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer...	<ul style="list-style-type: none"> • La violencia contra la mujer como factor inhabilitante para ejercer la autonomía • La anticoncepción de emergencia y la profilaxis post expositiva de ITS y VIH para reparar la salud reproductiva en casos de violencia sexual
ODM 4. La mortalidad infantil...	<ul style="list-style-type: none"> • La prevalencia de uso de métodos modernos de planificación familiar • El embarazo y la maternidad en la adolescencia
ODM 5. La salud materna...	<ul style="list-style-type: none"> • La provisión de información y servicios de salud reproductiva adecuados para todas las mujeres (sea migrantes, jóvenes, indígenas, de bajos ingresos, de zonas urbanas empobrecidas, etc.) • El acceso a cuidados obstétricos de emergencia y a atención calificada del parto
ODM 6. La lucha contra el VIH y el Sida...	<ul style="list-style-type: none"> • La feminización y el rejuvenecimiento de la epidemia • La importancia de vincular los servicios de SSR a los de prevención del VIH. El acceso a preservativos y la promoción de su uso correcto y consistente como medida necesaria de prevención

En Ecuador, ha sido fundamental **la respuesta NACIONAL**

- Del **Estado** y
- De las **instituciones y organizaciones de la sociedad civil**

Actualmente, contamos con...

- Plan Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos
- Política Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos
- Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna
- Mejoramiento de cumplimiento de los estándares de manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales.

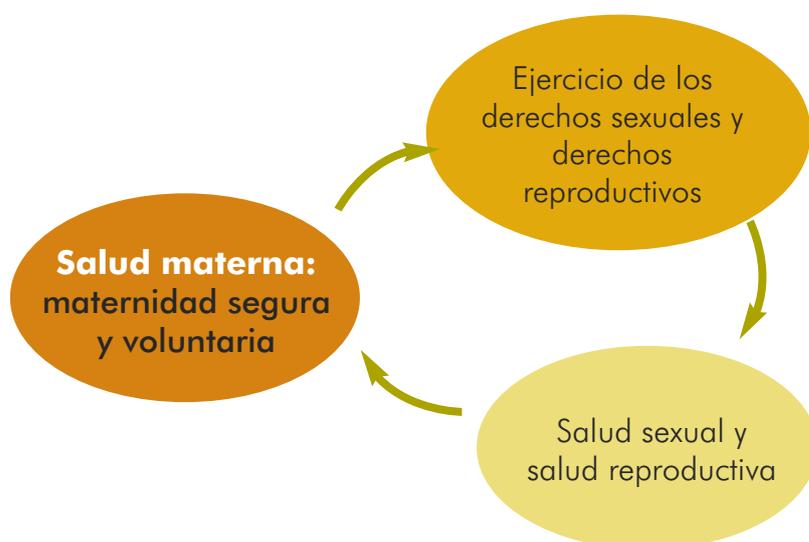
El **Plan Nacional de Desarrollo**

2007 – 2010 en su **Objetivo 3**, vinculado a la salud sexual y reproductiva y, por tanto, a la salud materna, reconoce que es fundamental incluir el acceso universal a la salud sexual y reproductiva dentro de los esfuerzos para reducir la pobreza y para **“aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”**.

Algunas de las metas para el Objetivo 3 del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010

- **Reducir** en 25% la mortalidad de la niñez
- **Reducir** en 25% la mortalidad infantil
- **Reducir** en 35% la mortalidad neonatal precoz
- **Reducir** en 30% la mortalidad materna
- **Reducir** en 25% el embarazo adolescente
- **Aumentar** los servicios de salud para las mujeres
- **Desacelerar** la tendencia del VIH / SIDA
- **Mejorar** la calidad y calidez de los servicios de salud

Para reducir la mortalidad materna y neonatal es fundamental **defender** la salud materna y neonatal como un continuo de atención que permita la **equidad** y la **justicia social**, y como parte de los **derechos humanos**



La evidencia indica que las personas que tienen posibilidad de **ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos mejoran sus vidas**, las de sus familias y comunidades:

- Las **niñas tienen mayores posibilidades** de terminar la escuela y acceder a estudios secundarios, así como de postergar la maternidad
 - La probabilidad de embarazos deseados y partos seguros es mayor y, por lo tanto,
 - La posibilidad de que los niños y niñas mueran en la infancia es menor
- **Mujeres y hombres de todas las edades** también están mejor preparados para protegerse de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH-SIDA.
- Las mujeres se encuentran más empoderadas para **tomar decisiones cruciales que afectan sus vidas**, y participan en condiciones más igualitarias en la sociedad.

Otras acciones claves para mejorar la salud materna y neonatal...

Promoción

- **Mejorar** el nivel educativo y **promover** la participación de las mujeres en las decisiones sobre su salud y la de su familia.
- **Impulsar** a la organización y participación ciudadana para iniciativas de veeduría ciudadana. Un ejemplo de esto es la conformación y fortalecimiento de los Comités de Usuaris de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGYAI).

Prevención

- **Incorporar** y **brindar** la educación para la sexualidad en todos los sistemas educativos formales y alternativos.
- **Aumentar** la información y garantizar el acceso a servicios de métodos anticonceptivos modernos.
- **Aumentar** la información y garantizar el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.
- **Aumentar** la información sobre anticoncepción y planificación familiar para la prevención de embarazo y riesgo de aborto inseguro.
- **Garantizar** el acceso gratuito a la atención de salud de la mujer, niños, niñas y adolescentes.

Servicios

- **Asegurar** que todas las mujeres en Ecuador puedan acceder a atención calificada en su embarazo, parto y postparto.
- **Establecer** redes de servicios funcionales que garanticen la disponibilidad y accesibilidad de los Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE).
- **Poner** en práctica el enfoque intercultural, género, generación y derechos en la atención de salud materna y neonatal en los establecimientos de salud, mejorando la calidad de atención.

La salud materna, salud sexual y la salud reproductiva deben tener **ALTA PRIORIDAD** en las políticas sectoriales de salud, como expresión de responsabilidad y justicia social capaz de reparar las crónicas inequidades con las mujeres indígenas, pobres de bajo nivel educativo y de áreas rurales, principalmente.

El acceso de todas y todos a la educación, información y servicios de salud sexual y salud reproductiva **salvan vidas.**

notas

- 1 Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador (INEC) (2007) *Indicadores Básicos de Salud, Ecuador, Ecuador.*
- 2 Ministerio de Salud Pública (MSP)- Dirección de Normatización, Programa de Atención Integral a la Niñez (2007) *Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal.* Ecuador.
- 3 Ministerio de Salud Pública (MSP)- Dirección de Normatización, Programa de Atención Integral a la Niñez (2007) *Guía de intervenciones perinatales basadas en evidencias para la reducción de la mortalidad neonatal.* Ecuador.
- 4 Fondo de Población de Naciones Unidad (UNFPA), www.unfpa.org/mothers/morbidity
- 5 Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador (INEC) (2007), *Indicadores Básicos de Salud, Ecuador, Ecuador.*
- 6 Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadísticas de Ecuador (INEC) (2007), *Indicadores Básicos de Salud, Ecuador, Ecuador.*
- 7 Ministerio de Salud Pública (MSP) – Sistema Común de Información (2008) *Atenciones gineco-obstétricas por tipo, Ecuador 2007.*
- 8 Ministerio de Salud Pública (MSP) – Sistema de Vigilancia Epidemiológica/Dirección de Normatización (2006) *Número de casos y tasas de incidencia anual de Muerte Materna según provincia y regiones: Ecuador 2002-2006.* Ecuador.
- 9 Ministerio de Salud Pública (MSP)– Sistema de Vigilancia Epidemiológica/Dirección de Normatización (2006) *Número de casos y tasas de incidencia anual de muerte materna según provincia y regiones: Ecuador 2002-2006.* Ecuador.
- 10 Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna (2003) *Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe.* Washington; PAHO. Documento electrónico disponible en: <http://ecuador.unfpa.org/> United Nations Population Fund UNFPA_archivos/zip/ConsensoEstrE9gicoparaMMStra_spanish.pdf
- 11 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2005) *Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.* Ecuador.
- 12 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2005) *Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.* Ecuador.
- 13 Ministerio de Salud Pública (MSP) – Sistema de Vigilancia Epidemiológica/Dirección de Normatización (2006) *Número de casos y tasas de incidencia anual de muerte materna según provincia y regiones: Ecuador 2002-2006.* Ecuador.
- 14 Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna, Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. Washington DC: PAHO, 2003.
- 15 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2005) *Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.* Ecuador
- 16 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2005) *Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.* Ecuador.
- 17 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2005) *Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.* Ecuador.
- 18 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2005) *Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.* Ecuador.
- 19 Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) (2005) *Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN 2004.* Ecuador.
- 20 Family Care International, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva. Fichas informativas 2005.*

**La impresión de este documento fue realizada con el apoyo de:
Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA LAC
Family Care Internacional – FCI**

Quito, mayo 2008



**La impresión de este documento fue realizada con el apoyo de:
Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA LAC
Family Care Internacional – FCI**

Quito, mayo 2008

