PD
ISN 9567

ECUADOR TRIP REPORT

Kangaroo Mother Method Project

June 8 - 13, 1992

Mary McInerney
Research Associate
MotherCare/Manoff

Report prepared for the
Agency for International Development
Contract # DPE 5966-Z-00-8083-00

TABLE OF CONTENT

I. EXECUTIVE SUMMARY

II. BACKGROUND

III. PURPOSE OF VISIT

IV. ACTIVITIES

A. MIA Kangaroo Mother Method Study
1. Meetings with Principal Investigator:
2. Meeting with the Social Workers:
3. Meeting with Outpatient Coordinator:
4. Meeting with MIA Pediatric Doctors:
5. Meeting with the Project Nurses:
6. Meeting with Ernesto Pinto/Population Council Consultant:
7. Metting with PI and Administrative Assitant:
8. Meeting with Dr. Fernando Ortega/ Ecuador USAID Mission:

B. Other Activities
1. Conference on Women's Health in Ecuador
2. Meeting at CEMOPLAF

IV. FINDINGS AND RECOMMENDATIONS

APPENDICES

1. List of Contacts
2. Graphs and Charts (sample and indicators)
3. Frequencies of data collected to date (6/1/92)
4. Women's Health Conference Document

I. EXECUTIVE SUMMARY

The principal purpose of this trip was to review the status of the MotherCare study of the Kangaroo Mother Method (KMM) at the Isidro Ayora Maternity Hospital in Quito, Ecuador. Ms. McInerney was in Quito, Ecuador from June 8-12, 1992, reviewing the progress of the study to date and attended a one day conference on Women's Health in Ecuador. During her visits she:

* met with the KMM study staff to discuss the progress of the study;

* visited the neonatal care unit and observed the care being given and the processing of the neonates into the different wards;

* observed the data collection process and counseling sessions, as well as went out with the social workers to find the mother's who missed a follow-up session;

* met with Ernesto Pinto/Population Council consultant and reviewed the data collection process, sample size to date, and progress towards enrollment goals;

* reviewed deliverable schedule and financial/administrative issues with Dr. Lenin Leon and the administrative assistant.

In addition to the completion of these activities, Ms. McInerney was invited to attend a conference to discuss and review the country's progress towards improving Women's Health in Ecuador. Various institutions working in maternal and child health in Ecuador participated, such as: the Ecuador Ministry of Public Health, USAID, UNICEF, PAHO/WHO, UNFPA, CEMOPLAF, and various governmental and non-governmental agencies.

During her trip Ms. McInerney also discussed the other projects that MotherCare is working on, especially in Latin America.

II. Background

This visit was a follow-up to Dr. Nancy Sloan's trip to Quito, Ecuador in August of 1991. Dr. Sloan's trip was conducted as part of the technical assistance planned for the MotherCare study of the Kangaroo Mother Method at the Isidro Ayora Maternity Hospital (MIA) in Quito, Ecuador. During her trip she reviewed and assessed the adequacy of the training and retraining requirements, the pretest and first week of data collection forms, data base, programs for determining follow-up, data entry and the transportation and conduct of household visits. Her site visit was conducted in coordination with the pediatric (study) staff of the Maternity Hospital and with Ernesto Pinto.

III. Purpose of Trip

The purpose of this trip was to review the project status of the MotherCare study of the Kangaroo Mother Method(KMM) at the Isidro Ayora Maternity Hospital in Quito, Ecuador. The Population Council is responsible for the management of the project including technical assistance and administrative support. They developed the protocols, data collection instruments and the analytic plans with the staff of the pediatric unit of the Isidro Ayora Maternity Hospital and with Ernesto Pinto.

During this trip to Ecuador, Ms. McInerney met with the study staff, visited the neonatal care unit and reviewed the progress of the project to date. It had been over a year since the project had been operational and it was important that the status of the project was reviewed.

Prior to her trip to Ecuador, both Ms. McInerney and Dr. Sloan discussed the project activities, time frame, evaluation plan and deliverables. During Dr. Sloan's last follow-up visit to Ecuador in August of 1991, she worked with the Dr. Tolbert and the project staff on the analytic plans and reviewed the first months of data collected.

IV. Activities

A. MIA Kangaroo Mother Method Study

The trip activities mainly consisted of meetings with the MIA project staff and with the Population Council consultant responsible for the data collection, entry and analysis.

1). Meetings with Principal Investigator:

During the first meeting with the Principal Investigator, Dr. Lenin Leon, the progress of the project to date and problems encountered were discussed. In general, the project is progressing as planned. The project started on February 1, 1991 and is scheduled to end on July 31, 1993. The first six months of the project were spent setting up the office, organizing and training staff members, and creating and modifying instruments to be used for data collection. According to the subcontract enrollment of cases will continue for more 5 months and 6 additional months will be spent following up the cases enrolled in the last month (month 21). By the 27th month all the cases will be enrolled and followed-up for 6 months after enrollment. The last three months will be spent analyzing the data and writing up the results.

The data collection/enrollment of neonates began August 1992. Thus, the project has been ongoing for 11 months. Unfortunately, the sample is smaller than originally projected. As of June 1992, the study population included: 78 cases, 87 controls. Of those that were not included 56 died, 16 mothers did not consent to be in the study, and 68 infants born as twins were excluded from the study. It is also important to mention that there have been three Ministry of Health strikes at the MIA since the KMM study has been implemented. The combination of the strikes and exclusion of all children born as multiple births (twins) had rendered a smaller than expected sample size. (see Appendix 2 for various graphics re: sample and various indicators)

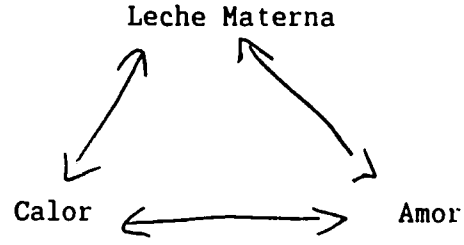
After consulting with the Technical Advisor of the project. Dr. Nancy Sloan, the exclusion criteria regarding the enrollment of twins was changed. Due to the smaller than expected sample size, the criteria was modified to state, " the newborn twin weighing <2000 grams will be included if S/he survives and the sibling does not".

The Maternidad Isidro Ayora (MIA) Neonatal Pathology Ward (205) worked through the months of February and March in the functional area, while repairs were being made to the original Ward (205). This also may have affected the sample size and follow-up/return visits. In April, 1992 the original Neonatal Pathology Ward was reopened after some improvements had been made. These included the addition of oxygen tanks from a dental ward, painting, sterilization and equipping the physical area for a micro-laboratory. This has allowed for better care in meeting the requirements of newborn infants.

The MIA KMM study staff consists of 7 pediatricians, 14 nurses, 2 social workers, 1 outpatient coordinator, 1 administrative assistant, and a chauffeur. Ernest Pinto is the Population Council consultant that is providing technical assistance to the project in Ecuador.

Dr. Lenin Leon, the PI for the project showed a presentation of the KMM study that project staff have been using to present to various institutions and MOH personnel.

KMM Health Triangle



2). Meeting with the Social Workers:

Licenciada Hilda de Murgueitio
Licenciada Gloria de Viters

Meeting with social workers to discuss their role in the study and any problems that they may have had or are currently encountering. The forms that these social workers are responsible for are:

Form #4 - 1st interview with the mother/after inclusion into the program
Form #7 - Home Visits at the time of discharge
Form #9 - Active Follow-up (this is filled out when a mother does not show up for an appointment)

The social workers are members of the MIA staff and have experience in making home visits. They are doing a terrific job. Not only are they responsible for making home visits at the time of discharge, but they also need to make home visits as part of the follow-up of missed appointments. On the whole, the social workers felt that the mothers have been very collaborative and motivated. They mentioned that the number of women who return for the follow-up visits is higher than expected; however, they stated that they are spending a lot of their time on house visits. This is due to an increase, since the beginning of the study, in the number of cases and controls. For example, there was a 38% increase in the number of home visits that were made in February compared to March. In February there were 20 home visits, 8 for women who were recently discharged (Form 7), and 12 due to missed follow-up visits (Form 9); whereas in March there were 32 home visits made: 18 for newly discharged women and 14 missed follow-up visits. Both the cases and controls are required to participate in 6 months

of follow-up appointments. If any of these appointments are missed, a social worker must go visit the woman at her home.

Additionally, many of these women live far from the MIA Hospital. They estimate that the majority of women (85%) live in the peri-urban/marginal areas of Quito or small towns/villages outside of Quito. Additionally, the social workers are dependent on the use of the ambulance and chauffeur in order to make these home visits. There are various logistical problems that they need to work out before they can make the home visits.

It was also mentioned that sometimes there is a problem in notifying the social workers of the mother's discharge. If a doctor discharges a woman in the late afternoon or evening when the social workers are not at the hospital, then this woman probably leaves before the social worker can make arrangements to take her home and make the required home visit.

Sometimes, however, women do not want to be taken home by a social worker at the time of discharge. Often the women are picked up by a family member(s) or do not want to return to their neighborhood or house in the hospital ambulance. Thus, the home visit upon discharge is made the following day or as soon as possible after the woman has been discharged. It is apparent the increase in the number of home visits has added an extra burden to the work of the social workers.

The other problem that they often encounter is that the population that they are working with are very transient. They often change houses without notifying the study staff. Thus, making it very difficult for the social workers to find the mother's home if she has missed a follow-up appointment. Yet they still continue to do a terrific job in following-up on all the mothers from both the cases and the controls.

3) Meeting with Outpatient Coordinator:

Licenciada Aida Arias

Ms. Arias is responsible for the administration and record keeping of the follow-up appointments. She is responsible for completing sections of:

Form # 8 : Postnatal control form
Form # 9 : Missed follow-up form

During the strikes postnatal care is not given at the hospital, only emergencies are attended. Thus, Ms. Arias moves to another building which has loaned a room to the project so that follow-up visits are not cancelled. She did mention that they loose a couple due to the fact that some woman are unaware of the change; however, these missed appointment are usually recuperated after the strikes are over. When an appointment is missed, she alerts the social workers by sending over a Form #9 with the clients name and date of the missed appointment. As expected, during the strikes it is difficult because she spends a great deal of time filling out

form #9. She also fills out a section of Form #8: weight, measurement, temperature, and interviews the woman (various behavior/social indicators).

Additionally, every month she reports to the PI on the number of appointments, number of completed appointments, and number of missed appointments. For example, in May there were 112 postnatal care appointments: 88 attended; 21 missed; 3 children were hospitalized; 0 died. Of those 112, the breakdown of appointments were as follows: 11 1st appointments; 12 - 2nd, 19 - 3rd, 15 - 4th, 20 5th, 16 - 6th, 19 - 7th. The majority of the missed appointments were those in the 5th, 6th and 7th appointments.

The tracking system that is used in the project is very efficient and effective. At any given time, Ms. Arias can give a progress report of the success rate of follow-up visits. Not only is the system successful, but the checks for the monitoring of participant status is also effective. The women are given cards when they are discharged and these cards are color coded, alerting the MIA staff that this patient is involved in the study. So, if they are in the wrong area of the hospital, they can be sent to the correct postnatal care clinic. If a woman misplaces her card or forgets it, it is also written on her clinical record form.

4) Meeting with MIA Pediatric Doctors:

Dr. Favian Vasconez
Dr. Carlos Naranjo
Dra. Lourdas Estrella
Dr. Anibal Arias
Dr. Victor Espin
Dr. Jorge Pizarro

These pediatric doctors at the MIA are all collaborating on the KMM project. The doctors are responsible for filling out five of the KMM study forms. These forms are:

Form #1: Inclusion form (initial assessment of inclusion)
Form #2: Eligibility form (depending on eligibility criteria)
Form #3: Client/Patient Consent form
Form #6: Daily medical assessment of patient/ date discharge
Form #8: Postnatal care form/ outpatient

The doctors have monthly meetings (the first thursday of the month) in order to discuss the patients , the progress of the study and any problems they may be having with the study.

During the meeting the doctors mentioned various doubts or questions that they had. First, they have noticed that the sample is smaller than they were expecting. Even now that they are including the newborn twin weighing <2000 grams if s/he survives and the sibling does not, they still believe that the sample will be too small. Their suggestion is to extend the time of inclusion for three months, and since they understand that the project

end date cannot be extended, the follow-up of these newborns would be shortened from six to three months. Hence, it would not be necessary to extend the project date. The only additional cost that would be added would be three additional months of salary for the nurses. This would be an increase in the budget by approximately $1,200.00

They also mentioned that they need to be more careful with making sure that the scales were calibrated and that equipment was maintained in good working order. It was re-emphasized that the study scales should not be moved, due to the possible implication to the study if the scales are not balanced. Insurance for the computer was also mentioned. Apparently during the consultant Carlos Loo's trip to Ecuador he suggested that money be spent on insuring the computer at least until the end of the project. This issue has not been officially resolved.

In addition, they reviewed the system for filling out the first couple forms and what needs to be filled out and how when a newborn dies. Ernesto Pinto has been working on this issue and reviewed the instrument guidelines with the doctors, emphasizing the importance of consistency on the study outcomes. It was decided that if a newborn dies before it has the opportunity to be included into the study, it would be recorded as a death on Form #1, and Form #2 would not be opened. Whereas, if the newborn was included, but died before reviewed for eligibility, it would be marked as dead, and eligible or not eligible on Form #2 would be left blank. Additionally, the reason for the death would be filled in on the bottom.

Interest in working with the adolescent population was also mentioned. According to the statistics 25% of the woman in the MIA hospital are adolescents and it is predicted to increase. This population is often defined as a high risk factor population due to both sociological and physiological factors. Currently there is a program for adolescents that is affiliate with the hospital and works towards educating adolescents.

Interest was also expressed in obtaining any information and publications regarding breastfeeding. According to the PI, they have tried to get information from various agencies, but they never receive any. They are especially interested in documents in spanish; however, many of those interested in this information stated that documents/articles in english would be fine.

5) Meeting with the Project Nurses:

A meeting was held with all the nurses from the three shifts during this trip. The nurses discussed their work and contribution to the study. Presently there are 14 nurses in the pediatric ward that are working on the KMM project. These 14 nurses cover the pediatric ward 24 hours a day, with shifts in the morning, afternoon, and evening. Thus, at least one MIA nurse, trained by the KMM project, is present in the pediatric ward at any time day or night. This is very important due to the fact that many of the babies at the MIA are born at night and need to be monitored at night.

Their role is very important in the identification of newborns who are to be included into the study. Furthermore, the nurses work closely with the mothers from both the cases and controls to train them in neonatal care. First, all the women are given the standard MIA training/talks regarding neonatal care and breastfeeding. The MIA has been designated as an exclusive breastfeeding institution. There are no bottles allowed in the hospital and they are not allowed in the wards. After the initial general training, the kangaroo mothers (cases) are given special training in regards to the special care that must be given to their babies. Additionally, the nurses work with mothers that are having difficulty breastfeeding their babies. They work closely with the mothers whose babies are in incubators and explain the importance of caressing the baby and feeding the baby breast milk through a tube if the child cannot yet suckle.

During the meeting the nurses did discuss some of the difficulties in logistics and paperwork of the KMM project. Apparently there are sometimes a few indicators that are not filled out on the forms and there seemed to be a little confusion on whether it was the doctor's responsibility or the nurse's responsibility. It was decided that even if it was the doctor's responsibility they would try to fill it out for the doctors if the form was incomplete; however, the doctors needed to make an effort to complete the forms accordingly.

In addition, the extension of the nurses time on the project was discussed. If the period of enrollment into the KMM study was extended for three months, then the nurses would have to be paid for three additional months. They stated that they would be willing to work for the project for three additional months at their current salary.

6) Meeting with Ernesto Pinto:

Ernesto Pinto created an instrument for training the MIA staff members on the process of data collection for the study. Training included various topics such as the guidelines for the use of the study instruments, and importance of avoiding biases. Dr. Pinto is responsible for monitoring the data entering, checking and correcting false outliers, sequential analysis (quarterly), monthly status summaries and also participating in monthly meetings that are held with all the KMM study staff. In addition, Mr. Pinto is also responsible for the final analysis and graphics for the final report/publishable article.

The sample size and other data from study to date were reviewed. After reviewing the frequencies of various variables, generally the data looked good (See Appendix 3 - for various frequencies). Ernesto Pinto had created data checks in order to catch false outliers. When the data entry person comes across a false outlier she return the interviews to the PI in order to try to recuperate the necessary corrected information from the charts.

From August 1991 until June 1992, there have been approximately 353 newborns that were initially entered into the study due to low birth weight criteria (ie Form #1 was filled out on them). This number is lower than expected for various reasons such as the MIA strikes, and higher than expected number of twins (or multiple births). From the 353 low birthweight newborns (<2000 grams), 68 were excluded due to multiple births, 5 mothers were excluded (unable to participate in the study), 5 were excluded due to congenital abnormalities, and 6 because of other causes. Out of the remaining LBW newborns; 78 are cases (kangaroos) and 87 are controls (armadillos), the other 189 are either waiting for eligibility or did not meet the eligibility criteria. Approximately 49% are males and 52% are females.

The birth weights of the newborns ranged from approximately 700 grams to 1998 grams, with the majority weighing > 1500 grams. The mean weight upon birth for all the newborns <2000 grams was approximately 1620 grams. Graph # 5 of Appendix 3 demonstrates the number of newborns admitted to Room #205 (LBW < 2000 grams) by month. It is interesting to note that as expected in the first month the enrollment number was low, but it is apparent that there were decreases in January and April. It would be interesting to look at these dips in enrollment in order to try to determine if there may have been some reason for this decrease, other than "nature", such as MIA staff strikes.

We discussed the sampling problem and Ernesto agreed that it would be beneficial to extend the time for inclusion of neonates by three months in order to increase the number of newborns. Currently, there are approximately 176 neonates incorporated into the study - 78 cases, 87 controls and 11 waiting to be assigned to a case or control - the expected sample size is 700.

7) Meeting with the PI/Administrative Assistant:

Review of finances: All financial records, including all vouchers were reviewed. After careful review of the financial reports it is evident that the finances of this project are very well organized and concise. Reports are sent to Population Council in a timely fashion.

The project has quotes and approval for all items that are over $500.00, such as the computer and the bilirubinometer which were bought in the U.S. All receipts are in order. One receipt for a pediatric scale, however, stated that it's origin was "aleman" (German), but the quote for the item said "americano" (American). When this was questioned, the PI stated that it could not be german because of the make of the scale. In order to verify the origin of the scale (SEGA), the agency where the scale was bought was asked to verify the source of origin. They did so by writing a letter verifying that the scale is indeed American. (See Appendix 4)

The other issue that was discussed was the need to send official exchange rate verification forms when they submit their monthly financial forms. They collected this months official bank exchange rates and submitted them. The administrative assistant also provided the project with the past official exchange rate forms from the bank and stated that in the future these forms would be included in the financial reports.

After reviewing the financial reports we reviewed the rate of spending and the remaining budget until the end of the project in July, 1993. The KMM project is doing well financially, at this time they have been spending as expected, possibly a little slower than the expected rate. This is due to the fact that they have not paid for transportation, but they will begin to pay in the next month. Apparently the amount of money that was allocated for the project to cover transportation was not sufficient. According to the budget there was only $100 a month for transportation; however, this does not even cover the cost of the gas, especially due to the fact that the social workers are making approximately 30+ home visits a month. Thus, after negotiating with the Hospital Director it was agreed that the MIA Hospital would cover the first 11 months and the KMM project would pay $200 for the last 10 months of the project. In addition, the project has saved some money in the office supply line-item and communications line of their budget.

They have made a special effort to contain costs by utilizing the hospital transportation system (ie ambulance) for free for the first couple months of the project. In addition, they have tried to reduce their communications spending by only sending one DHL to the States monthly.

To date the KMM project staff have performed extremely well - timely submission of deliverables to Population Council office, well documented and organized finances. Their contributions have played an important role in the MotherCare Project. Furthermore, they have made a special effort to contain costs with efficient use of resources.

8) Meeting with Dr. Fernando Ortega/ Ecuador USAID Mission:

Due to Dr. Ortega's busy schedule and attendance at the week long Women's Health Conference the debriefing of this trip was held at the Women's Health Conference. We discussed the progress of the study and the sampling size problem. Dr. Ortega was in agreement that a three month extension of the neonate inclusion period would be beneficial. We discussed the financial status of the project in terms of being able to cover the costs of the nurses salaries for three additional months. It was decided that the three months of additional salaries could be taken from the present budget without having to increase the overall subcontract.

Dr. Ortega is enthusiastic about the project; however, he stated that he would be leaving the USAID Mission in August to go to the U.S. to work on his Ph.D. He did mention that the Mission is interested in this project and would like to remain in communication about the progress of the project and be informed of the results.

B. Other Activities

1) Conference on Maternal and Child Health:

During this trip, on Friday, June 8, 1992 the Ministry of Health along with various other national and international institutions and agencies providing maternal and child health held a conference to review the progress of maternal health in Ecuador over the last several years and to look at a future strategy for improving maternal health. The focus of the conference was to present the results of a document containing a synthesis of the seminar "Maternal Health: A Challenge for the Decade of the 90's", which was held in December. This seminar focused on Women's Health status in the world, including Latin America, and Ecuador.

Various maternal health issues were presented and discussed from both governmental and non-governmental institutions such as maternal health and mortality, working women, abortion and maternal mortality, health topics and means of communication, etc.. (See Appendix 5 - to review the document of this seminar). An important issue of collaboration among all agencies and institutions working in public health in order to improve maternal health and decreasing maternal mortality was emphasized. Also, mentioned was a inter-institutional coordination in designing short term or medium term action strategies in order to combat or confront women's health. The specific objectives that were proposed are:

1) The interchange of experiences and opinions of the different public, private, non-governmental and community organizations over the women's health situation, with emphasis on the problem of maternal mortality in the country.

2) Promote a " national awareness/consciousness" and an agreement about the necessity to defend maternal health. Mobilize public, private and the general sectors to identify mechanisms and strategies to solve the problem of maternal mortality.

3) Develop and include as one of the activities within the "Action Plan for the Application of the World Declaration for the Child Survival, Protection and Development", the goal of reducing the maternal mortality rate by 30% in the country, by the year 2000.

The various organizations that were represented at this conference; such as the MOH, MOE, USAID, UNFPA, PAHO, WHO, UNICEF, CARE. FAO, University staff, as well as others discussed these issues and presented their comments regarding women's health in Ecuador.

2) Meeting at CEMOPLAF:

During the visit to Quito, Ecuador I was invited to meet with the Director of CEMOPLAF. CEMOPLAF is a women's institution designed to provide health services for women and their children. They provide health services for women and children in order to be able to encompass more women and to be able to educate women about family planning methods.

Approximately 65% of the services they provide are family planning and the other 35% are ob/gyn and pediatric related. They also provide family planning services to men. In addition, they have a community based distribution(CBD) program which includes 500 volunteers in rural areas and various urban areas throughout Ecuador. These CBD volunteers distribute pills and barrier methods. Presently, they are also conducting an operations research study with the indigenous population in Ecuador.

They are investigating whether providing various services such as curative services, minor surgery, etc... will increase the number of users of family planning methods. These clinics are staffed with both doctors and nurses.

They also are looking at other innovative ideas for providing services in the rural areas as well as strengthening urban doctors involvement in providing family planning services. They receive theoretical training, training on the different methods and practical training on the insertion of IUD's. One of these ideas is the creation of a program of community doctors who are given incentives to move out to the rural areas of Ecuador to provide health service in areas where there is a lack of or no existing health services. The doctors are also given general training related to family planning. These doctors are given free equipment that they can use in their clinics for the two years of the program. Then after the two years are completed these community doctor can buy the equipment at the purchased price, which is very low. In addition, they are given contraceptives by CEMOPLAF. They must, however, provide services at a price equal to the what CEMOPLAF charges.

Another program is a program of collaborating professionals, similar to a professional organization, who sell contraceptives. These 480 doctors pay for inscription into this professional association in order to receive contraceptives from CEMOPLAF. They charge the same price as in the CEMOPLAF clinics and are able to increase coverage of providing contraceptives to the public. There is also a group of collaborating doctors who provide services for CEMOPLAF users. These doctors perform surgery for CEMOPLAF users that are interested in tubal ligations or vasectomies. The advantage is that by using these doctors CEMOPLAF is able to keep the price of the operation down.

CEMOPLAF is also working on ways of making the organization more sustainable. For example, they have added a laboratory to 20 CEMOPLAF clinics in order to generate more funds. These laboratories reduce CEMOPLAF's cost in sending the samples out to be tested and in the long run will help the clinic to recover costs. Additional, some of the clinics sell medications - a type of pharmacy. These new services are not only beneficial in providing the client with a more integrated product, but also assist in generating income to cover clinic costs. CEMOPLAF is involved in

various innovative programs which will improve women's health status in both rural and urban areas of Ecuador.

V. Findings and Recommendations

This trip was successful in reviewing the project progress and enrollment of newborns into the sample, as well as observing the data collection, counseling, data entry and data review. The KMM project staff are very devoted and enthusiastic about the project. All the staff members should be commended for their hard work and dedication, especially the social workers and nurses.

Various recommendations for the future are;

1) The PI, along with Ernesto Pinto should hold a refresher course on the role of each of the project staff members, the importance of collaboration on the project, and the guidelines on filling out the study instruments. The staff members have been doing a good job. and are very dedicated to the study. It is important to keep the enthusiasm and motivation up. The study is approximately half way completed and this is often a very difficult time, when project motivation can begin to lessen. In addition, it is always a good idea to have a refresher course, in order to review the guidelines and project instruments.

2) The enrollment period should be extended for an additional three months. These newborns will be followed for only three months instead of six months in order to stay within the study time-line. The purpose of these modifications is to compensate for the lower than expected enrollment and eligibility.

3) If the enrollment period is extended for three months, then the salaries for the nurses must also be extended for three months. This $1,200 increase can be covered by the present budget. The project may need to use their line item flexibility, but the will not need additional money from MotherCare in order to cover the increase in the salary line item. The additional money is required only to cover the salary for the nurses for an additional three months. All the other staff members were already in the budget until the end of the follow-up period of the study.

4) There needs to be better coordination between the doctor discharging the mothers and getting notice to the social workers. The social workers need to be notified 24 hours before a woman is discharged so that they can schedule transportation to take the woman home. Doctors need to notify with sufficient time -- need to schedule their time and also transportation for the woman, inform the woman that they will be a ccompanying her home at the time of discharge if she consents.

5) Project staff continue to collect, clean, and run some preliminary analysis on the data in order to prevent delays in data processing and

careful monitoring of the study. All study staff continue daily monitoring, corrections, implementation and follow-up.

6) In October, 1992, technical assistance will be provided by the Population Council Dr. Nancy Sloan in order to begin to finalize the data analysis. Also, Population Council will write the final report with the MIA staff in May/June 1993.

7) Expected products: Training materials and study protocols
Publishable articles : Difference in growth morbidity and cost of care in Kangaroo/non-kangaroo infants over 6 months of their lives.

APPENDIX 1

LIST OF CONTACTS

Isidro Ayora Maternity Hospital

Dr. Lenin Leon and KMM Project Staff
Principal Investigator, KMM Project
Avenida Colombia y Sodiro Esquina
Quito, Ecuador

Telephone # 231-302

Population Council

Ernesto Pinto
Consultant, KMM Project
Mariana de Jesus No. 769
Quito, Ecuador

Telephone # 434-246

USAID/ Ecuador Mission

Dr. Fernando Ortega
Health and Child Survival Project Officer

Avenida Colombia 1573 y Queseras del Medio
Edificio Computec, 3er Piso
Quito, Ecuador

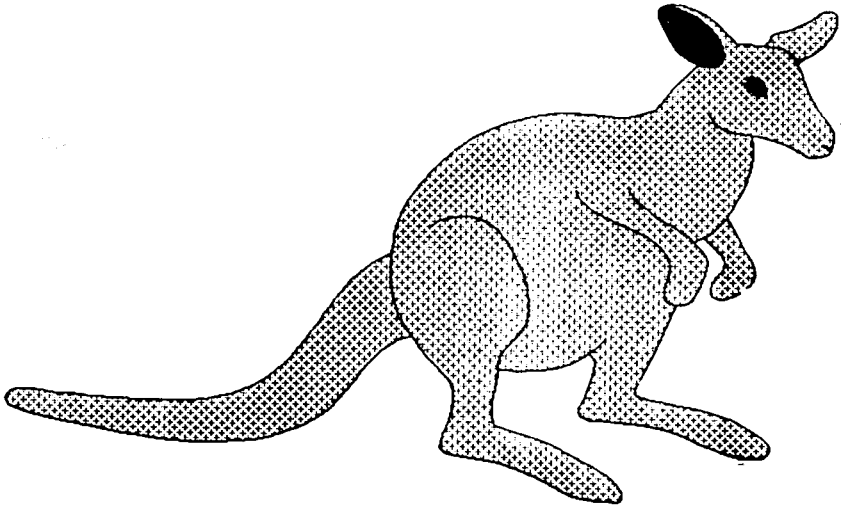
Telephone: 521-100

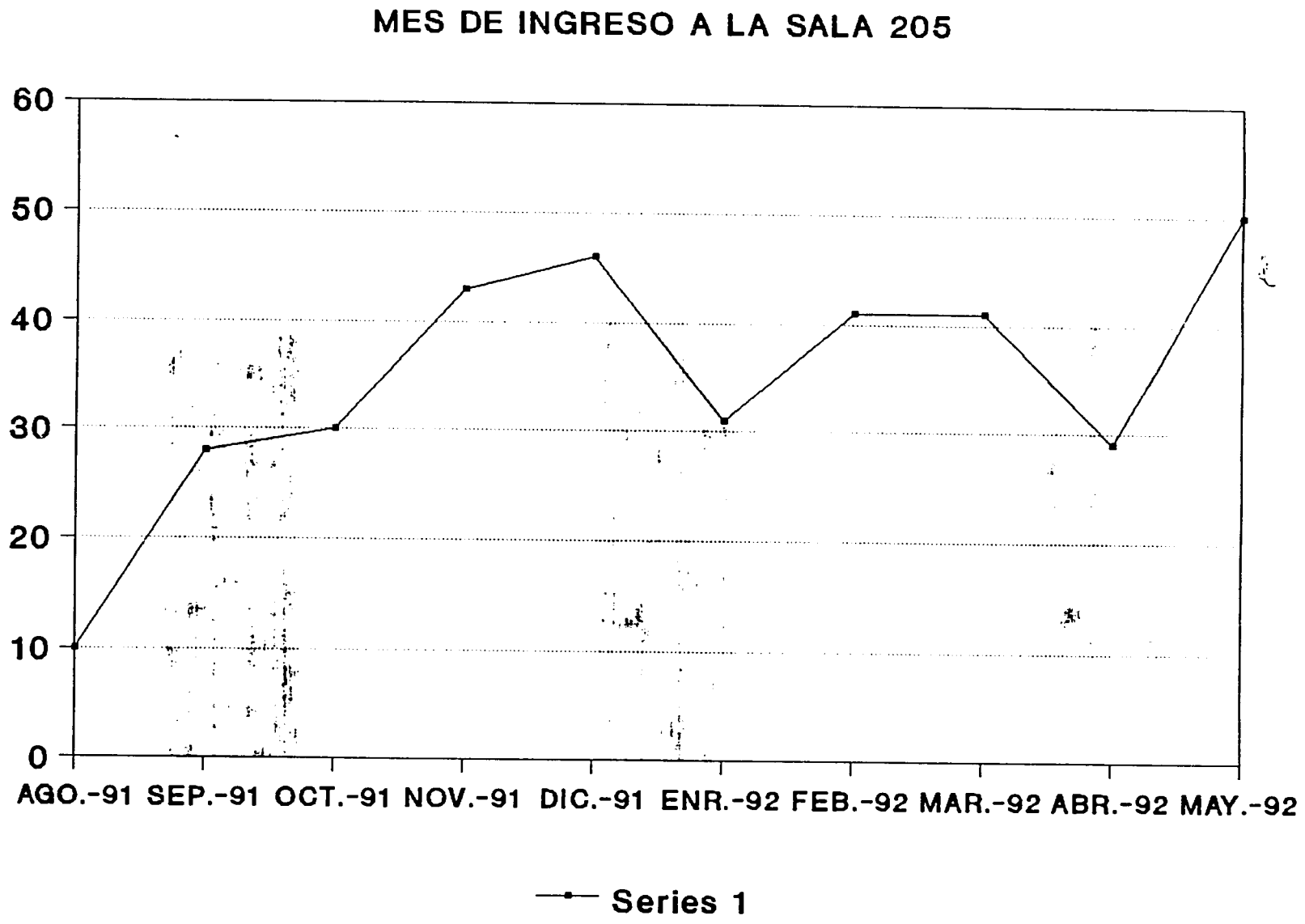
APPENDIX #2

GRAPHS & CHARTS

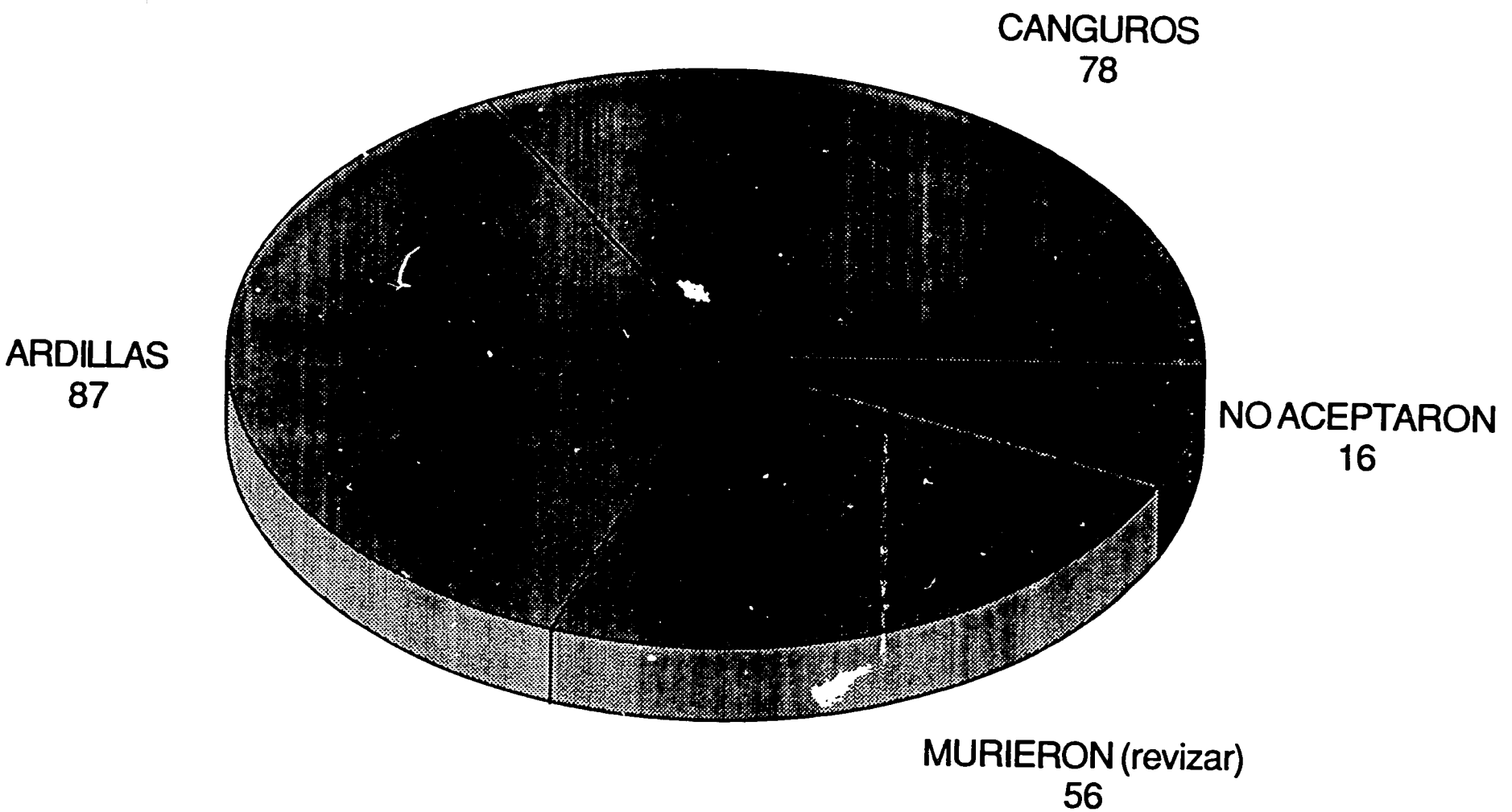
proyecto madre canguro

estudio de niño < de 2000 gramos

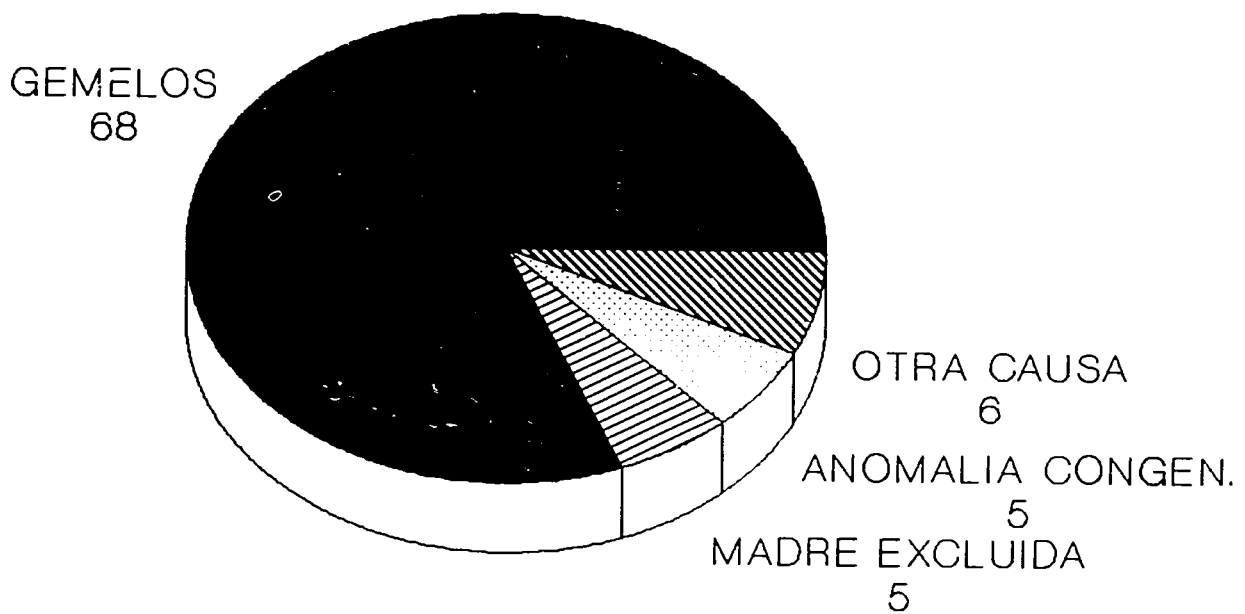



MES DE INGRESO A LA SALA 205
60
50
40
30
20
10
0
AGO.-91
SEP.-91
OCT.-91
NOV.-91
DIC.-91
ENR.-92
FEB.-92
MAR.-92
ABR.-92
MAY.-92
Series 1

NINOS DESPUES DE SER INCLUIDOS

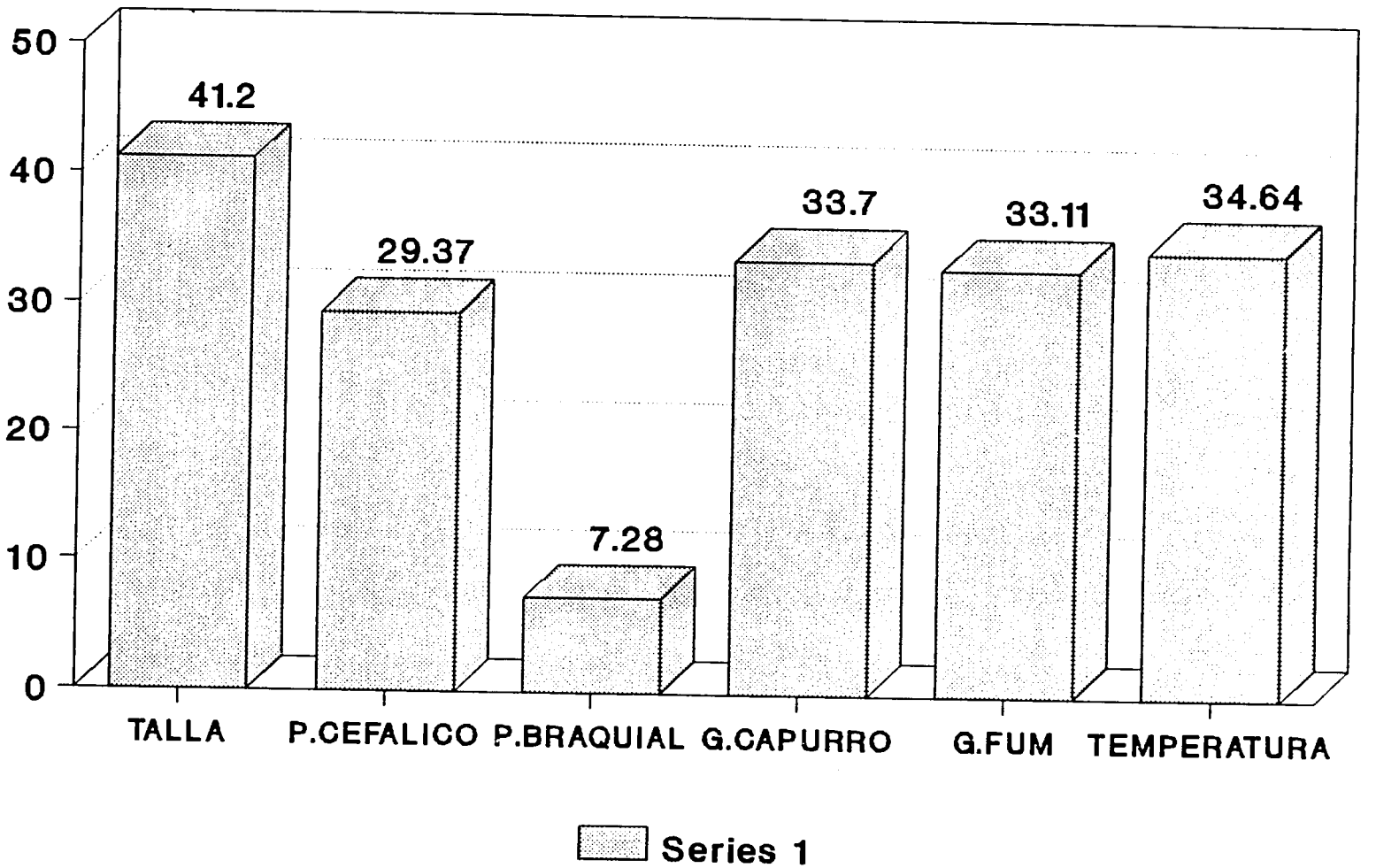


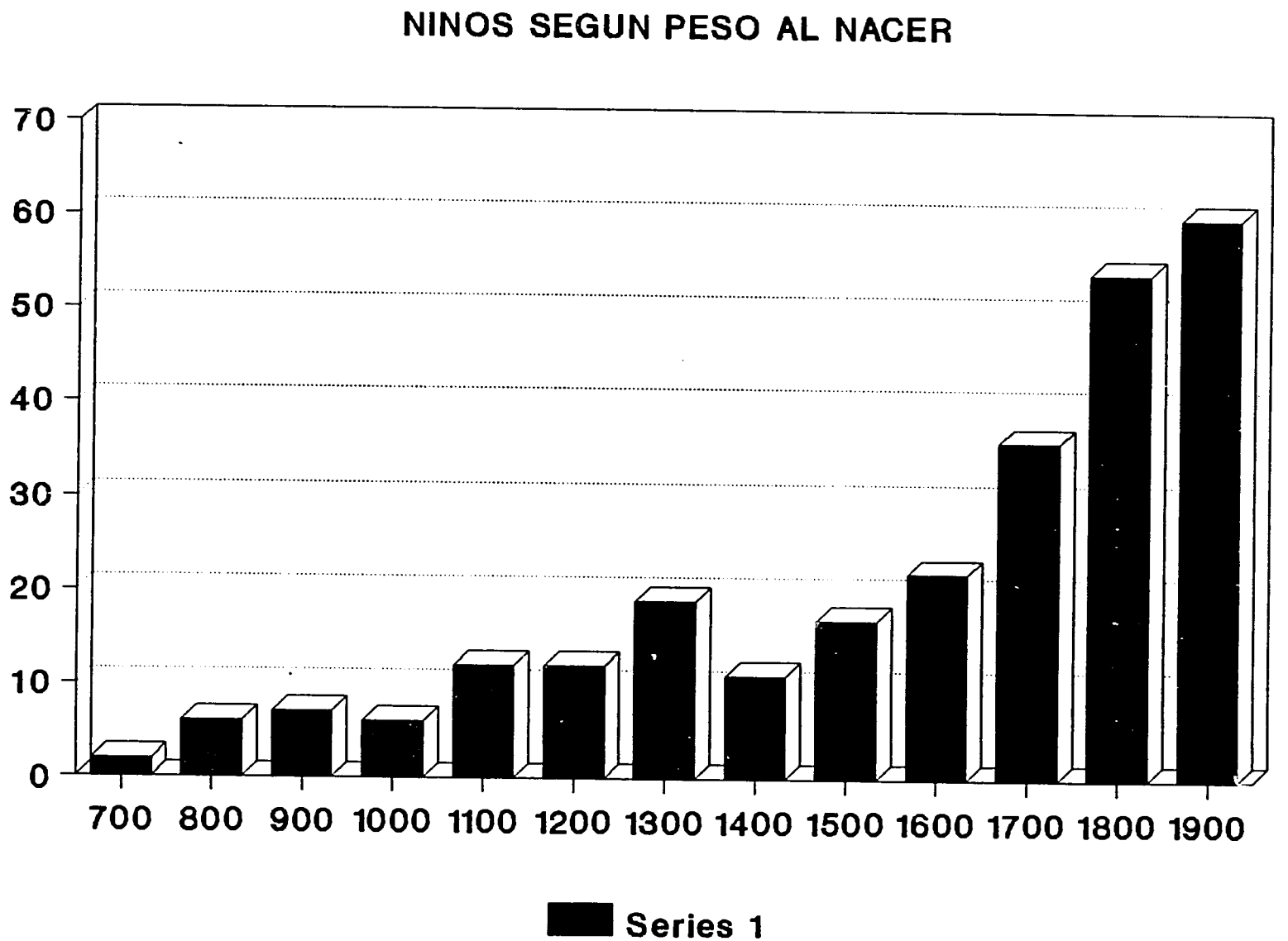
CAUSA DE EXCLUSION

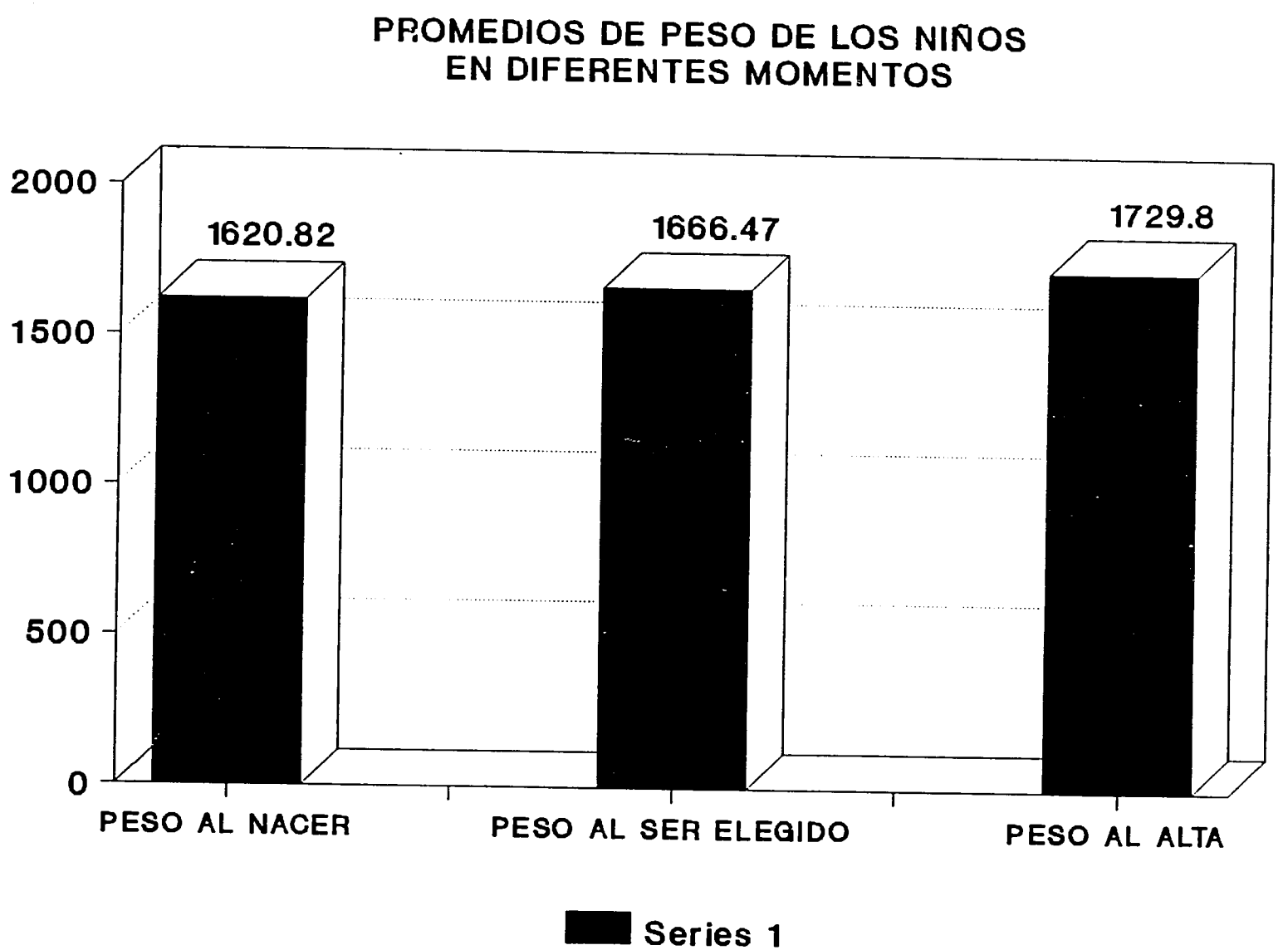


ECUADOR 5-30-92

PROMEDIOS DE LOS NIÑOS AL INGRESO DE LA SALA 205




NINOS SEGUN PESO AL NACER
70
60
50
40
30
20
10
0
700
800
900
1000
1100
1200
1300
1400
1500
1600
1700
1800
1900
Series 1



ECUADOR 5-30-92

APPENDIX #3

frecuencias 30 de mayo de 1992

V3 MES DE ENCUESTA

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	1	31	8.8	8.8	8.8
	2	41	11.6	11.6	20.4
	3	41	11.6	11.6	32.0
	4	29	8.2	8.2	40.2
	5	50	14.2	14.2	54.4
	6	3	.8	.8	55.2
	7	1	.3	.3	55.5
	8	10	2.8	2.8	58.4
	9	28	7.9	7.9	66.3
	10	30	8.5	8.5	74.8
	11	43	12.2	12.2	87.0
	12	46	13.0	13.0	100.0
	Total	353	100.0	100.0	

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V4 AÑO DE ENCUESTA

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	91	162	45.9	45.9	45.9
	92	191	54.1	54.1	100.0
	Total	353	100.0	100.0	

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V10 MES NACIMIENTO

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	1	31	8.8	8.8	8.8
	2	40	11.3	11.3	20.1
	3	44	12.5	12.5	32.6
	4	28	7.9	7.9	40.5
	5	51	14.4	14.4	55.0
	6	2	.6	.6	55.5
	8	10	2.8	2.8	58.4
	9	28	7.9	7.9	66.3
	10	30	8.5	8.5	74.8
	11	43	12.2	12.2	87.0
	12	46	13.0	13.0	100.0
	Total	353	100.0	100.0	

Valid cases 353 Missing cases 0

V11 AÑO NACIMIENTO

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	91	161	45.6	45.6	45.6
	92	192	54.4	54.4	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V13 PESO AL NACER

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
700-799	1	3	.8	.8	.8
800-899	2	8	2.3	2.3	3.1
900-999	3	8	2.3	2.3	5.4
1000-1099	4	9	2.5	2.5	7.9
1100-1199	5	18	5.1	5.1	13.0
1200-1299	6	15	4.2	4.2	17.3
1300-1399	7	26	7.4	7.4	24.6
1400-1499	8	17	4.8	4.8	29.5
1500-1599	9	27	7.6	7.6	37.1
1600-1699	10	31	8.8	8.8	45.9
1700-1799	11	46	13.0	13.0	58.9
1800-1899	12	64	18.1	18.1	77.1
1900-1999	13	80	22.7	22.7	99.7
	660	1	.3	.3	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V14 TALLA AL NACER

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
30-30.9	1.0	2	.6	.6	.6
31-31.9	2.0	2	.6	.6	1.1
32-32.9	3.0	3	.8	.8	2.0
33-33.9	4.0	2	.6	.6	2.5
34-34.9	5.0	5	1.4	1.4	4.0
35-35.9	6.0	6	1.7	1.7	5.7
36-36.9	7.0	12	3.4	3.4	9.1
37-37.9	8.0	21	5.9	5.9	15.0
38-38.9	9.0	17	4.8	4.8	19.8
39-39.9	10.0	19	5.4	5.4	25.2
40-40.9	11.0	31	8.8	8.8	34.0
41-41.9	12.0	47	13.3	13.3	47.3
42-42.9	13.0	64	18.1	18.1	65.4
43-43.9	14.0	58	16.4	16.4	81.9
44-44.9	15.0	44	12.5	12.5	94.3
45-49.9	16.0	19	5.4	5.4	99.7
	99.9	1	.3	.3	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

V15 PER. CEFALICO AL NACER

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	.0	1	.3	.3	.3
22-22.9	3.0	1	.3	.3	.6
23-23.9	4.0	7	2.0	2.0	2.5
24-24.9	5.0	6	1.7	1.7	4.2
25-25.9	6.0	11	3.1	3.1	7.4
26-26.9	7.0	17	4.8	4.8	12.2
27-27.9	8.0	37	10.5	10.5	22.7
28-28.9	9.0	47	13.3	13.3	36.0
29-29.9	10.0	40	11.3	11.3	47.3
30-30.9	11.0	82	23.2	23.2	70.5
31-31.9	12.0	81	22.9	22.9	93.5
32-32.9	13.0	18	5.1	5.1	98.6
33-33.9	14.0	2	.6	.6	99.2
34-34.9	15.0	1	.3	.3	99.4
35-35.9	16.0	1	.3	.3	99.7
	99.9	1	.3	.3	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V16 PER.BRAQUIAL AL NACER

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	.0	3	.8	.8	.8
5-5.9	1.0	17	4.8	4.8	5.7
6-6.9	2.0	67	19.0	19.0	24.6
7-7.9	3.0	169	47.9	47.9	72.5
8-8.9	4.0	90	25.5	25.5	98.0
9-9.9	5.0	4	1.1	1.1	99.2
	99.9	3	.8	.8	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V17 SEXO

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
masculino	1	172	48.7	48.7	48.7
femenino	2	181	51.3	51.3	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

V18 GESTACION CAPURRO

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	4	1.1	1.1	1.1
23-26	1	1	.3	.3	1.4

27-29	2	25	7.1	7.1	8.5
30-32	3	72	20.4	20.4	28.9
33-36	4	197	55.8	55.8	84.7
37-39	5	40	11.3	11.3	96.0
40-42	6	6	1.7	1.7	97.7
	99	8	2.3	2.3	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V19 GESTACION POR FUM

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	5	1.4	1.4	1.4
23-26	1	11	3.1	3.1	4.5
27-29	2	44	12.5	12.5	17.0
30-32	3	77	21.8	21.8	38.8
33-36	4	127	36.0	36.0	74.8
37-39	5	47	13.3	13.3	88.1
40-42	6	8	2.3	2.3	90.4
	99	34	9.6	9.6	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V20 APGAR AL MINUTO

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	1	.3	.3	.3
	1	7	2.0	2.0	2.3
	2	17	4.8	4.8	7.1
	3	23	6.5	6.5	13.6
	4	32	9.1	9.1	22.7
	5	52	14.7	14.7	37.4
	6	72	20.4	20.4	57.8
	7	111	31.4	31.4	89.2
	8	33	9.3	9.3	98.6
	9	1	.3	.3	98.9
	999	4	1.1	1.1	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

V21 APGAR A LOS 5 MINUTOS

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	2	.6	.6	.6
	1	1	.3	.3	.8
	3	4	1.1	1.1	2.0
	4	4	1.1	1.1	3.1
	5	11	3.1	3.1	6.2
	6	23	6.5	6.5	12.7

7	52	14.7	14.7	27.5
8	129	36.5	36.5	64.0
9	116	32.9	32.9	96.9
10	7	2.0	2.0	98.9
999	4	1.1	1.1	100.0
Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V22 TEMPER. INGRESO A 205

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	.0	2	.6	.6	.6
	33.0	117	33.1	33.1	33.7
	33.3	1	.3	.3	34.0
	34.7	1	.3	.3	34.3
	35.0	93	26.3	26.3	60.6
	35.1	2	.6	.6	61.2
	35.2	11	3.1	3.1	64.3
	35.3	8	2.3	2.3	66.6
	35.4	6	1.7	1.7	68.3
	35.5	29	8.2	8.2	76.5
	35.6	3	.8	.8	77.3
	35.7	6	1.7	1.7	79.0
	35.8	8	2.3	2.3	81.3
	35.9	1	.3	.3	81.6
	36.0	41	11.6	11.6	93.2
	36.1	2	.6	.6	93.8
	36.2	7	2.0	2.0	95.8
	36.3	1	.3	.3	96.0
	36.4	1	.3	.3	96.3
	36.5	7	2.0	2.0	98.3
	36.7	3	.8	.8	99.2
	36.8	1	.3	.3	99.4
	37.0	2	.6	.6	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

V23 CONDICION DE INCLUCION

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	1	.3	.3	.3
incluido	1	252	71.4	71.4	71.7
excluido	2	83	23.5	23.5	95.2
murio	3	17	4.8	4.8	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V24 1ERA. CAUSA DE MUERTE

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent

0	2	.6	.6	.6
1	13	3.7	3.7	4.2
88	338	95.8	95.8	100.0
Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V25 2DA. CAUSA DE MUERTE

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	3	.8	.8	.8
	1	5	1.4	1.4	2.3
	88	342	96.9	96.9	99.2
	99	3	.8	.8	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

- -

V26 3ERA. CAUSA DE MUERTE

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	3	.8	.8	.8
	1	5	1.4	1.4	2.3
	2	1	.3	.3	2.5
	88	341	96.6	96.6	99.2
	99	3	.8	.8	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

V27 CAUSA DE EXCLUCION

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	1	.3	.3	.3
gemelos	1	68	19.3	19.3	19.5
madre exluida	3	5	1.4	1.4	21.0
anomalia cong.	4	5	1.4	1.4	22.4
otra causa	5	6	1.7	1.7	24.1
	88	268	75.9	75.9	100.0
	Total	353	100.0		100.0

Valid cases 353 Missing cases 0

V29 GRUPO DE ESTUDIO

Value Label	Value	Frequency	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	3	.8	.8	.8
CANGURO	1	76	21.5	21.5	22.4
ARDILLA	2	85	24.1	24.1	46.5
	8	189	53.5	53.5	100.0
	Total	353	100.0		100.0

V3 MES DE ENCUESTA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	18	8.1	8.1	8.1
	2	23	10.4	10.4	18.6
	3	22	10.0	10.0	28.5
	4	36	16.3	16.3	44.8
	5	34	15.4	15.4	60.2
	6	7	3.2	3.2	63.3
	8	1	.5	.5	63.8
	9	16	7.2	7.2	71.0
	10	11	5.0	5.0	76.0
	11	23	10.4	10.4	86.4
	12	30	13.6	13.6	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V4 AÑO DE ENCUESTA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	91	81	36.7	36.7	36.7
	92	140	63.3	63.3	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V9 GRUPO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
murieron	0	56	25.3	25.3	25.3
Canguro	1	78	35.3	35.3	60.6
Ardilla	2	87	39.4	39.4	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V12 MES DE SER ELEGIBLE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	55	24.9	24.9	24.9
	1	17	7.7	7.7	32.6
	2	18	8.1	8.1	40.7
	3	18	8.1	8.1	48.9
	4	15	6.8	6.8	55.7
	5	22	10.0	10.0	65.6
	6	3	1.4	1.4	67.0
	9	15	6.8	6.8	73.8
	10	11	5.0	5.0	78.7
	11	21	9.5	9.5	88.2
	12	26	11.8	11.8	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

V13 AÑO DE SE ELEGIBLE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	55	24.9	24.9	24.9
	91	74	33.5	33.5	58.4
	92	92	41.6	41.6	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V14 ESTA EN ENCUBADORA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	55	24.9	24.9	24.9
SI	1	63	28.5	28.5	53.4
NO	2	103	46.6	46.6	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V15 ESTA EN TERMOCUNA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	55	24.9	24.9	24.9
SI	1	101	45.7	45.7	70.6
NO	2	65	29.4	29.4	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

V17 TEMPER. AL SER ELEGIDO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	.0	55	24.9	24.9	24.9
	35.0	1	.5	.5	25.3
	35.4	1	.5	.5	25.8
	36.0	24	10.9	10.9	36.7
	36.1	1	.5	.5	37.1
	36.2	7	3.2	3.2	40.3
	36.3	8	3.6	3.6	43.9
	36.4	2	.9	.9	44.8
	36.5	42	19.0	19.0	63.8
	36.6	10	4.5	4.5	68.3
	36.7	18	8.1	8.1	76.5
	36.8	21	9.5	9.5	86.0
	36.9	4	1.8	1.8	87.8
	37.0	24	10.9	10.9	98.6
	37.2	1	.5	.5	99.1
	37.4	2	.9	.9	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V18 OBSERVACION ANORMAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	0	55	24.9	24.9	24.9
NO	1	24	10.9	10.9	35.7
	2	142	64.3	64.3	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V19 TIPO DE OBSERVACION ANORMAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	55	24.9	24.9	24.9
	1	22	10.0	10.0	34.8
	88	144	65.2	65.2	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

V24 TUVO APNEA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	0	3	1.4	1.4	1.4
NO	1	42	19.0	19.0	20.4
	2	176	79.6	79.6	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

V25 TUVO ASPIRACION

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	0	3	1.4	1.4	1.4
NO	1	7	3.2	3.2	4.5
	2	211	95.5	95.5	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V26 TUVO NEUMONIA

Valid Cum

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	21	9.5	9.5	10.9
NO	2	197	89.1	89.1	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V27 TUVO ICTERICIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	116	52.5	52.5	53.8
NO	2	102	46.2	46.2	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V28 TUVO SEPTICEMIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	33	14.9	14.9	16.3
NO	2	185	83.7	83.7	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

V29 RETARDO DE CRECIM. SIMETRICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	49	22.2	22.2	23.5
NO	2	169	76.5	76.5	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V30 RETARDO DE CRECIM. ASIMETRICO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	67	30.3	30.3	31.7
NO	2	151	68.3	68.3	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V31 INFECC. INTRAUTERINAS

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	0	3	1.4	1.4	1.4
NO	1	8	3.6	3.6	5.0
	2	210	95.0	95.0	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V32 ASFIXIA INICIAL

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	0	3	1.4	1.4	1.4
NO	1	92	41.6	41.6	43.0
	2	126	57.0	57.0	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

V33 ENCEFALOPATIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	0	3	1.4	1.4	1.4
NO	1	12	5.4	5.4	6.8
	2	206	93.2	93.2	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V34 SINDROME DIFIC. RESPIR.

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SI	0	3	1.4	1.4	1.4
NO	1	115	52.0	52.0	53.4
	2	103	46.6	46.6	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V35 SINDROME ASPIRAC. NECONIAL

Valid Cum

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	2	.9	.9	2.3
NO	2	216	97.7	97.7	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V36 HIPERTENSION PULMOAR

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	2	.9	.9	2.3
NO	2	216	97.7	97.7	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

V37 PERSIST. CONDUCTO ARTE/VENOSO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	7	3.2	3.2	4.5
NO	2	211	95.5	95.5	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V38 HIPERBIL RRUBINEMIA

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	20	9.0	9.0	10.4
NO	2	198	89.6	89.6	100.0
	Total	221	100.0	100.0	

Valid cases 221 Missing cases 0

- -

V39 ANEMIA EN EL NIÑO

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	3	1.4	1.4	1.4
SI	1	18	8.1	8.1	9.5
NO	2	200	90.5	90.5	100.0

V11 CONSENTIMIENTO

Valid Cum

Value Label	Value	Frequency	Percent	Percent	Percent
	0	7	4.7	4.7	4.7
SI	1	141	95.3	95.3	100.0
	Total	148	100.0		100.0

Valid cases 148 Missing cases 0

V15 EDAD DE LA MADRE

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent	Percent
	0	7	4.7	4.7	4.7	
	15	2	1.4	1.4	6.1	
	16	2	1.4	1.4	7.4	
	17	5	3.4	3.4	10.8	
	18	4	2.7	2.7	13.5	
	19	18	12.2	12.2	25.7	
	20	16	10.8	10.8	36.5	
	21	9	6.1	6.1	42.6	
	22	10	6.8	6.8	49.3	
	23	11	7.4	7.4	56.8	
	24	9	6.1	6.1	62.8	
	25	6	4.1	4.1	66.9	
	26	8	5.4	5.4	72.3	
	27	6	4.1	4.1	76.4	
	28	2	1.4	1.4	77.7	
	29	7	4.7	4.7	82.4	
	30	3	2.0	2.0	84.5	
	31	5	3.4	3.4	87.8	
	32	2	1.4	1.4	89.2	
	33	1	.7	.7	89.9	
	34	2	1.4	1.4	91.2	
	35	2	1.4	1.4	92.6	
	36	2	1.4	1.4	93.9	
	37	2	1.4	1.4	95.3	
	38	3	2.0	2.0	97.3	
	40	1	.7	.7	98.0	
	41	1	.7	.7	98.6	
	42	1	.7	.7	99.3	
	43	1	.7	.7	100.0	
	Total	148	100.0		100.0	

Valid cases 148 Missing cases 0

- -

APPENDIX #4
WOMEN's HEALTH CONFERENCE DOCUMENT

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE SALUD
DIRECCION NACIONAL DE FOMENTO Y PROTECCION

MEMORIAS DEL SEMINARIO

"SALUD DE LA MUJER DESAFIO DE LA DECADA DE LOS 90"

DICIEMBRE DE 1991

ACLARACION

El presente documento contiene una síntesis de las conferencias y ponencias presentadas en el Seminario "Salud de la Mujer: Desafío para la decada de los 90". las cuáles nos fueron entregados oportunamente. Desafortunadamente. situaciones ajenas han impedido que dispongamos de copias de los contenidos de todas las conferencias.

La extención de las intervenciones nos ha privado de presentarlas integramente; ojalá con esta síntesis no hayamos cometido error alguno en el real contexto del pensamiento de quienes tuvieron la gentileza de colaborar en el desarrollo de este Seminario.

La Dirección de Fomento y Protección está dispuesta a proporcionar los documentos originales que reposan en su poder a todos aquellos interesados en conocer integramente en forma completa el contenido del seminario

El comite de redacción

CONTENIDO

ANTECEDENTES: 1

OBJETIVOS: 1

PARTICIPANTES 2

LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO
Lcda. Gloria Briceño - OPS/OMS. 3

LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR
Dra. Magdalena Vanoni 7

PANEL: EXPERIENCIA DEL SECTOR NO GUBERNAMENTAL

* EXPERIENCIA DE UNA ONG, CEPAM, EN UN SERVICIO DE SALUD PARA MUJERES Y NIÑOS
Dra. Virginia Gómez de la Torre - CEPAM 11

* REFLEXIONES SOBRE SALUD DE LA MUJER"
Dr. Ramiro Echeverría -Fundación Eugenio Espejo 14

* ACCION DEL INNFA EN EL AMBITO DE LA SALUD DE LA FAMILIA
Dra. María de la Paz Vela 18

* ABORTO Y MORTALIDAD MATERNA
Dra. Diana Molina 23

PANEL: EXPERIENCIAS DEL SECTOR GUBERNAMENTAL

* DIRECCION NACIONAL DE LA JUVENTUD
Lcda. Estela Armas 25

* DIRECCION DE HIGIENE MUNICIPAL
Dr. Pablo Martínez 27

* INSTITUTO ECUATORIANA DE SEGURIDAD SOCIAL
Dr. Rodrigo Muñoz. 29

* MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Dra. María Elena Acosta 31

PANEL: LOS SECTORES SOCIALES FRENTE A LA PROBLEMATICA D
MORTALIDAD MATERNA

* LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MUJER TRABAJADORA
Dr. Washington Toscano . . . . . .

* LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS FRENTE AL PROBLEMA
Dr. Luis Escobar . . . . . .

* TRATAMIENTO DE LOS TEMAS DE SALUD EN LOS MEDIOS DE
COMUNICACION
Lcda. Consuelo Albornoz. . . . . .

PANEL: COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA EN EL CAMPO DE
DE LA MUJER

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS/OMS
Lcda. Gloria Briceño . . . . . .

* FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES DE
POBLACION - UNFPA
Econ. Diego Palacios. . . . . .

* PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS - PMA
Sra. Rosa Ines Antolín. . . . . .

CONCLUSIONES DE LOS TRABAJOS GRUPALES . . . . . .

ANEXO: Agenda del seminario.

RESUMEN DEL SEMINARIO

" SALUD DE LA MUJER: DESAFIO PARA LA DECADA DE LOS 90"

ANTECEDENTES:

El Ministerio de Salud Pública (MSP), asistido por el Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades de Población (UNFPA) y los organismos internacionales del sistema de las Naciones Unidas (OMS, PNUD, UNICEF, PMA) y USAID han decidido emprender una acción movilizadora a nivel nacional a fin de enfrentar mancomunadamente el grave problema de la mortalidad materna en el país.

El informe presentado en 1991 por el Ministro de Salud a la Nación, señala que para 1989 la mortalidad materna en el país fue de 170 madres fallecidas por cada cien mil nacimientos, estableciendo como causas principales la hemorragia del embarazo y del parto, la toxemia del embarazo, complicaciones del puerperio, aborto y otras.

De lo anterior se colige que la mortalidad materna no es un problema exclusivo de las mujeres sino que está afectando a la sociedad en su conjunto y debe ser enfrentado integralmente.

El seminario: "La Salud de la Mujer, un desafío para la década de los 90", constituyó otro esfuerzo de coordinación interinstitucional encaminado a diseñar estrategias de acción a corto y mediano plazo para enfrentar el problema de la salud de la mujer.

OBJETIVOS:

- Propiciar el intercambio de experiencias y opiniones entre los distintos sectores públicos, privados, gremios, Ong's y organizaciones populares en torno a la situación de la salud de la mujer con énfasis en el problema de la mortalidad materna en el país.

- Promover una "toma de conciencia nacional" y un compromiso sobre la necesidad de defender la salud de la mujer. Movilizar a las instituciones públicas y privadas, y a la sociedad civil en general para identificar mecanismos y estrategias para la solución del problema de la mortalidad materna.

- Desarrollar una de las actividades previstas dentro del "Plan de Acción para la aplicación de la declaración Mundial sobre la Supervivencia, Protección y el Desarrollo del Niño", que propone entre sus metas el reducir en un 30% la tasa de mortalidad materna en el país, hasta el año 2.000

PARTICIPANTES

Gubernamental:

- Ministerio de Salud
- Ministerio de Educación y Cultura
- Ministerio de Trabajo y RRHH
- Ministerio de Bienestar Social
- Ministerio de Finanzas
- Consejo Nacional de Desarrollo CONADE
- Secretaría General de Administración
- Secretaría General de Comunicació
- IESS
- Seguro Social Campesino
- Municipio de Quito

Internacional:

- UNFPA
- USAID
- PNUD
- OPS/OMS
- UNIFEM
- PMA
- UNICEF
- CARE
- FAO
- Cooperación Belga
- Cooperación de los Países Bajos
- Cooperación Técnica Suiza

No Gubernamental:

- Instituto Nacional del Niño y la F INNFA
- Organizaciones no gubernamentales d Salud
- Organizaciones de Planificación Fa
- Organizaciones gubernamentales de Comunicación Social.
- Organizaciones no gubernamentales de la Mujer
- Junta de Beneficencia

Otras instituciones:

- Iglesia
- Medios de Comunicación
- Organizaciones populares
- Colegio Médico de Pichincha
- Colegios Profesionales (Obstetrices, Enfermeras)
- Universidades
- Red de Comunicación de la Mujer
- Patronato Municipal
- Sociedad de Médicas
- ASVOL

" LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO"

Lcda. Gloria Briceño - OPS/OMS

De las 500.000 muertes maternas que aproximadamente ocurren anualmente en el mundo, casi el 99% se originan en los países en desarrollo, estimándose que en América Latina ocurren 34.000 defunciones maternas al año. Estos datos reflejan un panorama difícil en relación a la salud de las embarazadas en la Región de las Américas.

En varios países latinoamericanos se ha observado una correlación entre altas tasas de mortalidad materna y altas tasas de mortalidad infantil y de fecundidad. A su vez aquellos países donde la mortalidad materna es baja, también tiene bajas tasas de mortalidad infantil y de fecundidad. La paridad elevada y los intervalos intergenésicos cortos, características de la alta fecundidad especialmente en edades extremas de la mujer, están asociadas con las altas tasas de mortalidad materna infantil.

Sin embargo, el subregistro y la definición imprecisa de las causas de muerte materna son comunes y se carece de estadísticas de alcance nacional. Este subregistro aún en los países desarrollados, se calcula hasta un 37%, llegando en los de menor desarrollo al 70%, producto del conocimiento parcial de las muertes maternas, de la asignación y codificación equivocada de la causa de muerte y de su ocurrencia después de 42 días del postparto. Algunas cifras indican que los subregistros notificados por los países son de 6 a 120 veces mayores en América Latina que en América del Norte.

Causas de mortalidad materna

Las causas de mortalidad materna pueden dividirse en médicas y no médicas, y las primeras se subdividen en causas obstétricas directas e indirectas, de acuerdo al siguiente cuadro:

CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA

Médicas	Médicas	Obstétricas directas	hemorragias infección toxemia aborto parto obstruido
		Obstétricas indirectas	Enfermedades agrav por el embarazo y parto. (hepatitis,hiperte esencial, anemia, diabetes, hemoglobinopatías)
No médicas		Relacionadas con factores reproductivos	edad materna extre alta paridad embarazo no desead
		Relacionadas con los servicios de salud	baja calidad de se dificultad de acce los servicios falta de suministr médicos falta de cuidado p
		Relacionadas con factores socioeconómicos	Rol de inferiorida social asignado a mujer pobreza analfabetismo trabajo insalubre

Adaptado de: "Prevención de la Mortalidad Materna" (Organ
Mundial de la Salud. 1985).

Líneas y políticas de acción

- Movilización de Recursos
- Participación social y Movilización Social
- Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud
- Desarrollo de Recursos Humanos
- Educación para la Salud
- Sistemas de información, registro, control y evaluación
- Investigación
  * Mejoramiento del registro de datos y análisis estadísticos
  * Estructura de causas de muerte y causalidad general.
  * Uso de encuestas y métodos para medición de la mortalidad
  * Atención domiciliaria del parto por parteras tradicionales
  * Investigaciones sobre servicios de salud.
  * Costo/eficiencia y costo/efectividad.

Estrategias generales de intervención

1. Para la promoción de las condiciones de salud de la mujer

- Actualizar la legislación existente de protección de la salud de la mujer y la familia.
- Desarrollar programas de salud integral de la mujer a nivel institucional y comunitario que incluyan educación sexual.
- Revisar la legislación nacional sobre aborto para facilitar su atención con un contenido preventivo y la atención gratuita y oportuna de sus complicaciones.
- Reforzar y mejorar los conocimientos y acciones de la comunidad y de los grupos organizados de mujeres.
- Utilizar los medios de comunicación social, de grupo o intersectorial para promover los programas de salud de la mujer.
- Desarrollar los programas de alimentación complementaria para las gestantes con problemas nutricionales.
- Desarrollar programas integrales de regulación de la fecundidad con acceso irrestricto a todos los usuarios.
- Incluir en los programas de salud del adolescente el desarrollo de acciones de educación sexual.
- Prevenir los embarazos no deseados.
- Instaurar y mantener en operación los comités de mortalidad materna a nivel nacional, regional y local.

2. De capacitación

- Elaborar o mantener actualizadas las normas existentes p
atención del embarazo, del parto, del puerperio y p
regulación de la fecundidad, según clasificación de ri
- Formar y capacitar al personal de los servicios de salu
la comunidad en salud de la mujer y en salud materna.

3. Para la investigación en mortalidad materna

- Apoyar investigaciones sobre mortalidad materna con
poblacional dirigidas al mejoramiento del registro de d
al conocimiento y utilización de la información.

4. Para mejorar los sistemas de información

- Asegurar la existencia de un sistema nacional de vigi
epidemiológica sobre muertes de mujeres de edad fértil
- Mejorar el sistema de registro y de información de tod
acciones de salud relativas al embarazo, el part
puerperio y la planificación familiar.

LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ECUADOR

Dra. Magdalena Vanoni

En nuestro país, al igual que en otros, se ha venido desde hace algún tiempo poniendo énfasis en la reducción de la mortalidad infantil y todos los esfuerzos han estado encaminados a obtener este objetivo; los resultados demuestran que la tasa de mortalidad infantil ha venido decreciendo contínuamente. Sin embargo, por este afán de dar prioridad a la salud infantil, se ha descuidado otros campos de atención, uno de ellos el de la salud de la mujer y más específicamente el de la salud materna. La mortalidad materna se mantiene elevada en nuestro medio alcanzando cifras de 1.6 muertes por cada mil nacidos vivos como promedio nacional que incluso se duplica en ciertas provincias. Además, estas cifras pueden ser inexactas considerando el subregistro elevado que de hecho existe en todo nivel.

Si analizamos las curvas de mortalidad infantil y materna, es fácil apreciar que el descenso de la primera es mucho más pronunciado que de la segunda. En 1980 el índice de mortalidad infantil era de 70 por cada 1000 nacidos vivos y ha bajado contínuamente hasta que en 1989 era de 47 por cada 100 N.V. En cambio la tasa de mortalidad materna no ha tenido un descenso contínuo y así vemos que en 1980 era de 1.6 por cada 1000 N.V., en 1981 subió a 1.7 y para 1990 era de 1.34 por cada 1000 N.V. La Sierra ecuatoriana es la que presenta los niveles más altos de mortalidad materna, siendo las provincias más afectadas las de Bolívar (3.7 x 1000 n.v.), Cotopaxi (3.0) y Azuay (2.4). En la Costa la provincia con mayor tasa de mortalidad materna es Los Ríos (2.4).

La Iniciativa de Maternidad Sin Riesgo trata de enfocar la mortalidad materna desde un contexto ampliado. Con el objeto de tener un cuadro coherente se necesita un modelo analítico que enmarque todos los factores principales que afectan la mortalidad materna. El utilizar este modelo ayudará a clarificar el debate actual sobre si es más efectivo el actuar sobre las causas inmediatas de la mortalidad materna o sobre las causas de fondo (ver Figura 1).

MODELO ANALITICO DE MORTALIDAD MATERNA

EFECTOS

Los efectos son el embarazo y las complicaciones obstétric cuales pueden ser directas (por problemas de embarazo, incl aborto) e indirectas (por otras condiciones médicas exister

FACTORES SUBYACENTES

Comportamiento de Salud.- Qué hacen o no hacen las pe para su salud. En el caso de la embarazada, la utiliza servicios de atención prenatal, por ejemplo.

Conducta Reproductiva.- Existen ciertas conductas que afectar la mortalidad materna: edad de la madre, núm embarazos, espaciamiento, deseo de embarazarse.

Nivel de Salud.- El nivel de salud es influencia factores básicos y factores subyacentes.

Acceso a Servicios de Salud.- Lo que se requiere para p la mayoría de muertes maternas no es la invenc tecnología médica nueva y sofisticada, sino un mejor a los servicios y a la tecnología existente. Varios factores relacionados con la accesibilidad son: ac información, accesibilidad financiera, accesibilidad calidad de la atención.

Factores Desconocidos.- Varios estudios demuestran gran proporción de complicaciones obstétricas no corre a ninguno de los factores de riesgo conocidos.

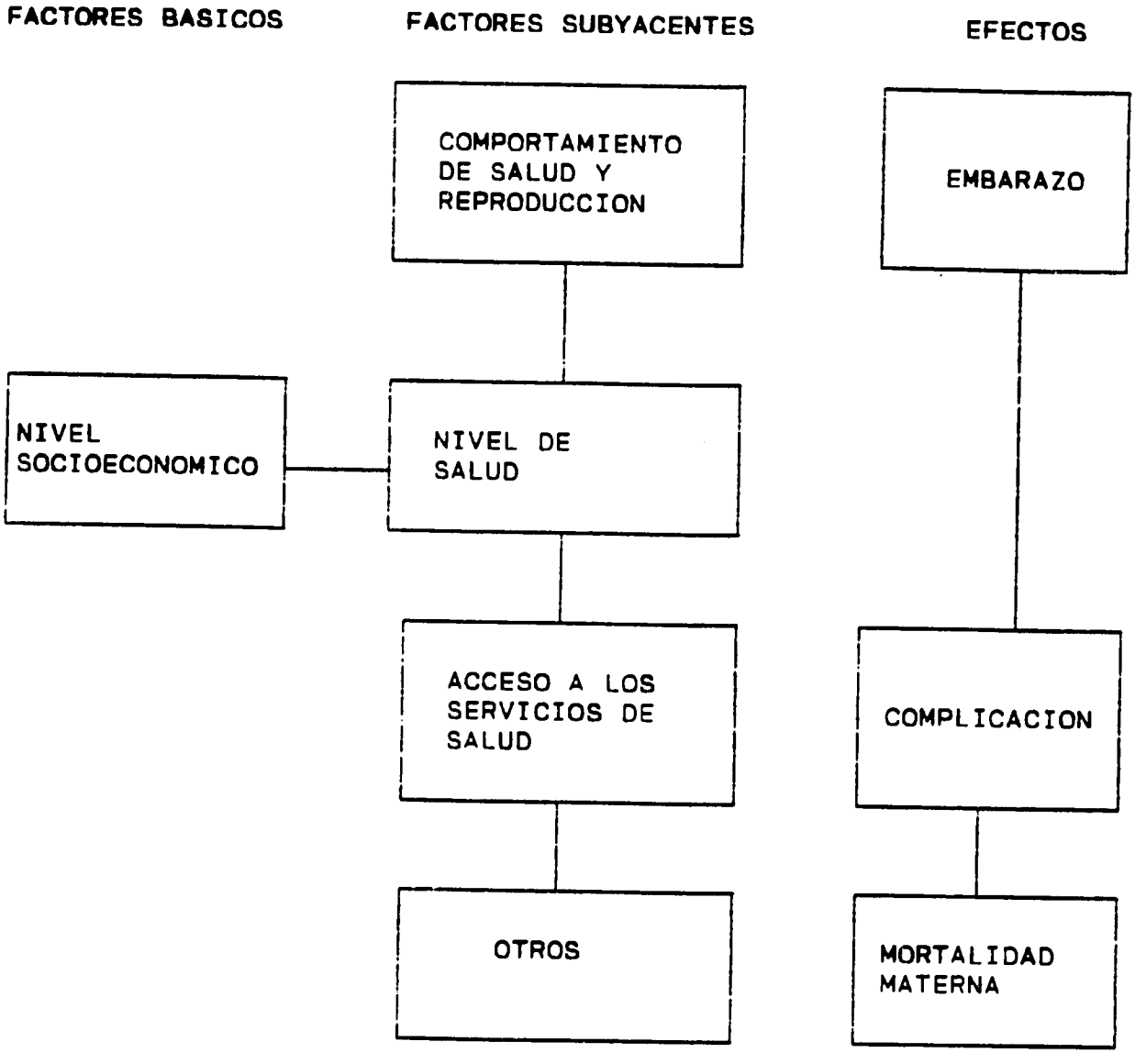
FACTORES BASICOS

Nivel Socio-económico.- Afecta la mortalidad diferenciando no solo países desarrollados subdesarrollados, sino dentro del mismo país refle diferencias sociales.

Las opciones del programa de Iniciativa para una Materni Riesgo se resumen en las siguientes:

- Proveer de servicios de Planificación Familiar
- Mejorar el nivel socio-económico
- Proveer de servicios legales y sin riesgo de Abo
- Proveer de atención prenatal
- Mejorar el cuidado obstétrico de emergencia
- Capacitar a parteras tradicionales
- Informar y movilizar a la comunidad

MODELO ANALITICO DE MORTALIDAD MATERNA



FUENTE: McCarthy, J., and Maine, D. "A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality: Implications for Research and Programs".

PANEL: EXPERIENCIA DEL SECTOR NO GUBERNAMENTAL

EXPERIENCIA DE UNA ONG, CEPAM, EN UN SERVICIO DE SALUD PARA MUJERES Y NIÑOS

Dra. Virginia Gómez de la Torre - CEPAM

Antecedentes:

El CEPAM, una ONG sin fines de lucro es creada hace 8 años con el objetivo de apoyar a las organizaciones populares de mujeres en diferentes áreas: Derechos de la Mujer, Desarrollo Infantil, Comunicación Alternativa, Técnica y por supuesto Salud. Esta área inicia su trayectoria alrededor del problema alimentario de la mujer y del niño, el rescate de nuestros valores culturales en la alimentación, la defensa del consumidor, y la promoción de la Lactancia Natural. Para esto, se aceptó realizar un convenio tripartito: Comité Barrial, CEPAM, MSP, lo cual asegura la permanencia del servicio, así como del personal, el momento en el que el CEPAM se retire.

Objetivos:

* Movilizar las organizaciones de mujeres en la demanda por la salud y mejores condiciones de vida.
* Brindar un servicio de salud, de mujeres para mujeres.
* Rescatar el conocimiento de las mujeres sobre la salud.
* Investigar las causas que afectan la salud de la mujer, la familia y la comunidad.

Líneas de trabajo:

Capacitación:

* En el área de cobertura a través de talleres charlas y en el espacio de la consulta individual.
* Capacitación interna del equipo.

Investigación:

* Prácticas alimentarias en niños y niñas menores de 2 años.
* Conocimientos, actitudes y prácticas alrededor del embarazo, parto y puerperio en mujeres de la zona sur de Quito.

Difusión:

* Serie Nutrición - Salud.
* Manual de Capacitación en Nutrición (en reedición).
* Manual de Capacitación en Sexualidad (elaborándose)
* Cartilla estimulación temprana.
* Varios, de acuerdo a la coyuntura del momento.

Servicio:

* Atención de la Mujer en: control del embarazo, ginecológico, planificación familiar, atención de mar
* Coordinación con el CCD en capacitación a madres educ nutrición, cocina, y monitoreo de peso y talla de l
* Asesoría en casos de violencia a la mujer, maltra niños, abandono.
* Referencia de casos a la red de contactos en hosp servicios sociales.

Logros:

* Consolidación y armonía de los dos equipos, CEPAM y
* Apoyo a la comunidad, a pesar de las dificultades i
* Apoyo del Ministerio de Salud, a pesar de las dific

Dificultades:

* Espacio físico reducido.
* A veces es imposible atender la demanda por enferme
* Coordinación con las Unidades del SAFIC

*MORBI MORTALIDAD FEMENINA**

Riesgos de la Reproducción

* En F. gíneco-obstétricas
* Embarazos múltiples
* Toxemia... etc.

Desnutrición femenina

* Anemias nutricionales

Problemas de Salud Mental de la Mujer

* Violencia
* Stress
* Trabajo excesivo
* Insatisfacción sexual o de vida de los hijos ... etc.

VIOLENCIA

* Servicios de salud insuficientes e inadecuados
* Ambiente insalubre
* Falta de agua potable
* Abastecimiento inadecuado
* Espacios de recreación insuficientes y no utilizados por mujeres

* Discriminación, sexo
* Devalorización
* Subordinación
* Machismo
* Discriminación por clase, etnia
* Discriminación por trabajo, convicción política, religiosa

* Escolaridad insuficiente
* Analfabetismo
* Escasas fuentes de trabajo para la mujer
* Servicios de guardería inexistentes e inadecuados

RECURSOS

M.S.P.
COMITE BARRIAL
CEPAM (ONG)
M.B.S.
D y A (ONG)

* Estructura social capitalista
* Ideología patriarcal y de subordinación a la mujer
* No existe protección legal, social a la mujer
* Políticas de población no realistas?
* Políticas de educación sexistas
* Políticas de Salud para mujer no existen

* Enfoque triple A. Reflexion Equipo de Salud CEPAM - Quito.Agosto 1991.

"REFLEXIONES SOBRE SALUD DE LA MUJER"

Dr. Ramiro Echeverría -Fundación Eugenio Espejo

Cinco reflexiones sobre la salud de la mujer

Qué mujeres son las más afectadas?

Las mujeres que más se enferman y mueren pertenecen a las
y grupos más pobres de la sociedad. Entonces la pobre
categoría explicativa de las condiciones estructurales del
vida), es el primer determinante de los riesgos asociad
altas tasas de morbi-mortalidad prevalentes.

Esta situación se potencia o agrava al interior de la fami
grupos sociales por las condiciones de exceso produc
marginación del consumo en que vive la mujer, como consecu
sociedades como la nuestra, con altos índices de discri
sexual, racial, legal y laboral.

De qué se enferman y mueren más las mujeres?

Se conoce o está muy poco difundida la problemática d
enfermedad en las mujeres fuera de su período reproductiv
tanto no tenemos un perfil epidemiológico apropiado de la s
de salud de la mujer como tal y ni siquiera de toda
reproductiva, sino mas bien o casi exclusivamente del
materno, que refleja el lado más funcional de la muj
sistema social vigente. Además, estamos muy acostumbrados
en las causas inmediatas de enfermedad y muerte, de acue
clasificaciones comunmente aceptadas por la ciencia médi

Por ejemplo, la toxemia gravídica, no tendría porqué s
inmediata de muerte materna, si hubiese acceso universal a
pre-concepcional y natal oportuno y de buena calidad.
otras causas más específicas como la estructura inequit
ingresos, el consumo diferencial de servicios
(analfabetismo, hacinamiento, desnutrición, etc.)
distorsionado modelo de desarrollo que esta más en func
productividad que de la superación humana, etc.

Cómo se registran las causas inmediatas de mortalidad materna?

El registro basado en el sistema vigente de estadísticas vitales, no constituye una buena fuente de información para las estimaciones fidedignas de mortalidad materna, por el alto subregistro que acusa. Según un estudio auspiciado por UNICEF, se ha estimado este subregistro en un 25%, originado en la falta de inscripción del hecho vital en la fuente, por desconocimiento u ocultamiento, así como por deficiencias en el registro (incompletos, no clasificables, sin firma de responsabilidad, etc), por problemas en la notificación (pérdidas, retrasos). Por dificultades a nivel central para procesar la causa inmediata de muerte materna, por mala calidad del registro, por errores de reclasificación y agrupamiento, y por último, por errores de tabulación y cómputo.

Con estos antecedentes, la actual tasa de 170 por 100.000 nacidos vivos ascendería en 212.5 y con la reducción de un 30%, solo se llegaría a la tasa de 148.7 por cada 100.000 N. V., lo que a la fecha, aun representaría unas 8 veces más que Costa Rica, o 37 veces mas que Canadá.

Cuáles son las demandas prioritarias de atención en salud de la mujer?

Se pueden destacar las siguientes demandas específicas:

- Atención infantil y pre-escolar
- Atención escolar y pre-puberal
- Atención puberal y adolescencia
- Control del desarrollo biológico
- Orientación sobre la diferenciación psico-social
- Sexualidad y rol reproductivo-afectivo
- Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual
- Información de métodos de regulación de fecundidad
- Atención pre-natal, natal y post-natal
- Educación en puericultura y alimentario-nutricional
- Planificación Familiar (salud reproductiva)
- Prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales
- Detección oportuna del Cáncer mamario y Cáncer uterino
- Control de enfermedades relativas al climaterio
- Atención de problemas de salud de la tercera edad
- Salud mental en la mujer

Qué modelo de atención responde a salud de la mujer?

Proponemos replantear la concepción para el desarrollo de l
y la atención de los problemas de salud en base a las sig
consideraciones:

a) En el primer nivel, se destacarán acciones de promoc
depende de acciones generales en el sistema social, ec
y político; en el segundo, están las interve
específicas del sector de atención de salud con to
posibilidades de prevención, recuperación y rehabilit

b) La mujer y especialmente en su rol de madre, no pued
apartada de la dinámica familiar. Entonces, no es adec
enfoque de la salud materna fuera del ámbito de la fa

c) Lo anterior supone un enfoque integrador de las ac
tanto en al ámbito de la atención (promoción, prev
recuperación y rehabilitación), como en el de los
sociales (individuo-familia-comunidad).

d) Los mecanismos de acción, apelarán a la artic
intrasectorial e intersectorial, a fin de armoni
acciones y potenciar los resultados de las intervenci
política social y económica.

e) Esto requiere de la concresión de políticas de salu
recursos necesarios para emprender la misión de mejo
condiciones de salud y de vida de la población ecuat
especialmente de aquella en condiciones de máxima pob

f) Para concluir, delineamos acciones que pueden ser incl
un plan de acción de salud a corto y mediano plaz
reducir la crítica tasa de mortalidad materna en nuest

- Elevar el nivel político de las demandas en s
general y de la atención materna en particular.
- Apoyar la consecución de recursos para el desar
modelos de atención integral a la familia.
- Ampliación de redes de atención primaria.
- Ampliar la capacidad instalada de los servi
internación gineco-obstétrica y de atención del
- Aumentar la participación de la mujer y la madre
programas de educación y prevención en salud.
- Diseño de proyectos específicos de educación y pre
de riesgos en púberes y adolescentes.

- Vincular sistemáticamente a agentes de la medicina tradicional al sistema de atención en salud materna.
- Revisar y poner en vigencia plena una legislación favorable a la embarazada y parturienta.
- Establecer sistemas permanentes de vigilancia de riegos en salud de la mujer (grupos centinela).
- Definición de riesgos laborales específicos que afectan la salud de la mujer y disminución de sobrecargas psico-físicas.
- Modernización de los registros estadísticos y aplicación de nuevos métodos de medición de la mortalidad materna.
- Seguimiento de problemas críticos como el aborto.
- Analizar alternativas de financiamiento a fin de establecer gratuidad del control prenatal y planificación familiar en todos los servicios públicos y privados.

"ACCION DEL INNFA EN EL AMBITO DE LA SALUD DE LA FAMILIA"

Dra. María de la Paz Vela

El Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) programas con la participación de las comunidades benefic ofrece atención al niño y la familia en situación de r través de sus servicios. Sus actividades en el área de la s conciben dentro de una estrategia de prevención y/o de ate los problemas de salud. El centro de la atención del INNF niño de alto riesgo en el contexto de la familia.

Las acciones que realiza el INNFA están vinculadas fundamen con cuatro aspectos:

1. Reducción de la mortalidad y morbilidad, particu infantil y materna, a través de la capacitación.
2. Capacitación en el área de salud y nutrición a las ma trabajan;
3. Mejoramiento de la situación de la madre de bajos i para que pueda dedicar mayores recursos a las necesi su hogar y especialmente de los hijos menores.
4. Apoyo a la atención y prevención de problemas de disc de las personas de menores ingresos.

Existen cuatro programas a través de los cuales la Ins desarrolla diversas actividades que le permiten cumplir metas planteadas:

Acciones de salud dentro de los programas del INNFA

El programa de desarrollo INNFA (PDI)

Su objetivo es contribuir al mejoramiento de las condic vida de los niños menores de 6 años en situación de especialmente nutricional, apoyando los esfuerzos de sus familias en la crianza de los niños. El Programa está c como una estrategia de intercambio bidireccional de tecn conocimientos sobre la manera de atender las necesida apremiantes de los niños: cuidado diario, salud, nutr estimulación temprana.

El PDI plantea un abordaje integral del problema y propo Centros de Desarrollo Infantil (CDI) en las comunidades. L (en un promedio de 25 en las zonas urbano marginales y de 4 CDI rurales) son atendidos en el centro por dos vecinas cui

seleccionadas por el Comité de Padres del CDI. El eje básico del programa es la capacitación a las vecinas cuidadoras, con lo cual se espera tener un efecto multiplicador en la población. Los aspectos de la capacitación que se abordan son:

* La nutrición a través de nuevas prácticas alimentarias en la dieta diaria de los niños en el CDI, que consiste en 4 comidas que responder a un plan de alimentación;
* La estimulación temprana a los menores para su adecuado crecimiento y socialización.
* El cuidado de la salud, que consiste en la introducción de prácticas de higiene en la familia y en el niño, en la prevención de enfermedades y en conseguir la atención adecuada en el Centro de Salud más cercano. El proceso de capacitación para las madres y la comunidad en materia de Salud es parte importante del programa. Las vecinas cuidadoras reciben la información necesaria para hacer un diagnóstico inicial de los principales y más frecuentes problemas de salud de los niños, controlar periódicamente del peso y remitir a las madres a los centros de salud más cercanos para la administración de vacunas, atención para la salud y entrega de complementos alimentarios.

En este sentido el eje central en que se fundamenta la propuesta de PDI es la capacitación.

El problema de trabajadores prematuros (PTP)

Es un programa nacional que el INNFA desarrolla para dar atención a los niños y jóvenes, entre 6 y 17 años de edad, que trabajan sin amparo legal en las calles y lugares públicos de concentración de las ciudades. Tiene por objetivo mejorar las condiciones de vida de los menores trabajadores para aliviar la situación de riesgo en que viven y facilitar su desenvolvimiento en la sociedad. Su accionar consiste en desarrollar un permanente proceso educativo con los menores en un sitio de trabajo y les ofrece acceso a los servicios básicos de salud, educación y recreación del Estado sin desarraigarlos de su familia ni de la comunidad. Hasta el momento hay 6.500 menores vinculados a este programa a nivel nacional.

El Programa desarrolla el compomente de salud con el fin de:

- Disminuir la marginalización del menor trabajador;
- Disminuir los índices de enfermedades;
- Cambiar los hábitos nutricionales;
- Prevenir el uso indebido de drogas;
- Evitar los embarazos prematuros y modificar prácticas sexuales perjudiciales para los menores.

El programa de defensa de los derechos del niño

Busca facilitar el mejoramiento de la calidad de las relaci
los niños dentro de diversos ámbitos de vida cotidiana, e
los sistemas de atención de las instituciones públicas y
para canalizar las demandas de defensa de esos derechos.

También se procura generar procesos de investigación-rè
acción colectivas sobre las formas de violación a los dere
niño que se dan dentro de cada ámbito y en el context
sociedad. Para la acción del programa se han selecciona
ámbitos de vida cotidiana considerados estratégicos:
estatal el de la legislación para los menores; a
institucional el de la escuela y a nivel comunitario el
familias.

- En el ámbito legal, el Programa busca coordinar
  organismos responsables de la administración de justi
  mejorar el marco legal y la aplicación de las leyes.
- En el ámbito escolar, el Programa impulsa talleres
  niños y con profesores para que busquen las fo
  responder a esas demandas.
- En el ámbito comunitario, el Programa apoya proyectos
  que la comunidad de adultos y niños diagnostica las f
  maltrato y define formas de intervención comunitar
  modificarlas y de demanda a otras instancias en
  aspectos que escapan a su control.

La unidad de apoyo comunitario (UNAC)

Los objetivos de este programa, se centran en:

1. Promover el mejoramiento de las condiciones de vida
   familias y comunidades ecuatorianas en situación de
   pobreza en su contexto socio-espacial, media
   coordinación con sectores públicos y privados, el apo
   programas y servicios del INNFA, y la participación
   beneficiarios

2. Incorporar nuevamente a la estrategia operativa
   Institución el servicio de atención a las nece
   específicas de las mujeres de bajos ingresos y en pa
   a aquellas de las madres jefes de hogar

Para ello, la UNAC cuenta con el Programa Fondo de Apo
Pequeños Negocios (PPN), y desarrolla innumerables p
de desarrollo comunitario, que priorizan la atención
necesidades de la mujer en situación de riesgo y se ubica
siguientes líneas de acción:

- Apoyar la generación de ingresos de familias y comunidades sumidas en la pobreza, con el fin de mejorar sus niveles de vida, fundamentalmente de nutrición de los niños y las mujeres embarazadas y en edad fértil;
- Aumentar la cobertura de los servicios en el hogar;
- Generar campañas educativas sobre alimentación y nutrición;
- Ayudar a extender la cobertura de servicios básicos mínimos;
- Desarrollar cursos de capacitación en el manejo de alimentos, higiene y economía del hogar; etc.

El programa nacional de discapacidades

Este Programa se desarrolla mediante dos estrategias: una, la capacitación y comunicación dirigida a la prevención de discapacidades en el ámbito familiar y comunitario; y otra, la atención directa a través de los Centros de Rehabilitación que el INNFA tiene en cuatro ciudades del país.

Este Programa da importancia a la capacitación de las familias, tanto para prevenir discapacidades, cuanto para intervenir adecuadamente en la rehabilitación y tratamiento de pacientes con problemas.

Apoyo a proyectos en el área de la salud, realizados por otras instituciones

El INNFA presta una contribución fundamental a la comunidad ecuatoriana en el ámbito de la salud, mediante el apoyo financiero que canaliza el Fondo de Desarrollo de la Infancia (FODINFA) a instituciones públicas y privadas que desarrollan proyectos de atención directa. Se pueden mencionar los siguientes:

- Hospital de Niño Baca Ortiz.- Solicitó apoyo financiero para poner en funcionamiento la Unidad de Cuidados Intensivos. Recibieron 115 millones de sucres.

- Banco Nacional de Vacunas.- El MSP solicitó apoyo para concluir la construcción del Centro de Acopio de Vacunas para los niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil y embarazadas. Además solicitaron equipos de cadena de frío. Se aprobó el apoyo por un monto de 160 millones de sucres.

- Hospital del Niño "Francisco de Icaza Bustamante"

- Cruz Roja Ecuatoriana.- Se está apoyando un proyecto para la promoción de donación voluntaria de sangre, recolección y procesamiento, con el fin de abastecer sin costo las necesidades de transfusión de sangre de pacientes pediátricos. Se aprobó el apoyo por 112.8 millones de sucres.

- Fundación Corazón.- Este proyecto pretende elevar en u
la cobertura de atención a niños con cardiopatías congé
Esta Fundación solicitó apoyo del INNFA para adquirir vá
cardíacas y atender hasta 37 cirugías de corazón por m

- Proyecto de Lactancia Natural y Complementación Alime
dirigido a mujeres de los sectores urbano margina
Guayaquil. El proyecto, llevado a cabo por la Fundació
el Progreso, recibió el apoyo de FODINFA por un monto
millones de sucres, para beneficio de 600 madres de e
recursos.

- Centro Ocupacional San Damián.- Es un proyecto que en
lugar, busca capacitar a mujeres madres de familia
permitirles una mejor inserción en el mercado la
Segundo, busca el fortalecimiento del centro médic
desarrolla un programa de ayuda a las madres embarazada
control del desarrollo de los niños de la zo
Guayllabamba. Recibió un apoyo por 10 millones de sucr

"ABORTO Y MORTALIDAD MATERNA"

Dra. Diana Molina

Represento a COINSOS entidad que trabaja con un problema importante en las causas obstétricas directas de la mortalidad materna como es el aborto. Para ello cuenta con el auspicio del Centro de Salud Familiar y Población de la Universidad de Columbia. El realizar esfuerzos nacionales para reducir la Mortalidad Materna no puede dejar de lado el tratamiento de una de las causas directas de su ocurrencia como es el aborto, especialmente el Aborto Inducido.

La decisión de un aborto es una medida extrema que la toman mujeres, en muchas ocasiones solas, arriesgando su vida, ante las condiciones económicas en que se desenvuelven sus familias.

Paso a presentar algunos datos sobre las características socio-económicas de las mujeres que acuden a los hospitales con problemas de Aborto. Estos datos corroboran lo afirmado anteriormente en esta reunión, que la Mortalidad Materna, TIENE CLASE SOCIAL.

El aborto ocurre sobretodo en las edades comprendidas entre de 20 a 29 años y en las edades extremas del período de fertilidad.
La decisión del aborto es difícil especialmente en la adolescencia, por las consecuencias biológicas y psicológicas que ello representa y que impactarán en la personalidad de la mujer. Un mayor porcentaje de abortos se ve en mujeres con instrucción primaria completa y secundaria incompleta. Las mujeres que se dedican exclusivamente al cuidado de los hijos son las que en mayor porcentaje toman esta decisión a pesar de no tener acceso a decisiones en políticas de salud.

Las condiciones de sobrevivencia y el valor que representa un hijo son diferentes a nivel urbano y rural. Las condiciones de vida son más difíciles a nivel urbano y urbano-marginal, lo que incide en la decisión de abortar. Por otro lado, se observa un mayor porcentaje de abortos en las mujeres que han tenido más de dos embarazos.

Dejo planteadas estas ideas, esperando que en las reuniones de grupo podamos conversar más ampliamente, trabajar conjuntamente y aportar ideas que conduzcan a la prevención y reducción de las causas que provocan la mortalidad materna.

PANEL: "EXPERIENCIAS DEL SECTOR GUBERNAMENTAL"

DIRECCION NACIONAL DE LA JUVENTUD

Lic. Estela Armas.

En el país se crea la Dirección Nacional de la Juventud en febrero de 1987, como una unidad operativa del Ministerio de Bienestar Social que tiene la responsabilidad de ejecutar la política social en favor de los jóvenes del país. Es la encargada de programar y promover proyectos dirigidos a mejorar las condiciones sociales de la juventud ecuatoriana.

Convencionalmente las Naciones Unidas ha caracterizado a la juventud como la población que está entre los 15 y 24 años, pero esta gran generalización debe ser revisada en los países en vías de desarrollo y particularmente en los países del Pacto Andino en razón de la heterogeneidad de este sector. Las estadísticas sobre población nos hacen conocer que aproximadamente el 20.3% de la población del país son jóvenes es decir, existen dos millones de jóvenes en la actualidad. Existe un margen de los 12 a los 15 años que no están claramente definidos, ni como población infantil ni como juvenil. Esta ausencia de una clara definición sobre la juventud ha insidido no solamente en el campo de lo conceptual sino que además actúa en el mundo social donde el joven se expresa marginalmente.

Para abordar la problemática juvenil hay que redefinir las concepciones del joven desde un análisis coyuntural socio-histórico donde se evidencia el punto de vista del joven, de los actores sociales y de aquellos que participan en la formulación de políticas gubernamentales. La Propuesta de un Plan Nacional de la Juventud, no es ajena al transcurrir socio-histórico de este país, ni a los cambios de una conciencia social que amplía la definición de sus necesidades hacia los hechos sociales que para el momento los considera relevantes.
Quiero manifestar que el Plan Nacional de la Juventud, responde a una aspiración que tiene la Dirección Nacional de la Juventud de implementar una serie de proyectos y programas en favor de los jóvenes. En honor al tiempo solamente voy a describir los principales programas que tiene en este momento la Dirección de la Juventud:

* Investigación
* Programas económicos-productivos
* Capacitación
* Promoción y fortalecimiento de las organizaciones juveniles
* Voluntariado juvenil
* Utilización constructiva del tiempo libre

La Dirección Nacional de la Juventud cubre siete prov
Pichincha, Guayas, Manabí, Esmeraldas, Azuay, Chimborazo y
El próximo año con el apoyo del UNFPA se desarrollará el p
que se denomina "Salud reproductiva del adolescente" do
pretende que las jóvenes adolescentes tengan un bajo ni
abortos.

DIRECCION DE HIGIENE MUNICIPAL

Dr. Pablo Martínez

Entre los fines del Municipio de Quito no se incluye el de prestación de servicios de salud, sin embargo la situación del país, especialmente la situación de la ciudad de Quito nos obliga a buscar algún tipo de descentralización y desconcentración de servicios, tomando en cuenta que las entidades seccionales tienen capacidad y mucha más dinámica para relacionarse directamente con las poblaciones, sobre todo poblaciones de alto riesgo.

En julio de año 89 el CEPAR, COF (Centro Obstétrico Familiar), el Municipio de Quito, la USAID y el Ministerio de Finanzas establecieron un Convenio para utilizar los recursos no reembolsables de proyectos que no habían sido ejecutados y remanentes de algunas inversiones de donación hecha por la USAID; y teniendo estos recursos en el Ministerio de Finanzas se decidió su utilización con el orden de los 230 millones de sucres para desarrollar un programa de salud y otro de atención a barrios urbano-marginales de la ciudad de Quito, con énfasis en la mujer.

La tasa de crecimiento vegetativo que de acuerdo al censo último está arrojando un dato de 2.3% que nosotros estimamos un poco más alto, posiblemente, también dice de la necesidad urgente de que el Ministerio de Salud sea reforzado en cuanto tiene que ver con programas de atención a la familia y específicamente a la mujer.

Se desarrolló una etapa de preparación desde julio del 89 hasta diciembre de ese año, en la cual el CEPAR, adecuó el programa y montó la infraestructura con profesionales médicos, con auxiliares de enfermería, con logística suficiente y con equipos de atención para que en forma itinerante puedan atender las postas que en ese tiempo las decidimos sean en número de sesenta, tomando en cuenta nuestra capacidad operacional. La fase operativa se inicia en enero de 1990 y estamos terminando prácticamente el segundo año de ejecución. Cuatro investigaciones operativas se han realizado en el transcurso de este tiempo:

1. *Una encuesta "Horario de atención médica* en el primer trimestre" para determinar la disponibilidad de tiempo de las posibles usuarias del programa.
2. *"Estudio experimental comparativo según diferentes frecuencias de atención"* para buscar la maximización en la utilización de los recursos.

3. "*Determinación del radio de acción de las postas y aná cobertura*"
4. "*Encuesta socio-demográfica*" efectuada en el segundo t de ejecucion para determinar cuál era la población a iba a servir este programa.

En algunos barrios urbano marginales de Quito, con aproxim 250.000 habitantes, el nivel de población migrante en algun llegaba al 6% y en otros casos llegaba hasta un 70%. Ot interesante es que la tasa global de fecundidad que prese mujeres de estos barrios es de 4.3 hijos, la tasa de preval anticonceptivos es del 57.5% y el 82% de estas mujeres ha atención profesional del parto en su último embarazo, lo cu del avance de los programas, especialmente en el último de

Dentro de este esquema establecemos varios niveles de refer contrareferencia. En el caso del Ministerio de Salud, el r referencia llega al 59% para atención de especialidad. El Obstétrico Familiar, institución privada sin fines de l quien recibió todas las referencias para ligaduras, h logrado un 21% de referencias, con un nivel de inserció primer año de aproximadamente 700. Luego al Patronato S para tratamiento materno-infantil, en el orden del 7%. P lado, la Dirección de Higiene se adecuó también para poder la demanda que debía canalizarse a través de nuestra insti Hemos montado varios laboratorios, uno de ellos que inclu haciendo ya papanicolao y que nos permite a nosotros tener u mucho más rápido de contacto con las posibles usuarias o que tengan algún tipo de riesgos, cáncer cérvico uterino y m

El efecto de la desconcentración y descentralización para r ha sido determinante y esto quiero mostrar a ustedes ejemplo de lo que sí se puede hacer. El MSP no puede car todo el peso de la atención de salud, sobretodo en una eta la que estamos viviendo de una crisis absoluta en cuant asignación de recursos.

Otro hecho a considerarse es que se ha logrado a par presente año incorporar el componente odontológico a tr equipos itinerantes que se inscriben dentro del mismo eq salud y logran con equipos portátiles brindar atención escuelas de los sectores y también a la población que nos en los lugares de las postas instaladas a cuenta de l población.

En síntesis este es PROSOPLAN, un programa de atención d específicamente destinado a barrios urbano marginales con en la mujer, con un esquema diferente que permite bri sistema de atención que ojalá se vaya reflejando en el t sobretodo se vaya desglosando a nivel de país, porque insist hecho de que el Ministerio de Salud no debe ni puede captar responsabilidad asignada por la Constitución. Muchas grac

MEDICINA PREVENTIVA IESS

El IESS cuenta con una población afiliada de 815.736 personas, de acuerdo al Censo de 1990 lo que equivale al 8.5% de cobertura. De-acuerdo a las estimaciones de años anteriores de esa masa afiliada el 31.81% corresponde a la población femenina, esto es 259.485 mujeres. Para brindar la atención médica a esta población el IESS cuenta con 79 unidades médicas de los siguientes niveles de complejidad: 18 hospitales y 61 dispensarios.

Los egresos totales en la país para el 90 fueron de 60.262 de los cuales son 58.973 altas y 1.289 defunciones que da una tasa de letalidad de 2.1%; los egresos de afiliadas fueron 29.652, con 29.328 altas y 324 defunciones que da una mortalidad femenina de apenas del 1% (uno por mil egresos). En las 79 unidades propias en el año 90 se dieron 1'494.827 consultas y se atendió 276.005 emergencias, es decir un total de 2'279.832 atenciones ambulatorias y de las consultas a mujeres fueron dadas 51.2% o sea 1'021.399, de las cuales 193.991 fueron de Gíneco-obstetricia y 199.534 fueron emergencias.

De los egresos hospitalarios el 33.8% fueron de Gíneco-obstetricia, o sea 17.529 de las cuales fueron por parto, 11.885 de estos fueron normales u hospitalarios 6.883 (57%) y 5.002, cesáreas (42%). existieron 1.995 abortos (14% de gestantes). Realizado el análisis de los egresos hopitalarios se obtienen las 10 principales causas de mortalidad y morbilidad femenina, que es la siguiente:

MORTALIDAD FEMENINA HOSPITALARIA 10 PRIMERAS CAUSAS
(NUMEROS GLOBALES)

No.	CODIGO	GRUPOS DE CAUSA	No. GLOBAL	PORCENTAJE
1	39	Obstétricas directas	6,511	10.8
2	34	Otras barteras del aparato digestivo	2,316	3.8
3	38	Abortos	2.254	3.7
4	37	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	1.726	2.8
5	45	Afecciones originadas en el período perinatal	1.181	1.9
6	35	Enfermedades del aparato tamario	355	1.4
7	15	Tumores benignos	[illegible]	[illegible]
8	43	Del Sistema osteo-muscular y conjuntivo	575	0.35
9	01	Infecciosas - intestinales	502	0.83
10	31	De las áreas sucesiones	483	0.8

MORTALIDAD FEMENINA EN RELACION CON EGRESOS HOSPITALAR
(10 primeras causas)

No.	CODIGO	GRUPOS DE CAUSA	No. GLOBAL	PORCENTAJE
1	29	Enfermedades cerebro-vascular	38	28
2	39	Causas obstétricas directas	27	3.4
3	34	Enfermedades e otras partes del aparato digestivo	23	3.1
4	35	Del aparato mamario	22	2.5
5	45	Afecciones originadas en el período perinatal	19	1.6
6	28	De la circulación pulmonar y otras del corazón	19	8.75
7	22	Del sistema nervioso	18	7.5
8	14	Tumor maligno del sistema linfático y hematopoyético	16	17.4
9	32	Otras enfermedades del aparato respiratorio	15	3.74
10	46	Enfermedades mal definidas	14	5.7

Pero al analizar por porcentajes de fallecimientos con rel
egresos específicos de cada grupo, cambian las cau
fallecimiento siendo el orden el siguiente:

No.	CODIGO	GRUPOS DE CAUSA	PORCENTAJE
1	29	Enfermedades cerebro-vasculares	28
2	10	Tumor maligno de órganos respiratorios e intorácicos	27
3	14	Tumor maligno sistema linfático	17.4
4	13	Tumor maligno de otros sitios	15
5	49	Otros traumas intracraneales	13.6
6	3	Otras enfermedades bacterianas	10
7	49	Traumas internos e intercraneales	9.4
8	28	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	8.75
9	32	Neumonía	8.4
10	46	Mal definidas	5.7

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Dra. María Elena Acosta

En los últimos años, se han intensificado las acciones para prevenir la mortalidad infantil y mejorar la calidad de vida de los supervivientes, con un significativo éxito. Desafortunadamente, no ha ocurrido lo mismo con la mujer, razón por la cual la mortalidad materna no ha disminuido en forma significativa.

Frente ha esta situación el Ministerio de Salud Pública, se encuentra empeñado en impulsar también los componentes de atención dirigidos a la mujer tanto en su período genésico, como intergenésico. Los componentes de atención materna desarrollados por el MSP son:

* **Control prenatal** a través del cual se pretende identificar o captar a las mujeres que presenten patologías es decir que tengan algún grado de riesgo.

* **Atención del parto**

* **Control del postparto**, apoya la recuperación de la madre y previene complicaciones como las infecciones puerperales, así como orienta y estimula el cuidado del recien nacido.
* **Regulación de la fecundidad** conceptualizada como un medio para espaciar los embarazos y para evitar los embarazos no deseados y por ende los abortos (tercera causa de muerte materna).
* **Detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario**

A pesar de los esfuerzos del MSP, las coberturas en los diferentes componentes no se han incrementado significativamente. Para corregir estas deficiencias y sus causas, el MSP ha desarrollado durante los últimos años las siguientes acciones:

1. **Mejoramiento de la infraestructura y adecuación de los servicios a las necesidades locales**

* Definición de áreas de riesgo que requieren mayor apoyo
* Implementación del Modelo de atención de Salud Familiar
* Desarrollo de Estudios de eficiencia de servicios
* Equipamiento de Unidades operativas.
* Actualización de normas de atención Materno-Infantil.
* Investigación sobre percepción de la comunidad frente a los Servicios de atención Materno-Infantil.
* Evaluación y mejoramiento del Sistema Logístico de materiales de Planificación Familiar y DOC

* Dotación permanente y oportuna de insumos
* Vacunación Antitetánica
* Fortalecimiento de la estrategia de captación prec
embarazada

2. **Para apoyar** la capacidad resolutiva el sistema de pr
de servicios de salud materno infantil se han desarr

* Capacitación gerencial para el manejo de los programas
infantiles
* Actividades de fortalecimiento en Programación, Capac
Supervisión, Información y Evaluación
* Conformación del Comité interagencial Materno-Infant
* Desarrollo del SISVAN (Sist. de Vigilancia Al
Nutricional) para el sector salud
* Capacitación técnica al personal de Unidades Operat
* Supervisión periódica de los servicios de salud
* Fortalecimiento de la regionalización y descentrali

3. Educación - Comunicación y participación Comunitaria

* Formación y Capacitación de líderes Comunitarios.
* Realización de Talleres Comunitarios
* Reforzamiento de los Clubes de Madres
* Capacitación y seguimiento de Colaboradoras Voluntar
* Formación y Capacitación de Colaboradoras Volunt
Salud, coordinando con las organizaciones comunitar
* Campaña de TV sobre Lactancia Materna y Alimentaci
embarazada
* Inclusión de contenidos sobre cuidado prenatal en
educativos dirigidos a niños.
* Diseño de un componente de comunicación-e
participación comunitaria denominado "SALUD DE LA M
DESAFIO PARA LA DECADA DE LOS NOVENTA".

4. Fortalecimiento de la Coordinación Interinstitucion

- Utilización de la capacidad instalada de la ONG, espe
con aquellas que prestan servicios de Planificación
- Aprovechamiento de la infraestructura del MSP
- Utilización de igual sist.logístico para distribuir
- Acercamiento con las entidades formadoras de recurs

METAS* DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD ECUADOR

Indicador	1990*	1995	2000	% DTSMIN
Mortalidad Infantil	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Neonatal	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Post-neonatal	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1 - 4 años	[illegible]	19.0	[illegible]	[illegible]
Menores de 5 años	[illegible]	[illegible]	48.0	[illegible]
Mortalidad Materna	1.3	1.1	0.8	38.4

FUENTE: MINEC, ENF, ENDESA, ENDEMAIN.

PANEL: LOS SECTORES SOCIALES FRENTE A LA PROBLEMATICA DE LA MORTALIDAD MATERNA

"LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MUJER TRABAJADORA"

Dr. Washington Toscano -CEST

La Mortalidad Materna en nuestro pais ha experimentado notorios descensos en décadas recientes, en 1970 existian 2.3 muertes maternas por cada 1.000 nacidos vivos, en 1988 existian 1.6 por cada 1.000 nacidos vivos, esto según cifras del MSP publicadas en 1991.

La relación de la muerte materna con las condiciones socio-económicas es bien conocida, aunque el modo de acción y el peso relativo de los diversos factores intervinientes es un asunto no bien dilucidado. La economía nacional se encuentra en la actualidad atravesando una de las más severas crisis de su historia; su impacto en las condiciones de salud de la población, se hace evidente a través del deterioro general de la calidad de vida y la disminución del gasto social estatal.

La mortalidad materna en nuestra población está en función de la frecuencia con que ocurren las principales causas: complicaciones en el embarazo y parto, de la toxemia del embarazo, de las complicaciones del puerperio, de los abortos. No creemos que debemos quedarnos a nivel del embarazo, del parto, del puerperio, de las toxemias ya que la muerte materna como fenómeno individual tiene determinantes biológicos, pero esta concepción biológica es insuficiente para explicar por si sola la mortalidad materna considerada ya como un problema a nivel colectivo; este es un proceso que resulta de la relación entre el ser, en este caso la mujer, diversos factores causales de dicho problema y el ambiente físico, biológico y social.

Hablar de la mortalidad materna del grupo que representamos es hablar de un sector de población que entrega su fuerza de trabajo por un salario y que se enfrenta a diversos factores que igualmente se potencian y dañan su salud y por ende su salud reproductiva. En nuestro país se entrega a las mujeres condiciones de trabajo en las que encuentran múltiples riesgos para su salud como mujer y como madre, riesgos que pueden causar alteraciones cuando la mujer esta en edad fértil. La mujer trabajadora cumple con su quehacer hasta cuando ya el niño tiene que salir de su vientre, porque no ha recibido capacitación para defender sus derechos y en lo que debe exigir cuando está embarazada, en algunos casos es obligada a trabajar hasta el último día de su embarazo y el inico del parto. Desconoce que tiene que descansar 2 semanas antes del parto y 6 después del mismo, que si no lo hace corre serio peligro su propia vida y que la vida de su tierno hijo puede iniciarse prematuramente

y con bajo peso. Si no conoce siquiera ésto cómo puede conc existe un convenio firmado por nuestro gobierno con la convenio 103, que dice que son 12 las semanas de descanso como dice nuestra legislación.

A todo esto podemos añadir muchos riesgos más como: la util de sustancias químicas en las industrias, en los hosp sustancias que han ido en aumento cada año. Los riesgos ruido, vibraciones se ha comprobado que producen alteracion mujer embarazada. Los RX que a más de lesionar a la madre p daños permanentes en los niños. De los contaminantes biológ conoce que son peligrosos y que afectan la salud cuando ex embarazo.

Debo anotar algunas alternativas que se pueden cumplir a med todos obtengamos mayor conciencia del problema:

1. *La educación para la mujer en los temas de salud mate*
2. *La relación equipo de salud y mujer embarazada.* En e la relación que debe existir con el médico, la enferm obstetriz.
3. *La relación Estado, servicios de salud y comunidad.*
4. *El IESS* debe extender no sólo el control periódico a l embarazada sino que debe proyectarse a los problemas qu en el trabajo, extendiendo además el servicio a lo hasta los 5 años de edad.
5. *La relación médico-científica y la medicina tradicion*
6. Se deben realizar investigaciones concretas de las cond de trabajo de las ocupaciones que tiene la mujer investigarse los riesgos en los procesos productivos y son sus efectos en el proceso reproductivo.

Creemos que ninguna lucha en salud, incluyendo la salud ma la del niño, es exclusiva de un grupo, sino que nos conc toda una colectividad; creemos que se debe destacar lo pre por lo que debe existir un programa propiamente dicho, medi cual se averiguen los daños que ameriten un control priori que se deben combinar los recursos de tal manera que se logr rendimiento y eficiencia, es decir, se debe corregir los mediante un trabajo que de la probabilidad, que existe, de la muerte de una mujer embarazada.

TABLA No. 1.4 ECUADOR
PRODUCCION AGRICOLA PERCAPITA 1962 - 1984
kilo/habitante

AÑOS	GRANOS Y CEREALES	TUBERCULOS Y RAICES	HORTALIZAS
1962	103.80	216.670	96.67
1963	116.93	199.001	91.46
1964	85.33	173.460	69.50
1965	98.71	176.390	50.58
1966	94.68	174.530	56.34
1967	105.00	186.170	53.63
1968	76.59	169.520	37.24
1969	93.08	186.510	40.16
1970	123.90	135.270	26.42
1971	105.56	154.220	26.00
1972	107.52	117.000	23.11
1973	102.28	136.140	19.40
1974	114.19	134.310	19.63
1975	129.47	123.170	21.34
1976	120.60	119.990	34.13
1977	89.37	87.010	17.91
1978	62.78	67.950	13.63
1979	78.88	56.810	12.03
1980	84.77	69.120	13.69
1981	98.95	76.340	15.91
1982	95.77	72.590	14.96
1983	66.70	61.570	21.53
1984	93.55	72.980	28.46

MORTALIDAD MATERNA

	PAIS	M.I.A.
1951		35.41 /ooo
1956		39.31 /ooo
1961	27.5 /ooo	36.52 /ooo
1966	24.7 /ooo	28.05 /ooo
1971	20.3 /ooo	30.0 /ooo
1976	18.8 /ooo	33.60 /ooo
1981	16.7 /ooo	22.60 /ooo
1982		16.40 /ooo
1983		14.75 /ooo
1984		12.70 /ooo
1985	15.1 /ooo	13.10 /ooo
1986	12.8 /ooo	10.80 /ooo
1987	17.4 /ooo	14 /ooo

ETIOLOGIA
MATERNIDAD "ISIDRO AYORA". 1963 - 1972

MORTALIDAD MATERNA 196 CASOS

	TOXEMIAS		55	28.0%
OBSTETRICAS DIRECTAS	HEMORRAGIAS		35	17.85%
	SEPSIS		58	28.59%
	OTRAS CAUSAS		16	
OBSTETRICAS INDIRECTAS		48	20	24.48%
CONCOMITANTES			12	

Los datos han sido obtenidos de diferentes fuentes, M
de Salud y Agricultura, Banco Central, INEC, Cu
Postgrado, Investigación que sobre el tema lo hiciera
José Suárez, funcionario del ministerio de Salud,
entonces.

El último cuadro se refiere al trabajo e investigación que s
tema ha desarrollado el curso de Postgrado de Ginecol
Obstetricia.

Existe preocupación en la Universidad por abordar estos
aspiramos a que la docencia y la investigación orienta
analizar los problemas de trascedencia nacional y logr
mejores soluciones que impulsan el desarrollo social del pa

En resumen, la Facultad de Ciencias Médicas, considera qu
este grave problema, debemos plantear soluciones y ej
acciones tendientes a disminuir el índice de mortalidad mat

"LOS SECTORES SOCIALES FRENTE A LA PROBLEMATICA DE LA MORTALIDAD MATERNA"

Dr. Luis Escobar

Los grandes problemas nacionales, como el de la mortalidad materna que tiene una etiología multifactorial, debe ser afrontada por todas las Instituciones que estén vinculadas con esta problemática. La relación interinstitucional entre la Facultad de Ciencias Médicas y el Ministerio de Salud se ha robustecido en los últimos años, siendo múltiples las reuniones que se han dado y que han permitido analizar muchos aspectos relacionados con los servicios, la docencia y la investigación.

La Universidad se ha empeñado en estructurar sus programas con el objeto de formar los profesionales que el país necesita. El alto índice de mortalidad materna en nuestro medio es la consecuencia del estado de subdesarrollo que soportan los países tercermundistas.

Uno de los factores importantes lo constituye el estado socio-económico del país. Los cuadros que que a continuación se muestras explican esta situación.

SITUACION ACTUAL DE LA SALUD MATERNO INFANTIL EN EL ECUADOR 1988 M.S.P.

POBLACION:	10'203.000		
	SIERRA:	4.9%	Poblac. urbana 52.6%
	COSTA:	4.8%	Poblac. rural 47.4%
	RESTO:	3%	

CRECIMIENTO POBLACIONAL:	1962 - 1974:	3.3%
	1974 - 1982	2.6%

CRECIMIENTO POBLACIONAL:	1962 - 1974:	3.3%
	1974 - 1988	2.6%

<u>Situación socio-económica</u>

<u>Crisis:</u>

Desempleo
Oferta de alimentos disminuida
Deterioro del salario real

Niveles absolutos de pobreza:

3.75 millones de población rural en pobreza absoluta
2.75 millones de población rural en pobreza crítica
Analfabetismo en mayores 15 años: 12%
Estado de niñez en el Mundo. 1987 UNICEF
Población urbana 40%
Población rural 60%

Situación alimentaria y nutricional:

En 1980

Promedio nacional 1.755 calorías
44 gr. proteínas

Carencias nutricionales:

Costumbres alimentarias
Producción de alimentos
Accesibilidad a los alimentos

Producción agrícola	Kilos/hab/año	
	1962	1979 - 1984
Tubérculos	216 kg por persona	56kg/persona

SERVICIOS DE SALUD:

Control Prenatal: 40 - 50%
Parto institucional: 30%
Sin atención profesional:
Zona rural 75%
Zona urbana 25%

REGULACION DE LA FECUNDIDAD:

Datos contradictorios
ENDESA (encuesta demográfica) 29%
M.S.P. 2.4%

TASA NATALIDAD:

	Banco Mundial	M.S.P.
1982	3.7%	3.05%
1985	2.8%	

TRATAMIENTO DE LOS TEMAS DE SALUD EN LOS MEDIOS DE INFORMACION

Por: Consuelo Albornoz Tinajero

Tradicionalmente los temas de salud, en particular los referidos a las mujeres, no han sido precisamente los más privilegiados en los medios masivos de información. Esta realidad es corroborada una vez más en el libro "Mujer y comunicación", que acaba de ser publicado y que recoge entre otros la investigación sobre el tratamiento de los temas vinculados con la maternidad y salud en los medios masivos y grupales.

Los resultados de aquel estudio reiteran una realidad por demás conocida: los temas referidos a la vida cotidiana tienden a ocupar espacios reducidos y posiciones más bien secundarias en los medios masivos. No así en los grupales, donde copan mayores y mejores espacios, aunque el tratamiento en cuanto a contenido y forma tienda a reproducir el de los medios masivos. La realidad manifestada por esa investigación, hecha en 1990, sigue inalterable, como lo demuestra una brevísima observación de lo publicado la semana del 24 al 30 de noviembre, en un diario nacional.

En esos siete días apenas fueron publicadas 24 informaciones sobre temas de salud: en dos ocasiones en la primera página, un comentario en la página editorial y el resto en las interiores. Sin embargo cualquier día normal salen entre 15 y 20 notas deportivas en el mismo periódico. El caso de este diario no es el único, su tratamiento es similar al que todos los medios ecuatorianos dan a la información sobre salud.

La campaña por el cólera

En este panorama es ejemplar el éxito y la repercusión de la campaña para prevenir el cólera desarrollada este año y que en todos los medios, tanto los impresos, radiales, televisivos y, por supuesto, los grupales tuvo una cobertura trascendente. La evaluación de la campaña solamente en las seis televisoras ecuatorianas reveló que durante ésta fueron pasados 575 spots, la mayoría de ellos en los horarios estelares y todos en forma gratuita. En junio fueron transmitidos 514 spots igualmente en forma gratuita y en óptimos horarios. Realmente la campaña frente

a la emergencia nacinal por el advenimiento del cólera - desde el gobierno- cumplió muy bien sus objetivos pues per el aparecimiento de la enfermedad fuera muchísimo menos de lo que hubiera sido sin la campaña.

El éxito se debió quizá al hecho de que fue una campaña qu cuenta el concepto de lo que es el mercadeo social. El "prevengamos el cólera" fue vendido y la campaña estrategias de lanzamiento y de mantenimiento.

Pero por qué esta campaña aparece solitaria, cuando el cól sido ni es el único problema de salud entre ecuato ecuatorianos? Además, el cólera se quedó como endem acompañará por un período largo de tiempo. Será acaso sensibilidad social que motivó el lanzamiento de la campañ medios se debió más que a prevenir el desarrollo de la e a la preocupación por mantener libre el cólera la imagen del Ecuador y a limpiar de la enfermedad uno de los pr productos de exportación como son los camarones.

Porque si no, por qué no continuar con una campaña para las diarreas, de todo origen, y que son las principales morbimortalidad entre los niños y adultos ecuatorianos. no emprender campañas similares para prevenir la m materna, la desnutrición, la contaminación por plomo afectando el grado de inteligencia de los niños, etc.

Información y educación

Para lograr los cambios necesarios pueden contrib comunicadores, las organizaciones sociales, los especial salud, en fin todos los sectores concientes y convencid trascendencia. Muchos problemas de salud, podrían ser e prevenidos con suficiente, clara y precisa información, que adecuada información a las madres, que de hecho consti eje de salud en la familia y en la comunidad. Con esto s democratizar los conocimientos elementales sobre nutrición, salubridad.

A partir de la información podemos sensiblizar que la sal hecho de la vida, que la vida es bienestar, seguridad, y luego de esta concientización la reacción y la decis actuar. Sin embargo se debe aclarar que de ninguna m pretende dar a los medios de información o a la inf cualidades mágicas, de resolución como por encanto, problemas que nos afectan, pues es verdad que a ve comunicadores atribuimos a los mensajes un carácter m pensamos que nos llevarán al cambio de inmediato. Es olvidáramos que dichos cambios vienen del quehacer, de la y no de la voluntad y del pensamiento.

Convertir a la información en un proceso educativo es un gran reto. Corresponde a los comunicadores entregar materiales novedosos, creativos, con gran dosis de datos y de información que puedan ser útiles para los diversos públicos, porque estamos produciendo comunicación para públicos que se vuelven cada vez más exigentes. Los públicos actuales quieren que la información que compran en un periódico o revista, o la que miran en la televisión o escuchan en la radio les sea de utilidad.

PANEL: COOPERACION TECNICA Y FINANCIERA EN EL CAMPO DE LA SALUD DE LA MUJER

ESTRATEGIA GLOBAL DE COOPERACION TECNICA DEL PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

Lic. Gloria Briceño

Marco de Referencia Política

- Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud expresada en el VIII Programa General de Trabajo de la OMS.
- Resoluciones de los cuerpos directivos de la OPS.
- Resoluciones Promulgadas en el Plan regional de acción en las prioridades programáticas y en las orientaciones estratégicas para el cuadrienio 1991-1994.
- Acuerdos de colaboración interagencial suscritos por USAID-UNFPA-UNICEF\BID Y OPS\OMS.

Propósito básico de la cooperación

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la mujer, niño y adolescente en los países de la región. El propósito se operacionaliza en los objetivos del programa bienal que enfatiza:

- El desarrollo de la capacidad nacional para diseñar, operar y evaluar programas de salud;
- Movilizar los recursos nacionales e internacionales para el mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios;
- La erradicación del virus salvaje de la poliomielitis;
- El logro de las coberturas propuestas con otras vacunas y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica;
- La prevención de la mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas junto con el fortalecimiento de las actividades de diagnóstico y tratamiento de los programas y servicios de salud.

Objetivos de la cooperación

- Complementar el esfuerzo nacional.
- Fortalecer la capacidad técnico-administrativa y financiera para hacer viable el cumplimiento de metas propuestas.

Prioridades de la cooperación técnica

- Atención integral de la mujer, de su salud reproductiva y la prevención de la mortalidad materna.

- La introducción del control del crecimiento y desa
  eje integrador de la atención integral del niño,
  y adolescente.
- La capacitación en gerencia y administración de
  propuestas de atención a la mujer, niño y adoles
- La erradicación en las Américas del virus sa
  poliomielitis.
- El aumento del acceso y del uso de SRO en los pa
- Al aumento del número de servicios de salud c
  oferta de atención para las infecciones respirato
- El desarrollo de bases de datos para el anál
  situación y gerencia de los programas y proyect
  para consolidación del proceso normativo.

Otras prioridades de apoyo

- Desarrollo de la capacidad de investigación.
- Adaptación de tecnologías.
- Diseminación de conocimientos.
- Desarrollo de materiales docentes y educativos.
- Movilización de recursos de cooperación internacio
  agencias y países donantes.
- Movilización de recursos en apoyo al complemen
  incluidas en planes sectoriales de acción conforme
  estratégicos de los gobiernos.

Operacionalización de la cooperación

- Crecimiento, desarrollo y reproducción humana
  componentes de salud de la mujer y salud del niñ
- Salud del adolescente.
- Inmunizaciones.
- Control de enfermedades diarreicas.
- Control de enfermedades respiratorias.

Estrategias

- Movilización de recursos técnicos y financieros en
  a nivel internacional para apoyar propuestas prog
- Promoción y apoyo a la acción conjunta de los país
  de iniciativas nacionales, subregionales y de
  interpaises.
- Coordinación interagencial y formulación de planes
  de acción.
- Desarrollo de recursos humanos de los programas n
  de grandes regiones en el país para aumentar s
  gerencial, administrativa y técnica.
- Diseminación de la información técnico-científica
  la OPS o que generan los países.

- Desarrollo de políticas, planes y normas en los tópicos marcados por las prioridades de los programas.
- Fortalecimiento del trabajo intersectorial en el manejo de problemas comunes.
- Desarrollo de la capacidad de investigación.

ASISTENCIA TECNICA DEL FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS -UNFPA- EN EL AREA DE MUJER Y SALUD

Qué es el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFP

El UNFPA es el órgano técnico y finaciero del sistema de Unidas, establecido en 1969 con el propósito de:

a. Promover el conocimiento sobre la dinámica demográfi implicaciones sociales, económicas y ecológicas problemas de población.
b. Responder a las preocupaciones planteadas por sus países entorno a los problemas demográficos.
c. Desarrollar estrategias para afrontar los probl población en colaboración con los países.

Los recursos programables del UNFPA proceden de contri voluntarias de más de un centenar de países y superan millones de dólares anuales. Su asistencia abarca a más naciones en todas las regiones del mundo. En un períod años, a partir de 1973, el Fondo de Población de Naciones U proporcionado asistencia al Gobierno del Ecuador en las a recolección de datos básicos análisis demográfico, salud r infantil, formulación de políticas poblacionales y educa población.

<u>Mandato, políticas del UNFPA en el área de mujer</u>

El creciente reconocimiento de la importancia de trabajar mejoramiento de la situación de la mujer llevó al U establecer en 1986 una unidad especial de mujer, pobl desarrollo con una ubicación importante en su est organizacional y dotada de adecuados recursos humanos y fina para atender a las necesidades más evidentes de la mujer doble rol de madre y trabajadora.

La asistencia del UNFPA para mejorar la situación de la muje concretarse a través de:

a. Actividades en beneficio directo o indirecto para la través de proyectos emprendidos en el marco de las cat de su plan de trabajo (recolección y análisis de políticas de población, salud materno-infantil y planif familiar y educación en población).

b. A través del apoyo a proyectos especiales o componentes específicamente diseñados para ayudar a la mujer, que varían desde programas de generación de ingresos, de provisión de servicios, hasta programas de capacitación, investigación y diseminación de información.

La cooperación técnica del UNFPA en el área de mujer y salud

La contribución del Fondo en el área de mujer y salud se ha centrado en el apoyo a intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la mujer y de los niños como parte de un enfoque integrado de salud materno-infantil y planificación familiar. Dentro de esta esfera el Fondo ha dado especial atención al mejoramiento de la calidad de los servicios de atención prenatal, parto, postparto y planificación familiar, ha contribuido además a acciones para a detección oportuna del cáncer cérvico-uterino y mamario. También está dotando de anticonceptivos a los ministerios de salud.

La colaboración del UNFPA con los gobiernos en materia de planificación familiar constituye una de sus principales áreas de acción. La planificación familiar, a más de responder a un derecho reproductivo de la mujer y de la pareja para decidir sobre su fecundidad, constituye un medio para preservar su salud. En el Ecuador, la última encuesta de demografía y salud de 1989 muestra que la tasa de prevalencia anticonceptiva alcanzó el 52% de las mujeres en edad fértil, casadas o unidas. La demanda de métodos sería mucho mayor si las mujeres tuvieran acceso a este tipo de servicios dado que el 66% de mujeres encuestadas indicaron desear suspender la procreación de manera definitiva.

Otro componente importante de la contribuición del UNFPA ha sido la dotación de equipo para atención primaria de la salud y de equipo más sofisticado que se ha orientado a actividades de diagnóstico y tratamiento mediante el uso de video-laparoscopía. En reconocimiento a las prácticas y creencias tradicionales de la mujer sobre todo en las zonas rurales, se ha realizado un gran esfuerzo en equipar y capacitar a parteras tradicionales dotándoles de conocimientos sobre atención higiénica del parto.

Ha sido de especial interés el motivar una participación de la mujer y su comunidad en la ejecución de programas de salud reproductiva, para ello se han desarrollado acciones tendientes a capacitar e informar a líderes comunitarios a grupos de madres en aspectos fundamentales sobre salud general y salud materna. La capacitación ha estado dirigida también hacia el personal de salud del sector formal con el fin de elevar el nivel de eficiencia y eficacia de quienes tienen la responsabilidad de atender las necesidades de la mujer.

El UNFPA da una especial importancia al uso de la comunicaci
la salud. En esta área se requiere desarrollar mayores es
para situar el tema de la salud de la mujer en un punto imp
de la agenda pública. La comunicación también debe diri
crear conciencia en la misma mujer sobre la importancia de
su propia salud.

Otro aspecto fundamental es la coordinación y colaboración
todos los sectores que están participando en el área, incluy
sector privado y no gubernamental para volver más eficie
ejecución de las políticas nacionales.

LA ORGANIZACION DE AYUDA ALIMENTARIA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

Sra. Rosa Inés Antolín

El Programa Mundial de Alimentos fue originalmente concebido como un instrumento de utilización multilateral de cantidades modestas de alimentos excedentes, proporcionados por algunos países donantes, para el desarrollo económico de países menos aventajados y para asistencia humanitaria. Creado en 1963, el PMA constituye hoy en día uno de los instrumentos prominentes de la cooperación internacional y una de las principales fuentes de transferencia de recursos para los países en desarrollo, habiendo evolucionado de un programa experimental de US$100 millones a ser uno de los mayores canales multilaterales de ayuda, con desembolsos anuales de más de un billón de dólares estadounidenses, gracias al apoyo contínuo de la comunidad internacional. En 1990, la región de América Latina y el Caribe se benefició con un 19% de esta ayuda.

El programa moviliza recursos alimentarios y financieros con objetivos de desarrollo y humanitarios, entregando alimentos e insumos no alimentarios a los países beneficiarios. Su asistencia se dirige al nivel más pobre de la población de 91 países en desarrollo, donde 34 millones de personas reciben alimentos a través de proyectos del PMA. Millones de refugiados y otras víctimas de desastres reciben también asistencia humanitaria.

La asistencia del PMA se dirige principalmente hacia el apoyo de actividades relacionadas con educación básica, sanidad y nutrición, producción agrícola, infraestructura rural, conservación de suelos, manejo de suelos y regadío, integración de la mujer en actividades de desarrollo y protección ambiental a través de reforestación. Esto lo logra a través de programas de mejora de productividad agrícola, estabilización de precios, seguridad en el abastecimiento de alimentos básicos, etc. o través de programas de asistencia más directa a la población pobre, la cual carece de ingresos para comprar los alimentos que puedan cubrir sus requerimientos nutricionales mínimos.

Se considera a las poblaciones pobres no como posibles beneficiarios de limosnas y servicios sociales sino como principales actores en el proceso de eliminación de la pobreza y promoción de las capacidades humanas- y como fuerza importante del desarrollo económico. El PMA, dentro de este contexto, busca utilizar la ayuda alimentaria de manera sostenible con el fin de superar las condiciones que perpetúan la pobreza y el hambre.

Estos esfuerzos se basan en repetidas constataciones en re
con la gran proporción de gastos dedicados a la alimentacio
parte de una familia pobre, dentro de los gastos to
familiares. En efecto, por cada dólar entregado a una person
pobre, aproximadamente 80 centavos son utilizado directamente
la compra de alimentos. Si en cierta comunidad escasea
alimentos y estos no pueden ser recibidos del exterior, lógica
su precio aumenta. Ante tales circunstancias y desde el pun
vista meramente económico, se justifica el utilizar alimentos
forma de remuneración total o parcial del trabajo realizado,
el mejoramiento de las condiciones de vida de los más pobres

En relación con la mujer, su bienestar y su salud, se
mencionar que una parte substancial de la ayuda del PMA se enc
a través de proyectos de alimentos por trabajo que alcanza
población muy pobre, -la mayoría de los cuales son mujeres
muchos países, por ejemplo India, Bangladesh y Lesotho, la ma
de los trabajdores que participan en los proyectos de alimento
trabajo realizados con asistencia del PMA, son mujeres.
encargarse tradicionalmente de satisfacer las necesidades bá
de supervivencia de la familia, las mujeres se interesan, a m
más que los hombres, en el trabajo por alimentos, ya que
pueden controlar de manera más directa este ingreso adiciona

En épocas pasadas, el PMA, se había ocupado la mayoría de las
de las mujeres en calidad de grupos vulnerables que padece
necesidades nutricionales graves no satisfechas, especial
durante el embarazo o la lactancia. Aunque esta orientaci
mantiene en relación con los grupos vulnerables, el PMA se
también de las mujeres como productoras económicas encargada
bienestar familiar.

El PMA trata de prestar asistencia a proyectos que tiene en cu
los roles específicos de las mujeres como productoras y
reproductoras. Las directrices del programa en este ser
establecen que desde las primeras fases de planificación
proyectos que reciben asistencia del PMA, se deben tener en cu
las diferencias sociales y culturales entre mujeres y hom
beneficiarios: primero, las formas de trabajo de hombres y muje
y segundo, las diferencias entre ellos en lo que respecta al ac
y control de las tierras, la fuerza laboral, el tiempo, el capi
la especialización y los ingresos.

En los últimos diez años han aumentado las pruebas científicas
confirman la importancia crucial de la lactancia materna, s
todo si se practica como única forma de alimentación.
respaldar la lactancia natural, en 1990 se celebró en Floren
Italia una reunión organizada por la OMS y UNICEF y copatroci
por la USAID y la ASDI. En esta conferencia se concluyó que:

"Para asegurar un nivel óptimo de nutrición e higiene materno-infantil, la meta debería ser que todas las mujeres puedan alimentar a sus hijos exclusivamente al pecho durante cuatro a seis meses y que luego siguieran amamantándolos, con la adición de alimentos complementarios adecuados, hasta los dos o más años".

Las mujeres embarazadas y lactantes necesitan alimentación complementaria y la reciben gracias a la ayuda alimentaria. La mayor parte de las mujeres pobres de los países en desarrollo trabajan en el sector informal sin ningún tipo de subsidio de maternidad. Estas mujeres no pueden renunciar a un ingreso para amamantar adecuadamente a sus hijos. Correctamente orientada, la ayuda alimentaria puede compensar a esas madres el costo de oportunidad de la lactancia natural.

El promedio de consumo calórico-proteíco diario de la población ecuatoriana se sitúa muy por debajo de los niveles requeridos y la deficiencia nutricional de gran parte de la población ecuatoriana es un hecho; el deterioro de la situación de la mujer dentro de este marco lo es también. La debilidad y deficiencia alimentaria de la mujer en situaciones de embarazo la convierte en un ser vulnerable a enfermedades y en muchos casos, lamentablemente, resulta en la muerte. La crisis económica y los cambios sociales que ésta engendra, agravan cada día más la situación familiar y de la mujer pobre. Consciente de esta realidad, el PMA ejecuta en el país diversos tipos de proyectos que benefician en mayor o menor grado a la mujer ecuatoriana.

Desde hace más de diez años, el Proyecto "Asistencia Alimentaria Materno-Infantil para grupos de más bajos ingresos" ejecutado por el Ministerio de Salud Pública, beneficia a madres embarazadas y lactantes en las unidades de salud de todo el país, mediante la entrega de un complemento alimentario.

Recientemente, a mediados de noviembre del presente año, el PMA y el Gobierno Ecuatoriano, firmaron un Convenio para la ejecución de un Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento básico por un monto de 7.3 millones de dólares y con una duración de cinco años. Este proyecto prevee la expansión de la cobertura de salud a familias pobres cuyos miembros corren riesgo de desnutrición, la mejora de la calidad de la atención de salud rural mediante la capacitación del personal local, regular al voluntario y la mejora de las condiciones de saneamiento básico y de acceso al agua potable. Las raciones alimentarias del PMA serán entregadas en calidad de complemento alimentario, alimentos por capacitación y alimentos por trabajo.

El Ministerio de Agricultura ejecuta, por su lado, el proyecto ECU-2541, el cual se ocupa de la construcción de infraestructura rural y del apoyo a actividades productivas en comunidades campesinas marginadas. Hasta la fecha, muchas comunidades se han beneficiado

de agua potable, letrinas y riego a través del país, com
frecuentemente conformadas por mayorías de mujeres, como es
de las provincias australes.

El proyecto modelo de desarrollo lechero en la provincia de
ejecutado por el Centro de reconversión económica del Austro
beneficia a familias campesinas cuyos ingresos pr.
esencialmente de la producción lechera.

El PMA reitera en esta ocasión su voluntad de contribuir
consecución de los objetivos de la población menos favoreci
especial de la mujer, su salud y bienestar, en la década
inicia.

CONCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

GRUPO No. 2

ESTRATEGIAS PARA LA DISMINUCION DE LA MORTALIDAD MATERNA

PREVENCION	EDUCACION/COMUNICACION
* Estimular mayor participación comunitaria. * Promoción e incremento de servicios de Planificación Familiar. * Programa de estudios en universidades acorde con modelo de medic.preventiva. * Creación de una "cultura de salud" (a largo plazo)	* Educación sexual durante todo el proceso vital * Generar conciencia/sensibilizar a la mujer sobre riesgos. * Preparar materiales educativos culturalmente aceptables. * Capacitar a mujer trabajadora sobre factores de riesgo en activ. laboral. * Continuar y mejorar capacitación de empíricos. * Capacitar a la mujer sobre la legislación que le protege.

PRESTACION DE SERVICIOS	POLITICAS
* Descentralización de atención. * Mejorar calidad de atención * Incrementar oferta de servicios * Priorizar atención a madres * Atención con enfoque de riesgo. * Captación oportuna y seguimiento de embarazadas. * Incorporar nuevas técnicas preventivas de bajo costo i.e. "roll over"test.	Revisión de políticas protectoras del Estado hacia la mujer. * Inclusión del frente económico en el frente social. * Presupuesto de Salud acorde con las necesidades del país. * Atraer a la empresa privada para que colabore con el sector de la salud.

INVESTIGACION (para toma de decisiones)	ASPECT.SOCIO-CULTURALES
* Profundizar conocimiento científico sobre causas de mortalidad materna. * Estimular a estudiantes a realizar estudios investigativos sobre el tema.	* Tomar en cuenta patrones culturales desventajosos hacia la mujer (com.ind.). * Mejorar todos los aspectos de la bioesfera de la mujer

CONCLUSIONES:

1) Mejorar la: **COORDINACION INTERINSTITUCIONAL**

2) Conformación de un Comité Ejecutivo Interinstitucional permanente que incluya al sector público y a ONG's para el seguimiento y evaluación de programas de salud para la mujer.

PREVENCION

* Estimular una mayor participación comunitaria: Fortalecer clubes maternos, estimular o crear Comités de salud Comunitaria, contactar líderes locales.
* Promoción e incremento de servicios de Planificación Familiar especialmente a nivel rural y urbano marginal, con un enfoque de riesgo reproductivo.
* Programa de estudios en universidades acorde con la problemática de salud en la comunidad, con énfasis en la medicina preventiva y comunitaria. Se debe realizar una revisión del currículum de estudios.
* Creación de una CULTURA DE SALUD a corto y largo plazo, que consiste en una toma de conciencia de los recursos involucrados en el proceso.

EDUCACION Y COMUNICACION

* Educación sexual durante todo el proceso vital.
* Generar conciencia y sensibilizar a la mujer sobre riesgos, productivo y reproductivo.
* Preparar materiales educativos culturalmente aceptables para la población blanco.
* Capacitar a la mujer trabajadora sobre la identificación de factores de riesgo en sus actividades laborales. CENTRO DE ESTUDIOS DE SALUD PARA LOS TRABAJADORES (CEST).
* Continuar y mejorar la capacitación de empíricos/as.
* Capacitar a la mujer acerca de la legislación que le ampara. para adquirir los suficientes conocimientos en cuanto a los derechos y oblicaciones con la sociedad. Para la consecución de este objetivo es necesario contactar con asociaciones femeninas y gremios profesionales a fin de multiplicar estas acciones capacitadoras.

GRUPO No. 1

SALUD DE LA MUJER

El grupo hizo énfasis en los problemas, alternativos y estrategias relacionados con la mortalidad materna. Sin embargo insistimos en que la salud de la mujer debe ser asumida en forma integral más allá de su función reproductiva. Una segunda consideración es de que cuando hablamos de salud de la mujer o de la madre, debemos reconocer que no hay una mujer homogénea, sino todo lo contrario, grandes diferencias sociales-económicas-culturales, que hacen que unas mujeres tengan mayor riesgo para: Mortalidad materna, problemas de salud relacionados con reproducción, problemas ginecológicos como cáncer invasor de cérvix, violencia, etc.

En este marco las instituciones de salud pretenden dar una atención preferencial a las mujeres más afectadas por la opresión de la sociedad injusta, pero la adecuación oferta-demanda es ficticia o al menos insuficiente (inaccesibilidad) por que:

1. Los servicios de salud no responden a las necesidades reales de las mujeres y de la población, ni en lo social ni en lo económico peor aún en lo cultural.
2. La misma formación de los recursos humanos ahonda ese abismo entre la institución de la salud y la comunidad pues sigue un modelo ajeno a nuestra realidad.
3. La falta de coordinación de las instituciones que trabajan en salud (intra e interinstitucional).
4. Déficit de Presupuesto para la salud y por consiguiente de infraestructura.
5. La falta de aplicación de la regionalización/ en consecuencia niveles nocoordinados de diversa complejidad.
6. La nula o falsa participación de la comunidad.
7. Poco desarrollo de la investigación.
8. Mantenimiento de una educación para la salud tradicional que no aporta significativamente.

Luego de identificar estos problemas, el grupo considera necesario:

1. Se desarrolle un proceso de análisis de las causas, lo cual significa definir políticas de investigación.
   La investigación sobre la salud materna debe considerar a más del análisis macro:
   - Encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas.
   - Investigaciones operativas como la evaluación de eficiencia de los servicios de atención materno infantil.

2. En cuanto a la participación comunitaria y la educación, se deben apoyar procesos metodológicos que permitan desarrollar la capacidad crítica y creativa. Para ello es necesario:

ASPECTOS SOCIO-CULTURALES

* Respetar aquellos patrones culturales ventajosos respecto mujer y promover alternativas para mejorar los fact negativos.

* Mejorar todos los aspectos de la bioesfera de la mujer.
* Incrementar el número de profesionales femeninos asigr para la atención de la mujer.

PRESTACION DE SERVICIOS

* Regionalización y descentralización de la atención. Es necesario además el fortalecimiento de los SILOS.
* Mejorar calidad de atención.
* Priorizar la atención integral a madres, incrementando la oferta de servicios en unidades operativas, para así disminuir la demanda hacia los centros hospitalarios de mayor cobertura.
* Atención con enfoque de riesgo reproductivo.
* Fomentar la captación oportuna y el seguimiento a embarazadas.
* Incorporar nuevas técnicas preventivas de bajo costo i.e. "roll over" test.

POLITICAS

* Revisión de políticas protectoras del Estado hacia la mujer. Esta actividad se la realizaría a través del COMITE EJECUTIVO, que este grupo de trabajo propone.
* Al finalizar este seminario sugerimos que se emita una propuesta formal a las autoridades gubernamentales, para que se incorpore el frente económico al frente social.
* El presupuesto de Salud debe estar acorde con las necesidades del país siendo imperativo cambiar la concepción de "gasto social" por el de "inversión social".
* Atraer a la empresa privada para que colabore con el sector de la salud de la mujer.

INVESTIGACION
(Para la toma de decisiones)

* Profundizar el conocimiento científico sobre las causas de la mortalidad materna.

* Estimular a investigadores y estudiantes para la elaboración de estudios investigativos sobre el tema de salud materna, procurando que se entregue el producto de dichas investigaciones.

* Las instituciones del sector gubernamental, no gubernamental e internacionales deberan ofrecer todo tipo de facilidades para la entrega y difusión de material informativo a los investigadores. Acción que podría llevarse a cabo mediante la creación de un BANCO DE DATOS sobre la mujer.

SECTOR EDUCACION

COMPETENCIA

1. El proyecto de Educación en Población, ha identif
situaciones-problemas:
   - Irresponsabilidad procreacional
   - Desintegración familiar
   - Rápido crecimiento poblacional