

Secretaría

E 0358/2013

COMISIÓN DE EQUIDAD Y GÉNERO DEL
PARLAMENTO LATINOAMERICANO

Informe presentado por la señora Representante Graciela Matiauda Espino
sobre lo actuado los días 25 y 26 de abril de 2013, en la ciudad de Cuenca.
República de Ecuador

Literal P) del artículo 104 del Reglamento

Montevideo, 21 de mayo de 2013.

De acuerdo con el literal P) del artículo 104 del Reglamento de la Cámara de Representantes, se eleva el informe de lo actuado por la delegación parlamentaria que concurrió a ciudad de Cuenca – Ecuador los días 25 y 26 de abril de 2013 a la reunión de la Comisión de Equidad y Género del Parlamento Latinoamericano, en dicha comisión participó la suscrita diputada Graciela Matiauda Espino.

GRACIELA MATIAUDA ESPINO
REPRESENTANTE POR CANELONES



Parlamento Latinoamericano
Grupo Uruguayo

Informe para el Literal P. del Artículo 104

**CUENCA – ECUADOR
25 y 26 de abril de 2013**

Actuación de la diputada Graciela Matiaude

en la

**XVIII REUNIÓN DE LA
COMISIÓN DE EQUIDAD Y
GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD
DEL
PARLAMENTO
LATINOAMERICANO**



Parlamento Latinoamericano

**XVIII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD
DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO, CUENCA, REPÚBLICA DE ECUADOR, 25
DE ABRIL DE 2013**

En la ciudad de Cuenca, República de Ecuador, el día 25 y 26 de abril de 2013, tuvo lugar la XVIII reunión de la Comisión de Equidad de Género, Niñez y Juventud del Parlatino en donde participaron los siguientes parlamentarios miembros:

PARTICIPANTES

Dip. Ana María Sempértgui	Bolivia
Dip. Jorge Arturo Rojas Segura	Costa Rica
Sen Armin E. Konket	Curazao
Sen. Eugene G. Cleopa	Curazao
Dip. Marco Nuñez	Chile
Asam. Maria Ángel Muñoz	Ecuador
Dip. Carmen Elena Figueroa	El Salvador
Sen. Lisbeth Hernández Leon	México
Sen. Rosa Adriana Díaz Lizama	México
Dip. Carmen Lucía Pérez Canarena	México
Dip. Humberto Prieto	México
Dip. Graciela Matiaude	Uruguay
Dip. Daisy Tourné, Secretaria de Comisiones	Uruguay
Diputado Francisco García	Venezuela
Dip. Dalia Herminia Yáñez	Venezuela
Expositora: Dra. Virginia Gómez	
Representante de ONUMujer	Ecuador
ASESORES:	
Margarita Grimaldi	Uruguay
Juan Manuel Arraga	Uruguay
PARLAMENTO LATINOAMERICANO	
Funcionaria: Alcira Revette	Panamá

TEMAS A TRATAR:

I. Estrategias de reducción de Mortalidad Infantil

II. Cuidados del embarazo, parto y puerperio

Expositora Dra. Virginia Gómez, Representante de ONU Mujer, por Ecuador

SECRETARIO REDACTOR

Senadora LISBETH HERNÁNDEZ LECONA, México

Tema I. Estrategias de reducción de Mortalidad Infantil

A continuación la Doctora Virginia Gómez, de ONU Mujer, hizo una presentación para introducir el tema de Mortalidad Infantil, presentación que se anexa a la siguiente acta.

Intervención y discusión de los siguientes Parlamentarios:

Senadora Rosa Adrian Diaz Lezama, México: Comentó sobre los éxitos de las políticas públicas implementadas en México para las mujeres embarazadas en los programas sociales como el de oportunidades, así como las campañas publicitarias sobre el consumo del calcio del ácido fólico y una buena nutrición, los programas del sector salud para la aplicación de vacunas en forma universal, el Programa de Piso Firme, que disminuye los males respiratorios e infecciones del estomago. Propone que se amplíe el presupuesto como un tema transversal en las políticas públicas del cuidado durante el periodo de gestación.

Diputada Ana María Sempertegui, Bolivia: Manifiesta que en su país se ha reducido el tema de mortalidad infantil, se ha mejorado la atención en los centros de salud, se ha implementado bono a las mujeres embarazadas, se ha promovido la lactancia y hay normas que protegen a las madres trabajadoras para tener tiempo a la lactancia, 7 horas de trabajo por una de lactancia

Diputada Carmen Lucía Pérez, México: Señala que en México las leyes laborales conceden permiso hasta por cinco días al padre para el cuidado de hijo. Solicita hacer conciencia desde el cuidado y el derecho de los niños desde su concepción.

Diputada Daisy Tourné, Secretaria de Comisiones del Parlatino comenta que a través de gestiones realizadas con ONU Mujer, se logra que a partir de esta reunión se contará con la asistencia de técnicos profesionales en materia de temas programados por la Comisión,

La Diputada Dalia Yanez de Venezuela solicita que se incorporen diferentes organismos internacionales como la ONUy la FAO, para conocer los acuerdos y beneficios relativos al tema de la comisión. Asimismo, solicitó el respeto a los usos y costumbres de las mujeres y hombres de los pueblos y comunidades indígenas, buscando estrategias en la política pública nacional e internacional para fortalecer a la mujer indígena en base a proyectos y/o programas sociales.

Los pueblos indígenas respeta a la diversidad cultural pero no estamos de acuerdo con el aborto.

La comunidad indígena ayuda y apoya cuando una madre queda sola con su hijo.

En Venezuela, existe un programa que se llama Misión Madres de Barrio, y esto consiste en que a una mujer indígena embarazada se le otorga una beca que consiste en una capacitación y formación a través de talleres, en cuanto a salud, educación, para evitar la mortalidad infantil.

Por otro lado, solicita se incluya en la próxima agenda el tema: Contra la Violencia de las Mujeres Indígenas.

La Senadora Lisbeth Hernández de México, propone revisar los marcos jurídicos de todos los países a favor de proteger los derechos de las niñas y los niños mediante acuerdos interinstitucionales entre los poderes ejecutivo para generar junto con las organizaciones no gubernamentales una cooperación denominada Red por los Derechos de la Infancia. Comenta que en México existen reformas constitucionales en materia de derechos humanos de la infancia, así como, la Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes.

Fomentar la conciencia, y la prevención para evitar que el núcleo más importante de la sociedad que es la familia se desintegre por falta de educación y comunicación.

Crear en los diferentes parlamentos las comisiones de Asuntos de la Niñez, y asuntos de la familia.

Diputado Marco Nuñez, Chile: implementar estrategias con mayor recurso y apoyo intersectorial para reducir la pobreza, procurar la equidad y la atención materno infantil, fomentar la lactancia, campañas permanentes de vacunación y de métodos anticonceptivos, fomentar la cobertura nacional de salud, así como subsidio para embarazadas, controlar la obesidad infantil.

Diputada Graciela Matiaude , Uruguay: comenta que su país ha logrado las metas y las han superado, 0,6% de tasa de mortalidad infantil. Informa que tienen una ley de parto humanizado y una ley de la interrupción del embarazo.

Diputada Daisy Tourné, Secretaria de Comisiones del Parlatino, Comenta sobre la importancia de la educación de las madres, se debe mejorar y obtener una acumulación y ganancias de políticas públicas sobre este tema.

Diputado Francisco García, Venezuela: Enfatiza sobre las políticas de orientación, campañas de conciencia, implementación de una política global y de difusión.

Diputada Carmen Figueroa, El Salvador: entre todos los países hay cosas comunes, se debe aumentar el presupuesto para los ministerios de salud y educación, así como campañas de conciencia de los programas de cuidados sobre el embarazo. Elaborar leyes que favorezcan a los derechos de los niños y mujeres.

Diputada Graciela Matiaude, Uruguay, propone discutir en las próximas reuniones el tema de la familia.

Diputada Carmen Pérez, México: refuerza la opinión de llevar el tema de la familia toda vez que considera que es el tejido social más importante de una nación.

Diputado Marco Nuñez, Chile: generar estrategias a corto, mediano y largo plazo sobre pobreza y desigualdad, propone el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como estrategias de atención primaria hasta los cinco años, reforzar la planificación familiar entre hombres y mujeres, así como la plena vacunación y un precio accesible para adquirirla y producirla, enfatiza en el cuidado post natal y pre natal.

Diputado Jorge Arturo Rojas, Costa Rica: comenta sobre la importancia de los recién nacidos sobre el consumo de agua potable, así como el alcantarillado tiene que estar en condiciones adecuadas. Mayor educación para disminuir las muertes infantiles, capacitación sexual a hombres y mujeres.

Diputada Mariangel Muñoz, Ecuador: Es un tema transversal la mortalidad infantil y hay que ver el fondo del problema para exhortar a los gobiernos que requieren visualizar y asumir el compromiso de cumplir con la legislación y las políticas públicas. Comenta sobre la ley de maternidad gratuita y la importancia de la salud gratuita.

Cuidados del embarazo, parto y puerperio.

La Dra. Virginia Gómez de ONU Mujeres, comentó que es importante implementar un registro adecuado de las mujeres que mueren en casos de maternidad, que se registre en el certificado de defunción. Todo embarazo está expuesto a riesgos, es una etapa que tiene que considerarse ser protegida. Muchas mujeres mueren durante el parto, es importante el acceso a la sangre segura y a las maniobras urgentes, prevenir la muerte materna por hemorragias, las mujeres deben tener conocimiento sobre el tema de las demoras para saber tomar decisiones prevenibles. Es importante contar con un registro de mujeres que mueren a causa del aborto.

Considerar a las adolescentes embarazadas así como, los embarazos no deseados, emplear los conocimientos de anticonceptivos. El carácter laico debe ser independiente de las políticas de Salud. Comenta sobre ejes de Políticas Públicas, ejemplo información sobre la sexualidad reproductiva, infecciones, sobre la planificación, el goce sexual, etc., campañas de salud y educación, tomar en cuenta las opiniones de los jóvenes, mejorar los servicios de salud, y comenta sobre el cambio de patrones sociales en la actualidad y hay que hablar de derechos y no de valores.

Senadora Rosa Adriana Diaz Lezama, México: Comenta sobre las políticas públicas exitosas en su país, como la gratuidad del ácido fólico, el seguro gratuito de salud para mujeres embarazadas y los cuidados para antes y después del embarazo. Se prohíbe que se exija el certificado de gravidez, existe igualdad de salario entre mujer embarazada y hombres, las prestaciones son las mismas, no existen trabajos forzados, hay descanso seis semanas, tres antes y tres después del embarazo, existe descanso para el tiempo de lactancia.

Diputada Carmen Lucía Pérez, México: se debe garantizar el cuidado de la mujer en el embarazo, procurar los valores universales como el derecho a la vida que es un derecho humano. Los abortos generan consecuencias de salud psicológica.

Diputado Marco Núñez, Chile: el cuidado del parto y puerperio es una agenda que viene de las reuniones del Cairo. Conocimiento y prevención sobre la reproducción sexual forman parte del control del embarazo así como el consumo de ácido fólico y la vigilancia de la buena marcha del embarazo. El Estado tiene que proveer profesionalmente en los países en los que el aborto es legal. Tomar en consideración las ventajas y desventajas de las cesáreas. La madre debe estar en atención médica y en descanso antes y después del embarazo.

Diputado Francisco García, Venezuela: comenta las siguientes recomendaciones: acceso al sistema de salud adecuado que lleve el control del embarazo así como el diagnóstico y tratamiento de infecciones. Aumentar el uso de anticonceptivos modernos, fortalecer los sistemas de información de la salud materna, en los hogares hay que conversar con los hijos, fomentar información verás preventiva sobre el embarazo, así como el cuidado de las mujeres de bajos recursos.

Diputada Mariangel Muñoz, Ecuador en su país hay lineamientos aprobados desde el 2008 como el sector prioritario, la protección integral de la mujer embarazada, se garantiza la no discriminación laboral. En el Código Penal existe el aborto terapéutico y el aborto para personas discapacitadas mentales, se está discutiendo en el caso de violación hasta las doce semanas.

Diputada Carmen Elena Figueroa, Ecuador: Fomentar la cultura de la prevención, evitar adicciones, todos tenemos una obligación para restablecer el tejido social que es la familia. Exhortar en la educación con verdad.

Diputada Marilyn Moses, Curazao: comenta que Holanda es un país liberal en la que se permite el aborto, generalmente son más los extranjeros que los practican. Hay que tomar en cuenta la legislación a favor de los derechos humanos.

Diputada Ana María Sempertegui, Bolivia: En fecha 26 de abril, en la reunión de la Comisión con todos los miembros presentes, propuso el tema a tratarse en la siguiente reunión sobre Regulación y Análisis sobre el mal uso de la internet y utilización como instrumento de Violencia, Explotación y Abuso Sexual, Trata y Tráfico de menores.

CONCLUSIONES:

Analizar las políticas públicas y las estrategias de todos los países sobre el cuidado para evitar la mortalidad infantil.

Revisar los marcos jurídicos de los diferentes países sobre las normas que se están aplicando, o en su caso se deben aplicar en aquellos que no los tengan sobre la mortalidad infantil.

Fomentar la Lactancia materna

Procurar políticas públicas sobre campañas universales de vacunación, lucha contra la neumonía, diarrea y sarampión.

Leyes, Políticas Públicas, y programas sociales sobre el combate a la pobreza, hambre, desnutrición y obesidad.

Todas las madres deben tener derecho a partos seguros, vivienda adecuada, higiene y cuidados post natales, así como un entorno libre de violencia.

Campañas sobre concientización para el buen cuidado del embarazo y post embarazo.

Políticas públicas de prevención por medio de campañas publicitarias para la educación sexual y reproductiva.

Leyes y políticas públicas de apoyo a los pueblos y comunidades indígenas en la capacitación de las mujeres en el tema del embarazo, respetando sus usos y costumbres.

Elaborar estrategias de programas sociales a corto, mediano y largo plazo sobre el combate, la pobreza y a la desigualdad, así como el fortalecimiento de los sistemas de salud y planificación familiar.

Revisar las leyes laborales, educativas, de salud, así como la de Equidad de Género para contribuir y garantizar el cuidado de la mujer en el embarazo.

Llevar a cabo una interrelación permanente entre los parlamentarios de esta comisión para informar sobre los avances en cada uno de sus países para cumplir los compromisos del milenio sobre los temas de mortalidad infantil y mortalidad materna.

TEMARIO A TRATAR PARA LA PRÓXIMA REUNIÓN:

- 1. Conciliación de la vida familiar y laboral.**
- 2. Violencia contra la mujer de los Pueblos y Comunidades Indígenas**
- 3. Regulación y Análisis sobre el mal uso de la internet y utilización como instrumento de Violencia, Explotación y Abuso Sexual, Trata y Tráfico de menores.**

Siendo el día 26 de abril de 2013 a 11:40, estando presente la Secretaria de Comisiones del Parlatino, Diputada Daisy Tourné, se da por termanada la sesión programada

Secretarios, Asesores y Funcionarios:

Alcira Revette, Funcionaria del Parlamento Latinoamericano

Margarita Grimaldi, Asesora de la diputada Daisy Tourné, Uruguay

Juan Manuel Arraga, Secretario del Grupo Uruguayo

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA TRANSCRIPCIÓN DEL ACTA

Alcira Revette, Fncionaria del Parlatino

E-mail: alcira@parlatino.org/ alcirarevette@hotmail.com

Tel. (507) 512 85 07



Sen. Lisbeth Hernández Leon

México



Sen. Rosa Adriana Díaz Lizama

México



Dip. Carmen Lucia Pérez Canarena

México

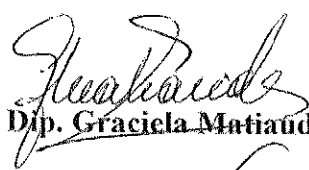


Dip. Humberto Prieto

México

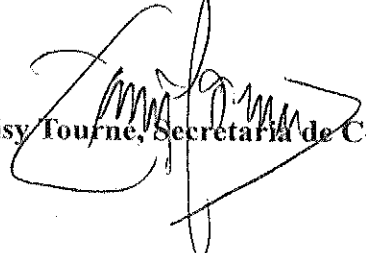
Mr. Chandrikapersad Santokhi

Suriname



Dip. Graciela Matiaude

Uruguay



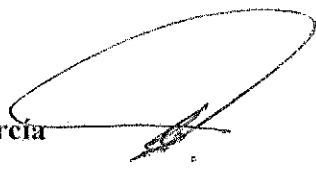
Dip. Daisy Tourne, Secretaria de Comisiones



Uruguay

Dip. Delsa Solórzano Bernal

Venezuela



Dip. Francisco García

Venezuela



Dip. Dalia Herminia Yáñez

Venezuela



Parlamento Latinoamericano

FIRMAS:

Sen. Clarisca N. Velásquez

Aruba


Dip. Ana María Sempértegui

Bolivia


Dip. Jorge Arturo Rojas Segura

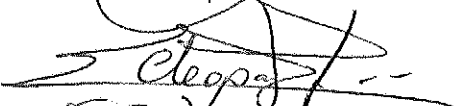
Costa Rica


Sen. Marilyn Moses

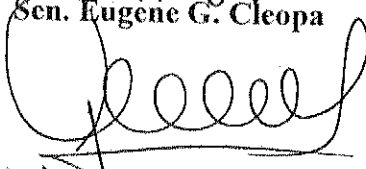
Curazao


Sen Armin E. Konket

Curazao


Sen. Eugène G. Cleopa

Curazao


Dip. Marco Antonio Nónes

Chile

~~Dip. Mario Bertolino~~


Dip. Carmen Elena Figueroa

El Salvador

**EXPOSICIONES Y DOCUMENTOS
PRESENTADOS EN LA REUNIÓN DE LA
COMISIÓN DE EQUIDAD Y GÉNERO**

Presentación sobre Mortalidad Materna en la Comisión de Equidad de Género, Niñez y Adolescencia del Grupo Parlamentario Latinoamericano.

Haciendo una acotación al nombre de la comisión en relación a la Equidad de Género, planteo cambiar el nombre del taller sobre Cuidados del Embarazo, Parto y Puerperio, por el de Mortalidad Materna que resulta más coherente con el objetivo de la Comisión y no refuerza un estereotipo en relación a ver a la mujer solamente en su calidad de madre, sino trascendiendo a otras posibilidades de desarrollo personal, profesional y construyendo y trabajando no solamente para un "proyecto de vida" que es el de ser madre, sino varios proyectos de vida que la preparan en lo profesional, educativo etc.

En relación al tema de la mortalidad materna, empiezo planteando que las cifras de mortalidad materna son todavía inaceptablemente altas, son debidas a causas evitables y expresan el desarrollo de un país.

Hago una precisión conceptual al hecho de que "todo embarazo está expuesto a riesgo" no importa si es de una mujer sana, con acceso a servicios de salud calificados y que tiene un entorno social que la proteja. Puede haber cumplido con todos los controles prenatales y en el momento del parto morir. Esto nos lleva a concluir que el momento del parto es el más peligroso y que es necesario plantear alternativas para que las mujeres puedan acceder a información y servicios no solo de salud sino comunitarios que le permitan salvar su vida y la del bebé.

En términos de información es crucial reforzar los mensajes que ya han sido probados y que inciden en lo central de la mortalidad materna y que se refieren a las "Demoras" las mismas que son:

1. Demora en reconocer que se tiene un problema en el embarazo
2. Demora en pedir ayuda en su entorno familiar y/o en el servicio de salud más cercano
3. Demora en el servicio de salud para resolver la emergencia obstétrica.

Estas demoras hacen una diferencia entre la vida y la muerte de una mujer embarazada con complicaciones que pueden aparecer en cualquiera de los trimestres de la gestación y que es necesario que conozca no solo ella sino también su compañero, su familia y la comunidad.

Esto último se liga a revalorizar la maternidad y a la mujer por todos quienes la rodean y obliga a los diferentes espacios a estar preparados para enfrentar estas emergencias que pueden segar la vida de una mujer en dos horas cuando se trata de una hemorragia, situación muy frecuente y causa de muerte materna.

Las estrategias están determinadas en los planes de reducción de muerte materna, en las normas de atención de los ministerios de salud de los países y en las organizaciones de Naciones Unidas que tienen las directrices para ello. Solo para mencionar algunas:

1. Acceso a sangre segura o hemoderivados
2. Mejorar la capacidad resolutive de los y las proveedores/as de salud
3. Mejorar el acceso a transporte y/o movilización oportuna de la mujer que presenta una emergencia obstétrica no solo desde su domicilio o comunidad sino desde los servicios de salud a otros de mayor complejidad.

Una recomendación estratégica en este problema es lograr tener un sistema de información adecuado, oportuno y veraz que permita saber en cada país cual es la situación de la Mortalidad Materna, teniendo estadísticas actualizadas, que disminuyan el subregistro y que periódicamente entreguen a quienes toman decisiones y a la población en general los avances y los retrocesos en esta materia.

Aborto y Mortalidad Materna.

El aborto en condiciones de riesgo es un problema de salud pública y de justicia social, es causa de muerte materna, y también representa un desafío saber su magnitud y gravedad debido a los contextos de ilegalidad. Una manera de saber indirectamente un indicador de cuanto las mujeres están abortando, es medir las complicaciones que llegan a los servicios de salud. En el Ecuador es la primera causa de morbilidad femenina y quinta causa de morbilidad general. Lo otro es aceptar que las mujeres están abortando en este momento, en el Ecuador se calcula que aproximadamente una mujer aborta cada 4 minutos. Es innegable que las mujeres ahora abortan con medicamentos y lo hacen en el seno de su hogar sin el apoyo de un servicio de salud.

El aborto está también relacionado con el embarazo no deseado, con la necesidad insatisfecha de planificación familiar que en el Ecuador llega a un 30%.

Embarazo adolescente y embarazo adolescente subsecuente:

El drama del embarazo adolescente puede ser que empiece recién cuando la adolescente presenta un segundo y tercer embarazo, lo cual la convierte inmediatamente en alguien que difícilmente va a salir del círculo de la pobreza. En este marco comparto brevemente las acciones de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar –ENIPLA que convoca a cuatro ministerios, y en este marco el Ministerio de Salud está siendo pionero en la aplicación de componentes que van desde:

- 1- Comunicación con la producción de productos comunicacionales acordes a los adolescentes, en las redes sociales, en la tv, en la radio.
- 2- Participación ciudadana con la promoción y prevención de acciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva utilizando metodologías participativas e inclusivas.
- 3- Cambio de Patrones socioculturales, aspecto que plantea atacar los estereotipos de género que responsabilizan solo a la mujer en las acciones de anticoncepción etc, y no toman en cuenta a los hombres y/o progenitores en su responsabilidad.
- 4- Mejorar la calidad de los servicios de salud en todo aspecto.

Un aspecto que destaco es la voluntad politica para informar y entregar Anticoncepcion de Emergencia en el sistema de salud, de manera gratuita e informando sobre su mecanismo de accion anticonceptivo y no abortivo y que no tiene ningun efecto adverso en la salud de las mujeres.

Finalmente planteo que existen mínimos sobre los cuales esta comision debe pronunciarse en este tema y que deben ser coherentes con el carácter laico de los países, característica que protege a las políticas de estado de intromisiones no técnicas y no apegadas a la realidad.

A manera de sugerencia tratar este tema desde los derechos y no desde los valores, estos últimos son personales, y pueden no ser coincidentes con los derechos humanos y en especial con los derechos sexuales y derechos reproductivos.

**PARLAMENTO LATINO
AMERICANO
MORTALIDAD INFANTIL
Y EN LA NIÑEZ**

**COMISION DE EQUITAD DE
GENERO NIÑEZ Y JUVENTUD**

·CUENCA-ECUADOR 2013

·Dra. Virginia Gómez de la Torre

MORTALIDAD INFANTIL

- ▣ Es la mortalidad que ocurre antes de cumplir un año de edad, se refiere al número de defunciones de menores de un año en relación al total de nacidos vivos del mismo año, expresado por 1.000.

▣ Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, las complicaciones por parto prematuro, la diarrea, la asfixia perinatal y la malaria. Aproximadamente una tercera parte de las muertes infantiles están asociadas a problemas de malnutrición.

▣ Otras son el resultado indirecto de la marginación, los conflictos y el VIH/SIDA. La desnutrición y la falta de agua potable y saneamiento contribuyen a la mitad de todas estas muertes infantiles.

En el Ecuador

- ▣ Corta duración de la gestación y bajo peso al nacer
- ▣ Neumonía
- ▣ Sepsis bacteriana
- ▣ Dificultad respiratoria del recién nacido
- ▣ Neumonía congénita
- ▣ Malformaciones congénitas

- ▣ Malformaciones congénitas del corazón
- ▣ Síndrome de aspiración neonatal
- ▣ Otras malformaciones congénitas
- ▣ Hipoxia intrauterina
- ▣ Diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso

- ▣ El riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida). Para evitar estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Cerca del 40% de las muertes de menores de cinco años se produce durante el periodo neonatal.
- ▣ La mayoría de los fallecimientos neonatales se deben a partos prematuros, asfixias durante el parto (incapacidad para respirar en el momento del parto) e infecciones.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL ECUADOR

- ▣ Tasa de mortalidad infantil: total: 19,06 muertes/1.000 nacimientos
hombres: 22,37 muertes/1.000 nacimientos
mujeres: 15,59 muertes/1.000 nacimientos
(2011 est.)

▣ Desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea, y el paludismo. La malnutrición es una causa subyacente que contribuye a más de un tercio del total de las muertes, ya que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves.

▣ Dentro de los países, la mortalidad es mayor en las zonas rurales y entre las familias más pobres y con menor nivel educativo.

¿EN QUE MOMENTO MUEREN?

- ▣ Cada año mueren más de 3 millones de lactantes durante su primer mes de vida, y el número de mortinatos es similar. Durante el primer mes, entre una cuarta parte y la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida, y un 75% durante la primera semana. Las 48 horas posteriores al nacimiento es el momento más importante para la supervivencia del recién nacido. Es en este periodo cuando se debe realizar un seguimiento a la madre y el niño para evitar y tratar enfermedades.

¿SE PUEDEN EVITAR?

- ▣ Según las estimaciones, unos 6,9 millones de niños murieron antes de cumplir cinco años en 2011.
- ▣ Más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar si hubiera acceso a intervenciones simples y asequibles.

▣ También es muy importante reconocer y tratar las enfermedades que pueda sufrir el recién nacido, ya que puede enfermar gravemente y morir de forma rápida si la enfermedad no se detecta y se trata de forma adecuada. Los lactantes enfermos deben derivarse de inmediato a un proveedor de atención de salud cualificado.

Mortalidad en niños y niñas menores de cinco años

- ▣ La mayoría de esos niños se pueden tratar eficazmente a domicilio con alimentos terapéuticos listos para el consumo. A escala mundial, se estima que, en 2010, 171 millones de menores de cinco años sufrían retraso del crecimiento y 104 millones presentaban insuficiencia ponderal

LAS MUJERES SON LOS PILARES PARA QUE EL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO N° 4 SE CUMPLA:

- ▣ REDUCIR LA MORTALIDAD DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
- ▣ Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años
- ▣ Indicadores
- ▣ La mortalidad infantil está disminuyendo, pero no lo suficiente rápido como para alcanzar la meta
- ▣ La reactivación de la lucha contra la neumonía y la diarrea, junto con un refuerzo de la nutrición, podría salvar a millones de niños
- ▣ El reciente éxito en el control del sarampión podría ser efímero si no se cubren las interrupciones en el suministro de fondos

EN DONDE EMPIEZA LA MORTALIDAD INFANTIL

- ▣ 42% DE NIÑAS RECIBE MALTRATO EXTREMO EN SUS HOGARES
- ▣ Cabe recordar que en el Ecuador el 78% de niñas reciben algún tipo de maltrato en sus hogares y en el 42% de los casos es maltrato extremo. Además, el 41% de las menores entre 5 y 11 años también es recibe maltrato en las escuelas. El 69% de las niñas (entre 10 y 15 años) han sido víctimas de violencia de género, especialmente abuso sexual (*según datos del INEC 2010 y de la Dirección de Protección a Víctimas y Testigos 2012*).

- ▣ Los embarazos en niñas entre 10 y 14 años aumento en el Ecuador, en un 78%,
- ▣ La violencia sexual es incuestionable en este indicador.

EL ROL DE LA MUJER EN LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

- ▣ Antes del parto, la madre puede mejorar las probabilidades de supervivencia y la salud de su hijo acudiendo a las consultas de atención prenatal, vacunándose contra el tétanos y evitando el consumo de tabaco y alcohol.
- ▣ En el momento del parto, las probabilidades de supervivencia aumentan considerablemente con la presencia de una partera cualificada. Después del parto, la atención esencial al recién nacido debe seguir los pasos siguientes:
 - ▣ asegurar la respiración;
 - ▣ empezar enseguida la lactancia exclusivamente materna;
 - ▣ mantener al niño caliente; y
 - ▣ limpiarse las manos antes de tocarlo.

EL ROL DE LA MUJER EN LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

- ▣ 1. LA MUJER TIENE QUE SOBREVIVIR AL PARTO.
- ▣ 2. TIENE QUE SOBREVIVIR EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD
- ▣ 3. TIENE QUE TENER ACCESO A UNA ADECUADA ALIMENTACION, VIVIENDA Y ATENCION DE SALUD CALIFICADA.
- ▣ 4. TIENE QUE TENER UNA EDAD QUE LE PERMITA TOMAR DECISIONES PARA SALVAR SU VIDA, O UN ENTORNO QUE LO PERMITA
- ▣ 5. TIENE QUE VIVIR EN UN ENTORNO LIBRE DE VIOLENCIA.

ROL DE LA MUJER EN LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

- ▣ 6. TIENE QUE TENER LOS HIJOS E HIJAS QUE ELLA PUEDA SOLA O CON SU PAREJA SOSTENER, CRIAR.
- ▣ 7. EL ESPACIO INTERGENÉSICO O SEA ENTRE PARTO Y PARTO TIENE QUE SER MAYOR A DOS AÑOS, PARA QUE SU CUERPO PUEDA RECUPERARSE
- ▣ 8. TIENE QUE TENER ACCESO A ANTICONCEPCION MODERNA Y GRATUITA.
- ▣ 9. TIENE QUE TENER ACCESO A INTERRUPCION DE EMBARAZO GRATUITA, SEGURA, EN LOS CASOS QUE SEAN LEGALES.

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL

- ▣ La OMS promueve cuatro estrategias principales:
- ▣ cuidado domiciliario apropiado y tratamiento oportuno de las complicaciones en los recién nacidos;
- ▣ atención integrada a las enfermedades infantiles en todos los menores de 5 años;
- ▣ programa ampliado de inmunización;
- ▣ alimentación del lactante y del niño pequeño.

Rol de las mujeres: una mujer que no se embaraza, no tiene

hijos que pueden morir.

- ▣ EMPODERAR A LAS MUJERES A TRAVES DE MEJORAR EL ACCESO A:
 - ▣ ANTICONCEPTIVOS
 - ▣ EDUCACION SEXUAL
 - ▣ TRABAJO REMUNERADO
 - ▣ SERVICIOS DE SALUD
 - ▣ CUIDADO INFANTIL CALIFICADO
- ▣ INFORMACION DE SIGNOS DE ALERTA EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO
- ▣ INFORMACION DE SIGNOS DE ALERTA EN LOS NIÑOS Y NIÑAS.
- ▣ INFORMACION RESPECTO DE PREVENCIÓN Y ENFRENTAMIENTO DE LA VIOLENCIA BASADA EN EL GENERO.

▣ La mejora de la salud de las mujeres embarazadas y de las nuevas madres desempeñará un importante papel para reducir la mortalidad infantil en el futuro. Una nutrición deficiente de las mujeres puede provocar nacimientos prematuros y neonatos de bajo peso. Asimismo, las pruebas indican que los niños que pierden a su madre tienen más probabilidades de morir antes de cumplir los dos años que aquellos cuya madre sobrevive.

- ▣ UNA MUJER QUE NO SE EMBARAZA, NO SE MUERE DE PARTO O DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.
- ▣ UNA MUJER QUE NO SE EMBARAZA, DISMINUYE SUSTANCIALMENTE EL RIESGO DE PARIR HIJOS/ AS QUE TENGAN COMPLICACIONES O MUERAN EN EL PARTO O CERCA DE ESTE.

- ▣ UNA MUJER EMPODERADA EN SU SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EJERCE SUS DERECHOS:
- ▣ A LA VIDA
- ▣ A LA SALUD
- ▣ A LA AUTONOMIA SEXUAL
- ▣ A LA AUTONOMIA REPRODUCTIVA.

- ▣ UNA MUJER QUE ESTA VIVA Y EN BUENAS CONDICIONES ES FUDAMENTAL PARA LA SOBREVIVENCIA DE SUS OTROS HIJOS Y DE SU FAMILIA.
- ▣ Y QUE PODEMOS DECIR DE LOS HOMBRES, DE LOS PROGENITORES: CAMBIAR LOS PATRONES SOCIOCULTURALES RESPECTO DE LOS ROLES DE GENERO, ES UNA ESTRATEGIA QUE IGUALMENTE HAY QUE CONSTRUIR.

RESUMIENDO

- ▣ 1- EMPODERAR Y MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS MUJERES
- ▣ 2. MEJORAR LAS CONDICIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD, MEJORANDO LA ATENCION EN LOS SERVICIOS Y FORTALECIENDO LA PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA ASI COMO LA SALUD INFANTIL.

- ▣ MEJORAR LA NUTRICION DE MUJERES Y NIÑOS Y NIÑAS.
- ▣ MEJORAR EL STÁTUS Y LA CONDICION DE VIDA DE LAS NIÑAS
- ▣ INCORPORAR A LOS HOMBRES EN EL CUIDADO DE LAS MUJERES Y DE LOS NIÑOS Y NIÑAS
- ▣ DISMINUIR Y ENFRENTAR LA VIOLENCIA BASADA EN EL GENERO, EN ESPECIAL LA VIOLENCIA SEXUAL.
- ▣ MEJORAR EL ACCESO A LA EDUCACION EN GENERAL DE LAS MUJERES EN ESPECIAL.

¡¡GRACIAS!!