



Política Nacional para la Reducción de la Morbi- Mortalidad Materna y Neonatal 2026 -2035

Documento borrador

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *“Política Nacional para la Reducción de la Morbi Mortalidad Materna y Neonatal 2026-2035”*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes - MSP; 2025

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan,

Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.

Teléfono: 593-(2)-381-4400

www.salud.msp.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud – MSP
Esta política ha sido desarrollada por profesionales de las siguientes Carteras de Estado: Ministerio de Salud Pública, organizaciones de apoyo internacional, organizaciones no gubernamentales, academia y otros actores de la sociedad civil, bajo el acompañamiento metodológico de la Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, del Ministerio de Salud Pública.

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, *“Política Nacional para la Reducción de la Morbi- Mortalidad Materna y Neonatal 2026 -2035”*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud, 2026.

Hecho en Ecuador

Equipo de colaboradores

Revisión y aportes

BORRADOR

Contenido

1. Introducción	7
2. Marco Normativo.....	8
2.2 Políticas y normativa interna.....	10
2.3 Acuerdos y marcos internacionales	11
Marco conceptual, valores principios y enfoques	13
3. Marco conceptual.....	14
4. Principios rectores y enfoques aplicados a la política pública para la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal.....	15
5. Etapa preparatoria	16
5.1. Identificación de la necesidad de política pública	16
5.2 Conformación de equipos político y técnico para la formulación.....	17
5.3 Actores e instancias de coordinación	19
5.4 Espacios de participación ciudadana	23
5.5 Hoja de ruta de formulación de la Política.....	25
Diagnóstico de contexto general de la morbi-mortalidad materna y neonatal	27
6. Situación de la Muerte materna y neonatal en el Ecuador.....	28
Carga de la muerte neonatal dentro de la muerte infantil y la muerte evitable.....	28
Principales causas de muerte neonatal.....	29
Muerte materna en Ecuador	32
Principales causas de muerte materna	37
Otras determinantes relacionadas con la muerte materna y neonatal:.....	39
Calidad de la atención	40
Acceso y uso de los servicios de salud	44
Condiciones socioeconómicas.....	49
Datos e Información para la acción y la rendición de cuentas.....	57
6.2 Identificación de los Determinantes del Problema Público, análisis cualitativo	58
6.3 Priorización de los determinantes del Problema Público	59
6.3 Categorización de las determinantes del problema públic	60
6.4 Identificación de la población objetivo.....	61
Objetivos, estrategias y líneas de acción	65
7. Objetivos de la política	66
Objetivo 1. Lograr un acceso oportuno y equitativo para el cuidado de gestantes, púerperas y recién nacidos	67
Objetivo 2. Mejorar la calidad en la atención materna y neonatal	71
Objetivo 3. Contribuir a la erradicación de la violencia de género, especialmente de la violencia obstétrica y ginecológica, y humanizar los servicios de salud	75

Objetivo 4. Mejorar la vigilancia de la salud materna y reducir el subregistro de muertes neonatales.....	78
Objetivo 5. Promover el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos y prevenir los embarazos no intencionados.....	81
Monitoreo, evaluación e implementación de la política	84
8. Selección de indicadores y metas	85
8.1 Indicadores, metas y asignación de responsables	87
8.2 Vinculación de la Política con el sistema de planificación	92
8.3 Evaluación y monitoreo de la política a nivel territorial.....	100
9. Presupuesto referencial.....	101
Glosario:.....	102
Abreviaturas:	104
Referencias	106
Anexos	119
Anexo 1. Ampliación de los enfoques incorporados:.....	119
Anexo 2. Resultado de mapeo de actores	119
Anexo 3. Listado de instituciones y organizaciones participantes en el Taller para el análisis de las determinantes del problema público	119
Anexo 4. Arboles de problemas y arboles de objetivos (pendiente link MSP)	120
Anexo 5a y 5b. Informes de resultados consulta DELPHI sobre las alternativas de la Política (pendiente link MSP)	120
Anexo 6. Informe para establecimiento metas subnacionales en las Razones de muerte materna (pendiente link MSP)	120
Anexo 7. Informe para establecimiento metas subnacionales en las Tasa de muerte neonatal (pendiente link MSP).....	120

Índice de tablas y gráficos

Gráfico 1. Marco conceptual de MPPE adaptado	14
Gráfico 2. Tasa de Mortalidad Neonatal 1990-2023 en el año (t+1)	29
Gráfico 3. Muerte Neonatal por grupo de causas, 2018-2023	30
Gráfico 4. Razón de mortalidad materna estimada*(100 000 NV) Ecuador, región y subregión	33
Gráfico 5. Razón de mortalidad materna período 1990-2023 en el año (t+1).....	34
Gráfico 6. Muertes Maternas por año y grupo de causas.....	38
Gráfico 7. Resultados de los análisis de las “Tres Demoras” en las Muertes Maternas en Establecimientos de Salud del MSP, 2024	40
Gráfico 8. Porcentaje de Nacidos vivos según lugar de ocurrencia.....	41
Gráfico 9. Muertes fetales por nivel de instrucción de la madre 2023	43
Gráfico 10. Proporción de gestantes ingresadas que sufrieron complicaciones durante el embarazo o parto 2013-2023	44

Gráfico 11. Subíndice de salud reproductiva, materna del RN y del niño, Ecuador, 2021	45
Gráfico 12. Determinantes sociales individuales que influyen en el acceso a la atención prenatal	46
Gráfico 13. Distribución de las necesidades de atención médica insatisfechas en LAC, por tipo de barras de acceso informadas, último año con información disponible (en porcentajes).....	47
Gráfico 14. Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años).....	50
Gráfico 15. Razón de MM por tipo de área 2019-2024	51
Gráfico 16. Gasto en salud per cápita de países de LAC con las mayores y menores RMM por 100 000 NV, promedio del período 2015-2020	53
Gráfico 17. Evolución del coeficiente de Gini en Ecuador, Región Andina y el Cono Sur	54
Gráfico 18. Índice de Cobertura de servicios, por ingresos y por IDH, Ecuador.....	54
Gráfico 19. Evolución de los indicadores socioeconómicos en Ecuador 2013-2022	55
Gráfico 20. Homicidios intencionales (Tasa c/10 000 habitantes), 2019 -2023.....	56
Gráfico 22. Dispersión de categorización de factores y determinantes de morbilidad materna y neonatal	61
Gráfico 23. Objetivo general y estructura de la PRMMM	66
Tabla 1 Nivel de incidencia e interés de los actores directos	20
Tabla 2 Función de articulación de actores indirectos.....	21
Tabla 3 Espacios de participación para la formulación de la Política de Reducción de morbilidad materna y neonatal	23
Tabla 4. Cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable por grupo del estudio de la carga mundial de enfermedad y por sexo, Región de las Américas, 2019	28
Tabla 5. Diez primeras causas de egresos hospitalarios en menores de un año, 2024.....	31
Tabla 6 Razón de MM por región, 2023.....	33
Tabla 7 Tendencias en Mortalidad Materna, Ecuador 2000-2023	35
Tabla 8. Razón de Reducción de MM anual	36
Tabla 9 Tasa de Muerte Materna por grupo de edad 2019-2023	37
Tabla 10. Causas de egresos en gestantes, 2024	39
Tabla 11. Muerte Fetal por causas, 2023.....	42
Tabla 12. Razón de Muerte Fetal por provincia, 2023.....	42
Tabla 13. Calificación de determinantes según importancia y gobernabilidad	59
Tabla 14 Tabla Indicadores trazadores (de impacto) y metas al 2035 (en proceso de definición, información colocada a modo de ejemplo).....	86

1. Introducción

El desarrollo y progreso de una nación se miden entre otros aspectos, a través del estado de salud de su población, especialmente el de aquellos grupos más vulnerables, por ello la reducción de las muertes evitables en gestantes y neonatos se encuentra entre las prioridades y metas establecidas para el desarrollo sostenible a nivel global regional y nacional.

Ecuador es un país con una dinámica historia en la lucha para mejorar el estado de salud de estas poblaciones, incluyendo y priorizando su cuidado y protección en el más importante instrumento en el que se basan los principios nacionales, la constitución de la República, otras iniciativas tales como el Plan de Reducción de muerte materna 2008, la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales, La Estrategia Nacional de Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna- 2015, actualmente Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño-ESAMyN, y Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil, como principales estrategias para reducir la mortalidad materna y neonatal, y diversos instrumentos técnicos se han desarrollado con el objetivo de mejorar la salud de las mujeres y recién nacidos. Todo esto bajo el entendimiento que tanto la enfermedad y las muertes en embarazadas y neonatos son el resultado de la interacción de múltiples determinantes biológicas, sociales, culturales, organizacionales, de género, entre otras.

Sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados y los resultados que muestran reducciones sostenidas en muertes maternas y neonatales; desafíos como la reciente pandemia por COVID-19, las crisis globales y regionales, crecientes migraciones, la persistencia de pobreza y conflictos externos e internos, han disminuido la velocidad de los progresos alejando al Ecuador del logro de los objetivos previstos para el 2030. Uno de los aspectos más alarmantes de esta problemática es su marcada concentración en territorios históricamente afectados por desigualdades estructurales. Las provincias con mayores brechas sociales y económicas son precisamente las que registran los índices más elevados de muerte materna, perpetuando un ciclo de exclusión que se reproduce generación tras generación.

Por lo anterior, la reducción acelerada de las muertes maternas y neonatales representan una prioridad ética, sanitaria y política para el Estado ecuatoriano. En este marco, y en alineación con los instrumentos nacionales para la planificación y el desarrollo, el Ministerio de Salud Pública, impulsa la formulación de la Política pública para la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal, como parte de su compromiso con la salud de neonatos y gestantes.

En el contexto actual, esta política exige redoblar los esfuerzos institucionales y comunitarios, así como desplegar estrategias innovadoras, eficaces e integradas que respondan con sensibilidad y rigor a la magnitud del desafío. Por ello, el proceso de formulación de la política ha convocado activamente a diversos actores a nivel nacional, integrando un enfoque de priorización territorial que reconoce y atiende las zonas más afectadas por la mortalidad materna y neonatal.

Solo con la contribución desde todos los sectores involucrados y el compromiso de la comunidad se podrán alcanzar las metas propuestas que abonen al desarrollo y al progreso nacional y que pongan fin a las brechas históricas que han vulnerado el

derecho de las mujeres y sus familias a vivir una maternidad segura, digna y acompañada.

2. Marco Normativo

Esta política se fundamenta en una sólida base de compromisos legales, técnicos y estratégicos que respaldan su pertinencia, legitimidad y viabilidad. Este capítulo presenta cómo se articula con el marco legal nacional, las políticas y normativas internas vigentes, así como con los acuerdos internacionales que guían la acción del Estado ecuatoriano en materia de salud pública, especialmente en lo relacionado con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Más allá del cumplimiento de requisitos formales, esta alineación expresa una voluntad institucional clara: responder con coherencia, sensibilidad y responsabilidad a los desafíos que enfrentan mujeres, recién nacidos y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Cada instrumento descrito en esta sección representa un componente esencial para construir un sistema de salud más justo, humano y eficaz.

2.1 Marco legal

Constitución de la República del Ecuador. La alineación más importante se fundamenta en el artículo 32 de la Constitución, que reconoce el derecho a la salud como parte fundamental de una vida digna, y en el artículo 35, que establece atención prioritaria para personas en situación de vulnerabilidad, como mujeres embarazadas y adolescentes. También se consideran el artículo 66, numeral 2, que garantiza una vida libre de violencia, y el numeral 10, que reconoce el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre salud sexual y reproductiva.

Estos principios constitucionales se complementan con el artículo 1, que define al Ecuador como un Estado constitucional de derechos y justicia; el artículo 3, que establece como deber primordial del Estado garantizar el ejercicio pleno de los derechos sin discriminación; y el artículo 11, que refuerza el principio de igualdad y no discriminación, señalando que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Adicionalmente los artículos 340 y 360 otorgan a la autoridad sanitaria las competencias para la formulación de políticas en materia de salud, incorporan el mandato de interculturalidad y respeto a la diversidad cultural; lo que obliga a que las intervenciones sean culturalmente pertinentes, e incluyen la salud materna y neonatal como parte de las políticas necesarias para garantizar derechos y reducir desigualdades.

En conjunto, estos artículos no solo legitiman la intervención estatal en la prevención del embarazo adolescente y la reducción de la mortalidad materna, sino que también obligan a garantizar servicios oportunos, seguros y culturalmente pertinentes. En situaciones críticas, donde la vida de una mujer puede depender de la rapidez y calidad de la atención, estos mandatos adquieren un carácter ético y operativo.⁽¹⁾

Ley Orgánica de Salud. La política se encuentra alineada con los artículos 6 y 7, que reconocen la salud sexual y reproductiva como parte integral del derecho a la salud; el artículo 21, que identifica la mortalidad materna como un problema de salud pública; y los artículos 28, 29 y 30, que regulan la atención materna y neonatal, incluyendo el acceso a servicios de planificación familiar y atención obstétrica de emergencia.

Esta ley establece la obligación del Estado de garantizar servicios adecuados con enfoque de derechos. En la práctica, esto implica asegurar que una adolescente víctima de violencia sexual reciba atención integral, que una mujer en trabajo de parto en una zona rural tenga acceso a personal capacitado, y que los servicios de salud estén preparados para responder con dignidad y eficacia.(2)

Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI). Esta política considera la disposición general decimotercera de la LOEI, que establece que el currículo nacional debe incluir contenidos sobre educación sexual. Esta disposición permite integrar acciones entre los sectores de salud y educación, fortaleciendo la prevención del embarazo adolescente y promoviendo el ejercicio informado de los derechos sexuales y reproductivos desde la etapa escolar.

La LOEI reconoce que la educación es una herramienta poderosa para transformar realidades. Cuando una adolescente comprende sus derechos, conoce su cuerpo y tiene acceso a información confiable, se abre una puerta hacia decisiones más libres, seguras y conscientes.(3)

Código de la Niñez y Adolescencia. La política se articula con el Código de la Niñez y Adolescencia, que establece obligaciones concretas para el Estado, la sociedad y la familia en la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes. En el artículo 8 se reconoce la corresponsabilidad entre estos actores, mientras que el artículo 25 dispone condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, especialmente en madres adolescentes y recién nacidos con bajo peso.

Además, los artículos del 26 al 30 refuerzan el deber del estado de garantizar una atención integral en salud, incluyendo el acceso a servicios oportunos, seguros y culturalmente pertinentes. Este marco legal exige que las instituciones públicas actúen con diligencia, sensibilidad y eficacia frente a situaciones que afectan la vida y el bienestar de adolescentes embarazadas y sus hijos.(4)

Sentencia 34-19-IN/21 de la Corte Constitucional La política incorpora el mandato de este instrumento, que despenaliza el aborto por violación en todos los casos. Dejando insubsistente restricción previa que vulneraba derechos fundamentales, como la dignidad, la integridad personal y la autonomía reproductiva.

En cumplimiento de esta sentencia, se establecen la necesidad de protocolos claros, personal capacitado y espacios seguros para garantizar una atención respetuosa y digna. La implementación de este marco legal no solo responde a una obligación jurídica, sino también a un compromiso ético con las mujeres que han vivido situaciones de violencia sexual.(4)

Sentencias 983-18-JP/21 , 96-21-JP/25 y 904-12-JP/19 de la Corte Constitucional

Esta Política se alinea directamente con este mandato constitucional puesto que define acciones para que mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos en movilidad humana; quienes enfrentan mayores barreras de acceso, riesgos de violencia sexual, falta de continuidad del cuidado y determinantes sociales adversos, fortaleciendo la obligación del Estado de asegurar que ninguna mujer o neonato quede excluido del sistema de salud, reforzando la equidad territorial y la protección integral como pilares para prevenir muertes evitables.(5–7)

2.2 Políticas y normativa interna

Plan Nacional de desarrollo “Ecuador no se detiene” 2025–2029 La política responde a las metas propuestas en Plan Nacional de Desarrollo, vinculándose principalmente con el objetivo 1, con las políticas 1.2, 1.3, 1.5 y 1.6 que buscan protección social de grupos vulnerables, garantizar el acceso equitativo a servicios de salud, servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad con enfoque de derechos, y también con el objetivo 3.1, orientado a erradicar la violencia basada en género. Además, se articula con el principio de corresponsabilidad entre niveles de gobierno y el enfoque de equidad territorial.

La política contribuye al logro de estos objetivos mediante acciones intersectoriales, territoriales y comunitarias que fortalecen la atención integral a adolescentes y mujeres en situación de vulnerabilidad y comparte indicadores de impacto para el monitoreo. En este marco, la política no solo busca reducir indicadores, sino transformar experiencias a través de la atención para mejorar la calidad de vida de la población garantizando el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades. (8)

Plan Decenal de Salud 2022–2031 La política se alinea directamente con el PDS en su objetivo general que es “Garantizar el derecho a la salud de la población ecuatoriana mediante un sistema de salud integral, equitativo, eficiente, resiliente e intercultural”. Específicamente con los objetivos 1, que busca reducir las barreras y brechas de acceso a servicios de salud con énfasis en población prioritaria y grupos vulnerables, con el objetivo 2 que plantea acciones integrales de salud pública para reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables, con el objetivo 3 que se propone reducir las muertes el objetivo 4 implica mejorar la calidad de la atención en salud materna y neonatal.

Este plan reconoce que la salud no se construye solo desde hospitales, sino desde territorios, comunidades y relaciones de confianza. Esta política refuerza estos ejes mediante la implementación de servicios diferenciados, articulación territorial y fortalecimiento del Sistema nacional de Salud (9)

Plan Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y Niñas 2020–2030 En este caso existe una articulación directa de la política con los ejes de prevención, atención integral y reparación, reconociendo que la violencia de género es una causa estructural de embarazos no deseados, abortos inseguros y muertes maternas evitables. Se incorpora el enfoque de no revictimización, atención diferenciada y articulación intersectorial.(10)

Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) La política considera los principios propuestos en el modelo vigente como son atención a grupos prioritarios, el enfoque de atención por ciclo de vida, la atención centrada en las personas y la participación social. La atención diferenciada a gestantes, neonatos y adolescentes, la prevención del embarazo no planificado y la respuesta institucional frente a la violencia sexual son componentes esenciales que se integran en la política, fortaleciendo la capacidad resolutoria del primer nivel de atención.(11)

Normativa CONE Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) MSP y otros instrumentos técnicos del Ministerio de Salud Pública La política toma en cuenta acciones estratégicas propuestas en esta normativa para mejorar la gestión y provisión de servicios a través del mejoramiento del acceso, oportunidad, continuidad

y calidad de la atención a mujeres en edad fértil, durante la gestación, el parto y el posparto así como a las y los niños al nacimiento y durante el período neonatal, existen en el país otros marcos técnicos para la atención obstétrica de emergencia, las guías clínicas para la atención a víctimas de violencia sexual y los estándares de calidad en servicios de salud sexual y reproductiva. Para su implementación efectiva, se plantea el fortalecimiento institucional, la capacitación continua y la articulación intersectorial.

Estos instrumentos técnicos son más que documentos: son compromisos concretos con la vida, con la dignidad y con la calidad. La política los convierte en acciones visibles, medibles y sostenibles.

Acuerdo Ministerial 00030-2021, Norma Técnica para la Certificación Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño-ESAMyN. Esta Política se encuentra alineada al Acuerdo Ministerial debido a que establece directrices para brindar una atención adecuada, de calidad, oportuna para la atención a la mujer y al recién nacido, basado en buenas prácticas y en la mejor evidencia científica actual, disponible a nivel institucional y asistencial. (12)

2.3 Acuerdos y marcos internacionales

Programa de Acción de Beijing y el Programa de acción Beijing+30: para todas las mujeres y las niñas: La política responde directamente al compromiso de reducir la mortalidad materna y garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, y establece que la atención integral a mujeres y adolescentes, especialmente en contextos de violencia y exclusión, como parte de los compromisos y mandatos internacionales asumidos por el país.(13)

Objetivos de Desarrollo Sostenible A través de esta propuesta se contribuye al logro de los ODS 3 (Salud y Bienestar), ODS 5 (Igualdad de género) y ODS 10 (Reducción de desigualdades) para el 2030. La prevención del embarazo adolescente, la atención obstétrica segura y de calidad y la garantía de derechos sexuales y reproductivos, la disponibilidad de personal de salud y medicamentos esenciales y la reducción de desigualdades son acciones clave que se integran en la política, con indicadores alineados para facilitar el monitoreo y la rendición de cuentas.(14)

Agenda de Salud Sostenible para las Américas (ASSA) Esta política está fuertemente articulada con los lineamientos de la ASSA, a través de los objetivos 1 y , 2, 3 , 5 , 6 , 9 10 y 11 que promueven la reducción de la mortalidad materna, de la mortalidad evitable y la violencia , así como fomentan el acceso a salud universal, a medicamentos seguros y a atención de calidad, también se aborda la reducción de desigualdades como una prioridad regional, mediante intervenciones integrales, fortalecimiento de redes territoriales, atención obstétrica de calidad y articulación multisectorial. En ambos instrumentos se reconoce que la salud materna y neonatal y el acceso a la salud sexual y reproductiva, son indicadores de justicia social y desarrollo sostenible.(15)

Política Andina para la Prevención de la Mortalidad Materna – ORAS CONHU La política se alinea con los compromisos establecidos por los países andinos en el marco de ORAS-CONHU, los que promueven la reducción de la mortalidad materna como prioridad regional. Incorporando acciones y estrategias que impulsan la articulación intersectorial, mejora de la calidad de atención obstétrica, acceso a servicio de salud

sexual reproductiva y fortalecimiento de sistemas de información, con énfasis en territorios con alta vulnerabilidad. (16)

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) La alineación en este caso se establece a raves del mandato de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud reproductiva y proteger a las mujeres frente a prácticas discriminatorias. Incorporando mecanismos institucionales de protección, atención diferenciada y garantía del aborto legal por violación. (17)

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo Esta política responde a las medidas prioritarias del consenso del 2013, especialmente en lo relativo a la prevención del embarazo adolescente, la atención integral a mujeres en situación de vulnerabilidad y el fortalecimiento de servicios públicos con enfoque de derechos. Se pone de relieve la importancia de la interrelación sectorial y la participación comunitaria para su implementación efectiva.

Estrategia para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe (OPS/OMS) La política se articula con los lineamientos de estrategia que promueve intervenciones integrales basadas en evidencia para reducir la mortalidad materna en contextos de desigualdad. Se incorporan acciones de fortalecimiento de redes con base territorial, atención obstétrica de calidad y respuesta oportuna a emergencias, en coherencia con los compromisos regionales asumidos por el país.(18)

Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030. Cuyas líneas estratégicas se alinean con lo propuesto en esta política pues proponen fortalecer un entorno normativo transformador a fin de reducir las inequidades en materia de salud que afectan a las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes - Promover la salud y el bienestar universales, efectivos y equitativos en las familias, las escuelas y las comunidades a lo largo de toda la vida- Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad- Fortalecer los sistemas de información(19)

Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (¡Guía AA-HA!) – Segunda edición. Que enfatiza como prioridades la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, incluyendo la importancia de garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y trabajar en la prevención y erradicación de la violencia sexual.(20)

Resolución WHA 77 [A77/A/CONF.15](#) “*Accelerate progress towards reducing maternal, newborn and child mortality in order to achieve Sustainable Development Goal targets 3.1 and 3.2*” La política contribuye al logro de los objetivos propuestos en la Resolución pues aborda la necesidad de acelerar el progreso hacia la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3.1 y 3.2. Destacando la importancia de la cobertura universal de salud, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y la implementación de intervenciones efectivas y asequibles. Subraya los desafíos actuales, como la malnutrición, el acceso limitado a servicios de emergencia y las desigualdades sociales. Además, insta a los Estados Miembros y actores relevantes a fortalecer los sistemas de salud, invertir en personal sanitario y garantizar el acceso a medicamentos esenciales.(21)

Marco conceptual, valores principios y enfoques

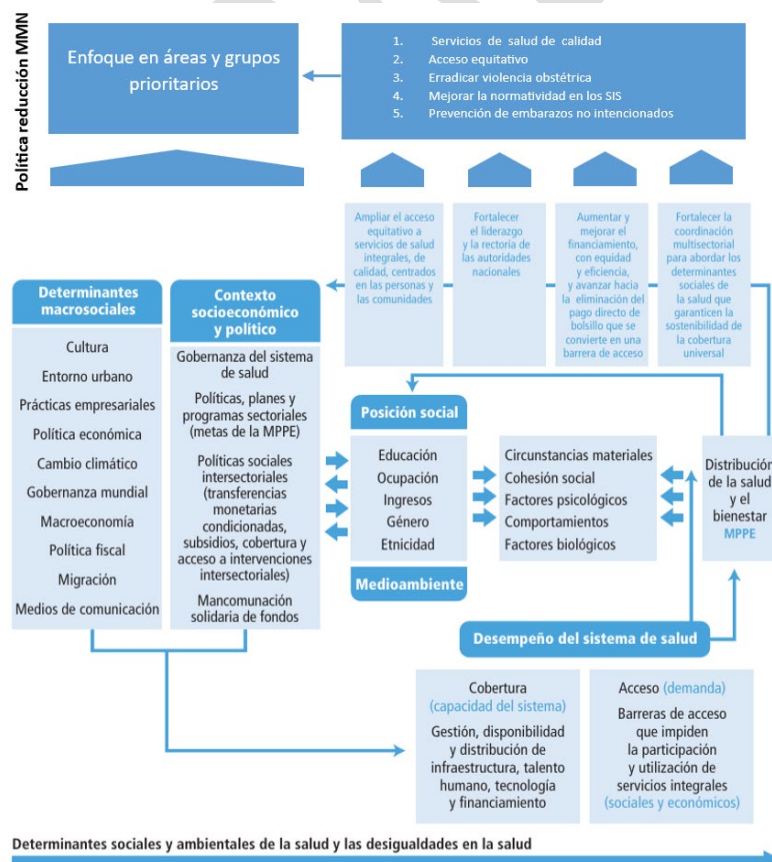
3. Marco conceptual

La base conceptual que sustenta esta política responde al Modelo de los Determinantes Sociales de la Mortalidad Prematura Potencialmente Evitable, desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como marco para el abordaje integral de la mortalidad evitable. Este enfoque reconoce que la reducción de muertes prevenibles requiere no solo intervenciones clínicas, sino también el análisis estructural de factores sociales, económicos y políticos que condicionan el acceso a la salud (Gráfico1) .(22)

La traducción de este marco conceptual a la presente política implicó la incorporación de los elementos que forman parte de las determinantes macrosociales, del contexto socio político y del desempeño del sistema de salud, a los diversos momentos en el proceso de formulación, considerando factores como la posición social de la población objetivo (edad, ocupación, ingresos, etnicidad)

En este sentido, se incorporaron elementos clave para el análisis y la acción, tales como: el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, el ejercicio efectivo del liderazgo y la rectoría institucional, la asignación adecuada de recursos financieros, y la articulación intersectorial como mecanismo para garantizar respuestas integradas y sostenibles.

Gráfico 1. Marco conceptual de MPPE adaptado

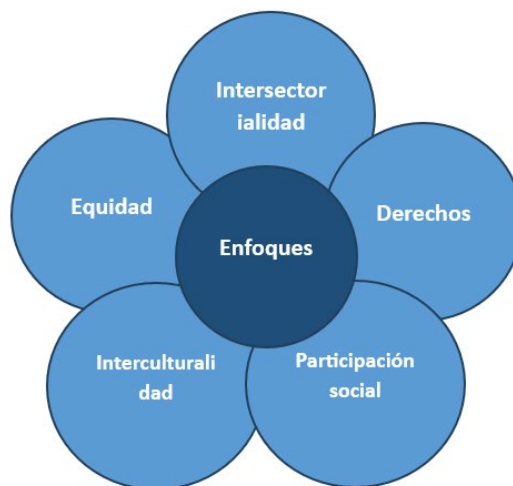


Fuente: Adaptado de OPS/OMS, Salud en las Américas. Mortalidad prematura potencialmente evitable, 2024

4. Principios rectores y enfoques aplicados a la política pública para la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal

Los cuatro principios que rigen esta política están orientados a generar una propuesta integral, ética y territorialmente sensible. En este marco, los principios rectores de equidad, interculturalidad, derechos, intersectorialidad y participación social constituyen pilares fundamentales que han orientado tanto el diagnóstico como el diseño e implementación y evaluación de las intervenciones (Figura 2) . Esto no solo fortalece la legitimidad de la política, sino que garantiza que las acciones respondan a las realidades diversas de la población afectada en el país.(23)

Figura 1. Principios y enfoques de la PRMMM



Fuente: Elaboración propia - MSP

Esto implicó reconocer y abordar las desigualdades estructurales que afectan el acceso, la calidad y los resultados de la atención materna y neonatal, reconocer la diversidad de saberes, prácticas y cosmovisiones presentes en el país, especialmente en comunidades indígenas, montubias, afrodescendientes y rurales, planteamiento de alternativas orientadas a garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el derecho a la salud, a la vida libre de violencia, así como establecer las bases para garantizar una participación social amplia e informada y para fortalecer la legitimidad, pertinencia y sostenibilidad de la política pública durante todo su ciclo.(24) (Anexo 1).

5. Etapa preparatoria

5.1. Identificación de la necesidad de política pública

La mortalidad materna y neonatal en Ecuador representa un problema público urgente, cuya persistencia y distribución desigual a nivel territorial evidencia profundas brechas estructurales que vulneran el derecho de las mujeres y sus familias a una maternidad segura. En el año 2023, la razón de mortalidad materna (RMM) , fue de 35,6 por cada 100.000 nacidos vivos según registros nacionales, mientras que las estimaciones ajustadas por organismos internacionales como la OPS la sitúan en 55,6 por cada 100.00 nacidos vivos, evidenciando desafíos críticos en la calidad de los datos y en la capacidad de respuesta del sistema. Esta diferencia entre indicadores refleja no solo problemas de subregistro y clasificación, sino también la necesidad de fortalecer los sistemas de información en salud, con el fin de mejorar la toma de decisiones, orientar acciones efectivas y garantizar la rendición de cuentas.

El análisis territorial muestra que las provincias de Bolívar, Chimborazo, Santa Elena, Pastaza y Morona Santiago presentan razones acumuladas de muerte materna que superan las 69 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, casi el doble del promedio nacional. Estas provincias coinciden además con territorios de alta pobreza multidimensional y altos índices de necesidades básicas insatisfechas, así como una limitada capacidad resolutoria de los servicios de salud.(25) En el ámbito neonatal, la Tasa de mortalidad (TMN) fue de 5,8 por cada 1.000 nacidos vivos en 2023, con mayor concentración en Carchi, Cotopaxi, El Oro, Guayas, Imbabura y Sucumbíos. (26) Estas cifras no solo evidencian una distribución desigual del riesgo, sino que confirman que la muerte materna y neonatal se ha convertido en un fenómeno que presenta una prevalencia territorial en las provincias con mayores desigualdades, perpetuando el ciclo de exclusión y reproduciendo las brechas históricas en el acceso a la salud.

Con relación a las demoras que provocaron las muertes maternas, el 81 % de las muertes maternas fueron atribuibles a causas evitables, y el 90 % de las auditadas en 2024 se relacionaron con la tercera demora, es decir, con fallas en la calidad y condiciones de la atención en los establecimientos de salud.(27) Estas fallas incluyen escasez de insumos, equipos y personal capacitado, deficiencias en los sistemas de referencia, y debilidades en la gestión clínica. Además, se identifican factores agravantes como la violencia obstétrica y la discriminación a nivel institucional, la falta de atención diferenciada para adolescentes, y la baja cobertura de control prenatal en zonas rurales y en grupos específicos de población como adolescentes e indígenas. La morbilidad neonatal también responde a causas evitables, como la dificultad respiratoria, la sepsis bacteriana y la prematuridad, todas ellas estrechamente ligadas a la calidad de la atención y a las condiciones del entorno social y sanitario.

Estos hallazgos confirman la diversidad y complejidad de factores y determinantes involucrados en la problemática por lo que no solo se requiere intervención estatal, sino que es necesario una política pública específica, intersectorial y territorialmente sensible, capaz de articular esfuerzos y que se constituya en el eje principal para integrar acciones, evitar redundancias normativas y garantizar un impacto sostenible a largo plazo.

Si bien se cuenta con instrumentos previos como el Plan para la reducción acelerada de muerte materna 2008, y con normativas de control prenatal, protocolos de atención

neonatal, y la Norma Técnica para el Cuidado Obstétrico y neonatales esenciales del 2013, los diagnósticos evidencian vacíos operativos, baja implementación territorial y escasa articulación con otros sectores.(28) Por tanto, la formulación de una política no sería redundante, sino una oportunidad estratégica para consolidar, actualizar y operacionalizar los marcos existentes bajo una lógica de equidad, calidad y sostenibilidad. Además, que esta contribuye directamente a las metas establecidas en el actual plan de desarrollo.

Esta Política propone acciones estructurales para dar sostenibilidad a las acciones, incluye la garantía de los recursos necesarios para atender las necesidades entorno a la problemática, la implementación de protocolos diferenciados para mujeres con comorbilidades basado en la mejor evidencia acompañado de la formación continua del personal de salud, la participación de las comunidades en el diseño y seguimiento de las intervenciones, la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y mecanismos de vigilancia epidemiológica fortalecidos se encuentran entre algunas de las acciones propuestas.

5.2 Conformación de equipos político y técnico para la formulación

Para el desarrollo de la política se conformó un Equipos Técnicos y un Equipo Político. El Equipo Técnico fue integrado por especialistas de diversas áreas del MSP, que participaron en todo el proceso de formulación, como instancia revisora y de aprobación.

Equipo Técnico

Este proceso fue liderado y coordinado por Dirección Nacional de Promoción de la Salud en su gestión Interna para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes. El equipo fue conformado por:

- Especialista de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Ministerio de Salud Pública.
- Especialista de Nutrición, Seguridad y Soberanía Alimentaria, Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición, Ministerio de Salud Pública.
- Especialista de Observancia, Investigación y Seguimiento de Casos en Derechos Humanos Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública.
- Especialista de Mejora Continua de la red de Epidemiología de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública.
- Especialista de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud Pública.
- Especialista de Seguimiento y Control de los Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención Dirección Nacional de Atención Integral en Salud,
- Analista del Proyecto para el Abordaje Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva en y Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes,
- Analista del Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador,
- Analista del Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C, Ministerio de Salud Pública.
- Especialista de Mejoramiento Continuo de La Calidad, Gestión Interna de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud
- Analista de Procesamiento y Análisis de la Información de la Gestión Interna de Procesamiento y Análisis de la Información Estadístico-Sanitaria.

- Asistente Administrativa de la Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Ministerio de Salud Pública.
- Especialista de Políticas del Sistema Nacional de Salud, Gestión Interna de Elaboración y Seguimiento de Políticas, Ministerio de Salud Pública
- Especialista de Políticas del Sistema Nacional de Salud, Gestión Interna de Documentos Normativos del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública
- Especialista del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora
- Especialista del Hospital Gineco-obstétrico Nueva Aurora

Equipo Político:

El equipo político, fue conformado por las autoridades del MSP, quienes propiciaran la apropiación de la temática por otras instancias para lograr acuerdos que se consoliden en la ejecución de las acciones propuestas. Este equipo fue conformado por:

- Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública.
- Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública.
- Coordinación General de Sostenibilidad, Ministerio de Salud Pública.
- Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Ministerio de Salud Pública.
- Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública.
- Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública.
- Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador; Ministerio de Salud Pública.
- Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C, Ministerio de Salud Pública.
- Proyecto para el Abordaje Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva en adolescentes, Ministerio de Salud Pública.

Comité Interinstitucional de salud Materna y Neonatal

El proceso de validación externa contó con apoyo técnico de revisores del Comité Nacional Interinstitucional de Salud Materna Neonatal creado a través de AC 00001-2025, que es un espacio estratégico para fortalecer la articulación entre instituciones del SNS y que está conformado por las siguientes autoridades y sus delegados permanentes

El/la Viceministro/a de Gobernanza de la Salud

El/la Viceministro/a de Atención integral en Salud.

El/la Director/a del Seguro General de Salud Individual y Familiar, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El/la Director/a de gobernanza de Salud y Sanidad Militar.

El/la Director/a Nacional de Atención Integral en Salud de la Policía Nacional del Ecuador

El/la Director/a Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad y Medicina Prepagada - ACCESS.

Comité inter agencial:

La formulación de esta política contó además con la asesoría técnica y apoyo de oficiales y especialistas de tres agencias de la cooperación internacional.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF

Organización Panamericana de la Salud- OPS

Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA

5.3 Actores e instancias de coordinación

Para identificar los actores que debían participar del proceso, se llevó a cabo un taller con el Equipo Técnico conformado para la Formulación de la Política; el objetivo de esta sesión fue el de Identificar/mapear actores clave con capacidad de decisión, implementación, incidencia o legitimidad territorial para participar en los talleres de construcción de la política, los actores fueron identificados y categorizados según su rol, tipo y nivel de influencia, incorporando los enfoques de determinantes sociales, interculturalidad y derechos humanos en cada una de las categorías, se identificaron actores de diversas instituciones, organizaciones y colectivos, los cuales fueron convocados a los diferentes espacios de construcción de la política. (Anexo 2)

5.3.1 Actores directos

Red Publica Integral de Salud y Red Privada Complementaria (RPIS-RPC)

Según el artículo 360 de la constitución , “La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad” y su función es garantizar, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”.(1)

Gobiernos Autónomos Descentralizados

Según el art. 4 del COOTAD los GADS son funciones de los gobiernos autónomos descentralizados; dentro de sus respectivas circunscripciones territoriales: h) La generación de condiciones que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución a través de la creación y funcionamiento de sistemas de protección integral de sus habitantes. (29)

Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada

El ACESS cumple un rol regulatorio y de control que impacta directamente sobre la calidad de la atención materna y neonatal

Ministerio de Gobierno

Se encarga de dirigir y supervisar la política pública relacionada con los derechos humanos en el país. Su función primordial radica en promover y proteger de manera integral los derechos fundamentales de todas las personas, así como fomentar la participación y el ejercicio pleno de la ciudadanía. Además, se encarga de garantizar el cumplimiento de las obligaciones

Tabla 1 Nivel de incidencia e interés de los actores directos

Actor	Tipo de actor	Nivel de incidencia en territorio	Nivel de intereses	Instancia de coordinación
Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria	Instituciones Públicas y privadas vinculadas con la prestación de servicios de salud	Alta	Alto	Comité Interinstitucional de Salud Materna y Neonatal

Gobiernos Autónomos Descentralizados	Instituciones del Estado con administración territorial	Alta	Alto	Comités Provinciales de Salud materna, Mesas Intersectoriales Cantonales
Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada	Institución pública	Alta	Alto	Comité Interinstitucional de Salud Materna y Neonatal
Ministerio de Gobierno	Institución pública	Alta	Alto	Consejo Nacional de igualdad de Género

Fuente. Elaboración propia MSP

5.3.2 Actores indirectos

Tabla 2 Función de articulación de actores indirectos

Actor indirecto	Función de articulación
Academia	Aporta conocimientos técnicos y evidencia científica mediante investigaciones, evaluaciones de impacto y generación de insumos analíticos. Contribuye al diseño, seguimiento y ajuste de intervenciones basadas en datos y metodologías, así como a la formación de profesionales y técnicos del sector salud.
Ministerio de Educación, Deporte y Cultura -MINEDEC)	Promueve la educación integral en sexualidad, la prevención del embarazo adolescente y la detección temprana de vulneraciones. Articula acciones con el sistema de salud y protección social a través de los DECE, programas educativos y mecanismos de corresponsabilidad intersectorial.
Fiscalía General del Estado	Investiga y judicializa delitos que afectan a mujeres, niñas, adolescentes y recién nacidos, incluyendo violencia sexual, violencia de género y muertes violentas. Coordina con el sistema de salud para garantizar cadena de custodia, atención integral a víctimas y activación de rutas de protección.
Asociaciones de profesionales y científicas	Emiten criterios técnicos especializados basados en evidencia y experiencia profesional. Contribuyen al fortalecimiento de buenas prácticas clínicas y al desarrollo de estándares de calidad en disciplinas relacionadas con la salud materna y neonatal.
Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades (CNIPN)	Garantiza la transversalización del enfoque intercultural y plurinacional en las políticas públicas. Asegura que las intervenciones en salud materna y neonatal respeten prácticas culturales, derechos colectivos y pertinencia lingüística.
Defensoría del Pueblo	Supervisa el cumplimiento de derechos humanos, recibe y tramita quejas, emite recomendaciones y realiza

	seguimiento frente a vulneraciones de derechos de mujeres, niñas, adolescentes y recién nacidos. Articula con instituciones del Estado para garantizar reparación y no repetición.
Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos	Coordina políticas de prevención y atención de violencia basada en género, protección de mujeres, niñas y adolescentes, y fortalecimiento de rutas de atención integral. Articula con salud, educación, justicia y protección social para garantizar derechos y reducir riesgos que afectan la salud materna y neonatal.
Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos / MIDENA	Promueve y garantiza el respeto a los derechos humanos, coordina acciones con el sistema de justicia y administra mecanismos de protección. Articula con instituciones públicas para asegurar acceso a la justicia y protección de grupos vulnerables, incluidas mujeres embarazadas y recién nacidos.
Cooperación Internacional	Brinda asistencia técnica, financiamiento estratégico, fortalecimiento institucional y generación de evidencia. Contribuye a la implementación, monitoreo y mejora continua de programas y acciones definidas en la política pública.
Ministerio de Economía y Finanzas	Asegura la sostenibilidad financiera de la política mediante la asignación de recursos, la definición de mecanismos presupuestarios y el seguimiento del financiamiento requerido para la ejecución de acciones estratégicas interinstitucionales.
Consejo Nacional de Salud-CONASA	Coordina la rectoría sectorial, articula a los actores del Sistema Nacional de Salud, emite lineamientos técnicos y normativos y promueve la integración de acciones interinstitucionales para garantizar la salud materna y neonatal.
Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC	Provee información estadística oficial, garantiza la calidad de los datos, desarrolla encuestas y registros vitales, y genera insumos para el monitoreo, evaluación y toma de decisiones basadas en evidencia.
Vicepresidencia de la República	Lidera iniciativas intersectoriales de alto nivel, impulsa políticas prioritarias y coordina esfuerzos entre instituciones del Ejecutivo para asegurar el cumplimiento de metas nacionales relacionadas con la salud materna y neonatal.
Registro Civil	Garantiza el registro oportuno de nacimientos y defunciones, provee información vital para la vigilancia epidemiológica y facilita el acceso a servicios y programas sociales para mujeres embarazadas, recién nacidos y familias.

Secretaría General de la Administración Pública, Planificación y Gabinete	Articula a las instituciones del Ejecutivo, asegurando coherencia con los instrumentos de planificación nacional y el cumplimiento de compromisos establecidos en el marco de la política pública.
--	--

Fuente. Elaboración propia MSP

5.4 Espacios de participación ciudadana

Este proceso conllevó la implementación de metodologías alineadas a las guías nacionales establecidas para la formulación de políticas públicas, las mismas que exigen que se “garantice la participación de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades”.(23) Lo que permite a las ciudadanas y ciudadanos, tanto de manera individual y colectiva, desempeñar un papel activo en la toma de decisiones, la planificación y gestión de los asuntos públicos.

La legitimidad de esta política, por lo tanto, se sustenta en la apertura de espacios de diálogo, validación y retroalimentación, que permitieron integrar las voces y experiencias de diversos actores, asegurando que las decisiones adoptadas reflejen la diversidad y complejidad del contexto nacional. De esta manera, se avanza hacia una política integral y sostenible, capaz de articular esfuerzos multisectoriales y de responder de manera efectiva a los desafíos que plantea la morbi-mortalidad materna y neonatal. Los espacios de participación se resumen en la Tabla 3. Mientras que el listado de actores participantes en el proceso se encuentra descritos en el Anexo 3.

Tabla 3 Espacios de participación para la formulación de la Política de Reducción de morbilidad materna y neonatal

Eta pa	Actividad	Metodología	Particip antes	Fecha	Cobertura
Preparatoria	Diseño de hoja de ruta	Cronograma de Gantt	23	13/8/2025	Equipo Técnico - Comité Inter agencial de expertos
	Mapeo de actores	Taller - Uso de Circunferencia de actores- Matriz de actores	15	22/8/2025	Equipo Técnico
	Elaboración de Documento sobre la situación de la morbi mortalidad materna y neonatal	Búsqueda de información y documentos/ entrevistas	23	8- 19/09/25	Equipo Técnico - Comité Inter agencial de expertos

Diagnóstico	Análisis de problemas	Taller participativo /árboles de problemas	70	26/9/2025	Múltiples actores a nivel nacional, RPIS, secretarías de Estado, Sociedades Científicas, Organizaciones de la Sociedad Civil, Vigilantes Comunitarios,
	Planteamiento de Objetivos, diseño de estrategias y líneas de acción	Árbol de objetivos, categorización de determinantes, Matriz de IGO	23	29/10/2025	Equipo Técnico. Comité Inter agencial de expertos
Propuesta	Validación de líneas de acción /alternativas de la política	Consulta estructurada tipo Delphi a expertos	21	6/11-04/12/25	Expertos clínicos, docentes, profesionales con experiencia en la gestión de servicios de salud y elaboración de políticas a nivel nacional
	Mesa técnica de indicadores	Revisión de alineación	10	18/11/2025	Área de estadística del MSP, Expertos UNICEF. UNFPA, OPS
	Taller de equidad en la Política	Pendiente	p	26/1/2026	VAIS/VGS, UNICEF, UNFPA, OPS
	Presentación de la Política	Mesas de trabajo	p	30/1/2026	
	Consulta Pública	Publicación y recopilación de comentarios	p	25-30 /01/2026	

Fuente. Elaboración propia MSP

5.5 Hoja de ruta de formulación de la Política

	Objetivo	Actividad		Responsable	Fecha inicio	Fecha Fin	Producto
Fase preparatoria	Definir hoja de ruta y proceso	1.1	Convocatoria a equipos técnico y Políticos	MSP			Equipos técnicos y políticos definidos formalmente
		1.2	Elaboración y aprobación hoja de ruta	MSP /PAISSRA	28/7/2025	15/8/2025	Cronograma detallado
		1.3	Taller de Mapeo de Actores	MSP /Equipo técnico	25/8/2025	25/8/2025	Mapeo de actores
		1.4	Elaboración de matriz de alineación	MSP /Equipo técnico	29/7/2025	21/8/2025	Matriz de alineación
Diagnóstico	Obtener datos, análisis sobre la situación	2.1	Elaboración de Diagnóstico de la situación en base a la información disponible	MSP /Equipo Técnico / Comité Inter agencial	29/7/2025	11/9/2025	Diagnóstico del contexto
		2.2	Ejecución del taller de Análisis de problemas y definición de objetivos	MSP/ Comité Inter agencial	26/9/2024	26/9/2025	Análisis de las determinantes del problema
Propuesta	Obtener insumos para el planteamiento de alternativas, indicadores y metas	3.1	Ejecución de Reunión de Alto Nivel sobre datos de Salud Materna y Neonatal: Misión internacional - Evento presencial	MSP/OPS	9/09/2024	12/09/2025	Recomendaciones para incorporar a la política
		3.2	Consulta DELPHI a expertos -2 rondas	MSP/UNICEF	10/11/2025	4/12/2025	Validación cualitativa y cuantitativa de alternativas
		3.3	Formulación de objetivos, intervenciones - Producto 3	MSP /Equipo Técnico / Comité Inter agencial	1/12/2025	31/12/2025	Documento con objetivos, estrategias y líneas de acción
		3.4	Mesa técnica para revisión de indicadores propuestos y definición de metas por parte de estadística y planificación	Estadística MSP, planificación MSP, OPS, UNFPA, UNICEF	15/11/2025	30/11/2025	Documento con Indicadores y metas
	Consolidación del proceso	3.6	Taller 2 de presentación y validación de la Política	MSP/ Equipo Técnico, Equipo Político /Comité Inter agencial	30/1/2026	30/1/2026	Validación y presentación de la Política
	Validación final	3.7	Consulta Pública	MSP	25/1/2025	30/1/2025	Validación y presentación de la Política
		3.8	Resumen ejecutivo de la Política	MSP	5/2/2026	6/2/2026	Aprobación por equipo Político

	3.9	presentación a Secretaría de Planificación	MSP / Dirección de Normatización			Aprobación por Secretaria
	3.10	Publicación de la política	MSP			Publicación

BORRADOR

Diagnóstico de contexto general de la morbi-mortalidad materna y neonatal

6. Situación de la Muerte materna y neonatal en el Ecuador

Para la elaboración del diagnóstico se realizó una amplia búsqueda de datos en portales y visualizadores globales, regionales y nacionales, se solicitaron las Gacetas epidemiológicas de Muerte Materna oficiales del MSP, bases de datos disponibles en el Ministerio de Salud Pública y en el sitio oficial del INEC, tales como la base general de defunciones, nacidos vivos; también se incluyeron resultados de encuestas nacionales ENDI, ENVIGMU, informes de auditorías, entre otros. Siempre que fue posible se utilizaron los datos más recientes, también se realizaron entrevistas con áreas claves del MSP y revisión de matrices oficiales cuando estuvieron disponibles.

Carga de la muerte neonatal dentro de la muerte infantil y la muerte evitable

En todo el mundo, casi tres millones de infantes mueren en el período neonatal (durante los primeros 28 días de vida), y se producen 2,6 millones de muertes fetales cada año (30)

Históricamente, la mortalidad infantil y la neonatal se han reconocido como uno de los indicadores más sensibles del estado de salud de una población, así como un reflejo profundo de sus condiciones sociales y estructurales. El carácter multidimensional de estas variables ha permitido que estos indicadores sean ampliamente utilizados por responsables de políticas públicas, planificadores sectoriales y académicos, tanto para fundamentar decisiones estratégicas como para evaluar la eficacia de programas de salud. (31)

Además, la mortalidad infantil y neonatal han sido incorporada, directa o indirectamente, en marcos más amplios de medición del desarrollo, dada su capacidad para evidenciar desigualdades, orientar intervenciones intersectoriales y monitorear el progreso hacia objetivos de equidad y bienestar social.

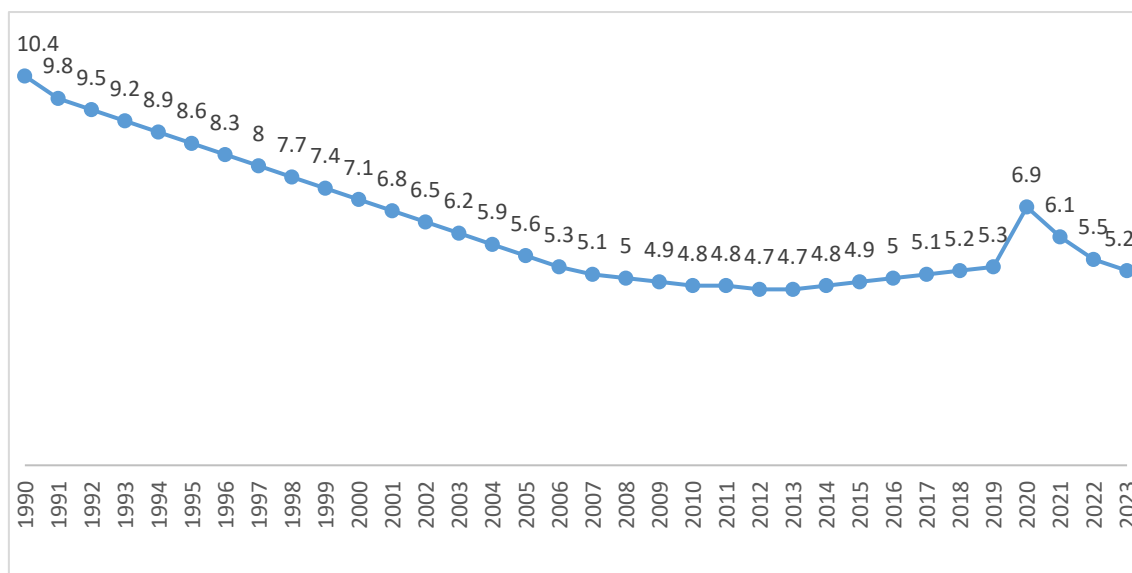
A nivel regional las afecciones neonatales constituyen la primera causa de muerte prematura y potencialmente evitable (Tabla 4) y en el Ecuador las afecciones originadas en el período prenatal fueron la principal causa de muerte infantil 53% del total de 1.376 defunciones en el 2023. (32)

Tabla 4. Cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable por grupo del estudio de la carga mundial de enfermedad y por sexo, Región de las Américas, 2019

GRUPO DEL ESTUDIO	TOTAL (AMBOS SEXOS)			HOMBRES			MUJERES		
	CAUSA DE MUERTE	MUERTES	TMEE/ (100 000)	CAUSA DE MUERTE	MUERTES	TMEE/ 100 000	CAUSA DE MUERTE	MUERTES	TMEE/ 100 000
Grupo I. Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	Afecciones neonatales	86 323	11,0	Afecciones neonatales	48 675	12,2	Afecciones neonatales	37 648	9,8
	Anomalías congénitas	56 242	6,8	Anomalías congénitas	31 073	7,4	Anomalías congénitas	25 169	6,2
	Infección por el VIH/sida	46 762	4,6	Infección por el VIH/sida	31 244	6,2	Infección por el VIH/sida	15 518	3,0
	Enfermedades diarreicas	17 343	1,8	Tuberculosis	10 127	2,0	Enfermedades diarreicas	8 477	1,7
	Tuberculosis	14 766	1,4	Enfermedades diarreicas	8 866	1,9	Afecciones maternas	7 444	1,6

Específicamente en el grupo de neonatos la tasa de mortalidad para el 2023 de 5,2 por cada 1.000 nacidos vivos. (Gráfico 2) (32)

Gráfico 2. Tasa de Mortalidad Neonatal 1990-2023 en el año (t+1)



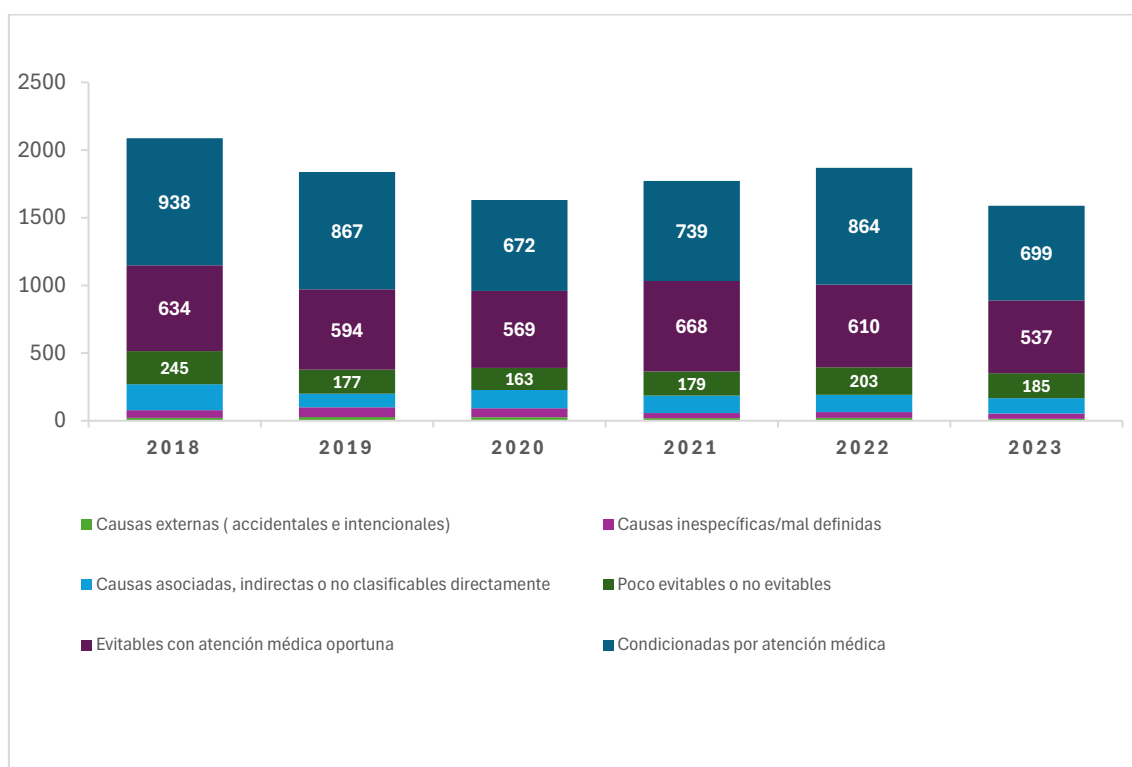
Defunciones registradas en el año (t+1): corresponden a las defunciones generales ocurridas en el año de estudio, e inscritas hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Cabe mencionar que se ha realizado el ajuste desde el año 2013. 201-2023 son cifras provisionales: corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de las defunciones generales ocurridas desde el año 2020, las mismas que están sujetas a ajustes por registros posteriores. **Nota:** a partir del año 2018 se recuperó registros de defunciones con la base de la **Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación – DIGERCIC**. Fuente: Registro Estadístico Defunciones Generales 1990–2023.

Fuente: Boletín de defunciones, INEC 2023

Principales causas de muerte neonatal

A nivel regional las principales causas de muerte neonatal se relacionan con complicaciones del parto prematuro, asfixia neonatal, traumatismo al nacer, sepsis e infecciones.(33) y en Ecuador se observa un comportamiento similar pues entre 2018 y 2023, la mayoría de las muertes neonatales (N=8.391) , se dieron por condiciones evitables mediante una atención médica oportuna, o están directamente influenciadas por la calidad de dicha atención. Esto evidencia una estrecha vinculación entre la mortalidad neonatal y el funcionamiento del sistema de salud y aunque en 2020 y 2021 se observa una disminución en el número de muertes neonatales, posiblemente atribuible al impacto de la pandemia, las tendencias en las causas subyacentes se mantienen constantes. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Muerte Neonatal por grupo de causas, 2018-2023

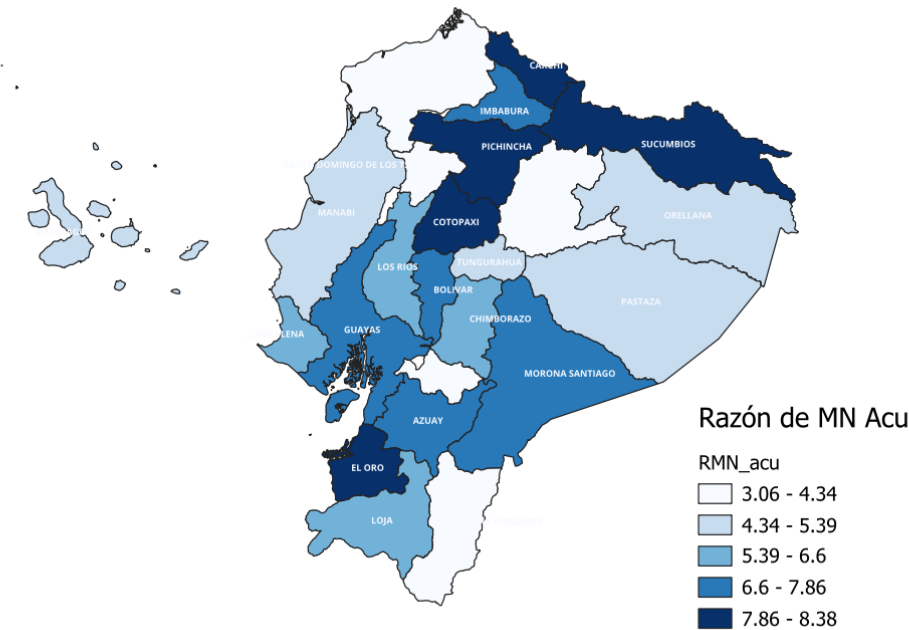


Fuente: Bases de datos Defunciones Generales INEC, elaboración propia. Clasificación de MSP Uruguay modificada (34).

Dentro de las causas específicas encontradas a nivel nacional se encuentra la dificultad respiratoria del recién nacido, sepsis bacteriana del RN, asfixia del nacimiento y trastornos relacionados con la prematuridad y con el bajo peso al nacer, para el 2024 se registró un número de 20.365 niños nacidos con bajo peso y 16.472 niños nacidos antes del término del embarazo. (26)

Al analizar el período del 2018 al 2023, se evidencia que las tasas más altas de muerte neonatal se ubican en las provincias de Carchi, Cotopaxi, El Oro, Guayas, Imbabura, y Sucumbíos (Figura 3).

Figura 2. Tasa de muerte neonatal acumulada x 1000 NV por provincias 2018-2023



Fuente: Base de datos defunciones generales, INEC elaboración propia

Los determinantes sociales, como la pobreza, la desigualdad, las emergencias humanitarias, la educación y el grupo étnico inciden de manera crítica en la salud de las mujeres antes, durante y después del embarazo, y repercuten directamente en la salud y el desarrollo de sus recién nacidos. (35)

Con respecto a la morbilidad las principales causas de egresos hospitalarios en menores de un año durante el 2024 fueron causas de condiciones en el recién nacido, como la dificultad respiratoria del RN, la ictericia y las sepsis bacteriana(32).

Tabla 5. Diez primeras causas de egresos hospitalarios en menores de un año, 2024

N° Orden	Código CIE-10	Causas	Número de egresos	%	Tasa ^{2/}
1°	P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	8,967	13.93%	342.01
2°	P59	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	6,353	9.87%	242.31
3°	P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	4,871	7.57%	185.78
4°	J18	Neumonía, organismo no especificado	3,414	5.30%	130.21
5°	P00	Feto y recién nacido afectado por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente	2,785	4.33%	106.22
6°	P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	2,755	4.28%	105.08
7°	P55	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	2,619	4.07%	99.89

8°	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	2,192	3.41%	83.61
9°	P03	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	1,572	2.44%	59.96
10°	J21	Bronquiolitis aguda	1,537	2.39%	58.62
	R00-R99 3/	Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (CAP. XVIII)	476	0.74%	18.16
		Las demás causas de morbilidad	26,825	41.68%	

Fuente: Tabulados series ECEH, INEC, 2024

Uno de los factores que inciden en la prevención de la aparición de enfermedad y muerte en recién nacidos es el inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida. (36) En Ecuador en el 2023 solo el 49,9 de los menores de un año iniciaron la lactancia materna de forma temprana, estos valores se reducen en los Quintiles más ricos y en las áreas urbanas. (37)

Las condiciones adversas del entorno social y sanitario aumentan la probabilidad de resultados obstétricos negativos, como el nacimiento prematuro o el bajo peso para la edad gestacional, los cuales se asocian con mayores riesgos de mortalidad neonatal y post neonatal, trastornos neurológicos, enfermedades crónicas y retraso del crecimiento. Estas consecuencias comprometen el capital humano y limitan el desarrollo económico y social sostenible, lo que exige políticas públicas integrales, intersectoriales y basadas en evidencia para reducir inequidades y garantizar el derecho a la salud desde la gestación. (30)

Según un análisis de estándares de calidad en establecimientos de Salud del MSP, los indicadores relacionados a la atención del RN de acuerdo con protocolos presentan el más bajo rendimiento para el cuatro trimestre del año 2024, (38) . Esto muestra que, para avanzar más rápidamente hacia la reducción de enfermedad y muerte en este grupo poblacional vulnerable, se requiere transformar la forma en que se realiza la prestación de servicios de salud en recién nacidos y recién nacidos enfermos y pequeños, mejorar la atención prenatal y la salud preconcepcional e incrementar los esfuerzos para promover; con acciones estructurales (legislación, permisos por maternidad) el inicio temprano de la lactancia materna, invertir en retener y fortalecer las capacidades del personal de salud, así como favorecer los entornos enriquecedores de cuidado e involucrar a las familias y comunidad en el proceso. (39)

Muerte materna en Ecuador

La muerte materna es el resultado de un proceso multifactorial donde interactúan elementos estructurales como el sistema económico, las condiciones ambientales y la cultura. Además, intervienen otros factores relativos a la desigualdad social, como el racismo, la pobreza, la desigualdad de género y la falta de acceso al sistema educativo. La interacción de estos factores, considerados atributos de vulnerabilidad causan resultados maternos y perinatales adversos (40).

En el 2023, la Región de las Américas y el Caribe presentó el 3% de la carga mundial de muertes maternas, (Tabla 6) , los avances a nivel mundial se vieron afectados por la ocurrencia de la Pandemia por COVID-19 en el 2020 alejando a la región de las metas establecidas en los acuerdos internacionales. (15)

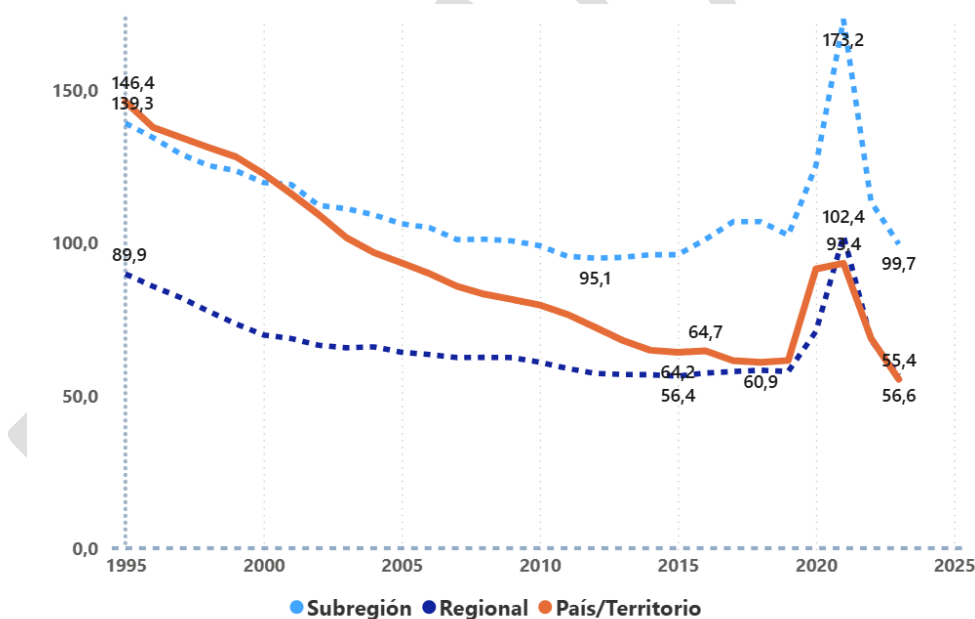
Tabla 6 Razón de MM por región, 2023

Región	Muertes Maternas	Porcentaje (%)
África	177,774	68.3%
Asia Sudoriental	32,702	12.6%
Mediterráneo Oriental	33,013	12.7%
Américas	7,813	3.0%
Pacífico Occidental	5,269	2.0%
Europa	1,084	0.4%
Total	257,655	100%

Fuente: Maternal Death, number: Visualizador de indicadores WHO: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-maternal-deaths>, Elaboración Propia.

En este mismo año , Ecuador se ubicó levemente por encima del promedio regional con relación a la RMM (66), y posteriormente un poco por debajo del promedio regional.

Gráfico 4. Razón de mortalidad materna estimada*(100 000 NV) Ecuador, región y subregión

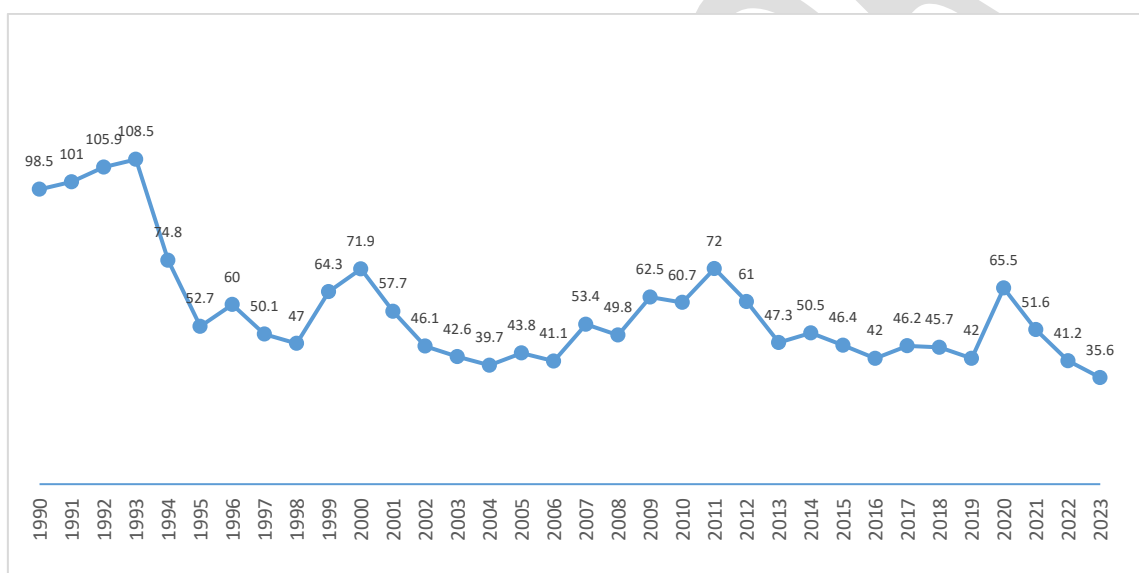


FUENTE: PLISA Open Data portal of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO). *El MMEIG ha desarrollado un método para ajustar los datos existentes a fin de tener en cuenta problemas de calidad de datos y mejorar la comparabilidad de diferentes fuentes de datos y países. Este método implica la evaluación de subregistro y, cuando sea necesario, el ajuste por insuficiencia y la incorrecta clasificación de las muertes, así como el desarrollo de estimaciones a través de modelos estadísticos para países sin datos confiables a nivel nacional. Los datos son estimados con un modelo de regresión utilizando información de la proporción de muertes maternas entre las muertes no relacionadas con el SIDA en mujeres de 15 a 49 años, la fecundidad, la atención de partos por personal y el producto interno bruto medido usando paridades de poder adquisitivo.

Mientras, según datos oficiales, en el año 2023, la RMM en Ecuador, fue 35,6 por cada 100.000 nacidos vivos (Gráfico 5) (32), la RMM estimada para ese mismo período, según la OPS fue de 55.6 por cada 100.000 nacidos vivos , decreciendo en 5,6 puntos con respecto al año 2022. (Gráfico 4); en ambos cálculos se percibe la tendencia decreciente de la tasa, pero la diferencia entre ambos indicadores implica un desafío en la captura de datos en el país.

Las metas nacionales esperan reducir el indicador a menos de XX por cada 100 000 NV (14) (41). Sin embargo, para lograr una reducción moderada, de acuerdo con la metodología de análisis de tendencia de para el cálculo de metas de OPS, se requeriría una reducción porcentual anual (CPA) de entre XX %, para lograr una RMM de XX por 100 000 ANV para el 2030, lo requiere un fortalecimiento sostenido de las intervenciones en salud materna y esfuerzos adicionales para evitar desaceleraciones. (42)

Gráfico 5. Razón de mortalidad materna período 1990-2023 en el año (t+1)



Defunciones registradas en el año (H1): * corresponden a las defunciones generales ocurridas en el año de estudio, e inscritas hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Cabe mencionar que se ha realizado el ajuste desde el año 2013. Cifras provisionales: corresponden a los datos o indicadores que se generan con información de las defunciones generales ocurridas en el año 2020, las mismas que están sujetas a ajustes por registros posteriores. Para el año 2020 no se ha finalizado el proceso de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muerte Materna (BIRM) entre el INEC y el MSP. Nota: a partir del año 2018 se recuperó registros de defunciones con la base de la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación – DIGERCIC. Fuente: Registro Estadístico Defunciones Generales 1990–2023.

Fuente: Estadística Vitales, Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2023, septiembre 2024, INEC.

Debido a la ocurrencia de la Pandemia por COVID-19, entre el 2015 y el 2022, se observó un aumento de las muertes maternas intrahospitalarias asociadas al parto en Ecuador, la RMM aumentó de 3,70 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el 2015 a 32,22 en el 2020 y 18,94 en el 2022. (43).

A partir del 2022 Ecuador recupera la tendencia a la reducción en la Razón de MM, mostrada en años anteriores a la pandemia, sin embargo, se ralentiza la velocidad de reducción de la MM en comparación con años anteriores (tabla 7)

Tabla 7 Tendencias en Mortalidad Materna, Ecuador 2000-2023

Período	Estimación puntual de ritmo de reducción anual promedio *	Cambio Total en la razón de mortalidad materna *
2000, 2023	3.51 [2.5, 4.11]	55.37 [43.74, 61.13]
2000, 2015	4.38 [3.45, 5.01]	48.12 [40.4, 52.84]
2016, 2023	2.25 [0.31, 3.69]	14.57 [2.17, 22.76]

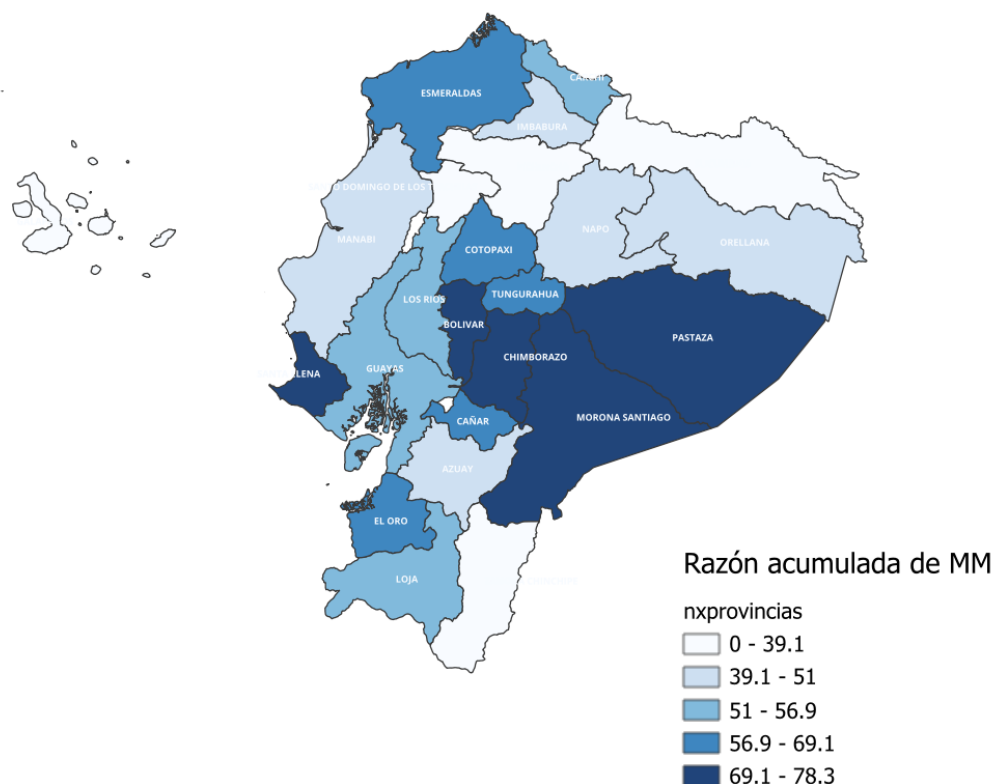
*Los datos son estimaciones basadas en registros nacionales, encuestas y fuentes administrativas. En ausencia de datos locales o ante inconsistencias, se utilizan modelos internacionales para completar las series.

Fuente: Trends in Maternal Mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division", MMEIG – Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group

Se analizó el período de 2018 a 2023, en este análisis las provincias de Bolívar, Santa Elena, Pastaza y Morona Santiago son las que presentan tasas acumuladas más altas, con RMM que superan las 69 muertes por cada 100 000 Nacidos vivos, esto es casi el doble del valor nacional, en muchas de estas provincias presentan índices de pobreza multidimensional alto, así como bajo acceso a educación y seguridad social. (Figura 4.) (44) (45) El año 2023, la Provincia de Cañar muestra la tasa de riesgo muerte materna, con una tasa de 10 muertes maternas por 10 000 embarazadas proyectadas, seguida por las provincias de Tungurahua y Esmeraldas (46).

Sin embargo, si se analizan las MM de acuerdo con el lugar de ocurrencia para el año 2023, la mayor cantidad de ellas se produjo en las provincias que tienen los centros hospitalarios de referencia, es decir Guayas, y Pichincha, (18) Según la Gaceta del MSP, el 44% de estos casos no venían referidos de otro centro de salud.(46)

Figura 3. Razón de Muerte materna acumulada por provincias de residencia 2018-2023



Fuente: Base de datos MM, DNVE, MSP Ecuador, elaboración propia

Tabla 8. Razón de Reducción de MM anual

Periodo	Estimación puntual de ritmo de reducción anual promedio*	Cambio total en la razón de mortalidad materna*
2000, 2023	3.51 [2.5, 4.11]	55.37 [43.74, 61.13]
2000, 2015	4.38 [3.45, 5.01]	48.12 [40.4, 52.84]
2016, 2023	2.25 [0.31, 3.69]	14.57 [2.17, 22.76]

* Los datos que aparecen en el cuadro son estimaciones basadas en datos nacionales, obtenidos de encuestas, registros administrativos u otras fuentes, elaboradas por el organismo internacional en los casos en que no se dispone de datos del país sobre uno o varios años, cuando existen diversas fuentes o cuando los datos son de mala calidad.

Fuente: Estimaciones de la RMM comparables a nivel internacional realizadas por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna (MMEIG): OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial y la División de Población de UNDESA (47)

En este contexto la situación de la mortalidad materna continúa siendo preocupante, especialmente en poblaciones indígenas. Un estudio comparativo realizado en diez contextos nacionales por la colaboración Lancet–Lowitja Institute Global evidenció que, pese a las variaciones en el grado de desigualdad entre países, las tasas de mortalidad materna en poblaciones indígenas se mantienen sistemáticamente más elevadas, independientemente del nivel de ingresos del país. Este hallazgo subraya la persistencia de brechas estructurales en el acceso y la calidad de la atención obstétrica, incluso en entornos con mayores recursos. (48)

En Ecuador se muestra que las mujeres en los extremos del rango etario; adolescentes y mayores de 35 años, presentan un riesgo significativamente elevado de mortalidad materna. Las adolescentes enfrentan complicaciones asociadas a la inmadurez biológica, embarazos no planificados y acceso limitado a servicios de salud, mientras que las mujeres mayores presentan mayor prevalencia de comorbilidades y embarazos de alto riesgo. (tabla 7).

Tabla 9. Razón de Muerte Materna por grupo de edad 2019-2023

Grupo edad	10 -14	15 -19	20 -24	25 -29	30 -34	35 -39	40 -44	45 -49
2019	54.98	30.00	37.81	29.41	41.87	105.47	96.10	453.51
2020	60.50	41.27	50.92	53.20	88.45	140.47	199.35	0.00
2021	107.35	25.18	42.74	49.18	63.78	139.23	81.27	232.56
2022	51.63	36.58	46.46	35.24	48.51	64.47	66.14	0.00
2023 (p**)	0.00	23.11	41.83	33.69	39.30	46.78	158.17	0.00

*Año 2020 sin cierre, año P** 2023 en proceso de cierre

Fuente: DNVE- Sistema de Vigilancia de MM, MSP, INEC. Elaboración propia

Otro factor que influye es el nivel de instrucción, a medida que se incrementa el nivel de instrucción la tasa de muerte materna se reduce, siendo más alta en mujeres que alcanzaron instrucción primaria, media o bachillerato únicamente.

Principales causas de muerte materna

En LAC, dentro de las causas directas, se describe la hemorragia materna, los trastornos hipertensivos, las complicaciones del aborto inseguro, la sepsis posparto o post cesárea. Las cifras correspondientes a trastornos hipertensivos en LAC casi duplican las del resto del mundo. (18)

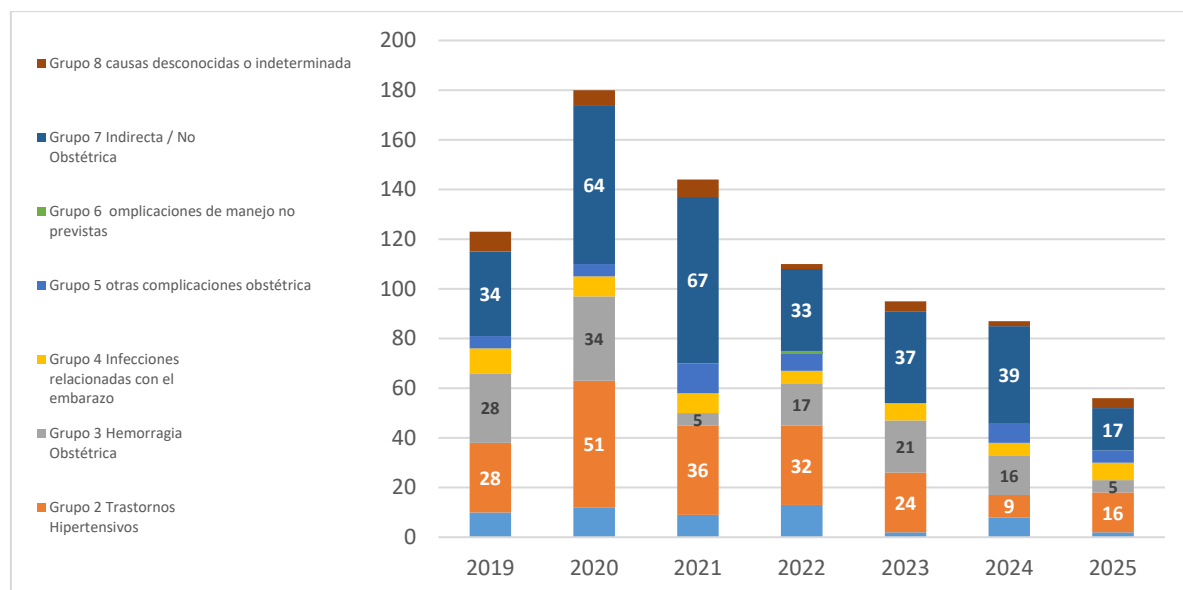
En Ecuador el comportamiento es similar, las muertes maternas ocurridas en el período de 2019 a 2023 se debieron en un 25 % a trastornos relacionados con hipertensión en el embarazo (Preeclampsia/Eclampsia), un 15 % se debió a hemorragias y en tercer lugar las infecciones relacionadas con el embarazo, 8% además en 2020 y 2021 se registró un 15 % de muertes debidas a COVID-19.(44)

El estudio de Población de UNFPA se muestra el 81% de todas las muertes maternas del 2023 fueron originadas por causas evitables. (49).

Las causas indirectas de mortalidad materna han aumentado desproporcionadamente en algunos países, lo que puede relacionarse con el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, con una cobertura y calidad de atención prenatal insuficiente y a la falta de acceso a anticonceptivos modernos de mujeres que no desean o no pueden por razones de salud tener más hijos. (50) Según lo muestran los datos del MSP en Ecuador, la situación es similar.

Si se observa únicamente las causas de muerte materna directas en los últimos cinco años, el grupo 2 de Trastornos hipertensivos se ubica en el primer lugar, seguido por las hemorragias. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Muertes Maternas por año y grupo de causas



*Año 2020 sin cierre, año 2024 en proceso de cierre, año 2025 año en curso hasta la SE 35.

Fuente: DNVE- Sistema de Vigilancia de MM, MSP, INEC. Elaboración propia

Las complicaciones del embarazo y parto pueden dejar graves secuelas de salud en las mujeres. Según estimaciones del UNFPA, por cada mujer que muere por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio en la región, otras 20 (alrededor de 1.2 millones de mujeres) cada año sufren complicaciones que tienen impacto a largo plazo y que pueden eventualmente costarles la vida (51)

En Sudamérica, 1 de cada 842 mujeres, están en riesgo de morir por causas maternas a lo largo de su vida reproductiva. (52)

Las muertes maternas por causas indirectas constituyen un indicador crítico de las debilidades estructurales del sistema de salud, al evidenciar la insuficiente articulación entre los servicios obstétricos y la atención especializada para enfermedades crónicas y condiciones preexistentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas muertes; frecuentemente prevenibles, se derivan de patologías no obstétricas que se agravan durante el embarazo, como cardiopatías, diabetes, VIH, cáncer o enfermedades autoinmunes, y representan una proporción creciente de la mortalidad materna en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2023). Su ocurrencia refleja fallas en la atención preconcepcional, el seguimiento clínico integral y la capacidad resolutoria de los servicios de salud, especialmente en territorios con acceso limitado a especialistas y tecnología diagnóstica. Además, el subregistro y la clasificación inadecuada en los sistemas de información obstaculizan la formulación de políticas públicas basadas en evidencia.

En este contexto, se requiere fortalecer los mecanismos de vigilancia epidemiológica, implementar protocolos de atención diferenciada para mujeres con comorbilidades, y garantizar la formación continua del personal de salud en el enfoque de riesgo materno.

La reducción de estas muertes exige una respuesta intersectorial, territorialmente sensible y centrada en la equidad, que asegure el acceso oportuno, la continuidad del cuidado y la protección de los derechos reproductivos en todas las etapas del ciclo vital.

Con respecto a las principales causas de morbilidad en el 2024, cuatro condiciones relacionadas con el embarazo se ubicaron entre las diez primeras causas de egresos hospitalarios a nivel general, las causas específicas fueron el trabajo de parto obstruido, infección de vías urinarias e hipertensión gestacional.

Al analizar únicamente los egresos clasificados del grupo CIE 10 del embarazo, parto y puerperio, se muestra que las principales causas de egreso fueron trastornos del líquido amniótico, placenta y duración del embarazo, dentro de este grupo se encuentra la ruptura prematura de membranas, patología que se encuentra estrechamente ligada a infecciones. (Tabla 10)

Tabla 10. Causas de egresos en gestantes, 2024

Grupo diagnóstico CIE-10	Núm. egresos	%
O40–O48 Trastornos del líquido amniótico, placenta y duración del embarazo	21,255	20.73%
O20–O26 Otros trastornos maternos (hemorragias, nutrición, etc.)	20,473	19.97%
O00–O08 Embarazo temprano y aborto	18,135	17.69%
O94–O99 Secuelas y otras enfermedades maternas	13,766	13.43%
O30–O36 Atención materna por condiciones fetales o anatómicas	13,684	13.35%
O10–O16 Edema, proteinuria y Trastornos hipertensivos del embarazo	12,384	12.08%
O85–O92 Complicaciones del puerperio y lactancia	2,833	2.76%
Total, egresos *	102,530	100.00%

Fuente: Tabulados series EHCH, INEC 2024 *: Total con exclusión del trabajo de parto y parto puesto que, a pesar de generar un egreso hospitalario, no se consideran una enfermedad.

Las causas de morbilidad y muerte principales también responden a causas evitables si se asegura un acceso a tratamientos oportunos y adecuados, esto requiere el fortalecimiento de capacidades para la detección temprana, contar con disponibilidad de medicamentos insumos y dispositivos, así como la efectividad de los mecanismos que aseguren la continuidad del cuidado.

Otras determinantes relacionadas con la muerte materna y neonatal:

En términos más generales, una serie de factores sociales, culturales y económicos interrelacionados a menudo impiden que las mujeres ejerzan control sobre las opciones de salud reproductiva y reciban o busquen atención antes del embarazo y durante el embarazo, el parto y el período posparto.

Estos factores comprenden desigualdades de género y prácticas socioculturales que limitan el acceso equitativo, condiciones de pobreza persistente, distancias significativas hacia los establecimientos de salud y deficiencias en infraestructura y transporte. Asimismo, estos desafíos pueden verse profundizados por brechas en los mecanismos

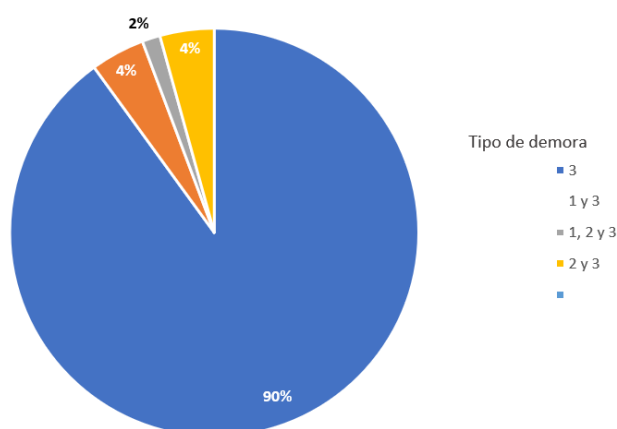
de rendición de cuentas y por un compromiso institucional insuficiente para garantizar la protección plena de los derechos humanos, la atención a estos factores favorece la a creación de entornos propicios para que las mujeres mejoren sus oportunidades de vida y el control sobre la salud.(35,53)

Factores institucionales:

Calidad de la atención

En el 2024, el MSP realizó el análisis de 70 auditorías de Muerte Materna, el 90 % de las muertes fueron clasificadas como generadas por demora tres, es decir se debieron a dificultades para recibir atención adecuada una vez se llega a un centro de salud (Gráfico 7) , estos factores afectan la recepción y prestación de la atención incluye la idoneidad del sistema de derivación y referencia, escasez de suministros, equipos y personal capacitado; competencia del personal disponible, comunicación ineficaz y gestión deficiente de los pacientes, esta tercera demora está estrechamente relacionada con la calidad de la atención. (54)

Gráfico 7. Resultados de los análisis de las “Tres Demoras” en las Muertes Maternas en Establecimientos de Salud del MSP, 2024



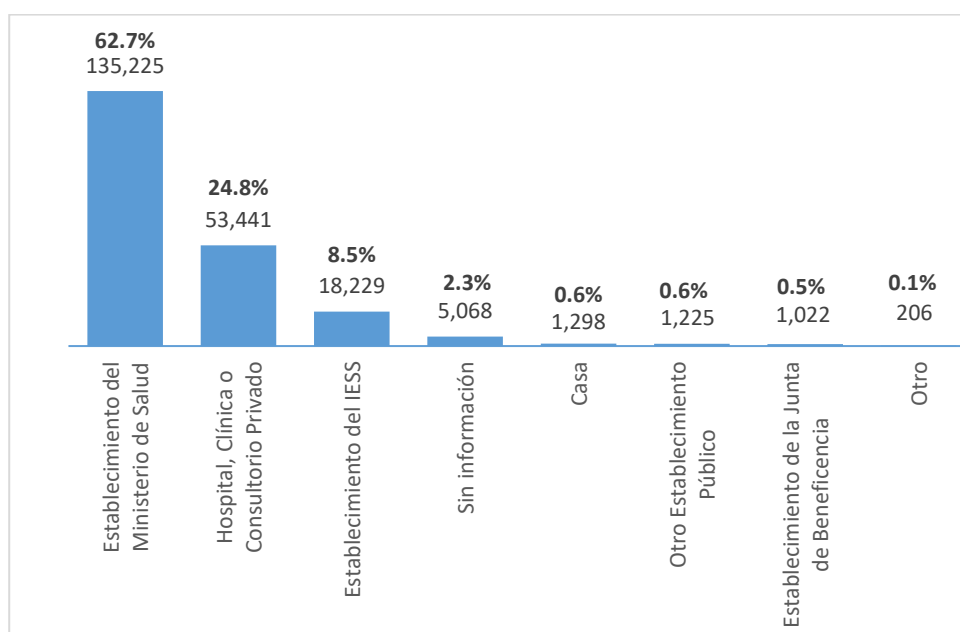
Fuente: Matriz De Sistematización de Los informes de auditoría externa de los casos de Muerte Materna 2024, MSP. Elaboración propia

Del mismo análisis se desprende que el 53 % los casos de muerte materna revisados tenían menos de 5 controles, es decir no se cumplió lo dispuesto en la normativa nacional, el 16 % de los casos no tenían ni un control prenatal, la mayoría de estas muertes ocurrieron en el puerperio inmediato y mediano y en mujeres residentes en áreas urbanas.

Atención de partos por personal Calificado

Al revisar la atención de partos se encuentra que la mayoría de atención de partos de nacidos vivos fue realizada con asistencia médica (97,2 %) el 63 % de los nacimientos atendidos ocurrieron en establecimientos del MSP, y en segundo lugar en establecimientos privados.

Gráfico 8. Porcentaje de Nacidos vivos según lugar de ocurrencia



Registro Estadístico de nacidos Vivos, INEC, año 2024

En el 2024 se mantiene la tendencia al incremento en la proporción de nacidos vivos que recibieron asistencia profesional durante el parto, alcanzando un 97,2 % de cobertura por médicos y obstetras. No obstante, aún persiste un 0,21 % de nacimientos atendidos por parteros/as no calificados, lo que subraya la importancia de fortalecer las competencias y los mecanismos articulación de parteras y parteros con el SNS para garantizar la calidad y seguridad de la atención (Gráfico 8). Adicionalmente, en el 2,35 % de los casos no se dispone de información sobre el tipo de asistencia recibida, lo que evidencia vacíos en el registro y limita el análisis integral de la cobertura obstétrica.(26)

Tasa de cesáreas

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) estimó el promedio de tasas de cesáreas de 32 por 100 nacidos vivos entre 27 países de América Latina y el Caribe. Este promedio está por encima del promedio de la OCDE de 28 y es el doble de lo recomendado por la OMS de no más de 15.

De acuerdo con la información disponible publicada por la OCDE más reciente, en Ecuador el 48 % de partos de nacidos vivos fueron por cesárea, estas tasas superan el promedio regional, el porcentaje aumenta si se trata de servicios privados donde llega a un 87%.(26) El análisis del indicador de las tasas de cesárea superiores al 10 %, de acuerdo con la OCDE, no se relaciona con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal, pero si se relacionan con una mala asignación y ejecución del gasto sanitario.(50)

Muerte fetal como indicador de calidad de la atención prenatal

Por otro lado, las muertes fetales resultan un indicador útil de la calidad de los servicios de atención prenatal y de la vigilancia del crecimiento fetal en algunos entornos,

especialmente en contextos de ingresos bajos y medios. (55) En Ecuador, en el año 2024 se presentaron 1.289 defunciones fetales, generando una razón de muerte fetal de 4,9 x 100 000 NV (56)

Al igual que la muerte neonatal, las principales causas de muerte fetal se debieron a condiciones relacionadas con la atención pre y perinatal (96%) y solo un 4.4 % a malformaciones congénitas, existe un gran número de causas de muerte fetal no determinada (62%) (Tabla 11) .

Las provincias con RMF más alta fueron Guayas, Pichincha, Tungurahua y Cotopaxi, esto coincide con la localización de las RMM. (Tabla 12).

La mayoría de las muertes fetales se presentaron en mujeres con un nivel de instrucción media o bachillerato (Gráfico 9)

Tabla 11. Muerte Fetal por causas, 2023

Grupo Clínico	Código CIE-10	Causa	N Muertes	%
Condiciones perinatales	P95	Muerte fetal de causa no especificada	796	62.3 %
	P20	Hipoxia intrauterina (no especificada y antes del parto)	265	20.7 %
	P07, P08	Inmadurez extrema /pretérmino /postérmino	20	1.6 %
	P05	Bajo peso / retardo del crecimiento fetal	4	0.3 %
	P70	Síndrome del recién nacido de madre diabética o gestacional	7	0.5 %
	P00	Afecciones maternas (hipertensión, diabetes, traumatismo, etc.)	21	1.6 %
	P01	Complicaciones del embarazo (no especificadas, contracciones, etc.)	8	0.6 %
	P02	Anormalidades placentarias y de membranas	67	5.2 %
	P03	Complicaciones del trabajo de parto	8	0.6 %
	P02.7	Complicaciones del cordón umbilical	11	0.9 %
	P02.7	Infecciones intraamnióticas	9	0.7 %
	P96.8	Otras afecciones perinatales	1	0.1 %
	P10-P15	Traumatismo durante el nacimiento	1	0.1 %
Malformaciones congénitas	Q00-Q07	Malformaciones del sistema nervioso, cardíacas, digestivas, renales, oseas, trisomias y síndrome de Otter. Malformaciones múltiples / no especificadas	45	3,6 %

Base de Datos EDG, 2023, INEC, Elaboración Propia

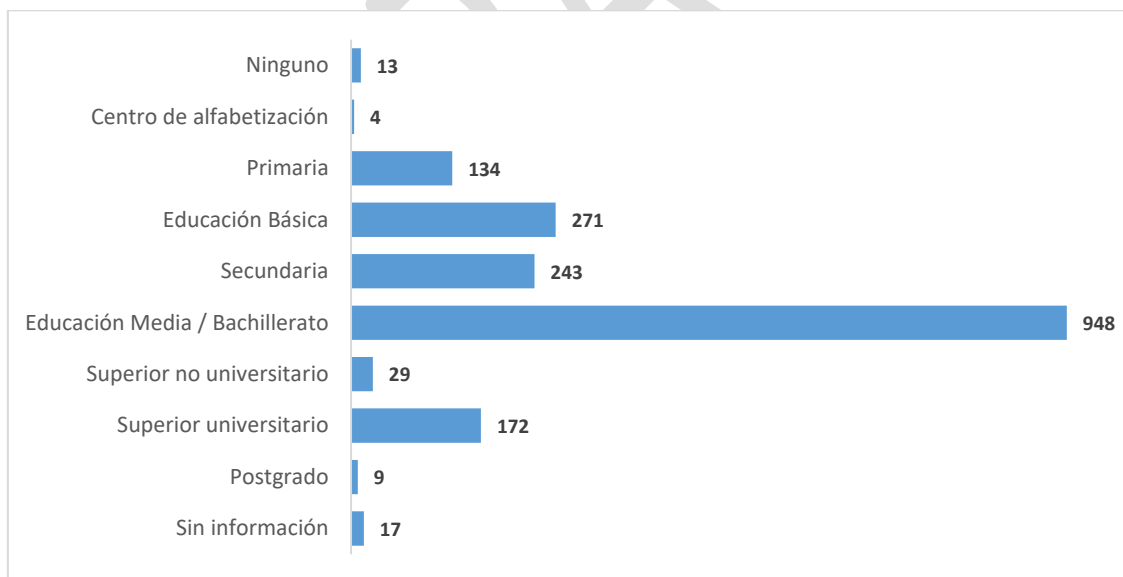
Tabla 12. Razón de Muerte Fetal por provincia, 2023

Provincia	Número de muertes fetales	Razón de muertes fetales
Guayas	533	7.5
Pichincha	267	7.3
Tungurahua	44	5.8
Cotopaxi	34	5.0

Santo Domingo de los Tsáchilas	37	4.4
Imbabura	28	4.0
El Oro	44	4.0
Chimborazo	26	4.0
Bolívar	12	3.9
Los Ríos	57	3.7
Carchi	9	3.5
Loja	22	3.0
Orellana	10	2.6
Sucumbios	9	2.5
Cañar	9	2.4
Manabí	62	2.4
Santa Elena	16	2.3
Azuay	23	1.8
Pastaza	4	1.8
Esmeraldas	15	1.4
Napo	3	1.2
Morona Santiago	3	0.7

Fuente: INEC

Gráfico 9. Muertes fetales por nivel de instrucción de la madre 2023

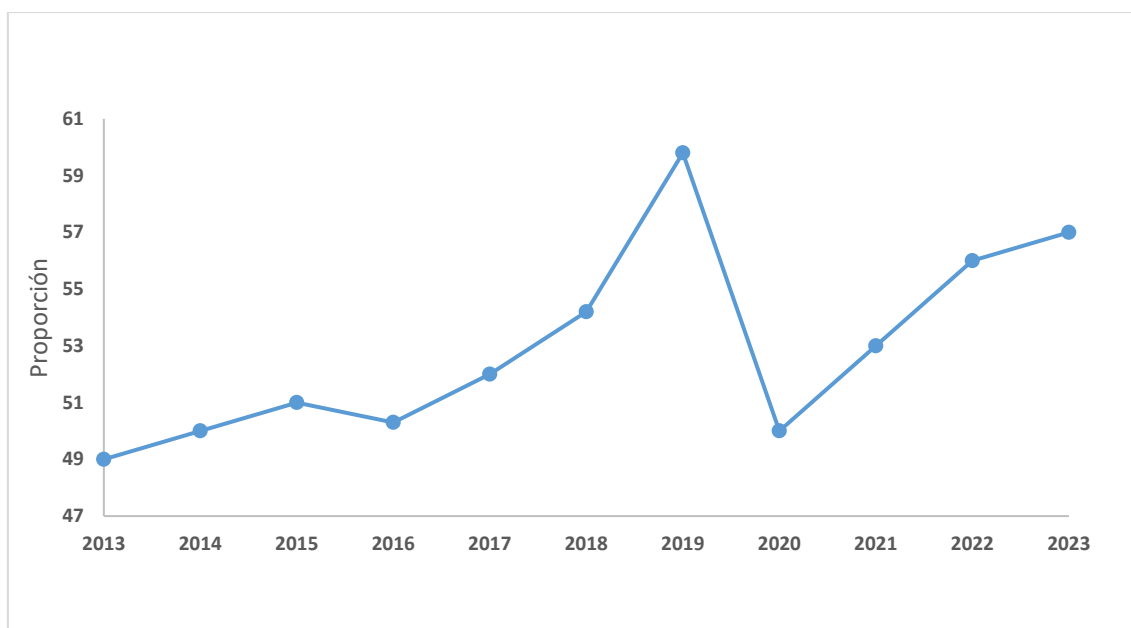


Fuente: Boletín de defunciones, INEC, 2023

Manejo de complicaciones

De acuerdo con los datos de egresos hospitalarios, 57% fue la proporción de gestantes ingresadas que sufrieron complicaciones durante el parto, este porcentaje tuvo una caída importante en el 2020 (50%), pero luego vuelve a presentar una tendencia al alza sostenida.(Gráfico 10). (57)

Gráfico 10. Proporción de gestantes ingresadas que sufrieron complicaciones durante el embarazo o parto 2013-2023



Fuente: Camas y egresos hospitalarios INEC (EPP) INEC

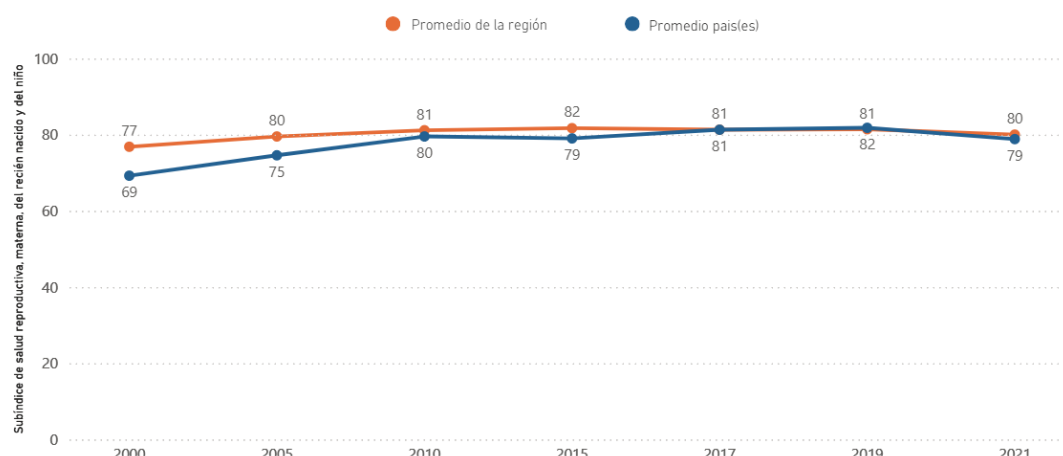
La baja calidad de atención en los grupos vulnerables eleva significativamente el riesgo de complicaciones y mortalidad materna. Los datos muestran una rápida reactivación de la tendencia al aumento de complicaciones en gestantes, evidenciando que en ciertos establecimientos más de la mitad de las mujeres ingresadas presentaron al menos una complicación durante su atención.

Acceso y uso de los servicios de salud

Coberturas de atención en salud materna y neonatal

El acceso a los servicios de salud constituye un eje fundamental en la evaluación de los sistemas sanitarios, ya que refleja su capacidad para responder de manera efectiva a las necesidades de la población. Este enfoque permite analizar el grado de adecuación del sistema de salud frente a las expectativas, realidades culturales, sociales y económicas de los distintos grupos poblacionales. Asimismo, facilita la comprensión de cómo el desempeño institucional se articula con las demandas reales de salud, aportando insumos clave para la formulación de políticas públicas más equitativas y centradas en las personas. Para el 2021, Ecuador presentó un índice de cobertura de servicios de la Cobertura en Salud Universal (CSU) en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil del 79 %. Esto quiere decir que todavía un 21 % de esta población no accede a los servicios de salud (Gráfico 11).

Gráfico 11. Subíndice de salud reproductiva, materna del RN y del niño, Ecuador, 2021

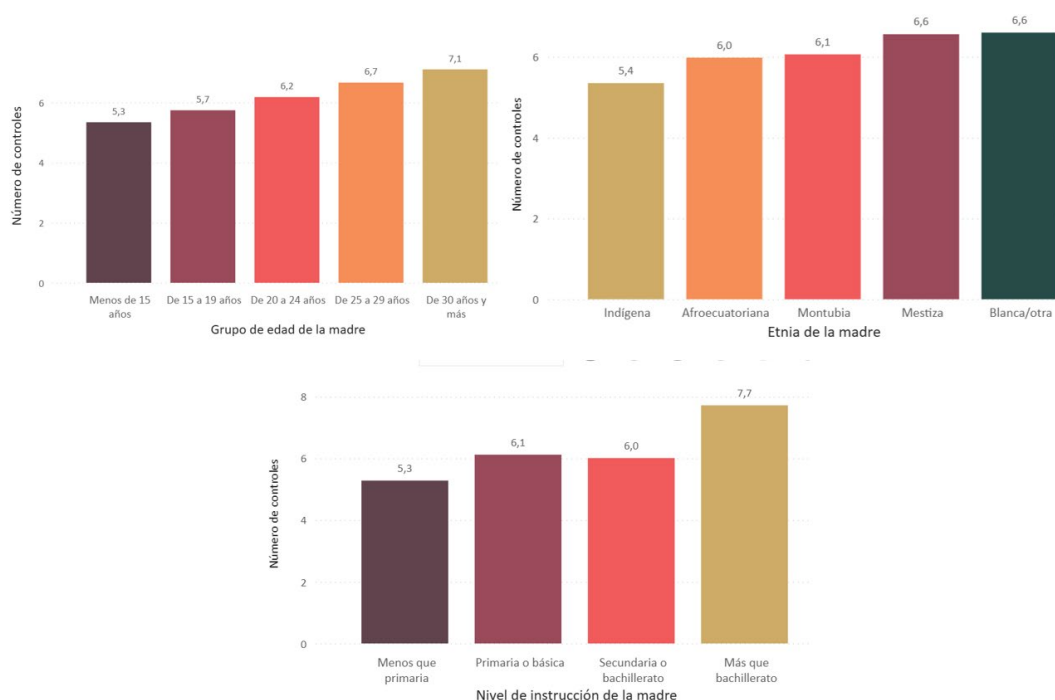


Fuente: Tablero de Indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud OPS/OMS

La inclusión del enfoque de acceso en el análisis del sistema de salud responde a la necesidad de evaluar su capacidad de adaptación a las necesidades y expectativas de la población. Este criterio permite identificar brechas estructurales y contextuales que afectan la equidad en la atención, considerando factores culturales, sociales y económicos. Además, proporciona una base sólida para vincular el desempeño del sistema con los determinantes sociales de la salud, fortaleciendo así la pertinencia y efectividad de las intervenciones propuestas.

Específicamente en la concentración de la atención prenatal se presentó a nivel nacional un promedio de 6,5 de controles prenatales durante el 2023, este número de controles promedio se reduce si la mujer es menor de 20 años, tiene un menor nivel de instrucción o se autoidentifica indígena. (27) (Gráfico 12).

Gráfico 12. Determinantes sociales individuales que influyen en el acceso a la atención prenatal



Fuente INEC, elaboración Laboratorio de información de la situación de las niñas, niños y adolescentes en Ecuador, UNICEF.

Acceso según etnia, edad y nivel de instrucción y lugar de residencia de la gestante

Si bien en el Ecuador desde el año 2015 se ha establecido por norma un mínimo de 5 controles durante la gestación, todavía persiste un enorme desafío para determinar la calidad de estos controles y el cumplimiento de las prestaciones obligatorias establecidas en el paquete de atención. (59) Actualmente la OMS recomienda modelos de atención prenatal con un mínimo de ocho contactos para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de atención de las mujeres. (60) (61)

Según los datos disponibles en los visualizadores de la Secretaría Técnica *Ecuador Crece sin Desnutrición*, para junio de 2025, apenas el 53 % de las gestantes atendidas en los establecimientos de salud recibieron controles prenatales completos y oportunos para su edad gestacional. Guayas registró la cobertura más baja a nivel nacional (43 %), mientras que, por autoidentificación étnica, las mujeres indígenas presentaron la menor cobertura (47 %). A nivel cantonal, se identificaron brechas significativas en los cantones de Pablo Sexto y Taisha (Morona Santiago), Chilla (Loja), Durán y Guayaquil (Guayas), Olmedo (El Oro) y Santa Cruz (Galápagos).(62)

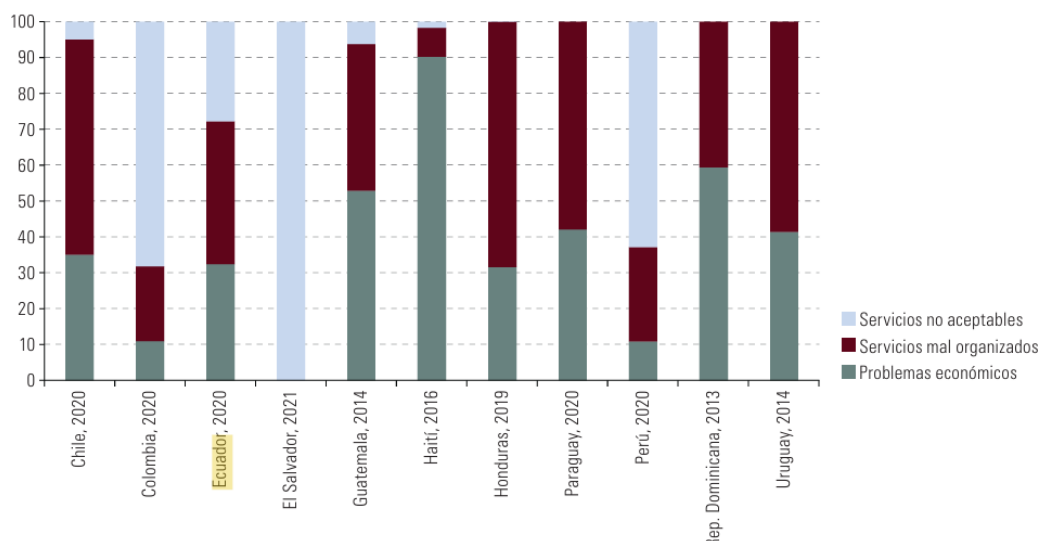
Respecto al momento de captación según los datos del visualizador SUSSEN, para noviembre del 2025 el 70 % de las gestantes habían sido identificadas de manera oportuna, es decir antes de las 12 semanas de gestación, este porcentaje disminuye drásticamente entre quienes pertenecen al grupo de pobreza extrema. Por otro lado,

según la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI), el 21 % de las mujeres encuestadas accedieron al primer control luego de las 12 semanas, y un 2,5 % no había recibido ningún control prenatal. Dentro de este último grupo, el 16 % no logró obtener una cita, el 3,3 % enfrentó limitaciones económicas y el 1,8 % no pudo asistir debido a los horarios de atención de los establecimientos de salud (63) .

Aceptabilidad de los servicios:

Según el reporte de CEPAL-OPS las barreras de acceso más comunes en Ecuador incluyen principalmente los servicios mal organizados y los problemas económicos. A esto se suma una ejecución presupuestaria ineficiente, lo que complica el panorama de los servicios de salud e incrementa estas barreras (Gráfico 13). (64)(8)

Gráfico 13. Distribución de las necesidades de atención médica insatisfechas en LAC, por tipo de barreras de acceso informadas, último año con información disponible (en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*, Washington, D.C., 2023 [en línea] <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.

Otro aspecto vinculado al menor uso de servicios de salud es la aceptabilidad de estos, lo que exigen integrar criterios culturales en el diseño, la evaluación y la gobernanza de los servicios: medir percepciones y experiencias locales, adaptar procesos y materiales, capacitar al personal en competencia cultural y asegurar participación comunitaria continua en Pichincha y otras jurisdicciones. (65)

En el Ecuador reconocimiento de la medicina ancestral, además de acatar el mandato constitucional, es un requisito para su fortalecimiento y articulación con el Sistema Nacional de Salud. Las parteras y parteros ancestrales tradicionales son un elemento clave para la salud de las comunidades, y es fundamental que el Sistema Nacional de Salud los reconozca como aliados en la lucha común para la reducción de la muerte materna y neonatal (66)

Está documentado el importante rol de las parteras y parteros tradicionales en la prevención de las muertes maternas y neonatales cuando la articulación con el sistema de salud es eficiente y están adecuadamente capacitadas. En el Ecuador se registran

un número de 2.293, de las cuales 1.185 (51,6 %) tiene una articulación formal con el SNS.(67) A pesar de que en 2023 se expide el Manual de Articulación de prácticas y saberes de parteras y parteros ancestrales tradicionales, donde se establecen prácticas como la *legitimación comunitaria* y el *reconocimiento institucional*, todavía persisten escepticismo y resistencia de parte del personal de salud sobre lo que puede hacer una partera tradicional, al mantenerlas al margen desperdician oportunidades de puentes comunidad-servicios. (66,68)

Articulación de los servicios de salud para el cuidado materno y neonatal

Una evaluación rápida de los servicios obstétricos y neonatales en Ecuador reveló brechas estructurales y operativas que comprometen la calidad de la atención materna y neonatal.(28) A pesar de contar con servicios CONE en funcionamiento, y normativa vigente, se identifican deficiencias en infraestructura, disponibilidad de insumos críticos, y disponibilidad continua de hemotecas y presencia de personal especializado, lo que limita la capacidad resolutive frente a emergencias obstétricas. La ausencia de protocolos claros, la escasa capacitación sobre la Red CONE y la débil articulación entre niveles de atención generan decisiones clínicas fragmentadas y referencias ineficaces. Además, la gestión de calidad se percibe como formal pero poco funcional, sin indicadores que orienten mejoras concretas.

Acceso a la Salud Sexual y reproductiva

Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, es una prioridad en la agenda global de desarrollo, con objetivos claramente establecidos en los ODS (69).

A nivel mundial la tasa actual de 64 embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres significa que cada año experimentan un embarazo no intencional aproximadamente el 6% de las mujeres; la cantidad de embarazos no deseados todavía reflejan serias limitaciones en la garantía de derechos sexuales y reproductivos, el acceso efectivo a métodos anticonceptivos y son un reflejo del desarrollo social general. Según el UNFPA más del 60% de los embarazos no deseados terminan en aborto y se estima que el 45% de todos los abortos son inseguros. (70)

En Ecuador, el 81,2 % de la población de mujeres en edad fértil reporta acceso a métodos anticonceptivos modernos, lo que implica avances significativos en salud sexual y reproductiva, el UNFPA ha venido colaborando activamente con el Ministerio de Salud para mejorar la estimación y abastecimiento de insumos, pero a pesar de los logros, persisten desafíos en equidad territorial; según el análisis de población de UNFPA, las mujeres indígenas, afroecuatorianas y montubias tienen menos conocimiento sobre métodos de planificación familiar y toman menos decisiones informadas que otros grupos étnicos.(49)

Un segundo indicador relacionado es la disponibilidad de personal de salud, directamente asociado con los servicios de salud sexual y reproductiva, es la presencia de obstetras. La disponibilidad de personal de salud para servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para reducir el riesgo de mortalidad materna y neonatal, especialmente en zonas remotas, al atender complicaciones a tiempo o referir adecuadamente.

En Ecuador la tasa aumentó de 1,27 obstetras por cada 10.000 habitantes en el 2017 a 1,34 en 2018, y tuvo un último incremento en el año 2020 (último año de datos oficiales disponibles) a 1,46. Mientras que para la mayoría de las provincias se observa un crecimiento moderado de la tasa, algunas como Orellana, Napo, y Esmeraldas tienen tasas por encima de tres obstetras por 10.000 habitantes en los últimos años, pero Azuay, Loja y Pichincha se ubican en tasas de alrededor de 0,5 obstetras por cada 10.000 habitantes, las metas establecidas para LAC para personal médico, de enfermería y partería para el 2030 es de 44,5 profesionales por 10 000 habitantes.

Según el informe “Estado de Parteras en el mundo”, a nivel global se debería incrementar alrededor de un 70% el número actual de profesionales de la partería y garantizar el acceso de estas a una educación actualizada y de primera calidad.(71)

Condiciones socioeconómicas

Embarazo adolescente

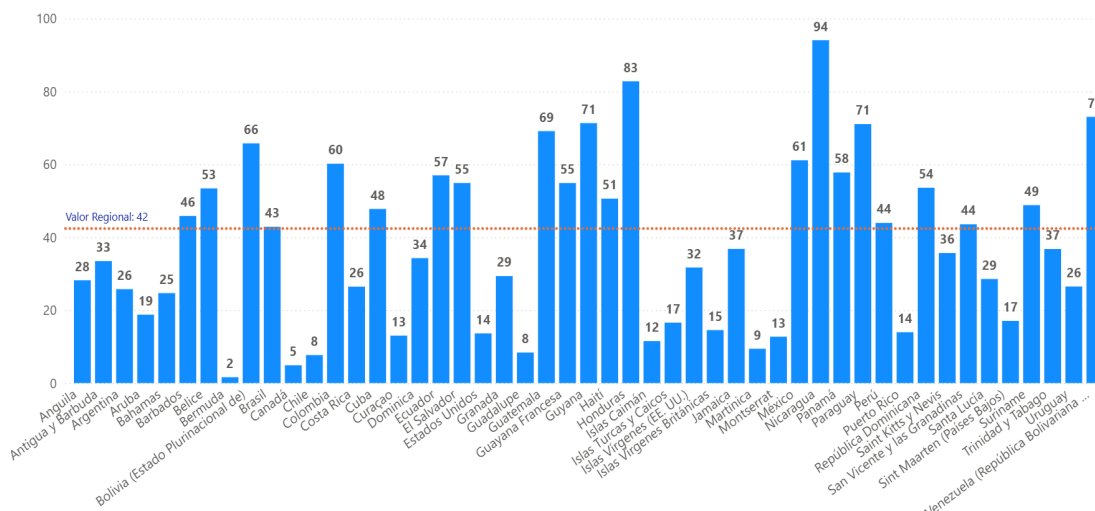
El embarazo en la adolescencia es consecuencia de la vulneración del derecho a la educación, a la educación sexual, al acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva, al acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a una vida libre de violencia de todo tipo y a tomar decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y la reproducción.(72). Dada la importancia de esta determinante se trata en este acápite de manera independiente.

Según datos regionales, en el 2024 Ecuador presentó una tasa de fecundidad en adolescentes de 54,31 por 1000 nacidos vivos. Si bien, la tasa de fecundidad en adolescentes mantiene una tendencia a la disminución, las cifras nacionales se mantienen por encima del promedio regional (Gráfico 14). (73) Esto implica que en 2024 todavía se produjeron 31.102 nacimientos de madres de entre 15 a 19 años, y 1680 nacimientos en población de 10 a 14 años. (74). Es importante resaltar que, según las leyes ecuatorianas, los embarazos en menores de 14 años son considerados violencia sexual.(75)

A pesar de que se reporta un incremento en la demanda de métodos de planificación familiar todavía un 67,7% de las mujeres entre 15 y 24 años tuvieron su primera relación sexual sin usar ningún método. (76)

La atención a adolescentes embarazadas y los casos de aborto continúan presentando vacíos técnicos y éticos que requieren abordajes integrales y multisectoriales (28) Aunque en abril de 2021 la Corte Constitucional despenalizó el aborto por violación en todos los casos, ampliando el marco de protección de los derechos sexuales y reproductivos en Ecuador, aún persisten barreras que dificultan el acceso seguro y efectivo a este derecho para las víctimas. Un estudio realizado por el UNFPA en el Distrito Metropolitano de Quito evidenció que, en 2022, se registraron 1.507 egresos hospitalarios en adolescentes de entre 10 y 19 años. Sin embargo, con los datos disponibles, resulta complejo caracterizar las condiciones de atención que reciben estas pacientes en los servicios de salud. (77)

Gráfico 14. Tasa de fecundidad en adolescentes (nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años)



Fuente: Open Data portal of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO)

La maternidad en edades tempranas conlleva riesgos significativamente elevados para la salud tanto de la madre como del recién nacido, lo que se traduce en mayores costos asistenciales para el sistema de salud.

Se estima que la ocurrencia de embarazo durante la adolescencia incrementa la brecha educativa en aproximadamente un 12 %, afectando directamente el nivel de formación alcanzado por estas mujeres. La reducción en las oportunidades educativas se asocia con menores ingresos a lo largo de la vida, lo que incrementa la probabilidad de que estas mujeres enfrenten condiciones de pobreza, a su vez, la pobreza constituye un factor estructural que perpetúa un círculo vicioso de riesgo, estrechamente vinculado con la mortalidad materna y neonatal. (76)

Se reconoce que el embarazo adolescente es consecuencia de la falta de información, el limitado acceso a métodos anticonceptivos y la violencia sexual y de género. Estos embarazos, que se podrían haber evitado, se traducen en menos oportunidades. A nivel mundial las mujeres y las adolescentes indígenas experimentan resultados de salud materna significativamente peores que las poblaciones mayoritarias (48)

La mejora en el acceso a los métodos anticonceptivos modernos podría prevenir el 29% de las muertes maternas en todo el mundo, muchas de ellas en las adolescentes (40)

El análisis de costos llevado a cabo por el Instituto Guttmacher hace referencia al costo de satisfacer las necesidades de anticonceptivos a adolescentes: “Si todas las mujeres adolescentes que necesitan métodos anticonceptivos modernos los usaran, los embarazos no planeados se reducirían en seis millones por año (63%) y el total de embarazos se reduciría de 20 millones a 14 millones. Esto resultaría en una disminución de 2.4 millones de embarazos no planeados; una reducción de 2.9 millones de abortos, de los cuales 1.9 millones habrían sido inseguros; y ocurrirían 763,000 menos abortos espontáneos y mortinatos de embarazos no planeados”. (78).

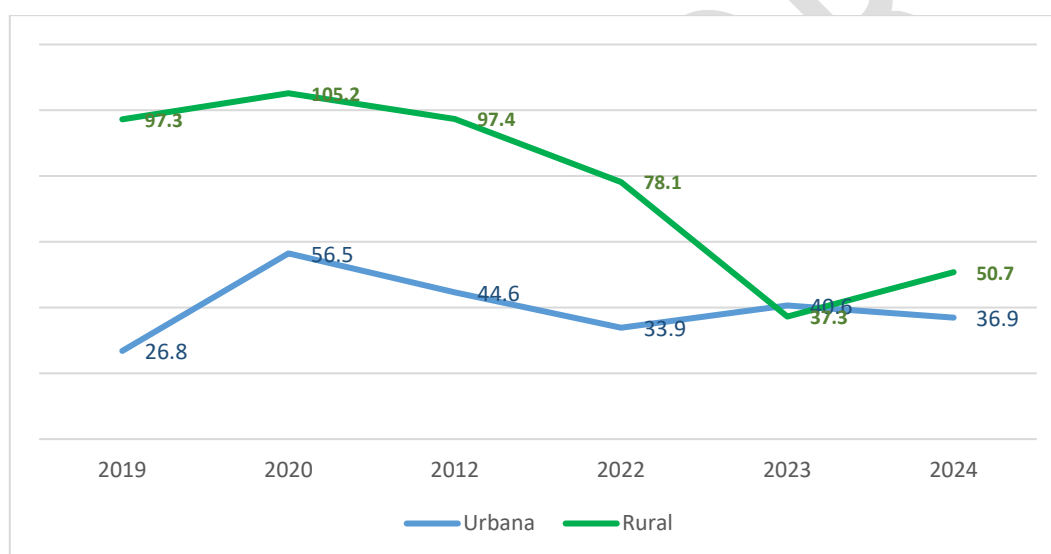
Según los datos de INEC en el Ecuador se generaron 2238 egresos por abortos en el grupo de adolescentes de 10 a 19 años, de estos 248 fueron en niñas de 10 a 14 años.

El estudio MILENA realizado por UNFPA en el 2020, muestra que el Estado ecuatoriano podría haber ahorrado al menos USD 55.136,191 en costos que asumidos por el embarazo en la adolescencia, los cuales se podrían reinvertir en la estrategia o plan de prevención de embarazos adolescentes.

Entorno urbano y rural

Al analizar los datos nacionales también se percibe en el 2023 un cambio en el patrón territorial históricamente asociado a áreas rurales (50) desplazamiento del área más afectada hacia contextos urbanos ha sido documentado también en otros países de la región (Gráfico15). (50).

Gráfico 15. Razón de MM por tipo de área 2019-2024



Fuente. INEC registro de NV 2019-2024, MM MSP, elaboración propia

Lo anterior sugiere la necesidad continuar fortaleciendo el trabajo en entornos rurales, pero adicionalmente revisar los enfoques de vigilancia y cobertura en entornos urbanos, donde persisten barreras de acceso, calidad y oportunidad en la atención materna, específicamente en Ecuador es posible que esto se vea afectado por el incremento de políticas para disminuir el cierre de brechas, sumado a contextos con incremento de índices de inseguridad y violencia (45)

Otro aspecto analizado fue el de los indicadores gerenciales disponibles para medir la calidad de la atención materna y neonatal en hospitales, estos indicadores han permitido identificar brechas relevantes, tanto en el abastecimiento de insumos esenciales como en el cumplimiento de los protocolos clínicos establecidos. La persistencia de estas brechas compromete la capacidad del sistema para garantizar una atención segura, oportuna y equitativa, especialmente en territorios con alta carga de mortalidad materna. (38)

Prevalencia de Violencia de género (violencia sexual y gineco obstétrica)

La violencia es producto de las relaciones desiguales de género en una cultura machista, los diversos tipos de violencia ejercidas contra niñas y mujeres contribuye directamente a muertes maternas y neonatales evitables; la violencia obstétrica, sexual, familiar, estructural e institucional materializadas en el maltrato en servicios de salud, el abuso sexual, el control coercitivo en el hogar y la exclusión de mujeres vulnerables limitan el acceso oportuno a atención segura.

Según la ENVIGMU 2019, en Ecuador tres de cada diez mujeres a nivel nacional manifestaron haber vivido violencia sexual al menos alguna vez en su vida, el porcentaje es más alto en zonas urbanas (35%) que en zonas rurales (22%).

Mientras el 55% de mujeres en el sector rural afirman haber sufrido violencia gineco – obstétrica y 46% violencia obstétrica. Si se revisan los datos de acuerdo con la autodefinición étnica (donde la mayoría de las prevalencias son cercanas al 50%) ; es preocupante ver como el 70,0% y 60,4% de mujeres indígenas afirman haber sufrido violencia gineco obstétrica y obstétrica respectivamente, es decir siete y seis de cada diez mujeres han sido víctimas de este tipo de violencia. Le siguen en prevalencia las mujeres afrodescendientes, mestizas y montubias con prevalencias que van entre 45,0% y 49,2% de violencia gineco obstétrica y 40,5% y 45,0% de violencia obstétrica respectivamente.(10).

Estudios realizados en algunos hospitales del país revelan que la violencia obstétrica ha sido naturalizada tanto por profesionales de salud como por las pacientes, estos estudios evidencian que las prácticas manipulación excesiva, trato no digno, y poca participación de la paciente en las decisiones del cuidado son frecuentemente utilizadas en entornos hospitalarios, una de las causas relacionadas es el desconocimiento del personal de salud sobre y prácticas consideradas violentas. (79–81). La fuerte presencia de violencia obstétrica puede incrementar las barreras de acceso a los servicios de salud.

Es imperativo reconocer la existencia de distintos tipos de violencia como factor que influye en las elevadas tasas de embarazo adolescente y muerte materna y neonatal, asegurar políticas con enfoque de derechos y el registro adecuado para visibilizar el problema.

Políticas, financiamiento y gasto en salud

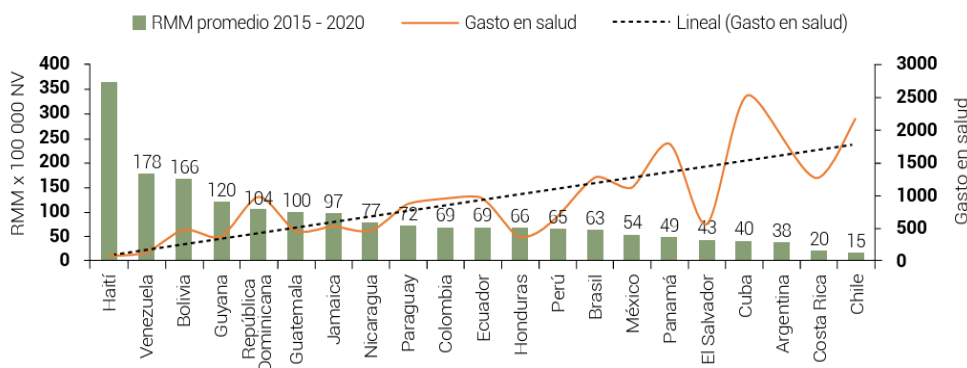
Según el Grupo de trabajo para MM de la OMS, existe una relación directa entre el incremento del gasto en salud y la reducción de la muerte materna, en Ecuador, el gasto público en salud representó aproximadamente el 4.5% del PIB en 2021, según el promedio regional de América Latina y el Caribe. Este porcentaje está por debajo de la meta del 6% del Producto Interno Bruto (PIB) recomendada por la OPS/OMS para garantizar sistemas de salud universales y sostenibles. (82)

Además, el gasto de bolsillo en salud sigue siendo elevado, alcanzando el 32.79 % del gasto total en salud, lo que genera desigualdades y limita el acceso a servicios esenciales, especialmente para las poblaciones vulnerables; esto, combinado con el 41.5% de necesidades de atención médica no satisfechas en 2020, evidencia la urgencia de incrementar la inversión pública en salud y reducir las barreras económicas y organizativas que afectan a la población.

Estas cifras reflejan la urgencia de mejorar el financiamiento público en salud, reducir el gasto de bolsillo y abordar las barreras estructurales para garantizar un acceso equitativo y universal a la atención médica en Ecuador.

Está demostrado que una inversión y financiamiento adecuados contribuyen de manera significativa a la reducción de la mortalidad materna. (Gráfico 16). (50)

Gráfico 16. Gasto en salud per cápita de países de LAC con las mayores y menores RMM por 100 000 NV, promedio del período 2015-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones OMS. Gasto en salud indicador OCDE 2020

Fuente: informe de MM para LAC, Grupo de trabajo MMEIG

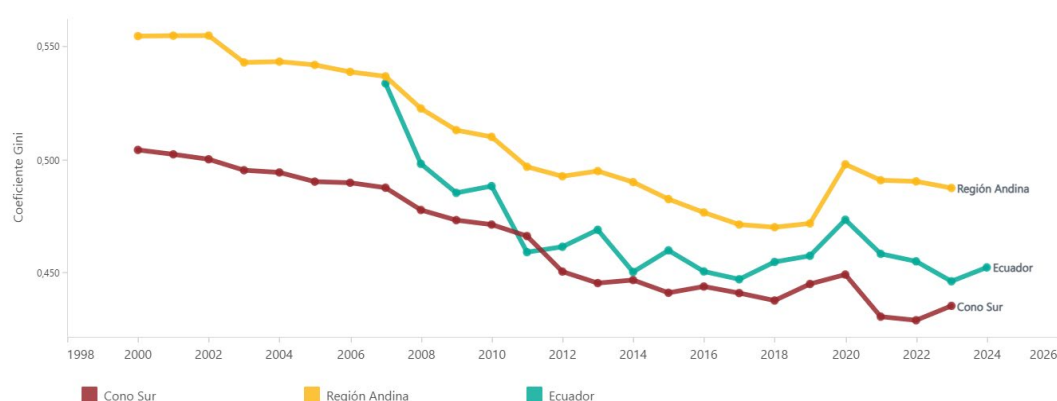
Inequidades, pobreza e inseguridad

“Las inequidades en salud son las diferencias injustas en la salud de las personas de diferentes grupos sociales y pueden asociarse con distintas desventajas, como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a servicios o bienes”. (83)

La inequidad en salud está vinculada a factores estructurales como la pobreza, desigualdad de ingresos, y exclusión social. Las provincias más afectadas suelen tener una alta concentración de población indígena y afrodescendiente, quienes enfrentan barreras históricas y estructurales para acceder a servicios básicos. Además, la falta de inversión en infraestructura y la debilidad institucional agravan estas disparidades, limitando el desarrollo de las comunidades más vulnerables. (45)(48)

Si bien en Ecuador se han hecho esfuerzos para reducir las desigualdades, el estancamiento del índice de Gini revela una deuda estructural con la equidad, donde las políticas públicas no han logrado revertir las brechas histórica (Gráfico 17), los segmentos de población ecuatoriana con menores ingresos muestran también un menor índice de desarrollo humano y una menor cobertura de servicios de salud (Gráfico 18).

Gráfico 17. Evolución del coeficiente de Gini en Ecuador, Región Andina y el Cono Sur



Fuente: Tabulaciones de LAC Equity Lab de SEDLAC (CEDLAS y Banco Mundial) Consulta agosto, 2025.

Gráfico18. Índice de Cobertura de servicios, por ingresos y por IDH, Ecuador

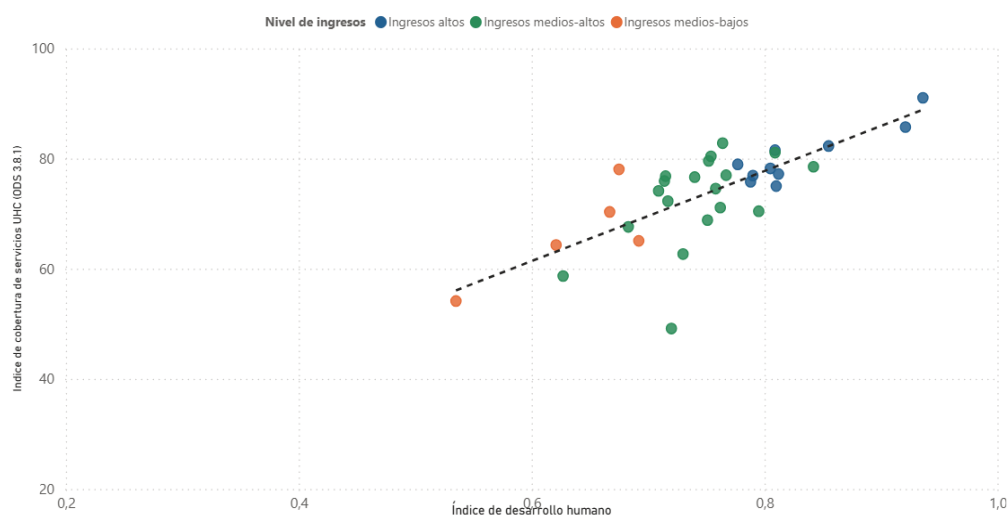
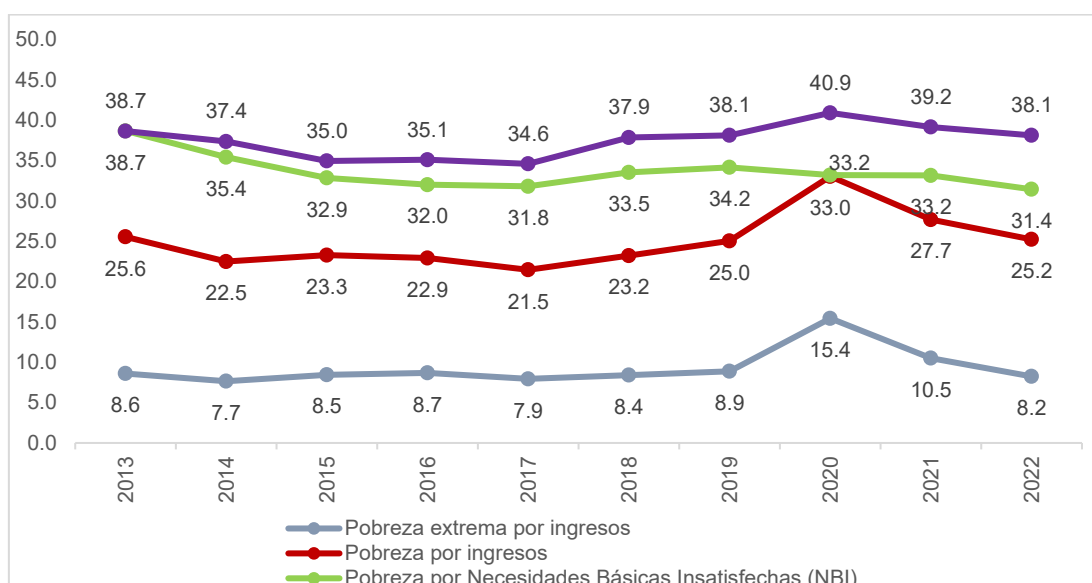


Gráfico 19. Evolución de los indicadores socioeconómicos en Ecuador 2013-2022



Fuente: ENEMDU Anual - Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022), Informe País de Desigualdades, 2025, MSP

Según el Informe País de desigualdades en salud la brecha relativa para el 2022 fue de 2,6, lo que significa que la razón de mortalidad materna de las provincias más pobres (mayor NBI) es un 2,6 veces la de las provincias más ricas (menor NBI).(25)

Las disparidades significativas en la mortalidad materna y neonatal, así como en el acceso a servicios básicos, cambian de acuerdo con las características territoriales. Las provincias rurales y marginales enfrentan mayores carencias en infraestructura hospitalaria y profesionales de la salud, lo que contribuye a la violencia estructural y perpetúa la pobreza.

En el análisis por prestaciones de salud brindadas a las gestantes, también se reflejan inequidades, por ejemplo, se repite en la provisión de hierro y ácido fólico, donde las madres indígenas (83,1%) y afroecuatorianas (92,5%) muestran los niveles más bajos frente al promedio nacional (93,2%) y al 97,6% reportado entre mujeres blancas. En cuanto al acceso a exámenes esenciales como VIH, orina y TORCH, las disparidades son aún más marcadas: solo el 44,1% de mujeres afroecuatorianas y el 52,2% de mujeres indígenas accedieron a estas prestaciones, frente al 100% en el grupo blanco.(49)

El estudio Pobreza y Desigualdad del 2024, evidencia por ejemplo una fuerte interrelación entre la salud reproductiva y la pobreza, destacando que las provincias con mayores tasas de embarazo infantil tienden a experimentar niveles más altos de pobreza por ingresos.(45)

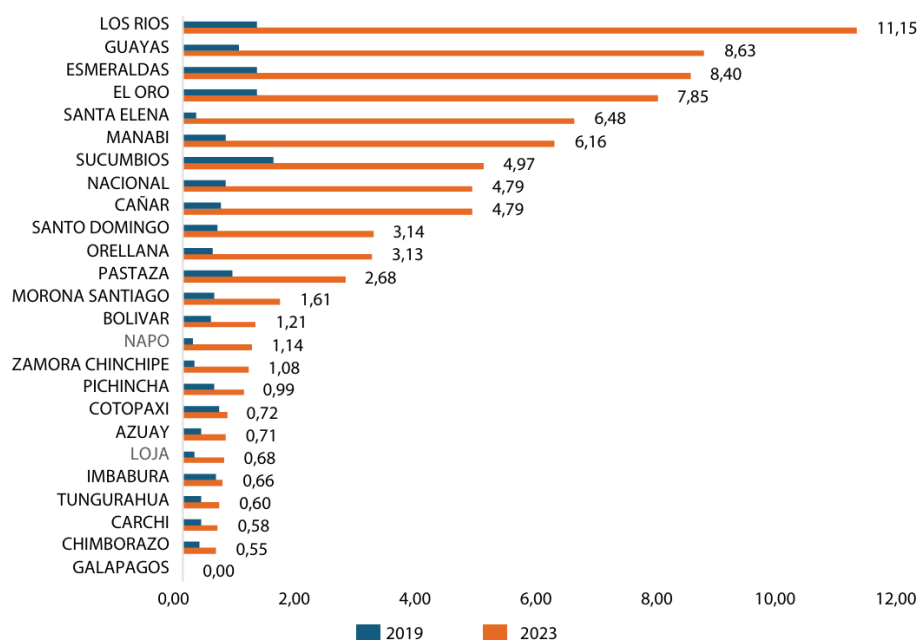
La pandemia de COVID-19 exacerbó las brechas de desigualdad, impactando significativamente en indicadores clave como la mortalidad materna, neonatal, Una de las principales causas fue la saturación del sistema de salud, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables, que ya enfrentaban barreras estructurales para acceder a servicios de salud de calidad. Además, la reducción del presupuesto en salud, agravada por la contracción económica y la caída de los ingresos petroleros, mermaron la capacidad del Estado para mantener programas de prevención y atención; profundizando las desigualdades existentes(25)

Las situaciones humanitarias generadas por fenómenos climáticos o por conflictos provocan la movilización de las personas en la búsqueda de mejores condiciones; estos son factores externos que inciden directamente en la estabilidad de los sistemas de salud y en el acceso a los servicios de salud principalmente en la población vulnerable entre ellas las embarazadas (16)

El factor inseguridad aparece en el panorama nacional como un elemento que agrava las inequidades en salud y el acceso servicios básicos en Ecuador. En el 2023 las provincias más afectadas por la violencia, como Los Ríos, Guayas y Esmeraldas, presentaron tasas alarmantes de homicidios intencionales (11,15, 8,63 y 8,40 por cada 10.000 habitantes, respectivamente), lo que refleja los desafíos institucionales y del para garantizar seguridad pública. (Gráfico 20).

Esta inseguridad no solo afecta directamente la calidad de vida, sino que también limita el acceso a servicios esenciales, como la atención médica, al desincentivar la inversión y el desarrollo en estas áreas. (16)

Gráfico 20. Homicidios intencionales (Tasa c/10 000 habitantes), 2019 -2023



Fuente: Pobreza y Desigualdad, análisis de brechas, diálogo para la paz, 2024, a partir de datos del MINIT (2019-2023)

La inseguridad está estrechamente vinculada a la pobreza y desigualdad, especialmente en territorios con alta concentración de población indígena y afrodescendiente. Estas comunidades, además de enfrentar barreras históricas y estructurales en el acceso a servicios de salud, están desproporcionadamente expuestas a dinámicas de violencia, lo que perpetúa su vulnerabilidad e incrementa estas barreras históricas. La combinación de inseguridad, pobreza y exclusión social crea un ciclo que dificulta la mejora de las condiciones de vida y el acceso equitativo a servicios básicos, como la atención materna y neonatal.

En este contexto, se propone una política pública orientada al fortalecimiento de la calidad en la atención materna y neonatal, mediante la actualización normativa, la formación continua del personal, la integración de las medicinas ancestrales, la implementación de indicadores de desempeño y la mejora de la coordinación territorial, y el trabajo en la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, priorizando zonas con alta vulnerabilidad y riesgo y potenciando el uso de los instrumentos, normativas y herramientas existentes.

Datos e Información para la acción y la rendición de cuentas

Una evaluación realizada en 2016 sobre las prioridades de monitoreo de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente evidenció que, a nivel de país, solo ciertos indicadores cuentan con datos sistemáticos y de alta calidad, lo que limita la capacidad de seguimiento efectivo de los compromisos globales de la Agenda 2030. Esta brecha pone de relieve la necesidad urgente de fortalecer los sistemas nacionales de registro civil, estadísticas demográficas e información sanitaria, con el fin de priorizar indicadores estratégicos, definir enfoques metodológicos coherentes, armonizar los esfuerzos de monitoreo en los niveles nacional, regional y global, y movilizar el respaldo político necesario para garantizar un seguimiento pertinente, promover la acción multisectorial y reforzar la rendición de cuentas en todos los niveles (84)

A nivel nacional persisten algunas brechas para la generación de datos más precisos que orienten la toma de decisión la persistencia de causas clasificadas como “no especificadas” en la categorización de muertes fetales, neonatales y materna, la disponibilidad de data más actualizada sobre recursos humanos en salud, acceso a servicios de salud, condiciones de los abortos, la estratificación de la información que ayude a identificar grupos y territorios priorizados que exigen una triangulación entre información de salud e información relacionada con el entorno social (85)

Además, el análisis de la tendencia de la mortalidad materna en Ecuador se dificulta por variaciones en la metodología de cálculo de la Razón Mortalidad Materna en los últimos 20 años. Existe falta de precisión para determinar el numerador, generalmente por subregistro, y variaciones importantes en el denominador, que en algunos reportes es el número de recién nacidos inscritos oportunamente en el mismo año, en otros recién nacidos corregidos según un coeficiente de inscripción tardía, y en otras ocasiones recién nacidos inscritos en el año de referencia más los inscritos tardíamente el año siguiente, actualmente para el cálculo de las cifras oficiales como numerador se utiliza la proyección de nacidos vivos basados en censos poblacionales.(86) Esta disparidad en los métodos de obtención de la RMM origina que en el momento de realizar curvas de tendencia para observar el comportamiento de la mortalidad materna se muestren incrementos o descensos que pueden no ser reales.

Como una iniciativa destacable se encontró que El MSP ha venido realizando esfuerzos para monitorear la ocurrencia de morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), este es un indicador relevante pues se estima que por cada muerte materna se presentaron hasta 100 casos de MMEG, es decir amplifica el análisis dado el volumen de casos(87,88).

En el 2019 los países de la región de las Américas establecieron compromisos para monitorear MMEG usando metodologías estandarizadas, el MSP en respuesta a estos compromisos ha venido desplegando acciones para el reporte del indicador en algunos establecimientos de salud del país, sin embargo, a la fecha aún no es posible obtener

datos precisos a nivel nacional, debido a la fase del proceso en que se encuentra esta iniciativa y a la complejidad de criterios que se requieren para la clasificación de las MMEG, incluso para las aproximaciones, por ello es necesario incrementar los esfuerzos y apoyo para implementar la vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en el país, incluyendo variables que permitan estratificar la información.

Otro aspecto importante es que, a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública y la existencia de algunos instrumentos para la auditoría de muertes maternas y neonatales, el proceso aún presenta debilidades estructurales que limitan su efectividad. La ausencia de formularios estandarizados, la heterogeneidad en la aplicación de metodologías y las brechas en las competencias técnicas del personal responsable de las auditorías dificultan la identificación precisa de las causas subyacentes, que puedan incorporar enfoques analíticos como el modelo de “Los tres retrasos” y herramientas complementarias como las autopsias verbales, que permita una reconstrucción más integral de los eventos críticos. La conformación de comités de auditoría con capacidades técnicas adecuadas y presencia en todos los niveles del sistema, bajo una lógica de red articulada, resulta clave para fortalecer la trazabilidad y el análisis de los casos como fuente primaria de información, también es importante el fortalecimiento de la vigilancia de la MMEG lo que permitirá la toma de decisiones que contribuyan a la reducción de la muerte materna.(30,58,59) (30,58,59)

6.2 Identificación de los Determinantes del Problema Público, análisis cualitativo

Con el fin de profundizar el análisis de la problemática se convocó a un taller de actores clave previamente identificados, orientando a establecer las causas estructurales de la mortalidad materna y neonatal y definir objetivos que debería perseguir la política. Durante el encuentro se realizó la presentación del estado de situación del morbi-mortalidad materna y neonatal, tendencias y comparaciones con cifras regionales globales, además se incluyeron estudios sobre desigualdades junto con datos y resultados de las encuestas nacionales.

La metodología utilizada fue la de árbol de problemas y discusiones grupales en torno a cinco grandes problemas identificados en base a la información encontrada cuyo objetivo fue el de poder profundizar en el análisis de estos obteniendo una visión estructurada y sistémica de cada uno de ellos. (Anexo 4)

Los más de 70 participantes debatieron en cinco grupos diferentes de acuerdo con su área de desempeño o experiencia para realizar el análisis y luego en plenaria se complementaron con comentarios y observaciones. Una vez obtenida la caracterización de la situación de la morbimortalidad materna y neonatal a nivel nacional y la identificación de actores

Los participantes convocados pertenecen a diversos de sectores entre ellos: MSP, IESS, ISPOL, ISFFA, Registro Civil, Defensoría del Pueblo, Consejo de Igualdad, Sociedades de profesionales, Academia, Ministerio de Finanzas, delegados de los Comités locales de Salud entre otros.

Esta metodología facilitó la identificación y priorización de las causas más relevantes que requieren intervención por parte del Estado, contribuyendo a orientar de manera estratégica las acciones de la política.

Con base en el diagnóstico se identificaron y analizaron 5 problemas prioritarios relacionados con la muerte materna y neonatal:

1. Deficiencias en la calidad de la atención materna neonatal.
2. Acceso limitado y desigual a controles prenatales integrales y seguimiento neonatal temprano
3. Prevalencia de violencia sexual, normalización de prácticas de violencia obstétrica y discriminación institucional
4. Subregistro en los sistemas de información de muerte materna y neonatal
5. Debilidad en la estructural en la promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y prevención para evitar embarazos no intencionados

6.3 Priorización de los determinantes del Problema Público

Para priorizar los determinantes del problema público se partió del listado de determinantes identificadas mediante el análisis de problemas a través de la metodología del árbol de problemas. Posteriormente se aplicó una escala de calificación, que consideró dos dimensiones: la importancia entendida como impacto del determinante en la solución del problema y de la gobernabilidad, (referida a la capacidad del Estado para intervenir en ese determinante) según lo recomendado en la Guía para elaboración de Políticas SNP-2025.

Tabla 13. Calificación de determinantes según importancia y gobernabilidad

Metas y objetivos Nacionales de Desarrollo y de derechos afectados	Determinantes del problema	Calificación de importancia	Calificación de gobernabilidad	Priorización de determinantes	Etiqueta XY
Objetivo 1. Eje social : Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades	Atención insegura del aborto	15	5	Urgente	15;5
	Barreas de acceso al SSR sobre todo en adolescentes	15	5	Urgente	15;5
	Calidad de atención deficiente	15	5	Urgente	15;5
	Desintegración y fragmentación del sistema de salud	15	5	Urgente	15;5
	Dificultad de acceso organizativo	15	5	Urgente	15;5
	Personal de salud no capacitado en SSR	15	5	Urgente	15;5
	Disponibilidad de insumos, medicamentos para atención de gestantes y neonatos	15	5	Urgente	15;5
	No disponibilidad de MAC	14	5	Urgente	14;5
	Persistencia de violencia y estigmatización en los servicios	14	5	Urgente	14;5
	Dificultad de acceso geográfico a los servicios de salud	12	4	Necesarias	12;4
	No identificación de riesgos oportunamente	12	3	Necesarias	12;3
	Debilidades técnicas en la vigilancia	10	5	Menos urgentes	10;5
	Subregistro de datos esenciales para la toma de decisiones	10	5	Menos urgentes	10;5
	Baja aceptabilidad de los servicios	8	5	Menos urgentes	8;5

Fuente: Elaboración propia, con insumos del taller de Priorización y análisis de problemas MSP, Sep. 2025



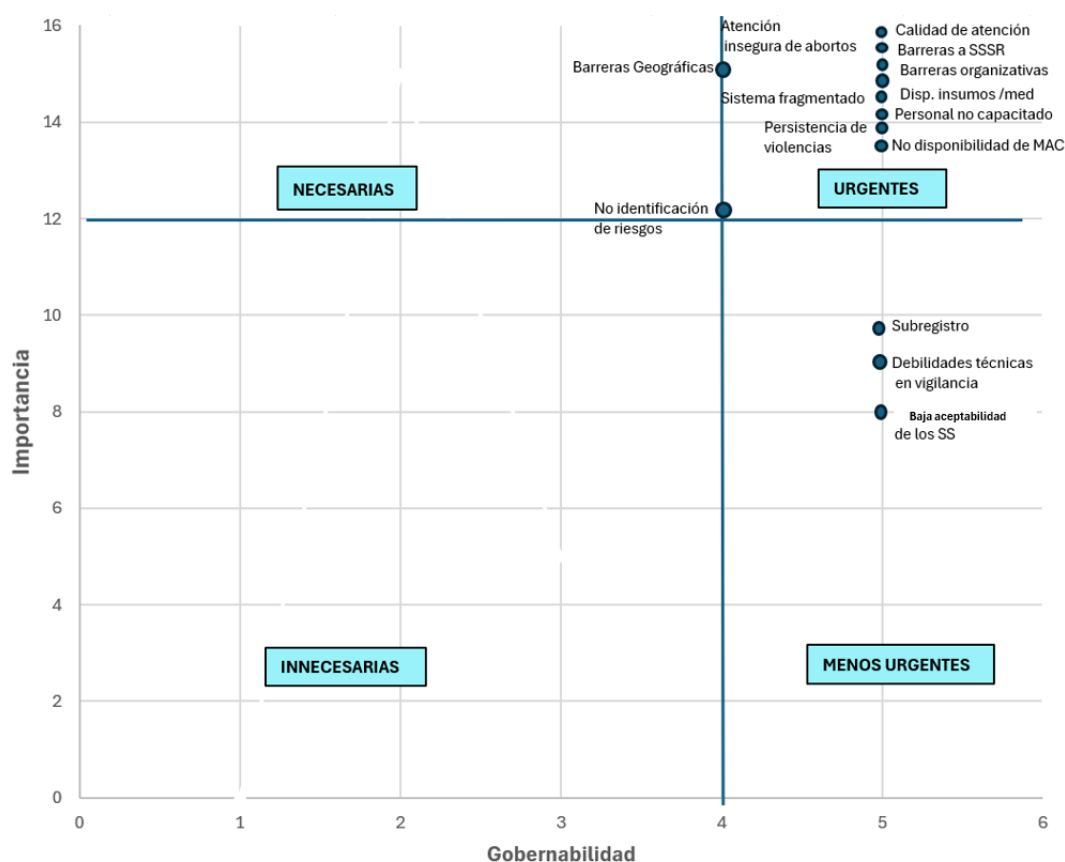
Fotografía taller análisis de problemas, Quito sep. 26 del 2025

Para realizar la categorización de las determinantes se utilizaron instrumentos que ayudaron a identificar aquellas que son sentidas como más urgentes en base a los criterios de importancia y gobernabilidad de las causas identificadas

6.3 Categorización de las determinantes del problema público

Como resultado de este ejercicio, se evidencia que la mayoría de las determinantes son clasificadas como urgentes, es decir son muy importantes y en todas ellas se identifica una alta capacidad del estado para intervenir en la solución, los determinantes ubicados en este cuadrante corresponden a la calidad de la atención, la disponibilidad de insumos medicamentos, la mejora del acceso, los servicios de salud, la integración del sistema de salud y la erradicación de la violencia de género (Gráfico 22).

Gráfico 21 Dispersión de categorización de factores y determinantes de morbilidad materna y neonatal



Elaboración propia, en base a resultados del taller, MSP 2025

6.4 Identificación de la población objetivo

Aunque esta política tiene como objetivo general, generar beneficios y mejorar la salud del grupo de gestantes, puérperas, recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional, los datos encontrados evidencian la necesidad de aplicar un enfoque de equidad en su implementación. Esto implica la priorizar y focalizar acciones en ciertos grupos poblacionales; debido a su lugar de residencia, condiciones que, según los datos, ya sea por el lugar donde viven o por condiciones propias y sociales (como edad, sexo, género, etnia, nivel educativo) o por encontrarse en situaciones de vulnerabilidad estructural, se ven desproporcionadamente afectados por la problemática. Este grupo incluye:

- Mujeres indígenas, afroecuatorianas y montubias.** Estas poblaciones enfrentan barreras históricas en el acceso a servicios de salud. Presentan menor cobertura de controles prenatales, menor acceso a métodos anticonceptivos modernos y mayor prevalencia de violencia obstétrica y un menor acceso a los servicios de salud.
- Adolescentes (incluye adolescentes embarazadas y en uniones tempranas):** En 2024 se registraron 31.102 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años y 1.680 en niñas de 10 a 14 años, un estudio sobre uniones tempranas en Ecuador muestra que el 35.7% de mujeres de 18 a 49 años se unieron antes de los 18.(91) Estas cifras reflejan una vulneración de derechos y una alta

exposición a riesgos obstétricos y sociales, el abordaje de los embarazos en adolescentes debe ser diferenciado debido a que en el grupo de menores de 14 años estos son considerados violencia sexual según las leyes nacionales.

- c) **Mujeres en situación de pobreza y exclusión social:** Las provincias con mayores tasas de mortalidad materna y neonatal coinciden con aquellas que presentan altos niveles de pobreza, inseguridad y baja cobertura de servicios de salud.
- d) **Mujeres con bajo nivel educativo.** Existe una correlación directa entre el nivel de instrucción y la mortalidad materna. Las mujeres con educación primaria o secundaria presentan mayores tasas de mortalidad y tienen menor acceso a las prestaciones y servicios de salud.
- e) **Mujeres mayores de 35 años:** Este grupo presenta mayor prevalencia de comorbilidades y embarazos de alto riesgo.
- f) **Recién nacidos pequeños y enfermos:** este grupo presenta es que el concentra el mayor riesgo de muerte requiere que el sistema de salud esté preparado para el abordaje de estas condiciones si como la prevención de la prematuridad y la detección de riesgos.
- g) **Mujeres y neonatos de otros grupos vulnerables :** En este grupo se encuentran mujeres y recién nacidos en movilidad humana, privados de la libertad , y personas LGBTI , que también presentan dificultades en el acceso a los servicios

Herramientas analíticas aplicadas:

- **Mapeo territorial:** Identificación de provincias con mayor carga de mortalidad materna y neonatal y con mayor índice de necesidades insatisfechas como indicador de desigualdades en un periodo de cinco años (Bolívar, Chimborazo, Santa Elena, Esmeraldas, Guayas, Pastaza).
- **Análisis de grupos en situación de vulnerabilidad:** Mujeres indígenas, adolescentes, mujeres en pobreza extrema, mujeres que habitan en la ruralidad o en contextos urbanos marginales y con altos niveles de inseguridad, en movilidad humana, privadas de la libertad y LGBTI
- **Indicadores sociodemográficos:** Edad, nivel educativo, auto identificación étnica, cobertura de servicios.

Identificación del grupo destinatario

El grupo destinatario de la política pública está conformado por mujeres gestantes y recién nacidos en situación de vulnerabilidad, con énfasis en:

- Mujeres indígenas y afrodescendientes y montubias
- Adolescentes
- Mujeres en zonas rurales y urbanas marginales y con altos índices de necesidades básicas insatisfechas y pobreza multidimensional e inseguridad
- Mujeres con bajo nivel educativo
- Recién nacidos sanos y recién nacidos con bajo peso o prematuridad
- Mujeres y recién nacidos pertenecientes a grupos vulnerables (personas en movilidad humana, personas LGBTI, privados de la libertad entre otros)

6.5 Planteamiento de alternativas:

Con los insumos obtenidos del taller de actores, donde se identificaron causas directas e indirectas de los problemas, se plantearon alternativas, que posteriormente dieron forma a las líneas de acción, las alternativas planteadas fueron contrastadas con la mejor evidencia disponible, para ello se realizó una búsqueda en repositorios especializados en políticas tales como Guidelines that follow the GRADE system-BIGGrec, Evidence Informed Policies- PIE, Epivnet, Evid E@sy, Health Evidence Network (HEN), donde se buscaron alternativas para reducir la mortalidad materna y neonatal, se elaboraron cuadros comparativos y se dio prioridad a las alternativas calificadas con alta calidad de evidencia en base a GRADE.

También se realizaron búsquedas semánticas enfocadas en los problemas identificados en buscadores como: Open Alex y Semathic Scholar y Elicit, se realizaron cuadros comparativos de la información encontrada con criterios como: año, país, diseño del estudio componentes de la estrategia, población objetivo, resultados de efectividad, y factores de implementación, seleccionándose documentos de los últimos 10 años,

Además, se integraron en las alternativas, las últimas recomendaciones provenientes de los planes regionales de la Organización Panamericana de la Salud para acelerar la reducción de muertes maternas y neonatales

Las metodologías usadas facilitaron la identificación y priorización de las causas más relevantes que requieren intervención por parte del Estado, contribuyendo a orientar de manera estratégica las acciones de la política.

Validación y contextualización de alternativas

Para priorizar y validar estas alternativas, se realizó una consulta estructurada tipo Delphi a 21 expertos en la materia, estos expertos fueron seleccionados bajo criterios que incluyeron, profesiones vinculadas a la salud materna y neonatal, años de experiencia en el desempeño de responsabilidades demostrables para el trabajo en salud materna y neonatal, experiencia en interculturalidad, sistemas de salud o formulación de políticas, trabajo operativo en provincias con altas razones de muerte materna y neonatales y desigualdades.

En la primera ronda de la consulta se calificaron criterios como relevancia y equidad; en la segunda, se evaluó sostenibilidad, decisión política y factibilidad de cada alternativa propuesta.

Producto de la consulta, se establece en consenso que EL 99% de las alternativas presentadas son relevantes para la salud materna y neonatal y podrían ayudar a reducir las desigualdades.

Mientras que, en la segunda ronda, se analizaron aspectos más operativos de las alternativas consideradas relevantes obteniéndose que en su mayoría los expertos consideraban que, son factibles, cuentan con sustento legal y técnico suficiente para ser llevadas a cabo, sin embargo, enfatizan que, para lograr un real impacto en la salud de estas poblaciones es indispensable el asegurar los recursos, la capacidad de gestión de estos y el compromiso del estado más allá de las coyunturas políticas temporales.

Las rondas Delphi incluyeron comentarios abiertos y retroalimentación iterativa que permitieron refinar criterios de priorización, identificar riesgos operativos y consensuar indicadores clave (Anexos 5a y 5b)

Todos los documentos producidos, fueron revisados por el equipo técnico conformado en el MSP para fines de esta construcción.

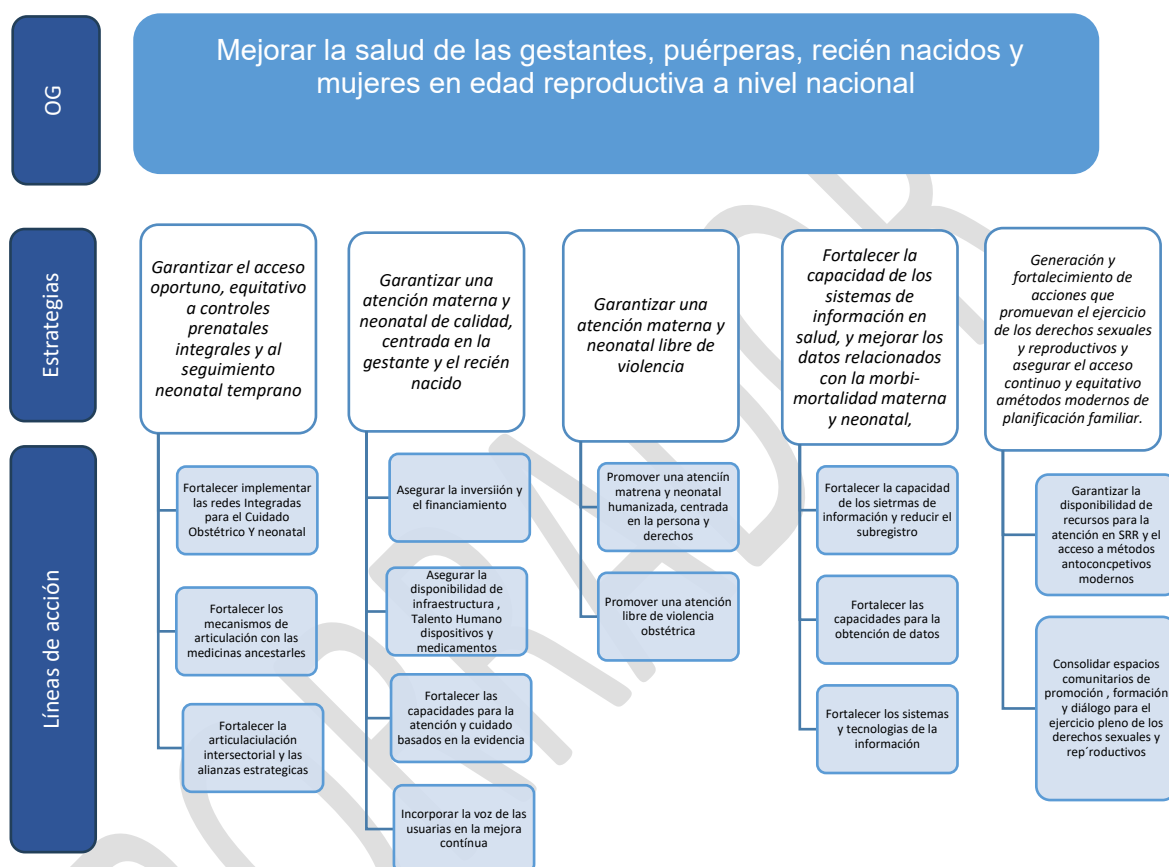
Las alternativas que se plantean a continuación abordan las determinantes individuales y sociales más cercanas a la problemática; otras determinantes sociales identificadas; tales como la educación de las mujeres, alternativas para reducir la pobreza en este grupo y el abordaje de la violencia desde los patrones socioculturales y de la justicia, son atendidas en otros instrumentos y políticas nacionales tales como: Plan Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (PNEVCM, 2021–2025), Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (LOIPEVM, 2018), Estrategia Nacional para la Igualdad y la Erradicación de la Pobreza (ENIEP, 2014–2030), Agendas Nacionales de Igualdad (ciclo vigente 2021–2025), Política Intersectorial para el Abordaje Integral del Embarazo en Adolescentes (PLENA, 2026–2035), entre otros.

Objetivos, estrategias y líneas de acción

7. Objetivos de la política

El objetivo final de esta política es promover acciones que mejoren la salud de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y las mujeres en edad reproductiva a nivel nacional. (Gráfico 23). No obstante, los datos obtenidos muestran la necesidad de aplicar el enfoque de equidad en su implementación.

Gráfico 22. Objetivo general y estructura de la PRMMM



Fuente: MSP Elaboración propia

A continuación, la descripción de los cinco objetivos específicos, las estrategias propuestas y las líneas de acción para el abordaje de la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal a nivel nacional:

Objetivo 1. Lograr un acceso oportuno y equitativo para el cuidado de gestantes, puérperas y recién nacidos

El análisis de contexto y problemas relacionado con la muerte materna y neonatal, realizado para esta política, muestra que el acceso oportuno y completo y equitativo a los controles prenatales sigue siendo insuficiente en Ecuador, especialmente entre mujeres adolescentes, indígenas, en movilidad humana y residentes en zonas rurales o de alta pobreza e inseguridad. Esta limitación no solo afecta la salud materna, sino que también compromete directamente la salud y la supervivencia neonatal, al dificultar la detección temprana de riesgos, la preparación para partos seguros y el seguimiento clínico del recién nacido en sus primeros días de vida.

Los datos encontrados muestran la falta de articulación entre los servicios de salud y de estos con otros actores territoriales genera vacíos críticos en la atención continua, especialmente en territorios con baja cobertura institucional.

Aunque no se dispone de información detallada sobre la cobertura de controles neonatales, se reconoce que esta etapa no está suficientemente integrada en los circuitos de atención, los mecanismos de coordinación tienen baja sensibilidad a los casos que requieren intervenciones urgentes, esto representa una oportunidad crítica de mejora para reducir la morbi-mortalidad neonatal.

Esta fragmentación afecta la capacidad del sistema para garantizar una atención integral, especialmente en los primeros días de vida, y limita el impacto de las intervenciones preventivas.

Este problema refleja determinantes sociales estructurales como la desigualdad educativa, la exclusión territorial y las diferencias culturales, así como determinantes intermedios como la escasa disponibilidad de obstetras, la falta de información sobre derechos reproductivos y la débil articulación entre niveles de atención. La inequidad en el acceso prenatal y neonatal perpetúa brechas en salud, vulnera derechos fundamentales y limita el impacto de las políticas públicas orientadas a la reducción de la mortalidad materna y neonatal generando impactos y limitaciones a largo plazo en la vida de las personas, familias y comunidades

La evidencia disponible demuestra que mejorar el acceso a servicios de salud a través de la implementación de redes integradas de cuidado obstétrico y neonatal esencial es una de las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad materna. (92) Cuando los distintos niveles de atención se articulan, los equipos trabajan de forma colaborativa y se garantiza la referencia oportuna de recién nacidos, se fortalece la calidad, continuidad y oportunidad de la atención neonatal. (93–96)

Los mediadores interculturales tienden puentes socioculturales y lingüísticos; previenen y resuelven conflictos; facilitan la relación terapéutica, la integración y el empoderamiento de los pacientes; y brindan apoyo. Algunos también participan en trabajo social, asesoramiento, educación y promoción de la salud, y pueden actuar como coterapeutas en la atención de salud mental. Los mediadores interculturales constituyen un grupo diverso: difieren en las funciones que desempeñan, su trayectoria profesional y el contenido y la duración de su formación.

Las intervenciones multinivel que involucran a miembros de la comunidad y líderes locales y parteras pueden ayudar a abordar el problema multidimensional de los malos resultados en salud materna y la mortalidad. Se recomienda que las intervenciones se centren en el desarrollo de capacidades, la capacitación y la mentoría de profesionales

de la salud y trabajadores de salud comunitarios para ampliar el acceso, así como el fortalecimiento de los espacios para la gobernanza intersectorial.(40,97–101)

Estrategia 1: Garantizar el acceso oportuno, equitativo a controles prenatales integrales y al seguimiento neonatal temprano, como parte de una atención continúa centrada en la gestante y el recién nacido, digna, respetuosa y con pertinencia cultural

Líneas de acción:

L1.1 Fortalecimiento e implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud con énfasis en el Cuidado Obstétrico y Neonatal, basadas en las necesidades poblacionales (60,94,95,97)

- **1.1.1** Actualizar el manual operativo de las redes integradas de servicios de salud para el Cuidado Obstétrico y Neonata- CONE, incorporando criterios poblacionales, enfoque intercultural, rutas de atención y estándares de calidad para el cuidado materno y neonatal.
- **1.1.2** Impulsar la conformación de redes integradas de servicios de salud para el Cuidado obstétrico y Neonatal- CONE con base en la proyección poblacional de gestantes y recién nacidos, integrando un modelo de gestión territorial y estableciendo una estructura técnica responsable de la coordinación del cuidado entre niveles de atención y fortalecer la conexión con los sectores humanitarios clave durante el continuo de cuidado en contextos de crisis humanitaria o complejos.
- **1.1.3** Fortalecer las capacidades gerenciales de los equipos responsables de la planificación, coordinación y evaluación de las redes de cuidado obstétrico y neonatal, asegurando liderazgo técnico y una articulación territorial efectiva
- **1.1.4** Desarrollar, validar y difundir un documento técnico para la categorización de riesgos neonatales, que incluya componentes comunitarios para facilitar la detección oportuna y activar los mecanismos de coordinación-respuesta dentro de la red de servicios de salud.
- **1.1.5** Establecer espacios de coordinación con actores territoriales para mejorar el acceso a los establecimientos de salud especialmente para gestantes y neonatos, especialmente durante emergencias y promoviendo el cumplimiento del plan de parto.
- **1.1.6** Establecer mecanismos de agendamiento y horarios de atención, mecanismos flexibles, eficientes y adecuados al contexto, así como protocolos de referencia y contra referencia y herramientas para favorecer el acceso y asegurar la continuidad de la atención de gestantes, puérperas y neonatos de manera prioritaria en todos los niveles de atención.
- **1.2.6** Incorporar el Plan de Parto y Preparación para Complicaciones (BPCR) dentro de la atención prenatal, documentado en la historia clínica y revisado en

cada control, con enlace directo a servicios de referencia, transporte y acompañamiento familiar.

L1.2 Fortalecimiento de los mecanismos de articulación con las medicinas ancestrales y tradicionales de manera respetuosa.

(41,97,102,103)

- **1.2.1** Contar con un registro nacional actualizado y completo de identificación de parteras/parteros ancestrales articuladas con el SNS
- **1.2.2** Fortalecer la articulación entre el sistema de salud y las parteras y parteros ancestrales, reconociendo sus saberes y su rol como actores clave en la atención del parto, consolidándolos como agentes fundamentales en la garantía de una experiencia de parto positiva, segura y culturalmente respetuosa para la mujer y su familia.
- **1.2.3** Sensibilizar al personal de salud sobre el enfoque de interculturalidad, en la salud materna y neonatal, especialmente sobre el rol de la partería y la medicina ancestral.
- **1.2.4** Fortalecer las capacidades de los equipos de salud mediante la formación continua en salud intercultural y provisión de instrumentos y herramientas validadas que faciliten procesos de educomunicación bidireccional con la comunidad, a través de metodologías vivenciales y metodologías de educación popular para fomentar el respeto y el dialogo de saberes.
- **1.2.5** Incorporar en la formación de las y los futuros profesionales de salud el enfoque intercultural y el valor de la medicina ancestral, reconociendo a la partería como una práctica legítima y esencial en el cuidado materno y neonatal y fortaleciendo el diálogo entre modelos de atención para contribuir a una atención más empática, segura y culturalmente pertinente.
- **1.2.6.** Asegurar la dotación del kit de parto limpio: Proveer y reponer periódicamente el kit estandarizado de insumos esenciales para garantizar la seguridad e higiene en los partos atendidos en la comunidad.

L1.3 Fortalecimiento de los espacios de articulación y la generación de alianzas estratégicas para la mejora de la salud materna y neonatal, la salud sexual y reproductiva y la salud de las y las adolescentes(100,101,104)

- **1.3.1** Fortalecimiento de capacidades para funcionarios de todos los sectores y actores comunitarios, que incluya formación en determinantes sociales, gobernanza intersectorial, análisis de datos, participación social y herramientas de planificación conjunta, así como las capacidades para la negociación en salud,
- **1.3.2** Promover la creación y consolidación de instancias permanentes de gobernanza intersectorial de salud materna y neonatal (comités, mesas técnicas, grupos de trabajo) con mandatos claros, periodicidad definida y responsabilidades y recursos específicos asignados para coordinar acciones entre salud, protección social, educación, transporte, justicia y otros sectores estratégicos.

- **1.3.3** Implementar un procedimiento obligatorio de Análisis de Impacto en Salud y Equidad, utilizando herramientas e instrumentos a nivel nacional e internacional validadas y un marco de evaluación para todas las políticas, programas y proyectos de sectores no sanitarios que puedan afectar la salud materna y neonatal (infraestructura vial, transporte, educación, seguridad, agua y saneamiento, justicia, etc.).
- **1.3.4** Crear e implementar protocolos de referencia intersectorial, con énfasis entre los sectores involucrados en mejorar la salud materna y neonatal (educación, protección social, salud).

BORRADOR

Objetivo 2. Mejorar la calidad en la atención materna y neonatal

De acuerdo con los datos encontrados en el análisis de contexto, la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como los recién nacidos a nivel nacional, presenta serias limitaciones en cuanto a calidad, oportunidad y seguridad. Estas deficiencias se evidencian en la falta de personal especializado, distribución del personal inadecuada, infraestructura inadecuada, escasa disponibilidad de insumos críticos, debilidad en la gestión clínica, baja capacidad resolutive, especialmente en el primer nivel de en los servicios de salud, y no transversalización del enfoque Intercultural en los servicios de salud.

Es evidente que aún se tiene una gran fragmentación del sistema de salud y una débil articulación entre niveles, lo que impide una atención integral del binomio madre-hijo. Además, el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), que debería ser el eje articulador de la atención territorial, está ausente, lo que limita la prevención, la captación temprana del embarazo y el seguimiento continuo y coordinado. Esta situación afecta especialmente a mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y territorial, y contribuye directamente al aumento de complicaciones obstétricas y neonatales, muchas de ellas evitables.

Este problema se enmarca en determinantes estructurales como la inversión pública desigual, la falta de condiciones e incentivos adecuados para los trabajadores y equipos de salud y la débil gobernanza institucional, la falta de estructuras que tengan la responsabilidad directa de la gestión para el logro de objetivos,

La participación de las personas juega un rol fundamental en el proceso de atención a nivel individual pues muchas veces no se consideran las preferencias de las personas ni el contexto cultural y comunitario, a nivel colectivo existe debilidad en los procesos de propuesta de las acciones en salud y veeduría de cumplimiento de las metas.

Algunas de las experiencias y recomendaciones implementadas en el mundo demuestran que brindar una atención digna, oportuna, técnicamente adecuada, y eliminar las disparidades en salud obstétrica y ginecológica, así como la reorganización de tareas de los equipos de salud y las políticas de retención de recursos humanos en contextos de poca disponibilidad de personal, no solo previene muertes evitables, para ello es necesario disponer de una inversión suficiente, oportuna y priorizando las poblaciones más vulnerables, esto reafirma el compromiso del sistema con los derechos, la equidad y el cuidado centrado en las personas. (60,105–109) (109)

Adicionalmente la evidencia disponible indica que las actividades de desarrollo profesional continuo y las prácticas estandarizadas y basadas en la evidencia pueden mejorar la práctica clínica y los resultados en salud materna y neonatal. La recertificación, especialmente cuando es liderada por el Estado, ha permitido establecer mecanismos de rendición de cuentas y asegurar estándares mínimos desempeño. (110–112)

Las iniciativas que buscan a garantizar un parto seguro a través de la implementación de paquetes y otras recomendaciones de OMS muestran que acciones como la capacitación al personal, establecimiento de estándares, el involucramiento de las comunidades, el monitoreo de la experiencia y participación de las mujeres en el proceso de atención y el establecimiento de políticas claras, mejoran la atención prenatal, elevan la satisfacción de las usuarias y reducen la mortalidad. (112–117)

Finalmente, la evidencia resalta la importancia de las intervenciones comunitarias en la optimización de las prácticas de atención perinatal, contribuyendo significativamente a la reducción de la mortalidad materna. (106,118)

Estrategia 2. Garantizar una atención materna y neonatal de calidad, centrada en la gestante y el recién nacido, fortaleciendo el primer nivel de atención, asegurando la disponibilidad de infraestructura, insumos y equipos humanos comprometidos, promoviendo prácticas clínicas basadas en evidencia, y escuchando activamente las voces de las mujeres, familias y comunidades para mejorar continuamente los servicios que acompañan el embarazo, el parto, puerperio y el nacimiento

Líneas de acción:

L 2.1 Asegurar la inversión en el Primer Nivel de Atención y la distribución equitativa de recursos considerando territorios priorizados(109)

- **2.1.1** Asignar Al menos el 30% del Presupuesto en salud para inversión en el Primer Nivel de atención, en especial en las provincias con mayores tasas de muerte materna, muerte neonatal, y fecundidad en adolescentes.
- **2.1.2** Asignar al menos el 30% del presupuesto de los grupos de atención prioritaria de los Gobiernos Autónomos Descentralizados para acciones generadas para promover la salud materna y neonatal
- **2.1.3** Priorizar recursos de la cooperación internacional y ONG en acciones para mejorar la salud materna y neonatal
- **2.1.4** Promover la participación del sector empresarial en el fortalecimiento de la salud materna y neonatal, mediante mecanismos de responsabilidad social empresarial (RSE), que incluyan inversión social, donación de insumos, apoyo a campañas comunitarias y articulación intersectorial, con enfoque de equidad, interculturalidad y derechos, especialmente en territorios con alta vulnerabilidad.
- **2.1.5** Asegurar la entrega oportuna del presupuesto general del Estado del estado para acciones vinculadas a los grupos de atención prioritarios, basados en la ejecución efectiva y el cumplimiento de resultados bajo esquemas de rendición de cuentas.

L2.2 Asegurar la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos suficientes y competentes e insumos y dispositivos esenciales para la atención segura de gestantes y recién nacidos priorizando los territorios más vulnerables (60,105–109)

- **2.2.1** Asegurar la distribución del personal y equipos de salud priorizando los territorios con mayor vulnerabilidad, garantizando la disponibilidad de personal especializado en lugares de difícil acceso o complejos a través de rotaciones o pasantías
- **2.2.2** Reorganización de la infraestructura existente, para asegurar la disponibilidad y acondicionamiento de salas de parto adecuadas, con pertinencia cultural especialmente en zonas de difícil acceso o territorios con población vulnerable
- **2.2.3** Fortalecer la disponibilidad y permanencia del talento humano en salud mediante la implementación de mecanismos de incentivos y retención para el personal que trabaja en zonas de difícil acceso o contextos complejos, asegurando la mejora de sus condiciones laborales, así como impulsar la identificación y creación de plazas laborales para fortalecer las funciones de educación en salud, prevención de enfermedades y gestión de políticas públicas orientadas al bienestar.
- **2.2.4** Reorganizar los roles y funciones de los profesionales, técnicos del equipo de salud, promotores, vigilantes comunitarios y parteras articuladas con el MSP, con el fin de ampliar la cobertura en la prestación de servicios de prevención, promoción y atención integral en salud materna, neonatal y salud sexual y reproductiva.
- **2.2.5** Elaborar y oficializar el listado de medicamentos e insumos esenciales para atención materna y neonatal, garantizando su disponibilidad, junto con los incluidos en el paquete priorizado para la atención de gestantes, recién nacidos y los necesarios para la atención de las primeras causas de muerte y enfermedad en estos grupos
- **2.2.6** Garantizar la disponibilidad de transporte de emergencia para gestantes y recién nacidos graves
- **2.2.7** Promover el cumplimiento de los más altos estándares para calidad de atención materna y neonatal que incluyan acciones para PCI y WASH en establecimientos de salud con atención de partos y salas de internación para gestantes, puérperas y neonatos.

L2.3 Fortalecimiento de capacidades para la atención y cuidado de gestantes graves y con enfermedades subyacentes y recién nacidos pequeños y enfermos basadas en la mejor evidencia disponible. (110–112)

- **2.3.1** Priorizar la actualización y/o elaboración e implementación de Guías de Práctica Clínica (GPC) y protocolos basadas en metodología GRADE para la atención de las principales causas de muerte materna y neonatal, emergencias obstétricas y neonatales; específicamente para hipertensión, hemorragia y sepsis, así como capacitación para la atención y cuidado del recién nacido sano, recién nacidos pequeños y enfermos, atención de enfermedades obstétricas subyacentes y atención del parto y del aborto seguro, la elaboración e

implementación de protocolos de atención debe estar contextualizada a la realidad de cada territorio.

- **2.3.2** Fomentar procesos certificación y recertificación y habilitación del equipo de salud en atención materna y neonatal, especialmente en soporte vital básico y avanzado y emergencias obstétricas y neonatales, en los Establecimientos de segundo y tercer nivel de atención que funcionan como centros de referencia nacional para atención materna y neonatal y de atención del parto en establecimientos del PNA, como parte de los requisitos de licenciamiento
- **2.3.3** Incorporar en las mallas curriculares de las carreras de salud contenidos sobre la atención de las principales causas de morbi-mortalidad materna y neonatal, así como las normativas vigentes que rigen su abordaje, incluidas las prácticas ancestrales y tradicionales.

L1.4 Incorporar la voz de las usuarias en la mejora continua de la atención materna y neonatal y fortalecer los procesos de veeduría y control social alrededor de los indicadores relacionados con la salud materna y neonatal (106,118)

- **2.4.1** Establecer la generación de diagnósticos situacionales de salud en los territorios, como base para la construcción de planes locales participativos que respondan a las necesidades específicas de la población en salud materna, neonatal y salud sexual y reproductiva, estos espacios deben asegurar la participación de grupos vulnerables y prioritarios y contar con recursos propios destinados a su funcionamiento.
- **2.4.2** Establecer mecanismos periódicos (trimestrales, semestrales y anuales) a para rendición de cuentas y revisión de los indicadores relacionados con la salud materna y neonatal fortaleciendo los mecanismos de veeduría y control social existentes a nivel local, subnacional y nacional, donde se garantice la participación de grupos representativos de las poblaciones objetivo
- **2.4.3** Contar con visualizadores y tableros de consulta públicos de la información y rendición de cuentas en todos los niveles relacionada a salud materna y neonatal y de salud sexual y reproductiva, especialmente en el nivel local.
- **2.4.4** Implementar mecanismos para recoger de forma sistemática las experiencias y percepciones de las mujeres sobre la atención recibida durante el embarazo, parto y postparto.
- **2.4.5** Impulsar y fortalecer los programas de educación para el parto y reconocimiento de signos de alarma en el embarazo y durante el período neonatal dirigidos a la mujer, familia, comunidad y gobiernos locales con contenido específico, contextualizados y disponibles en las lenguas nativas.
- **2.4.6** Definir indicadores para el monitoreo vinculados a la calidad y resultados de la atención y cuidados maternos y neonatales, estos indicadores deben ser útiles para interpretar cambios y brechas territoriales

Objetivo 3. Contribuir a la erradicación de la violencia de género, especialmente de la violencia obstétrica y ginecológica, y humanizar los servicios de salud

Los datos encontrados muestran que en el Ecuador la violencia obstétrica, en sus múltiples formas, desde el trato deshumanizado hasta intervenciones médicas sin consentimiento, sigue siendo una práctica extendida y poco visibilizada en los servicios de salud. Las mujeres indígenas, afrodescendientes, adolescentes son especialmente vulnerables a estas formas de maltrato, que se perpetúan por la falta de formación ética del personal, la ausencia de protocolos de atención humanizada y la debilidad de los mecanismos de denuncia y reparación. Este problema se vincula con determinantes estructurales como el racismo y estigmatización institucional. La violencia obstétrica no solo vulnera derechos fundamentales, sino que también genera desconfianza, abandono de controles y mayor riesgo de muerte materna y neonatal.

Por otro lado, la violencia sexual continúa siendo un grave problema en el país, el cambio patrones socio culturales, el mejoramiento de los sistemas de protección y el garantizar el acceso a abortos seguros en casos de violación son acciones necesarias para reducir la muerte de gestantes y RN sobre todo en la adolescencia.

La persistencia de la violencia de género, especialmente en el ámbito obstétrico, deja huellas profundas en quienes la viven: afectando el bienestar emocional, generando desconfianza hacia los servicios de salud. También impone costos evitables al sistema por complicaciones que pudieron prevenirse, y agrava los indicadores de salud materna y neonatal. A nivel social, rompe el vínculo entre las usuarias y el personal de salud, normaliza prácticas dolorosas y perpetúa patrones de exclusión y silencio. Erradicar esta forma de violencia es una deuda ética, institucional y comunitaria.

La evidencia encontrada señala que el abordaje de un problema multidimensional requiere que se incluyan en las políticas públicas acciones para el fomento de una atención en salud basada en derechos, la implementación de protocolos clínicos humanizados y marcos institucionales que promuevan el respeto. (39,103)

Algunos países de la región ponen de relieve que la formación continua del profesional de salud mejora la comunicación, lo que contribuye a disminuir prácticas abusivas y la reducción de intervenciones innecesarias. Asimismo, la implementación de planes de parto y los modelos de gestión participativos, así como normativas que definan y sancionen la violencia obstétrica se asocian con una atención más respetuosa y centrada en la mujer(117,119–126).

Las políticas públicas orientadas a reducir la violencia obstétrica deben integrar intervenciones educativas para profesionales y mujeres, protocolos clínicos humanizados, y marcos institucionales que promuevan el respeto y la autonomía. La suma de los factores anteriores ha demostrado reducir los eventos de violencia, favoreciendo entornos éticos y humanizados. (2,9,14,16,20–26)

Además, el diseño de estrategias culturalmente sensibles como la incorporación de la humanización de las prácticas asistenciales como el Método Canguro (MK) o similares que colocan a la familia en el centro del cuidado, han demostrado contribuir enormemente a la reducción de la mortalidad en estos grupos vulnerables (134)

Estrategia 3. Garantizar una atención materna y neonatal libre de violencias, mediante prácticas humanizadas, culturalmente pertinentes y centradas en los derechos, que fortalezcan el vínculo afectivo, promuevan la participación informada y aseguren la reparación en casos de daño.

Líneas de acción:

L 3.1 promover una atención en salud materna y neonatal que sea humanizada, culturalmente pertinente y centrada en las necesidades, valores y derechos de las gestantes, puérperas y recién nacidos(15,39,120,122,123,135,136)

- **3.1.1** Incrementar la certificación de ESAMyN en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y red Privada Complementaria (RPIS-RPC)
- **3.1.2** Implementar y fortalecer las iniciativas que promuevan el cuidado Centrado en el RN y su familia, como método Canguro o piel con piel en un mayor número de establecimientos de salud de todos los niveles, priorizando aquellos con atención neonatal de alta complejidad y poblaciones en situación de vulnerabilidad, mediante la adecuación de espacios, formación del personal y articulación con redes comunitarias de apoyo.
- **3.1.3** Incrementar el número de servicios de neonatología de puertas abiertas asegurando las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los pacientes.
- **3.1.4** Promover la implementación del parto culturalmente seguro en los servicios de salud de la RPIS, utilizando la herramienta de la OPS para la valoración y adecuación de estos espacios conforme a los principios de pertinencia cultural y respeto a los derechos de las pacientes.
- **3.1.5** Impulsar acciones para promover la lactancia materna exclusiva especialmente en la primera hora de vida, además el autocuidado, el cuidado y la comunicación con el recién nacido, incluye asegurar la disponibilidad de suministros para la extracción de leche materna y su almacenamiento. En los casos en que la lactancia materna directa no sea posible, se debe garantizar el acceso a métodos seguros para proveer la alimentación con leche materna extraída según los protocolos de la OMS. Todo lo anterior incluye: fortalecer y modernizar la red de bancos de leche humana, capacitar a los trabajadores de salud, y propiciar la defensa en los medios de comunicación y apoyo psicosocial y de pares.
- **3.1.6** Promover la creación de espacios comunitarios de alfabetización, comunicación y educomunicación en salud, para el cambio social y de comportamiento, con énfasis en temas materno-neonatales, reconocimiento de riesgos y fortalecimiento de capacidades para la toma de decisiones informadas y difusión de los mecanismos y medios de participación.

L 3.2 Promover una atención materna y neonatal libre de violencia, respete la dignidad de cada gestante, puérpera y recién nacido. Esto implica sensibilizar al personal de salud, brindar acompañamiento y reparación en casos de daño, fortalecer la formación en violencia de género y consolidar redes comunitarias que ayuden a proteger los derechos, escuchen las voces de las usuarias y garanticen acceso oportuno a la justicia.(94,122,131)

- **3.2.1** Establecer mecanismos y rutas locales para la gestión de reclamos, reparación y restitución en casos de daño, que garanticen el acceso oportuno a la justicia y la protección de los derechos de las usuarias y la articulación con organismos obligados a la protección.
- **3.2.2** Sensibilizar a los equipos de salud sobre la atención materna y neonatal humanizada, centrada en la persona y en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, incorporando el enfoque de género para reconocer y transformar prácticas basadas en estereotipos, desigualdades y relaciones de poder que reproducen discriminación y violencia obstétrica, y que vulneran la dignidad y los derechos de las usuarias.
- **3.2.3** Capacitar continuamente a los trabajadores de salud de todos los niveles y equipos para que presten apoyo de primera línea en casos de violencia de género, esta capacitación debe incluir el conocer las aptitudes apropiadas, saber cuándo y cómo preguntar, la mejor manera de responder a las inquietudes de las mujeres, cuando corresponda e incluye poder proporcionar conocimientos básicos sobre el tema de la violencia, activar protocolos y el manejo de aspectos relativos a la legislación vigente, los servicios existentes y el apoyo local disponible, así como el evitar las actitudes que resultan inapropiadas en los proveedores de servicios de salud
- **3.2.4** Asegurar las condiciones necesarias en los establecimientos de salud a nivel nacional para la activación de protocolos de atención a víctimas de violencia, que incluya la disponibilidad permanente de insumos, dispositivos y antirretrovirales (Kit Púrpura).

Objetivo 4. Mejorar la vigilancia de la salud materna y reducir el subregistro de muertes neonatales

Mejorar la atención materna y neonatal no depende solo de contar con datos, sino de los procesos de reporte notificación e interpretación y su transformación en acción. Durante el proceso de elaboración del diagnóstico y el análisis de problemas se evidencia que actualmente a nivel nacional la información disponible sobre muertes maternas y neonatales es incompleta, fragmentada y no totalmente accesible como para orientar decisiones políticas y técnicas. Existe escasa información sobre eventos extremadamente graves y abortos seguros. La falta de estandarización metodológica el subregistro de casos, la clasificación incorrecta de causas de muerte, la falta de interoperabilidad entre sistemas y la escasa capacidad de análisis territorial impiden una comprensión real del problema.

Adicionalmente, la información disponible no permite una identificación precisa de los territorios ni de los grupos en situación de vulnerabilidad, debido a la ausencia de estratificadores y variables de ubicación con mayor nivel de desagregación. Esto afecta la capacidad de focalizar intervenciones, monitorear inequidades y diseñar estrategias territorialmente pertinentes.

Todo lo anterior dificulta la posibilidad de identificar patrones, focalizar intervenciones y evaluar el impacto de las políticas implementadas. El problema se relaciona con determinantes del sistema de salud como baja inversión en tecnologías de información, estandarización de procesos, establecimiento de gobernanza de los datos e información y la falta de formación en auditoría clínica, así como una débil cultura institucional de transparencia.

Diversas experiencias muestran que fortalecer los sistemas de información en salud materna y neonatal ayuda mejora la calidad asistencial y permite respuestas más oportunas.

Se evidencia que iniciativas como la auditoría de muerte perinatal con sistemas electrónicos ha permitido fortalecer el liderazgo clínico, generando una cultura institucional sin culpa y mejorando la calidad del monitoreo.(137) Por otro lado la vigilancia realizada con herramientas validadas y con participación territorial, así como la armonización de estimaciones son de gran utilidad para generar datos confiables que ayuden a respaldar decisiones políticas. (138,139)

A nivel institucional, el uso del Sistema de Información Perinatal (SIP) ha mejorado la consistencia de registros mientras que la implementación de comités multiprofesionales para la mejora continua fortalece procesos y mejoran la calidad(88,136,140)

Otros aspectos relevantes son la implementación de sistemas para vigilar la mortalidad materna extremadamente grave y el establecimiento de indicadores para la rendición de cuentas y el reporte en tiempo real, esto ha permitido dar respuestas ágiles, esto debe acompañarse de registros civiles sólidos (88,141–143)

Además, la búsqueda intencionada de registros ha mostrado que cuando se revisan los casos con cuidado y se coordinan esfuerzos nacionales, se logra una mayor completitud en los registros de muertes maternas e infantiles, visibilizando vidas que antes quedaban fuera de las estadísticas.(144)

Finalmente se debe considerar el potencial de las tecnologías de la Información y Comunicación (TICS) para mejorar el acceso a la información y educación en salud. (145)

Estrategia 4. Fortalecer la capacidad y calidad de los sistemas de información en salud, mediante estrategias orientadas a reducir el subregistro y otras brechas de datos relacionados con la morbilidad materna y neonatal, incluyendo variables territoriales, sociodemográficas y de vulnerabilidad.

Líneas de acción

L4.1 Fortalecimiento de la gobernanza de la información a través de la estandarización de procesos para notificación, análisis y seguimiento para morbilidad mortalidad materno neonatal, e incorporación del enfoque de equidad en la producción y presentación de la información (77,127)

- **4.1.1** Priorización de la mejora y reporte de indicadores y obtención de datos relacionados con la salud materna y neonatal en los espacios de coordinación nacional, subnacional y local, e implementación de una encuesta nacional de salud que incluya variables relacionadas a las determinantes de la salud materna y neonatal en el Inter sector, respaldados por decretos ejecutivos o mandatos legales superiores.
- **4.1.2** Fortalecimiento de procesos de registro civil a través de la creación, difusión y control de la normativa para el llenado de los certificados de defunción
- **4.1.3** Estandarización de las metodologías de cálculo y armonización de estimaciones para la Razón de Muerte Materna y Tasas de Muerte Neonatal, así como la estandarización de los procesos de búsqueda activa de muertes maternas y neonatales
- **4.1.4** Implementar la vigilancia y definición de la normativa para el registro y notificación de Morbilidad Extremadamente Grave (*Near miss materno*) y abortos
- **4.1.5** Consolidar el uso obligatorio, sistemático y supervisado del formulario 051 en todos los establecimientos de la RPIS, como herramienta clave para el registro clínico, la trazabilidad de la atención materna y neonatal, y la mejora continua de la calidad
- **4.1.6** Incorporar en los análisis de salud materna y neonatal la desagregación por cantón y el uso de tasas estandarizadas para comparar territorios; incluir coberturas de atención por subgrupos de gestantes y neonatos y estratificadores de desigualdad (pobreza multidimensional, necesidades básicas insatisfechas, etnia y género). Implementar metodologías de análisis de brechas en territorios

priorizados que integren datos cuantitativos y cualitativos para identificar fallas en acceso, calidad y determinantes sociales. Para las coberturas se deberán desarrollar métodos de ajuste de proyecciones poblacionales.

L4.2 Fortalecimiento de las capacidades para la obtención de datos de calidad con participación de múltiples actores e implementar un Marco para la Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna y Perinatal (137,144–147)

- **4.2.1** Establecimiento de estándares de la calidad de los datos y ejecución de auditorías periódicas sobre la calidad de la información relacionada a las muertes maternas y neonatales, que permita identificar sensibilidad y especificidad del dato.
- **4.2.2** Fortalecimiento del proceso de registros médicos y clasificación de enfermedades (CIE) con designación de personal especializado y con funciones específicas para esta tarea.
- **4.2.3** Fortalecimiento y creación de los comités multiprofesionales para las auditorías de muertes maternas y neonatales y morbilidad materna extremadamente grave (*Near miss materno*)
- **4.2.4** Actualización, capacitación y fortalecimiento de los procesos de auditorías internas y externas de muerte materna y neonatal que incluyan el enfoque de superación de la culpa
- **4.2.5** Incluir en las mallas curriculares de medicina aspectos del llenado de registros de defunción
- **4.2.6** Sensibilizar a las comunidades con mayor subregistro de muertes neonatales sobre la importancia de la notificación

L4.3 Fortalecer la madurez de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación (TIC) para apoyar la toma de decisiones informadas, oportunas y basadas en evidencia en los distintos niveles de gestión en salud.(142,148)

- **4.3.1** Promover el despliegue y uso efectivo de la Historia Clínica Única en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud
- **4.3.2** Asegurar la inversión en sistemas de información interoperables con enfoque en datos vinculados a la salud materna y neonatal
- **4.3.3** Implementación de sistema electrónico para notificación auditorías de muerte materna y neonatal
- **4.3.4** Impulsar la adopción del Sistema de Información perinatal (SIP) para el registro de atención maternas y perinatales en todos los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de salud –Red Privada Complementaria (RPIS -RPC)
- **4.3.5** Implementar sistemas de georeferenciación para el mapeo estratégico de la muerte materna, muerte neonatal y morbilidad extremadamente grave, facilitando la identificación de clústeres de riesgo.

- **4.3.6** Desarrollar sistemas de alerta temprana automatizados para detección y respuesta ante casos de morbilidad materna extremadamente grave (Near miss materno)
- **4.3.7** Implementar las Tecnologías de la Información y Comunicación -TICS para optimizar el acceso a información educativa, apoyando a la toma de decisiones en gestantes y puérperas, familias y comunidades.

Objetivo 5. Promover el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos y prevenir los embarazos no intencionados

En el Ecuador, de acuerdo con los datos encontrados y los análisis realizados, los embarazos no intencionados, resultan una expresión de desigualdades y vacíos en la garantía de derechos sexuales y reproductivos. Muchas y muchos jóvenes inician su vida sexual sin información suficiente ni acceso real a métodos anticonceptivos, en entornos donde persisten diferencias culturales, territoriales y sociales que dificultan la toma de decisiones libres e informadas. La ausencia de espacios seguros para el diálogo y la educación integral en sexualidad deja a la juventud expuesta a embarazos no planificados que podrían haberse evitado.

Esta realidad impacta especialmente y de forma directa en la salud física y emocional de las adolescentes y condiciona su trayectoria educativa y laboral, perpetuando ciclos de pobreza y vulnerabilidad. La falta de estrategias sostenidas de prevención y promoción, adaptadas a las realidades culturales y territoriales, limita la capacidad de las comunidades y del sistema de salud para ofrecer herramientas efectivas que permitan a la población objetivo ejercer plenamente sus derechos y construir un proyecto de vida con mayores oportunidades.

Si bien las acciones educativas por sí solas elevan el nivel de información y sensibilización, no son suficientes para disminuir las tasas de embarazo sin una oferta accesible y sostenida de anticonceptivos.(149–153) Por ello, esta política reconoce la importancia de integrar enfoques culturalmente pertinentes, con participación comunitaria y articulación intersectorial, que garanticen tanto el derecho a la información como el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva.

Experiencias en diversos países indican que las intervenciones más efectivas para prevenir embarazos no intencionados en adolescentes combinan educación sexual con acceso directo a métodos anticonceptivos.(148–150,154,155) Estas estrategias han demostrado reducir significativamente el riesgo de embarazo, especialmente cuando se implementan en entornos escolares, comunitarios o clínicos, y se acompañan de enfoques transformadores de género y participación masculina (156,157). Además de mejorar el conocimiento y las actitudes, estas intervenciones fortalecen la autonomía de las y los adolescentes y promueven decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.(155,157,158)

Dado que el país cuenta con instrumentos especializados, tales como la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (PLENA) 2025 – 2029, que abordan dicha problemática de manera integral es importante aclarar que esta política no busca abarcar la totalidad de factores que inciden en la ocurrencia de

embarazos no deseados; ni duplicar esfuerzos, no obstante, se subrayan ciertas acciones prioritarias dentro del sistema de salud que han sido reiteradamente señaladas en los espacios participativos durante el proceso de formulación de esta política. Estas acciones guardan una estrecha relación con la prevención de muertes maternas y neonatales, y responden al compromiso de fortalecer una atención respetuosa, oportuna y centrada en las necesidades de las mujeres y sus familias.

Estrategia 5: Impulsar la generación y el fortalecimiento de acciones para la formación, diálogo y participación que promuevan el ejercicio informado, voluntario y culturalmente pertinente de los derechos sexuales y reproductivos y asegurar el acceso continuo y equitativo de métodos modernos de planificación familiar mediante la provisión de recursos, infraestructura y personal capacitado.

Líneas de acción:

L.5.1 Consolidar espacios comunitarios de promoción, formación y diálogo para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso informado, voluntario y culturalmente pertinente a métodos de planificación familiar y la participación de la población en edad reproductiva. (155,157–160) (160)

L.5.1.1 Coordinar acciones con actores territoriales como: MINEDUC, GADS y así como con redes, organizaciones y grupos de adolescentes, padres, familias, líderes comunitarios para el aprovechamiento de espacios educativos existentes, implementación de programas de prevención del embarazo adolescente en escuelas priorizadas y capacitación docente sobre salud sexual y reproductiva, para asegurar el acceso de las y los adolescentes a la orientación/educación oportuna y una vivencia de la sexualidad saludable, placentera y sujeta a derechos.

L.5.1.2 Incorporar indicadores específicos de calidad en la atención en salud sexual y reproductiva, especialmente en el grupo de adolescentes, que permitan monitorear la oportunidad, pertinencia, confidencialidad y la experiencia de estos en el proceso de atención

L.5.1.3 Mejorar el aprovechamiento de la plataforma escolar para la promoción de la salud mental y física, sexual y reproductiva y el bienestar de los niños, las niñas y adolescentes, incluida la educación sexual integral, así como la promoción de la continuidad escolar sobre todo en niñas y adolescentes.

L 5.1.4 Mejorar las condiciones de la población para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la toma de decisiones reproductivas con autonomía de las personas y promoviendo proyectos de vida diversos que cuestionen los modelos tradicionales de género, a través de campañas informativas, educación integral, servicios de salud culturalmente pertinentes, apoyo psicosocial y medidas legislativas y comunitarias, entre otros.

L5. Garantizar la disponibilidad de recursos, infraestructura y personal para la atención continua y el acceso equitativo a métodos modernos de planificación familiar, adecuados a las necesidades, contextos culturales y ciclos de vida de la población.(149,151,157,161)

- **5.2.1** Actualizar el cuadro básico de medicamentos para que se incluyan Métodos Anticonceptivos (MAC) adecuados para la población por ciclo de vida
- **5.2.2** Impulsar el incremento de la certificación de “Centros de Buenas Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva” a nivel nacional, para lograr una atención integral y de calidad en la atención de la interrupción legal del embarazo.
- **5.2.3** Garantizar la disponibilidad de los Métodos Anticonceptivos (MAC) modernos, priorizando las provincias con más altas tasas de fecundidad en adolescente y razón de muerte materna, incluye los anticonceptivos de larga duración (LARC)
- **5.2.4** Reorganizar las funciones y roles de los equipos de salud en el primer nivel de atención para garantizar un abordaje integral, oportuno y continuo de la atención de Salud sexual y reproductiva (SSR), adaptado a las necesidades del territorio y del ciclo de vida.
- **5.2.5** Capacitación del personal y equipo de salud para ofertar una atención en Salud sexual y reproductiva (SSR) sin juicio ni coerción y considerando el contexto cultural
- **5.2.6** Capacitar al personal de salud en la atención segura del aborto, de acuerdo con la normativa vigente.
- **5.2.7** Garantizar y monitorear la realización de la asesoría, atención anticonceptiva, preconcepcional y post evento obstétrico (APEO), de alta eficacia , espacialmente dirigidos a los grupos de edad de mayor riesgo obstétrico.

Monitoreo, evaluación e implementación de la política

8. Selección de indicadores y metas

Para la selección de indicadores se conformó un grupo de trabajo técnico integrado por especialistas en estadística, vigilancia epidemiológica, planificación, equidad del Ministerio de Salud Pública y especialistas de las agencias de OPS, UNICEF y UNFPA. La selección partió de una matriz de alineación elaborada en base a los compromisos nacionales, regionales y globales en la que realizó un refinamiento en base a la factibilidad y la existencia de fuentes de información, priorizando indicadores que permitieran monitorear resultados vinculadas a las líneas estratégicas.

Una propuesta innovadora, enfocada en el abordaje de las desigualdades para esta política es la de la presentación de metas para la razón de muerte materna y la tasa de muerte neonatal específicas para el nivel subnacional (por provincia), estos cálculos fueron realizados por especialistas del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud de la OPS, que adaptaron la metodología estandarizada "Algoritmo de Obtención de Metas del ODS3", combinando el análisis de tendencias históricas con criterios normativos de justicia distributiva, para definir los cambios porcentuales proyectados para cada provincia en tres escenarios propuestos (42) (Anexos 6 y 7).

Lo desarrollado en este capítulo tiene como propósito asegurar el seguimiento sistemático de la implementación de la política, evaluar su efectividad y generar evidencia oportuna para la toma de decisiones. Este proceso permitirá identificar avances, brechas y oportunidades de mejora en las intervenciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, garantizando la transparencia y la rendición de cuentas.

El monitoreo y la evaluación se conciben como un proceso continuo, participativo e intersectorial, que articula a los sectores involucrados a lo largo de todo el ciclo de la política pública: diagnóstico, formulación, implementación, seguimiento, evaluación y retroalimentación (147).

Para la definición de los indicadores de monitoreo y evaluación se tomó como referencia el Marco de monitoreo de la calidad del cuidado materno y neonatal para redes nacionales, el cual recomienda incorporar indicadores que evalúen la organización del cuidado, la experiencia de las usuarias y el acceso a los servicios (162). En coherencia con el ciclo de la política, durante el proceso de formulación se estableció la selección de indicadores alineados con los resultados esperados de las estrategias propuestas, así como indicadores de impacto que funcionen como trazadores del progreso general y permitan evaluar el cumplimiento de los objetivos a nivel más general. (163)

Asimismo, se incorporaron las recomendaciones del esquema para el tablero de indicadores con enfoque de desigualdades en salud para el *Near Miss* materno en el marco del SIP, que propone el monitoreo de acciones asistenciales clave, desagregaciones basadas en las principales causas de muerte materna y estratificadores relacionados con diferencias sociales.(164)

En relación con las metas, el Ministerio de Salud Pública estableció que la política tenga una vigencia de 10 años, considerando las modificaciones estructurales necesarias, los desafíos identificados para el cumplimiento de los objetivos y el desarrollo de las líneas de acción. A continuación, se presentan los indicadores de impacto, de resultado, los responsables de las acciones y las metas correspondientes:

Tabla 14 Tabla Indicadores trazadores (de impacto) y metas al 2035 (en proceso de definición, información colocada a modo de ejemplo)

INDICADOR	Estratificadores	Metas											CPA P base %
		2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035		
Razón de Muerte Materna	Edad, etnia, cantón, provincia, nivel de educación, estado civil	35.6				13.4							- 12.2 0%
Tasa de fecundidad en adolescentes	Grupos de edad (10-14/15-19), etnia, cantón, provincia, quintil económico												
Razón de Near miss materno	Edad de la madre, etnia, cantón, provincia, nivel de educación	pendient e línea base en base a tendencias											

8.1 Indicadores, metas y asignación de responsables

Estrategia	Objetivo específico	Líneas estratégicas	Líneas de acción	Indicador	Definición	Desagregación	Fuente de datos	Periodicidad	Responsables acciones	Meta
1. Garantizar el acceso oportuno, equitativo a controles prenatales integrales y al seguimiento neonatal temprano, como parte de una atención continua centrada en la gestante y el recién nacido, digna, respetuosa y con pertinencia cultural	Implementación de redes integradas	2.1 Fortalecimiento e implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud con énfasis en el Cuidado Obstétrico y Neonatal, basadas en las necesidades poblacionales	Actualizar e implementar el manual operativo de las redes CONE.	Proporción de gestantes y neonatos de riesgos referidos oportunamente al servicio acorde a su nivel de complejidad	Mide la proporción de gestantes y neonatos clasificados como de alto riesgo que fueron referidos dentro del tiempo clínicamente recomendado al establecimiento de mayor complejidad, garantizando continuidad y oportunidad en la atención	Etnia, Cantón, Provincia, Nivel de educación	PRAS/HIS - MSP; AS400 .JESS - SIVE Alertas; Registro de Referencia y Contrareferencia; fichas de riesgo materno y neonatal; reportes zonales	Trimestral	MSP – Dirección Nacional de Estrategias; Direcciones provinciales; Establecimientos del primer y segundo nivel; Red Pública Integral de Salud	≥ 90% de referencias oportunas (estándares de redes integradas de servicios OPS/OMS)
			Conformar redes CONE con base en la proyección poblacional de gestantes y recién nacidos							
			Fortalecer las capacidades gerenciales de los equipos responsables de la planificación, coordinación y evaluación de las redes de cuidado obstétrico y neonatal, asegurando liderazgo técnico y una articulación territorial efectiva							
			Desarrollar, validar y difundir documentos técnicos para la categorización de riesgos neonatales, que activen los mecanismos de coordinación y respuesta dentro de la red de servicios de salud.							
			Establecer espacios de coordinación con actores territoriales para mejorar el acceso a los establecimientos de salud especialmente para gestantes y neonatos							
			Implementar mecanismos de agendamiento y horarios adaptados a las necesidades de gestantes y neonatos							
			Incorporar el Plan de Parto y Preparación para Complicaciones (BPCR) dentro de la atención prenatal.							
	Articulación con las MTCI	2.2 Fortalecimiento de los mecanismos de articulación con las medicinas ancestrales y tradicionales de manera respetuosa	Registro nacional actualizado y completo de identificación de parteras/parteros ancestrales articulados con el SNS	Porcentaje de establecimientos de salud que realizan referencias comunitarias	Mide la proporción de establecimientos del primer nivel con identificación de agentes comunitarios (promotores/parteros/as/indios) que ejecutan procesos formales de referencia comunitaria hacia servicios de salud, garantizando continuidad del cuidado y articulación con actores	Tipo de ES, Cantones, Provincia	Registros de referencia y contrareferencia; Informes de visitas domiciliarias; reportes de agentes comunitarios; HIS; actas de comités locales de salud	Trimestral	MSP – Primer Nivel de Atención; Coordinaciones Zonales; Establecimientos de salud; Equipos de Atención Integral en Territorio	≥ 80% de establecimientos del primer nivel con agentes comunitarios identificados realizando referencias comunitarias (estándares de redes integradas OPS/OMS)
			Fortalecer las capacidades y sensibilizar a los equipos de salud intercultural y procesos de comunicación con la comunidad.							
			Incorporar en la formación de las y los futuros profesionales de salud el enfoque intercultural y el valor de la medicina ancestral.							
			Asegurar la dotación del kit de parto limpio: Proveer y reponer periódicamente el kit estandarizado de insumos esenciales para garantizar la seguridad e higiene en los partos atendidos en la comunidad.	Porcentaje de aceptabilidad de los servicios de salud	Mide la proporción de personas que consideran que los servicios de salud recibidos fueron aceptables según criterios de satisfacción, trato, oportunidad, claridad de información y resolución del problema de salud	Etnia, Edad, quintil económico Cantón, Provincia, Nivel de educación	Encuesta Nacional Multipropósito de Hogares – INEC; módulo de salud; variables de satisfacción y percepción del servicio	Anual	INEC; MSP (para uso sectorial); Gobiernos locales; Observatorios de salud	≥ 80% de aceptabilidad
			Incorporar en la formación de las y los futuros profesionales de salud el enfoque intercultural y el valor de la medicina ancestral.							
	Fortalecer la articulación intersectorial	2.3 Fortalecimiento de los espacios de articulación y la generación de alianzas estratégicas para la mejora de la salud materna y neonatal, la salud sexual y reproductiva y la salud de las y los adolescentes	Fortalecimiento de capacidades en determinantes sociales, gobernanza intersectorial, análisis de datos, participación social y herramientas de planificación conjunta, y negociación en salud	Brecha de mortalidad materna entre el quintil de menores ingresos y el quintil de mayores ingresos en el territorio*	Diferencia absoluta entre la RMH del quintil más pobre y la RMH del quintil más rico en un territorio, expresada por 100.000 nacidos vivos.	Cantón; área urbana/rural; edad materna; etnia; quintil de ingresos; nivel educativo; período (año).	Registros vitales (defunciones y nacimientos), registros administrativos MSP, encuestas poblacionales y datos socioeconómicos del INEC, base de datos integrada para estratificación por quintiles.	Anual	Mesas intersectoriales	Reducir la brecha absoluta de RMH entre Q1 y Q5 en el territorio en 50% respecto a la línea base 2025 para el año 2035
			Promover la creación y consolidación de instancias permanentes de gobernanza intersectorial							
			Implementar procedimientos de Análisis de Impacto en Salud y Equidad, utilizando herramientas e instrumentos validados y un marco de evaluación con base en los determinantes, para todas las políticas, programas y proyectos de sectores no sanitarios que puedan afectar la salud materna y neonatal							
			Crear e implementar protocolos de referencia intersectorial, con énfasis entre los sectores involucrados (educación, protección social, salud) en la salud materna y neonatal.							

Estrategia	Objetivo específico	Líneas estratégicas	Líneas de acción	Indicador	Definición	Desagregación	Fuente de datos	Periodicidad	Responsable	Meta
2. Garantizar una atención materna y neonatal de calidad, centrada en la gestante y el recién nacido, fortaleciendo el primer nivel de atención, asegurando la disponibilidad de infraestructura, insumos y equipos humanos comprometidos, promoviendo prácticas clínicas basadas en evidencia, y escuchando activamente las voces de las mujeres, familias y comunidades para mejorar continuamente los servicios que acompañan el embarazo, el parto, puerperio y el nacimiento	Asegurar la inversión y financiamiento	1.1 Asegurar la inversión en el Primer Nivel de Atención y la distribución equitativa de recursos fortaleciendo territorio prioritario	Asignar el 30% del Presupuesto General en salud para inversión en el Primer Nivel de Atención.	Porcentaje del presupuesto de salud destinado al primer nivel de atención.	Mide la proporción del gasto total en salud que se asigna y ejecuta en el primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud, incluyendo establos clínicos tipo A, B, C, puntos de salud propios de APS, promoción, prevención y salud comunitaria.	no aplica	SPREN, CSIGET, Cuentas de Salud del Ecuador (SHG) (INEC/MSF), informes de ejecución presupuestaria del MSP.	Anual.	Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Prestación, Ministerio de Economía y Finanzas – Subsecretaría de Presupuesto; INEC – Cuentas de Salud.	Almuerzo 30% del presupuesto público en salud destinado al primer nivel para 2020.
			Asignar el 30% del presupuesto de los grupos de atención prioritaria de los GADs para acciones generadas para promover la salud materna y neonatal.	Porcentaje del presupuesto para grupos de atención prioritaria de los GADs destinados específicamente a acciones de promoción, prevención y apoyo a la salud materna y neonatal.	Mide la proporción del presupuesto asignado a grupos de atención prioritaria de los GADs destinados específicamente a acciones de promoción, prevención y apoyo a la salud materna y neonatal.	cantonal	SGAD; POA y PNC del GAD; informes de ejecución presupuestaria; SPNAP; Consejo Cantonal de Protección de Derechos.	Anual.	Dirección Financiera del GAD; Dirección de Desarrollo Social/ Unidad de Gestión Prioritaria; Consejo Cantonal de Protección de Derechos; Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil.	Almuerzo 30% del presupuesto para grupos prioritarios destinado a salud materna y neonatal.
			Priorizar recursos de la cooperación internacional y ONGs en salud materna y neonatal.							
			Promover la participación del sector empresarial mediante mecanismos de responsabilidad social empresarial (RSE).	Porcentaje de cumplimiento del Papeete Priorizado de la Gestante y del Recién Nacido.	Mide el grado en que las gestantes y neonatos reciben la totalidad de las intervenciones definidas en el Papeete Priorizado del MSP, orientado a reducir la mortalidad materna, neonatal y la desnutrición crónica infantil.	Canton, provincia, NBI	PRAS-ROAACA, TAMEN/RENT, MSP, EISS, SIFTA; Registro de Gestantes y Niños Menores de 2 años; PNC del Ecuador; SPNAP; Reportes de establecimientos de salud.	Trimestral.	Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; Coordinaciones Zonales/Divisiones Provinciales; Establecimientos de salud del primer nivel; Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil; MINEDUC.	a 10% de cumplimiento del papeete priorizado en gestantes y neonatos en población de preescolar y nacional de 0-5 años.
	Distribución equitativa de los recursos	1.2 Asegurar la disponibilidad de infraestructura, insumos, humanos suficientes y competentes e insumos y equipamiento esenciales para la atención segura de gestantes y recién nacidos fortaleciendo los territorios más vulnerables	Distribución equitativa de recursos en salud a lo largo del territorio, incluye la disponibilidad de personal especializado.							
			Reorganización de la infraestructura, para asegurar la disponibilidad y acondicionamiento de salas de parto adecuadas, con pertinencia cultural.							
			Mejorar la cobertura y atención para el personal de salud en zonas de difícil acceso o complejas.	1. Cobertura de gestantes 2. Cobertura de NN	Mide la proporción de gestantes y NN que han sido captados sobre el total de gestantes y NN previstos para un territorio definido.	Canton, provincia, zona	PRAS-ROAACA, TAMEN/RENT, MSP, EISS, SIFTA; Registro de Gestantes y Niños Menores de 2 años; INEC (proyecciones poblacionales); SPNAP; Reportes de establecimientos de salud.	Trimestral/ Semestral/ Anual	Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; Coordinaciones Zonales/Divisiones Provinciales; Establecimientos de salud del primer nivel; Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil; MINEDUC.	a 10% de cobertura en primeros atendidos en gestantes y neonatos en población de preescolar y nacional de 0-5 años.
			Reorganizar los roles y funciones de los profesionales y personal del equipo de salud, promotores, y vigilantes comunitarios.							
	Fortalecimiento de capacidades	1.3 Fortalecimiento de capacidades para la atención y cuidado de gestantes graves y con enfermedades infecciosas y recién nacidos pequeños y enfermos basados en la mejor evidencia disponible	Elaborar el listado de medicamentos e insumos esenciales y garantizar su disponibilidad.							
			Establecer mecanismos para asegurar la disponibilidad de transporte de emergencias para gestantes y recién nacidos graves.							
			Establecer estándares de Calidad que incluyan estándares de INE y NAC, los ES con atención de parto.	1. Incidencia de Neutrofilia asociada al uso de ventilador mecánico (NAIMV) o neonatal 2. Incidencia de Neutrofilia postparto por parto	Mide la frecuencia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en mujeres que dieron a luz en el establecimiento, y definiciones graves como indicador de calidad, integridad y seguridad del paciente.	Tipo de ES, Cantones, Provincia	Registros clínicos; vigilancia epidemiológica; control de IAAS; reportes de laboratorio; auditorías clínicas.	Trimestral/ Semestral/ Anual	MSP, RPS-RPC, ACESG.	Documentos NAC/NEC.
			Actualizar el rol de los equipos de Salud de Práctica Clínica (SPC) para la atención de las principales causas de muerte materna y neonatal, emergencias obstétricas y neonatales, abortos y atención y cuidado del recién nacido sano.							
	Fortalecer la participación social	1.4 Incorporar la voz de las usuarias en la mejora continua de la atención materna y neonatal y fortalecer los procesos de veeduría y control social alrededor de los indicadores relacionados con la salud materna y neonatal	Formar procesos de certificación y validación del personal de salud en atención materna y neonatal.	Tasa de mortalidad materna hospitalaria debido a complicaciones obstétricas.	Porcentaje de muertes maternas no controladas por complicaciones obstétricas directas entre el total de complicaciones obstétricas directas atendidas en el hospital, en un período determinado. Mide la letalidad hospitalaria asociada a complicaciones obstétricas directas y permite evaluar la capacidad reactiva y la calidad de la atención obstétrica.	Institución, Tipo de ES, Cantones, Provincia	Registros hospitalarios de muertes maternas, registros hospitalarios (INEC).	Trimestral.	ACCES, MSP, Academia, CODES.	La tasa no debe superar el 1% (meta MSP).
			Incorporar en los manuales curriculares de los Centros de salud contenidos sobre la atención de las principales causas de muerte mortalidad materna y neonatal.							
			Generación de diagnósticos situacionales de salud en los territorios, medición de cuentas y visualización pública sobre la salud materna y neonatal.							
			Evaluar las experiencias y percepciones de las mujeres sobre la atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio.							
	Fortalecer la participación social	1.4 Incorporar la voz de las usuarias en la mejora continua de la atención materna y neonatal y fortalecer los procesos de veeduría y control social alrededor de los indicadores relacionados con la salud materna y neonatal	Impulsar y fortalecer los programas de educación para mejorar el embarazo y el parto de las.							
			Establecer mecanismos periódicos (como encuestas, sondeos y encuestas) a partir de los datos de cuentas y medición de los indicadores relacionados con la salud materna y neonatal fortaleciendo los mecanismos de veeduría y control social existentes.	Índice de experiencias positivas en la atención de servicios de salud materna y neonatal (basado en PNE/NE).	Mide la proporción de mujeres que reportan experiencias positivas durante la atención materna y neonatal, integrando percepciones de trato digno, comunicación, participación, apoyo emocional, respeto y satisfacción con los resultados de salud.	ESG, ES, quinié económico Cantón, Provincia, Nivel de educación	Encuestas experiencia de la usuaria (ESAMH) del MSP; encuestas de satisfacción usuaria; entrevistas de calidad; plataformas digitales de recolección de datos.	Trimestral/ Semestral/ Anual	MSP – Dirección Nacional de Calidad; Divisiones provinciales; Establecimientos de salud; Unidades de Atención al Usuario.	a 80% de experiencias positivas (entrevistas telefónicas de calidad centradas en la persona – QNAC/SPS).
			Comer con visualizadores y tableros de Consejo público de la información y rendición de cuentas en todos los niveles relacionados a salud materna y neonatal y de salud sexual y reproductiva, en todos los niveles, pero especialmente en el nivel local.							
			Definir indicadores para el monitoreo vinculados a la calidad de la atención y cuidados maternos y neonatales.							

Estrategia	Objetivo específico	Líneas estratégicas	Líneas de acción	Indicador	Definición	Desagregación	Fuente de datos	Periodicidad	Responsable de la acción	Meta 2035
3. Garantizar una atención materna y neonatal libre de violencia obstétrica y ginecológica, mediante prácticas humanizadas, culturalmente pertinentes y centradas en los derechos, que fortalezcan el vínculo afectivo, promuevan la participación informada y aseguren la reparación en casos de daño.	Atención humanizada	2.3 Implementación de prácticas humanizadas, culturalmente pertinentes y centradas en los derechos, que fortalezcan el vínculo afectivo, promuevan la participación informada y aseguren la reparación en casos de daño.	Incrementar de la certificación de ESAMN en la RPS-IPC	Porcentaje de mujeres que recibieron atención en los SS que reportan haber sufrido violencia obstétrica y/o ginecológica	Mide la proporción de mujeres que reportan haber experimentado violencia obstétrica o ginecológica en servicios de salud	Edad, Etnia, quintil socioeconómico, Cantón, Provincia, Nivel de educación	ENVIOHU – Encuesta Nacional de Violencia de Género contra las Mujeres (INEC).	periódica	Ministerio de Salud Pública – Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; Coordinaciones Zonales/Direcciones Provinciales; Establecimientos de salud del primer nivel; Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil; MINEDUC	tendencia a la reducción en comparación a años anteriores
			Implementar y fortalecer la iniciativas para el cuidado centrado en el RN y su familia	Porcentaje de RN bajo peso que iniciaron el método pñal con pñal o MMC	Mide la proporción de recién nacidos con peso < 2500 g que fueron iniciados en Método Canguro (MC) o admitidos a unidad RN.	Edad de la madre, Etnia de la madre, Nivel de instrucción de la madre	Registros de nacido vivo y registros clínicos en salas de neonatología, hojas KPI/Pñal con Pñal	Mensual / Trimestral	MSP, RPS-IPC, Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil	≥ 80% (CPIR).
			Sensibilizar a los equipos de salud sobre atención humanizada, centrada en a persona y DR y DR							
			Promover la implementación del parto culturalmente seguro en los servicios de salud de la RPS.	Porcentaje de RN en los que se aplicó las prácticas integrales del RN	Proporción de nacidos vivos en los que se aplicó las prácticas integrales del RN	Tipo de parto (vaginal/cesárea); Lugar de nacimiento (hospital, centro de salud, domicilio, cantón); peso al nacer; región; urbanización; atención por personal capacitado; Etnia de la madre	Registro de nacidos vivos	anual	MSP, RPS-IPC	99 % de los RN nacidos vivos reciben las 3 prácticas integrales
			Impulsar acciones para promover la lactancia materna exclusiva especialmente en la primera hora de vida, además el autocuidado, el cuidado y la comunicación con el recién nacido.							
			Promover espacios de alfabetización en salud, con énfasis en temas materno-neonatales.	Proporción de alfabetización en salud mujeres gestantes	Mide la proporción de mujeres gestantes que alcanzan el umbral definido para categorizar como alfabetización en salud	Edad, nivel educativo, zona urbanización, quintil socioeconómico, etnia, trimestre gestacional o meses postparto, región/provincia.	Actualmente NO DISPONIBLE Encuesta presenciales o digitales por personal entrenado; región, fecha, edad, nivel educativo y variables sociodemográficas para desagregación.	ANUAL	MSP, MINEDUC, Secretaría de Comunicación, RPS-IPC	Por definir línea base, se espera tendencia al incremento
	Atención libre de violencia	2.4 Promover una atención materna y neonatal libre de violencia obstétrica, respete la dignidad de cada gestante, puérpera y recién nacido. Esto implica sensibilizar al personal de salud, brindar acompañamiento y consolidar redes comunitarias que ayuden a proteger los derechos de gestantes, puérperas y RN.	Establecer mecanismos y rutas locales para la gestión de reclamos, reparación y restitución en casos de daño, que garanticen el acceso oportuno a la justicia y la protección de los derechos de las usuarias y la articulación con organismos obligados a la protección.	Porcentaje de mujeres que reportan haber experimentado violencia obstétrica o ginecológica en servicios de salud	Mide la proporción de mujeres que reportan haber experimentado violencia obstétrica o ginecológica en servicios de salud	Edad, nivel de instrucción educativa, zona urbanización, quintil socioeconómico, etnia, región/provincia.	ENVIOHU – Encuesta Nacional de Violencia de Género contra las Mujeres (INEC).	periódica	MSP, Ministerio de Justicia, Ministerio de la Mujer, Fiscalía, Subsecretaría de Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, Niños, Niñas y Adolescentes, MES, GAD, Sociedad Civil, Cooperación Internacional	tendencia a la reducción en comparación a años anteriores
			Sensibilizar a los equipos de salud sobre la atención materna y neonatal humanizada, centrada en la persona y en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, incorporando el enfoque de género							
			Capacitar continuamente a los trabajadores de salud y equipos para que presten apoyo de primera línea en casos de violencia de género, y la activar protocolos y el manejo de aspectos relativos a la legislación vigente.							
			Asegurar las condiciones necesarias en los establecimientos de salud a nivel nacional para la activación de protocolos de atención a víctimas de violencia, que incluye la disponibilidad permanente de insumos, dispositivos y antídotos							

Estrategia	Objetivo específico	Lineas estratégicas	Lineas de acción	Indicador	Definición	Desagregación	Fuente de datos	Periodicidad	Responsable	Meta
4. Fortalecer la capacidad de los sistemas de información en salud, mediante estrategias orientadas a reducir el subregistro y otras brechas de datos relacionados con la morbi-mortalidad materna y neonatal, incluyendo variables territoriales, sociodemográficas y de vulnerabilidad.	Fortalecer la gobernanza de la información	4.1 Fortalecimiento de la gobernanza de la información a través de la estandarización de procesos para notificación, análisis y seguimiento para sostenibilidad mortalidad materna neonatal, e incorporación del enfoque de equidad en la producción y presentación de la información	Priorización de la mejora de Indicadores y mejora de la recopilación y análisis de datos relacionados con la salud materna y neonatal en los aspectos de coordinación nacional	Complejidad del registro de muertes maternas (%) (Estimación de subregistro)	Porcentaje de muertes maternas registradas en el sistema oficial (CRVS / registros sanitarios) respecto a una estimación de referencia obtenida mediante estudio de validación (capture-recapture, revisión múltiple de fuentes o estudio local de referencia). Fórmula: la proporción de muertes maternas detectadas por el sistema frente al total estimado, y permite cuantificar el subregistro.	Provincia, cantón, establecimiento de salud. Área: urbana / rural. Edad, etnia, nivel educativo, quintil de ingreso (si datos permitiesen). 3	Estudios que reciben: - Registros civiles (CRVS), notificaciones MDSR, registros hospitalarios (defunciones maternas). - Denominador: Estudios de referencia locales (capture-recapture, revisiones múltiples de fuentes, verbal autopsy), o estimaciones ajustadas por PHRS/INEC cuando no existan estudios locales. - Complementarias: bases de datos de hospitales, funerarias, registros policiales, registros de atención primaria. 3,4,5	Anual	Registro Civil, RIMS, RPC, INEC, MSP	Aumentar la completitud hasta 95% en el territorio para 2030, con metas intermedias: 85% para el 2025
			Creación, difusión y control de la normativa para el diseño de los certificados de defunción							
			Estandarización de las metodologías de obtención y armonización de estimaciones para la Red de Muerte materna y muerte neonatal, así como la estandarización de los procesos de búsqueda activa de muertes Maternas y neonatales							
			Fortalecimiento de la vigilancia y definición de la normativa para el registro y notificación de Mortalidad extremadamente grave y atípica							
			Consolidar el uso obligatorio, sistemático y superviado del formulario OIS en la RPS							
			Incorporar variables de desagregación por cantones y uso de bases estandarizadas para comparar territorios, coberturas de atención en los grupos de gestantes y neonatos, estratificación de desigualdad							
	Fortalecer la capacidad de análisis	4.2 Fortalecimiento de las capacidades para la obtención de datos de calidad con participación de múltiples actores e implementar un Marco para la Vigilancia y Respuesta a la Mortalidad Materna y Perinatal	Definición de estándares de calidad de los datos y procesos de auditoría de la calidad del dato	Cobertura de Implementación del Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna Extremadamente Grave (%)	Porcentaje de establecimientos de salud del territorio que han implementado un sistema funcional de vigilancia de eventos Near Miss materno, conforme a los criterios nacionales (protocolos, notificación sistemática, comités de revisión y flujo de datos hacia MDSR).	Provincia; cantón; Tipo de Establecimiento; área urbana/rural;	Registros de Implementación y certificación de Coordinación Zonales/ Provinciales MSP, reportes, listado nacional de establecimientos; actas de comités de revisión.	Trimestral /Anual	MSP, RIMS, RPC	+90% de establecimientos de nivel I, II y III con sistema implementado y funcional para el 2030, .
			Mejora de los registros médicos y clasificación de enfermedades con desagregación de personal con funciones específicas y capacidad							
			Fortalecimiento y creación de los comités multiprofesionales para las auditorías de muertes maternas y neonatales y near miss							
			Fortalecimiento de los procesos de auditorías internas y externas de muerte materna y neonatal							
			Incluir en las guías curriculares de medicina aspectos del diseño de registros de defunción							
			Sensibilizar a las comunidades con mayor subregistro de muertes neonatales sobre la importancia de la notificación							
	Fortalecer los sistemas de información	4.3 Fortalecer los sistemas de tecnologías de la información y comunicación (TIC) para apoyar la toma de decisiones informadas, oportunas y basadas en evidencia en los distintos niveles de gestión en salud.	Impulsar las acciones para el uso de la Historia Clínica Única en el SNS							
			Asegurar la inversión en sistemas de información interoperables con enfoque en datos vinculados a la salud materna y neonatal							
			Implementación de sistema electrónico para auditorías de muerte materna y neonatal							
			Impulsar la adopción del sistema SIP (Sistema de Información Perinatal) para el registro de atención maternas y perinatales en todos los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de salud -Red Pública Complementaria (RPS -RPC)							
			Implementar sistemas de georreferenciación de la muerte materna neonatal y morbilidad extremadamente grave							

Estrategia	Objetivo específico	Líneas estratégicas	Líneas de acción	Indicador	Definición	Desagregación	Fuente de datos	Periodicidad	Responsable	Meta
5. Asegurar el acceso continuo y equitativo de métodos modernos de planificación familiar mediante la provisión de recursos, infraestructura y personal capacitado, e impulsar el uso y el fortalecimiento de acciones para la formación, diálogo y participación que promuevan el ejercicio informado, voluntario y culturalmente pertinente de los derechos sexuales y reproductivos	Asegurar Recursos para SSR	5.1 Asegurar el acceso continuo y equitativo de métodos modernos de planificación familiar mediante la provisión de recursos, infraestructura y personal capacitado, e impulsar el uso y el fortalecimiento espacios comunitarios de formación, diálogo y participación que promuevan el ejercicio informado, voluntario y culturalmente pertinente de los derechos sexuales y reproductivos	Actualizar el cuadro básico de medicamentos para que se incluyan MAC adecuados para la población por ciclo de vida	1. Tasa de embarazos no deseados = número estimado de embarazos no intencionales por cada 1 000 mujeres de 15-49 años en un periodo dado (anual)	Estimación de la tasa de embarazos no deseados (específica por país)	Ninguna	Encuestas de población	frecuente-anual	MINEDEC, MSP, RPIS-RPC, GAD, sociedad Civil (grupos de adolescentes)	Se debe definir en base a la estimación, se espera una tendencia a la reducción
			Garantizar la disponibilidad de los MAC modernos priorizando las provincias con más altas tasas de fecundidad en adolescentes y muerte materna.							
			Reorganizar las funciones y roles de los equipos de salud en el primer nivel de atención para garantizar un abordaje integral, oportuno y continuo de la atención de SSR, adaptado a las necesidades del territorio y del ciclo de vida.							
			Capacitación del personal y equipo de salud para ofertar una atención en SSR sin juicio ni coerción.							
			Capacitar al personal de salud en la atención segura del aborto de acuerdo con la normativa vigente							
			Garantizar y monitorear la realización de la asesoría y anticoncepción post evento obstétrico (APEO)							
	Espacios de promoción	5.2 Consolidar espacios comunitarios de promoción, formación y diálogo para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el acceso informado, voluntario y culturalmente pertinente a métodos de planificación familiar y la participación de la población en edad reproductiva.	Coordinar acciones con actores territoriales para el aprovechamiento de espacios educativos existentes sobre salud sexual y reproductiva							
			Incorporar indicadores específicos de calidad en la atención en salud sexual y reproductiva, especialmente en el grupo de adolescentes							
			Mejorar el aprovechamiento de la plataforma escolar para la promoción de la salud mental y física, sexual y reproductiva y el bienestar de los niños, las niñas y adolescentes							
			Mejorar las condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la toma de decisiones reproductivas con autonomía de las personas							

8.2 Vinculación de la Política con el sistema de planificación

Documento	Alineación	Indicadores de interés de la política	Metas
Objetivos de desarrollo Sostenible	ODS 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades		Para 2030, reducir la Razón mundial de mortalidad materna
		3.1.1 Razón de mortalidad materna	
		3.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna
		3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal	Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal y la mortalidad de niños menores de 5 años
		3.7.2 Proporción de mujeres en edad fértil que usan algún método de PF moderno	Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
		3.8.1 Cobertura de servicios esenciales (salud reproductiva, salud materna, neonatal e infantil) foco en poblaciones vulnerables	Para el 2030 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
		3.b.3 Proporción de centros de salud que tienen un conjunto básico de medicamentos asequibles y de manera sostenible)	Para el 2030 Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos, y facilitar el acceso a medicamentos esenciales asequibles.
		3.c.1 Densidad y distribución de trabajadores sanitarios (incluye obstetras)	Para el 2030 Aumentar la financiación de la salud y fortalecer la contratación, formación y retención del personal sanitario.
	OSD 5 Igualdad de género	5.2 .1 / 5. 2.Proporción de mujeres y niñas que han sufrido violencia física, sexual o psicológica a manos de su actual o anterior pareja en los últimos 12 meses	Para el 2030 eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas, en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

Agenda de Salud Para las Américas	Ob.1 Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades	Tasa de mortalidad por causas evitables	1.1 Reducir al 50% la tasa regional de mortalidad por causas evitables mediante la atención de la salud
		Razón de muerte materna x 100 00 NV	1.2 Reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 30 por 100 000 NV en todos los grupos poblacionales incluidos aquellos con mayor riesgo
		Tasa de muerte neonatal	1.3 Reducir la tasa de mortalidad neonatal a menos de 9 x 1000 NV en todos los grupos poblacionales incluidos los de mayor riesgo (adaptación meta 33.1)
	Ob 2 . Fortalecer la rectoría y la gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social	Cobertura Universal de Salud	2.1 Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud
	Ob 3. Fortalecer la gestión y desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud	Numero de TS por 10 000 habitantes	3.1 Asegurar la disponibilidad adecuada de 44,5 trabajadores de salud x 10 000 habitantes, calificado y cultural y lingüísticamente adecuado y bien distribuido
	Ob 5. Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y otras tecnologías	Acceso oportuno a medicamentos	5.1 Asegurar el acceso oportuno a medicamentos esenciales
	Ob 6. Fortalecer sistemas de información para toma de decisiones	Fortalecer sistemas de información	6.1 Fortalecer la capacidad de análisis para la toma de decisiones
	Ob9 Reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos y violencia y trastornos de salud mental	Mortalidad prematura	9.1 reducir la mortalidad prematura por las ENT en un tercio, por medio de prevención y tratamiento
	Ob 10. Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas	Mortalidad prematura	10.3 Eliminar la transmisión vertical de VIH y sífilis congénita

	Ob 11. Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud	reducción de brechas / implementación de monitoreo de desigualdades	11.1 Demostrar una marcada reducción en las brechas de inequidad en salud medida mediante los estratificadores (manual de monitoreo de desigualdades OMS)
Plan Nacional de desarrollo 2025-2029 "Ecuador no se detiene"	Objetivo 1. Eje social: Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades	Razón de muerte materna x 100 00 NV	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.
		Tasa de embarazo adolescente y en niñas	Reducir la tasa específica de nacimientos en niñas de 10 a 14 años de 2,04 en el 2024 a 1,95 en el 2029
		Tasa de embarazo adolescente y en niñas	Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de 39,55 en el 2024 a 33,90 al 2029
Plan Decenal de Salud 2021 -2030	Garantizar el derecho a la salud de la población ecuatoriana mediante un sistema de salud integral, equitativo, eficiente, resiliente e intercultural	Porcentaje de atención de partos por personal calificado	Ob. 1 Incrementar la atención de partos por personal calificado en el área rural al 98,5%.
		Razón de muerte neonatal	Ob1 Reducir la tasa de mortalidad neonatal de 4,6 a 4,0 por cada 1.000 nacidos vivos.
		Número de personas con contusiones, heridas y muertes por efecto de violencia social, de género e intrafamiliar.	Ob 1 Implementar una estrategia sectorial de salud para apoyar las políticas de prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar.
		Proceso completado	Ob 2 Gestionar la oficialización de Ley sustentada en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
		Tasa de embarazo en adolescentes y niñas	Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en adolescentes (15-19 años) del 54,6 al 16,9 por cada 1.000 nacidos vivos.

		Tasa de embarazo en adolescentes y niñas	Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en niñas (10-14 años) del 2,0 al 0,52 por cada 1.000 nacidos vivos.
		% de lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad	Incrementar el porcentaje de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad de 62,1% a 65,7%.
		% de niños de hasta 18 meses con VIH positivo	Reducir el porcentaje de niños de hasta 18 meses de edad diagnosticados con VIH positivos por transmisión vertical (materno-infantil).
		Concentración de controles en el embarazo	Incrementar a 80% las mujeres embarazadas que cuentan con al menos 4 controles prenatales.
		Razón de muerte materna x 100 00 NV	*Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 33,1 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.
		Porcentaje de atención de partos por personal calificado en área rural	Incrementar la atención de partos por personal calificado en el área rural al 98,5%.
		% de muertes prematuras	Reducir en un 25% la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.
		Actividades en Centros de salud con participación de actores de la Medicina ancestral	Incrementar a 80% las actividades de los centros de salud que cuentan con la participación de al menos dos aliados estratégicos y actores de la Medicina Tradicional, Complementaria y actores de la Medicina Ancestral-tradicional y Alternativa-Complementaria
		% de cumplimiento del paquete priorizado gestantes	El 100% de las unidades de primer nivel de atención del MSP otorgan el paquete priorizado para gestantes y niños menores de 2 años.

		Porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención con población adscrita	El 100% de las unidades de primer nivel de atención del MSP con población adscrita territorialmente.
		Índice de satisfacción de la calidad de los servicios de salud del MSP	Incrementar la percepción de la satisfacción de la calidad de los servicios del MSP y del SNS.
		% Mujeres en edad reproductiva que tienen necesidades de planificación familiar satisfechas	Incrementar al menos al 69% el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyas necesidades de anticoncepción se encuentran satisfechas.
		Porcentaje de unidades de primer nivel con abasto de medicamentos esenciales	100% de unidades de primer nivel cuentan con el abasto de medicamentos esenciales de acuerdo con su capacidad resolutive.
		trabajadores de salud por 10.000 habitantes.	Incrementar la proporción de enfermeras que trabajan en los servicios de salud de 0,34 a 0,52 por cada médico.
		trabajadores de salud por 10.000 habitantes.	Incrementar al 44,5 trabajador/as de la salud por cada 10.000 habitantes
		% de la población que informa barreras de acceso	Reducir la población que informa sobre obstáculos de acceso a los servicios de salud, en al menos un 10%.
		Proceso completado	Implementar un mecanismo de contraloría y veeduría social del sector de la salud.
Plan Sectorial de Salud 2025-2029	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029 Meta
		1.2 Cobertura de control de niño sano en menores de 5 años	Incrementar la cobertura de control niño sano menores de 5 años de 44,76% en el 2024 a 49,62% al 2029

	1.3 Porcentaje de partos con acompañamiento, atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención	Incrementar el porcentaje de partos con acompañamiento atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención de 77,8% en el 2024 a 90,86% al 2029
	1.4 Porcentaje de partos en libre posición atendidos en establecimientos de salud con salas de parto con adecuación intercultural	Incrementar el porcentaje de partos en libre posición atendidos en establecimientos de salud con salas de parto con adecuación intercultural de 71,15 % en el 2024 a 79,50% al 2029.
Objetivo 2: Promover entornos y hábitos de vida saludables y seguros a la población en todo su ciclo de vida	2.5 Cobertura de asesoría en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud a nivel nacional.	Incrementar la cobertura de asesoría en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud de 13,71% en el 2024 a 17,74% al 2029
	2.2 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses, cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva.	Incrementar el porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva de 89,84% en 2024 a 97,84% al 2029.
	2.3 Porcentaje de nacidos vivos de parto institucional que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida	Incrementar el porcentaje de nacidos vivos de parto institucional que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida de 91,66% en 2024 a 91,84% al 2029
Objetivo 3: Incrementar la prevención y reducción de la carga de enfermedades en la población	3.3 Porcentaje de niñas y niños hasta 18 meses de edad con transmisión materno infantil de VIH.	Reducir el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH del 1,18% en el 2024 a 1,08% al 2029.
Objetivo 4: Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población	4.1 Porcentaje de satisfacción de la calidad de los servicios	Incrementar el porcentaje de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de los servicios de 84,00% en el 2024 a 88,50% al 2029.
	4.2 Porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS	Incrementar el porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS de 72,85% en el 2024 a 89,67 % al 2029. Meta: 2024 (línea base) 72,85% 2025 - 73,89% 2026 - 76,17% 2027 - 79,20% 2028 - 83,76% 2029 - 89,67%

	Objetivo 5: Mejorar el sistema de control y vigilancia sanitaria a establecimientos sujetos a control; a los servicios que brindan los prestadores de salud y la vigilancia epidemiológica.	5.2 Porcentaje de controles sanitarios realizados a prestadores de servicios de salud habilitados	Incrementar los controles sanitarios que se realiza a prestadores de servicios de salud con permiso de funcionamiento vigente de 78,64% en el año 2025 a 86,64% al 2029.
	Objetivo 2: Promover entornos y hábitos de vida saludables y seguros a la población en todo su ciclo de vida	2.4 Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la Red Pública Integral de Salud de 56,16% en el 2024 a 62,01% al 2029
Plan estratégico institucional 2021 - 2025	OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población Establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública que implementan la gestión de operaciones de los servicios de salud. 0% 65% NO	Tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad	Reducir a 39,4 para el 2025
	OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	Establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública que implementan la gestión de operaciones de los servicios de salud.	Lograr un 65% en el 2025
	OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de salud	Tasa de enfermeras por cada médico	de 65,0%% a 76,0% en el 2025
		Porcentaje de nacidos vivos con asistencia de personal de la salud.	de 96,4% a 98,5% en el 2025
		Razón de mortalidad materna (por cada 100 00 NV)	de 57,6 a 38,41 en el 2025
		Tasa de Mortalidad Neonatal (por 1.000 NV)	de 4,6 a 4 en el 2025
		Cobertura de control de niño sano en menores de 5 años.	de 35,79%% a 50,23% en el 2025

		Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo.	de 30,69% a 44,90% en el 2025
	OE7 Incrementar la eficiencia institucional en el Ministerio de Salud Pública	Percepción de satisfacción del usuario externo	de 81,00% a 84,00% en el 2025

8.3 Evaluación y monitoreo de la política a nivel territorial

La evaluación y el monitoreo de esta política pública para la Reducción de la Morbimortalidad Materna y Neonatal se sostienen en la coordinación intersectorial e interterritorial definida por el *Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa*. Este sistema articula a los órganos nacionales, sectoriales, territoriales y de participación social incluyendo el Consejo Nacional de Planificación, la Secretaría Técnica, los Consejos de Planificación de los GAD, los Consejos Sectoriales de Política Pública, los Consejos Nacionales de Igualdad y las diversas instancias ciudadanas, garantizando que el seguimiento de la política responda a una visión integral y participativa del desarrollo.(165)

En el nivel intermedio (provincial), la evaluación se vincula con los planes regionales y provinciales de desarrollo y ordenamiento territorial, que funcionan como instrumentos para verificar la coherencia entre las metas de la política y las dinámicas territoriales. El Plan de Ordenamiento Territorial (POT) orienta esta coherencia al armonizar decisiones estratégicas sobre asentamientos humanos, actividades productivas y gestión de recursos naturales, alineándolas con el modelo territorial de largo plazo de cada provincia.

En este nivel los Consejos de Planificación Regionales y Provinciales cumplen un rol clave en el monitoreo, al asegurar que los planes territoriales mantengan consistencia con el Plan Nacional de Desarrollo y con los demás niveles de gobierno. Esto permitirá que la evaluación de esta política se realice dentro de un marco articulado, verificable y alineado con prioridades nacionales y territoriales.

Se recomienda que la política se apoye en mecanismos (mesas intersectoriales) ya utilizados en estrategias nacionales como por ejemplo la “Estrategia Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil”, particularmente en la evaluación territorial con enfoque espacial, que permite analizar desigualdades y brechas entre unidades geográficas mediante el uso de indicadores georreferenciados.(166) Así mismo se recomienda que este tipo de evaluaciones integren de manera sistemática estudios ecológicos territoriales, análisis espaciales y análisis de desigualdades eco sociales en salud de acuerdo a los lineamientos de la OMS y la OPS(25) . Esta metodología facilita examinar cómo se distribuyen los indicadores clave a lo largo de un gradiente de posición social entre provincias, utilizando métricas estandarizadas (brecha absoluta, brecha relativa, gradiente absoluto e índice de concentración) y estratificadores de equidad como pobreza por ingresos, pobreza extrema, necesidades básicas insatisfechas y pobreza multidimensional. Su propósito es identificar brechas injustas y evitables, orientar la priorización territorial, ajustar estrategias y fortalecer la capacidad de la política para reducir desigualdades y avanzar hacia resultados más equitativos en salud materna y neonatal.

Las metodologías utilizadas en estos estudios realizados son plenamente transferibles al monitoreo requerido para esta política, ya que facilitarían el seguimiento diferenciado por territorio, la identificación de áreas de mayor riesgo y la articulación de respuestas intersectoriales y permitirán identificar si la política responde de manera efectiva a las necesidades y realidades locales. La información generada alimentará a los procesos de planificación provincial y regional, fortaleciendo la coherencia con el Plan Nacional de Desarrollo y permitiendo que los Consejos de Planificación territoriales ajusten intervenciones y recursos según las brechas detectadas.

9. Presupuesto referencial

Actualmente con la implementación de la Política Nacional para la Reducción de Morbimortalidad materna y neonatal 2026-2035, las carteras e instituciones del Estado involucradas en su implementación han asignado recursos del gasto corriente para su ejecución

El presupuesto referencial para la presente política parte de un análisis de los recursos invertidos por las carteras e instituciones del Estado en la implementación y el planteamiento de actividades e indicadores específicas con enfoque territorial lo que está descrito en el plan de implementación

BORRADOR

Glosario:

Control prenatal: conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (59)

Defunción/Muerte Materna: La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (46)

Defunción Fetal (feto mortinato): Es la muerte de un producto de la concepción antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo; la muerte está indicada por el hecho que después de la separación el feto no respira ni da ninguna señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria(32)

Diálogo de Saberes: Proceso de articulación respetuosa entre conocimientos ancestrales y conocimientos biomédicos, orientado a la construcción de prácticas seguras y culturalmente pertinentes en salud materna y neonatal.(167)

Eclampsia: Es la presencia de convulsiones y/o coma en una mujer que sufre preeclampsia. El inicio de los síntomas puede ser preparto, intraparto o postparto durante las primeras 4 semanas del puerperio (24-26.)

Embarazo no intencionado: Se refiere a la experiencia de tener un embarazo no deseado, ya sea en el momento o en cualquier momento. (168,169)

Índice de Cobertura de servicios esenciales de salud (definida como el promedio de cobertura de servicios esenciales basado en intervenciones trazadoras que incluyen salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, y capacidad y acceso a los servicios, tanto en la población general como en la más desfavorecida). El indicador es un índice reportado en una escala sin unidades de 0 a 100, calculado como la media geométrica de 14 indicadores trazadores de cobertura de servicios de salud: Mortalidad prematura potencialmente evitable, Razón de Muerte materna, Razón de muerte Materna Estimada. (170)

Interculturalidad: Modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.(171)

Morbilidad materna extremadamente grave . Considera a aquellas mujeres que, en lugar de morir, sobrevivieron a una complicación extremadamente grave que ocurrió durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo. En inglés *Near miss*. (146,163)

Mortalidad infantil: Número de defunciones de niños y niñas menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en un periodo determinado. Ecuador emplea las estimaciones de nacimientos para reporte del indicador ya que existe un porcentaje de subregistro considerable en la inscripción de información del nacido vivo.(32)

Mortalidad Neonatal: Es el número de muertes de niños y niñas hasta los 28 días de vida, por cada 1.000 nacidos vivos, en un periodo determinado (32)

Partería ancestral: Partería ancestral o tradicional: es un elemento clave de la atención sexual y reproductiva, materna y neonatal . Es el conjunto de saberes ancestrales relacionados al cuidado de las mujeres embarazadas, el parto, el post parto y cuidado de los niños recién nacidos. Este conocimiento se trasmite de generación en generación por medio de la tradición oral. Al hablar de partería ancestral o tradicional estamos hablando tanto de un saber de las y los ancestros como de su forma de transmisión a través de los tiempos. (172)

Subíndice de cobertura de salud reproductiva, materna del RN y del niño forma parte del índice compuesto de cobertura de servicios esenciales de salud, se calcula como la media geométrica de 4 indicadores trazadores: demanda de planificación familiar con métodos modernos en mujeres en edad reproductiva, satisfecha, cobertura de atenciones prenatales, Cobertura de inmunización DPT en niños de 1 año, niños menores de 5 años que buscaron atención por una enfermedad respiratoria aguda (170,173)

Tasa específica de fecundidad en adolescentes: proporción de nacimientos en mujeres de 10 a 19 años por cada mil mujeres de ese grupo de edad, (170)

Abreviaturas:

APS: Atención Primaria de salud

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

COVID-19: Enfermedad por Coronavirus

CSU: Cobertura de Salud Universal

EDA: Enfermedad diarreica aguda

MAC: Métodos Anticonceptivos

MM: Muerte Materna

MN: Muerte Neonatal

NV : Nacidos vivos

MMEIG: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna

MMEG: morbilidad materna extremadamente grave

MSP: Ministerio de Salud Pública

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IRA: Infección respiratoria aguda

LAC : Latinoamérica y el Caribe

LARC: Anticoncepción Reversible de Larga Duración

NBI: Necesidades básicas Insatisfechas

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OPS: Organización Panamericana de la salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PCI: Prevención y Control de Infecciones

PIB: Producto Interno Bruto

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RN: Recién Nacido

RPIS-RPC: Red Pública Integral de Salud. Red Complementaria

RMM: Razón de muerte materna

TMN: Tasa de muerte neonatal

WASH: Agua, Saneamiento e Higiene (Water, Sanitation and Hygiene)

BORRADOR

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, Mortalidad prematura potencialmente evitable. Washington, D.C.; 2024.
2. Secretaría Nacional de Planificación. Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025. 2025 mar.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la salud materna de las mujeres indígenas en América Latina y el Caribe Resumen. The Lancet Regional Health - Americas. 2022 Aug 1;12.
4. MSP. INFORME PAÍS: DESIGUALDADES EN SALUD. 2025.
5. INEC. Visualizador de nacidos vivos [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMjA2YzRjMzQtZWY1OS00NDJlLWFKMzMtYkZk50Tk3NDM2YjYyIiwidCI6ImYxNThhMmU4LWNhZWMTNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTEyMiJ9>
6. DNVAIS-DNH. Estándares Maternos Neonatales IV Trimestre 2024 informe Técnico: IT273DNH_2024. 2024.
7. FIGESS. Consultoría para brindar asistencia técnica para el monitoreo de servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales del MSP, en tres zonas seleccionadas del Ecuador. 2024.
8. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Suplemento del Registro Oficial 653, 21-XII-2015 Ecuador; Oct 20, 2008. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpgclclefindmkaj/https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/01/dic15_CODIGO-ORGANICO-DE-ORGANIZACION-TERRITORIAL-COOTAD.pdf
9. Presidencia de la República del Ecuador. CODIGO ORGANICO DE ORGANIZACION TERRITORIAL, COOTAD. Registro Oficial Suplemento 303 de 19-oct.-2010 Ultima modificación, 0 Ecuador; Oct 19, 2010 p. 16–2015.
10. OMS, UNICEF. Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra; 2014.
11. Noboa Cruz H. Mortalidad INFANTIL tragedia sin resolver. 2020.
12. INEC. Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales [Internet]. 2024. Available from: www.ecuadorencifras.gob.ec
13. Mortalidad neonatal [Internet]. [cited 2025 Dec 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>

14. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. CIE-10 Neonatal: Clasificación de diagnósticos y causas de mortalidad neonatal. 2017 [cited 2025 Aug 11]; Available from: http://www.saludinfantil.org/Epicrisis_Cie10/Cie10_Neonatal.pdf
15. PNUD. A Social Determinants Approach to Maternal Health Roles for Development Actors Bureau for Development Policy. 2010.
16. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017 [cited 2025 Oct 15];88(1):07–14. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. INEC. Encuesta Nacional de Desnutrición Ronda 1 | [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-nacional-de-desnutricion-1-ronda/>
18. Viceministerio de Atención Integral en Salud. Estándares Maternos Neonatales IV Trimestre. IT: 273, DNH 2024. 2025 May.
19. OPS. Accelerating progress for every newborn in Latin America and the Caribbean A guide for developing national strategic roadmaps for improving newborn health outcomes [Internet]. Washington, D C; 2024. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275129661>.
20. OPS. Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas, basada en la Atención Primaria de Salud. Washington, D C; 2024.
21. OPS/OMS. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. 2018.
22. Ministerio de Salud Pública. Plan Decenal de Salud. 2022;
23. Departamento de sistemas de información para la Salud OPS. Informe de metas subnacionales para la Razón de muerte materna - Ecuador. 2025.
24. Lapo-Talledo GJ. Nationwide study of in-hospital maternal mortality in Ecuador, 2015–2022. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 2024;48.
25. DNVE. Datos muerte materna 2019-2023. Quito; 2025 Aug.
26. Mideros Mora A, Sánchez Pilco C. Pobreza y desigualdad: análisis de brechas. In: Diálogos para la paz: miradas desde la diversidad. spue; 2024. p. 901–27.
27. MSP E. Gaceta Muerte Materna. 2023.
28. WHO UUWBGUN. Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023. 2025.
29. UNFPA, UNICEF, UNWOMEN. Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas PUNTOS CLAVES SALUD MATERNA DE LAS MUJERES INDÍGENAS: LOS HECHOS.
30. Washington DC. Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas, basada en la Atención Primaria de Salud. 2024.
31. Secretaría Nacional de Planificación, INEC, UNFPA, USFQ. Análisis de Situación Poblacional, Ecuador 2024-2025. 2025;

32. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Informe de análisis de situación de la mortalidad materna para América Latina y el Caribe. 2024.
33. UNICEF OU. Comunicación conjunta sobre mortalidad materna [Internet]. 2023 [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto>
34. Trends in Maternal Mortality 2000-2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division | United Nations Population Fund [Internet]. [cited 2025 Aug 19]. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023>
35. National Center for Biotechnology Information. Risk Factors for Pregnant People During the Prenatal Period - Social and Structural Determinants of Maternal Morbidity and Mortality: An Evidence Map - NCBI Bookshelf [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598888/#ch5.s1>
36. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. Soc Sci Med [Internet]. 1994 Apr 1 [cited 2025 Aug 18];38(8):1091–110. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953694902267>
37. OPS, UNICEF. Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación. 2022.
38. INEC. Tablero de indicadores . 2024 [cited 2025 Aug 5]. Visualizador de Defunciones Fetales . Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiMzljM2Q5YzctYWEzMy00NjQxLW11NjQtZDEyMjM5YzkyOTI1IiwidCI6ImYxNThhMmU4LWNhZWZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTExMiJ9>
39. Sistema Unificado y Universal De Seguimiento Nominal - SUUSEN [Internet]. [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://informacion.infancia.gob.ec/dashboard-publico/6/gerencial>
40. Salud – UNICEF Ecuador [Internet]. [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://infanciaecuador.org/estadisticas/salud/>
41. Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal Ecuador, Guía de Práctica Clínica. 2015;
42. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. Pan American Health Organization; 2022.
43. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization; 2016. 152 p.
44. Sistema Unificado y Universal De Seguimiento Nominal - SUUSEN [Internet]. [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://informacion.infancia.gob.ec/indicadores/publico>
45. Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil | [Internet]. [cited 2025 Aug 26]. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-nacional-sobre-desnutricion-infantil/>

46. Ministerio de Economía y Finanzas Ecuador. Informe de ejecución presupuestaria. 2024.
47. Secretaría Nacional de Planificación. Plan nacional de Desarrollo. 2025.
48. Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad D 2024 0069. Informe articulación de parteras. 2025.
49. Noboa Cruz H. Mortalidad Materna, una mirada crítica. 2019.
50. Dirección de Salud Intercultural y Equidad M. Manual par a la articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales. Registro Oficial N°347 de 06 de julio del 2023 Ecuador; 2023.
51. Salud - Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
52. Visibilizar lo invisible. Estado de la Población Mundial 2022. 2022.
53. UNFPA, International Confederation of Midwives, WHO. El estado de las matronas en el mundo, 2021. 2021;
54. OPS. ESTADO DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Washington, D.C.; 2023.
55. Visualizaciones | PAHO/EIH Open Data [Internet]. [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/visualizaciones#trend>
56. MAPEO DE EMBARAZO ADOLESCENTE v3 [Internet]. [cited 2025 Aug 25]. Available from: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/45ff3231dc204c1b93782d4553c16846>
57. Asamblea Nacional. CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL, COIP [Internet]. Ecuador: Suplemento del registro oficial; Feb 17, 2021. Available from: www.lexis.com.ec
58. Fondo de Población de las Naciones Unidas OR. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. 2020;
59. UNFPA, DMQ. Diagnóstico del embarazo en niñas y adolescentes en el DMQ. 2022.
60. Haciendo cuentas: Costos y beneficios de satisfacer las necesidades de anticoncepción de las adolescentes en las regiones en desarrollo | Guttmacher Institute [Internet]. [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/haciendo-cuentas-satisfacer-necesidades-anticoncepcion-de-las-adolescentes>
61. Secretaría de Derechos Humanos. PLAN NACIONAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: 2020-2030 SUBSECRETRIA DE PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUITO, DICIEMBRE DE 2020. 2020.
62. Doménica Bernarda Ledesma Muñoz, Thais Brandão, Cheryl Martens. Violencia obstétrica en Ecuador: una realidad invisibilizada. Research gate. 2023;
63. Crespo-Antepara DN, Crespo-Antepara DN, Sánchez-Zambrano BM, Domínguez-Ontano DP. La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. Polo del

- Conocimiento [Internet]. 2018 Jul 2 [cited 2025 Sep 1];3(7):347–61. Available from: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559>
64. Belén Borja Quintana Fadya Orozco C, del Trabajo de Titulación D. UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ Colegio de Posgrados Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud.
 65. Unidas N, Panamericana de la Salud O. La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2030.
 66. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Ops [Internet]. 2016 [cited 2025 Aug 11];132. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211>
 67. Organismo Andino de Salud, Convenio Hipólito Unanue. POLÍTICA ANDINA DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. 2025 Mar.
 68. World Health Organization. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): salud del adolescente. Vol. 122, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2016 Dec.
 69. Sanhueza A, Carvajal L, Cueva DA, Caffé S, Camacho AV, Berroterán MA, et al. The Every Woman Every Child initiative: supporting countries in Latin America and the Caribbean to reduce social inequalities in health. Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health. 2022;46.
 70. INEC. Ficha Metodológica Indicador Razón de Muerte Materna ECU.
 71. OPS. Guía técnica para la auditoría de casos de morbilidad materna extrema y la elaboración de respuestas adecuadas para la reducción de la morbilidad materna extremadamente grave (near miss materno) [Internet]. 2024. Available from: <https://doi>.
 72. De Mucio B, F. CGS, S. NM. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 Sep 22];34(1):26–32. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-morbilidad-materna-extremadamente-grave-un-S071686402300007X>
 73. WHO. Para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who>.
 74. MSP. Notificación, auditoría de la calidad de la atención y planes de acción en casos de muerte materna. 2019;
 75. Plan Internacional U, U. Estudio sobre Matrimonio y uniones infantiles tempranas y forzadas [Internet]. 2023. Available from: www.plan.org.ec
 76. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barriers for indigenous women to access obstetric services within the framework of integrated health services networks. Gac Sanit [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2025 Sep 30];34(6):546–52. Available from:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000600546&lng=es&nrm=iso&tlng=es

77. Zelka MA, Yalew AW, Debelew GT. Effectiveness of a continuum of care in maternal health services on the reduction of maternal and neonatal mortality: Systematic review and meta-analysis. *Heliyon* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Sep 30];9(6): e17559. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844023047679>
78. Henríquez R. et Al. Síntesis de la evidencia para informar políticas en salud. 2012.
79. Florencia Linardelli M, Anzorena C. Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. *Jangwa Pana*. 2021 Jun 29;20(2):206–24.
80. Guevara Ríos E. Rol de las instituciones de alta complejidad en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2021 Nov;10(3):7–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2021246>
81. Houghton N, Bascolo E, Jara L, Cuellar C, Coitino A, Del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*;46, jul 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 22];46. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56152>
82. Carreño A, Cabieses B, Obach A, Gálvez P, Correa ME. Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo. *Castalia - Revista de Psicología de la Academia* [Internet]. 2022 Jul 29 [cited 2025 Nov 22];(38):79–97. Available from: <https://revistas.academia.cl/index.php/castalia/article/view/2276>
83. Acevedo P, Martinez S, Pinzon L, Sanchez-Monin E, Winters S. Distance as a barrier to obstetric care among indigenous women in Panama: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2025 Nov 22];10(3): e034763. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/3/e034763>
84. Salud en todas las Políticas en las Américas [Internet]. [cited 2025 Dec 30]. Available from: https://www.saludentodaslaspoliticas.org/lineas-de-accion.php?utm_source=copilot.com
85. Washington DC. Hoja de Ruta para el Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas [Internet]. 2016. Available from: www.paho.org
86. Franco RVAB, Abreu LDP, Alencar OM de, Moreira FJF. PRENATAL REALIZADO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇÃO PRIMARIA DA SAUDE: 2020;
87. Alberto Jimeno-Orozco J, Prieto Rojas S, Mercedes Lafaurie-Villamil M, El Bosque Colombia U. Atención prenatal humanizada en américa latina: un estado del arte. *Rev Fac Cienc Med Cordoba* [Internet]. 2022 Jun 6 [cited 2025 Nov 22];79(2):205–9. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/32720/37566>
88. OPS/OMS | . Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción [Internet]. 2024 [cited 2025 Dec 30]. Available from:

<https://www.paho.org/es/documentos/marco-operacional-para-atencion-primaria-salud-transformar-vision-accion>

89. Wong PC, Kitsantas P. A review of maternal mortality and quality of care in the USA. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Sep 30];33(19):3355–67. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1571032>
90. WHO. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee [Internet]. 2023. Available from: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing>
91. Apolaya-Segura M, Díaz-Vélez C, Calviño YR, Astuvilca J, Vigo-Valdez W. Correlación entre la inversión en establecimientos de salud y los indicadores de proceso de salud de la madre en regiones influenciadas por la segunda fase del programa de apoyo a la reforma del sector salud-parsalud II. 2018;
92. Martín-Ancel A, Pérez-Muñuzuri A, González-Pacheco N, Boix H, Espinosa Fernández MG, Sánchez-Redondo MD, et al. Cuidados paliativos perinatales. *An Pediatr (Engl Ed)* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2025 Nov 22];96(1):60.e1-60.e7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403321003787?via%3Dihub>
93. OPS/OMS. Folleto - Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-pacto-303030-aps-para-salud-universal>
94. Organization WH. WHO recommendations on the assessment of postpartum blood loss and use of a treatment bundle for postpartum haemorrhage. 2023 Dec 21 [cited 2025 Sep 30];1–31. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/375231>
95. Saturno-Hernández PJ, Poblano-Verástegui O, Flores-Hernández S, Martínez-Nicolas I, Vieyra-Romero W, Halley-Castillo ME. Carencias y variabilidad en la calidad de la atención a neonatos hospitalizados en México. *Estudio transversal en 28 hospitales públicos. Salud Publica Mex* [Internet]. 2021 Feb 26 [cited 2025 Nov 22];63(2, Mar-Abr):180–9. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11616>
96. Jain Y, Chaudhary T, Joshi CS, Chotiya M, Sinha B, Nair TS, et al. Improving quality of intrapartum and immediate postpartum care in public facilities: experiences and lessons learned from Rajasthan state, India. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022 22:1 [Internet]. 2022 Jul 23 [cited 2025 Nov 22];22(1):586-. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04888-5>
97. Vernooij RWM, Alonso-Coello P, Brouwers M, Martínez García L. Reporting Items for Updated Clinical Guidelines: Checklist for the Reporting of Updated Guidelines (CheckUp). *PLoS Med.* 2017 Jan 1;14(1).
98. WHO. non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. 2018. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth>
99. Kestler E, Ambrosio G, Hemming K, Hughes JP, Matute J, Moreno M, et al. An integrated approach to improve maternal and perinatal outcomes in rural Guatemala: A

- steppedwedge cluster randomized trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2020 Jul;151(1):109–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13262>
100. Brenes-Monge A, Yáñez-Álvarez I, Meneses-León J, Poblano-Verástegui O, Vértiz-Ramírez J de J, Saturno-Hernández PJ. Aproximación a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y posparto en mujeres con factores de riesgo obstétrico en México. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020 Nov 24 [cited 2025 Nov 22];62(6, Nov-Dic):798–809. Available from: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11974>
 101. Carreño JMQ, Cornejo-Moreno MJ, Ortiz-Contreras J. Interacción entre el equipo de salud y las mujeres en sus experiencias de parto: scoping review. *MUSAS Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad* [Internet]. 2024 Nov 29 [cited 2025 Nov 22];9(2):21–45. Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/45241>
 102. Olde Loohuis KM, de Kok BC, Bruner W, Jonker A, Salia E, Tunçalp Ö, et al. Strategies to improve interpersonal communication along the continuum of maternal and newborn care: A scoping review and narrative synthesis. *PLOS Global Public Health* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2025 Nov 22];3(10): e0002449. Available from: <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0002449>
 103. Souza MS, Machado BA da S, Marques VGP da S, Sousa EO de, Silva RN da, Sousa Júnior CP de, et al. ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218* [Internet]. 2021 Dec;3(1):e311035. Available from: <http://dx.doi.org/10.47820/recima21.v3i1.1035>
 104. Luiza M, Oliveira S, Pereira HM, Júnior L, Guimarães Da Silva L. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE COLETIVA: EXPLORANDO OS IMPACTOS E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO. *Revista iberoamericana de Humanidades, Ciências e Educação* [Internet]. 2024 Nov 19 [cited 2025 Oct 5];10(11):4241–50. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15817>
 105. Castro ATB, Rocha SP. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflexões a partir da literatura. *Enferm foco (Brasília)* [Internet]. 2020 Jun 26 [cited 2025 Oct 5];11(1):176–81. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2798/725>
 106. Yalley AA, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Kömürçü-Akik B, de Abreu L. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Front Public Health*. 2024 Jun 24; 12:1388858.
 107. Lemos S de S, Ferreira NAS, Leite LA, Da Silva SRP, Tavares IV, Lira JB, et al. Violência obstétrica: o enfermeiro como promotor de uma assistência qualificada. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2022 Oct;5(5):20274–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n5-199>
 108. de Souza AC, Campolina Silva Lucas PH, Costa Lana T, Rubia Lindner S, Amorim T, Felisbino-Mendes MS. Violência obstétrica: uma revisão integrativa [Obstetric violence: integrative review] [Violencia obstétrica: una revisión integradora]. *Revista Enfermagem*

- UERJ [Internet]. 2020 Apr;27:e45746. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746>
109. Infante LR de O, Patrocino LB, Zanchetta MS, Matozinhos FP, Souza KV de, Gonçalves FR, et al. Planejar o pré-natal, parto e pós-parto: possibilidades no enfrentamento à violência obstétrica. *Enfermagem Brasil* [Internet]. 2023 Jul;22(3):311–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.33233/eb.v22i3.5172>
 110. María Jesús Gimeno Valdes et al. Humanización de la atención sanitaria: principios éticos, prácticas asistenciales y desafíos actuales. *Ocronos - Editorial Científico-Técnica* [Internet]. 2025 [cited 2025 Nov 22]; Available from: <https://revistamedica.com/humanizacion-atencion-sanitaria-principios-eticos/>
 111. Azevedo RAF de, Domingues F da S, Gonzaga VAS, Rennó GM. Estratégias de prevenção e redução da violência obstétrica no Brasil: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development* [Internet]. 2023 Oct;12(11):e80121143730. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i11.43730>
 112. Moura RC de M, Pereira TF, Rebouças FJ, Costa CDM, Lernades AMG, Da Silva LKA, et al. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 Feb;9(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2018.V9.N4.1333>
 113. Silva AFPM da, Almeida BGRF de, Ribeiro EA, Teixeira LC, Silva PCP de O da, Ribeiro A da S. Violência obstétrica relacionada a perda de autonomia da mulher na sala de parto. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 May;10(5): e22210514814. Available from: <http://dx.doi.org/10.33448/RSD-V10I5.14814>
 114. ZUCATELI BA, SILVA AFD da, PEREIRA CP, AYRES LFA, PASSOS CM dos, PRADO MRMC do, et al. Conhecimento dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca de violência obstétrica e seu papel na prevenção quaternária. *Revista ELO – Diálogos em Extensão* [Internet]. 2025 Jul;14. Available from: <http://dx.doi.org/10.21284/elo.v14i.20953>
 115. de Araújo J, de Moura L, de Sousa V. A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218* [Internet]. 2023 Oct;4(1):e414265. Available from: <http://dx.doi.org/10.47820/recima21.v4i1.4265>
 116. Chiluisa Tapia JP, Jordan Zamora AA, Poaquiza Poaquiza MC, Ruiz Imbaquingo FM, Hernandez Lovato NM. El rol del personal de enfermería en la atención de mujeres en trabajo de parto que sufren violencia obstétrica: una perspectiva ética y de cuidado humanizado. *Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias* [Internet]. 2025 Sep;2(3):1620–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.71112/fjxkep46>
 117. Paiva Nóbrega MC, Idaline da Silva M, Pereira Melo de Albuquerque G, Flávio de Lima Castro J, de Mendonça Faustino W, Rolim de Holanda V, et al. Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bolonia. *Enfermería Global* [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 22];21(66):356–97. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000200356&lng=es&nrm=iso&tlng=es

118. Ferreira CV, Silveras F. Estrategias de mejora de calidad en lactancia en recién nacidos muy bajo peso. Revisión del tema. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Nov 22];94(1):e401–e401. Available from: <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/486>
119. Manual básico para la aplicación de la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro. Manual básico para la aplicación de la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro. 2022.
120. Tamayo M, Besoain-Saldaña A, Aguirre M, Leiva J. Teamwork: relevance and interdependence of interprofessional education. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 22];51(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dZG5Rm8kjSFKLT5PqSVFPpG/?format=html&lang=en>
121. Willcox ML, Price J, Scott S, Nicholson BD, Stuart B, Roberts NW, et al. Death audits and reviews for reducing maternal, perinatal and child mortality. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020 Mar 25 [cited 2025 Nov 22];3(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32212268/>
122. Berrueta M, Bardach A, Ciaponni A, Xiong X, Stergachis A, Zarea S, et al. Maternal and neonatal data collection systems in low- and middle-income countries: scoping review protocol. Gates Open Res [Internet]. 2020; 4:18. Available from: <http://dx.doi.org/10.12688/gatesopenres.13106.1>
123. Syed U, Kinney M V, Pestvenidze E, Vandy AO, Slowing K, Kayita J, et al. Advancing maternal and perinatal health in low- and middle-income countries: A multi-country review of policies and programmes. Front Glob Womens Health [Internet]. 2022 Oct;3. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fgwh.2022.909991>
124. Olea-Ramirez LM, Leon-Larios F, Corrales-Gutierrez I. Intervention Strategies to Reduce Maternal Mortality in the Context of the Sustainable Development Goals: A Scoping Review. Women [Internet]. 2024 Oct;4(4):387–405. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/women4040030>
125. Scott H, Danel I. Accountability for improving maternal and newborn health. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2016 Sep; 36:45–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.05.009>
126. Scott H, Danel I. Accountability for improving maternal and newborn health. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2025 Nov 22]; 36:45–56. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693416300359>
127. OPS. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe. 2021.
128. Basera TJ, Schmitz K, Price J, Willcox M, Bosire EN, Ajuwon A, et al. Community surveillance and response to maternal and child deaths in low- and middle-income countries: A scoping review. Doherty T, editor. PLoS One [Internet]. 2021 Mar;16(3): e0248143. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0248143>
129. Bastidas Erazo AM, Quijano Lievano ML, Pabon Salazar YK, Granada Aguirre LF. Estrategias educativas incluidas en la ruta de atención en salud materno perinatal (RIAMP) para disminuir la mortalidad materna en Colombia. Interdisciplinary Journal of

- Epidemiology and Public Health [Internet]. 2024;5(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.18041/2665-427x/ijeph.1.7341>
130. OPS. Recommendations for Establishing a National Maternal Near-miss Surveillance System in Latin America and the Caribbean [Internet]. Pan American Health Organization; 2022. Available from: <http://dx.doi.org/10.37774/9789275123911>
 131. Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2023;39(8). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT013923>
 132. Moccellin AS, Costa LR, Toledo AM de, Driusso P. Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2010;10(4):407–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000400002>
 133. Gilliam M. Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents. 2010.
 134. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Esu EB, Meremikwu A, Ehiri J. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Wiley; 2016.
 135. Castillo Riascos LL. Weaknesses in preventing teen pregnancy. *Salud Uninorte* [Internet]. 2021 Aug;32(3):543–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.32.3.9752>
 136. Lismenia D, Jara A. Anticoncepción y control de la natalidad. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2023 Dec 7 [cited 2025 Nov 23];6(6):30601–28. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65381>
 137. Leon-Larios F, Gutiérrez Ales J, Puente Martínez MJ, Correa Rancel M, Lahoz Pascual I, Silva Reus I, et al. Results of the National Contraception Survey Conducted by Sociedad Española de Contracepción (2020). *J Clin Med* [Internet]. 2022 Jun;11(13):3777. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11133777>
 138. Callejas Pérez S, Fernández Martínez B, Méndez Muñoz P, León Martín MT, Fábrega Alarcón C, Villarín Castro A, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2005;79(5):581–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272005000500008>
 139. García A, Saavedra C, Martínez N, Herrera I, Hernández A. Estrategias educativas prevención de embarazo en adolescentes. *Unidad Educativa UPSE. Killkana Salud y Bienestar* [Internet]. 2019;3(1):17–24. Available from: http://dx.doi.org/10.26871/killcana_salud.v3i1.490
 140. Quimi Cobos LS, Pico Manzaba AM, Pandam Uyungara EM, Pico Pin EA, Parrales Pinargote JJ, Paucar Malataxi JP, et al. Prevención del Embarazo Adolescente y Construcción de Masculinidades Positivas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2024;8(1):4205–19. Available from: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9767

141. Chiriboga Yaselga GA, Pionce Tumbaco CA, Ponce Hernández KM, Reinaldo David BM. La educación como herramienta para la prevención del embarazo adolescente y la construcción de masculinidades positivas. *Revista Científica de Salud BIOSANA* [Internet]. 2024;4(1):59–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.62305/biosana.v4i1.81>
142. Peón-Ponce MJ, Méndez-Domínguez N, Guillermo Herrera JC, Peón-Ponce MJ, Méndez-Domínguez N, Guillermo Herrera JC. Strategies to empower women in relation to reproductive rights and family planning. A systematic review from bioethical currents. *Acta Bioeth* [Internet]. 2021 Oct [cited 2025 Nov 23];27(2):247–58. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2021000200247&lng=en&nrm=iso&tlng=en
143. UNFPA. SWP Report 2025 [Internet]. [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.unfpa.org/swp2025>
144. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Estrategia Intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. 2019.
145. Peón-Ponce MJ, Méndez-Domínguez N, Guillermo Herrera JC. Estrategias para empoderar a las mujeres en relación con los derechos reproductivos y la planificación familiar. Revisión sistemática desde las corrientes bioéticas. *Acta Bioeth* [Internet]. 2021 Nov;27(2):247–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2021000200247>
146. Quality of care for Maternal and Newborn- a monitoring framework for network countries [Internet]. [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/quality-of-care-for-maternal-and-newborn--a-monitoring-framework-for-network-countries>
147. Organization WH. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. *Asia-Pacific Leadership and Policy Dialogue for Women's and Children's Health* [Internet]. 2011 Dec 31 [cited 2025 Dec 26];(November). Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/44692>
148. Centro Latinoamericano de Perinatología. Inequidades en salud para el Near Miss Materno. 2025;
149. Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo. Mecanismo de articulación/coordinación entre la planificación sectorial y territorial en Ecuador [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 29]. Available from: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/sistemas-planificacion/mecanismo-de-articulacioncoordinacion-entre-la-planificacion-sectorial-y-7>
150. UNICEF. Evaluación formativa de la Estrategia territorial de prevención y reducción de la desnutrición crónica infantil de UNICEF en Imbabura y Chimborazo entre 2015 y 2024. 2024;
151. División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas. Estado de la Población Mundial 2022, La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. 2022.

152. International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). Methodologies for Measuring Pregnancy Intention and Unintended Pregnancy and Birth: Summary Report on an IUSSP Scientific Workshop.
153. World Health Organization. Global Health Observatory [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 5]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health>
154. WHO, World Bank Group. Tracking universal health coverage, 2025 global monitoring report- DRAFT. 2025.

BORRADOR

Anexos

Anexo 1. Ampliación de los enfoques incorporados: (pendiente link del MSP)

Anexo 2. Resultado de mapeo de actores (pendiente link)

Anexo 3. Listado de instituciones y organizaciones participantes en el Taller para el análisis de las determinantes del problema público

- Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACCESS
- Ministerio de Salud Pública – MSP:
 - Dirección Nacional de Atención Integral en Salud
 - Proyecto de Fortalecimiento de Salud Intercultural en el Ecuador
 - Dirección Nacional de Salud Intercultural
 - Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.
 - Dirección Nacional de Atención Integral en Salud
 - Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición
 - Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud
 - Dirección Nacional de Vigilancia epidemiológica
 - Dirección Nacional de Estadística
 - Dirección Nacional de Participación Social en Salud
 - Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes
 - Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
 - Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Dirección Nacional de Salud- IESS_DSGSIF
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Seguro Social Campesino- IESS - SSC
- Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional -ISSPOL
- Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación
- Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC
- Vicepresidencia de la República
- Consejo Nacional de Salud - CONASA
- Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública
- Fundación “El Parto es nuestro”
- Universidad Central del Ecuador - Carrera de obstetricia
- Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- Universidad Técnica Equinoccial
- Federación de neonatólogos del Ecuador - FENOE
- V Consejo Ciudadano Sectorial de la Salud
- Ministerio de Defensa
- Ministerio de Economía y finanzas

- Defensoría
- Consejo Nacional para la Igualdad de Pueblos y Nacionalidades
- Vigilantes Comunitarios
- Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora
- Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF
- Organización Panamericana de la Salud- OPS
- Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA

Anexo 4. Arboles de problemas y arboles de objetivos (pendiente link MSP)

Anexo 5a y 5b. Informes de resultados consulta DELPHI sobre las alternativas de la Política (pendiente link MSP)

Anexo 6. Informe para establecimiento metas subnacionales en las Razones de muerte materna (pendiente link MSP)

Anexo 7. Informe para establecimiento metas subnacionales en las Tasa de muerte neonatal (pendiente link MSP)