

POLÍTICA NACIONAL
PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL
2026 -2035

GOBIERNO DEL
ECUADOR

POLÍTICA NACIONAL
PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

2026 -2035

Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

"Política Nacional para la Reducción de la Morbi Mortalidad Materna y Neonatal 2026-2035". Politica Pública. Quito. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Gobernanza de la Salud, Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, MSP; 2026

ISBN

1. Políticas Públicas
2. Salud Pública
3. Articulación Intersectorial
4. Consejo Ciudaddano

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. Quitumbe Ñan y Av. Llira Ñan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: (593)-2 381-4400
www.salud.msp.gob.ec

Este documento ha sido elaborado con la participación de profesionales y especialistas de instituciones del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Salud Pública, con el apoyo técnico del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS, y con apoyo financiero de UNICEF. La presente Política reúne orientaciones estratégicas, lineamientos y acciones basadas en evidencia para guiar la toma de decisiones, fortalecer la rectoría y la respuesta del Sistema Nacional de Salud, y contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal en el Ecuador, con enfoque de derechos, equidad, interculturalidad, calidad de la atención y participación social.

Edición general:
Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, del Ministerio de Salud Pública.

Como citar este documento:
Ministerio de Salud Pública del Ecuador. "Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 -2035". Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Disponible en: http://salud.gob.ec.

Hecho en Ecuador

Con el apoyo de:

OPS Organización Panamericana de la Salud · Organización Mundial de la Salud Región de las Américas
UNFPA La agencia de las Naciones Unidas para la salud sexual y reproductiva
unicef para cada infancia
GOBIERNO DEL ECUADOR | Ministerio de Salud Pública

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

No. 00011-2026

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que el artículo 3, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador prevé como deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud de sus habitantes;

Que la referida Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32, ordena: "*La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.*";

Que el artículo 35 de la Constitución de la República dispone: "*Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o dé alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato Infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.*";

Que el artículo 43 de la norma Ibídem, establece: "*El Estado garantizará a las mujeres Embarazadas y en período de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.*";

Que el artículo 66 de la Constitución de la República ordena: "*Se reconoce y garantizará a las personas: (...) 9. El derecho a tomar decisiones libres. Informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras. 10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e Informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener. (...)*";

Que el artículo 358 de la Constitución de la República, determina: "*El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y*

Dirección: Quitumbe Ñan y Amaru Ñan
Código postal: 170146 / Quito-Ecuador
Teléfono: +593-2 3814-400
www.salud.gob.ec

EL NUEVO ECUADOR

reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional";

Que la Norma Suprema en el artículo 361, dispone al Estado ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector;

Que el artículo 363 de la Carta Fundamental, establece entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *"(...) 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y salud reproductiva, y garantizar la salud integral, y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y puerperio (...)"*;

Que el artículo 370, prevé como responsabilidad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la prestación de las contingencias del seguro universal obligatorio a sus afiliados, determinando expresamente: *"La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas podrán contar con un régimen especial de seguridad social, de acuerdo con la ley; sus entidades de seguridad social formarán parte de la red pública integral de salud y del sistema de seguridad social."*;

Que el artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud, menciona que: *"La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables."*;

Que el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud, prevé que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de dicha Ley; siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

Que el numeral 6 del artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud, establece como una de las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: *"(...) 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera (...)"*;

Que el artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud menciona: *"Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: (...); b) acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución; (...); h) se reconoce el derecho que tienen las personas a ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública; (...)"*;

REPÚBLICA DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

00011-2026

Que el artículo 20 de la Ley Orgánica de Salud menciona: *"Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad"*;

Que el artículo 21 de la Ley Orgánica de Salud menciona: *"El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso 9 a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (...)"*;

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 369 de 27 de abril de 2026, el Presidente Constitucional de la República encarga las funciones del Ministerio de Salud Pública al Dr. Jaime Otton Bernabé Erazo; y,

Que mediante el informe MSP-DNPS-2025-GISSYSR-108, de fecha 29 de junio de 2026, aprobado por la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad se recomendó: *"Una vez concluido el proceso de formulación de la Política Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal 2026–2035, se recomienda gestionar la emisión del Acuerdo Ministerial mediante el cual se apruebe y autorice su publicación e implementación, a fin de garantizar su aplicación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud."*.

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la emisión de la *"Política Nacional de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 – 2035"*.

Artículo 2.- Disponer que la *"Política Nacional de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 – 2035"* sea aplicada nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar la *"Política Nacional de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 – 2035"* en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA. - Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan a lo previsto en el presente Acuerdo Ministerial.

De manera expresa, deróguese parcialmente el Acuerdo Ministerial No. 0000000474, de fecha 20 de agosto de 2008, mediante el cual se aprobó y autorizó la publicación del "Plan

Dirección: Quitumbe Ñan y Amaru Ñan
Código postal: 170146 / Quito-Ecuador
Teléfono: +593-2 3814-400
www.salud.gob.ec

EL NUEVO ECUADOR

de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal", exceptuándose de dicha derogatoria los siguientes instrumentos técnicos y normativos que lo sustentan:

1.- Normas y Protocolos de Atención Materna.
2.- Normas y Protocolos de Atención Neonatal.
3.- Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir calidad de la atención materno-neonatal.
4.- Guía Técnica para la atención del parto culturalmente adecuado.

DISPOSICIÓN GENERAL

ÚNICA. - En el plazo de noventa (90) días, contados a partir de la suscripción del presente Acuerdo Ministerial, se expedirá el Plan de Implementación de la Política, Nacional de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026-2035, el cual establecerá los lineamientos, estrategias, metas, indicadores, mecanismos de seguimiento y evaluación, así como las responsabilidades de las entidades involucradas para la adecuada ejecución y cumplimiento de los objetivos y líneas estratégicas definidas en la Política.

DISPOSICIÓN FINAL

ÚNICA. - El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial. La ejecución del presente Acuerdo Ministerial encárguese al Ministerio de Salud Pública a través de la Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Subsecretaria de Vigilancia Prevención y Control de la Salud, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Subsecretaría de Atención de Salud Móvil Hospitalaria y Centros Especializados, Subsecretaría de Gestión de Operaciones y logística en salud o quienes hagan sus veces; y a las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud – RPIS y de la Red Privada Complementaria, a través de sus áreas y en el ámbito de sus competentes.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, 01 JUL 2026

Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: JAIME OTTON BERNABE ERAZO

Espc. Jaime Otton Bernabé Erazo
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

REPÚBLICA DEL ECUADOR MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

REPÚBLICA DEL ECUADOR
00011-2026
Ministerio de Salud Pública

	Nombre	Área	Cargo	Firma
Revisado por:	Ing. Álvaro Adrián Molina Galarraga	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: ALVARO ADRIAN MOLINA GALARRAGA
	Mgs. Romel Leonardo Gonzalez Orlando	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro (E)	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: ROMEL LEONARDO GONZALEZ ORLANDO
	Econ. Frecia Victoria Plaza de la Rosa	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: FRECIA VICTORIA PLAZA DE LA ROSA
	Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez	Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados	Subsecretaria	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ
	Mgs. Hugo Enrique Armendáriz Pinos	Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: HUGO ENRIQUE ARMENDARIZ PINOS
	Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
	Mgs. Gabriela del Rocio Quinaluisa Chamorro	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretaria (E)	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: GABRIELA DEL ROCIO QUINALUISA CHAMORRO
	Mgs. Katherine Vanessa Quirola Cueva	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora General (S)	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: KATHERINE VANESSA QUIROLA CUEVA
	Mgs. Luis Javier Cedeño Tovar	Dirección de Asesoría Jurídica	Director	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: LUIS JAVIER CEDEÑO TOVAR
	Mgs. German Anthony Bustamante Lindao	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Director	German Anthony Bustamante Lindao Time Stamping Security Data
	Mgs. Pedro Mitchaell Barberan Astudillo	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Director	Validez documento no firmado. Firmado electrónicamente por: PEDRO MITCHAELL BARBERAN ASTUDILLO

Dirección: Quitumbe Ñan y Amaru Ñan
Código postal: 170146 / Quito-Ecuador
Teléfono: +593-2 3814-400
www.salud.gob.ec

EL NUEVO ECUADOR

REPÚBLICA DEL ECUADOR

00011-2026

Ministerio de Salud Pública

	Nombre	Área	Cargo	Firma
	Mgs. Rosa Lucinda Proaño Daza	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	Validez únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ROSA LUCINDA DEL PILAR PROANO DAZA
	Abg. Luis Alberto Andrade Cárdenas	Dirección de Asesoría Jurídica	Analista	Validez únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: LUIS ALBERTO ANDRADE CARDENAS
Elaborado por:	Mgs. Mariela Marivel Illapa Idrovo	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Especialista	Validez únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIELA MARIVEL ILLAPA IDROVO

Dirección: Quitumbe Ñan y Amaru Ñan
Código postal: 170146 / Quito-Ecuador
Teléfono: +593-2 3814-400
www.salud.gob.ec

EL NUEVO ECUADOR

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Jaime Otton Bernabe Erazo, Señor Especialista, Ministro de Salud Pública.

Alvaro Adrian Molina Galarraga, Señor Ingeniero, Viceministro de Gobernanza de la Salud, Viceministerio de Gobernanza de la Salud.

Andrea Elizabeth Bravo Remache, Magister, Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Ministerio de Salud Pública.

Frecia Victoria Plaza de la Rosa, Señorita Economista, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Hugo Enrique Armendariz Pinos, Señor Magíster, Subsecretario de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, Subrogante, Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.

Freddy Fernando Jacome Leon, Señor Magister, Coordinador General de Sostenibilidad del Sistema y Recursos, Encargado, Coordinación General de Sostenibilidad, Ministerio de Salud Pública.

Gabriela del Rocio Quinaluisa Chamorro, Señora Magister, Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Encargada, Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel del Sistema y Recursos, Ministerio de Salud Pública.

Wendy Brasilia Gavica Vásquez, Magíster, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados, Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados, Ministerio de Salud Pública.

German Anthony Bustamante Lindao, Señor Magister, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Christian Santiago Trujillo Hernandez, Señor Magíster, Director de Vigilancia Epidemiológica, Encargado, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública.

Vanessa Stefania Villavicencio Zambrano, Magíster, Directora Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, Ministerio de Salud Pública.

Pedro Mitchaell Barberan Astudillo / MSP, Señor Magister, Director Nacional de Promoción de la Salud, Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Ministerio de Salud Pública.

Edwin Edgar Morocho Aguagallo, Señor Doctor, Director Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Ministerio de Salud Pública.

Mayra Elizabeth Caguano Galarza, Señorita Nutricionista, Directora Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición, Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición, Ministerio de Salud Pública.

Adrian Joshua Mora Yerovi, Señor Abogado, Director Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública.

Edwin Rogelio Echeverria Morales, Señor Magíster, Director Nacional de Participación Social en Salud, Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Ministerio de Salud Pública.

Jairo Manuel Quiñonez Caicedo, Señor Médico, Director Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Jonathan Israel Choloquinga Escobar, Señor Especialista, Gerente de Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador, Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador, Ministerio de Salud Pública.

María Gabriela Yerovi Naranjo, Señora Magíster, Gerente 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, 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.

Maria Fernanda Alcivar Gómez, Señora Magíster, Responsable del Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes, Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes, Ministerio de Salud Pública.

Alejandro Vladimir Diaz Sorto, Señor Doctor, Director Nacional de Hospitales, Encargado, Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud Pública.

Karol Mabel Sandoval Illescas, Señora Magíster, Directora Nacional de Atención Integral en Salud, Encargada, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud Pública.

Equipo Redactor

Illapa Idrovo Marivel, Señora Magister, especialista de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva 1, Ministerio de Salud Pública.

María Gabriela Pertuz Alarcón, Señora Magister, Consultora de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Quito.

Equipo de colaboradores

Marysol Ruilova Maldona, especialista en medicina familiar, Oficial de salud y nutrición, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Quito.

Alfredo Olmedo Valarezo, magíster en epidemiología para la salud pública, Oficial de salud y nutrición, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF, Quito.

Cecilia Barragán, Consultora de Determinantes y Curso de Vida, OPS/OMS Ecuador.

Daniela Alvarado, Oficial Nacional de Respuesta Humanitaria y Juventudes del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, Ecuador.

Revisión y aportes

Solange Leslie Zurita Yandun, Obstetriz / Obstetra 2, Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Ministerio de Salud Pública.

Elena Estefania Herrera Martinez, Magister, Especialista de Nutrición, Seguridad y Soberanía Alimentaria 1, Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición, Ministerio de Salud Pública.

Ana María Quirola Quirola / MSP, Señora Licenciada Especialista de Observancia, Investigación y Seguimiento de Casos en Derechos Humanos 1Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Ministerio de Salud Pública.

Lorena Vanessa Villacrés Guamba, Señora Magíster Especialista de Mejora Continua de la red de Epidemiologia 1 Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud Pública.

Adriana Carolina Chuqui Pedraza, Señorita Magíster Especialista de Mejoramiento Continuo de la Calidad 1, Dirección Nacional de Hospitales, Ministerio de Salud Pública.

Wilma Pilar Calle Zambrano, Obstetriz, Especialista de Seguimiento y Control de los Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención 1 Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Ministerio de Salud Pública.

Daniela Fernanda Lisintuña Jaguaco, Señorita Magíster, Analista del Proyecto para el Abordaje Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes 3, Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes, Ministerio de Salud Pública.

Jessica Ibeth Catucuamba Tabango, Señorita Magíster, Analista del Proyecto 3, Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes, Ministerio de Salud Pública.
Maricela Clementina Nantipa Cerda, Señora Doctora, Analista de Proyectos 3, Proyecto de Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador, Ministerio de Salud Pública.

Andrea Lisbeth Cuasapaz Rosero, Señorita Médica, Analista de Proyectos 3, 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.

Carina Elizabeth Mera Aguirre, Magíster, Especialista de Mejoramiento Continuo de La Calidad 1, Gestión Interna de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Andrea Carolina Garzón Pozo, Señorita Ingeniera, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información 1, Gestión Interna de Procesamiento y Análisis de la Información Estadístico-Sanitaria, Ministerio de Salud Pública.

Jorge Humberto Velasquez Bautista, Señor Ingeniero, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información 3, Gestión Interna de Metodología y Estandarización de Información, Ministerio de Salud Pública.

Johana Paola Mozo Tierras, Señora Ingeniera, Analista de Procesamiento y Análisis de la Información 3, Gestión Interna de Procesamiento y Análisis de la Información Estadístico-Sanitaria, Ministerio de Salud Pública.

Julia Lusitania Chévez Anzules, Señorita Licenciada, Asistente Administrativa 3, Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Ministerio de Salud Pública.

Rosa Lucinda del Pilar Proaño Daza, Señorita Magíster, Especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Esteban Andrés Andrade-Sandoval, Señor Magíster, Especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Ministerio de Salud Pública.

María Belén Araujo Pazmiño, Señora Magíster, Especialista de Políticas del Sistema Nacional de Salud 1 Gestión Interna de Documentos Normativos del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública.

Bryan Andrés Cóndor Coraquilla, Señor Magister, Analista de habilitación de establecimientos de salud Dirección técnica de habilitación certificación y acreditación – ACESS.

Dennis Stiven Guamialama Coral, Señor Médico, Analista de habilitación de establecimientos de salud Dirección técnica de habilitación certificación y acreditación – ACESS.

Rosa Elena Pancho Males, Ginecología y Obstetricia, Líder de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades, Coordinación Materno Infantil del Hospital de Especialidades, FFAA.

Patricia Verónica Ramírez Puente, Señora Magister, Salubrista, Dirección, Coordinación Nacional de Centros del Primer Nivel de Atención, IESS.

Rosa Amelia Samaniego Díaz, Señorita Magister, Psicóloga Clínica, Coordinación Nacional de Promoción y Prevención de la Salud, IESS.

Ronald Antonio Chamba Vásquez, Subteniente Médico, Analista de servicios médicos, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, ISSPOL.

María Fernanda Morales Carrasco, Médica Especialista en Ginecología, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Ministerio de Salud Pública.

Ana Macías Gómez, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Pública.

Daniel A. Antiporta, Asesor en Promoción de la Salud, Curso de Vida y Determinantes, OPS/OMS, Ecuador.

Karla Flores, Médico, especialista en Medicina Familiar.

Patricio Andrade, Ginecologo.

Jorge Hermida, Neonatalogo, Salubrista, Fundación para la Investigación y Gestión en Servicios de Salud.

Marcia Masaquiza, Médico.

Pablo Calispa, Médico, Salubrista, Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública (SESP).

Virgnia Gómez de la Torre, Médico, Fundación Desafío

Sonia Vilela, Médico, Pastaza

Ximena Garzón, Médcio Salubrista, Decana escuela de Salud Pública.

John Arias, Sexologó, Obstetra.

Alexandra Amaguaña, Obstetra.

Juan José Montero, Médico especialista en medicina familiar.

Gregorio Montalvo, Médico Salubrista.

Andrés Sotomayor, Médico, Salubrista.

Ana, Sanchéz, Médico.

Pedro Barreriro, Médico Salubrista.

Eduardo Yépez, Gineco-Obstetra.

Viviana Estupiñan, Médico.

Silvia Alarcón, Mécico.

Julio Insuasti, Pediatra Neonatologo, Manbí.

Manual Mancheno, Médico Salibrista, Pastaza.

Contenido

1. Introducción 21
2. Marco Normativo 23
   - 2.1 Marco legal 23
   - 2.2 Políticas y normativa interna 25
   - 2.3 Acuerdos y marcos internacionales 26
3. Marco Conceptual 28
4. Principios rectores y enfoques aplicados a la política pública para la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal 30
5. Etapa preparatoria 31
   - 5.1. Identificación de la necesidad de la política pública 31
   - 5.2 Conformación del equipo político y técnico para la formulación 33
   - 5.3 Actores e instancias de coordinación 35
     - 5.3.1 Actores directos 35
     - 5.3.2 Actores indirectos 36
   - 5.4 Espacios de participación ciudadana 38
   - 5.5 Hoja de ruta de formulación de la Política 41
6. Diagnóstico 44
   - 6.1.Diagnóstico del contexto general 44
   - 6.2 Identificación de los Determinantes del Problema Público 75
   - 6.3 Priorización de los determinantes del Problema Público 76
   - 6.4 Identificación y caracterización de la población objetivo 79
7. Propuesta 81
   - 7.1. Alternativas de solución 81
   - 7.2. Priorización de las alternativas 82
   - 7.3. Objetivos, estrategias y líneas de acción 83
   - 7.4. Metas e indicadores 105
   - 7.5. Asignación de responsabilidades 109
   - 7.6. Presupuesto referencial 110
8. Vinculación de la Política con el sistema de planificación 111

9. Monitoreo y evaluación de la política a nivel territorial..... 114
10. Glosario 117
11. Siglas y Abreviaturas 120
12. Referencias 121
13. Anexos 132
Anexo 1. Ampliación de los enfoques incorporados: Principios rectores y enfoques aplicados a la política pública para la reducción de la muerte materna y neonatal..... 132
Anexo 2. Resultado de mapeo de actores: 134
Anexo 3. Listado de instituciones y organizaciones participantes en el Taller para el análisis de las determinantes del problema púbico. 134
Anexo 4. Arboles de problemas y árboles de objetivos: 135
Anexo 5a y 5b. Informes de resultados consulta DELPHI sobre las alternativas de la Política: 135
Anexo 6. Fichas de Indicadores de la Política Pública. 136
Anexo 7. Indicadores para el Plan de Implementación..... 198

Presentación

El nivel de desarrollo y bienestar de un país se refleja, entre otros factores, en las condiciones de salud de su población, particularmente en la atención, protección y garantía de derechos de las mujeres antes, durante y después del embarazo y de los recién nacidos. En este sentido, la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal constituye una prioridad de salud pública, ética y política del Estado, al priorizar la vida, la dignidad y el bienestar de las mujeres, los recién nacidos y sus familias, en concordancia con la Constitución de la República, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los compromisos internacionales asumidos por el país.

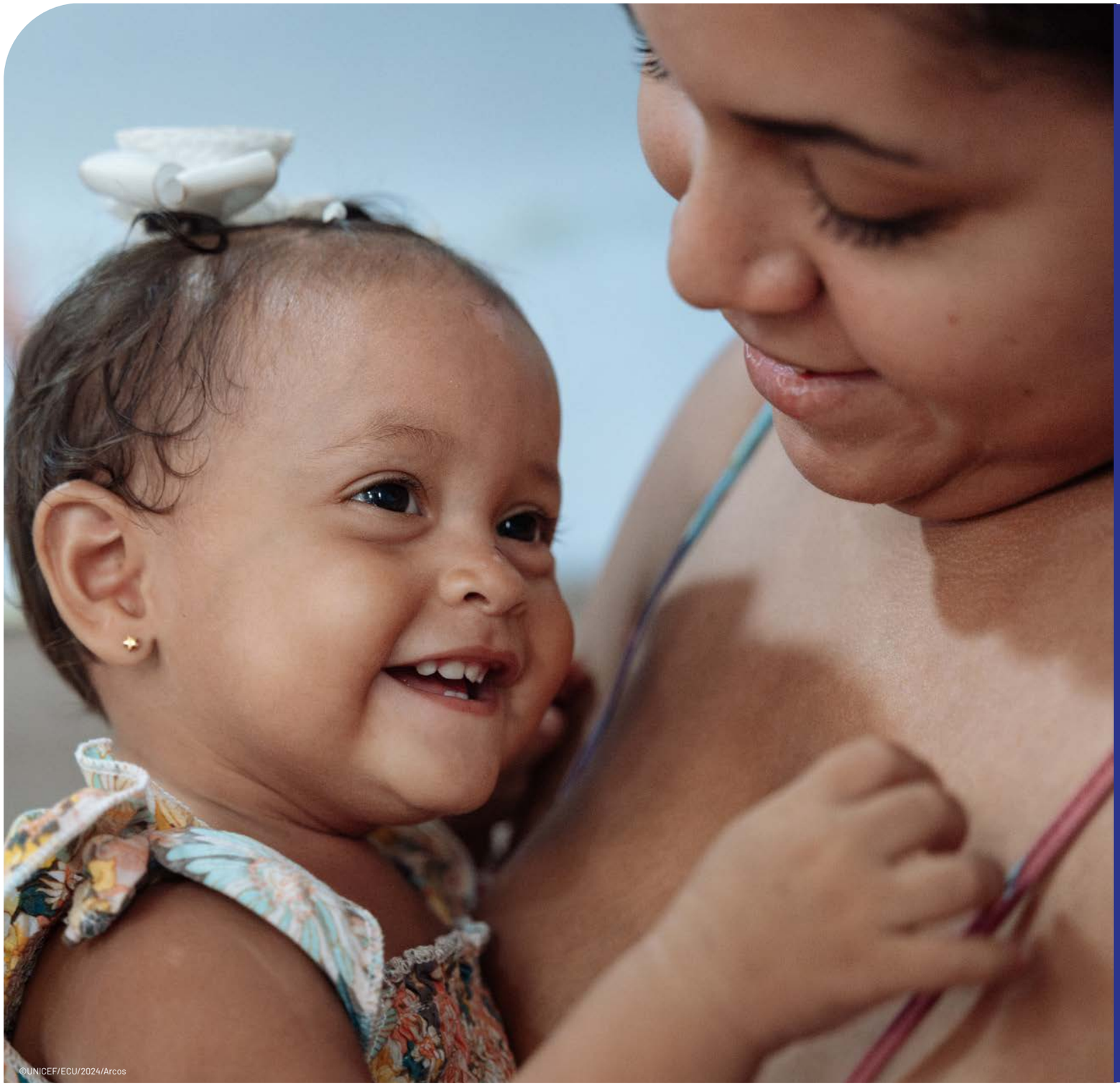
A lo largo de los años, el Estado ecuatoriano ha implementado políticas, planes, programas y estrategias orientadas a mejorar la salud materna y neonatal, reconociendo que las muertes y complicaciones que afectan a las mujeres y a los recién nacidos son, en su mayoría, prevenibles y responden a la interacción de múltiples determinantes sociales, económicos, culturales, biológicos, territoriales y de género. Estas condiciones impactan de manera diferenciada a las mujeres en situación de vulnerabilidad y a los recién nacidos, especialmente durante el embarazo, el parto, el puerperio y el periodo neonatal temprano.

No obstante, persisten desafíos estructurales que limitan el acceso oportuno y la calidad de la atención integral para las mujeres y los recién nacidos, profundizados por las crisis sociales, económicas, los procesos migratorios, las brechas territoriales y las desigualdades en el acceso a servicios de salud. Estas condiciones han dificultado el cumplimiento de las metas nacionales y globales de reducción de la mortalidad materna y neonatal previstas al 2030.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública, impulsa la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna y Neonatal 2026 - 2025, alineada con los instrumentos nacionales de planificación y desarrollo, con el objetivo de fortalecer la rectoría del sistema de salud, mejorar la calidad, continuidad y oportunidad de la atención a las mujeres y a los recién nacidos, y priorizar intervenciones integrales en los territorios y poblaciones de mayor riesgo.

La política también constituye un primer esfuerzo en la inclusión de criterios de Equidad en Salud en las políticas públicas a fin de avanzar en la reducción de inequidades en salud, mediante una respuesta intersectorial y multinivel, a través de la cual el Ministerio de Salud Pública, reafirma su compromiso con asegurar el derecho a la salud de las mujeres y los recién nacidos, fortaleciendo el acceso equitativo, oportuno, intercultural y de calidad a servicios integrales de salud materna y neonatal, desde la atención preconcepcional hasta el seguimiento del recién nacido, en cumplimiento de los principios de universalidad, equidad, dignidad humana y enfoque de derechos y promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la equidad en salud.

Jaime Otton Bernabe
Ministro de Salud Pública del Ecuador


©UNICEF/ECU/2024/Arcos

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 historia en la lucha para mejorar el estado de salud de la población, 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 de que tanto la enfermedad y las muertes en embarazadas y neonatos son el resultado de la interacción de múltiples determinantes económicos, sociales, culturales, organizacionales, de género, biológicos, entre otros.

Sin embargo, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados y los resultados que muestran reducciones sostenidas en muertes maternas y neonatales; desafíos como la 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 sociales 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 intensificar 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, así como el enfoque de equidad en salud.

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 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 (1).

  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 (1).

  En conjunto, estos artículos no solo legitiman la intervención estatal en la prevención del embarazo en adolescentes 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 (2).

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 en adolescentes y promoviendo el ejercicio informado de los derechos sexuales y reproductivos desde la etapa escolar (3).

  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. (4)

  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 (5).

  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 (5).

- **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 (6–8).

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, garantizar un Estado soberano, seguro, y justo promoviendo la convivencia pacífica y el respeto a los derechos humanos, política: 3.6 Prevenir y erradicar la violencia en todas sus formas, con énfasis en aquellas por razones de género, con acciones integrales de prevención, atención y reparación, y enfoque diferencial, inclusivo y libre de discriminación. (9).

  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 (9).

- **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 (10).

  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 (10).

- **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 (11).

- **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 resolutiva del primer nivel de atención (12).

- **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 a 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 (13).

- **Acuerdo Ministerial 00030-2021, Norma Técnica para la Certificación Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño- ESAMyN.**

  Está 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 (14).

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 (15).

- **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 en adolescentes, 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 (16).

- **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 (17).

- **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 (18).

- **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. (19)

- **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 en 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 (20).

- **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 (21).

- **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 (22).

- **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 (23).

- **Resolución WHA 77 A77/A/CONF./5 "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 (24).

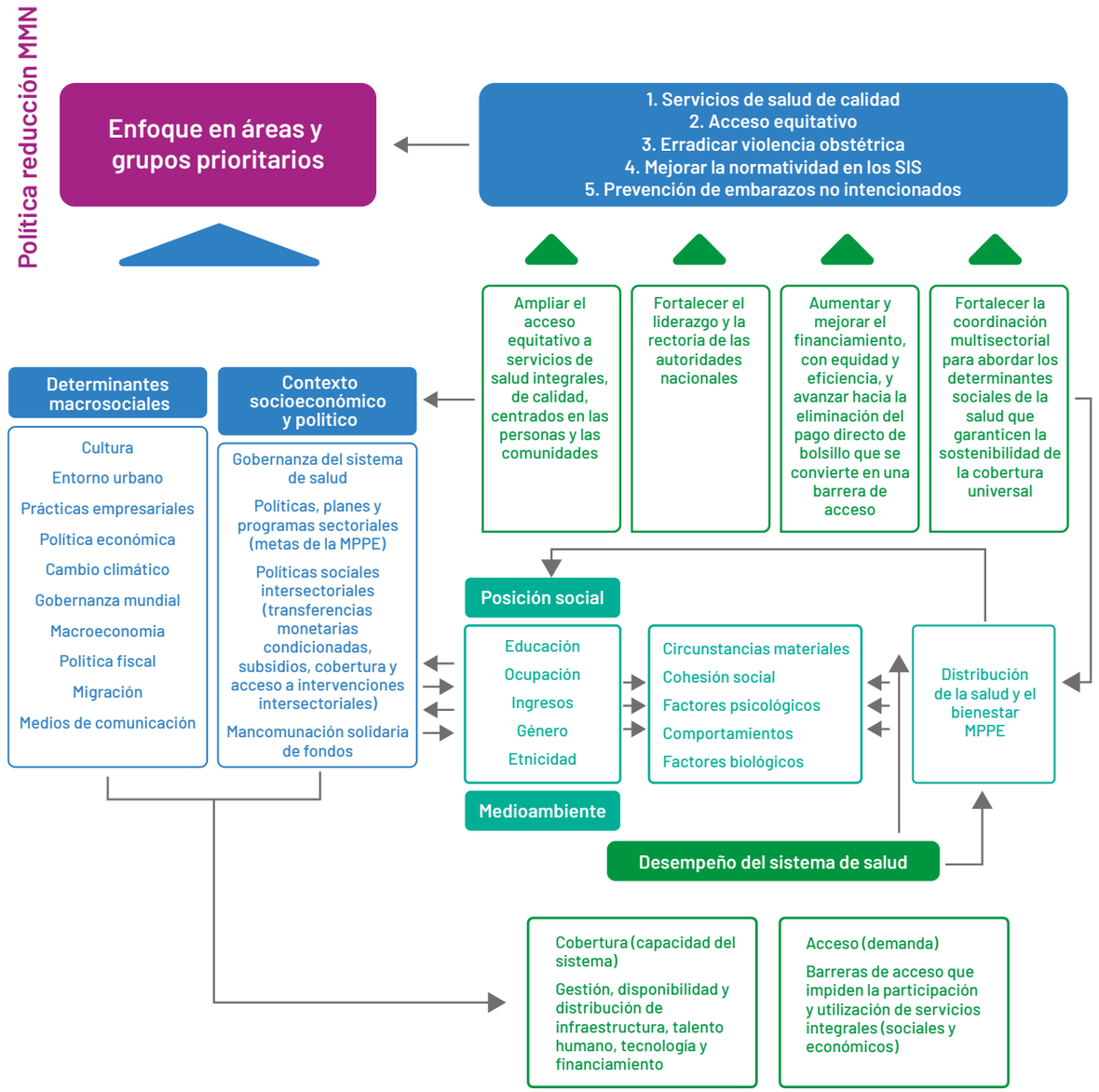
3. Marco Conceptual

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 (Gráfico 1)(25).

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

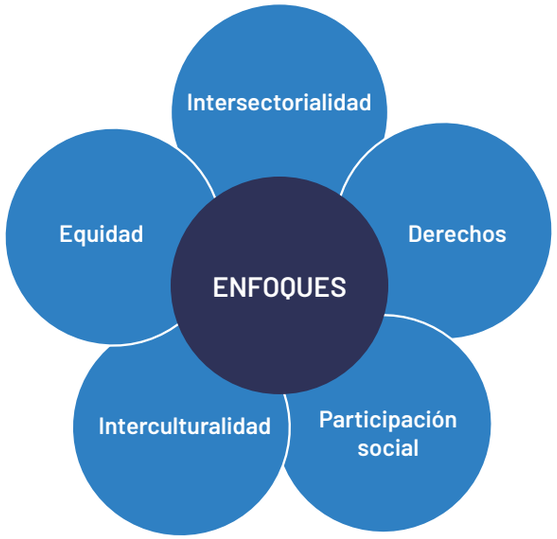


Fuente: Adaptado de OPS/OMS, Salud en las Américas. Mortalidad Prematura Potencialmente Evitable- MPPE, 2024

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

Los cinco 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 (Gráfico 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 (26).

Gráfico 2. Principios y enfoques de la Política para la Reducción de Morbi-mortalidad Materna y Neonatal



Fuente: Elaboración propia - MSP

Esto implicó reconocer y abordar las inequidades en salud 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 y comunitaria amplia e informada y para fortalecer la legitimidad, pertinencia y sostenibilidad de la política pública durante todo su ciclo (27) (Anexo 1).


©UNICEF/ECU/2021/Arcos

5. Etapa preparatoria

5.1. Identificación de la necesidad de la política pública

La mortalidad materna y neonatal en Ecuador representa un problema público urgente, cuya persistencia y concentración 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 100 000 nacidos vivos, evidenciando desafíos críticos en la calidad de los datos y en la capacidad de respuesta del sistema (28,29). 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 informadas en evidencia, 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 son además territorios con persistencia de alta pobreza multidimensional y altos índices de necesidades básicas insatisfechas, así como una limitada capacidad resolutiva de los servicios de salud (30).

En el ámbito neonatal, la tasa de mortalidad neonatal (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 (31). Estas cifras no solo evidencian una distribución desigual del riesgo, sino confirman que la mortalidad materna y neonatal presenta una concentración territorial en aquellas provincias en las cuales se encuentran mayores niveles de desigualdad social estructural, lo cual refleja la persistencia de condiciones de exclusión y la reproducción de brechas históricas en el acceso a servicios de salud.

Con relación a las demoras que provocaron las muertes maternas, el 81 % fueron atribuibles a causas evitables, mientras que el 90 % de los casos auditados 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. 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 adolescente e indígena. 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 (32).

Estos hallazgos confirman la diversidad y complejidad de factores y determinantes sociales de la salud involucrados en la problemática, por lo que no solo se requiere intervención estatal, sino que es necesario una política pública específica, intersectorial y territorialmente pertinente, capaz de articular a los diferentes actores 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 (33). 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 Nacional de Desarrollo.

En este contexto, esta política propone respuestas estructurales para su sostenibilidad, estas incluyen las estrategias necesarias para atender las necesidades entorno a la problemática, la implementación de protocolos diferenciados para mujeres con comorbilidades basado en la mejor evidencia, acompañado del desarrollo de competencias en el 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, entre las principales.

5.2 Conformación del equipo político y técnico para la formulación

Para el desarrollo de la política se conformó un equipo técnico 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:

  - Especialistas de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud Pública;
  - 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 Epidemiologia 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; y,
- 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 Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Ministerio de Salud Pública;
- Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, 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;
- Coordinación General de Sostenibilidad, Ministerio de Salud Pública;

  Adicionalmente, con el propósito de fortalecer el proceso de formulación, validación y seguimiento de la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal, se integró al Comité Nacional Interinstitucional de Salud Materna y Neonatal.

- **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 Sistema Nacional de Salud 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; y,
- El/la Director/a Ejecutivo de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad y Medicina Prepagada - ACESS.

- **Comité interagencial**

  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; y,
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA.

5.3 Actores e instancias de coordinación

Para la identificación de los actores clave en el proceso de formulación de la política, se realizó un taller con el equipo técnico, en el cual se identificaron y categorizaron los actores según su rol, tipo y nivel de influencia. Este proceso incorporó los enfoques de determinantes sociales de la salud, interculturalidad y derechos humanos en cada una de las categorías. Como resultado, se identificaron actores directos e indirectos (Tabla 1 y 2), quienes fueron convocados a los distintos espacios de formulación de la política.

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" cuyas funciones serán garantizar, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articular los diferentes niveles de atención; y promover 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 (32).

- **Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS)**

  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.

Tabla 1. Nivel de incidencia e interés de los actores directos

Actor	Tipo de actor	Nivel de incidencia en territorio	Nivel de influencia	Nivel de interés	Instancia de coordinación
Red Pública Integral de Salud y Red Privada Complementaria	Instituciones Públicas y privadas vinculadas con la prestación de servicios de salud	Nacional	Alta	Alto	Comité Interinstitucional de Salud Materna y Neonatal
Gobiernos Autónomos Descentralizados	Instituciones del Estado con administración territorial	Local	Alta	Alto	Comités Provinciales de Salud materna, Espacios de Articulación Intersectorial,
Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada	Institución pública	Nacional	Alta	Alto	Comité Interinstitucional de Salud Materna y Neonatal
Ministerio de Gobierno	Institución pública	Nacional	Alta	Alto	Comisión Técnica de Coordinación Interinstitucional

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 en adolescentes 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.
El Ministerio de Gobierno MDG	Encargada de la gobernabilidad, la seguridad ciudadana, el orden público y la articulación política del Ejecutivo, entre sus funciones se incluye desarrollar programas de prevención de la violencia, incluyendo la atención de violencia de género y derechos de la mujer.
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.
Consejo Nacional para la Igualdad de Género	Asegura la plena vigencia y el ejercicio de los derechos de las mujeres y personas LGBTI+. Su función principal es la transversalización del enfoque de género, la formulación de políticas públicas, la observancia, el seguimiento y la evaluación de la igualdad, combatiendo la discriminación y violencia de género.
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 Defensa Nacional del Ecuador MIDENA	Dirige la defensa nacional, la soberanía y la integridad territorial, junto con las Fuerzas Armadas.
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 implementó 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" (26). 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 multinivel para responder de manera efectiva a los desafíos que plantea la morbi-mortalidad materna y neonatal.

Los participantes en el proceso de consulta pública coincidieron en que existe una urgencia inaplazable de contar con una Política Nacional para la Reducción de la Morbimortalidad Materna y Neonatal, debido a los desafíos persistentes en acceso, calidad y oportunidad de la atención, especialmente en zonas rurales y vulnerables.

Las opiniones enfatizan la necesidad de fortalecer el talento humano (disponibilidad de profesionales y equipos de salud), asegurar los insumos esenciales como medicamentos para prevenir y tratar las principales causas de enfermedad y muerte en estos grupos, y mejorar la capacidad resolutiva del primer nivel. Se demanda también una atención más humanizada, libre de violencia obstétrica, con enfoque intercultural y con reconocimiento al rol de las parteras.

Varias contribuciones subrayan que el mayor desafío será "pasar del papel a la práctica", requiriendo inversión sostenida y un alto compromiso político para asegurar la sostenibilidad y la coordinación de acciones que garanticen condiciones como: transporte comunitario, infraestructura adecuada y sistemas de información interoperables.

Asimismo, se solicita profundizar el análisis de inequidades territoriales, étnicas y socioeconómicas, y fortalecer mecanismos de auditoría, monitoreo y rendición de cuentas. En general, la ciudadanía valora positivamente la política, considerándola "una herramienta de justicia social" y un paso indispensable para garantizar el derecho a una maternidad y un nacimiento seguro en todo el país.

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 Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal.

Etapa	Actividad	Metodología	Participantes	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, secretarias 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 diagnóstico rápido para la inclusión de criterios de Equidad en alud en la Política	Aplicación de la Herramienta de análisis rápido de Equidad en Salud (HET), de la OPS/ OMS	41	22/1/2026	VAIS/VGS, CZ,UNICEF, UNFPA, OPS
	Consulta Pública	Publicación y recopilación de comentarios	71	02-06 /02/2026	Público general

Fuente. Elaboración propia MSP

5.5 Hoja de ruta de formulación de la Política

Fase	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 /PAISSSRA	28/7/2024	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

Fase	Objetivo	Actividad		Responsable	Fecha inicio	Fecha Fin	Producto
Propuesta	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	2/2/2026	6/2/2026	Validación y presentación de la Política
		3.8	Inclusión de Criterios de Equidad en Salud	MSP	13/02/2026	20/02/2026	Documento preliminar de la Política con la la inclusión de criterios de Equidad en Salud en la Política.
		3.9	Resumen ejecutivo de la Política	MSP	5/2/2026	6/2/2026	Aprobación por equipo Político
		3.10	Desarrollo de fichas metodológicas de indicadores de la política	MSP	23/02/2026	06/03/2026	Fichas de indicadores elaboradas
		3.11	Definición de metas de indicadores de impacto	MSP	06/03/2026	06/03/2026	Metas establecidas
		3.12	Revisión de fichas metodológicas de los indicadores propuestos de la política	MSP	19/03/2026	30/03/2026	Fichas metodológicas aprobadas
		3.13	Aprobación de indicadores	DNPS – DNEAIS	01/04/2026	17/04/2026	Indicadores aprobados
		3.14	Envío a la Dirección Normatividad para validación externa por la secretaria nacional de Planificación de la Presidencia	DNPS/DNPNMS	27/04/2026	29/04/2026	Revisión de la Política
		3.15	Validación de la Secretaría	Secretaria	29/04/2026	03/06/2026	Documento de la Política con Observaciones.
Propuesta	Validación final	3.16	Subsanación de Observaciones remitidas por la Secretaría	MSP/DNPS	03/06/2026	10/06/2026	Documento final de la Política
		3.17	Emisión del informe de validación metodológica de la "Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026-2035" por parte de la Secretaría.	MSP/DNPS	10/06/2026	18/06/2026	Documento final de la Política
		3.18	Envío de informe técnico para la emisión de acuerdo y borrador de acuerdo	DNPS	29/06/2026	30/06/2026	Aprobación de informe
		3.19	Emisión de la Política a la Dirección Nacional de Normatividad, para emisión de Acuerdo Ministerial	DNPS-DNPNMS	30/06/2026	03/07/2026	Emisión de acuerdo Ministerial
		3.20	Publicación de la política	MSP	03/07/2026	15/07/2026	Publicación

6. Diagnóstico

6.1. Diagnóstico del contexto general

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 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), tales como la base general de defunciones, nacidos vivos; también se incluyeron resultados de encuestas nacionales: Encuesta Nacional sobre Desnutrición Infantil (ENDI), Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y violencia de Género contra las mujeres (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.



©UNICEF/ECU/2026/Arcos

- **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 (33).

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 condiciones sociales 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 (34).

Además, la mortalidad infantil y neonatal ha 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 (28).

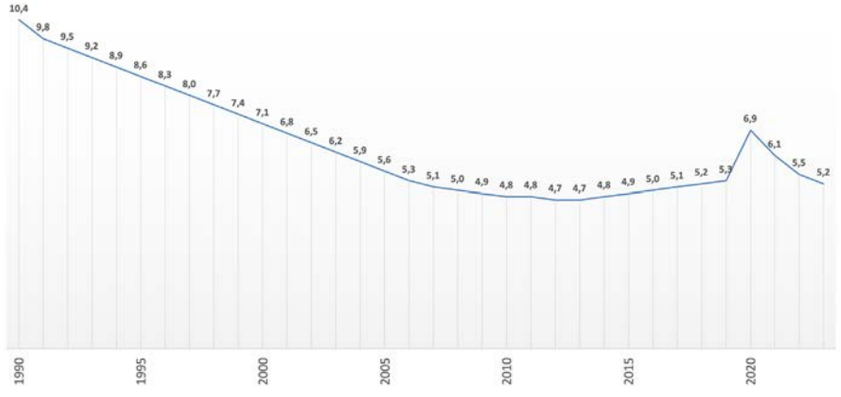
Tabla 4. Cinco causas principales de muerte prematura potencialmente evitable por grupo del estudio de la carga mundial de enfermedad y por sexo, Región de las Américas, 2019

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

Fuente: Salud en las Américas (25).

Específicamente, en el grupo de neonatos la tasa de mortalidad para el 2023 fue de 5,2 por cada 1.000 nacidos vivos, mostrando una reducción cerca del 50% de la tasa observada en 1990. Sin embargo, con excepción del año 2020, puede observarse que la tendencia de la TMN se ha mantenido estática desde el 2016 (Gráfico 3)(28).

Gráfico 3. Tasa de Mortalidad Neonatal 1990-2023 en el año (t+1)

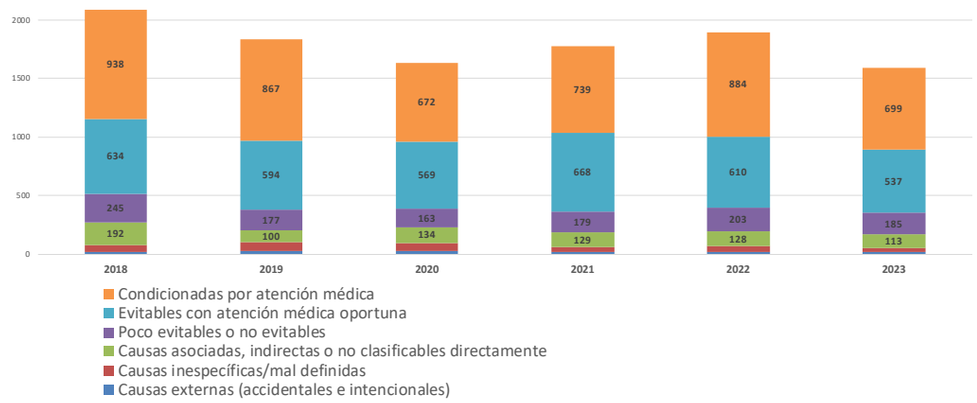


Fuente: Boletín de defunciones, INEC 2023
Defunciones registradas en el año (t+1): corresponden a las defunciones generales ocurridas en el año de estudio, e inscritas hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Cabe mencionar que se ha realizado el ajuste desde el año 2013. 201-2023 son cifras provisionales: 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.

- **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 (35). Esta tendencia es similar en Ecuador, observándose que entre el periodo de 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 4). (28)

Gráfico 4. Muerte Neonatal por grupo de causas, 2018-2023

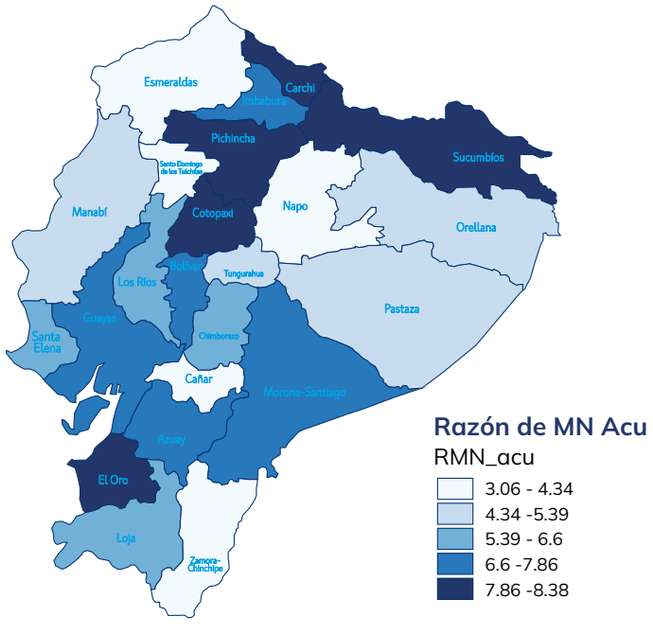


Fuente: Bases de datos Defunciones Generales INEC, elaboración propia. Clasificación de MSP Uruguay modificada. (35).

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 total 20 365 niños nacidos con bajo peso y 16 472 niños prematuros (31).

Al analizar el período 2018-2023, se evidencia que las tasas más altas de muerte neonatal se ubican en las provincias de Carchi, Cotopaxi, El Oro, Guayas, Imbabura, y Sucumbíos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasa de muerte neonatal acumulada x 1.000 por provincias 2018-2023



Fuente: Base de datos defunciones generales, INEC elaboración propia

Los determinantes sociales, como la pobreza, la inequidad, 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 (36).

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 (28).

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

N° Orden	Código CIE-10	Causas	Número de egresos	%
1°	P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	8.967	13.93%
2°	P59	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	6.353	9.87%
3°	P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	4.871	7.57%
4°	J18	Neumonía, organismo no especificado	3.414	5.30%
5°	P00	Feto y recién nacido afectado por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente	2.785	4.33%
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%
7°	P55	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	2.619	4.07%
8°	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	2.192	3.41%
9°	P03	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	1.572	2.44%
10°	J21	Bronquiolitis aguda	1.537	2.39%
	R00-R99 3/	Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (CAP. XVIII)	476	0.74%

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 (37). 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 (38).
Las condiciones adversas del entorno social y sanitario aumentan la probabilidad de resultados obsétricos 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 en salud y garantizar el derecho a la salud desde la gestación (39).

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 (40). 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 acciones estructurales (legislación, permisos por maternidad), 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 (41,42).

- ## Muerte materna en Ecuador

La muerte materna es el resultado de un proceso multifactorial donde interactúan elementos estructurales como el sistema económico, las condiciones sociales y ambientales, así como 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, entre otros. La interacción de estos factores, considerados atributos de vulnerabilidad causan resultados maternos y perinatales adversos (21).

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 (17).

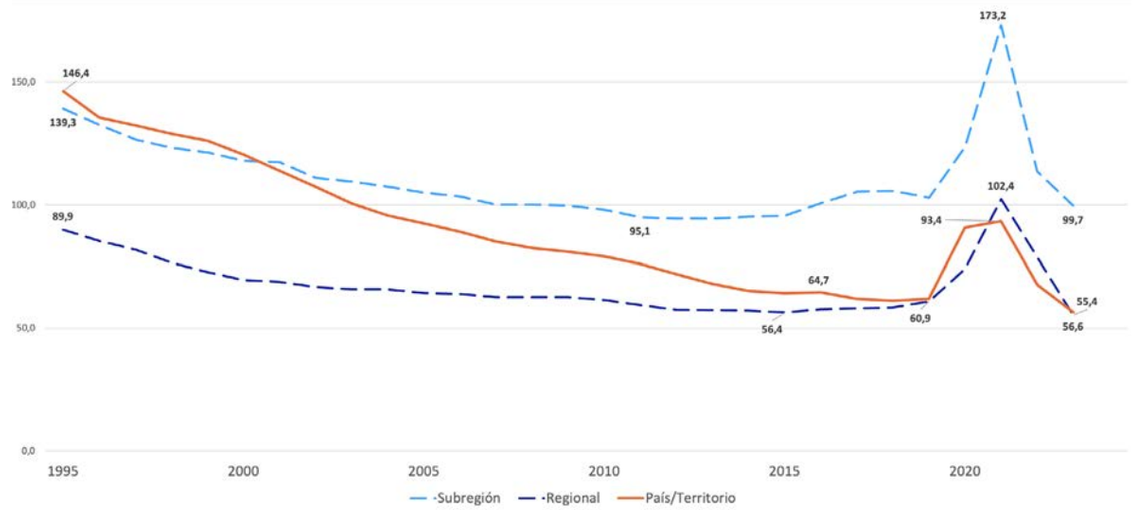
Tabla 6 Razón de MM por región, 2023

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. Disponible en: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, y posteriormente un poco por debajo del promedio regional. (Gráfico 6) (43).

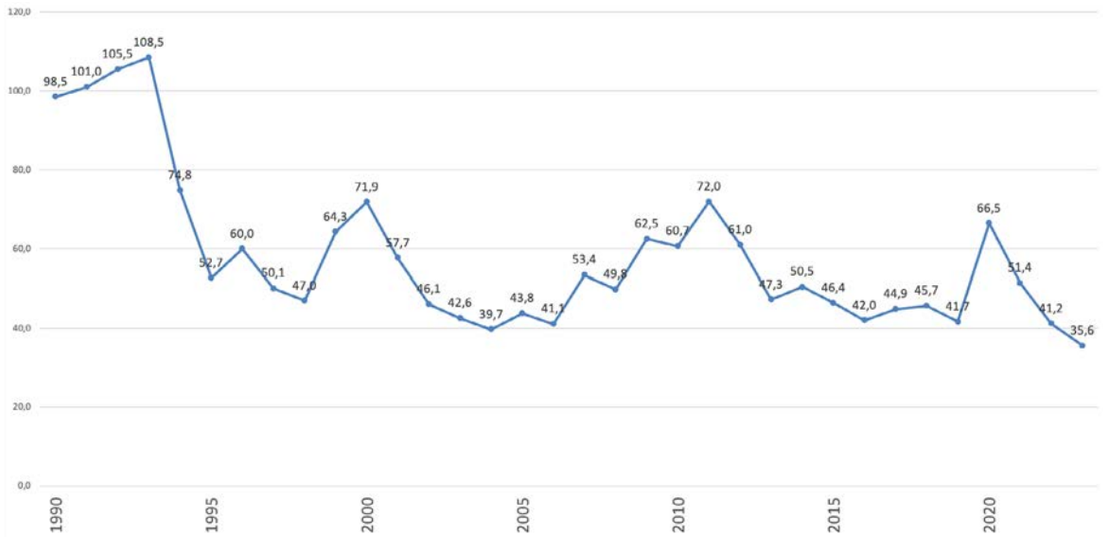
Gráfico 6. Razón de mortalidad materna estimada*(100 000 NV) Ecuador, región y subregión



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 7); 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 6). 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 (28).

Gráfico 7. Razón de mortalidad materna período 1990-2023 en el año (t+1)



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

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 (44).

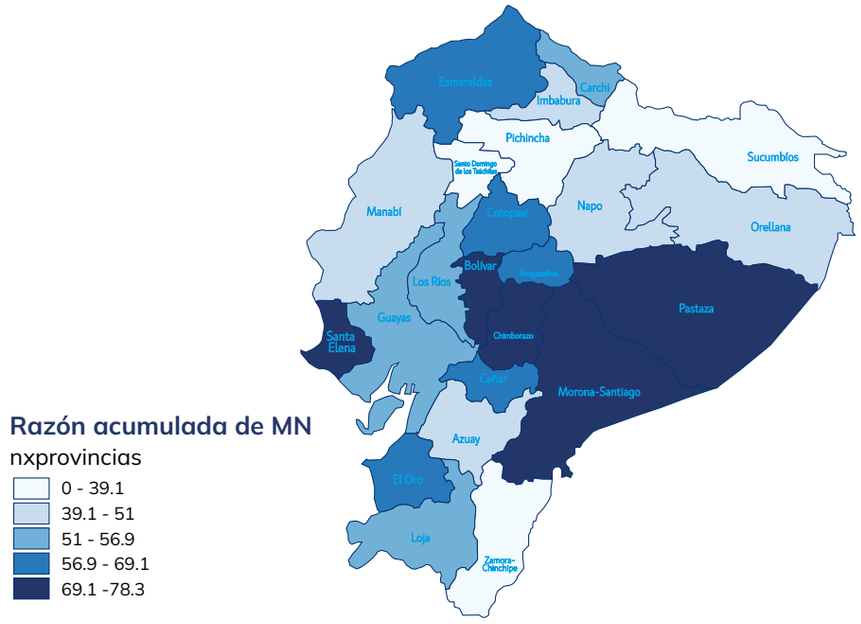
A partir del 2022, Ecuador recupera la tendencia a la reducción en la RMM, mostrada en años anteriores a la pandemia; sin embargo, se ralentiza la velocidad de reducción de la RMM en comparación con años anteriores.

Se analizó el período 2018-2023, 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 se presentan índices de pobreza multidimensional alto, así como bajo acceso a educación y seguridad social. (Gráfico 8)(45)(46).

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 (47).

Sin embargo, si se analizan la RMM 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. (21) Según la gaceta epidemiológica del MSP, el 44% de estos casos no venían referidos de otro centro de salud (47).

Gráfico 8. Razón de muerte materna acumulada por provincia de residencia 2018-2023



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

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 9).

Tabla 7. 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 (28).

- ## Principales causas de la muerte materna

En Latinoamérica y el Caribe (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 (21).

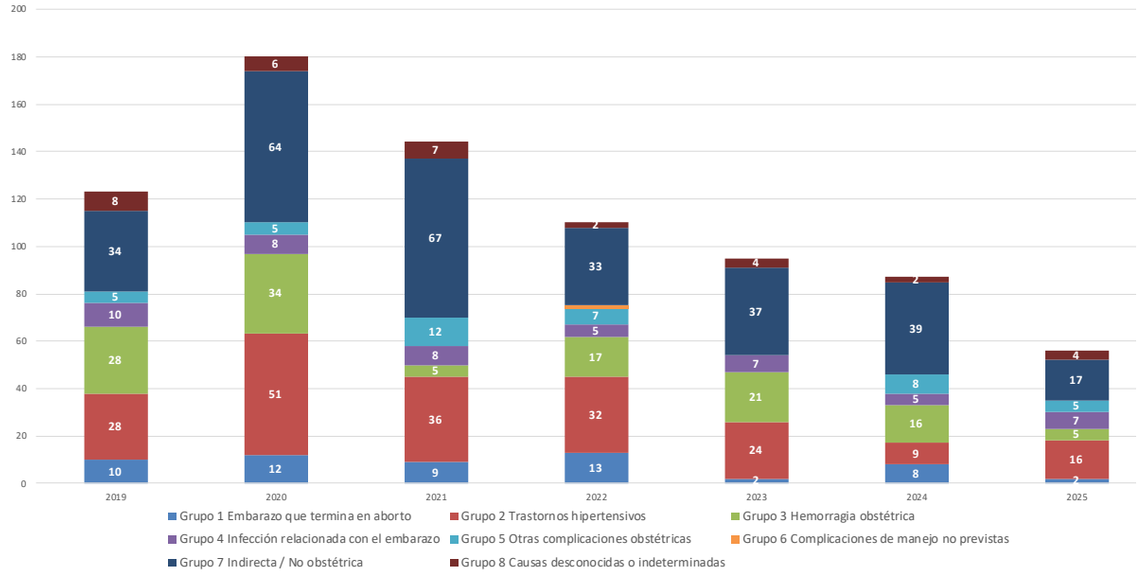
En Ecuador, el comportamiento es similar, las muertes maternas ocurridas en el período 2019-2023 se debieron en un 25 % a trastornos relacionados con hipertensión en el embarazo (preeclampsia/eclampsia), un 15 % se debió a hemorragias y en tercer lugar las infecciones relacionadas con el embarazo, además en 2020 y 2021 se registró un 15 % de muertes debidas a COVID-19 (45).

En la población de estudio del UNFPA se observó que el 81% de todas las MM ocurridas en Ecuador en el 2023 fueron originadas por causas evitables (49).

Las causas indirectas de muerte 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, los trastornos hipertensivos del embarazo (grupo 2) se ubican en el primer lugar, seguido por las hemorragias (Gráfico 9).

Gráfico 9. Muertes Maternas por año y grupo de causas



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) sufren complicaciones que tienen impacto a largo plazo y que pueden eventualmente costarles la vida cada año (51). Además, en Sudamérica, 1 de cada 842 mujeres, están en riesgo de morir por causas maternas a lo largo de su vida reproductiva (52).

La muerte materna por causas indirectas constituye 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 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 (53). Su ocurrencia refleja fallas en la atención preconcepcional, el seguimiento clínico integral y la capacidad resolutiva 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.

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 8. 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.

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.

- **Otros determinantes relacionados 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 de posparto.

Estos factores comprenden desigualdades de género y prácticas socioculturales que limitan el acceso equitativo, condiciones de pobreza, distancias significativas hacia los establecimientos de salud y deficiencias en infraestructura y transporte.

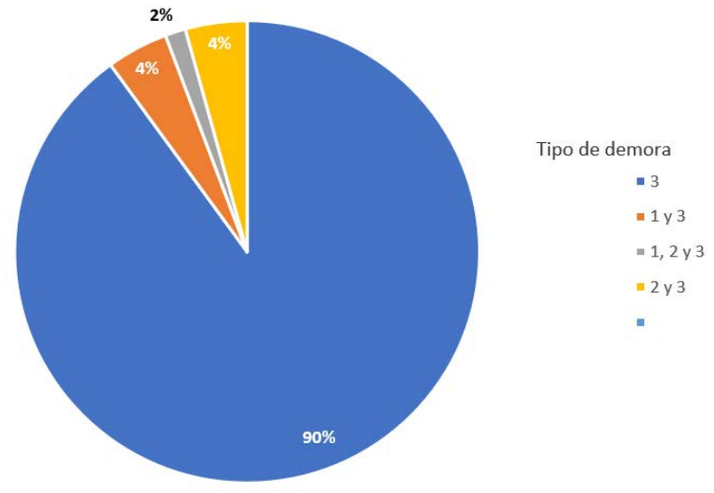
Asimismo, estos desafíos pueden verse profundizados por brechas en los mecanismos de rendición de cuentas y por un compromiso institucional insuficiente para garantizar la protección plena de los derechos humanos, la atención a estos factores favorece la creación de entornos propicios para que las mujeres mejoren sus oportunidades de vida y el control sobre la salud (37)(54).

– Factores institucionales

a. 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 10), 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 (55).

Gráfico 10. 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

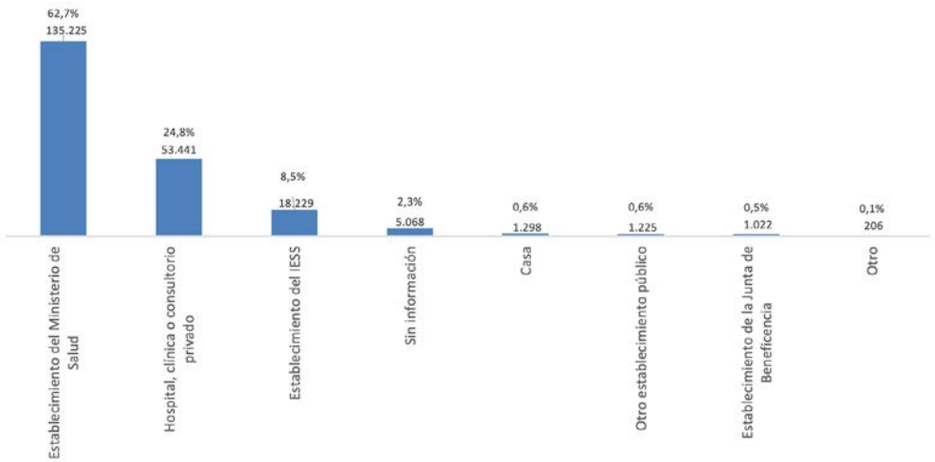
Del mismo análisis se desprende que el 53 % los casos de muerte materna revisados tenían menos de 5 controles, es decir no se cumplió lo dispuesto en la normativa nacional, el 16 %

de los casos no tenían ni un control prenatal, la mayoría de estas muertes ocurrieron en el puerperio inmediato y mediato y en mujeres residentes en áreas urbanas.

b. 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 (56).

Gráfico 11. Porcentaje de Nacidos vivos según lugar de ocurrencia



Fuente: 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 de articulación de parteras y parteros con el Sistema Nacional de Salud para garantizar la calidad y seguridad de la atención (Gráfico 11). 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.

c. 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 más reciente publicada por la OCDE, 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% (28). 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).

d. 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. (57). 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 (58).

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

Tabla 9. 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 %

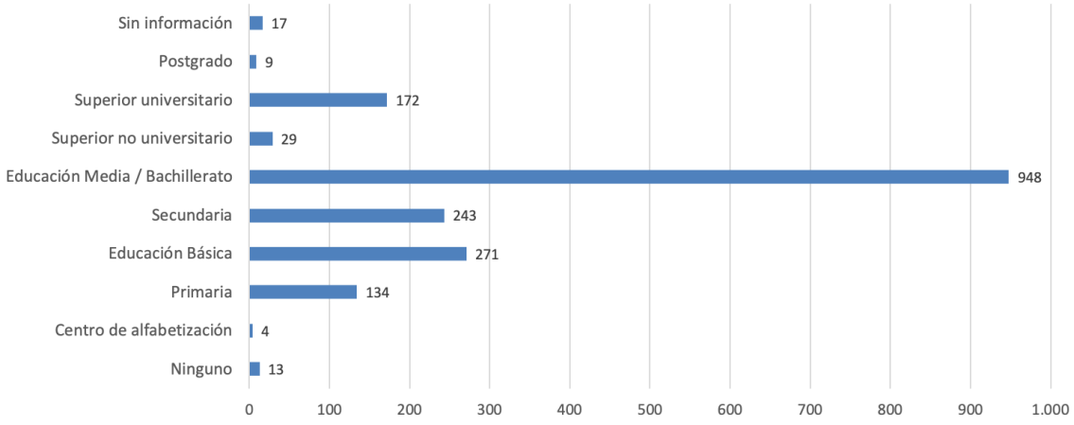
Base de Datos EDG, 2023, INEC, Elaboración Propia MSP

Tabla 10. 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
Sucumbíos	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

La mayoría de las muertes fetales se presentaron en mujeres con un nivel de instrucción media o bachillerato (Gráfico 12).

Gráfico 12. Muertes fetales por nivel de instrucción de la madre 2023

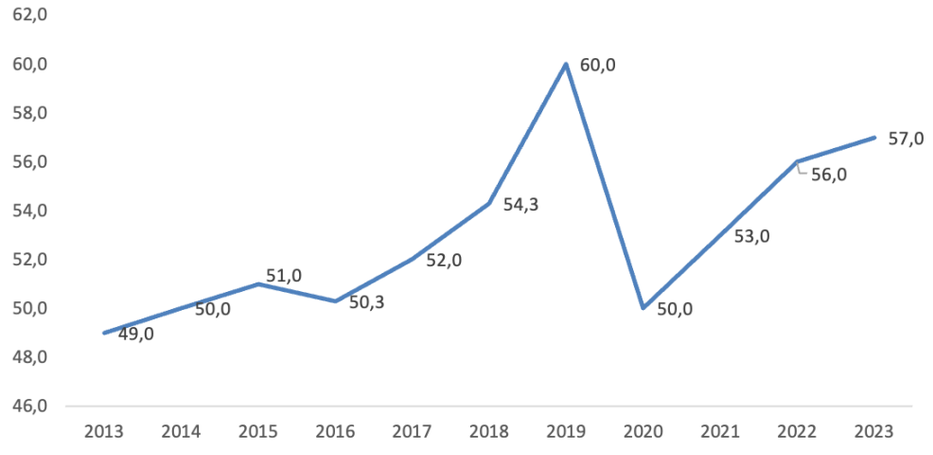


Fuente: Boletín de defunciones, INEC, 2023

e. Manejo de complicaciones

De acuerdo con los datos de egresos hospitalarios, 57% fue la proporción de gestantes ingresadas que sufrieron complicaciones durante el parto tuvo una caída importante en el 2020 (50%), mostrando una tendencia en incremento desde este año (Gráfico 13)(59).

Gráfico 13. 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.

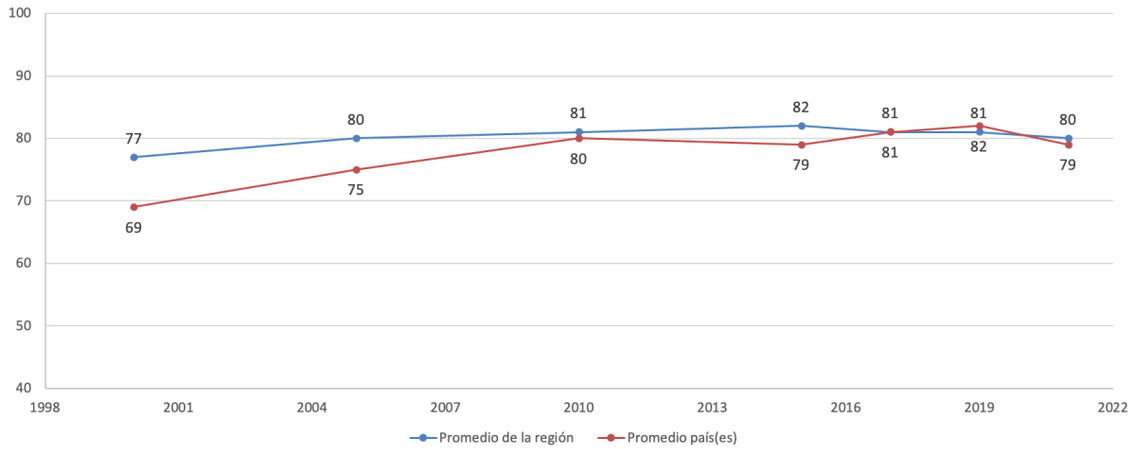
– Acceso y uso de los servicios de salud

a. 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 y 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 14).

Gráfico 14. Subíndice de salud reproductiva, materna del RN y del niño, Ecuador, 2021



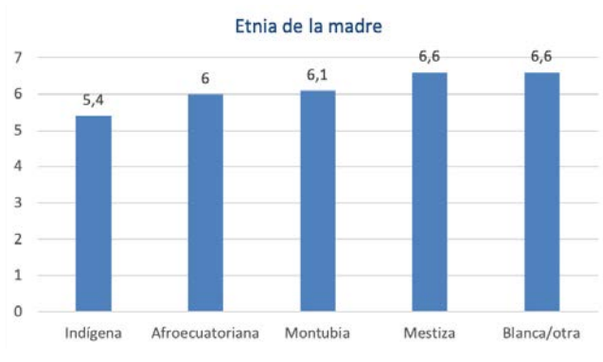
Fuente: Tablero de Indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud OPS/OMS

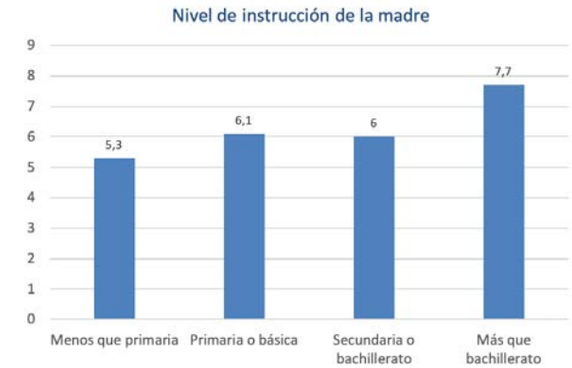
La inclusión del enfoque de acceso en el análisis del sistema de salud responde a la necesidad de evaluar su capacidad de adaptación a las necesidades y expectativas de la población. Este criterio permite identificar brechas estructurales y contextuales que afectan la equidad en la atención, considerando 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, esté número de controles promedio se reduce si la mujer es menor de 20 años, tiene un menor nivel de instrucción o se autoidentifica indígena (Gráfico 15)(30).

Gráfico 15. 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.

b. 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 (60). 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 (57).

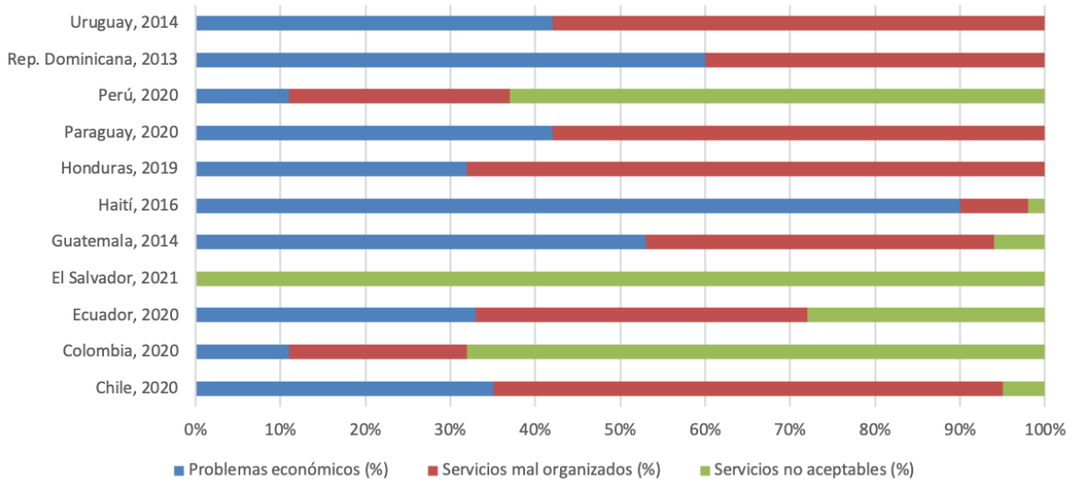
Según los datos disponibles en los visualizadores de la Secretaría Técnica *Ecuador Crece sin Desnutrición*, para junio de 2025, apenas el 53 % de las gestantes atendidas en los establecimientos de salud recibieron controles prenatales completos y oportunos para su edad gestacional. Guayas registró la 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)(61).

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 (62).

c. 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 16)(63)(9).

Gráfico 16. Distribución de las necesidades de atención médica insatisfechas en LAC, por tipo de barras de acceso informadas, último año con información disponible (en porcentajes)



Fuente: Elaboración equipo redactor con base a la urgencia de invernir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. CEPAL-OPS.

Otro aspecto vinculado al menor uso de servicios de salud es la aceptabilidad de estos, lo que exige 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 (64).

En el Ecuador el 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 (SNS). 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 (65).

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. (66). 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. (65) (67)

d. 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. A pesar de contar con servicios de Cuidado Obstétricos y Neonatales (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 resolutiva 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 (33).

e. Acceso a la Salud Sexual y Salud 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 (68).

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 refleja serias limitaciones en la garantía de derechos sexuales y derechos 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 (69).

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, 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, obstetras. La disponibilidad de personal de salud para servicios de salud sexual y reproductiva es fundamental para reducir es 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 (70).

– Condiciones socioeconómicas

a. Embarazo en adolescentes

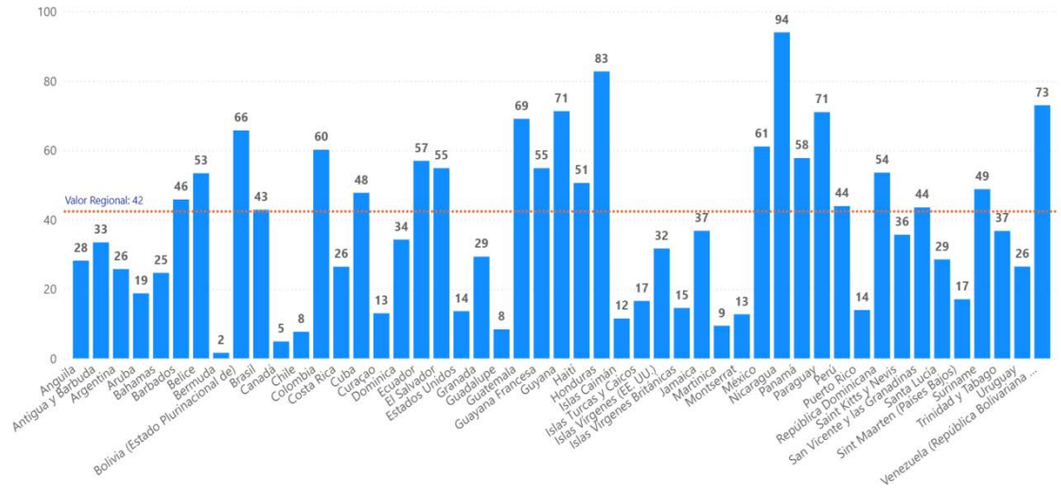
El embarazo en la adolescencia constituye grave vulneración del derecho a la integridad física y psicológca, afectando la educación, la educación sexual, el acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos eficaces, a tomar decisiones libres e informadas sobre la vida sexual y la reproducción y una vida libre de violencia de todo tipo. Dada la importancia de esta problemática 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 1.000 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 17) (71). Esto implica que en 2024 todavía se produjeron 31 102 nacimientos de madres de entre 15 a 19 años, y 1.680 nacimientos en población de 10 a 14 años (76). Es importante resaltar que, según la ley ecuatoriana, los embarazos en menores de 14 años son considerados violencia sexual (72).

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 (73).

La atención a adolescentes embarazadas y los casos de aborto continúan presentando vacíos técnicos y éticos que requieren abordajes integrales y multisectoriales. (33) 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 (74).

Gráfico 17. 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 (73).

Se reconoce que el embarazo en adolescentes 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 (10).

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" (75).

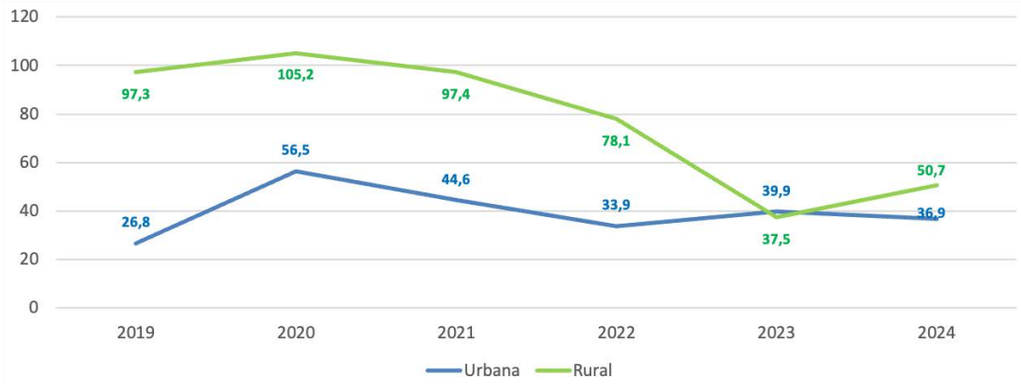
Según los datos de INEC del 2024, en el Ecuador se generaron 2.238 egresos por abortos en el grupo de adolescentes de 10 a 19 años, de estos 248 fueron en niñas de 10 a 14 años.

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.

b. 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 desplazamiento del área más afectada hacia contextos urbanos ha sido documentado también en otros países de la región. (Gráfico 18)(50).

Gráfico 18. 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 (46).

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 (42).

c. 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 (76,77).

Según la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (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%) (78).

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 (11).

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 de 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 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 un factor que influye en las elevadas tasas de embarazo en adolescentes, muerte materna y neonatal, ante lo cual se debe asegurar políticas con enfoque de derechos y el registro adecuado para visibilizar el problema.

d. 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).

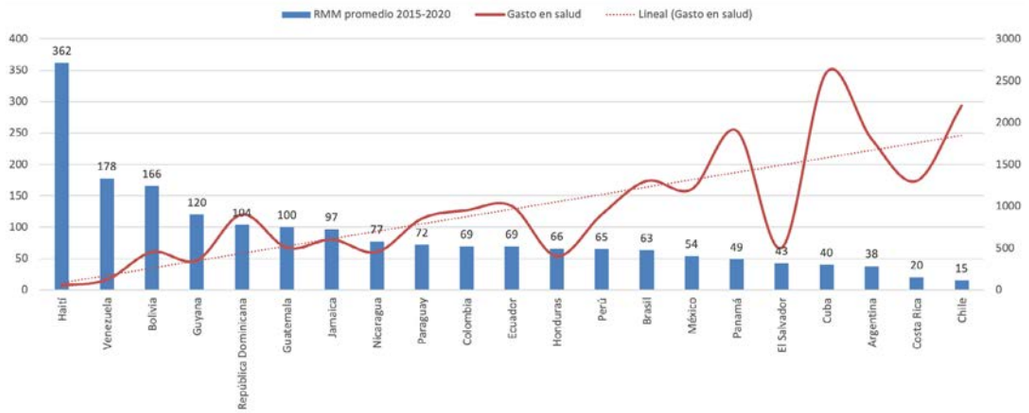
Además, el gasto de bolsillo en salud sigue siendo elevado, alcanzando el 32.79 % del gasto total en salud, lo que genera desigualdades y limita el acceso a servicios esenciales, especialmente para las poblaciones vulnerables; esto, combinado con el 41.5% de

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 19)(50).

Gráfico 19. 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: informe de MM para LAC, Grupo de trabajo MMEIG

e. Inequidades, pobreza e inseguridad

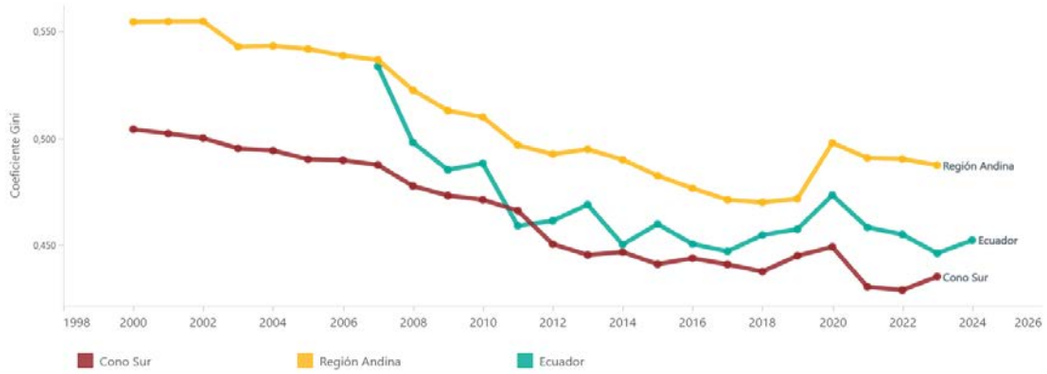
Las inequidades en salud se refieren a diferencias injustas y evitables en el estado de salud entre distintos grupos sociales, las cuales están vinculadas a condiciones de desventaja como la pobreza, la discriminación y las limitaciones en el acceso a servicios y recursos esenciales. (83).

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 (46)(48).

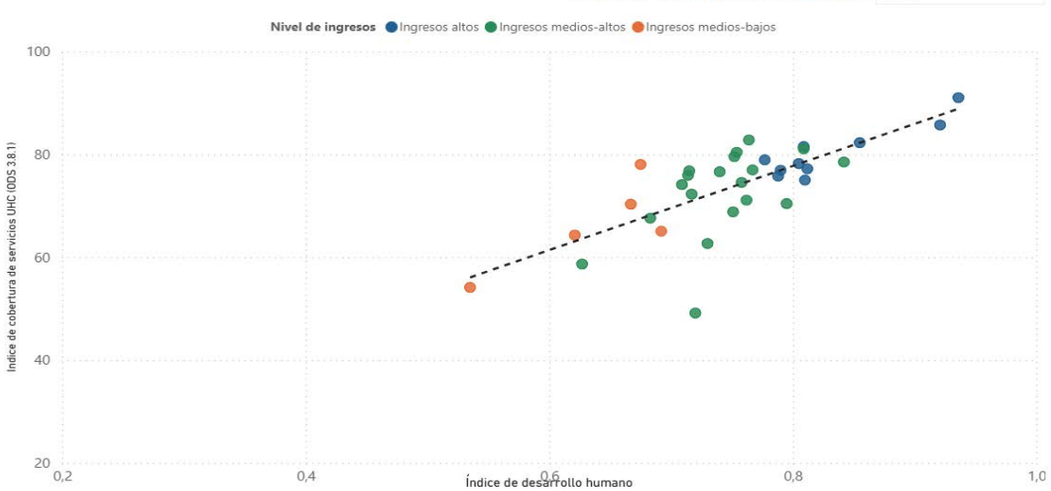
Si bien en Ecuador se han hecho esfuerzos para reducir las desigualdades, el estancamiento del índice de Gini revela una deuda estructural con la equidad, donde las políticas públicas no han logrado revertir las brechas históricas (Grafico 19), los segmentos de población ecuatoriana con menores ingresos muestran también un menor índice de desarrollo humano y una menor cobertura de servicios de salud (Gráfico 21).

Gráfico 20. 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.

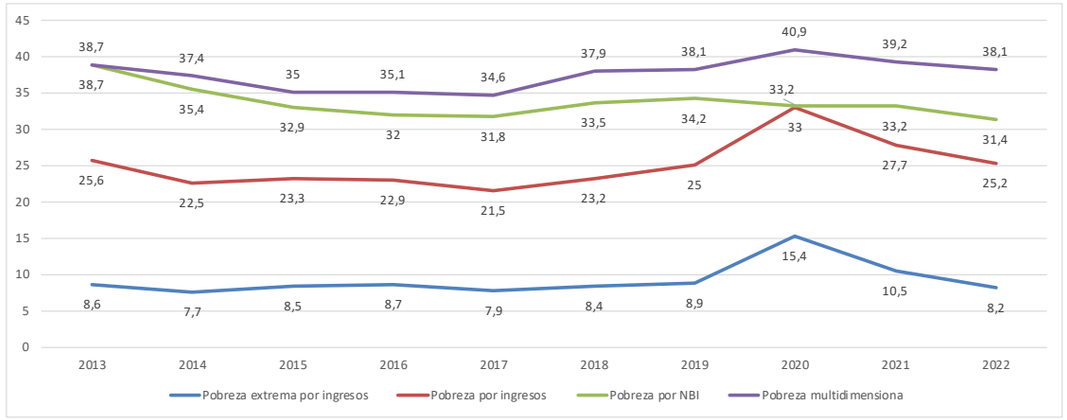
Gráfico21. Índice de Cobertura de servicios, por ingresos y por IDH, Ecuador



Fuente: Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud - OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/es/tablero-indicadores-aps/tablero-indicadores-para-sistemas-salud-basados-atencion-primaria-salud#tab-50721-2.

La pandemia de 2020 aumentó todos los tipos de pobreza; sin embargo, los indicadores relacionados con el ingreso mejoraron más rápido que los que reflejan condiciones de vida como vivienda, educación o acceso a servicios básicos. Esto muestra que las desigualdades sociales y de salud no cambian al mismo ritmo y requieren respuestas más profundas y sostenidas (Gráfico 22).

Gráfico 22. Evolución de los indicadores socioeconómicos en Ecuador 2013-2022



Fuente: Informe País de Desigualdades, 2025, MSP

Según el Informe País de Desigualdades Sociales en Salud (2025), en 2022 se evidenció una marcada desigualdad en la mortalidad materna: la brecha absoluta entre provincias con mayor y menor NBI alcanzó 43,2 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, y la brecha relativa mostró un riesgo 2,6 veces mayor en las más pobres. El índice de la pendiente indicó 41 muertes adicionales en territorios con mayor privación, mientras que el índice de concentración reveló que el 20% más pobre acumuló el 28,17% de las defunciones. En conjunto, estos indicadores confirman que la inequidad socioeconómica sigue siendo un determinante crítico en la distribución del riesgo materno (30).

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 pruebas de toxoplasmosis, citomegalovirus, rubeola y herpes (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 adolescente tienden a experimentar niveles más altos de pobreza por ingresos (46).

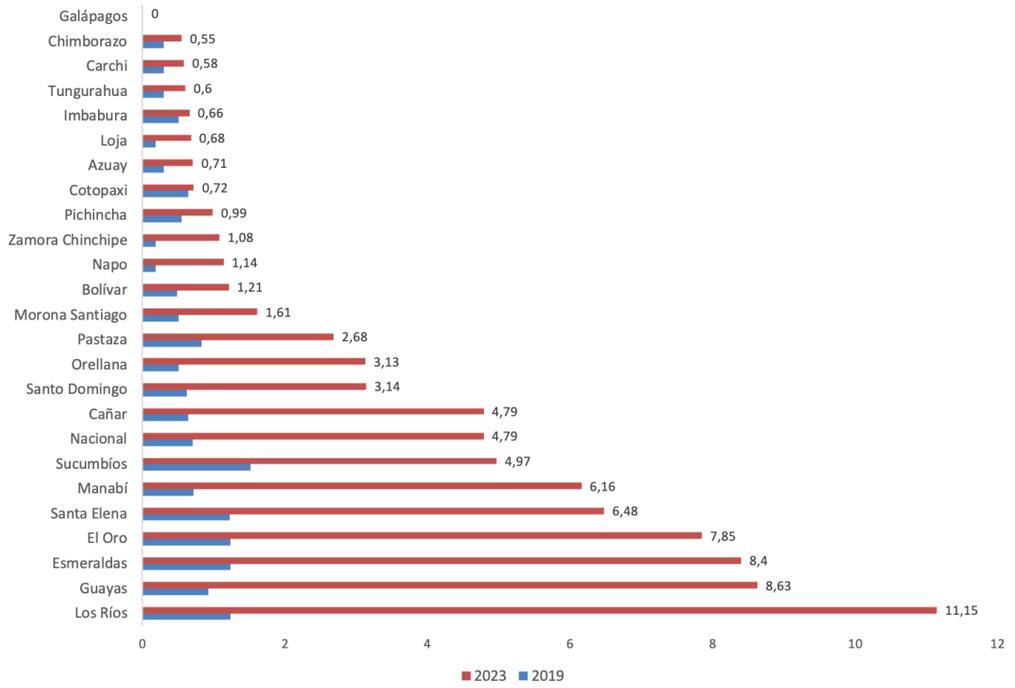
La pandemia de COVID-19 exacerbó las brechas de desigualdad, impactando significativamente en indicadores clave como la mortalidad materna y neonatal. Una de las principales causas fue la saturación del sistema de salud, afectando especialmente a las poblaciones más vulnerables, que ya enfrentaban barreras 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 (30).

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 (18).

El factor inseguridad aparece en el panorama nacional como un elemento que agrava las inequidades en salud y el acceso a 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 desafíos institucionales para garantizar la seguridad pública (Gráfico 23).

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 (18).

Gráfico 23. 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 de 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, 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.

f. 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 RMM 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 (86,87).

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. (33)(58,59).

6.2 Identificación de los Determinantes del Problema Público

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.

Los participantes convocados pertenecen a diversos sectores entre ellos: MSP, IESS, ISPOL, ISFFA, Registro Civil, Defensoría del Pueblo, Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 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.

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, usando la metodología del árbol de problemas, una herramienta que permitió descomponer los problemas en sus causas y efectos directos e indirectos, permitiendo una visión estructurada y sistémica de la situación. 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:

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

Se distribuyeron todos los actores 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.

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).

Tabla 11. 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
	Desintegraciónyfragmentación 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 dispobilidad de MAC	14	5	Urgente	14:5
	Persistencia de violencia y estigmatiza-ción 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 escenciale spara 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



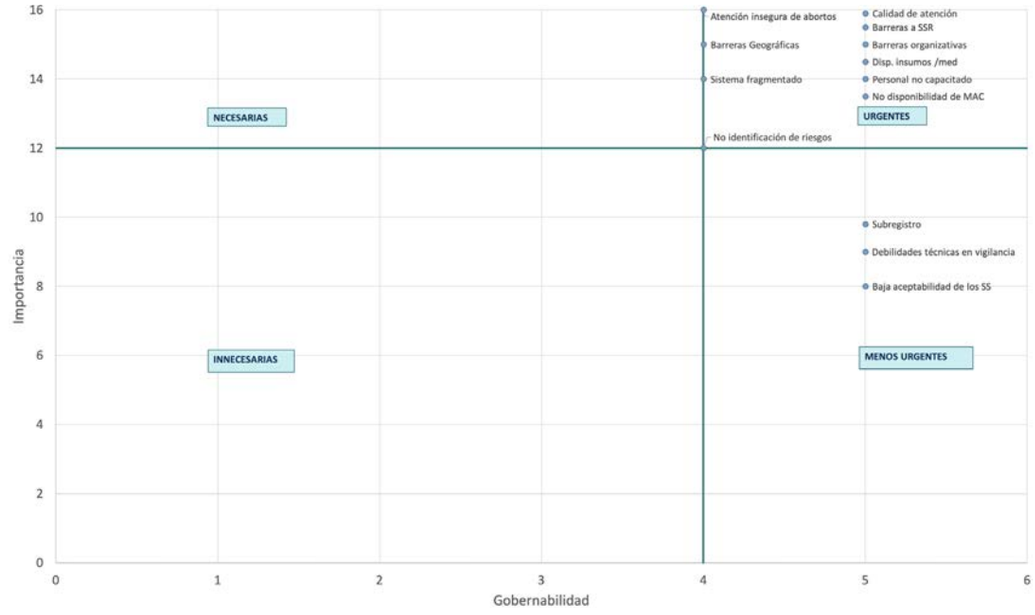
Fotografía taller análisis de problemas, Quito sep. 26 del 2025

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.

• 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 y medicamentos, la mejora del acceso, los servicios de salud, la integración del sistema de salud y la erradicación de la violencia de género (Gráfico 24).

Gráfico 24 Dispersión de categorización de factores y determinantes de morbimortalidad materna y neonatal



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

6.4 Identificación y caracterización 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 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.** Poblaciones que 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. Además, de ser población que menos acceso tiene a condiciones sociales y económicas mínimas (83).

- **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 (88) (89). 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.

- **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.

- **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.

- **Mujeres mayores de 35 años:** Este grupo presenta mayor prevalencia de comorbilidades y embarazos de alto riesgo.

- **Recién nacidos de bajo peso y prematuros:** Este grupo 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.

- **Mujeres y neonatos de otros grupos vulnerables:** En este grupo se encuentran mujeres y recién nacidos en situación de movilidad humana, privadas de libertad, e identidades sexo-genéricas diversas, 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 básicas insatisfechas como estratificador de desigualdad, en un periodo de cinco años (Bolívar, Chimborazo, Santa Elena, Esmeraldas, Guayas, Pastaza).

  - **Análisis de grupos en situación de vulnerabilidad:** Mujeres indígenas, afrodescendientes, adolescentes, mujeres en pobreza extrema, mujeres que habitan en la ruralidad o en contextos urbanos marginales y/o con altos niveles de inseguridad, mujeres en situación de movilidad humana, mujeres privadas de la libertad e identidades sexo-genéricas diversas.

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


©UNICEF/ECU/2016/Troppoli

7. Propuesta

7.1. Alternativas de solución

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.

7.2. Priorización de las alternativas

Para priorizar y validar estas alternativas, se realizó una consulta estructurada tipo Delphi a 21 expertos en la materia, 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.

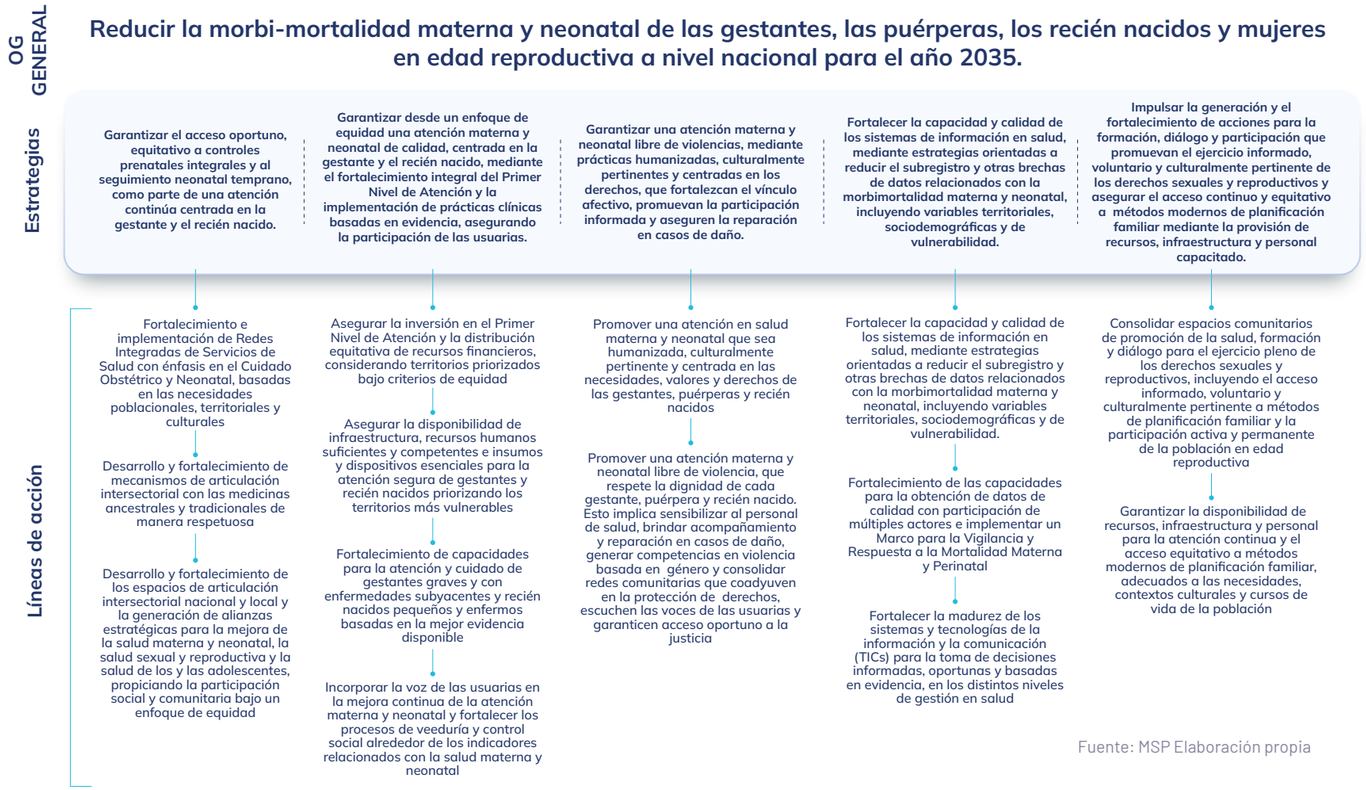
Las alternativas que se plantean a continuación abordan las determinantes individuales y sociales más cercanas a la problemática; otros determinantes sociales identificados; tales como la educación de las mujeres, alternativas para reducir la pobreza en este grupo y el abordaje de la violencia desde 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.

7.3. Objetivos, estrategias y líneas de acción

- **Objetivos General de la política**

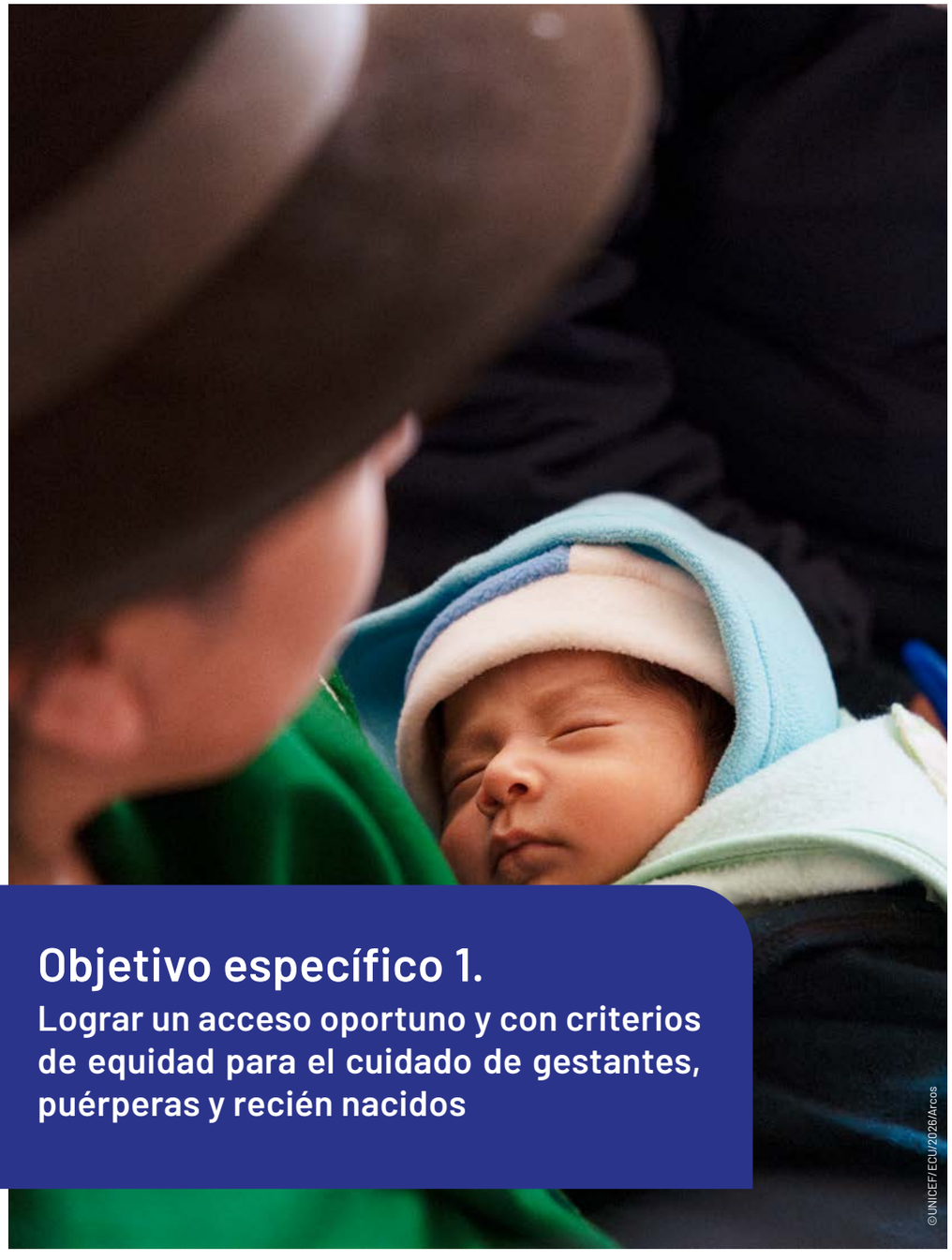
Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035. (Gráfico 25).

Gráfico 25. Objetivo general y estructura de la PRMMMN



Fuente: MSP Elaboración propia

A continuación, la descripción de los cinco objetivos específicos, las estrategias y líneas de acción para el abordaje de la reducción de la morbi-mortalidad materna y neonatal a nivel nacional, mismos que, se operativizan en las estrategias e indicadores de la política, así como en su plan de implementación.



© UNICEF/ECU/2026/Arcos

Objetivo específico 1.

Lograr un acceso oportuno y con criterios de equidad para el cuidado de gestantes, puérperas y recién nacidos

El análisis de contexto y problemas relacionados con la muerte materna y neonatal, realizado para esta política, muestra que el acceso oportuno, 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 en condición 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, generando 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 la persistencia de determinantes sociales estructurales anclados a políticas sociales y económicas, 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, entre otros. La inequidad en el acceso a servicios de atención prenatal y neonatal perpetúa brechas en salud, vulnera derechos fundamentales, generando impactos y limitaciones a largo plazo en la vida de las personas, familias y comunidades, como en el desarrollo del país.

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-CONE, es una de las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad materna (90). 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 (69,89,91,92).

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 (10)(93–98).

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.

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, territoriales y culturales (90,91,99).

- 1.1.1 Actualizar la Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) Manual Operativo de las Redes Integradas de Servicios de Salud para el Cuidado Obstétrico y Neonatal (CONE), consolidar el enfoque intercultural, fortalecer las rutas de atención y estándares de calidad para el cuidado materno y neonatal, alineado al marco EmONC (Básico, Integral, e Intensivo), asegurando que la clasificación nacional de capacidades resolutivas se articule con los paquetes funcionales de atención obstétrica y neonatal de emergencia reconocidos internacionalmente.

- 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 desde lo comunitario 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, activación de mecanismos de coordinación-respuesta, rutas de cuidado y abordaje inicial 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 para gestantes y neonatos, especialmente durante emergencias y promoviendo el cumplimiento del plan de parto.

- 1.1.6 Levantar un diagnóstico nacional sobre las barreras de acceso a los establecimientos de salud que aborde los determinantes sociales de la muerte materna y neonatal, y que motive el desarrollo de una estrategia de reducción de barreras de acceso con criterios de equidad, e implementación de la misma durante la vigencia de la política.

- 1.1.7 Establecer mecanismos de agendamiento y horarios de atención 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 y con pertinencia cultural en todos los niveles de atención.

- 1.1.8 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 Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de articulación intersectorial con las medicinas ancestrales y tradicionales de manera respetuosa (94,100–102).

- 1.2.1 Contar con un registro nacional actualizado y completo de identificación de parteras/parteros ancestrales articuladas con el Sistema Nacional de Salud. Fortalecer sus capacidades para la articulación con el sistema de salud.

- 1.2.2 Fortalecer la articulación entre el sistema de salud y las parteras y parteros ancestrales, a través de la implementación del Manual de Articulación de Prácticas y Saberes Ancestrales; desarrollo, implementación y monitoreo de herramientas para mejorar las referencias comunitarias, reconociendo sus saberes y su rol como actores clave en la atención del parto y 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 Desarrollar competencias en el personal de salud para la atención en salud materna y neonatal con enfoque intercultural 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 la provisión de instrumentos y herramientas validadas que faciliten procesos de educomunicación bidireccional con la comunidad, incorporando el uso y la revitalización de las lenguas nativas como medio esencial para garantizar la comprensión mutua y, a través del uso de metodologías vivenciales, de educación popular y diálogo de saberes, para fomentar el respeto a la diversidad cultural y la construcción conjunta de las prácticas de cuidado.

- 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: 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 Desarrollo y fortalecimiento de los espacios de articulación intersectorial nacional y local y la generación de alianzas estratégicas para la mejora de la salud materna y neonatal, la salud sexual y reproductiva y la salud de los y las adolescentes, propiciando la participación social y comunitaria bajo un enfoque de equidad (97,103,104).

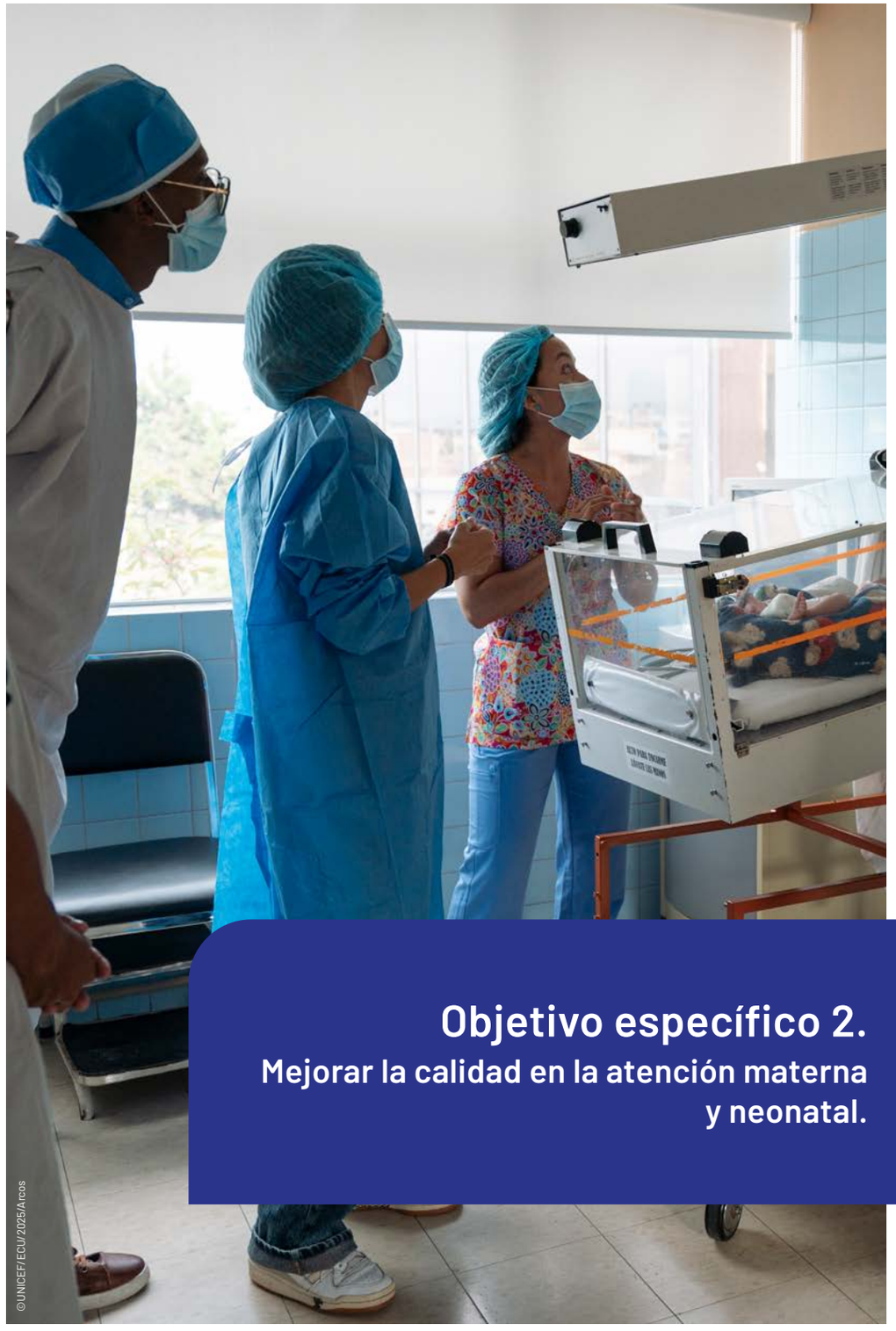
- 1.3.1 Fortalecimiento de capacidades para funcionarios de todos los sectores y actores comunitarios, que incluya formación en determinantes sociales, gobernanza intersectorial, análisis de datos, participación social y herramientas de planificación conjunta, así como las capacidades para la negociación en salud.

- 1.3.2 Desarrollar e implementar una estrategia de vigilancia comunitaria en muerte materna y neonatal.

- 1.3.3 Promover la creación y consolidación de instancias permanentes de gobernanza intersectorial en salud materna y neonatal (comités, mesas técnicas, grupos de trabajo, etc.) con mandatos claros, periodicidad definida, responsabilidades y recursos específicos asignados para coordinar acciones entre los distintos sectores: salud, protección social, educación, transporte, justicia y otrosestratégicos, que consideren la realidad territorial, la participación comunitaria y la pertinencia intercultural.

- 1.3.4 Implementar un marco de evaluación que mida el impacto en la salud y la los determinantes sociales de la equidad, en todas las políticas, programas y proyectos en todos los sectores que puedan afectar la salud materna y neonatal (infraestructura vial, transporte, educación, seguridad, agua y saneamiento, justicia, etc.).

- 1.3.5 Crear e implementar protocolos de referencia intersectorial para los operados de los servicios involucrados en mejorar la salud materna y neonatal (educación, protección social, salud).



©UNICEF/ECU/2025/Arcos

Objetivo específico 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, seguridad y pertinencia territorial e intercultural. Estas deficiencias se evidencian en la falta de personal especializado, distribución inadecuada del mismo, infraestructura inapropiada, escasa disponibilidad de insumos críticos, debilidad en la gestión clínica, baja capacidad resolutiva, especialmente en el primer nivel de atención, y la débil transversalización del enfoque intercultural en los servicios de salud.

Es evidente la fragmentación del sistema de salud y la débil articulación entre niveles, lo que impide una atención integral del binomio madre-hijo. Además, el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), eje articulador de la atención territorial y puerta de entrada al sistema de salud, está ausente, lo que limita el abordaje de los determinantes sociales de la equidad en salud, la prevención de la problemática, la captación temprana del embarazo, la respuesta oportuna 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 escasa priorización de la inversión pública, la falta de condiciones e incentivos adecuados para los trabajadores y equipos de salud, la débil gobernanza institucional.

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 social, 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, previene muertes evitables, para ello es necesario disponer de inversión presupuestaria suficiente, oportuna y priorizar poblaciones más vulnerables y territorios históricamente excluidos, esto reafirma el compromiso del sistema de salud con los derechos humanos, la equidad en salud y el cuidado centrado en las personas (86,103,105–108).

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 certificación y recertificación, especialmente cuando es liderada por el Estado, ha permitido establecer mecanismos de rendición de cuentas y asegurar estándares mínimos de desempeño (108–110).

Las iniciativas que buscan 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, involucramiento de las comunidades, 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 (110–115)

Finalmente, la evidencia resalta la importancia de las intervenciones comunitarias participativas con pertinencia territorial e intercultural en la optimización de las prácticas de atención perinatal, contribuyendo significativamente a la reducción de la mortalidad materna (103,116)

Estrategia 2: Garantizar desde un enfoque de equidad una atención materna y neonatal de calidad, centrada en la gestante y el recién nacido, mediante el fortalecimiento integral del Primer Nivel de Atención y la implementación de prácticas clínicas basadas en evidencia, asegurando la participación de las usuarias.

Líneas de acción

L2.1 Asegurar la inversión en el Primer Nivel de Atención y la distribución equitativa de recursos financieros, considerando territorios priorizados bajo criterios de equidad (108).

- 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 Impulsar que la tercera parte de los ingresos no tributarios de los Gobiernos Autónomos Descentralizados destinados para el abordaje de grupos de atención prioritaria se destine a programas y proyectos de salud materna neonatal.

- 2.1.3 Gestionar 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 (57,102,104–107,115).

- 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 un paquete de prestaciones y un listado de medicamentos e insumos esenciales para la atención de emergencias maternas y neonatales, garantizando su disponibilidad continua. Este paquete deberá articularse con el conjunto priorizado de prestaciones para la atención de gestantes y recién nacidos, e incorporar además los insumos necesarios para abordar las principales causas de morbilidad y mortalidad en estos grupos.

- 2.2.6 Establecer un mecanismo de coordinación local para la disponibilidad de transporte de emergencia en zonas de difícil acceso.

- 2.2.7 Impulsar el cumplimiento de los más altos estándares internacionales para la calidad de la atención materna y neonatal, garantizando la aplicación sistemática de prácticas basadas en evidencia, incluidas las medidas de prevención y control de infecciones (PCI).

- 2.2.8 Diseñar e implementar una estrategia para el fortalecimiento de los requisitos esenciales de agua, saneamiento e higiene (WASH) en los establecimientos de salud que brindan atención al parto y hospitalización de gestantes, puérperas y recién nacidos.

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 (107–109).

- 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 las particularidades de cada territorio.

- 2.3.2 Fomentar procesos certificación, 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 se 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 primer nivel de atención, como parte de los requisitos de licenciamiento.

- 2.3.3Establecer un mecanismo formal de cooperación con las universidades con pre y post grado, para la generación de evidencia científica, desarrollo de competencias, e inclusión del enfoque intercultural en las mallas curriculares.

L2.4 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 (103,117).

- 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.

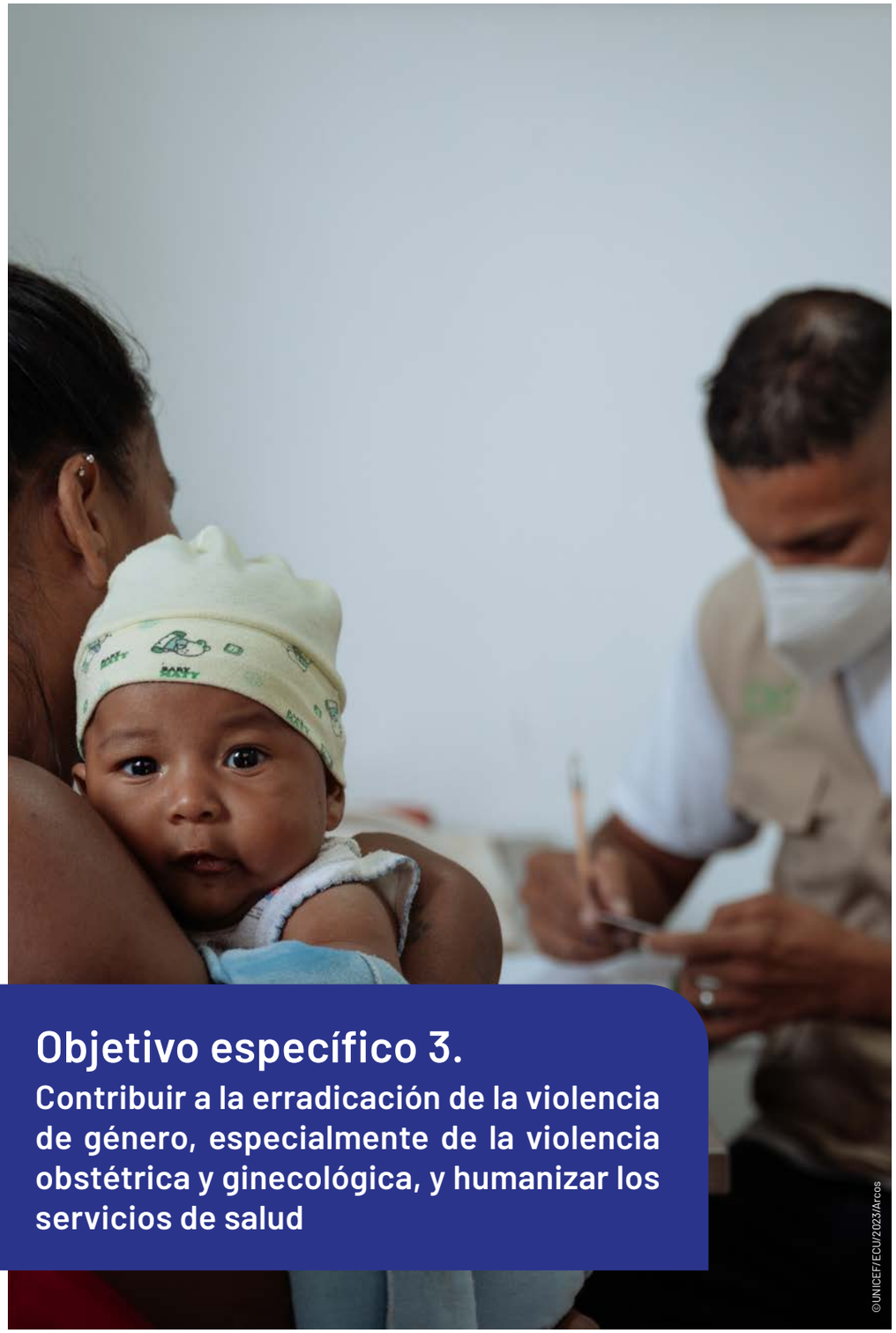
- 2.4.2 Establecer mecanismos periódicos (trimestrales, semestrales y anuales) para rendición de cuentas y revisión de los indicadores relacionados con la salud materna y neonatal fortaleciendo los mecanismos de veeduría y control social existentes a nivel local, subnacional y nacional, donde se garantice la participación de grupos representativos de la población objetivo.

- 2.4.3 Desarrollar visualizadores y tableros interactivos de monitoreo, de consulta pública de la información y de 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 establecer mecanismos periódicos (trimestrales, semestrales y anuales) 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 la población objetivo. 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 continuo del desempeño en Establecimientos de Salud vinculados a la calidad de la atención, cuidados y resultados maternos y neonatales, estos indicadores deben ser útiles para interpretar cambios y brechas territoriales, así como, para la toma de decisiones en mejora continua.



© UNICEF/ECU/2023/Arcos

Objetivo específico 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 de 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 recién nacidos, 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 y 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 (41,100).

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 (115,116,118–124).

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 (2,10,16,18,23,24,26,27,29).

Además, el diseño de estrategias culturalmente sensibles como la incorporación de la humanización de las prácticas asistenciales como el Método Canguro (KM) 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 (125).

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

L3.1 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 (17,41,116,121,126,127).

- 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 el 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 y territorios 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 en los establecimientos de salud de la RPIS-RPC 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-RPC, 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 Promover acciones para una lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida, fortaleciendo el autocuidado materno y el vínculo temprano; asegurar insumos y métodos seguros para la extracción, almacenamiento y provisión de leche materna cuando la lactancia directa no sea posible; fortalecer la red de bancos de leche humana; y capacitar al personal de salud, junto con impulsar estrategias 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.

L3.2 Promover una atención materna y neonatal libre de violencia, que 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, generar competencias en violencia basada en género y consolidar redes comunitarias que coadyuven en la protección de derechos, escuchen las voces de las usuarias y garanticen acceso oportuno a la justicia (90,120,125).

- 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 reparación de los derechos de las usuarias, así como la articulación con organismos de 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 de atención 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).

- 3.2.5 Desarrollar e implementar de una estrategia para la prevención de violencia gineceo-obstétrica y la reducción de prácticas discriminatorias en la atención asociadas al género, etnia y otros factores en los establecimientos de salud.



© UNICEF/ECU/2026/Erique

Objetivo específico 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, 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 falta de calidad del dato y la ausencia de estimaciones en áreas pequeñas, tanto en indicadores de salud como en estratificadores de equidad, lo que limita la medición y análisis de desigualdades sociales en salud que están generando inequidades, lo que afecta la capacidad de focalizar intervenciones, diseñar estrategias territorialmente pertinentes y reducir inequidades.

Todo lo anterior dificulta la posibilidad de identificar patrones y evaluar el impacto de las políticas implementadas y el rol que cumplen los determinantes sociales de la salud. El problema también se relaciona con determinantes propios del sistema de salud como la baja inversión en tecnologías de información, ausencia de estandarización de procesos e interoperabilidad de los sistemas, establecimiento de gobernanza de los datos e información, 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 a mejorar 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 (54). 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 (128).

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 (127,129,130).

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, lo que debe acompañarse de registros civiles sólidos (128,129,131,132).

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 (133).

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. (134)

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 morbimortalidad 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 morbimortalidad materno neonatal, e incorporación del análisis y la medición de desigualdades sociales y los determinates sociales en la producción y presentación de la información (72,116).

- 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 los determinantes sociales 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 Mejora de las metodologías de cálculo y armonización de estimaciones para la Razón de Muerte Materna y Tasas de Muerte Neonatal, asegurando la consistencia y comparabilidad de la información sobre mortalidad materna, en coherencia con las recomendaciones validadas internacionalmente.

- 4.1.4 Establecer un mecanismo formal de cooperación con el Instituto Nacional de Estadística y Censos-INEC, para la mejora de metodologías de cálculo y armonización de estimaciones para la Razón de Muerte Materna y Tasas de Muerte Neonatal.

- 4.1.5 Implementar la vigilancia y definición de la normativa para el registro y notificación de Morbilidad Extremadamente Grave (Near miss materno) y abortos según el marco de criterios de clasificación de la OMS.

- 4.1.6 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.

- 4.1.7 Incorporar en los análisis de salud materna y neonatal la medición de desigualdades sociales en salud y sus determinantes sociales, a través de la estandarización de una metodología ajustada a la realidad nacional.

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 (54,80,134–136).

- 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 Mejora del proceso y de la calidad de registros médicos y clasificación de enfermedades según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que incluya la mejora del proceso e institucionalización de la búsqueda intencionada de muertes maternas (BIRMM) y la reclasificación de las muertes maternas, con designación de personal especializado y con funciones específicas para esta tarea.

- 4.2.3 Fortalecimiento y creación de los comités multiprofesionales para las auditorias 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 la comunicación (TICs) para la toma de decisiones informadas, oportunas y basadas en evidencia, en los distintos niveles de gestión en salud (131,137).

- 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 énfasis en datos vinculados a la salud materna y neonatal.

- 4.3.3 Implementación de sistemas electrónicos para notificación de auditorías de muerte materna y neonatal.

- 4.3.4 Impulsar la adopción del Sistema de Información perinatal (SIP) para el registro de atenciones 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 la Comunicación -TICs para optimizar el acceso a información educativa, apoyando a la toma de decisiones en gestantes y puérperas, familias y comunidades.



Objetivo específico 5.

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

En el Ecuador, de acuerdo con la información disponible y los análisis realizados, los embarazos no intencionados, resultan una expresión de desigualdades sociales estructurales y vacíos en la garantía en el ejercicio derechos sexuales y derechos 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 promoción de la salud sexual y reproductiva y de prevención 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 (138–141). Por ello, esta política reconoce la importancia de integrar enfoques culturalmente pertinentes, con participación comunitaria y articulación intersectorial, que garanticen tanto el derecho de acceso a la información como 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 (138,139,142,143). 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 (144,145). 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 (144,146,147).

Dado que el país cuenta con instrumentos especializados, tales como la Política Intersectorial para el bordaje Integral del Embarazo en Adolescentes (PLENA) 2026 – 2035, que aborda 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 la misma. Estas acciones guardan una estrecha relación con la prevención de muertes maternas y neonatales en este grupo poblacional, y responden al compromiso de fortalecer una atención respetuosa, oportuna y centrada en las necesidades de las mujeres y sus familias.

Estrategia 5: FImpulsar 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 a 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 de la salud, 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 activa y permanente de la población en edad reproductiva (144,146–149).

- L.5.1.1 Coordinar acciones con el Ministerio de Educación, Deporte y Cultura, GAD, redes comunitarias, organizaciones y líderes locales para implementar programas de prevención del embarazo adolescente en escuelas priorizadas; aprovechar espacios educativos existentes; capacitar a docentes en salud sexual y salud reproductiva; y garantizar el acceso de adolescentes a educación integral de la sexualidad, oportuna y basada en derechos para una vivencia saludable de la sexualidad.

- 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

- L5.1.3 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 de niñas y adolescentes.

- L5.1.4 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, 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, entre otros.

L5.2 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 cursos de vida de la población (140,146,150,151).

- L5.2.1 Actualizar el cuadro básico de medicamentos para que se incluyan Métodos Anticonceptivos (MAC) adecuados para la población por curso de vida

- L5.2.2 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.

- L5.2.3 Garantizar la disponibilidad de los Métodos Anticonceptivos (MAC) modernos, priorizando las provincias con más altas tasas de fecundidad en adolescente, Razón de Muerte Materna y concentración de desigualdades sociales, incluye los anticonceptivos de larga duración (LARC)

- L5.2.4 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 en salud sexual y reproductiva (SSR), adaptado a las necesidades del territorio y por curso de vida.

- L5.2.5 Capacitación del personal y equipo de salud para garantizar una atención en salud sexual y reproductiva (SSR) sin juicio ni coerción y considerando el contexto cultural.

- L5.2.6 Capacitar al personal de salud en la atención segura del aborto, de acuerdo con la normativa vigente.

- L5.2.7 Garantizar y monitorear la realización de la asesoría, atención anticonceptiva, preconcepcional y post evento obstétrico (APEO), de alta eficacia, especialmente dirigido a grupos de edad de mayor riesgo obstétrico.

7.4. Metas e indicadores

Para la selección de indicadores se conformó un grupo de trabajo técnico integrado por especialistas en estadística, vigilancia epidemiológica, planificación promoción de la salud (principalmente), del Ministerio de Salud Pública y especialistas de las agencias de Organización Panamericana de Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La selección partió de una matriz de alineación elaborada en base a los compromisos nacionales, regionales y globales en la que se realizó un refinamiento en base a la factibilidad y la existencia de fuentes de información, priorizando indicadores que permitieran monitorear resultados vinculados a las líneas estrategicas.

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 (131).

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 (152). 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 (153).

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 (154).

En relación con las metas, el Ministerio de Salud Pública estableció que la política tenga una vigencia de 10 años, considerando las intervenciones 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).

Para la definición de metas desde la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, se utilizó para el numerador la técnica de proyección poblacional entre dos periodos de tiempo, considerando como punto de partida del número de muertes materna y neonatal ocurridas de forma oportuna y tardía en el Registro Estadístico de Defunciones Generales. La nueva proyección para cada año del periodo de análisis se obtuvo mediante la aplicación de una función exponencial y multiplicando el número de muertes neonatal, sobre el factor de ajuste de la tasa de decrecimiento anual, la cual se estima mediante la aplicación del logaritmo natural.

Para el denominador se utilizaron las proyecciones oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) según el documento: "Estimaciones y Proyecciones de la Población de Ecuador, Revisión 2024.

Tabla 12 Tabla Indicadores trazadores (de impacto) y metas al 2035

Indicador	Metas									
	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).	34,73	34,10	33,41	33,06	32,70	31,92	31,13	30,35	29,59	28,84
Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)	5,31	5,23	5,13	5,04	4,94	4,84	4,74	4,65	4,56	4,47

Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública, marzo 2026

- **Indicadores de resultados, metas y asignación de responsables**

Estrategias	Líneas de acción	Indicador resultado	Meta al 2035
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.	1.1 Fortalecimiento e implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud con énfasis en el Cuidado Obstétrico y Neonatal, basadas en las necesidades poblacionales, territoriales y culturales.	Cobertura de Control Prenatal	94.77%
	1.2 Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de articulación intersectorial con las medicinas ancestrales y tradicionales de manera respetuosa		
	1.2 Desarrollo y fortalecimiento de los espacios de articulación intersectorial nacional y local y la generación de alianzas estratégicas para la mejora de la salud materna y neonatal, la salud sexual y reproductiva y la salud de los y las adolescentes, propiciando la participación social y comunitaria bajo un enfoque de equidad		
2. Garantizar desde un enfoque de equidad una atención materna y neonatal de calidad, centrada en la gestante y el recién nacido, mediante el fortalecimiento integral del Primer Nivel de Atención y la implementación de prácticas clínicas basadas en evidencia, asegurando la participación de las usuarias.	2.1 Asegurar la inversión en el Primer Nivel de Atención y la distribución equitativa de recursos financieros, considerando territorios priorizados bajo criterios de equidad	Porcentaje de gestantes que cumplen el paquete priorizado según edad gestacional.	97.46%
	2.2 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	Porcentaje de niños y niñas menores de 24 meses, que cumplen el paquete priorizado según la edad.	91.72%
	2.3 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		
	2.4 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	Porcentaje de usuarias con percepción favorable de la atención en servicios de salud materna y neonatal.	85%

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.	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.	Porcentaje de recién nacidos que recibieron prácticas integrales del parto	92.16%
	3.2 Promover una atención materna y neonatal libre de violencia, que 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, generar competencias en violencia basada en género y consolidar redes comunitarias que coadyuven en la protección de derechos, escuchen las voces de las usuarias y garanticen acceso oportuno a la justicia.		
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 morbimortalidad materna y neonatal, incluyendo variables territoriales, sociodemográficas y de vulnerabilidad.	4.1. Fortalecimiento de la gobernanza de la información a través de la estandarización de procesos para notificación, análisis y seguimiento para morbimortalidad materno neonatal, e incorporación del análisis y la medición de desigualdades sociales y los determinantes sociales en la producción y presentación de la información.	Porcentaje de Sub registro de casos de mortalidad materna	9.45%
	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		
	4.3 Fortalecer la madurez de los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para la toma de decisiones informadas, oportunas y basadas en evidencia, en los distintos niveles de gestión en salud		
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 a métodos modernos de planificación familiar mediante la provisión de recursos, infraestructura y personal capacitado.	5.1 Consolidar espacios comunitarios de promoción de la salud, 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 activa y permanente de la población en edad reproductiva	Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos	74.33%
	5.2 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 cursos de vida de la población		

En el ámbito nacional, la implementación de la Política, tomará en consideración los siguientes aspectos:

- Vigilar el cumplimiento de las metas de los indicadores de impacto, proceso y gestión mediante uso de herramientas dinámicas;
- Elaborar informes anuales de implementación de la Política, considerando el cumplimiento de líneas de acción y metas;
- Realizar análisis de desigualdades sociales en salud y determinantes sociales de la muerte materna y neonatal en relación con el progreso de las metas de la política; y,
- Realizar análisis comparativo interprovincial de los indicadores estratégicos de la Política.

7.5. Asignación de responsabilidades

La responsabilidad del cumplimiento de las metas e indicadores de la política de reducción de la mortalidad materna y neonatal, recae en las entidades que integran la Red Pública Integral de Salud (RPIS), bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que lidera la planificación, regulación, seguimiento y evaluación. La coordinación interinstitucional entre los distintos niveles de atención, así como con otros sectores vinculados, asegura una implementación integral, articulada y coherente de las intervenciones orientadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

En cuanto al seguimiento y evaluación, el reporte de los 13 indicadores de la política se realizará de manera anual, conforme a los lineamientos técnicos establecidos en las fichas metodológicas de cada indicador. Cada entidad de la RPIS será responsable de generar, validar y remitir la información estadística consolidada en formato de informe técnico al área competente del MSP. El MSP, consolidará, analizará y sistematizará esta información para la elaboración de reportes nacionales de cumplimiento de metas e indicadores, los cuales permitirán monitorear avances, identificar brechas, orientar la toma de decisiones y fortalecer continuamente las estrategias implementadas en el marco de la política conforme se detalla en la tabla 15.

Las instancias responsables del reporte de los indicadores serán aquellas señaladas en la Tabla 15. No obstante, en caso de modificaciones en la estructura orgánica o funcional del Ministerio de Salud Pública, dicha responsabilidad recaerá en las unidades administrativas, dependencias o instancias que asuman sus competencias, atribuciones o funciones, garantizando la continuidad del proceso de seguimiento, monitoreo y reporte de los indicadores establecidos en el presente instrumento.

Tabla 15. Asignación de responsabilidades para el reporte de indicadores de la Política

Indicador	Responsable reporte consolidado
Cobertura de Control Prenatal	Dirección Nacional de Atención Integral en salud
Porcentaje de gestantes que cumplen el paquete priorizado según edad gestacional.	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición.
Porcentaje de niños y niñas menores de 24 meses, que cumplen el paquete priorizado según la edad.	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición
Porcentaje de usuarias con percepción favorable de la atención en servicios de salud materna y neonatal.	Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y control sanitario
Porcentaje de recién nacidos que recibieron prácticas integrales del parto	Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y control sanitario
Porcentaje de subregistro de casos de mortalidad materna.	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos.	Dirección Nacional del Promoción de la Salud

Fuente: Talleres de construcción de la Política Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal 2026 – 2035, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.
Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026

7.6. Presupuesto referencial

El presupuesto referencial considera los costos de implementación de las estrategias, acciones y proyectos asociados a los indicadores. Los valores proyectados guardan coherencia con el Presupuesto General del Estado (PGE).

Por lo que, el presupuesto de siete indicadores corresponde a gasto corriente y permanente asignado a talento humano para la ejecución de atenciones en salud; mientras que el presupuesto de dos indicadores es financiado mediante la metodología presupuesto por resultados (PpR) en el marco de la Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil instaurada en el Ministerio de Salud Pública, conforme se detalla en la tabla 16.

Tabla 16. Presupuesto referencial

Indicador	Tipo de presupuesto	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Porcentaje de gestantes que cumplen el paquete priorizado según edad gestacional	Corriente	$ 19.164.260,57	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11	$ 19.562.578,11
Porcentaje de niños y niñas menores de 24 meses, que cumplen el paquete priorizado según la edad.	Corriente	$ 49.302.118,50	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55	$ 57.353.065,55

Fuente: eSIGEF - Sistema Integrado de Gestión Financiera
Elaborado: Dirección Nacional deAlimentación Saludable y Nutrición 2026.

8. Vinculación de la Política con el sistema de planificación

Nivel de Planificación	Temporalidad	Instrumento del SNDPP con el cual se articula	Alineación
Global	Largo plazo (15 años)	Objetivos de desarrollo Sostenible	Objetivo3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
			3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
			Objetivo 2. Hambre cero
			2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
Regional	(Largo plazo) 12 años	Agenda de Salud Para las Américas	Objetivo.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
			Objetivo. 2 Fortalecer la rectoría y la gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social
			Objetivo. 3 Fortalecer la gestión y desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud
			Objetivo. 5 Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional
			Objetivo. 6 Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia
			Objetivo. 9 Reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades no trasmisibles, traumatismos y violencia y trastornos de salud mental
			Objetivo. 10 Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas
			Objetivo. 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

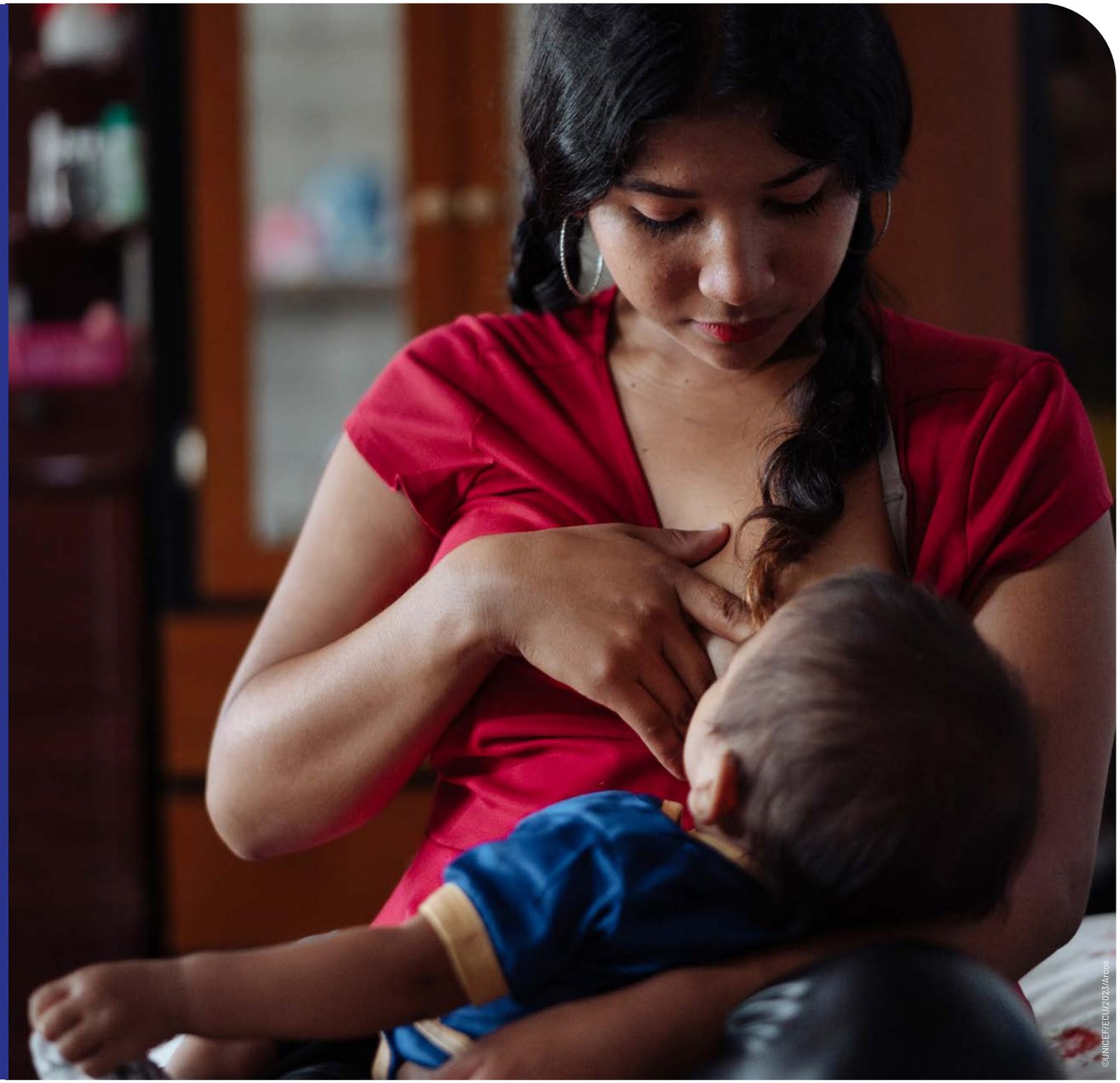
Nacional	Mediano Plazo (4 años)	Plan Nacional de Desarrollo 2025- 2029 "Ecuador no se detiene"	Política PND: 1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
			Meta PND: 1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.
			Política PND: 1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.
			Meta PND: 1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.
Nacional	Largo plazo (10 años)	Plan Decenal de Salud 2021 -2031	Objetivo 1: Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.
			1.2 Desarrollo integral de la primera infancia
			Reducir la tasa de mortalidad neonatal de 4,6 a 4,0 por cada 1.000 nacidos vivos.
			Objetivo 3: Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables.
			3.3. Fortalecimiento del plan de reducción de mortalidad materna
			Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 33,1 fallecimientos por cada 100 mil nacidos vivos.
Sectorial	Mediano plazo (4 años)	Plan Sectorial de Salud 2025-2029	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.
			Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
			1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo
			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.
			2.2 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses, cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva.
Institucional	Mediano plazo (4 años)	Plan estratégico institucional 2021 - 2025	Objetivo 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
			MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
			IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública
			OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.
			MPEI 3.2 Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud tipo A, B y C del Ministerio de Salud Pública que cuentan con grupos de apoyo a la lactancia materna en funcionamiento de 98,03% de 2024 a 98,35% al 2029
			IPEI 3.2 Porcentaje de establecimientos de salud tipo A, B y C del Ministerio de Salud Pública que cuentan con grupos de apoyo a la lactancia materna en funcionamiento.

Fuente: Elaboración propia MSP

9. Monitoreo y evaluación de la política a nivel territorial

La evaluación y el monitoreo de la política pública para la Reducción de la Morbimortalidad Materna y Neonatal se sostienen en la coordinación 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 GADs, 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 (155).

El monitoreo se desarrollará en concordancia con lo que establece el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa y en articulación con el Plan Nacional de Desarrollo y los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de los gobiernos locales (PDOT).



Para tal propósito y con énfasis en la acción intersectorial y multinivel de la política. Se definen dos niveles de monitoreo y evaluación:

- **Nivel subnacional:** Tiene una cobertura a nivel provincial e involucra a otras instituciones en el marco ejercicio de sus competencias, para lo cual deberá:
  - Reportar el cumplimiento de las metas subnacionales y territoriales.
  - Realizar vigilancia sobre las causas predominantes de mortalidad materna y neonatal en el territorio.

- **Nivel territorial:** Tiene una cobertura local e involucra a otras instituciones e instancias de la comunidad, en el ejercicio de sus competencias, para la cual deberá:
  - Monitorear la continuidad del cuidado (prenatal, parto, puerperio y atención neonatal).
  - Reportar oportunamente la información en los sistemas oficiales.
  - Gestionar la búsqueda activa de muertes en edad fértil y la notificación obligatoria de eventos de morbilidad materna extrema o fallecimientos.
  - Utilizar herramientas técnicas para detectar factores sociales, económicos o de acceso que incidieron en los casos de mortalidad materna y neonatal.

El monitoreo de la Política de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, no solo se debe limitar a la medición de cifras, sino que, funcione como un sistema dinámico de gestión pública para:

- Reducir desigualdades sociales en salud.
- Mejorar la calidad de la atención.
- Fortalecer la articulación intersectorial y multinivel.
- Garantizar resultados sostenibles en salud materna y neonatal.

La periodicidad mínima para el monitoreo y seguimiento se realizará de acuerdo a lo descrito a continuación:

- Monitoreo operativo: mensual.
- Evaluación territorial: trimestral.
- Evaluación intermedia: semestral.
- Evaluación integral de impacto y desigualdades: anual.

Adicional a esto, el monitoreo de la política se basará en mecanismos de evaluación territorial con enfoque espacial, que permitan analizar desigualdades y brechas entre unidades geográficas mediante el uso de indicadores georreferenciados (156).

Así mismo, este tipo de evaluaciones deberán integrar de manera progresiva y sistemática estudios ecológicos territoriales, análisis espaciales y análisis de desigualdades sociales en salud y determinantes sociales de la equidad en salud (30). Estas metodologías permiten 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, entre otros. El propósito de lo anterior es poder 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.

La metodología facilita el seguimiento diferenciado por territorio, la identificación de áreas de mayor riesgo y la articulación de respuestas intersectoriales y permite identificar si la política responde de manera efectiva a las necesidades y realidades locales.

10. 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 (60).

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 (47).

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 (28).

Determinantes sociales de la equidad en salud: Se refieren a los factores sociales que dan lugar a la posición social y la asociación entre la posición social; el acceso al poder, dinero y recursos, y la salud. Estos incluyen las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, junto con los determinantes estructurales, como las reglas formales e informales de los sistemas e instituciones (incluidos los sistemas económicos y los determinantes comerciales), las políticas, la cultura y los valores (incluidos el clasismo, el racismo, el sexismo, la discriminación por edad, la discriminación por discapacidad, la xenofobia y la homofobia). Están influenciados por el contexto histórico y operan a lo largo de la vida. Los factores sociales están condicionados por su entorno físico y tecnológico, y los cambios en estos entornos son importantes restricciones o facilitadores del cambio social (157).

Desigualdades sociales en salud: Las diferencias observables en salud entre grupos de población. La desigualdad en salud es la métrica mediante la cual se puede evaluar la inequidad en salud, lo que significa que las características que estratifican el poder de las personas y el acceso a las oportunidades deberían reflejar con mayor precisión las áreas probables de diferencias injustas en salud (157).

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 (158).

Equidad en salud: La ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en materia de salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente (157).

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 (27).

Embarazo no intencionado: Se refiere a la experiencia de tener un embarazo no deseado, ya sea en el momento o en cualquier momento (63,158).

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 (159).

Inequidades en salud: Diferencias sistemáticas injustas, evitables o remediables en la salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Las inequidades en salud surgen fundamentalmente de la asignación desigual de poder, dinero y recursos, que se manifiesta en la distribución desigual de los determinantes sociales (157).

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 (158).

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 (142).

Medición de la desigualdad en salud: implica la evaluación rutinaria y sistemática de las diferencias mensurables en salud entre subgrupos poblacionales, definidos por características sociales, económicas, demográficas o geográficas. Aplicable a diversos temas e indicadores de salud, el monitoreo de la desigualdad en salud proporciona evidencia crucial sobre el estado comparativo de salud dentro y entre subgrupos poblacionales, lo que mejora la capacidad de comprender, evaluar y promover la equidad en salud (157).

Mortalidad infantil: Número de defunciones de niños y niñas menores de un año por cada 1000 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 (28).

Mortalidad Neonatal: Es el número de muertes de niños y niñas hasta los 28 días de vida, por cada 1000 nacidos vivos, en un periodo determinado (28).

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 (63).

Participación Social: Un proceso organizado, consciente y corresponsable mediante el cual la población, familias, comunidades y organizaciones sociales intervienen activamente en la identificación de problemas de salud, la toma de decisiones, la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de acciones y políticas públicas en salud, en coordinación con el Estado (158).

La promoción de la salud: es la proporción a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un iindividuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar transciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (160).

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 fértil, 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 (159).

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 (161).

11. Siglas y 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
IDH: Índice de Desarrollo Humano
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
POT: Plan de Ordenamiento Territorial
RSE: Responsabilidad social empresarial
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

12. Referencias

1. Nacional A. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Suplemento del Registro Oficial 653, 21-XII-2015. 2008. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/01/dic15_CODIGO-ORGANICO-DE ORGANIZACION-TERRITORIAL-COOTAD.pdf
2. Nacional C. Ley Orgánica de Salud. 2006.
3. Nacional A. Ley Orgánica de Educación Intercultural. 2015.
4. Nacional C. CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. 2003; Disponible en: http://www.lexis.com.ec
5. Ecuador CC. Sentencia 34-19-IN/21 - Corte Constitucional del Ecuador [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-34-19-in-21/
6. Ecuador CC Del. Sentencia 904-12/19 JP [Internet]. 2019. p. 904-16. Disponible en: http://www.corteconstitucional.gob.ee
7. Ecuador CC del. Sentencia 96-21-JP- 25 [Internet]. Disponible en: https://buscador.corteconstitucional.gob.ec/buscador-externo/principal/fichaSentencia?numero=96-21-JP%2F25
8. Ecuador CC del. Sentencia 983-18-JP/21 - Corte Constitucional del Ecuador [Internet]. Disponible en: https://www.corteconstitucional.gob.ec/sentencia-983-18-jp-21/
9. Planificación SN de. Plan nacional de Desarrollo. 2025.
10. Ministerio de Salud Pública E. PLan Decenal de Salud 2022-2031. 2022.
11. Humanos S de D. 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.
12. Nacional S. 01.2 Manual modelo atencion integral de salud 2013. 2013;
13. MSP E. Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.salud.gob.ec
14. Ministerio de Salud Pública E. Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN. 2021.
15. Mujeres ONU. Programa de Acción Beijing+30: Para TODAS las mujeres y las niñas Publicaciones ONU Mujeres [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2025/03/folleto-programa-de-accion-beijing30-para-todas-las-mujeres-y-las-ninas
16. Unidas N. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/
17. OPS/OMS. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. 2018.
18. Salud OA de, Unanue CH. POLÍTICA ANDINA DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA. 2025.

19. Unidas N. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial | OHCHR [Internet]. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial

20. CEPAL. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [Internet]. 2013. Disponible en: https://consensomontevideo.cepal.org/es

21. 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.

22. Salud O| OP de la. Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-salud-mujer-nino-nina-adolescentes-2018-2030

23. WHO. Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): orientación para apoyar la aplicación en los países, segunda edición. Aceleración Mund las medidas para promover la salud los Adolesc (Guía AA-HA!) orientación para apoyar la Apl en los países, segunda edición. 2024;

24. ASSEMBLY SSWH. Accelerate progress towards reducing maternal, newborn and child mortality in order to achieve Sustainable Development Goal targets 3.1 and 3.2 [Internet]. 2024. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-

25. OPS. Salud en las Américas. Mortalidad prematura potencialmente evitable. 2024.

26. Planificación SN de. Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025. 2025.

27. Salud OP de la. Informe sobre la salud materna de las mujeres indígenas en América Latina y el Caribe Resumen. Lancet Reg Heal - Am. 2022;12.

28. MSP. INFORME PAÍS: DESIGUALDADES EN SALUD. 2025.

29. INEC. Visualizador de nacidos vivos [Internet]. 2025. Disponible en: https://app.powerbi.com/wiew?r=eyJrIjoiMjA2YzRjMzQtZWY1OS00NDJlLWFkMzYtYzk5OTk3NDM2YjYyIiwidCI6ImYxNThhMmU4LWNhZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTExMiJ9

30. DNVAIS-DNH. Estándares Maternos Neonatales IV Trimestre 2024 informe Técnico : IT273DNH_2024. 2024.

31. 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.

32. Ecuador P de la R del. CODIGO ORGANICO DE ORGANIZACION TERRITORIAL, COOTAD. Registro Oficial Suplemento 303 de 19-oct.-2010 Ultima modificación. 2010. p. 16-2015.

33. OMS, UNICEF. Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible: Resumen de orientación. Ginebra; 2014.

34. Noboa Cruz H. Mortalidad INFANTIL tragedia sin resolver. 2020.

35. Uruguay M de SP del. CIE-10 Neonatal: Clasificación de diagnósticos y causas de mortalidad neonatal. 2017; Disponible en: http://www.saludinfantil.org/Epicrisis_Cie10/Cie10_Neonatal.pdf

36. PNUD. A Social Determinants Approach to Maternal Health Roles for Development Actors Bureau for Development Policy. 2010.

37. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil pediatría [Internet]. 2017;88(1):7-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

38. INEC INDEYCEN sobre D. Boletín Técnico. 2023.

39. World Report on Social Determinants of Health Equity [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity

40. Salud V de Al en. Estándares Maternos Neonatales IV Trimestre. IT: 273, DNH 2024. 2025.

41. 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.

42. 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. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275129661.

43. WHO UNFPA; World Bank Group, United Nations U. Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023. 2025.

44. DNVE. Datos muerte materna 2019-2023. Quito; 2025.

45. Mideros Mora A, Sánchez Pilco C. Pobreza y desigualdad: análisis de brechas. En: Diálogos para la paz: miradas desde la diversidad. spue; 2024. p. 901-27.

46. MSP E. Gaceta Muerte Materna. 2023;

47. UNFPA, UNICEF, UNWOMEN. Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas PUNTOS CLAVES SALUD MATERNA DE LAS MUJERES INDÍGENAS: LOS HECHOS.

48. Planificación SN de, INEC, UNFPA, USFQ. Análisis de Situación Poblacional, Ecuador 2024-2025. 2025;

49. Materna G de TR para la R de la M. Informe de análisis de situación de la mortalidad materna para América Latina y el Caribe. 2024.

50. UNICEF OMSU. Comunicación conjunta sobre mortalidad materna [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-complicaciones-embarazo-parto

51. Trends in Maternal Mortality 2000-2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division | United Nations Population Fund [Internet]. Disponible en: https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023

52. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009-20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Heal [Internet]. 2025;13(4):e626-34. Disponible en: https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2214109X24005606

53. Information NC for B. 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. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK598888/#ch5.s1

54. 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;4(4):387-405. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/women4040030

55. OMS, UNICEF. Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación para cada niño. 2022.

56. INEC. Visualizador de Defunciones Fetales [Internet]. Tablero de indicadores . 2024. Disponible en: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMzJjM2Q5YzctYWEzMy00NjQxLWI1NjQtZDEyMjM5YzkxOTI1IiwidCI6ImYxNThhMmU4LWNhZWMtNDQwNi1iMGFiLWY1ZTI1OWJkYTExMiJ9

57. Humano M de D. Sistema Unificado y Universal De Seguimiento Nominal para el Desarrollo Humano - SUUSEN [Internet]. 2025. 2025. Disponible en: https://suusen.desarrollohumano.gob.ec/

58. Salud – UNICEF Ecuador [Internet]. Disponible en: https://infanciaecuador.org/estadisticas/salud/

59. Pública M de S. Control Prenatal Ecuador, Guía de Práctica Clínica. 2015;

60. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization; 2016. 152 p.

61. Ecuador M de E y F. Informe de ejecución presupuestaria. 2024.

62.. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. Rev Panam salud pública [Internet]. 2020;44. Disponible en: https://www.academia.edu/107792916/Leveraging_household_survey_data_to_measure_barriers_to_health_services_access_in_the_Americas

63. MSP E. Manual «Articulación de prácticas y saberes de parteras ancestrales en el Sistema Nacional de Salud». 2016.

64. Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad D 2024 0069. Informe articulación de parteras. 2025.

65. Noboa Cruz H. Mortalidad Materna, una mirada critica. 2019.

66. Salud OP de la. Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030. Washington D.C:; 2018.

67. Visibilizar lo invisible. Estado de la Población Mundial 2022. 2022.

68. UNFPA, Midwives IC of, WHO. El estado de las matronas en el mundo, 2021. 2021;

69. OPS. ESTADO DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Washington, D.C.; 2023.

70. Visualizaciones | PAHO/EIH Open Data [Internet]. Disponible en: https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/visualizaciones#trend

71. Nacional A. CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL, COIP [Internet]. Suplemento del registro oficial; 2021. Disponible en: http://www.lexis.com.ec

72.. UNFPA, DMQ. Diagnóstico del embarazo en niñas y adolescentes en el DMQ. 2022.

73. Haciendo cuentas: Costos y beneficios de satisfacer las necesidades de anticoncepción de las adolescentes en las regiones en desarrollo | Guttmacher Institute [Internet]. Disponible en: https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/haciendo-cuentas-satisfacer-necesidades-anticoncepcion-de-las-adolescentes

74. Souza JP, Day LT, Rezende-Gomes AC, Zhang J, Mori R, Baguiya A, et al. A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. Lancet Glob Heal [Internet]. 2024;12(2):e306-16. Disponible en: https://doi.org/10.1126/science.1257099

75. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es "un problema de salud global de proporciones epidémicas" [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions-

76. Organization PAH. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario [Internet]. 1998. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemesp.pdf

77. INEC. Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres-ENVIGMU. 2019.

78. Crespo-Antepara DN, Crespo-Antepara DN, Sánchez-Zambrano BM, Domínguez-Ontano DP. La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. Polo del Conoc [Internet]. 2018;3(7):347-61. Disponible en: https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/559

79. Belén Borja Quintana Fadya Orozco C, del Trabajo de Titulación D. UNIVERSIDAD SAN FRANSCISCO DE QUITO USFQ Colegio de Posgrados Violencia obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud.

80. 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.

81. (OPS) OP de la S. Manual para el Monitoreo de las Desigualdades en Salud, con especial énfasis en países de ingresos medianos y bajos. Ops [Internet]. 2016;132. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31211

82. Organization WH. 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.

83. Sanhueza A, Carvajal L, Cueva DA, Caffe 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. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2022;46.

84. INEC. Ficha Metodológica Indicador Razón de Muerte Materna ECU.

85. 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. Disponible en: https://doi.

86. De Mucio B, F. CGS, S. NM. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2022;34(1):26-32. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-morbilidad-materna-extremadamente-grave-un-S071686402300007X

87. WHO. Para que cada bebé cuente. Auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.who.

88. Plan Internacional UNICEF U. Estudio sobre Matrimonio y uniones infantiles tempranas y forzadas [Internet]. 2023. Disponible en: http://www.plan.org.ec

89. Kikuchi K, Okawa S, Zamawe COF, Shibanuma A, Nanishi K, Iwamoto A, et al. Effectiveness of Continuum of Care-Linking Pre-Pregnancy Care and Pregnancy Care to Improve Neonatal and Perinatal Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One [Internet]. 2016;11(10). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27788176/

90. Al HR et. Síntesis de la evidencia para informar políticas en salud. 2012.

91. Florencia Linardelli M, Anzorena C. Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria. Jangwa Pana. 2021;20(2):206-24.

92. Guevara Ríos E. Rol de las instituciones de alta complejidad en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2021;10(3):7-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2021246

93. 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;46. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56152

94. 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 - Rev Psicol la Acad [Internet]. 2022;(38):79-97. Disponible en: https://revistas.academia.cl/index.php/castalia/article/view/2276

95. 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;10(3):e034763-e034763. Disponible en: https://bmjopen.bmj.com/content/10/3/e034763

96. Salud OP de la. Salud en todas las Políticas en las Américas [Internet]. Disponible en: https://www.saludentodaslaspoliticas.org/lineas-de-accion.php?utm_source=copilot.com

97. Washington DC. Hoja de Ruta para el Plan de Acción sobre la Salud en Todas las Políticas [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.paho.org

98. Franco RVAB, Abreu LDP, Alencar OM de, Moreira FJF. PRENATAL REALIZADO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ATENÇAO PRIMARIA DA SAUDE: 2020;

99. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2023;34(1):26-32. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.01.007

100. OPS D de sistemas de información para la S. Informe de metas subnacionales para la Razón de muerte materna - Ecuador. 2025;

101. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 2021 Este. Marco operacional para la atención primaria de salud Transformar la visión en acción ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. 2021.

102.. Wong PC, Kitsantas P. A review of maternal mortality and quality of care in the USA. J Matern Neonatal Med [Internet]. 2020;33(19):3355-67. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1571032

103. WHO. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing

104. 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;

105. Martín-Ancel A, Pérez-Muñuzuri A, González-Pacheco N, Boix H, Espinosa Fernández MG, Sánchez-Redondo MD, et al. Cuidados paliativos perinatales. An Pediatría [Internet]. 2022;96(1):60.e1-60.e7. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403321003787?via%3Dihub

106. OPS/OMS. Folleto - Pacto 30•30•30 APS para la Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/folleto-pacto-303030-aps-para-salud-universal

107. Organization WH. WHO recommendations on the assessment of postpartum blood loss and use of a treatment bundle for postpartum haemorrhage. 2023;1-31. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/375231

108. 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;63(2, Mar-Abr):180-9. Disponible en: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/11616

109. 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 Childbirth 2022 221 [Internet]. 2022;22(1):586. Disponible en: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04888-5

110. 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;14(1).

111. WHO. non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth

112. 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 stepped-wedge cluster randomized trial. Int J Gynecol & Obstet [Internet]. 2020;151(1):109-16. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.13262

113. Brenes-Monge A, Yáñez-Álvarez I, Menese-León J, Poblano Verástegui O, Vertiz-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;62(6, Nov-Dic):798-809. Disponible en: http://dx.doi.org/10.21149/11974

114. Encalada Campos G, Saldaña Calle RB, Flores Salinas JB, Salcedo Moncada DV, Jugacho Quinatoa AJ. Evolución de las estrategias de intervención sobre morbilidad y mortalidad materna severa: un enfoque bibliométrico. Arandu UTIC [Internet]. 2025;12(2):4814-32. Disponible en: http://dx.doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1313

115. 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 Glob Public Heal [Internet]. 2023;3(10):e0002449-e0002449. Disponible en: https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0002449

116. 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. Rev Ibero-Americana Humanidades, Ciências e Educ [Internet]. 2024;10(11):4241-50. Disponible en: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15817

117. 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 Rev Investig en Mujer, Salud y Soc [Internet]. 2024;9(2):21-45. Disponible en: https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/45241

118. Souza MS, Machado BA da S, Marques VGP da S, Sousa EO de, Silva RN da, Júnior CP de S, et al. ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA. RECIMA21 - Rev Científica Multidiscip - ISSN 2675-6218 [Internet]. 2022;3(1):e311035-e311035. Disponible en: https://recima21.com.br/recima21/article/view/1035

119. Castro ATB, Rocha SP. Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: reflex\~ oes a partir da literatura. Enferm em Foco [Internet]. 2020;11(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2020.V11.N1.2798

120. Yalley AA, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Kömürcü-Akik B, de Abreu L. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. Front Public Heal. 2024;12:1388858.

121. 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 J Heal Rev [Internet]. 2022;5(5):20274-83. Disponible en: http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n5-199

122.. 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]. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2020;27:e45746-e45746. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746

123. 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. Enferm Bras [Internet]. 2023;22(3):311-27. Disponible en: http://dx.doi.org/10.33233/eb.v22i3.5172

124. María Jesús Gimeno Valdes et al. Humanización de la atención sanitaria: principios éticos, prácticas asistenciales y desafíos actuales. Ocronos - Editor Científico-Técnica [Internet]. 2025; Disponible en: https://revistamedica.com/humanizacion-atencion-sanitaria-principios-eticos/

125. 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;3(3). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32212268/

126. 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. Enferm em Foco [Internet]. 2019;9(4). Disponible en: http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2018.V9.N4.1333

127. 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. Res Soc Dev [Internet]. 2021;10(5):e22210514814-e22210514814. Disponible en: http://dx.doi.org/10.33448/RSD-V10I5.14814

128. Scott H, Danel I. Accountability for improving maternal and newborn health. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2016;36:45-56. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693416300359

129. 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 Women's Heal [Internet]. 2022;3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fgwh.2022.909991

130. 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;94(1):e401-e401. Disponible en: https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/486

131. OPS. Recomendaciones para establecer un sistema nacional de vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave en América Latina y el Caribe [Internet]. Pan American Health Organization; 2021. Disponible en: http://dx.doi.org/10.37774/9789275323915

132. 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;16(3):e0248143-e0248143. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0248143

133. 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). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT013923

134. Moccellin AS, Costa LR, Toledo AM de, Driusso P. Efetividade das ações voltadas à diminuição da gravidez não-planejada na adolescência: revisão da literatura. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2010;10(4):407-16. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000400002

135. OPS. Recommendations for Establishing a National Maternal Near-miss Surveillance System in Latin America and the Caribbean [Internet]. Pan American Health Organization; 2022. Disponible en: http://dx.doi.org/10.37774/9789275123911

136. 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. Interdiscip J Epidemiol Public Heal [Internet]. 2024;5(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.18041/2665-427x/ijeph.1.7341

137. 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.

138. Castillo Riascos LL. Weaknesses in preventing teen pregnancy. Salud Uninorte [Internet]. 2021;32(3):543-51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.14482/sun.32.3.9752

139. Lismenia D, Jara A. Anticoncepción y control de la natalidad. Brazilian J Heal Rev [Internet]. 2023;6(6):30601-28. Disponible en: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65381

140. 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;11(13):3777. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/jcm11133777

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. Rev Científica Salud BIOSANA [Internet]. 2024;4(1):59-72. Disponible en: http://dx.doi.org/10.62305/biosana.v4i1.81

142.. Gilliam M. Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents. 2010;

143. 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. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. 2024;8(1):4205-19. Disponible en: http://dx.doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9767

144. 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;27(2):247-58. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2021000200247&lng=en&nrm=iso&tlng=en

145. UNFPA. SWP Report 2025 [Internet]. Disponible en: https://www.unfpa.org/swp2025

146. Uruguay M de SP del. Estrategia Intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. 2019.

147. 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;27(2):247-58. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/s1726-569x2021000200247

148. Quality of care for Maternal and Newborn- a monitoring framework for network countries [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/quality-of-care-for-maternal-and-newborn—a-monitoring-framework-for-network-countries

149. Ahmadian L, Salehi F, Bahaadinbeigy K. Application of geographic information systems in maternal health: a scoping review. East Mediterr Heal J [Internet]. 2020;26(11):1403-14. Disponible en: http://dx.doi.org/10.26719/emhj.20.095

150. Jara DLA. Anticoncepción y control de la natalidad. Brazilian J Heal Rev [Internet]. 2023;6(6):30601-28. Disponible en: http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n6-309

151. Organization WH. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Asia-Pacific Leadersh Policy Dialogue Women's Child Heal [Internet]. 2011;(November). Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/44692

152. 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;

153. Organization PAH. Metodología de Los Diálogos de Saberes. 2022;

154. Estratégicas D de C y A. Estado de la Población Mundial 2022, La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. 2022.

155. (IUSSP) IU for the SS of P. Methodologies for Measuring Pregnancy Intention and Unintended Pregnancy and Birth: Summary Report on an IUSSP Scientific Workshop.

156. Organization WH. Global Health Observatory [Internet]. 2025. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health

157. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. World report on social determinants of health equity. 2025.

158. MSP. MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI). 2013.

159. WHO, Group WB. Tracking universal health coverage , 2025 global monitoring report-DRAFT. 2025.

160. Tobergte DR, Curtis S. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. J Chem Inf Model [Internet]. 2013;53(9):1689-99. Disponible en: http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/CARTA DE OTTAWA.pdf

161. Boerma T, Campbell OMR, Amouzou A, Blumenberg C, Blencowe H, Moran A, et al. Maternal mortality, stillbirths, and neonatal mortality: a transition model based on analyses of 151 countries. Lancet Glob Heal [Internet]. 2023;11(7):e1024-31. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00195-X

13. Anexos

Anexo 1. Ampliación de los enfoques incorporados:

Principios rectores y enfoques aplicados a la política pública para la reducción de la muerte materna y neonatal

La construcción de una política pública orientada a la reducción de la muerte materna y neonatal exige adoptar un enfoque integral, ético y territorialmente sensible. En este marco, los principios rectores de equidad, interculturalidad, derechos, y participación social constituyen pilares fundamentales que orientan tanto el diagnóstico como el diseño e implementación de las intervenciones. 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.

Enfoque de equidad

La equidad implica reconocer y abordar las desigualdades estructurales que afectan el acceso, la calidad y los resultados de la atención materna y neonatal. En Ecuador, las brechas territoriales, socioeconómicas y étnicas se reflejan en tasas diferenciadas de mortalidad, morbilidad y cobertura de servicios. La aplicación del principio de equidad en la política pública incluye:

- La base conceptual del diseño de la política toma "Modelo conceptual de los determinantes sociales de la mortalidad potencialmente evitable de la OPS que incluye el abordaje de las determinantes sociales de la salud, en este caso específico de la Muerte materna y neonatal.
- La identificación precisa de brechas por provincia, grupo poblacional, utilizando datos desagregados por variables como nivel educativo, autoidentificación étnica, edad y condición socioeconómica.
- La identificación de las poblaciones objetivos según los grupos que muestran mayor vulnerabilidad en los datos, es decir: mujeres y recién nacidos de áreas rurales, pertenecientes a pueblos y nacionalidades, de contextos urbanos marginales con altos índices de inseguridad, mujeres adolescentes y mujeres de más de 35 años. Mujeres y recién nacidos de las áreas con mayor pobreza, necesidades, básicas insatisfechas.
- La propuesta hace énfasis en la focalización de asignación de recursos y acciones en territorios con alta carga de mortalidad materna y neonatal, y fecundidad en adolescentes es decir se deben priorizar acciones y recursos para provincias como Bolívar, Santa Elena, Esmeraldas y Morona Santiago.
- El diseño de intervenciones diferenciadas que reconozcan las condiciones específicas de vulnerabilidad, como el embarazo adolescente, la pobreza extrema o la violencia estructural
- La incorporación dé enfoque "Centrado en la persona" en las alternativas relacionadas con la mejora de la atención.
- Se propone el uso de herramientas de análisis de equidad para todos los documentos normativos que afecten a gestantes, puérperas, RN y mujeres en edad reproductiva.
- Se propone el establecimiento de mesas de trabajo para la ejecución intersectorial de acciones
- Se propone implementar un monitoreo con desagregación a nivel territorial, y estratificadores como etnia, edad, nivel educativo, género, condición socioeconómica
- Se la habilitación de espacios con participación multisectorial para el abordaje, ejecución y monitoreo de acciones.
- Se propone que se utilicen el indicador de brechas en RMM según quintiles ingresos para monitorear el avance de acciones y mesas intersectoriales, así como la incorporación de metodologías para el monitoreo de desigualdades y la incorporación de variables geoespaciales para identificación más precisa de territorios vulnerables.

Este enfoque permitirá priorizar a quienes enfrentan mayores barreras y garantizar que la política no reproduzca desigualdades, sino que contribuya activamente a su reducción.

Enfoque de interculturalidad

El enfoque de interculturalidad dentro de la Política reconoce la diversidad de saberes, prácticas y cosmovisiones presentes en el país, especialmente en comunidades indígenas, afrodescendientes y rurales. Su incorporación en la política pública implica:

- La inclusión de variables étnicas en el análisis de situación, permitiendo visibilizar las brechas específicas que enfrentan las mujeres de pueblos y nacionalidades.
- La inclusión de información sobre el estado de la partería y persistencia de la no valoración del rol de la partería en la salud de las comunidades.
- El diseño participativo de estrategias que aseguren la pertinencia cultural, que integren las voces de parteras tradicionales, líderes comunitarios y organizaciones locales.
- La Propuesta de alternativas que fomentan el respeto y diálogo con las prácticas ancestrales de cuidado, promoviendo su articulación con el sistema nacional de salud mediante protocolos claros, formación conjunta y reconocimiento institucional y suso de instrumentos para fortalecer los procesos de comunicación y articulación
- El monitoreo de la aceptabilidad de los servicios de salud
- El monitoreo de las referencias comunitarias

La interculturalidad no es un componente accesorio, sino una condición para garantizar el acceso digno, respetuoso y efectivo a la atención materna y neonatal en contextos diversos.

Enfoque de derechos

La política pública debe estar orientada a garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el derecho a la salud, a la vida libre de violencia y a la participación informada. Esto se traduce en:

- La formulación de objetivos, estrategias y líneas de acción centrados en la protección de derechos, con indicadores que permitan monitorear su cumplimiento.
- La implementación de mecanismos de rendición de cuentas, auditoría y vigilancia comunitaria sobre la calidad de la atención y el respeto a la dignidad de las usuarias.
- El énfasis en la erradicación de prácticas que vulneran derechos, como la violencia obstétrica, la negación de servicios por razones étnicas o económicas, y la falta de consentimiento informado.

En este sentido, la política debe adoptar un enfoque basado en derechos, que reconozca a las mujeres como sujetas activas de decisión y no como receptoras pasivas de servicios.

Enfoque de participación social

La participación social fortalece la legitimidad, pertinencia y sostenibilidad de la política pública. Su aplicación en la formulación de esta política implica:

- La inclusión de una diversidad de actores en las mesas técnicas, en el diseño de la política (taller de análisis, consulta de alternativas. consulta pública) ,
- La validación de propuestas mediante procesos abiertos, transparentes y culturalmente adecuados.
- El reconocimiento del conocimiento local como fuente legítima para la toma de decisiones, promoviendo la corresponsabilidad en la implementación de las acciones.
- El planteamiento de alternativas para fortalecer los mecanismos de participación y la incorporación de la voz de las usuarias en los procesos de mejora (incluye acceso a los datos sobre salud materna y procesos de veeduría)
- El planteamiento de alternativas para fortalecer el proceso de toma de decisiones informadas
- El monitoreo del nivel de "Alfabetización en salud" en temas relacionados a la salud materna y neonatal en la población.

La integración de estos principios rectores en la política pública para la reducción de muerte materna y neonatal no solo responde a mandatos constitucionales y compromisos internacionales, sino que constituye una estrategia ética y técnica para garantizar que ninguna mujer ni recién nacido quede atrás. La equidad, la interculturalidad, los derechos y la participación social son más que enfoques: son compromisos con la vida, la dignidad y la justicia.

Anexo 2. Resultado de mapeo de actores:

https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/zeB3000B90VAZth.

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

- Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS.
- 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 Nacional de Obstetrices y Obstetras 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 árboles de objetivos:

https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/YOXq9crevMOWLKc

Anexo 5a y 5b. Informes de resultados consulta DELPHI sobre las alternativas de la Política:

5a. https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/bv8jjIGGfTNEnmZ
5.b https://almacenamiento.msp.gob.ec/index.php/s/eIWNI6oRpGwlpDx

Anexo 6. Fichas de Indicadores de la Política Pública.

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad responsable:	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Fecha de elaboración de la Ficha:	Junio 2026
Fecha de la última actualización:	Agosto 2025
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta.	El indicador fue homologado con anterioridad en la Comisión Especial de Estadísticas de Salud mediante resolución CIES 001-2014; sin embargo, la metodología implementada no incluía los registros de muertes maternas con inscripción tardía. El 01 de noviembre de 2016, la Comisión Especial de Estadística de Salud homologó el indicador mediante resolución CEES 009-2016, y acordó incluir en el numerador los registros de muertes tardías del periodo ($t+1$), para contrarrestar la existencia de sub-registro. Además, acordó que evaluará el uso de los registros administrativos de nacidos vivos en el denominador, una vez que se alcance o supere la cobertura recomendada por Naciones Unidas (90%). Se homologó en julio 2018 y posteriormente se actualizó el 20 de noviembre de 2020. Indicador incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025, a partir de la solicitud efectuada por el Ministerio de Salud Pública a través de oficio Nro. MSP-CGP-10-2021-0124-O de 20 de julio de 2021. En julio de 2022, el indicador fue homologado por la Comisión Especial de Estadística de Salud para incorporar su reporte, seguimiento y evaluación en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Indicador propuesto por el Ministerio de Salud Pública para ser incluido en el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029 mediante oficio Nro. MSPMSP- 2025-1547-O de 18 de junio de 2025. Indicador propuesto por el Ministerio de Salud Pública para ser incluido en la Política Nacional para la Reducción de la morbi-Mortalidad Materna Neonatal 2026 -2035.
Objetivo de la Política Pública	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).
1.2 Unidad de Medida:	Razón (por 100.000 nacidos vivos)
1.3 Definición del indicador:	Mide el número de muertes maternas ocurridas durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo debido a causas relacionadas con el mismo, expresado como razón por cada 100.000 nacidos vivos en un periodo determinado
1.4 Fórmula de cálculo:	$$RMM_t = \frac{MM_t}{PNV_t} * 100.000$$ Donde: RMM_t = Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos. MM_t = Número de defunciones maternas ocurridas durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. PNV_t = Proyecciones de nacidos vivos t: Periodo de tiempo
1.5 Definición de variables relacionadas:	**Defunción 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 (OPS, CIE-10, 1995). **Defunción materna tardía:** Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo (OPS, CIE-10, 1995). **Defunción que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio:** Una defunción que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción (obstétrica y no obstétrica) (OPS, CIE-10, 1995). **Defunciones obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas (OPS, CIE-10, 1995). **Defunciones obstétricas indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (OPS, CIE-10, 1995). **Nacimiento vivo:** Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o dé cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reúna esas condiciones se considera como un nacido vivo (OPS, CIE-10, 1995). **Proyección de nacidos vivos:** Se refiere al resultado proveniente de cálculos relativos a la evolución futura de los nacimientos, partiendo de ciertos supuestos respecto al curso que seguirán la fecundidad y la mortalidad neonatal. Su función es establecer razonadamente escenarios posibles, probables o deseables si ocurriesen una serie de condiciones específicas. Es un instrumento indispensable para llevar a cabo la planeación demográfica, económica, social y política del país (INEC, 2012). **Registros oportunos de defunciones:** Defunciones ocurridas en el año de investigación (t) y registradas hasta el 31 de diciembre del mismo año (t) (INEC, 2021). **Registros tardíos de defunciones:** Defunciones ocurridas en el año de investigación (t) y registradas a partir del 1 de enero del año siguiente ($t+1$) (INEC, 2021)

1.6 Metodología de cálculo:	El indicador se calcula a partir de dos fuentes de información: 1. Registro Estadístico de Defunciones Generales 2. Estimaciones y Proyecciones de Nacimientos Para calcular la cifra provisional del indicador, se utiliza la base de datos del Registro Estadístico de Defunciones Generales del año (*t*), y se identifican las defunciones ocurridas en el año (*t*) que fueron registradas de manera oportuna; a través de la variable que señala el año de fallecimiento (*anio_fall*). Para calcular la cifra definitiva del indicador, se une la base de datos del Registro Estadístico de Defunciones Generales del año (*t*) con la del año (*t* + 1), y se identifican las defunciones ocurridas en el año (*t*) que fueron registradas de manera oportuna y también de forma tardía; a través de la variable que señala el año de fallecimiento (*anio_fall*). Numerador: Se identifica y cuantifica el número de muertes de mujeres relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio (hasta los 42 días posterior al parto) en el año (*t*), a partir del Registro Estadístico de Defunciones Generales. Según la 10va edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), estas muertes se registran en el grupo: O00 a la O99. Se excluyen de esta consideración, los registros de los subgrupos: O96 y O97, que corresponden a muertes maternas tardías. Denominador: Se establece la cantidad de nacidos vivos en el año (*t*), a partir de las Estimaciones y Proyecciones de Nacimientos provenientes del Censo de Población y Vivienda 2022. Es fundamental señalar que, para calcular la serie de las distintas desagregaciones de este indicador se deben emplear las estimaciones y proyecciones de nacimientos anuales, presentadas en septiembre de 2024, de acuerdo al siguiente detalle: • **Nacional**: Se deben utilizar las estimaciones y proyecciones de población publicadas por el INEC y denominadas "Tabulado_nacional_1950_2050_rev2024.xlsx" en la hoja "ind_demogra". • **Provincial**: Se deben aplicar las estimaciones y proyecciones de población publicadas por el INEC y denominadas "Tabulado_provincial_indicadores_demograficos_rev2024.xlsx". Lo descrito en virtud de la metodología aplicada por el INEC para el cálculo de las estimaciones y proyecciones de nacimientos del Ecuador - Revisión 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/ Resultado final: Se divide el numerador para el denominador y se multiplica por 100.000.

1.7 Limitaciones técnicas:	1. Existe sub-registro en las defunciones del año (*t*) debido a la presencia de registros tardíos. Por este motivo, el numerador debe ajustarse con los registros tardíos de defunciones identificados en el año (*t* + 1). De esta manera, cuando sean publicadas las defunciones del año (*t*) se proveerá una cifra provisional del indicador, y cuando sean publicadas las defunciones del año (*t* + 1) se incorporarán los registros tardíos y se proveerá la cifra definitiva (oficial) del indicador. 2. Para el denominador se utiliza la proyección de nacimientos en el año (*t*) proveniente del Censo de Población y Vivienda, debido a que los registros administrativos de nacidos vivos no igualan o superan el porcentaje de cobertura establecido por Naciones Unidas (90%) para ser considerados como registros completos. Este procedimiento se basa en un estándar internacional que sirve para contrarrestar la alta existencia de sub-registro en los nacimientos (Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL, 2014). 3. Las series históricas de defunciones generales presentan tabulados con información desde 1990. Sin embargo, a partir del año 2013 se recolecta y sistematiza información de registros tardíos de defunciones. Por tal motivo, el indicador es robusto y comparable en el tiempo a partir del año 2013. 4. Las estimaciones y proyecciones de población a nivel provincial no cuentan con la desagregación de zonas no delimitadas. 5. El proceso de construcción de estimaciones y proyecciones de población se basa en la metodología de componentes demográficos (fecundidad, mortalidad y migración), aplicada tanto a nivel nacional como provincial. Como parte de este proceso, es necesario realizar un ajuste entre los datos nacionales y provinciales, lo que puede generar valores con decimales. Por esta razón, todos los datos, especialmente los de población, deben ser redondeados para estandarizar su presentación. Este procedimiento garantiza la coherencia entre los valores totales a nivel nacional y provincial, aunque en la desagregación por sexo y edad pueden surgir pequeñas diferencias debido al redondeo de los valores decimales1. De este modo, el INEC sugiere que el cálculo de indicadores se realice utilizando las estimaciones y proyecciones de población correspondientes a cada desagregación (nacional y provincial), de modo que los resultados se ajusten a la desagregación específica del indicador (Oficio Nro. INEC-CGTPE-2024-0150-O, 2024). 6. Desde el año 2020 las defunciones generales están sujetas a ajustes por registros posteriores, debido a que existen procesos que no han sido finalizados como es la mejora de causa de fallecimiento de las muertes relacionadas por COVID-19; y, además para el año 2020 todavía no se ha finalizado el proceso de Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muerte Materna, entre el INEC y el Ministerio de Salud Pública. En este sentido, las cifras son consideradas como provisionales, por lo cual, la serie histórica del indicador puede sufrir ajustes. El indicador será reportado de manera oficial con el cierre anual, búsqueda activa y homologación del dato, a año caído en el mes de septiembre.
1.8 Fuente de datos:	Instituto Nacional de Estadística y Censos. **Registros Administrativos:** • Registro Estadístico de Defunciones Generales. **Proyección:** • Nacional: Tabulado_nacional_1950_2050_rev2024.xlsx. • Provincial:Tabulado_provincial_edad_simple_1990-2035_rev2024.xlsx.

1.9 Serie histórica del indicador:

Año	Indicador	Numerador	Denominador
2013	47,27	157	332.107
2014	50,54	166	328.438
2015	46,41	150	323.234
2016	42,01	133	316.592
2017	46,23	143	309.339
2018	45,68	138	302.106
2019	41,65	123	295.297
2020 (p*)	66,48	191	287.289
2021	51,62	144	278.949
2022	41,20	112	271.823
2023	35,62	95	266.696
2024	34,22	90	263.020

1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo): Discreto

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Nombre de la meta: Reducir la razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos de 34,22 en el 2024 a 28,84 al 2035.

2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:

Para el numerador de la meta se aplica la técnica de proyección poblacional entre dos periodos de tiempo, considerando como punto de partida del número de muertes maternas ocurridas de forma oportuna y tardía en el Registro Estadístico de Defunciones Generales.

La nueva proyección para cada año del periodo de análisis se obtiene mediante la multiplicación del número de muertes maternas, sobre el factor de ajuste de la tasa de decrecimiento anual.

Para el denominador se utilizan las proyecciones oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) según el documento: "Estimaciones y Proyecciones de la Población de Ecuador, Revisión 2024". Nacional: Se deben utilizar las estimaciones y proyecciones de población publicadas por el INEC y denominado *"Indicadores demográficos"*. Lo descrito en virtud de la metodología aplicada por el INEC para el cálculo de las estimaciones y proyecciones de población del Ecuador - Revisión 2024.

Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/

2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual

2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Descendente

2.5 Proyección de metas:

Anual (2025-2035)	
Periodo	Dato de la Meta
2024 (Año Base)	34,22
2025	34,89
2026	34,73
2027	34,10
2028	33,41
2029	33,06
2030	32,70
2031	31,92
2032	31,13
2033	30,35
2034	29,59
2035	28,84

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025-2029

3.1 Eje PND:	Social
3.2 Objetivo PND:	Objetivo 1. 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.
3.3 Política PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029
3.5 Indicador del PND:	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025-2029	
1 Objetivo PS:	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.
1.1 Meta PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
1.1 Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025-2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	Objetivo 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.1 Meta del PI:	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3. Salud y Bienestar
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validez documento en Firma4E. Firmado electrónicamente por: LORENA VANESSA VILLACRES GUAMBA

Cargo: Especialista de mejora continua de la red de epidemiología 1

Validado por:

Validez documento en Firma4E. Firmado electrónicamente por: CHRISTIAN SANTIAGO TROJILLO HERNANDEZ

Cargo: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Revisado por:

Validez documento en Firma4E. Firmado electrónicamente por: JORGE HUMBERTO VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

Validez documento en Firma4E. Firmado electrónicamente por: JAIRO MANUEL QUINONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Validez documento en Firma4E. Firmado electrónicamente por: GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA

Nombre:

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

Validez documento en Firma4E. Firmado electrónicamente por: ANDREA GABRIELA UVIDIA ARREAGA

Nombre:

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión

Aprobado por:

Validez documento en Firma4E. Firmado electrónicamente por: HUGO ENRIQUE ARMENDARIZ PINOS

Cargo: Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad responsable:	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Fecha de elaboración de la Ficha:	Junio 2026
Fecha de la última actualización:	Febrero 2026
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta	Indicador propuesto para GPR en el año 2022, se incluirá en GPR año 2026 - 2029; y para el Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025. Indicador propuesto para la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna Neonatal 2026 -2035.
Objetivo de la Política Pública	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)
1.2 Unidad de Medida:	Tasa (por 1.000)
1.3 Definición del indicador:	Mide el número de muertes neonatales, expresado como tasa por cada 1.000 nacidos vivos en un periodo determinado
1.4 Fórmula de cálculo:	$$TMN_t = \frac{\mathbf{MNN}}{\boldsymbol{PNV}} * \mathbf{1.000}$$ Donde: **TMN**$_t$= Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos). **MNN**= Número de defunciones neonatales, en un periodo determinados (t) **PNV** = Proyecciones de nacidos vivos en un periodo determinado (t)
1.5 Definición de variables relacionadas:	**Período Neonatal-** El periodo neonatal comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento. Las muertes neonatales (las muertes entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días completos de vida) pueden subdividirse en muertes neonatales precoces, que ocurren durante los siete primeros días de vida, y muertes neonatales tardías, que ocurren después del séptimo día, pero antes de los 28 días completos de vida. (Organización Panamericana de la Salud – OPS, 1995). **Nacimiento vivo.** - Es la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, de un producto de la concepción que, después de dicha separación, respire o de cualquier otra señal de vida, como latidos del corazón pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta. Cada producto de un nacimiento que reina esas condiciones se considera como un nacido vive. (CIE-10; vol. 2; págs. 197) **Estimación de nacimientos**: Se refiere al resultado proveniente de cálculos relativos a la evolución futura de los nacimientos, partiendo de ciertos supuestos respecto al curso que seguirán la fecundidad y la mortalidad neonatal. Su función es establecer razonadamente escenarios posibles, probables o deseables si ocurriesen una serie de condiciones específicas. Es un instrumento indispensable para llevar a cabo la planeación demográfica, económica, social y política del país. (Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos, 2012) **Defunción neonatal.-** Desaparición total y permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera antes de cumplir los 28 días posteriores al nacimiento. **Registros oportunos de defunciones:** Defunciones ocurridas en el año de investigación (*t*) y registradas hasta el 31 de diciembre del mismo año (*t*) (INEC, 2021). **Registros tardíos de defunciones:** Defunciones ocurridas en el año de investigación (*t*) y registradas a partir del 1 de enero del año siguiente (*t*+1) (INEC, 2021).

1.6 Metodología de cálculo:	El indicador se calcula a partir de dos fuentes de información: 1.Registro Estadístico de Defunciones Generales 2.Proyecciones de Nacimientos Para calcular la cifra provisional del indicador, se utiliza la base de datos del Registro Estadístico de Defunciones Generales del año (t), y se identifican las defunciones ocurridas en el año (t) que fueron registradas de manera oportuna; a través de la variable que señala el año de fallecimiento (anio_fall). Para calcular la cifra definitiva del indicador, se une la base de datos del Registro Estadístico de Defunciones Generales del año (t) con la del año (t+1), y se identifican las defunciones ocurridas en el año (t) que fueron registradas de manera oportuna y también de forma tardía; a través de la variable que señala el año de fallecimiento (anio_fall). Para el numerador: Se identifica y cuantifica el número de defunciones neonatales ocurridas entre los nacidos vivos durante los primeros 28 días de vida en el año (t), a partir del Registro Estadístico de Defunciones Generales. Para su identificación se utilizan las variables edad y cod_edad, considerando únicamente los registros cuya edad al momento de la defunción corresponde a 0 años y cuya unidad de medida de la edad se encuentra registrada en horas o días. En el caso de los registros expresados en días, se incluyen exclusivamente aquellos con una edad comprendida entre 0 y 27 días, permitiendo identificar las defunciones ocurridas antes de cumplir los 28 días de vida. Para el denominador: Se establece la cantidad de personas en el año (*t*). Para esto, se utilizan las "Proyecciones de Población de la República del Ecuador", con base en el Censo de Población y Vivienda 2022, fuente de información producida por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Es fundamental señalar que, para calcular la serie de las distintas desagregaciones de este indicador se deben emplear las estimaciones y proyecciones de población, presentadas en septiembre de 2024, de acuerdo al siguiente detalle: • Nacional: Se deben utilizar las estimaciones y proyecciones de población publicadas por el INEC y denominadas "Tabulado_nacional_1950_2050_rev2024.xlsx". • Provincial: Se deben aplicar las estimaciones y proyecciones de población publicadas por el INEC y denominadas "Tabulado_provincial_edad_simple_1990-2035_rev2024.xlsx". Lo descrito en virtud de la metodología aplicada por el INEC para el cálculo de las estimaciones y proyecciones de población del Ecuador - Revisión 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/ Resultado final: Se divide el numerador para el denominador y se multiplica por 100.000.

1.7 Limitaciones técnicas:	1. Existe sub-registro en las defunciones del año (t) debido a la presencia de registros tardíos. Por este motivo, el numerador debe ajustarse con los registros tardíos de defunciones identificados en el año (t+1). De esta manera, cuando sean publicadas las defunciones del año (t) se proveerá una cifra provisional del indicador, y cuando sean publicadas las defunciones del año (t+1) se incorporarán los registros tardíos y se proveerá la cifra definitiva (oficial) del indicador. 2. Para el denominador se utiliza la proyección de nacimientos en el año (t) proveniente del Censo de Población y Vivienda, debido a que los registros administrativos de nacimientos no igualan o superan el porcentaje de cobertura establecido por Naciones Unidas (90%) para ser considerados como registros completos. Este procedimiento se basa en un estándar internacional que sirve para contrarrestar la alta existencia de sub-registro en los nacimientos. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe –CEPAL, 2014). 3. Las series históricas de defunciones generales presentan tabulados con información desde 1990. Sin embargo, a partir del año 2013 se recolecta y sistematiza información de registros tardíos de defunciones. Por tal motivo, el indicador es robusto y comparable en el tiempo a partir del año 2013. El indicador será reportado de manera oficial con el cierre anual, búsqueda activa y homologación del dato, a año caído en el mes de septiembre.
1.8 Fuente de datos:	Instituto Nacional de Estadística y Censos. **Registros Administrativos:** •Registro Estadístico de Defunciones Generales. **Proyección:** •Nacional: Tabulado_nacional_1950_2050_rev2024.xlsx. •Provincial: Tabulado_provincial_edad_simple_1990-2035_rev2024.xlsx.
1.9 Serie histórica del indicador:	

Año	Indicador	Numerador	Denominador
2016	5,55	1.756	316.592
2017	6,12	1.894	309.339
2018	6,68	2.018	302.106
2019	6,90	2.039	295.297
2020	5,43	1.561	287.289
2021	6,14	1.714	278.949
2022	6,71	1.825	271.823
2023	5,93	1.582	266.696
2024	5,44	1.431	263.020

1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Discreto

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA	
2.1 Nombre de la meta:	Reducir la Tasa de mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos) de 5,44 en el 2024 a 4,47 al 3035.
2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	Para el numerador de la meta se aplica la técnica de proyección poblacional entre dos periodos de tiempo, considerando como punto de partida del número de muertes neonatal ocurridas de forma oportuna y tardía en el Registro Estadístico de Defunciones Generales. La nueva proyección para cada año del periodo de análisis se obtiene mediante la multiplicación del número de muertes neonatal, sobre el factor de ajuste de la tasa de decrecimiento anual. Para el denominador se utilizan las proyecciones oficiales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) según el documento: "Estimaciones y Proyecciones de la Población de Ecuador, Revisión 2024". Nacional: Se deben utilizar las estimaciones y proyecciones de población publicadas por el INEC y denominado "Indicadores demográficos". Lo descrito en virtud de la metodología aplicada por el INEC para el cálculo de las estimaciones y proyecciones de población del Ecuador - Revisión 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/
2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual	
2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Descendente	

2.5 Proyección de metas:

Anual (2025-2035)	
Periodo	Dato de la Meta
2024 (Año Base)	5,44
2025	5,38
2026	5,31
2027	5,23
2028	5,13
2029	5,04
2030	4,94
2031	4,84
2032	4,74
2033	4,65
2034	4,56
2035	4,47

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025-2029	
3.1 Eje PND:	Social
3.2 Objetivo PND:	Objetivo 1. 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.
3.3 Política PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029
3.5 Indicador del PND:	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025-2029	
4.1 Objetivo PS:	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.
4.2 Meta PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
4.3 Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025-2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	Objetivo 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3. Salud y Bienestar.
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

LORENA VANESSA VILLACRES GUAMBA

Cargo: Especialista de mejora continua de la red de epidemiología 1

Validado por:

CHRISTIAN SANTIAGO TROJILLO HERNANDEZ

Cargo: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Revisado por:

JORGE HUMBERTO VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

JAIRO MANUEL QUINONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA

Nombre:

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

ANDREA GABRIELA UVIDIA ARREAGA

Nombre:

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión

Aprobado por:

HUGO ENRIQUE ARMENDARIZ PINOS

Cargo: Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad responsable:	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud
Fecha de elaboración de la ficha:	Junio 2026
Fecha de la última actualización:	-
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta:	Indicador propuesto para ser incluido en la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 – 2035.
Objetivo de la Política Pública:	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Cobertura de Control Prenatal
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje
1.3 Definición del indicador:	Mide el porcentaje de mujeres embarazadas de 10 a 49 años que asisten a consulta preventivas primeras por control prenatal
1.4 Formula de cálculo:	$$CCP\ (10\ a\ 49\ años) = \frac{NMAPCPCP\ (10\ a\ 49\ ños)}{PEE\ (10\ a\ 49\ años)} * 100$$ **CCP (10-49 años):** Cobertura de Control Prenatal **NMAPCPCP (10-49 años) =** Número de mujeres únicas de 10 a 49 años con atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal, a nivel nacional, en un período determinado (t) **PEE (10 a 49 años) =** Población estimada de mujeres de embarazadas, en un período determinado (t).
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: **Cobertura. -** Proporción de la población objetivo que accede y recibe efectivamente el servicio, intervención o prestación definida, en relación con el total de la población que lo requiere, en un período de tiempo determinado. **Control Prenatal. -** 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. **Consulta preventiva primera por control prenatal. -** Es la consulta médica u obstétrica realizada a una mujer embarazada por primera vez en su periodo de gestación como parte de su control prenatal (independientemente de la semana de gestación en la que se encuentre). Se excluye a la atención odontológica debido a que es una atención de referencia complementaria al control prenatal. **Población estimada de gestantes. -** Es el número estimado de mujeres embarazadas en el periodo (t). **t.-** Subíndice utilizado para definir el período de medición (tiempo), el cual corresponde a una periodicidad anual, conforme a la frecuencia establecida para el presente indicador.

1.6 Metodología de cálculo:	Para el cálculo del indicador se identifica por institución: **Ministerio de Salud Pública.** **Numerador:** Es la sumatoria de las mujeres únicas en la edad de 10 a 49 años que recibieron atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal, en un período determinado (t), de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Establecimientos de salud: MSP, Fiscomisionales, Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores – SNAI. • Nivel de atención: Todos los niveles de atención • Formación del profesional RDACAA 1.6: Médico/a, Médico rural, Obstetriz/tra, Obstetriz/tra rural. • Especialidad del profesional RDACAA 2.0, PRAS: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia y obstetricia rural. • Códigos CIE – 10: o Z34.0 Supervisión de primer embarazo normal. o Z34.8 Supervisión de otros embarazos normales. o Z34.9 Supervisión de embarazo normal no especificado. o Z35.0 Supervisión de embarazo con historia de esterilidad. o Z35.1 Supervisión de embarazo con historia de aborto. o Z35.2 Supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva. o Z35.3 Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal. o Z35.4 Supervisión de embarazo con gran multiparidad. o Z35.5 Supervisión de primigesta añosa. o Z35.6 Supervisión de primigesta muy joven. o Z35.7 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales. o Z35.8 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo. o Z35.9 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación. o Z32.1 Embarazo confirmado. **IESS GENERAL E IESS CAMPESINO** **Numerador:** Es la sumatoria de las mujeres únicas en la edad de 10 a 49 años que recibieron atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal, en un período determinado (t), de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Establecimientos de salud del IESS General e IESS Campesino. • Nivel de atención: Todos los niveles de atención • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general Obstetricia. • Códigos CIE – 10: mismos MSP **FUERZAS ARMADAS** **Numerador:** Es la sumatoria de las mujeres únicas en la edad de 10 a 49 años que recibieron atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal, en un período determinado (t), de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Establecimientos de salud: de las Fuerzas Armadas. • Nivel de atención: Todos los niveles de atención • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. • Códigos CIE – 10: mismos MSP

	POLICIA NACIONAL **Numerador:** Es la sumatoria de las mujeres únicas en la edad de 10 a 49 años que recibieron atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal, en un período determinado (t), de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Establecimientos de salud de la Policía Nacional. • Nivel de atención: Todos los niveles de atención • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. • Códigos CIE – 10: mismos MSP **Para el cálculo del denominador se considera para todas las instituciones lo siguiente:** **Denominador:** Es población estimada de mujeres de embarazadas , en un período determinado. El resultado obtenido de la relación entre el numerador y el denominador se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	El indicador depende de la calidad, completitud y oportunidad del registro de atenciones en las diferentes fuentes administrativas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, por lo que pueden existir subregistros, duplicidad de registros o inconsistencias en la identificación de mujeres únicas entre plataformas institucionales. Asimismo, la estimación del denominador (población estimada de gestantes) se basa en proyecciones poblacionales y estimaciones demográficas, las cuales pueden diferir de la población real de mujeres embarazadas del período analizado.
1.8 Fuente de datos:	**Ministerio de Salud Pública:** • Plataforma de Registro de Atenciones de Salud (PRAS), desde el año 2020. • Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), desde el año 2020. **Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS**: • AS400, desde el año 2020. **Fuerzas Armadas:** • Base de datos de atención ESPE Innovativa, desde el año 2020. **Policía Nacional:** • Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias –RDACAA, desde el año 2020. • Plataforma INTEGRASALUD, desde el año 2020. • Plataforma HosVita, desde el año 2020. • POLIHIS, desde el año 2020.

1.9 Serie histórica del indicador:

Año	Indicador	Numerador	Denominador
2020	71,63	220.488	307.798
2021	71,88	220.510	306.778
2022	72,87	223.233	306.337
2023	84,97	211.598	249.026
2024	80,78	200.880	248.689
2025	82,56	203.554	246.545

1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo): Continuo.

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Nombre de la meta:	Incrementar la cobertura de control prenatal de 82,56% a 94,77% para el 2035.
2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	Para la estimación de la meta, en el numerador se aplica la técnica de proyección poblacional entre dos periodos de tiempo, considerando como punto de partida el número de mujeres únicas de 10 a 49 años con atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal. La nueva proyección para cada año del periodo de análisis se obtiene mediante la multiplicación sucesiva de las atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal, sobre el factor de ajuste de la tasa de crecimiento anual.

2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual

2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Ascendente

2.5 Proyección de metas:

Anual (2025-2035)			
Periodo	**Dato de la Meta**	**Numerador**	**Denominador**
Línea base 2025	82,56%	203.554	246.545
2026	84,62%	204.900	242.130
2027	85,70%	206.255	240.684
2028	86,78%	207.619	239.247
2029	87,88%	208.992	237.819
2030	88,99%	210.374	236.399
2031	90,12%	211.765	234.988
2032	91,26%	213.165	233.585
2033	92,41%	214.574	232.191
2034	93,58%	215.993	230.805
2035	94,77%	217.421	229.427

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029

3.1 Eje del PND:	Eje Social
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: 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.
3.3 Política del PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta del PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.
3.5 Indicador del PND	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)

Nota: Se deberá completar la información solo con un eje, objetivo, política y meta, en casos excepcionales esta alineación se aceptará hasta política.

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029

4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud
4.2 Meta del PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029.
4.3 Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029

5.1 Objetivo Estratégico del PI:	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030

6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3. Salud y bienestar
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
WILMA PILAR CALLE ZAMBRANO

Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ADRIANA CAROLINA CHUQUI PEDRAZA

Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Hospitales.

Validado por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
KAROL MABEL SANDOVAL ILLESCAS

Cargo: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ALEJANDRO VLADIMIR DIAZ SORTO

Cargo: Dirección Nacional de Hospitales.

Revisado por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JORGE HUMBERTO VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JAIRO MANUEL QUINONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA GABRIELA UVIDIA ARREAGA

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión.

Aprobado por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
GABRIELA DEL ROCIO QUINALUISA CHAMORRO

Cargo: Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel.

Aprobado por:

Validez únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ

Cargo: Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad Responsable	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición
Fecha de elaboración de la Ficha:	Junio 2026.
Fecha de la última actualización:	
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta	Indicador propuesto por el Ministerio de Salud Pública para ser incluido en la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal.
Objetivo de la Política	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de gestantes que cumplen el paquete priorizado según edad gestacional.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje
1.3 Definición del indicador:	Indicador cuantitativo que mide la relación entre el número de gestantes que han cumplido el paquete priorizado según la edad gestacional conforme al Decreto Ejecutivo N.1211 expresado como porcentaje del total de gestantes atendidas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) en referencia al Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en gestantes (MSP-OPS,2022)[1]

1 Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022). Proceso Condicional-Gestante Protegida. - algoritmo alineado a la política pública, que facilita la medición integral de las prestaciones previstas en el paquete "Mujer embarazada protegida", contempladas en el Decreto Ejecutivo N. 1211, cuyo objetivo es prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses de edad, conforme los objetivos planteados en la Agenda 2030, (MSP-OPS, 2022).

1.4 Formula de cálculo:	$$PGPP = \frac{NGPP}{TGA} * 100$$ Donde: **PGPP:** = Porcentaje de gestantes que cumplen el paquete priorizado según edad gestacional. **NGPP:** = Número de gestantes que cumplen el paquete priorizado según su edad gestacional en un periodo determinado **NGPP:** Total de gestantes atendidas en establecimientos de salud del MSP, en el mismo período.
1.5 Definición de variables relacionadas:	**Edad Gestacional. -** Duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. (MSP,2016). **Semanas de gestación. -** Se agrupa de la siguiente forma: ● Corte general: Gestantes con más de 36 semanas de gestación cumplidas. ● Corte del primer trimestre (<12 semanas de gestación): gestantes que cumplieron las 12 semanas de gestación. ● Corte del segundo trimestre (12-24 semanas de gestación): gestantes que cumplieron las 24 semanas de gestación. ● Corte del tercer trimestre (> 24 semanas de gestación): se tomarán a las gestantes con más de 36 semanas de gestación cumplidas. **Paquete priorizado. –** Conjunto de bienes y servicios que se destinan a atender a gestantes y a niños y niñas menores de 24 meses de edad, el cual permitirá el monitoreo oportuno y de calidad del desarrollo infantil integral de la población objetivo, (Presidencia de la República del Ecuador, 2020).
1.6 Metodología de cálculo:	Para el cálculo del indicador se realiza el siguiente proceso: **Numerador:** Corresponde al número de gestantes que cumplen el paquete priorizado, según su edad gestacional, en un periodo determinado. Bajo las siguientes consideraciones: - Grupo prioritario: embarazadas - Solo registros de atención con peso y talla. - Edad gestacional: Mayor o igual a 5 semanas de gestación. - Todos los profesionales de la salud que registran un diagnóstico. - Todos los Niveles - Todos los CIE10, excepto los códigos correspondientes al capítulo de aborto (001-008, 060,072, 073, 074, 075, 080, 081, 082, 083, 084, 085, 086, 087, 088, 089, 090, 091, 092)[2] - Entidad: MSP, (incluye Fiscomisional, SNAI) - Se excluye gestantes que no cumplan con una prestación de los cuadros descritos en torno a la corte de su edad gestacional. Para el cálculo de indicador se puede considerar el escenario único ideal[3] o el escenario mínimo aceptable[4] en función Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en gestantes (MSP-OPS, 2022).

2 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Códigos CIE 10 -Capitulo XV: Embarazo, parto y puerperio.
3 Escenario ideal: Se considera escenario ideal, cuando el inicio de las prestaciones es oportuno, es decir desde el primer trimestre de gestación, de acuerdo con el Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado (MSP-OPS, 2022).
4 scenario mínimo aceptable: Se considera escenario mínimo aceptable, cuando el inicio de las prestaciones no es oportuno, es decir desde después de haber cumplido el primer trimestre de gestación, de acuerdo con el Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en gestantes (MSP-OPS, 2022).

1.6 Metodología de cálculo:

Escenario ideal

Corte General: número de gestantes que cumplen las prestaciones previstas para todo el embarazo.

PRESTACIÓN	ESCENARIO IDEAL SEMANAS DE GESTACIÓN 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 >= 37
Captación de gestante durante el primer trimestre de embarazo	1
Exámenes: Sífilis	1 1
Examen VIH	1 1 1
Examen de laboratorio HB	1 1
EMO	1 1
Controles subsecuentes	1 1 1 1 1
Prescripción Hierro + ácido fólico	1
Consejería Lactancia Materna	1 1 1 1 1

Fuente: Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022).

***Primer Trimestre de Gestación*:** número de gestantes que cumplieron las 12 semanas de gestación, con el fin de evaluar las prestaciones correspondientes a este grupo, que se detallan a continuación:

	SEMANAS DE GESTACIÓN 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Captación de gestante durante el primer trimestre de embarazo	1										
Exámenes: sífilis	1										
Examen VIH	1										
Examen de laboratorio HB	1										
EMO	1										
Controles subsecuentes	1										
Prescripción Hierro + ácido fólico	1										
Consejería Lactancia Materna	1										

Fuente: Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022).

***Segundo Trimestre de Embarazo*:** número de gestantes que cumplieron las 24 semanas de gestación, para evaluar las prestaciones correspondientes desde la semana 12 hasta la semana 24, según se detallan a continuación:

PRESTACIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN 12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Captación de gestante durante el primer trimestre de embarazo													
Exámenes: Sífilis	1												
Examen VIH	1												
Examen de laboratorio HB													
EMO													
Controles subsecuentes	1						1						
Prescripción Hierro + ácido fólico													
Consejería Lactancia Materna	1						1						

Fuente: Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022).

1.6 Metodología de cálculo:

***Tercer Trimestre de Gestación*:** número de gestantes que cumplieron su segundo trimestre (posterior a las 36 semanas cumplidas), para evaluar las prestaciones correspondientes a este grupo, que se detallan a continuación:

PRESTACIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN												
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	>=37
Captación de gestante durante el primer trimestre de embarazo													
Exámenes: Sífilis													
Examen VIH	1												
Examen de laboratorio HB	1												
EMO	1												
Controles subsecuentes	1					1							
Prescripción Hierro + ácido fólico													
Consejería Lactancia Materna	1					1							

Fuente: Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022).

Escenario mínimo aceptable

Corte General: número de gestantes que cumplen las prestaciones previstas para todo el embarazo.

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	>=37
Captación de gestante durante el primer trimestre de embarazo	1																									
Exámenes: sífilis	1																									
Examen VIH	1													1												
Examen de laboratorio HB	1													1												
EMO	1													1												
Controles subsecuentes	1													1												
Prescripción Hierro + ácido fólico	1																									
Consejería Lactancia Materna	1													1												

Fuente: Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022).

***Segundo Trimestre de Gestación*:** número de gestantes que cumplieron las 24 semanas de gestación para en base a ello poder evaluar las prestaciones correspondientes a este grupo, que se detallan a continuación:

1.6 Metodología de cálculo:

	SEMANAS DE GESTACIÓN												
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Captación de gestante durante el primer trimestre de embarazo	1												
Exámenes: sífilis	1												
Examen VIH	1												
Examen de laboratorio HB	1												
EMO	1												
Controles subsecuentes	1						1						
Prescripción Hierro + ácido fólico	1												
Consejería Lactancia Materna	1						1						

Fuente: Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022).

***Tercer Trimestre de Gestación*:** número de gestantes que cumplieron su segundo trimestre (posterior a las 36 semanas cumplidas), para evaluar las prestaciones correspondientes a este grupo, que se detallan a continuación:

PRESTACIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN												
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	>=37
Captación de gestante durante el primer trimestre de embarazo													
Exámenes: sífilis													
Examen VIH	1												
Examen de laboratorio HB	1												
EMO	1												
Controles subsecuentes	1					1							
Prescripción Hierro + ácido fólico													
Consejería Lactancia Materna	1					1							

Fuente: Algoritmo de medición del cumplimiento del paquete priorizado, (MSP-OPS, 2022).

Denominador:

Total, de gestantes atendidas en los establecimientos de salud del MSP, en el mismo periodo.

Resultado final: Se divide el numerador para el denominador y el resultado se multiplica por 100.

1.7 Limitaciones técnicas:	• Los registros utilizados para el cálculo de indicadores corresponden a sistemas de información independientes: Plataforma de Registro de Atenciones de Salud- (PRAS, online) y el Registro Diario de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA). • El cálculo del indicador antes del año 2020 no es factible debido a que el Registro Diario de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y la Plataforma de Registro de Atenciones de Salud (PRAS) no se encontraban homologados. • Registro incompleto de las prestaciones entregadas debido a problemas (omisiones y comisiones) en el llenado de la Historia Clínica Única (HCU) en los establecimientos de salud del MSP. • Falta de estandarización en la consolidación de datos y completitud en el registro de la información. • Información con retraso de 15 días entre la corte de la base de datos y la alimentación asincrónica de la misma. • El registro de atenciones y consultas tomadas en cuenta para el cálculo del indicador corresponde únicamente a las atenciones en los establecimientos de salud del MSP. • La información correspondiente al componente consejería en los establecimientos de salud del MSP, está disponible únicamente en el PRAS
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Registros Administrativos: • Plataforma de Registro de Atenciones de Salud- (PRAS), 2021 al 2025. • Registro Diario de Consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA), 2021 al 2025.
1.9 Serie histórica del indicador:	
1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo

Año	Indicador	Numerador	Denominador
2021	0,12%	339	274.612
2022	19,48%	54.555	279.985
2023	41,12%	111.503	271.195
2024	49,21%	125.194	254.408
2025	61,09%	154.980	253.712

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA	
2.1 Nombre de la meta:	Incrementar el porcentaje de gestantes que cumplen el paquete priorizado según edad gestacional de 61,09% en 2025 al 97,46% al 2035.
2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	Para la estimación de la meta, en el numerador y denominador se aplica la técnica de proyección entre dos periodos de tiempo, considerando como punto de partida del número de gestantes que cumplen el paquete priorizado según su edad gestacional. La nueva proyección para cada año del periodo de análisis se obtiene mediante la multiplicación sucesiva de número de gestantes cumplen el paquete priorizado de atenciones, sobre el factor de ajuste de la tasa de crecimiento de gestantes anual.
2.3 Periodicidad de la meta por cada año:	Anual
2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Ascendente	
2.5 Proyección de metas:	

Anual (2025-2035)			
Periodo	**Dato de la Meta**	**Numerador**	**Denominador**
Línea base 2025	61,09%	154.980	253.712
2026	71,53%	181.696	254.014
2027	77,43%	196.917	254.316
2028	83,81%	213.396	254.619
2029	90,71%	231.240	254.922
2030	91,80%	234.302	255.225
2031	92,91%	237.405	255.529
2032	94,03%	240.549	255.833
2033	95,16%	243.734	256.137
2034	96,30%	246.961	256.442
2035	97,46%	250.231	256.747

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Social
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1. 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.
3.3 Política del PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta del PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029
3.5 Indicador del PND	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).

Nota: Se deberá completar la información solo con un eje, objetivo, política y meta, en casos excepcionales esta alineación se aceptará hasta política.

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.
4.2 Meta del PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	Objetivo 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo3. Salud y Bienestar
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validez Documento en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ELENA ESTEFANIA HERRERA MARTINEZ

Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición

Validado por:

Validez Documento en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MAYRA ELIZABETH CAGUANO GALARZA

Cargo: Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición

Revisado por:

Validez Documento en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE HUMBERTO VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

Validez Documento en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JAIRO MANUEL QUINONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Validez Documento en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

Validez Documento en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANDREA GABRIELA UVIDIA ARREAGA

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión

Aprobado por:

Validez Documento en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE

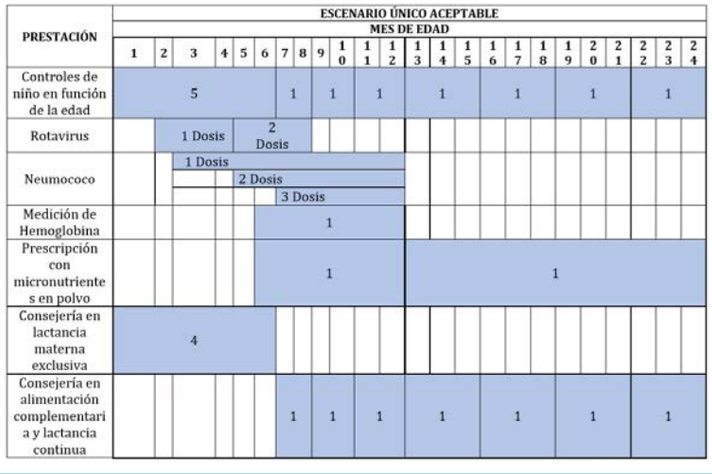
Cargo: Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad Responsable:	Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición
Fecha de elaboración de la Ficha:	Junio 2026.
Fecha de la última actualización:	
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta	Indicador propuesto para ser incluido en la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal.
Objetivo de la Política Pública	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de niños y niñas menores de 24 meses, que cumplen el paquete priorizado según la edad.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje
1.3 Definición del indicador:	Indicador cuantitativo que mide la relación entre el número de niños y niñas que han cumplido el paquete priorizado en menores de 24 meses expresado como porcentaje el total de niños y niñas menores de 24 meses atendidos en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) en referencia al Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en niños y niñas menores de 24 meses (MSP-OPS)[5]
1.4 Formula de cálculo:	$$PNNPP_{<24\ meses}\ \frac{NNPP_{<24\ meses}}{TAN_{<24\ meses}} * 100$$ Donde: **$PNNPP_{<24\ meses}$:** Porcentaje de niñas y niños menores de 24 meses, que cumplen el paquete priorizado según edad la edad**.** **$NNPP_{<24\ meses}$:** Número de niñas y niños menores de 24 meses que cumplen el paquete priorizado según la edad, en un periodo determinado. **$TAN_{<24\ meses}$**: Total de niñas y niños menores de 24 meses atendidos en los establecimientos de salud del MSP, en el mismo período.

5 Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en niños y niñas menores de 24 meses-Proceso condicional Niño Sano. - algoritmo alineado a la política pública, facilita la medición integral de las prestaciones previstas en el paquete "Niño sano", contempladas en el Decreto Ejecutivo N. 1211, art. 8 cuyo objetivo es prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses de edad, conforme los objetivos planteados en la Agenda 2030, (MSP-OPS, 2022).

1.5 Definición de variables relacionadas:	**Paquete priorizado**. – Conjunto de bienes y servicios que se destinan a atender a gestantes y a niñas y niños menores de 24 meses de edad, el cual permitirá el monitoreo oportuno y de calidad del desarrollo infantil integral de la población objetivo (Decreto Ejecutivo N. 1211,2020). **Rangos de edad.** - Corresponde a las agrupaciones según la edad medida en meses. 0-24 meses: niñas y niños que cumplieron 24 meses de edad. 0-12 meses: niñas y niños que cumplieron 12 meses de edad. 12-24 meses: niñas y niños que cumplieron 24 meses de edad
1.6 Metodología de cálculo:	Para el cálculo del indicador se realiza el siguiente proceso: **Numerador:** Corresponde al número de niñas y niños menores de 24 meses, que cumplen el paquete priorizado, según su edad en un periodo determinado. Bajo las siguientes consideraciones: ● Para evaluar las prestaciones de los niñas y niños en los rangos de edad se tomará en cuenta aquellos que tengan la edad en meses cumplidos (Las cortes: niñas y niños de 0 a menores de 24 meses, de 0-12 meses y de 12 a 23 meses 29 días). ● Solo registros de atención con peso y talla. ● Especialidad: Medicina General, Medicina General Integral, Medicina Rural, Atención Primaria en Salud, Endocrinología, Genética Clínica, Medicina Familiar y Comunitaria, Nutrición, Nutrición Clínica, Pediatría. ● Todos los Niveles ● Todos los CIE10[6] ● Entidad: MSP, SNAI. ● Se excluye niñas y niños menores de 24 meses que no cumplan con al menos una de las prestaciones del paquete priorizado. El escenario único aceptable[7], en función Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en niñas y niños menores de 24 meses (MSP-OPS, 2022). De 0 a menores 24 meses: niños y niñas que hayan cumplido con las prestaciones correspondientes al detalle descritas hasta los 24 meses: 

PRESTACIÓN	ESCENARIO ÚNICO ACEPTABLE – MES DE EDAD																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Controles de niño en función de la edad	5						1			1		1		1			1			1			1	
Rotavirus			1 Dosis			2 Dosis																		
Neumococo			1 Dosis			2 Dosis																		
							3 Dosis																	
Medición de Hemoglobina							1																	
Prescripción con micronutrientes en polvo							1						1											
Consejería en lactancia materna exclusiva	4																							
Consejería en alimentación complementaria y lactancia continua							1			1		1		1			1			1			1	

6 En referencia al lineamiento de registro de atención preventiva emitido bajo el Memorando Nro. MSP-DNPNAS-2022-0528-M
7 Escenario único aceptable: se define como el cumplimiento de las prestaciones en función de la edad, en función al Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en niñas y niñas menores de 24 meses,(MSP-OPS, 2022).

1.6 Metodología de cálculo:	**Fuente:** Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en niños y niñas menores de 24 meses. De 0 a 12 meses: niños y niñas que hayan cumplido con las siguientes prestaciones correspondientes al detalle descrito en este rango de edad: **Fuente:** Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en niños y niñas menores de 24 meses, (MSP-OPS, 2022). De 12 a menores de 24 meses: niños y niñas que hayan cumplido con las prestaciones correspondientes al detalle descrito en este rango de edad: **Fuente:** Algoritmo de medición de cumplimiento del paquete priorizado en niños y niñas menores de 24 meses **Denominador** Total, de niños y niñas menores de 24 meses atendidos en los establecimientos de salud del MSP, en el mismo periodo. **Resultado final**: Se divide el numerador para el denominador y el resultado se multiplica por 100.

PRESTACIÓN	ESCENARIO ÚNICO ACEPTABLE MES DE EDAD											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Controles de niño en función de la edad	5						1		1		1	
Rotavirus			1 Dosis		2 Dosis							
Neumococo			1 Dosis									
					2 Dosis							
							3 Dosis					
Medición de Hemoglobina						1						
Prescripción con micronutrientes en polvo						1						
Consejería en lactancia materna exclusiva	4											
Consejería en alimentación complementaria y lactancia continua							1		1		1	

Prestación	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Controles de niño en función de la edad	1C			1C				1C				1C	
Rotavirus													
Neumococo													
Medición de Hemoglobina													
Prescripción con micronutrientes en polvo	1prescripción												
Consejería en lactancia materna exclusiva													
Consejería en alimentación complementaria y lactancia	1 Consejería			1 Consejería				1 Consejería				1 Consejería	

1.7 Limitaciones técnicas:	• Los registros utilizados para el cálculo de indicadores corresponden a sistemas de información independientes: Plataforma de Registro de Atenciones de Salud- (PRAS, online) y el Registro Diario de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA – offline El cálculo del indicador antes del año 2020 no es factible debido a que el Registro Diario de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y la Plataforma de Registro de Atenciones de Salud (PRAS) no se encontraban homologados. • Registro incompleto de las prestaciones entregadas debido a problemas (omisiones y comisiones) en el llenado de la Historia Clínica Única (HCU) en los establecimientos de salud del MSP. • Falta de estandarización en la consolidación de datos y completitud en el registro de la información. • Información con retraso de 15 días entre la corte de la base de datos y la alimentación asincrónica de la misma. • El registro de atenciones y consultas tomadas en cuenta para el cálculo del indicador corresponde únicamente a las atenciones en los establecimientos de salud del MSP. • La información correspondiente al componente consejería en los establecimientos de salud del MSP, está disponible únicamente en el PRAS.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Registros Administrativos: • Plataforma de Registro de Atenciones de Salud-(PRAS) desde el año 2021. • Registro Diario de Consultas y atenciones ambulatorias (RDACAA), desde el año 2021.
1.9 Serie histórica del indicador:	
1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo

Año	Indicador	Numerador	Denominador
2021	1.81%	6.774	375.151
2022	2.73%	11.048	404.966
2023	8,08%	35.519	439.371
2024	20,17%	101.940	505.439
2025	27,09%	135.279	499.346

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA	
2.1 Nombre de la meta:	Incrementar el porcentaje de niños y niñas menores de 24 meses que cumplen el paquete priorizado completo según la edad, del 27,09% en el 2025 al 91,72% al 2035.
2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	La proyección de menores de 24 meses que cumplen con el paquete priorizado en establecimientos de salud, se proyectó utilizando la información de (PRAS) y (RDACAA) del año 2025, que permitirá anticipar las necesidades y mejorar estrategias de atención materno-infantil. Población Inicial ***:*** La población en el tiempo inicial : es conocida por los datos históricos de las gestantes y niños menores de 24 meses. **Se aplica la siguiente fórmula:** $$r = \left[\frac{P_{tn}}{P_{t1}}\right]^{\frac{1}{n}} + 1$$ Donde: ***r:*** La tasa de crecimiento poblacional constante o variable P_{tn}**=** es población en el tiempo inicial P_{t1}**=** es la población en el primer año . ***n:*** periodo de tiempo transcurrido entre las poblaciones Se realiza un ajuste a la tasa de crecimiento según el porcentaje de las gestantes o de niños y niñas menores de 24 meses. **La expresión:** $$r_{ajuste} = ln\ (n - r + z) * -1$$ Donde: $\mathbf{r_{ajuste}}$**:** La tasa de crecimiento poblacional ajustado ***n:*** periodo de tiempo transcurrido entre las poblaciones ***z:*** es el ajuste de gestantes o de niños y niñas menores de 24 meses **Aplicación de la fórmula:** $$P_t = \left(P_{tn} * e^{(r*n)}\right) * z$$ Dónde: $\mathbf{P_t}$**:** es la población proyectada en el tiempo . ***r:*** es la tasa de crecimiento. ***n:*** tiempo en años a proyectar Ministerio de Salud Pública: Proyección de gestantes y menores de 24 meses que cumplen el paquete priorizado a nivel de establecimiento de salud. marzo, 2026.

2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual.

2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Ascendente.

2.5 Proyección de metas:

Anual (2025-2035)			
Periodo	**Dato de la Meta**	**Numerador**	**Denominador**
Línea base 2025	27,09%	135.279	499.346
2026	37,65%	188.994	501.976
2027	42,75%	215.725	504.620
2028	48,54%	246.233	507.278
2029	55,12%	281.084	509.950
2030	60,00%	307.595	512.636
2031	65,32%	336.607	515.336
2032	71,10%	368.355	518.050
2033	77,40%	403.098	520.779
2034	84,26%	441.118	523.522
2035	91,72%	482.724	526.279

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social
3.2 Objetivo del PND:	1. 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.
3.3 Política del PND:	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.
3.4 Meta del PND:	1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.
3.5 Indicador del PND:	1.6.1 Prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años

Nota: Se deberá completar la información solo con un eje, objetivo, política y meta, en casos excepcionales esta alineación se aceptará hasta política.

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 2: Promover entornos y hábitos de vida saludables y seguros a la población en todo su ciclo de vida
4.2 Meta del PS:	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.
4.3 Indicador PS:	2.2 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses, cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.
5.2 Meta del PI:	MPEI 3.2 Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud tipo A, B y C del Ministerio de Salud Pública que cuentan con grupos de apoyo a la lactancia materna en funcionamiento de 98,03% de 2024 a 98,35% al 2029
5.3 Indicador del PI:	IPEI 3.2 Porcentaje de establecimientos de salud tipo A, B y C del Ministerio de Salud Pública que cuentan con grupos de apoyo a la lactancia materna en funcionamiento.

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	2. Hambre cero
6.2 Meta Agenda 2030:	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ELENA ESTEFANIA HERRERA MARTINEZ

Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición

Validado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MAYRA ELIZABETH CAGUANO GALARZA

Cargo: Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JORGE HUMBERTO VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado Alineaciones por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA

Nombre:

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JAIRO MANUEL QUIÑONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA GABRIELA UVIDIA ARREAGA

Nombre:

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión,

Aprobado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE

Cargo: Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad Responsable:	Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.
Fecha de elaboración de la Ficha:	Junio 2026.
Fecha de la última actualización:	-
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta	Indicador propuesto para ser incluido en la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal.
Objetivo de la Política Pública	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de usuarias con percepción favorable de la atención en servicios de salud materna y neonatal.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje
1.3 Definición del indicador:	Mide la proporción de mujeres que reportan percepción positiva durante la atención materna y neonatal, integrando percepciones de trato digno, comunicación, participación, apoyo emocional, respeto y satisfacción con los resultados de salud.
1.4 Fórmula de cálculo:	$$PASSMN = \frac{NUSMNPF}{NTUSMNE} * 100$$ **Donde:** **PASSMN =** Porcentaje de usuarias con percepción favorable de la atención en servicios de salud materna y neonatal. **NUSMNPF =** Número de usuarias de servicios de salud materna y neonatal que reportan percepción favorable de la atención recibida. **NTUSMNE =** Número total de usuarias de servicios de salud materna y neonatal encuestadas.
1.5 Definición de variables relacionadas:	**Salud Materna:** Es el estado de bienestar físico, mental y social de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (los 42 días posteriores al parto). No es solo la ausencia de enfermedad, sino el acceso a servicios de salud de calidad que garanticen una maternidad segura. **Salud Neonatal:** Se refiere a la salud y supervivencia del recién nacido durante los primeros 28 días de vida (periodo neonatal). Este periodo es crítico, ya que es donde se concentra el mayor riesgo de mortalidad por causas evitables como asfixia, sepsis y complicaciones por prematurez. **Dimensiones:** Para el cálculo del indicador, las dimensiones deben segmentar los momentos críticos de atención. Cada dimensión está compuesta por un determinado número de buenas prácticas e indicadores (condiciones estándar de calidad) que se califican desde las percepciones del personal de salud, de la mujer indígena y del observador externo, según resulte pertinente, para conocer su nivel de desarrollo. ● **Autonomía:** Se refiere a la potestad de la mujer a decidir libremente acerca de la atención del embarazo, parto y puerperio. ● **Comunicación y trato:** Esta dimensión permite conocer las características de la comunicación y el trato entre los servicios de salud y la mujer indígena embarazada. ● **Participación comunitaria**: Mediante esta dimensión, conformada por tres prácticas e indicadores, se apunta a conocer cuál y cómo es la participación de la comunidad en la promoción del parto culturalmente seguro de las mujeres. ● **Infraestructura de los servicios de salud:** Esta dimensión se dirige a evaluar y dar a conocer cómo se encuentra la infraestructura de los servicios de salud en el ámbito local. ● **Fortalecimiento institucional:** Esta dimensión, integrada por un total de 12 prácticas e indicadores, busca determinar el marco político-normativo de los establecimientos para la oferta de servicios de salud donde se les brinda atención a las mujeres gestantes. **Puntaje de Calificación de acuerdo a la Herramienta del Parto Seguro de la Organización Panamericana de la Salud adaptada al Ecuador:** Las valoraciones agregadas de prácticas e indicadores producen resultados numéricos que se corresponden con un sistema de calificación (tipo semáforo) de cuatro colores, descritos a continuación: **Rojo:** Indica un desarrollo del estándar inferior a 40%. **Naranja**: un desarrollo de entre 40% y 60%. **Amarillo:** un desarrollo del estándar de entre 60% y 80% **Verde**: un desarrollo superior a 80%. La herramienta se validó mediante misiones técnicas realizadas en diversos contextos de distintos países de la Región: Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú. Dado que presenta diferentes dimensiones de parto humanizado y con pertinencia cultural, puede ser validada y adecuada desde el punto de vista cultural para otras poblaciones originarias, afrodescendientes u otros grupos.

1.6 Metodología de cálculo:	Para el cálculo del indicador se considera: **Numerador:** número de usuarias de servicios de salud materna y neonatal que reportan percepción favorable de la atención recibida. La percepción favorable se medirá con un puntaje superior o igual al 40% de la atención recibida. **Denominador:** Es la sumatoria de todas las usuarias de servicios de salud materna y neonatal encuestadas. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	El cálculo del indicador depende de la aplicación sistemática de encuestas de percepción a las usuarias de los servicios de salud materna y neonatal. En particular, cuando se utiliza la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro de la Organización Panamericana de la Salud adaptada en el país, su implementación, cobertura y periodicidad condicionan la disponibilidad de datos. La falta de aplicación o retrasos en el levantamiento y procesamiento de la información pueden impedir el cálculo oportuno del indicador. Además, al basarse en percepciones, los resultados pueden estar influenciados por factores subjetivos, expectativas individuales o sesgos de respuesta, lo que puede afectar la comparabilidad entre periodos o establecimientos.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública ● Encuesta de promoción del parto culturalmente seguro de la Organización Panamericana de Salud, adaptada a Ecuador.
1.9 Serie histórica del indicador:	En Ecuador, actualmente no dispone de una serie histórica de datos consolidada de la encuesta que se realiza a través de la herramienta del parto culturalmente seguro, de la Organización Panamericana de Salud, adaptada a Ecuador, debido a que su implementación se encuentra en una fase de validación y adecuación reciente. Al no existir registros previos sistematizados bajo los indicadores específicos de este instrumento, resulta imperativo establecer una línea base que permita, a futuro, medir el impacto de las adecuaciones culturales y garantizar el seguimiento de la calidad en la atención materna y neonatal.
1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Discreto

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA	
2.1 Nombre de la meta:	Incrementar el porcentaje de usuarias con percepción favorable de la atención en servicios de salud materna y neonatal de 0% en 2025 a 85% al 2035.

2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	Mide la proporción de mujeres que reportan percepción positiva durante la atención materna y neonatal, como el país no cuenta con una línea base (LB), la meta se establece mediante una proyección de cierre de brechas basada en estándares internacionales de calidad percibida en la región (OMS/OPS). Ante la ausencia de datos históricos, se aplica el método de interpolación lineal para el crecimiento esperado, asumiendo un escenario de mejora progresiva en la gestión institucional. Se toma como referencia el estándar de "Excelencia" (Verde > 80%) definido en el sistema de calificación, fijando un objetivo de 85,00% para el año 2035. Esto representa un incremento anual constante para alcanzar el umbral de calidad superior. El cálculo se realizó mediante la siguiente fórmula: $$Meta\ 2035 = MEL * (1 + PASSMN)^{t}$$ Donde: **MEL =** Meta estimado de la línea base **PASSMN =**Tasa de crecimiento anual **t=**Número de años transcurridos desde la línea base (2025) hasta el año de la meta (2035), es decir 9 años. $$Meta\ 2035 = 0{,}00 * (1 + 0.05)^{\frac{1}{9}}$$ $$Meta\ 2035 = 85{,}00\%$$ Para la meta de cada año entre la línea base hasta el año 2035, se calcula con la misma fórmula, pero modificando el número de años transcurridos (t). Este sistema no es la metodología de la meta, sino el **umbral de cumplimiento** para evaluar el resultado anual:

Criterio de Calificación	Estado	Rango de Cumplimiento
Rojo	Crítico	Indica un desarrollo del estándar inferior a 40%.
Naranja	Bajo	Un desarrollo del estándar de entre 40% y 60%
Amarillo	Medio	Un desarrollo del estándar de entre 60% y 80%
Verde	Óptimo	un desarrollo superior a 80%.

Fuente: Manual básico para la aplicación de la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro de la Organización Panamericana de Salud. 2022.
A partir de estos criterios de clasificación, se esperaría incrementar al 85,00% la percepción favorable de la atención en servicios de salud materna y neonatal hasta el año 2035, conforme a la Meta 1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029 del Plan Nacional De Desarrollo 2025-2029.

2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual

2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Ascendente

2.5 Proyección de metas:

Periodo	Porcentaje
2025 (Año Base)	0,00%
2026	0,00%
2027	40,00%
2028	47,28%
2029	51,40%
2030	55,88%
2031	60,75%
2032	66,05%
2033	71,81%
2034	78,08%
2035	85,00%

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025-2029	
3.1 Eje PND:	Social
3.2 Objetivo PND:	Objetivo 1. 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.
3.3 Política PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029
3.5 Indicador del PND:	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025-2029	
4.1 Objetivo PS:	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.
4.2 Meta PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
4.3 Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025-2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	Objetivo 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3. Salud y Bienestar
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validez documento en Firmadi. Firmado electrónicamente por: CARINA ELIZABETH MERA AGUIRRE

Cargo: Especialista de mejora continua de la Calidad

Validado por:

Validez documento en Firmadi. Firmado electrónicamente por: VANESSA STEFANIA VILLAVICENCIO ZAMBRANO

Cargo: Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.

Revisado por:

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Nombre:

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

Nombre:

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión

Aprobado por:

Cargo: Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad responsable:	Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.
Fecha de elaboración de la Ficha:	Junio 2026.
Fecha de la última actualización:	-
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta	Indicador propuesto para ser incluido en la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal.
Objetivo de la Política Pública	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de recién nacidos que recibieron prácticas integrales del parto.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje
1.3 Definición del indicador:	Mide la proporción de recién nacidos vivos, evidenciado la aplicación oportuna y conjunta de prácticas integrales del parto (lactancia materna precoz, apego precoz y pinzamiento oportuno del cordón), en relación con el total de nacidos vivos.
1.4 Fórmula de cálculo:	$$PRNRPI = \frac{NNVPIP}{TRNV} * 100$$ **Donde:** **PRNRPI =** Porcentaje de recién nacidos que recibieron prácticas integrales del parto. **NNVPIP =** Número de nacidos vivos en los que se aplicaron de manera conjunta las prácticas integrales del recién nacido. **TRNV =** Número de nacidos vivos en un periodo determinado.

1.5 Definición de variables relacionadas:	**Prácticas integrales:** Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, nacimiento, alumbramiento y puerperio inmediato. Estas prácticas incluyen: pinzamiento oportuno del cordón umbilical, contacto inmediato piel a piel o apego precoz e inicio temprano de la lactancia exclusiva o lactancia precoz. **Apego precoz:** Acercamiento físico entre la madre y su hijo o hija, desde el nacimiento, mientras se pinza y se corta el cordón. **Lactancia precoz:** El inicio de la lactancia materna durante la primera hora de vida, luego del parto. **Pinzamiento oportuno de cordón umbilical:** Pinzamiento y corte del cordón umbilical cuando han cesado sus pulsaciones, que coincide con dos a tres minutos luego del nacimiento del bebé.
1.6 Metodología de cálculo:	Para el cálculo del indicador se considera: **Numerador:** Es la sumatoria de los nacidos vivos que cumplen con el criterio "Sí" en la aplicación de las prácticas integrales del recién nacido: lactancia materna en la primera hora de vida, apego precoz y clampeo oportuno del cordón umbilical durante la primera hora de vida. **Denominador:** Es el número de nacidos vivos en un periodo determinado. El resultado obtenido de la relación entre el numerador y el denominador se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	La principal limitación del indicador radica en la posibilidad de no ser reportado de manera oportuna o completa, debido a deficiencias en el registro sistemático de las prácticas integrales del recién nacido en las fuentes de información (historia clínica, formularios o sistemas perinatales). Adicionalmente, limitaciones en los sistemas de información, retrasos en la digitación o falta de capacitación del personal pueden afectar la disponibilidad y calidad de los datos, comprometiendo la confiabilidad y la periodicidad del reporte del indicador.
1.8 Fuente de datos:	Instituto Nacional de Estadística y Censos ● Registro estadístico de nacidos vivo del año 2024.
1.9 Serie histórica del indicador:	

Año	Indicador	Numerador	Denominador
2023	86,12%	206.415	239.677
2024	88,04%	189.922	215.714

1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Discreto

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA	
2.1 Nombre de la meta:	Incrementar el porcentaje de recién nacidos con resultado neonatal favorable inmediato asociado a prácticas integrales del recién nacido de 88,04% en el año 2024 a 92,16% al 2035.
2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	Para la proyección del numerador se aplica la técnica de proyección poblacional entre dos periodos de tiempo, considerando como punto de partida del número de nacidos vivos en los que se aplicaron de manera conjunta las prácticas integrales del recién nacido de los Registro estadístico de nacidos vivo. La nueva proyección para cada año del periodo de análisis se obtiene mediante la multiplicación del número de nacidos vivos, sobre el factor de ajuste de la tasa de decrecimiento anual.
2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual	
2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Ascendente	
2.5 Proyección de metas:	

Anual (2026-2035)			
Periodo	**Dato de la Meta**	**Numerador**	**Denominador**
Línea base 2024	88,04%	189.922	215.714
2025	85,00%	189.287	222.697
2026	87,63%	188.023	214.566
2027	90,01%	186.144	206.796
2028	92,14%	183.667	199.345
2029	93,98%	180.617	192.185
2030	92,16%	177.024	192.085
2031	92,74%	172.923	186.468
2032	92,99%	168.352	181.040
2033	92,93%	163.354	175.786
2034	92,55%	157.974	170.696
2035	92,16%	152.771	165.762

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025-2029	
3.1 Eje PND:	Social
3.2 Objetivo PND:	Objetivo 1. 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.
3.3 Política PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029
3.5 Indicador del PND:	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025-2029	
4.1 Objetivo PS:	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.
4.2 Meta PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
4.3 Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025-2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	Objetivo 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública.

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3. Salud y Bienestar
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validar documento en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
CARINA ELIZABETH
MERA AGUIRRE

Cargo: Especialista de mejora continua de la Calidad

Validado por:

Validar documento en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
VANESSA STEFANIA
VILLAVICENCIO
CAMBRANO

Cargo: Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.

Revisado por:

Validar documento en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JORGE HUMBERTO
VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

Validar documento en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JAIRO MANUEL
QUIÑONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Validar documento en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
CESAR GIOVANNY
SIMBAÑA ESTRADA

Nombre:

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

Validar documento en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA GABRIELA
UVIDIA ARREAGA

Nombre:

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión

Aprobado por:

Validar documento en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
FRECIA VICTORIA
PLAZA DE LA ROSA

Cargo: Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad responsable:	Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Fecha de elaboración de la Ficha:	Marzo 2025
Fecha de la última actualización:	Junio 2026
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta	Indicador propuesto para la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 -2035.
Objetivo de la Política Pública	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de Sub registro de casos de mortalidad materna
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje
1.3 Definición del indicador:	Número de muertes maternas captadas por el sistema de vigilancia, comparadas con las muertes maternas encontradas en el proceso de Búsqueda Activa Institucional (BAI).
1.4 Fórmula de cálculo:	$$SRMM\tau = \frac{MM\ BAI\tau}{MM\ BAIt + MM\ SV\tau} * 100$$ Donde: **SRMM$_\tau$:** Porcentaje de Sub registro de casos de mortalidad materna **MM BAI$_\tau$:** Número de defunciones maternas captadas por Búsqueda Activa Institucional (BAI), en un periodo determinado (t) **MM SV$_\tau$:** Número de defunciones maternas captadas por Búsqueda Activa Institucional (BAI), en un periodo determinado (t), más muertes maternas captadas por el sistema de vigilancia en un periodo determinado (t)
1.5 Definición de variables relacionadas:	**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, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. 1) Defunciones obstétricas directas. - Son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de embarazo (embarazo, trabajo de parto, puerperio y aborto), de intervenciones, de omisiones de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. 2) Defunciones obstétricas indirectas- Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, na debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (CIE-10; vol. 2; págs. 203-204). **Muerte Materna Tardía**: Es la muerte de una mujer por causa obstétricas directas e indirectas, después de los 42 días, hasta un año luego de la terminación del embarazo. **Subregistro de muerte materna:** es la diferencia entre el número real de defunciones maternas y las contabilizadas oficialmente, originado por errores en el llenado del certificado de defunción, ocultamiento o fallas en el registro. **Búsqueda Activa Institucional (BAI) de casos de muerte materna:** es una estrategia epidemiológica, activa y prospectiva, para identificar, notificar e investigar muertes en mujeres en edad fértil (10-54 años) que podrían ocultar una posible muerte materna. Busca detectar casos no reportados, analizando registros vitales y de salud.
1.6 Metodología de cálculo:	Para el cálculo del indicador se realiza el siguiente proceso: Para el cálculo de este indicador, se utilizan dos fuentes de información: el registro de casos notificados en el sistema de vigilancia de mortalidad materna, y los casos captados en el proceso de Búsqueda Activa Institucional (BAI) entre el MPS y el INEC. **Numerador**: El numerador se obtiene mediante la identificación y cuantificación de las defunciones de mujeres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio hasta los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, así como de las muertes maternas tardías. Para ello, se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), considerando las defunciones registradas en el grupo O00–O99 y los códigos O96 y O97, correspondientes a muertes maternas tardías o posterior a los 42 días del parto. Además, se consideran las muertes maternas ocurridas durante el año de investigación y notificadas en el sistema de vigilancia epidemiológica hasta el 31 de diciembre del mismo periodo. **Denominador:** El denominador se precisa con los casos captados en Búsqueda Activa Institucional (BAI) y las muertes maternas captadas por el sistema de vigilancia epidemiológica durante el periodo de análisis. **Resultado final:** Se divide el numerador para el denominador y el resultado se multiplica por 100 (cien).

1.7 Limitaciones técnicas:	Deficiencias en el llenado de certificados de defunción, ocultamiento de causas (como abortos inseguros), muertes ocurridas en el hogar sin atención médica, y la clasificación errónea de causas indirectas (enfermedades previas exacerbadas por el embarazo) o incidentales. El indicador será reportado de manera oficial con el cierre anual, búsqueda activa y homologación del dato, a año caído en el mes de septiembre.
1.8 Fuente de datos:	**Registro Administrativo:** Ministerio de Salud Pública. ● Sistema de vigilancia de mortalidad. **Instituto Nacional de Estadística y Censos:** ● Egresos Hospitalarios para verificar las causas relacionadas con muertes maternas (embarazo, parto y puerperio), desde el año 2021. ● Base de datos de nacidos vivos para descartar o confirmar una muerte materna y rescatar las fechas de nacimiento del neonato para la validación de las defunciones maternas tardías (corte al 31 de diciembre del 2024), existiendo niños que pueden ser inscritos hasta años después de su nacimiento, desde el año 2021. ● Base de datos de defunciones fetales, para descartar o confirmar una muerte materna, rescatando fechas de óbitos fetales, u abortos, desde el año 2021.
1.9 Serie histórica del indicador:	

Año	Indicador	Numerador	Denominador
2021	22,63%	43	190
2022	22,58%	35	155
2023	17,09%	20	117
2024	19,83%	23	116

1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Discreto

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA	
2.1 Nombre de la meta:	Reducir el porcentaje de Sub registro de casos de mortalidad materna de 19,83% en el 2024 a 9,45% al 2035.
2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	Para la estimación de la meta, en el numerador y denominador se aplica la técnica de proyección entre dos periodos de tiempo, considerando como punto de partida del número de defunciones maternas captadas por Búsqueda Activa Institucional (BAI). La nueva proyección para cada año del periodo de análisis se obtiene mediante la multiplicación sucesiva de número de defunciones maternas captadas, sobre el factor de ajuste de la tasa de decrecimiento anual.

2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual

2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Descendente

2.5 Proyección de metas:

Anual (2025-2035)			
Periodo	**Dato de la Meta**	**Numerador**	**Denominador**
Línea base 2024	19,83%	23	116
2025	18,80%	22	117
2026	17,80%	21	118
2027	16,81%	20	119
2028	15,83%	19	120
2029	14,88%	18	121
2030	13,93%	17	122
2031	13,01%	16	123
2032	12,10%	15	124
2033	11,20%	14	125
2034	10,32%	13	126
2035	9,45%	12	127

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025-2029	
3.1 Eje PND:	Social
3.2 Objetivo PND:	Objetivo 1. 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.
3.3 Política PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029
3.5 Indicador del PND:	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos).

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025-2029	
1 Objetivo PS:	Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.
1.1 Meta PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
1.1 Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025-2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	Objetivo 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.1 Meta del PI:	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3. Salud y bienestar
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validar documento en Firma4E.
Firmado electrónicamente por:
LORENA VANESSA VILLACRES GUAMBA

Cargo: Especialista de mejora continua de la red de epidemiología 1

Validado por:

Validar documento en Firma4E.
Firmado electrónicamente por:
CHRISTIAN SANTIAGO TRUJILLO HERNANDEZ

Cargo: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Revisado por:

Validar documento en Firma4E.
Firmado electrónicamente por:
JORGE HUMBERTO VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

Validar documento en Firma4E.
Firmado electrónicamente por:
JAIRO MANUEL QUINONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Validar documento en Firma4E.
Firmado electrónicamente por:
GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

Validar documento en Firma4E.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA GABRIELA UVIDIA ARREAGA

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión

Aprobado por:

Validar documento en Firma4E.
Firmado electrónicamente por:
HUGO ENRIQUE ARMENDARIZ PINOS

Cargo: Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	**Ministerio de Salud Pública**
Unidad Responsable:	Dirección Nacional de Promoción de la Salud
Fecha de elaboración de la Ficha:	Junio 2026.
Fecha de la última actualización:	
Reseña de las actualizaciones o modificaciones que presenta el indicador o meta propuesta	Indicador propuesto para ser incluido en la Política Nacional para la Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal.
Objetivo de la Política Pública	Reducir la morbi-mortalidad materna y neonatal de las gestantes, las puérperas, los recién nacidos y mujeres en edad reproductiva a nivel nacional para el año 2035.

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje
1.3 Definición del indicador:	Mide el porcentaje de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años que reportan el uso de al menos un método anticonceptivo moderno.
1.4 Fórmula de cálculo:	$$PMAM = \frac{NMDIPF}{TMEF} * 100$$ **Donde:** **PMAM =** Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos **NMDIPF =** Número de mujeres de 15 a 49 años que reportan el uso de al menos un método anticonceptivo moderno. **TMEF =** Total de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años encuestadas, en un periodo determinado.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: **Anticoncepción:** Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. **Métodos anticonceptivos:** Los métodos anticonceptivos incluyen las píldoras anticonceptivas por vía oral, las implantaciones contraceptivas subcutáneas, las inyecciones, los parches, los anillos vaginales, los dispositivos intrauterinos, los preservativos, la esterilización masculina y femenina, el método de la amenorrea de la lactancia, el coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fecundidad. Estos métodos tienen diferentes mecanismos de acción y distintos grados de eficacia a la hora de prevenir embarazos no deseados. **Planificación familiar**: La planificación familiar permite a las personas tomar decisiones frente al número de hijos que desean o no tener, así como determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

1.6 Metodología de cálculo:

Para el cálculo del indicador se considera:

Numerador: Es el número de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, que reportan el uso de al menos un método anticonceptivo moderno, identificadas mediante el registro de la siguiente pregunta:

"1.1.17 Al salir del establecimiento de salud, ¿el personal de salud le entrega algún método anticonceptivo?"

A continuación, se describen los criterios de consideración de métodos anticonceptivos modernos:

Descripción de métodos anticonceptivos	Modernos
1. Ligadura de trompas	X
2. Vasectomía	X
3. Dispositivo intrauterino (DIU)	X
4. Implante subdérmico	X
5. Condón Masculino	X
6. Condón femenino	X
7. Oral Combinado	X
8. Inyectable mensual	X
9. Transtermino (Parche)	X
10. Anillo vaginal	X
11. Oral solo progesterona	X
12. Inyectable trimestral	X

Fuente: Encuesta de promoción del parto culturalmente seguro de la Organización Panamericana de Salud, adaptada a Ecuador.

Denominador: Total de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años encuestadas.

El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador se multiplica por 100.

1.7 Limitaciones técnicas:

La estimación de este indicador depende directamente de la disponibilidad y aplicación de la encuesta realizada mediante la herramienta de promoción del parto culturalmente seguro de la Organización Panamericana de la Salud, adaptada al contexto del Ecuador por el Ministerio de Salud Pública.

En este sentido, la falta de implementación periódica, cobertura limitada o retrasos en la recolección y procesamiento de esta encuesta pueden impedir el cálculo oportuno y representativo del indicador. Asimismo, cualquier variación en la metodología de aplicación o en la adaptación nacional de la herramienta puede afectar la comparabilidad de los resultados en el tiempo.

1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública ● Encuesta de promoción del parto culturalmente seguro de la Organización Panamericana de Salud, adaptada a Ecuador.
1.9 Serie histórica del indicador:	Año / Indicador 2012 / 71,7% 2018 / 72,4% Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018)
1.10 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Discreto

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA	
2.1 Nombre de la meta:	Incrementar el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos de 72,40% en el 2018 a 74,33% al 2035.
2.2 Descripción de la metodología utilizada para determinar la meta:	Para la estimación de las metas, se aplica una metodología de simulación basada en la variación del porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que reportan el uso de al menos un método anticonceptivo moderno, considerando las estimaciones observadas entre 2012 y 2018, con la finalidad de proyectar el comportamiento esperado en el tiempo. La ecuación del modelo es la siguiente: $$Y_t = Y_{t-1} + \mu + \varepsilon_t$$ **Y_t:** Representa la estimación del indicador en el año t **Y_{t-1}:** Es la estimación del indicador en el año inmediatamente anterior. **μ:** Es el crecimiento anual observado de las estimaciones entre el (2012-2018). Se calcula como la pendiente media: $$\mu = \frac{Y_{2018} - Y_{2012}}{2018 - 2012} \neq 0{,}117$$ **$\mathcal{E}_t$**: *(Error Estocástico):* Es el componente aleatorio, el cual se asume que sigue una distribución normal con media cero: $$\varepsilon_t \sim N\ (0, \alpha^2)$$ Se aplica la simulación de Monte Carlo: Se generaron 1,000 trayectorias aleatorias posibles. Para cada año de la proyección (2026-2035).
2.3 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimestral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual	
2.4 Patrón de datos de la meta (Sin tendencia/ascendente, descendente): Ascendente	

2.5 Proyección de metas:

Año	Estimación (%)
2018 línea base	72,40%
2026	73,32%
2027	73,43%
2028	73,55%
2029	73,66%
2030	73,76%
2031	73,89%
2032	74,01%
2033	74,09%
2034	74,23%
2035	74,33%

Nota: En caso de variabilidad en las metas debido al cumplimiento de las mismas o al cierre del plan nacional de desarrollo, se realizará el ajuste y actualización de las metas.

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025-2029	
3.1 Eje PND:	Eje Social
3.2 Objetivo PND:	Objetivo 1: 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.
3.3 Política PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta PND:	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.
3.5 Indicador del PND:	1.5.1 Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025-2029	
4.1 Objetivo PS:	Objetivo 1. Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud
4.2 Meta PS:	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029
4.3 Indicador PS:	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025-2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
5.3 Indicador del PI:	5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública

6. ALINEACIÓN DE LA META A LA AGENDA 2030	
6.1 Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3. Salud y Bienestar
6.2 Meta Agenda 2030:	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

7. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
MARIELA MARIVEL TILLAPA IDROVO

Cargo: Especialista de Promoción de la Salud Sexual y Salud Reproductiva

Validado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
PEDRO MITCHAELL BARBERAN ASTUDILLO

Cargo: Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Revisado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JORGE HUMBERTO VELASQUEZ BAUTISTA

Cargo: Analista de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Revisado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JAIRO MANUEL QUINONEZ CAICEDO

Cargo: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.

Revisado Alineaciones por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA

Nombre:

Cargo: Analista de la Dirección de Planificación e Inversión

Revisado Alineaciones por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA GABRIELA UVIDIA ARREAGA

Nombre:

Cargo: Dirección de Planificación e Inversión,

Aprobado por:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE

Cargo: Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad.

Anexo 7. Indicadores para el Plan de Implementación

Los indicadores del Plan de Implementación de esta Política, constituyen herramientas clave para operativizar el enfoque de equidad, al permitir medir de manera sistemática las brechas existentes en el acceso, cobertura, calidad y resultados. A través de su desagregación por variables sociodemográficas, territoriales y de vulnerabilidad, estos indicadores permitirán la identificación de desigualdades, orientando la toma de decisiones hacia intervenciones focalizadas. De esta manera, no solo contribuyen al seguimiento del cumplimiento de los objetivos planteados, sino que también fortalecen la priorización de acciones que aseguren una atención integral.

Es importante considerar que, las instancias responsables del reporte de los indicadores serán aquellas señaladas en la Tabla descrita a continuación. No obstante, en caso de modificaciones en la estructura orgánica o funcional del Ministerio de Salud Pública, dicha responsabilidad recaerá en las instancias que asuman sus competencias, atribuciones o funciones, garantizando la continuidad del proceso de seguimiento, monitoreo y reporte de los indicadores establecidos en el presente instrumento.

Estrategia	Líneas de acción	Indicador resultado	Responsable
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	1.1 Fortalecimiento e implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud con énfasis en el Cuidado Obstétrico y Neonatal, basadas en las necesidades poblacionales, territoriales y culturales	Porcentaje de ES de la RPIS que implementan de manera articulada redes integradas de servicios de salud para el Cuidado obstétrico y Neonatal-CONE.	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Dirección Nacional de Atención Integral Dirección Nacional de Hospitales
		Porcentaje de profesionales de la salud de la RPIS capacitados en planificación, coordinación y evaluación de las redes de cuidado obstétrico y neonatal.	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Dirección Nacional de Atención Integral Dirección Nacional de Hospitales
	1.2 Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de articulación intersectorial con las medicinas ancestrales y tradicionales de manera respetuosa	Porcentaje de parteras/os ancestrales tradicionales capacitados en el manejo de herramientas culturalmente adaptadas para fortalecer la salud materna y neonatal.	Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad
		Porcentaje de parteras/os ancestrales tradicionales articulados/os.	
		Porcentaje de establecimientos de salud certificados como interculturales.	
		Porcentaje de profesionales de salud capacitados en salud materna y neonatal con pertinencia intercultural y territorial.	
		Porcentaje de profesionales de la salud capacitados para el uso de la herramienta círculo de la palabra, diálogo intercultural de saberes, práctica vivencial y ritualizada para promover procesos de articulación efectivos en salud materna y neonatal.	
		Porcentaje de parteras/os con kit de parto.	
	1.3 Desarrollo y fortalecimiento de los espacios de articulación intersectorial nacional y local y la generación de alianzas estratégicas para la mejora de la salud materna y neonatal, la salud sexual y reproductiva y la salud de los y las adolescentes, propiciando la participación social y comunitaria bajo un enfoque de equidad	Porcentaje de municipios adheridos al Programa de Municipios Saludables que implementan un mecanismo de articulación intersectorial para el fortalecimiento de la salud materna y neonatal con énfasis en el abordaje de los determinantes sociales de la equidad en salud.	Dirección Nacional de Promoción de la Salud/ Gestión Interna de Espacios y Prácticas Saludables.
2. Garantizar desde un enfoque de equidad una atención materna y neonatal de calidad, centrada en la gestante y el recién nacido, mediante el fortalecimiento integral del Primer Nivel de Atención y la implementación de prácticas clínicas basadas en evidencia, asegurando la participación de las usuarias.	2.1 Asegurar la inversión en el Primer Nivel de Atención y la distribución equitativa de recursos financieros, considerando territorios priorizados bajo criterios de equidad	Porcentaje de mujeres en edad fértil que reciben atención preconcepcional integral. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Cobertura de atención postparto	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Dirección Nacional de Atención Integral Dirección Nacional de Hospitales
	2.2 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		
	2.3 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		
	2.4 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		

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.	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	Porcentaje de salas de parto de establecimientos de salud con el 100% de adecuación para la atención del parto en libre posición con pertinencia intercultural.	Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad
		Porcentaje de CLS que cuentan en sus planes de trabajo con líneas de acción para la prevención de MMN (con actividades permanentes de sensibilización en prevención).	Dirección Nacional de Participación Social en Salud
		"Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer atendidos en UCIN que reciben el Método Madre Canguro y logran una ganancia de peso adecuada durante la hospitalización".	Dirección Nacional de Hospitales
		Porcentaje de Tamizaje metabólico neoanatal.	
	3.2 Promover una atención materna y neonatal libre de violencia, que 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, generar competencias en violencia basada en género y consolidar redes comunitarias que coadyuven en la protección de derechos, escuchen las voces de las usuarias y garanticen acceso oportuno a la justicia	Porcentaje de profesionales y personal de la salud sensibilizados y con competencias desarrolladas en la prevención de violencia de género, derechos humanos y discriminación por género, etnia y otros factores.	Dirección Nacional de Derechos, Género e Inclusión.

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 morbimortalidad materna y neonatal, incluyendo variables territoriales, sociodemográficas y de vulnerabilidad.	4. 1 Fortalecimiento de la gobernanza de la información a través de la estandarización de procesos para notificación, análisis y seguimiento para morbimortalidad materno neonatal, e incorporación del análisis y la medición de desigualdades sociales y los determinantes sociales en la producción y presentación de la información	Número de informes de monitoreo de la implementación de la PRMMN que cuentancon análisis de desigualdades sociales en salud.	Dirección Nacional de Promoción de la Salud/ Gestión Interna de Espacios y Prácticas Saludables.
	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		
	4.3 Fortalecer la madurez de los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para la toma de decisiones informadas, oportunas y basadas en evidencia, en los distintos niveles de gestión en salud		
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 a métodos modernos de planificación familiar mediante la provisión de recursos, infraestructura y personal capacitado.	5.1 Consolidar espacios comunitarios de promoción de la salud, 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 activa de la población en edad reproductiva	Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Centros de Buenas Prácticas en Salud Sexual y Reproductiva.	Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
	5.2 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 cursos de vida de la población	Porcentaje de profesionales de salud capacitados en la atención segura del aborto.	

Nota: La información se ampliará en el plan de implementación de esta Política Nacional y de ser el caso se incluirá más indicadores.

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica corresponde al Acuerdo Nro. 00011-2026, de 01 de julio de 2026, por parte y en calidad de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, al Esp. Jaime Otton Bernabé Erazo, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 369 de 27 de abril de 2026.

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00011-2026, de 01 de julio de 2026.

El Acuerdo en formato físico y digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Nota: El Acuerdo Nro. 00011-2026, de 01 de julio de 2026**,** conforme el artículo 1: *"Aprobar y autorizar la emisión de la "Política Nacional de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 - 2035.",* se compone de: fojas 1 a la 6, Acuerdo; y, fojas 7 a la 209, Anexo de la "*Política Nacional de Reducción de la Morbi-Mortalidad Materna y Neonatal 2026 – 2035.*".

Quito, D.M., a 02 de julio de 2026

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANDREA ELIZABETH ARCOS GOMEZ

Mgs. Andrea Elizabeth Arcos Gómez
DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

GOBIERNO DEL
ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Con el apoyo de:

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

UNFPA
La agencia de las Naciones Unidas para la salud sexual y reproductiva

unicef
para cada infancia

www.salud.gob.ec