

# Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud

---

616+614+618(866)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador  
Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE)  
en el Sistema Nacional de Salud  
Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2013  
---- 54 p: tabs: gra: 18x25 cm.

ISBN-978-9942-07-473-7

- |                     |                                      |
|---------------------|--------------------------------------|
| 1. Salud Pública    | 4. Prestadores de salud comunitarios |
| 2. Embarazo         | 5. Ecuador                           |
| 3. Cuidado neonatal | 6. Protocolo médico. Procedimientos  |

**Ministerio de Salud Pública del Ecuador**  
**Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia**  
**Quito - Ecuador**  
**Teléfono: (593) 2 381 4400**  
**[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)**

### **Norma CONE**

Esta Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial , ha sido desarrollada por profesionales de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y especialistas expertos en la materia, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública. En ella se reúne evidencia, estrategias y acciones para el mejoramiento de la salud materna neonatal. La presente norma es de aplicación obligatoria en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, su seguimiento es a través del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud y su cumplimiento es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria.

Publicado en noviembre 2013  
ISBN-978-9942-07-473-7



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador, y puede reproducirse libremente citando la fuente sin necesidad de autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Cómo citar esta obra:  
Ministerio de Salud Pública. CONE en el Sistema Nacional de Salud. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

No 00903599

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

- Que:** la Constitución de la República del Ecuador manda: "Art. 32.- 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 sustentan 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 salud 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 Art. 361 de la Norma Suprema ordena: "El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.";
- Que:** el Art. 363, numeral 5 de la Carta Magna dispone como responsabilidad del Estado, entre otras, brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución;
- Que:** la Ley Orgánica de Salud prescribe: "Art. 4.- 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 esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.";
- Que:** el Art. 6 de la Ley *Ibidem* establece: "Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: (...) 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud.";
- Que:** el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido mediante Acuerdo Ministerial No. 00001034 de 1 de noviembre de 2011, publicado en el Registro Oficial No. 279 de 30 de marzo de 2012, dispone como Misión de la Dirección Nacional de Normatización: definir normas, manuales de protocolos clínicos, protocolos terapéuticos, protocolos odontológicos y guías de manejo clínico, por ciclos de vida y niveles de atención, así como de procesos de organización y gestión;
- Que:** la mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos de la sociedad, por lo tanto, consciente de la complejidad del problema, esta Cartera de Estado con su responsabilidad de autoridad sanitaria nacional, considera que es necesario expedir una norma que provea de bases firmes para actuar adecuadamente frente a la limitación de acceso y atención con calidad en lo relacionado al Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial; y,

*[Handwritten signatures and initials]*



Ministerio  
de Salud Pública

00003599

COPIA

**Que:** con memorando No. MSP-DNN-2013-0804-M de 11 de junio de 2013, la Directora Nacional de Normatización, Encargada, solicita la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

**EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES LEGALES CONFERIDAS POR LOS ARTICULOS 151 Y 154, NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y POR EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA**

**ACUERDA:**

- Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del documento denominado: "Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial, (CONE) en el Sistema Nacional de Salud", elaborada por la Dirección Nacional de Normatización, con la asistencia técnica de profesionales especialistas en gineco-obstetricia, pediatría y neonatología del Ministerio de Salud Pública y de la Red Pública Integral de Salud, RPIS.
- Art. 2.-** Publicar la "Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial, (CONE) en el Sistema Nacional de Salud", a través de la página web del Ministerio de Salud Pública.
- Art.3.-** Disponer la aplicación del citado instrumento a nivel nacional, como una normativa del Ministerio de Salud Pública, de carácter obligatoria para el Sistema Nacional de Salud.
- Art. 4.-** De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a,

21 JUN. 2013



Carina Vazco Mañá  
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA



|                       | Nombre                | Área  | Cargo                                       | Sumilla   |
|-----------------------|-----------------------|---|---|---|
| Revisado              | Dra. Elisa Jaramila   | Coordinación General de Asesoría Jurídica                 | Coordinadora General (E)                    |  |
|                       | Abg. Isabel Ledesma   |   | Directora Nacional de Consultoría Legal (E) |   |
|                       | Dra. Elina Herrera    |   | Servicios                                   |   |
| Elaborado             | Dra. Sofía Pozo       | Dirección Nacional de Normatización                       | Equipo Técnico del Primer Nivel de Atención |  |
|                       | Dr. Miguel Hinojosa   |   |   |   |
|                       | Dra. Manda Ordóñez    |   |   |   |
| Aprobado              | Dr. Miguel Mado       | Viceministerio de Gobernación y Vigilancia de la Salud    | Viceministro                                |  |
|                       | Dr. Hernán Salgado    | Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud | Subsecretario                               |   |
| Solicitado y Aprobado | Dra. Gabriela Aguirre | Dirección Nacional de Normatización                       | Directora Nacional, Encargada               |  |



## **Autoridades:**

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Mgs. Carina Vance M.         | Ministra de Salud Pública   |
| Dra. Marysol Ruilova         | Viceministra de Atención Integral de Salud  |
| Dr. Miguel Malo              | Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud Pública   |
| Dr. Oswaldo Salgado          | Subsecretario Nacional de Provision de Servicios de Salud   |
| Dr. Francisco Vallejo Flores | Subsecretario Nacional de Gobernanza de la Salud Pública.   |
| Dra. Ivonne Martínez         | Directora Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios  |
| Dra. Gabriela Aguinaga       | Directora Nacional de Normatización   |
| Dra. Carmita Carrasco        | Directora Nacional de Articulación de la RPIS   |
| Ing. Mónica García           | Directora Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión                                   |
| Dra. Miryam Conejo           | Directora Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud                      |
| Ing. Adriana Cano            | Coordinadora General de la Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia |

## **Equipo de validación interna**

|                        |  |
|------------------------|--|
| Dra. Patricia Granja   | Asesora de la Ministra de la Salud Pública                                 |
| Dra. Nilda Villacrés   | Asesora de la Ministra de la Salud Pública                                 |
| Mgs. Daniela Alvarado  | Gerente de ENIPLA  |
| Dra. Galud Pinto       | Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención                            |
| Dra. Eugenia Ayala     | Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención                            |
| Dra. Paulina Coronel   | Dirección de Hospitales  |
| Dr. Luis Valdivieso    | Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios                   |
| Ing. Érika Grijalva    | Dirección Nacional de Información, Seguimiento y Control de Gestión        |
| Dr. Jaime Rodríguez    | Dirección Nacional de Normatización del SNS- MSP                           |
| Dra. Julia Jumbo       | Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia |
| Obst. Carolina Puetate | Unidad Ejecutora de ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia    |
| Lcda. Julia Venegas    | Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi                                  |
| Dra. Cristina Aldaz    | Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano                     |

|  |   |
|--|---|
| María Isolina Muñoz<br>Dra. Gabriela Llanos                        | Dirección Nacional de Articulación de la RPIS<br>Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita<br>y Atención a la Infancia                        |
| Dr. Patricio Ayabaca<br>Dra. Alejandra Cascante<br>Dra. Lucy Barba | Líder de Docencia del Hospital Baca Ortiz<br>Dirección Nacional de Red de Hospitales<br>Interculturalidad, Derecho y Participación<br>Social en Salud |
| Ing. Lusitania Chévez  | Interculturalidad, Derecho y Participación Social<br>en Salud   |
| Dr. Rodrigo Henríquez<br>Mgs. Cecilia Freire                       | Dirección Nacional de Inteligencia en Salud, MSP<br>Dirección Nacional de Articulación de la RPIS   |

### **Equipo de validación externa**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Dr. Marcelo Erazo        | IESS Comité de Gestión de la RPIS                         |
| Ing. Luis Coronel        | IESS Comité de Gestión de la RPIS                         |
| Dr. Eduardo Pérez        | IESS Comité de Gestión de la RPIS                         |
| Dr. Miguel Silva         | Hospital de la Policía Comité de Gestión de la RPIS       |
| Dr. Vicente Almache      | ISSFA Comité de Gestión de la RPIS                        |
| Dra. Nadya Arteaga       | Comisión de la Salud del Consejo de Educación<br>Superior |
| Dr. Eduardo Yépez        | UNFPA   |
| Dr. Wilfrido León        | UNFPA   |
| Dra. Betzabé Butrón      | OPS   |
| Dr. Jorge Hermida        | Director para Latinoamérica de URC-CHS                    |
| Dr. Mario Chávez         | Coordinador Proyecto Red CONE Cotopaxi URC-CHS            |
| Lcda. Juana María Freire | Consultora URC-CHS  |
| Lcda. Ximena Gudiño      | Consultora URC-CHS  |
| Dr. Washington Masapanta | Consultor URC-CHS   |

### **Equipo de redacción**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Lcda. Sofía Pozo        | Líder de Primer Nivel de Normatización del SNS- MSP |
| Dra. Irlanda Ordóñez    | Dirección Nacional de Normatización del SNS-MSP     |
| Dra. Ana Lucía Martínez | Dirección Nacional de Normatización del SNS- MSP    |
| Dr. Miguel Hinojosa     | Coordinador Nacional CONE                           |

## Tabla de contenido

|  |    |
|--|----|
| Norma para la Organización del Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador | 8  |
| I. Presentación  | 8  |
| II. Introducción   | 9  |
| III. Antecedentes y justificación  | 10 |
| Participación de las organizaciones sociales en el CONE  | 19 |
| Gestión y avances materno neonatales   | 21 |
| El CONE en el Modelo de Atención Integral de Salud   | 22 |
| Opciones de política para enfrentar los problemas de mortalidad materna y neonatal                                       | 23 |
| IV. Marco legal  | 23 |
| 1. Objetivos   | 27 |
| 2. Alcance   | 27 |
| 3. Definiciones y conceptos básicos  | 28 |
| Capítulo I   | 30 |
| Desarrollo y funcionamiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE)                                     | 30 |
| Niveles del CONE, que se ajustan a los niveles de atención del MSP   | 31 |
| roles y funciones del CONE   | 35 |
| Equipos de conducción del CONE en los diferentes niveles del MSP   | 39 |
| Capítulo II  | 42 |
| Mejoramiento continuo de la calidad  | 42 |
| Esquema De Ciclo Rápido Para La Mejora De La Atención En Cone  | 43 |
| Capítulo III   | 47 |
| Vigilancia de la muerte materna y neonatal   | 47 |
| Capítulo IV  | 49 |
| Capacitación   | 49 |
| Capítulo V   | 50 |
| Monitoreo y evaluación   | 50 |
| VI. Referencias  | 53 |

# Norma para la Organización del Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador

«Las mujeres viven una doble situación frente a la maternidad. Por un lado, se dice que esta es característica fundamental de «ser mujer» que las exalta y realiza. A la vez se la trata como un «problema de mujeres», dejándolas prácticamente solas frente al gran desafío de ejercer su maternidad»<sup>1</sup>.

## I. Presentación

La mortalidad materna y neonatal representa, para los países en desarrollo, una causa importante de muerte en las mujeres y el mayor peso de mortalidad en la población infantil. Esto es considerado un indicador universal de calidad en la atención de servicios de salud y de las condiciones de vida, dado que el mayor porcentaje de decesos es evitable.

La muerte materna y la muerte neonatal son indicadores que miden el nivel de desarrollo de un país y evidencian, en este caso, las condiciones en las que viven las mujeres y sus familias. Un elevado o un indeterminado número de muertes maternas y neonatales muestran en qué medida el Estado está cumpliendo con su obligación de garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres y sus hijos alcancen una salud plena.

La muerte de un neonato frecuentemente es consecuencia de las deficiencias en la atención desde la etapa preconcepcional, concepcional, parto, puerperio, nacimiento y período neonatal. Estas falencias técnicas y operativas deben ser corregidas para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud como parte de las estrategias que permiten reducir la mortalidad materna y neonatal.

Cuando una mujer muere se compromete el desarrollo de los hijos y de la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad.

Consciente de la complejidad del problema, que ha sido objeto de muchos estudios, el Ministerio de Salud Pública, en su responsabilidad de Autoridad Sanitaria Nacional y en el marco de los Derechos Humanos e Interculturalidad, considera que esta norma provee bases firmes para actuar adecuadamente frente a la limitación de acceso y atención con calidad en Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), necesario para solucionar la causalidad más importante de mortalidad materna y neonatal prevenible, especialmente en zonas de alta vulnerabilidad de salud, social y económica de nuestro país.



## II. Introducción

La estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) está basada en la premisa de que una proporción no predecible de mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio desarrollan complicaciones obstétricas que, en su mayoría podrían ser detectadas y evitadas; por lo tanto requieren acceso a cuidados obstétricos y neonatales esenciales rápidos y de calidad con el fin de salvar sus vidas y prevenir morbilidad a largo plazo. Asimismo, una proporción de recién nacidos/as tendrá problemas relacionados con prematuridad, asfixia, bajo peso e infecciones, mientras que otros, habiendo nacido sanos/as desarrollarán procesos infecciosos o metabólicos en los primeros 28 días, que pondrán en riesgo su vida. Por lo expuesto, es necesario que la Red Pública Integral de Salud tenga la capacidad de detectar los casos de riesgo y disponer de cuidados neonatales esenciales oportunos y con calidad sobre la base de las normas y protocolos emitidos por la Autoridad Sanitaria, dado que muchas muertes son prevenibles si la red de servicios funciona adecuadamente.

El CONE es una estrategia que responde al objetivo general del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)<sup>2</sup>, que coordina a los prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales articulados por territorios: parroquial, cantonal y provincial o a su vez respondiendo a la nueva organización territorial del país: circuito, distrito y zona, con capacidad resolutoria según el nivel de atención, incluyendo y coordinando a los proveedores de salud de la medicina ancestral. Tiene como propósito asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres y recién nacidos/as que lo requieran.

La estrategia CONE ofrece servicios integrados y continuos a la madre durante el embarazo, parto y puerperio, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Además fortalece el sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna e incorpora la mortalidad neonatal definido para el efecto.

Las intervenciones de la estrategia CONE ya han permitido demostrar resultados positivos en una etapa previa al ser aplicada como red pública y participación ciudadana en la provincia de Cotopaxi.

Las modalidades de aplicación del CONE están basadas en estudios y recomendaciones internacionales y están siendo implementadas con adaptaciones locales en muchos países en desarrollo. La experiencia en la provincia de Cotopaxi Ecuador, y otros países ha mostrado que CONE coloca en el centro a la red de servicios y no a un tipo de servicio de salud específico. Tradicionalmente se pensaba que el manejo de las complicaciones era solo la responsabilidad de los hospitales y especialistas. La experiencia CONE muestra que muchas complicaciones pueden ser prevenidas o detectadas a tiempo si se involucra a la familia, la comunidad, y se vinculan en red y en forma efectiva los servicios de salud del primer nivel, hospitales distritales y hospitales generales de segundo nivel e incluso, por referencia, a los del tercer nivel. El concepto de red de servicios incluido en el nuevo modelo

de atención integral define red de servicios con todos estos elementos sobre la base del Sistema Nacional de Salud existente.

El CONE será ofertado según el nivel de complejidad por los establecimientos del Sistema Nacional de Salud en forma coordinada en los niveles de circuitos, distritos y zonas, manteniendo relación de referencia<sup>3</sup>, contrarreferencia<sup>4</sup>, referencia inversa<sup>5</sup> y derivación, en concordancia con los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud<sup>6</sup> del Sistema Nacional de Salud, tales son:

1. Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura
2. Integralidad
3. Equidad
4. Continuidad
5. Participación
6. Desconcentración
7. Eficiencia, eficacia y calidad
8. Enfoque intersectorial
9. Fortalecimiento de la participación plena de la comunidad y sus organizaciones
10. Cambio de la expresión médico-paciente a la relación equipo de salud-persona sujeto de derechos ciudadanos
11. Búsqueda de resultados institucionales y fundamentalmente resultados de impacto social

### **III. Antecedentes y justificación**

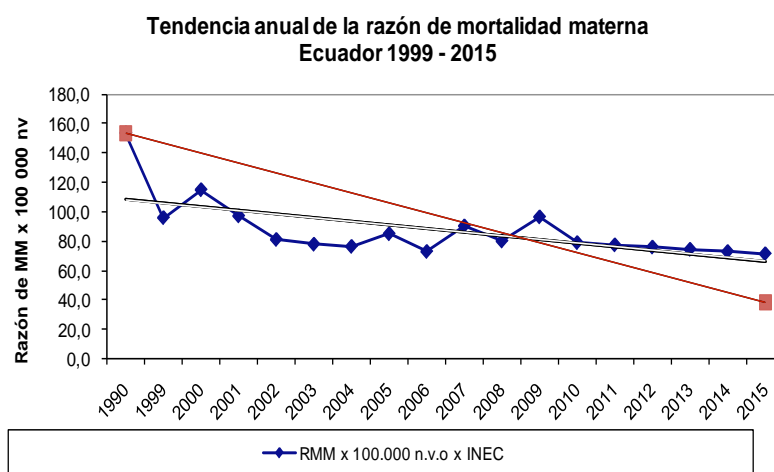
La mortalidad materna es un claro indicador de la inequidad de género, injusticia social y la pobreza que sufren nuestras mujeres en la región. No es coincidencia que los más altos índices de muerte materna se encuentran entre los grupos de mujeres pobres, indígenas, afroecuatorianas o ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales. Esto revela la necesidad de trabajar en acciones institucionales y comunitarias para garantizar el acceso a servicios de salud, con atención culturalmente adecuada y sobre una serie de factores sociales que se asocian a exclusión en salud.

El Ecuador ocupa el cuarto lugar entre los países de las Américas que mayor razón de mortalidad materna presentan, 96,30 en el año 2009 según datos del INEC. El problema se torna grave si consideramos que el Ecuador tiene una población mayoritariamente joven, 45% son menores de 18 años, entre la que el porcentaje de nacimientos es del 19,9%,

comparado con el 12,2% de nacimientos en el grupo de mujeres de 35 años y más<sup>7</sup>.

La razón de mortalidad materna (RMM) ha mantenido una tendencia a la disminución desde la década de los noventa, alcanzando una baja del 23% en 10 años, que, sin embargo, no alcanzó a cumplir las metas propuestas de reducción del 35% propuesto en el Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (gráfico 1)

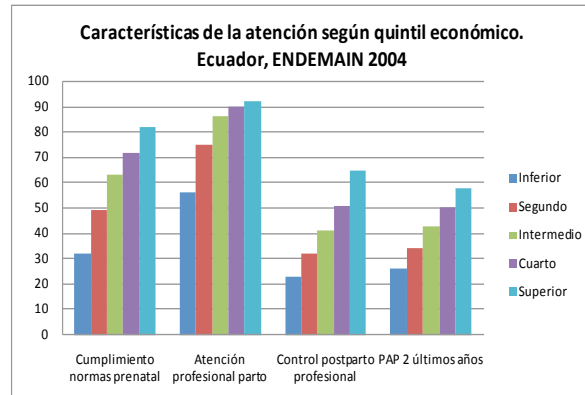
**Gráfico 1.-Tendencia de reducción de la RMM x 100.000 nv. Período 1999 - 2010 y proyección a 2015.**



**Fuente: INEC. Realizado por URC-CHS 2013**

La atención durante el embarazo y el parto medida a través del cumplimiento de las normas de control prenatal y la atención profesional del parto, que son condicionantes de importancia en cuanto a mortalidad materna, muestran una relación directa con los ingresos económicos, por lo que los grupos de mayor pobreza según quintil económico son los menos beneficiados (gráfico 2). En la misma referencia, se aprecia en todos los quintiles económicos que no se toma en consideración los aspectos preventivos como el control de seguimiento posparto por profesionales preparados para este propósito, y la toma de muestras para detección oportuna del cáncer cervicouterino, cuyas causas obedecerían a la complejidad de factores determinantes de la salud interrelacionados y convergentes.

**Gráfico 2. Aspectos de la atención en salud sexual y reproductiva**

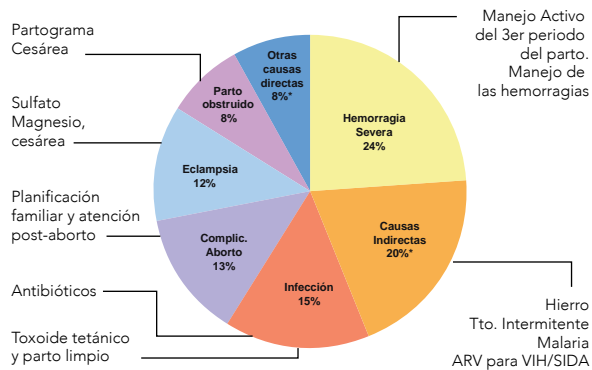


Fuente: ENDEMAIN 2004. Realizado por URC-CHS 2013

En cuanto a mortalidad materna, son conocidas las principales complicaciones obstétricas<sup>8</sup> y las intervenciones basadas en evidencia conducentes a su adecuado manejo y, por ende, su disminución. En el país, se han implementado acciones tendientes a disminuir la mortalidad materna a partir del reconocimiento de la problemática causal (gráfico 3). En época reciente, se puede apreciar una situación como la de hemorragia posparto, primera causa de muerte en 2008, y la aplicación concomitante del manejo activo del tercer período del parto (gráfico 4), ampliamente extendido en los servicios de salud actualmente. Esto ha provocado la disminución de este problema, dejando como primeras causas de muerte la enfermedad hipertensiva y sepsis para 2011, producto de los reajustes provocados por la mencionada intervención.

**Gráfico 3. Mortalidad materna por causa**

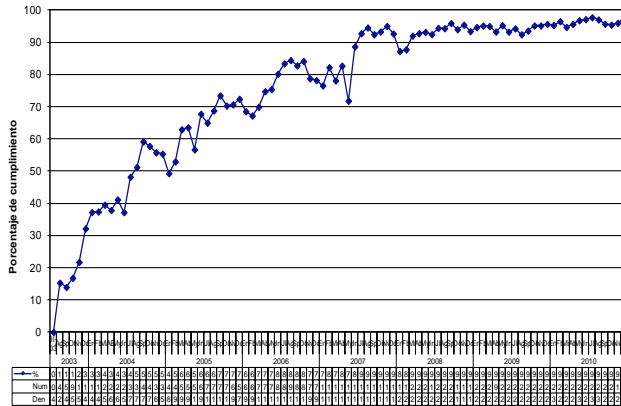
Sabemos cuáles son las principales complicaciones obstétricas y las intervenciones basadas en evidencia para su manejo



Fuente: SIVE ALERTA 2013 Realizado por MM /GGB

#### Gráfico 4. Manejo activo de la tercera etapa del parto

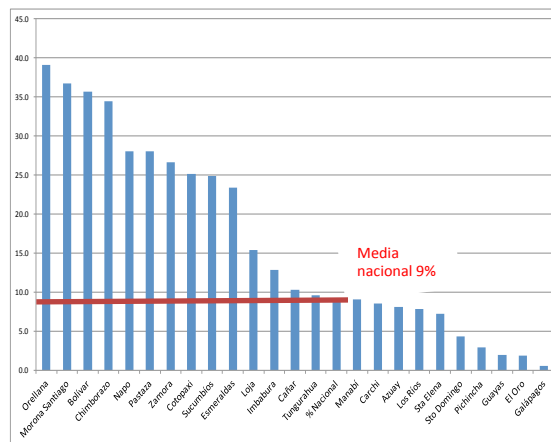
Porcentaje de partos en 120 Unidades (97 hospitales y 23 centros) , en los que se administró oxitocina como parte del manejo Activo de la 3ra etapa del parto (MATEP). Ecuador, 2003-2010



Fuente: SIVE ALERTA 2013 Realizado por MM /GGB

En el Ecuador, es factor predisponente a la muerte materna y posiblemente en mayor número a la muerte neonatal, la atención del parto y nacimiento en domicilio por personal no profesional. El promedio nacional de apenas el 9% no revela la realidad de algunas provincias cuya población aún depende de este tipo de atención en proporciones cinco veces mayores que la media del país, con el riesgo que supone. En Orellana, Morona Santiago, Bolívar y Chimborazo al menos tres de cada 10 madres dan a luz en su domicilio, lo más probable con atención de personal no profesional y, peor aún, muchas de ellas sin ayuda alguna (gráfico 5).

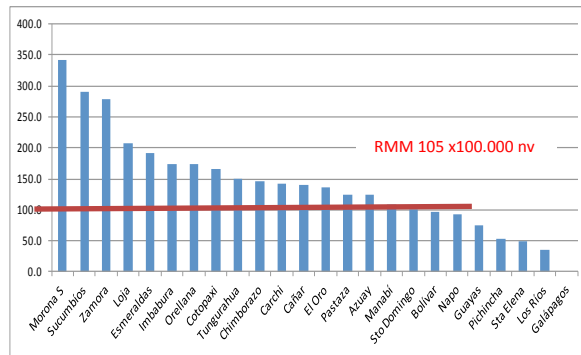
#### Gráfico 5. Porcentaje de nacidos vivos en «Casa u otros».



Fuente: INEC 2011. Realizado por URC-CHS 2013

La razón de mortalidad materna por provincias demuestra la mayor afectación de provincias de la Amazonía, al mismo tiempo que una distribución equiparable al porcentaje de nacidos vivos en «Casa u Otros», correlación que implica el nivel de riesgo al que se ven sometidas las madres que no disponen, por cualquier motivo, de acceso a atención profesional de su parto. (gráfico 6)

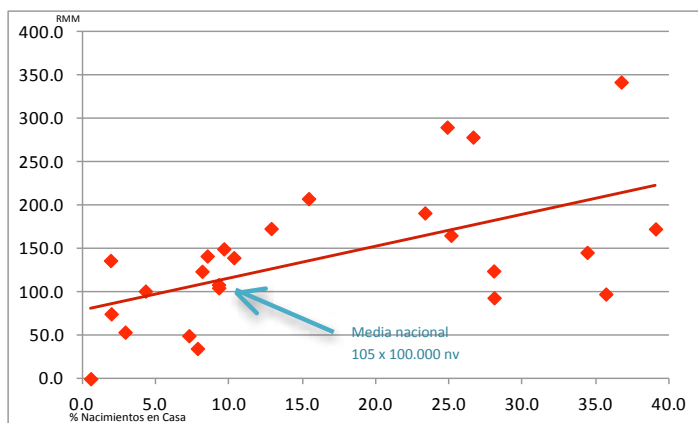
**Gráfico 6. Razón de mortalidad materna, por provincias. Ecuador**



Fuente: INEC nv inscritos el mismo año, 2011 Realizado por URC-CHS 2013

Comparativamente, existe en forma evidente una alta correlación entre los nacimientos de mayor riesgo, que son aquellos que acontecen en domicilio y sin atención profesional, con la razón de mortalidad materna (gráfico 7), en términos de distribución provincial, lo que implica la necesidad del abordaje integrado de soluciones integradas para ambos aspectos simultánea e indivisiblemente.

**Gráfico 7. Provincias del Ecuador, según Nacimientos en Casa y RMM (x 100.000 nv)**



Fuente: INEC nv inscritos el mismo año, 2011 Realizado por URC-CHS 2013

La reducción de la mortalidad materna y neonatal es fundamental para lograr los compromisos establecidos en las Metas y Objetivos del Desarrollo del Milenio para 2015, y en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal en concordancia con las principales políticas públicas de salud en el Ecuador.

La mortalidad neonatal incide directamente sobre el primero y más importante derecho del ser humano, el derecho a la vida desde el nacimiento, fundamento de todo proceso de provisión de servicios de salud con calidad. A esto se suma que a pesar de los esfuerzos en este campo, persisten niveles sostenidos en mortalidad neonatal junto con un elevado sub registro de nacimientos y muertes neonatales.

El período neonatal<sup>9</sup> es el momento más vulnerable y crítico de la vida; la muerte prevenible de un niño o niña antes de cumplir el primer mes de vida representa la existencia de alguna deficiencia o interrupción en el cuidado, ya sea a nivel de los servicios recibidos antes, durante y después del nacimiento en los cuidados en el hogar<sup>10</sup>, en el proceso de búsqueda de atención, durante el trayecto al centro de salud o incluso por demora en decidir o buscar atención.

Las causas directas de mortalidad neonatal son: nacimiento pretérmino (28%), infecciones severas (26%) y asfixia (23%), al tiempo que la causa indirecta más importante es el bajo peso al nacer (< 2.500 g) que se asocia con trastornos del embarazo, pobreza, falta de educación, información y comunicación, como factores de riesgo, lo que refleja la falta de equidad para acceder a las medidas de promoción de la salud así como de prevención y control de las enfermedades prevenibles.

En Ecuador, la mortalidad neonatal aporta con un desmesurado 46% del total de la mortalidad en menores de cinco años (TMM5) y, participa con más de la mitad de la mortalidad infantil<sup>11-12</sup>.

La causa de la muerte neonatal es el indicador más fehaciente de la falta de cuidado en el hogar y la protección que ofrece el sistema de salud, y permite establecer hipótesis y conclusiones que mejoren la atención de salud que responda a las necesidades sociales y culturales del entorno. Asimismo, la definición causal orienta los mecanismos de predicción y prevención de la mortalidad prevenible.

Para la medición de la mortalidad neonatal se utiliza la tasa de mortalidad neonatal que corresponde a la probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente 28 días de vida, expresado por 1.000 nacidos vivos<sup>13</sup>. Desafortunadamente, en el país, uno de los grandes problemas para determinar la muerte neonatal e infantil, ha sido el subregistro que se reporta en niveles del 42% según estimación INEC-SENPLADES<sup>14</sup>, lo que impide disponer de un valor real del indicador.

La mortalidad infantil (en menores de un año), muestra una tasa de descenso considerable durante la última década; sin embargo, durante el mismo período, la mortalidad neonatal (en menores de 28 días) se mantiene casi horizontal en su tendencia (gráfico 8). Al mismo tiempo se aprecia que la mortalidad durante la etapa neonatal es mayor que en las restantes 48 semanas del primer año de vida.

Por consiguiente, es necesario e importante solucionar los problemas en la etapa neonatal con el fin de conseguir la disminución, lo más aceleradamente posible, de la mortalidad neonatal y por ende de la mortalidad infantil.

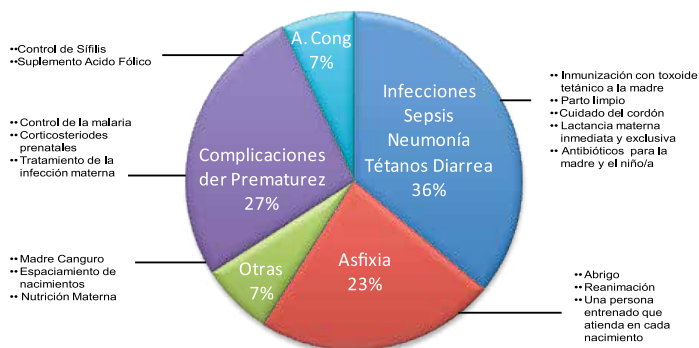
**Gráfico 8. Mortalidad infantil, mortalidad neonatal y mortalidad Posneonatal en Ecuador 2001 - 2011**



Fuente: INEC. Realizado por URC-CHS 2013

Las causas de la mortalidad neonatal son conocidas y, de la misma manera, las intervenciones para su solución fundamentadas en el mejor nivel de evidencia disponible. La causalidad de mortalidad es prevenible en gran proporción mediante la aplicación de medidas de promoción de la salud y prevención orientadas al adecuado cumplimiento del control prenatal, adecuada atención durante el nacimiento y, en caso de requerirse hospitalización, así como la consejería y el cuidado familiar durante la etapa neonatal, por lo que su aplicación es la mejor recomendación con el elevado propósito de restituir el derecho a la vida y la salud desde el nacimiento mismo de los ciudadanos de este país (gráfico 9).

**Gráfico 9. Causas de mortalidad neonatal y las Intervenciones basadas en evidencia para su reducción**



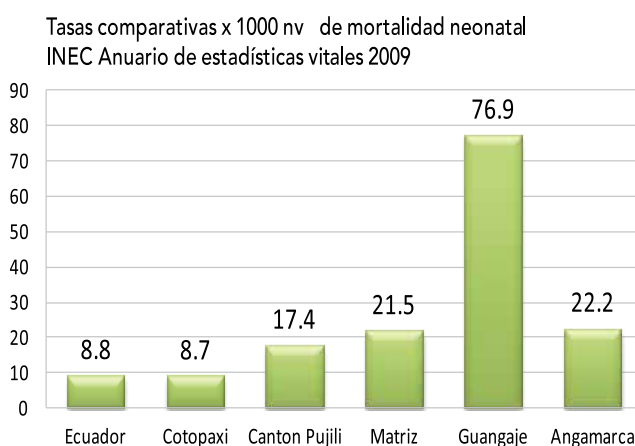
El Peso Bajo al Nacer contribuye en un 40 -70 % de muertes neonatales  
Adapted from Lancet 2005

Fuente: Lancet 2005



La mortalidad neonatal se asocia con las condiciones de pobreza y la accesibilidad a los servicios, de la misma manera que la razón de muerte materna, por lo que las parroquias o comunidades más alejadas serán víctimas de mayores niveles de muerte neonatal, como se aprecia en la progresión de la siguiente gráfica en la que la tasa del Ecuador y la provincia de Cotopaxi ocultan el importante incremento de la mortalidad en el cantón Pujili y su área urbana o parroquia matriz (x 2,5 veces) y con mayor intensidad aún en las parroquias del mencionado cantón como ejemplifica el caso de Guangaje con una proporción nueve veces mayor que en el país y la provincia y, cuatro veces más que en el cantón y su área urbana (gráfico 10).

**Gráfico 10.- Comparación de la mortalidad neonatal en el Ecuador.  
Inequidad en sitios de menor acceso.**



**Fuente: INEC Anuario de Estadísticas Vitales 2009. Realizado por URC-CHS 2013**

A todo lo anterior se suman las razones por las cuales las madres no van a los establecimientos de salud<sup>15</sup>, y que básicamente son, por respuesta:

1. «Es nuestra costumbre, tradición» 37%
2. «Factores económicos, más barato» 29%
3. «Dificultad de transporte para ir al hospital» 26%
4. «Más confianza en el ambiente, familiares y partera» 44%
5. «Buen trato de familiares y partera» 24%
6. «En la casa se puede practicar costumbres, tradiciones» 15%
7. «En el hospital hacen prácticas que no les gustan» 15%
8. «En casa no cuesta nada o es más barato» 14%

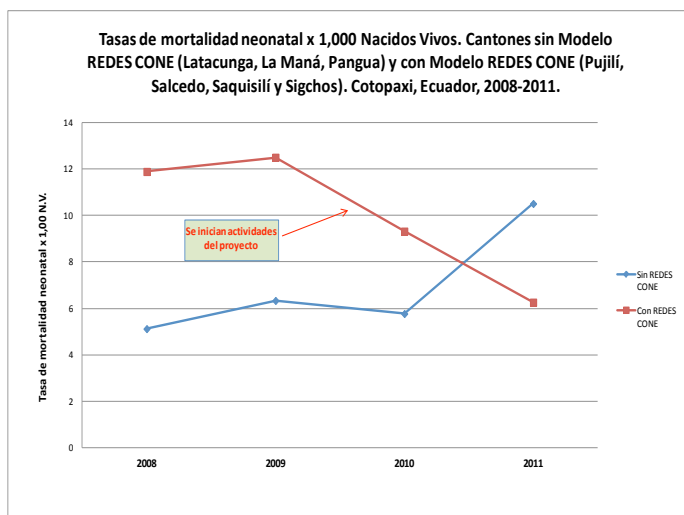
En respuesta, las estrategias nacionales de salud se enmarcan en la Constitución del año 2008, en los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2013-2017) y en la Política Nacional de Salud, y en los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, de conformidad a los acuerdos internacionales.

En 2008, el Ministerio de Salud Pública aprobó el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal que establece como uno de sus pilares operativos la implementación de las Redes CONE en todo el país. La estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, diseñada por el MSP, responde a los principios de Atención Primaria, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, orientada a la atención de la madre y el niño/a con énfasis en la atención integral.

En años recientes, el MSP, con apoyo de la cooperación internacional, ha llevado a cabo experiencias iniciales de implementación de Redes CONE en territorios específicos, las cuales han demostrado resultados exitosos en los objetivos planteados. Sobre esta base, el MSP ha decidido la expansión del Modelo Redes CONE a todo el país.

En Cotopaxi, por gestión de su Dirección Provincial de Salud, desde el año 2009 se ha desarrollado el Proyecto Red CONE Cotopaxi, que al momento muestra como resultados, entre otros, la reducción de la mortalidad neonatal (gráfico 11). Se puede ver la tendencia de la mortalidad neonatal comparada entre comunidades que han sido intervenidas con el CONE y otras sin la aplicación de esta metodología de atención en red.

**Gráfico 11. Mortalidad neonatal en Cotopaxi, relacionado con la aplicación del modelo de Redes CONE.**



Fuente: INEC 2008-2011. Realizado por URC-CHS 2013

Se ha comprobado que la primera semana de vida es la más vulnerable en cuanto al riesgo de mortalidad neonatal, y que las primeras 24 horas determinan el futuro del niño. Asimismo, la mayor proporción de los trastornos que provocan mortalidad en el período perinatal y neonatal es prevenible aplicando medidas preventivas y de control de la salud en niveles básicos de atención, incluyendo la vigilancia domiciliaria por parte de padres o cuidadores así como el adecuado control del embarazo, atención del parto y atención del nacimiento.

Otros factores que contribuyen a una mortalidad neonatal elevada incluyen la baja visibilidad de las defunciones de los recién nacidos y de la salud de los neonatos en los entornos prioritarios nacionales; son las desigualdades en el acceso de parteras calificadas a la atención primaria de salud y una salud materna deficiente.

Otras causas indirectas son los factores socioeconómicos como pobreza, educación deficiente (especialmente la materna), falta de autonomía de la mujer, acceso limitado a la atención en salud, prácticas curativas tradicionales entorpecedoras.

Pese a los esfuerzos realizados en la atención en salud a los grupos vulnerables, en el Ecuador, no se ha consolidado en forma amplia un sistema que permita la evaluación y visibilización de la mortalidad neonatal.

Los aspectos previamente considerados llevan la falta de análisis que conduzca a acciones tendientes a mejorar las condiciones de la atención neonatal con el fin de limitar la mortalidad en este período.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, asumidos por el Ecuador como metas mensurables en 2015, requieren de la consideración acerca de mejorar la calidad del cuidado de la salud en la etapa neonatal para contribuir en forma importante para alcanzar los niveles que le corresponden a las propuestas del país.

## **Participación de las organizaciones sociales en el CONE**

«Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación, gestión de los asuntos públicos y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano»<sup>16</sup>.

La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad.

La participación social en el mejoramiento de la calidad de atención en la estructura funcional del CONE es fundamental para la disminución de la mortalidad materna y neonatal.

Los actores y los servicios de CONE promueven el derecho a la participación de las organizaciones sociales, junto con el personal de los Distritos de Salud, a fin de fomentar acciones de veeduría ciudadana y rendición de cuentas. En ellas, los/as actores involucrados informarán sobre la percepción de la atención de salud que tiene la población usuaria de los servicios, se analizarán aspectos relacionados con la calidad de atención a la salud materna y neonatal al tiempo que se buscarán estrategias para mejorar la calidad de atención .

## Interculturalidad y cuidados obstétricos neonatales

El Ecuador es reconocido como un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico.

La interculturalidad es un proceso de relacionamiento e interacción respetuosa entre cultural y saberes que reconoce y respeta la diversidad, sustentado en el diálogo horizontal equitativo y la garantía de los derechos humanos. En tal sentido, la interculturalidad en salud busca la interrelación y enriquecimiento mutuo entre las culturas sanitarias distintas.

El MSP, para operativizar el mandato constitucional del enfoque intercultural en la oferta de servicios de salud, establece la articulación y complementariedad de la medicina tradicional ancestral y medicinas alternativas con la medicina convencional para lograr el bienestar individual, familiar y comunitario. A través de la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social, el MSP ha implementado acciones para incorporar el enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención sobre todo en lo relacionado a la atención del embarazo, parto y posparto con resultados satisfactorios hasta el momento en cuanto al acceso geográfico-cultural y la articulación de parteras tradicionales con el personal de salud en la referencia de mujeres para atención materna y manejo de complicaciones obstétricas, lo cual ha ayudado a reducir muertes maternas.

Por lo tanto, es importante incorporar en CONE el enfoque holístico del *sumak kawsay* y operativizar el enfoque intercultural en los tres niveles de atención, mediante acciones de: a) formación y capacitación del talento humano en competencias interculturales de gestión y atención; b) aplicación de estrategias y herramientas de interacción con el paciente en función de las diferencias culturales y de sus prácticas en salud; y c) fortalecimiento de la pertinencia cultural en la prestación de cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencia.

## Gestión y avances materno neonatales

Las estrategias y acciones para el mejoramiento de la salud materna provienen del Plan Nacional del Buen Vivir y del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, que integra operativamente los Componentes Normativos Materno y Neonatal, la Guía del Parto Culturalmente Adecuado, la Norma y Protocolo de Planificación Familiar, apoyados en la implementación del sistema de Mejora Continua de la Calidad, mediante la medición de los Estándares de Calidad de Atención.

Además se consideran las siguientes líneas de acción:

1. **Fortalecer los servicios de salud sexual y salud reproductiva y atención neonatal** en el Sistema Nacional de Salud para que garantice de forma progresiva la atención en el marco de los derechos de las usuarias, con adecuaciones culturales apropiadas y potencializando el CONE.
2. **Mejoramiento de competencias para la práctica del talento humano** en la atención de las prestaciones de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Atención Neonatal que permita el manejo inmediato de las complicaciones obstétricas y neonatales del parto y posparto.
3. **Coordinación intrainstitucional:** se mantiene un trabajo coordinado dentro de las instancias del Ministerio de Salud Pública acorde a los planes o proyectos.
4. **Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal con enfoque intercultural:** Dirección Nacional de Gestión de Calidad, Sistema de Vigilancia e Investigación de la Muerte Materna, Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Neonatal, Dirección Nacional de Interculturalidad, derechos y participación social en salud, Dirección Nacional de Normatización y Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios.
5. **Reducción del embarazo en la adolescencia:** ENIPLA, responsable de la Adolescencia de la Dirección Nacional de Normatización.
6. **Estrategia Desnutrición Cero:** Coordinación Nacional de Nutrición.
7. **Seguimiento y monitoreo de los estándares de calidad de la atención materna y neonatal:** responsable la Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios.
8. **Coordinación interinstitucional e intersectorial:** se relaciona con representantes del Sistema Nacional de Salud en la Comisión de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Consejo Nacional de Salud. De la misma manera, mediante la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, con los Ministerios de Educación, de Inclusión Económica - Social y Coordinador del Desarrollo Social.

La planificación familiar ha tenido un importante incremento en la última década; sin embargo, se evidencian aún necesidades insatisfechas sobre todo en los grupos más vulnerables como los/as adolescentes, población indígena y en zonas rurales.

## El CONE en el Modelo de Atención Integral de Salud

La estrategia de CONE da cumplimiento a la Etapa de provisión de servicios según nivel de atención, que son atribuciones y funciones de los equipos de atención integral de salud (ilustración 1), para la implementación del MAIS.<sup>17</sup>

Ilustración 1. Funciones de la Red Distrital de Salud para la implementación del MAIS.



Fuente: Ministerio de Salud Pública. 2012

## Opciones de política para enfrentar los problemas de mortalidad materna y neonatal

Considerando la importancia del reporte de Síntesis de la Evidencia para informar políticas de salud del equipo de EVIPNet<sup>18</sup>–Ecuador del MSP, mismo que luego de evidenciar el comportamiento estacionario de la razón de mortalidad materna durante la última década (INEC 2001-2010) establece como opción principal y prioritaria con **evidencia de alta calidad**<sup>19</sup> y en primera consideración, la aplicación de la estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), con el fin de aumentar el acceso a servicios básicos e integrales de cuidado obstétrico y neonatal esencial, mediante la formación de equipos multidisciplinares de mejoramiento de la calidad de la atención en los niveles institucional y comunitario, permitiendo de esta manera el fortalecimiento de las acciones conducentes a la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Sobre la base de distribución de un equipo de CONE Avanzado y cinco de CONE Básico para una población de 500.000 habitantes, con los correspondientes reajustes propios de la distribución geográfica y poblacional en núcleos humanos accesibles, concentrados o dispersos.

### IV. Marco legal

La propuesta de cambio definida actualmente plantea nuevos retos:

#### Constitución de la República del Ecuador

**Art. 32.-** 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 sustentan el buen vivir.

**Art. 154.-** A las ministras y ministros de Estado, además de las atribuciones establecidas en la ley, les corresponde:

1. Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión.

#### TÍTULO VII, RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR: Capítulo primero: Inclusión y equidad Sección segunda: Salud

**Art. 358.-** 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 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.

**Art. 359.-** El Sistema Nacional de Salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

**Art. 360.-** El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, sobre la base de la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. 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.

**Art. 361.-** El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

**Art. 362.-** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
- Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.



- Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto.
- Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
- Promover el desarrollo integral del personal de salud.

**Art. 365.-** Por ningún motivo, los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.

**Art. 366.-** El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos sobre la base de criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

## **Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017**

**Objetivo 3.** Mejorar la Calidad de vida de la población.

Política 3.1 “Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de inclusión y Equidad Social”

**Política 3.2** “Ampliar los Servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y hábitos de vida de las personas”.

### **Indicadores Meta**

**Indicador 3.1** “Reducir la razón de mortalidad materna en 29%”

**Indicador 3.2** “Reducir la tasa de mortalidad infantil en un 49%”

### **Indicadores de Apoyo**

**Indicador 1.** Tasa de mortalidad neonatal (1000 nacidos vivos)

**Indicador 2.** Porcentaje de nacimientos en mujeres de 12 a 17 años.

### **Código de la Niñez y de la Adolescencia**

**Art. 25:** El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas, para la atención durante el embarazo y el parto a favor

de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas, con peso inferior a 2.500 gramos.

### **Ley Orgánica de Salud**

**Art.4** 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 esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

**Art. 6, numeral 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.

### **Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal 2008**

**Su objetivo es** mejorar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad de la atención a mujeres en edad fértil y neonatos en las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales, con enfoque familiar, intercultural e interinstitucional, así como al conocimiento de los riesgos y buenas prácticas familiares y comunitarias para reducir las muertes maternas y neonatales evitables.

### **Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva 2007**

**Se menciona como una actividad la** creación de las unidades de Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) incluyendo la Atención Calificada del Parto (ACP) y los Cuidados Obstétricos Completos (COC), a los cuales se añadió el componente neonatal».

**Ley Organica de Participación Ciudadana**, en la cual nos indica la corresponsabilidad del ciudadano en esta actividad

## 1. Objetivos

### 1.1. Objetivo General

Operativizar el Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal en el Sistema Nacional de Salud a través de la Red Pública Integral de Salud y participación ciudadana para 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, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud.

### 1.2. - Objetivos específicos

- Organizar la estrategia de Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE), en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural a nivel nacional.
- Integrar la estrategia CONE al Subsistema de Referencia y Contrarreferencia.
- Fortalecer el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna y neonatal.
- Implementar metodologías de consejería y asesoría para la realización de prepruebas y pospruebas de diagnóstico de salud sexual y salud reproductiva, planificación familiar y nutrición.
- Fortalecer las competencias interculturales del talento humano en cuidados obstétricos y neonatales esenciales y de emergencia, a través de diferentes estrategias de formación continua con la coordinación de Normatización de Talento Humano.
- Implementar procesos de mejora continua de la calidad de atención en Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial con pertinencia cultural, en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

## 2. Alcance

La presente norma es de aplicación obligatoria en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, su seguimiento es a través del Comité de Gestión de la Red Pública Integral de Salud y su cumplimiento es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria.

### 3. Definiciones y conceptos básicos

**Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial (CONE).**- Es un modelo de organización de los servicios para asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial de calidad a todas las madres durante el embarazo, parto y posparto, así como al recién nacido/a hasta 28 días de vida, cuando lo requieran. Además considera el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Neonatal.

**Competencia intercultural en salud.**- Conocimientos, habilidades y destrezas para interrelacionarse de manera equitativa y respetuosa en contextos multiculturales, promoviendo el dialogo e intercambio de saberes y prácticas para enriquecimiento mutuo y la promoción de la salud individual, familiar y colectiva.

**Estrategia de CONE.**- Es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente para coordinar la prestación de servicios esenciales de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales, articulado por territorios progresivamente incluyentes, coordinadamente con los proveedores de salud de la RPIS e integrando a los de medicina ancestral, con capacidad resolutive según nivel de atención, integrados y continuos 24 horas al día, 365 días al año.

**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 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.

**Defunción materna tardía.**- Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas e indirectas, después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

**Muerte relacionada con el embarazo.**- 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.

#### Las defunciones maternas se subdividen en:

1. **Defunción obstétrica directa.**- 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 en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
2. **Defunción obstétrica indirecta.**- 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 si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

**Muerte materna sospechosa.-** Es toda mujer que fallece en la edad comprendida entre 10 a 49 años de edad, que requiere investigación.

**Muerte materna confirmada.-** Es la muerte de una mujer mientras esté 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 o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

**Muerte materna hospitalaria.-** Son las ocurridas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, luego de haber transcurrido 48 horas de permanencia en la unidad hospitalaria.

**Muerte materna evitable.-** Es la muerte de una mujer en período del embarazo, parto, o puerperio que se pudo evitar si se hubiera tomado la decisión oportuna de acudir a los servicios de salud a tiempo y haber recibido atención oportuna y adecuada.

**Muerte no materna.-** Incluye la muerte de mujeres durante el período del embarazo, parto y puerperio, pero por causas incidentales o accidentales, pero no por complicaciones relacionadas a dichos procesos.

**Muerte perinatal.-** Comprende los que mueren desde las 28 semanas de embarazo hasta los siete días de nacimiento.

**Muerte neonatal precoz.-** Comprende a los recién nacidos que mueren dentro de los siete primeros días de vida completos (168 horas).

**Muerte neonatal.** Es aquella ocurrida desde el nacimiento hasta los 28 días posteriores al mismo.

**Muerte neonatal tardía.-** Comprende a los recién nacidos que mueren desde el séptimo hasta los 28 primeros días de vida.

**Muerte posnatal.-** Comprende a los nacidos vivos que mueren desde 28 días hasta los 11 meses y 29 días de vida.

**Parto normal de bajo riesgo.-** Aquel de comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.<sup>21</sup>

**Pertinencia cultural en salud.-** Es la adecuación de la gestión y atención de salud a la cosmovisión local y diversidad cultural existente que, basada en el respeto y la construcción colectiva de estrategias, contribuya a mejorar el acceso y utilización de servicios de salud.

**Puerperio.-** Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las seis semanas posparto.

## CAPÍTULO I

### Desarrollo y funcionamiento del Cuidado Obstétrico Neonatal Esencial (CONE)

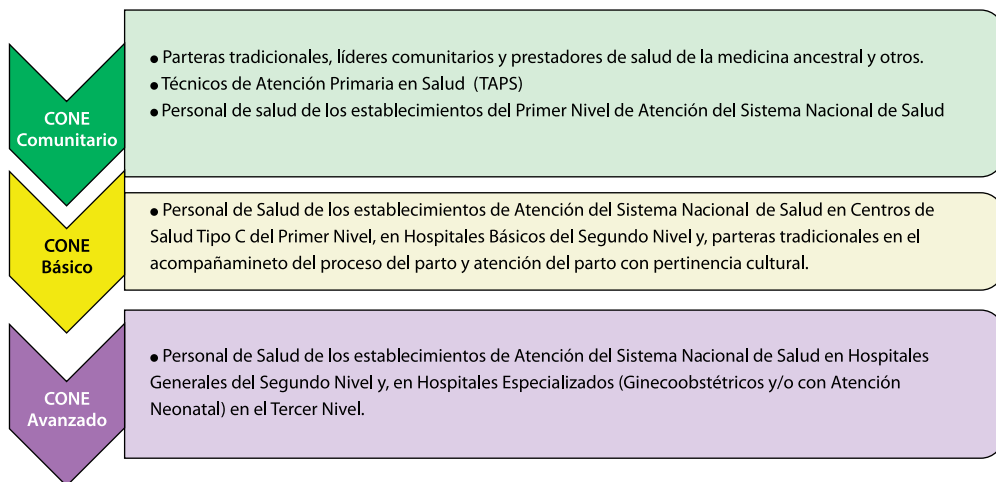
La estrategia de CONE busca garantizar el acceso a servicios integrados en red:

- A lo largo del continuo de embarazo, parto, posparto, nacimiento y en la tapa neonatal
- Desde el domicilio hasta el centro de referencia de más alto nivel
- Las 24 horas del día y los 365 días del año
- Y a través de la diversidad de actores: la familia, las parteras o los agentes comunitarios de salud, las organizaciones sociales; así como los técnicos y los profesionales del sector salud

### Componente organizacional del CONE

La estrategia de CONE se enmarca y es parte del Sistema Nacional de Salud, su propósito fundamental es la cobertura y resolución exitosa de los casos de complicaciones obstétricas y neonatales que pongan en riesgo la integridad y la vida de madres y neonatos/as, en cumplimiento del MAIS-FCI y de aplicación en la Red Pública Integral de Salud acorde a las reglas y disposiciones vigentes.

### Actores del CONE en los diferentes niveles de atención

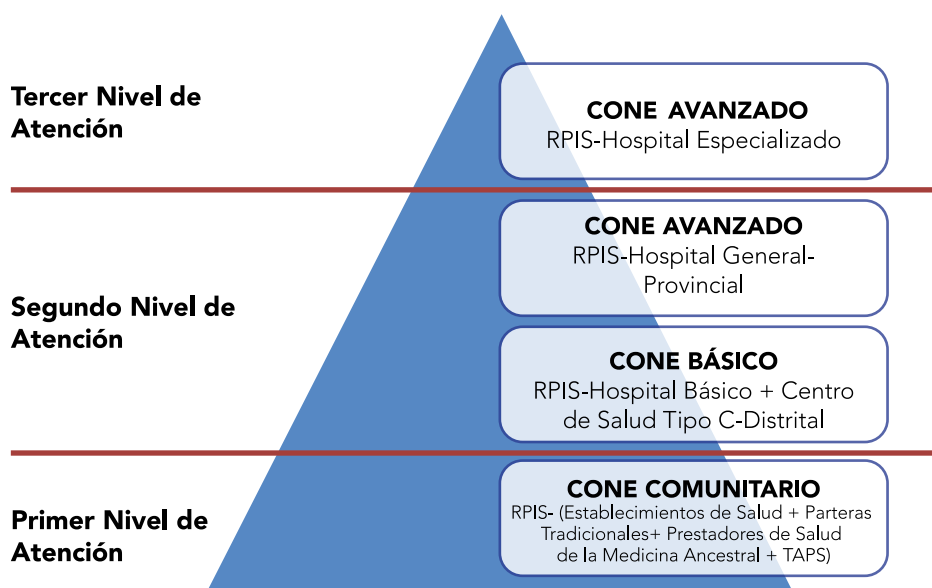


## Niveles del CONE, que se ajustan a los niveles de atención del MSP

**CONE Comunitario:** en el Primer Nivel de Atención, organizándose localmente con las comunidades que se adscriban a cada Circuito de Salud y su establecimiento de salud correspondiente.

**CONE Básico:** en Centros de Salud Tipo C (Atención de parto normal) y Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, coordinando con los establecimientos de salud del Primer Nivel de su jurisdicción distrital de salud.

**CONE Avanzado:** en Hospitales Generales del Segundo Nivel de Atención y los Hospitales Especializados del Tercer Nivel, en coordinación con los Hospitales Básicos de su ámbito geográfico de atención de salud



### Nivel CONE Comunitario

Concepto.- Se define como un modelo local de organización y coordinación para la atención materno neonatal que es liderado por los proveedores de servicios de salud institucionales del Primer Nivel de Atención del MSP con la participación de los proveedores de salud comunitarios (parteras tradicionales) en una parroquia o Circuito de Salud, teniendo como fin incrementar el acceso de la población más vulnerable, garantizando la atención de CONE continua y de calidad a la mayor cantidad de usuarias/os.

## Organización

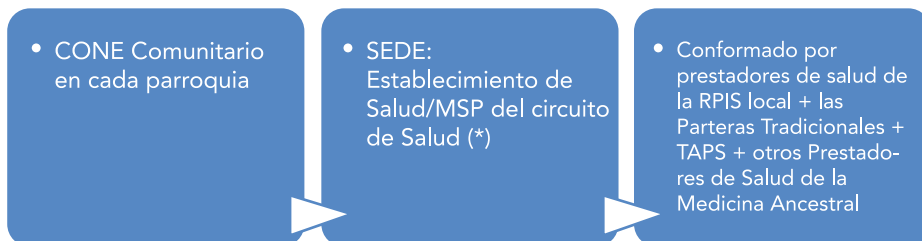
### Actores que integran el CONE Comunitario

1. Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención de la RPIS
2. Actores comunitarios de salud
3. Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS)
4. Promotores de salud o agentes comunitarios de salud
5. Parteras tradicionales ancestrales y otros prestadores de salud de la medicina ancestral
6. Personal asistencial de centros de salud

### Conformación del CONE comunitario

Se conforma en cada Circuito de Salud y realiza sus actividades en los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del SNS (Puestos de Salud, Centros de Salud A, B y C) y las correspondientes de cada institución de la RPIS; se promueve el acceso a la atención de CONE en las comunidades y hogares, a través del trabajo conjunto entre el personal institucional y las parteras tradicionales, TAPS y/u otros prestadores de salud de la medicina ancestral, con el apoyo de las organizaciones sociales locales.

### CONFORMACIÓN DEL CONE COMUNITARIO



(\*) En caso de no existir otro establecimiento relacionado con las comunidades, sino el Hospital Básico, la red local se formará y funcionará a partir del área de atención ambulatoria del Hospital Básico

### Nivel CONE Básico

Concepto.- se define como una estructura organizada en Centros de Salud Tipo C y en Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, con capacidad de ofrecer cuidados

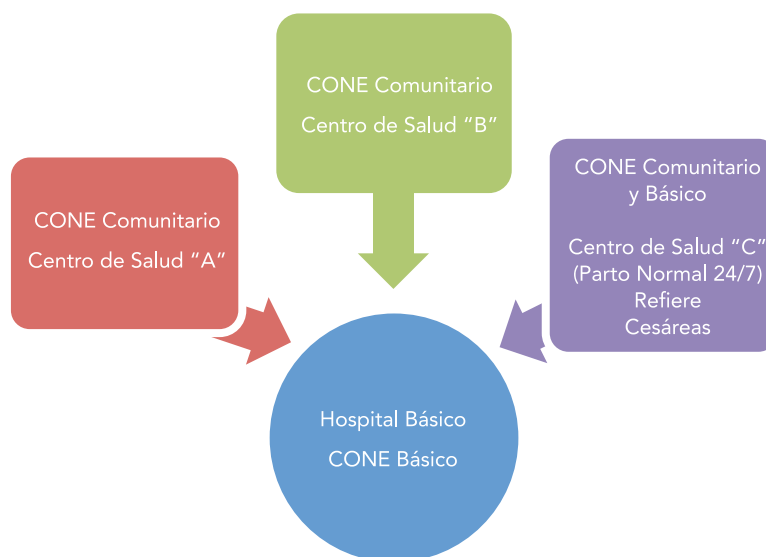


obstétricos y neonatales esenciales en los Hospitales Básicos, las 24 horas del día, 365 días al año, estableciendo mecanismos de coordinación para la derivación, referencia, y contrareferencia con los establecimientos de salud de mayor y menor nivel de atención.

## Organización

Se define como una instancia de coordinación y atención de salud conformada por los componentes de la RPIS en un Distrito de Salud, bajo la coordinación y la conducción del Distrito de Salud en el Segundo Nivel de Atención. Integra las Redes Locales o Comunitarias del CONE de su espacio cantonal y/o distrital, mismas que refieren sus casos al Hospital Básico del Distrito y además le reportan sus resultados.

Cada Dirección Zonal deberá prever la existencia y funcionamiento de los establecimientos con Nivel CONE Básico garantizando la atención durante las 24 horas, 365 días al año en sus distritos correspondientes.



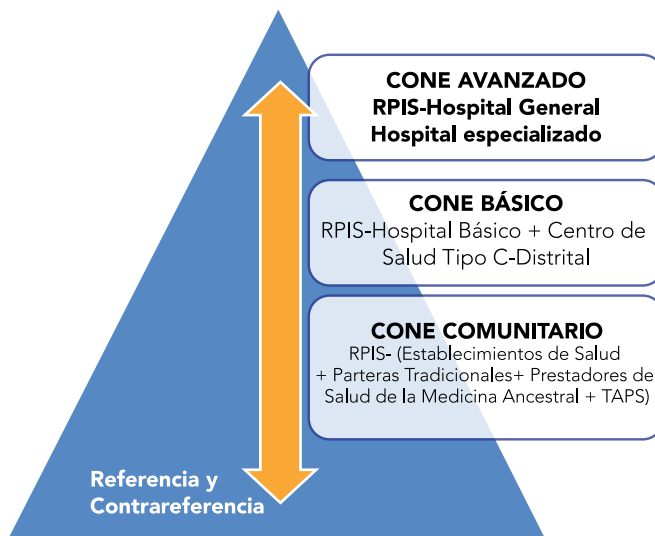
## Nivel de CONE Avanzado

**Concepto.-** Se define como una estructura organizada con capacidad de ofrecer, en los Hospitales Generales y Hospitales Especializados, los cuidados obstétricos y neonatales esenciales y completos, las 24 horas del día, 365 días al año, estableciendo mecanismos de derivación, referencia y contrareferencia con establecimientos de salud especializados y con los de menor nivel de atención.

1. Corresponde al Hospital General del Segundo Nivel de Atención, y comprende todas las acciones de atención gineco-obstétricas y neonatales de atención ambulatoria, especializada y cuando se requiera las de hospitalización clínica y quirúrgica por

situaciones de emergencia o programadas. Constituye el escalón de referencia inmediata del Primer Nivel de Atención, y de los Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, exceptuándose los casos de urgencias médicas que acudirán espontáneamente, mismas que, una vez resueltas serán contrarreferidas al nivel correspondiente.

2. Contará además con los servicios de apoyo al diagnóstico y farmacia institucional.
3. La Unidad de Gestión de Planificación, Seguimiento y Evaluación Zonal y/o del Hospital será responsable de la implementación del CONE Avanzado.



### Requisitos generales de los establecimientos de salud para ofrecer CONE

1. Disponibilidad de infraestructura, equipos, insumos y medicamentos, en los servicios ambulatorios, de emergencia y hospitalización obstétrica y neonatal, según corresponda a su licenciamiento.
2. Disponibilidad de talento humano capacitado en los servicios obstétricos, neonatales, de anestesia y provisión de sangre/hemoderivados, procesos claves para la atención de las emergencias obstétricas y neonatales esenciales. Acorde a su nivel de complejidad y responsabilidad de resolución.
3. Implementar el proceso de ciclos de mejora de calidad en los procesos para cumplir con todas las funciones del CONE.

## Roles y funciones del CONE

Se dividen en:

1. Nivel Operativo
2. Nivel Administrativo

### CONE Comunitario

#### Nivel Operativo

##### Atención preconcepcional

1. Anticoncepción mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, otros métodos y asesoría<sup>20</sup>. **Responsable:** personal de salud.
2. Provisión de ácido fólico y asesoría, con el fin de prevenir los defectos del tubo neural. Responsable: personal de salud
1. Ejecución de los programas de orientación del manejo y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH-Sida. **Responsable:** integrantes del CONE Comunitario
2. Promoción de la adecuada nutrición y el mantenimiento de ambientes saludables. Responsable: integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.

##### Atención durante el embarazo

1. Identificación de embarazadas y recién nacidos a través de visitas domiciliarias por personal de salud, partera ancestral, técnicos de atención primaria en salud y otros prestadores de salud de la medicina ancestral para recomendar su referencia. Responsable: integrantes del CONE Comunitario
2. Apoyo a las organizaciones sociales para la conformación de los Comités de Transporte de Emergencias y su vinculación con el Sistema Nacional de Emergencias (SIS ECU 911). Responsable: integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.
1. Aplica y vigila el cumplimiento de los programas de prevención y atención prenatal de acuerdo a norma. **Responsable:** personal de salud

##### Atención del parto y el nacimiento

1. El personal de salud de la red local del CONE Comunitario debe conocer, monitorear y vigilar el adecuado desarrollo de la labor de parto, la atención del parto en libre posición y del recién nacido al nacimiento con pertinencia cultural, tanto en el parto normal como en sus complicaciones. **Responsable:** integrantes del CONE Comunitario
2. En caso de detección de señales de peligro durante el parto y nacimiento, asegurar la referencia inmediata de la madre y/o el RN, mediante la activación del Plan de Emergencia Familiar y Comunitario. Responsable: integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.
1. Garantiza que el recién nacido sea atendido mediante el secado, abrigo, mantenimiento del contacto con su madre (mejor piel a piel), el pinzamiento oportuno del cordón umbilical (cuando deje de latir) y el inicio de la lactancia materna exclusiva inmediata (no excediendo de la primera hora de vida). En caso necesario aplicar la metodología de Ayudando a los bebés a respirar (ABR). **Responsable:** integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal de salud institucional y comunitario.

### Atención durante el posparto

1. Orienta y verifica la realización de la visita domiciliaria a la madre y el RN en la primera semana de posparto. Responsable: integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.
1. Realizar asesoría y consejería en planificación familiar. **Responsable:** integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.

### Atención en la etapa neonatal

1. Refiere y asegura la referencia neonatal para control de evaluación, inclusión en programas de salud correspondientes (incluye cedulación, apertura de HCU – Carné de Salud y tamizajes en la unidad de salud que le corresponda). Responsable: integrantes del CONE Comunitario
1. Promueve las prácticas saludables de lactancia materna exclusiva, aseo y cuidado del neonato/a, vacunación correspondiente, control de niño sano **Responsable:** integrantes del CONE Comunitario de acuerdo a roles establecidos para personal institucional y comunitario.

#### Nivel administrativo

Gerenciado por el director/delegado del Centro de Salud del MSP y demás miembros de la Red Pública Integral de Salud (todos los actores del CONE Comunitario)

#### Funciones

1. Coordina, preside y convoca a las reuniones mensuales, de su red local del CONE Comunitario en la que se revisarán los reportes de actividades realizadas por las parteras capacitadas, TAPS u otro prestador de salud de la medicina ancestral; conjuntamente realizarán el análisis de cada caso de la jurisdicción de cada partera, TAPS o agente comunitario de salud, aplicando los instrumentos de tamizaje de factores de riesgo y signos de peligro. Para todo ello utilizará el formulario implementado para esta actividad.
2. Elabora, planifica y ejecuta programas de capacitación dirigidos a proveedores de salud integrantes del CONE comunitario.
3. Llevan los registros mensuales de las actividades de la red local del CONE Comunitario, así como de los registros de las mujeres embarazadas y recién nacidos con tamizaje de riesgo.
4. Realiza mensualmente la reunión de su Equipo de Mejora Continua de la Calidad incluyendo la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal

#### De los integrantes del CONE Comunitario

1. Realizan búsqueda activa para identificación de embarazadas y recién nacidos/as (RN) en la parroquia, con la participación de parteras/os ancestrales, líderes comunitarios, promotores o agentes comunitarios de salud, técnicos de atención primaria de salud y personal de salud, utilizando los instrumentos que se han desarrollado para este fin.
2. Fortalecen las capacidades de las parteras para identificar señales de peligro, referir mujeres para atención materna o por emergencia y manejar el formulario de reporte de actividades de parteras, así como llenar los cupones de referencia de parteras. Deberán además realizar el seguimiento correspondiente a los casos detectados.
3. Actualizan mensualmente en forma participativa el **Mapa Parlante** para identificar a las embarazadas, recién nacidos, en las comunidades.
4. Realizan la programación y ejecución de visitas domiciliarias con calidad y calidez a mujeres embarazadas y recién nacidos en riesgo, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).
5. Programan y ejecutan visitas domiciliarias con calidad y calidez a madres en el posparto temprano, dentro de las 48 horas, y en la primera semana de vida al recién nacido. Estas visitas las realizarán parteras capacitadas y/o personal de salud.

6. Actualizan el tarjetero de visitas a embarazadas en riesgo, mujeres de posparto y recién nacidos.
7. Conforman Comités de Emergencia Comunitarios y contarán con los planes respectivos.
8. Realizan actividades de capacitación, que permitan la respuesta inmediata de la comunidad mediante los Planes Comunitarios de Emergencia.
9. Realizan la referencia oportuna a los niveles de mayor complejidad
10. Mantienen constantemente comunicación y alertan oportunamente al Hospital Básico en caso de presentarse señales de peligro o complicaciones de mujeres embarazadas, de parto o posparto y niños recién nacidos en la parroquia.
11. El personal de salud de las unidades del Primer Nivel de Atención, en coordinación con los demás componentes de la Red Local o Comunitaria de Salud, promueve, coordina y apoya el desarrollo de las siguientes actividades de cuidado obstétrico y neonatal en la comunidad.

## CONE Básico

### Nivel operativo coordinado y de competencia del personal de salud

#### Atención preconcepcional

1. Realiza y ejecuta los programas de salud normados para este grupo poblacional.
2. Anticoncepción mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, otros métodos y asesoría.
3. Promueve la adecuada nutrición y estilos de vida saludables.

#### Atención durante el embarazo

1. Provee e informa los beneficios del ácido fólico, la adecuada nutrición, los ambientes y estilos de vida saludable (evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas).
2. Aplica los programas de prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual y la correspondiente vigilancia y seguimiento.
3. Asegura el cumplimiento de al menos cinco controles prenatales, vacunación antitetánica y exámenes complementarios necesarios.
4. Aplica las normas, estándares y guías de práctica clínica de control prenatal emitida por la autoridad sanitaria.
5. Realiza, en caso necesario, manejo de antihipertensivos, sulfato de magnesio para preeclampsia, antibióticos en caso de ruptura prematura de membranas, uteroinhibidores y corticoides en amenaza de parto prematuro de hasta 35 semanas, atiende el aborto en curso o inevitable (completo, incompleto y diferido).
6. Promueve la atención del parto con personal calificado de acuerdo a la norma.
7. Promueve y realiza el tamizaje y manejo de VIH-SIDA.

#### Atención durante el parto

1. Aplica las normas, guías de práctica clínica, manuales de atención de parto, protocolos técnicos para la atención del parto normal y manejo de complicaciones obstétricas y neonatales con pertinencia cultural y competencias interculturales.
2. Vigila el trabajo de parto y atención del parto vaginal con partograma (MSP HCU 051).
3. Administra antibióticos inyectables.
4. Administra oxitocina.
5. Manejo de anticonvulsivantes inyectables
6. Atención del parto vaginal asistido por personal calificado.

7. Procedimientos como episiotomía, sutura de desgarros y retiro manual de placenta en casos estrictamente necesarios.
8. En caso de emergencia durante el parto o nacimiento (problema obstétrico o neonatal), realiza la transferencia a un nivel de mayor complejidad (ver Normas de Atención Materna y Neonatal, Norma del Subsistema de referencia, contrarreferencia, referencia inversa y derivación).

### **Atención durante el posparto**

1. Realizar la visita a la madre en hospitalización, previa al alta y en la primera semana de posparto. Si el parto fue en domicilio, la visita la realizará el equipo integral de salud.
2. Planificación familiar mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, ligadura de trompas, otros métodos incluida vasectomía a su pareja y asesoría.

### **Atención al nacimiento y en la etapa neonatal**

1. Nacimiento atendido por una persona capacitada.
2. Atención inmediata del recién nacido: secado, abrigo, pinzamiento oportuno del cordón umbilical, examen físico del RN, administración de vitamina K, profilaxis ocular. Reanimación neonatal mediante aplicación de estrategia ABR en caso necesario.
3. Apego inmediato y prevención de hipoglucemia (lactancia dentro de la primera hora).
4. Atención neonatal básica.
5. Monitoreo de temperatura del recién nacido.
6. Uso de antibióticos para control de sepsis neonatal.
7. Cuidados esenciales del RN y neonato: ojos y cordón umbilical, inmunizaciones, dormir en decúbito supino, tamizaje neonatal, inscripciones y otros.
8. Reconocimiento temprano de signos de peligro (enseñar a los padres los signos de peligro).
9. Transporte de emergencias neonatales y su vinculación con el Sistema Nacional de Emergencias (SIS ECU 911).
10. Se complementará con inscripción en el Registro Civil, cedulação, apertura de HCU, se proporcionará el Carné de Salud de la Niñez y tamizajes.
11. Promover el cumplimiento de lactancia materna exclusiva, aseo y cuidado del neonato/a, vacunación correspondiente y control de niño sano.

#### **Nivel administrativo gerenciado por el director del Distrito de Salud del MSP y demás integrantes de la Red Pública Integral de Salud**

1. El personal de salud de los Hospitales Básicos y eventualmente de los centros de salud tipo C, promueven, coordinan y desarrollan las actividades esenciales de cuidado obstétrico y neonatal, durante la consulta externa y la hospitalización.
2. Realiza mensualmente la reunión de su equipo de Mejora Continua de la Calidad incluyendo la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal.
3. Reportan sus resultados al Equipo de Conducción del CONE de la zona que corresponde

## **CONE Avanzado**

### **Nivel operativo coordinado y de competencia del personal de salud**

#### **Atención preconcepcional**

1. Anticoncepción en general, incluyendo las de abordaje quirúrgico.

2. Trata los casos complicados de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH-Sida.

#### **Atención del embarazo**

1. Realiza controles prenatales de embarazos con complicaciones.

#### **Atención del parto y el nacimiento**

Realiza actividades de CONE Básico con pertinencia cultural según necesidades y además:

1. Atención de cesáreas por compromiso de la vida materna o fetal.
2. Dispone y aplica hemocomponentes, en caso de requerirse.
3. Dispone de equipo de anestesiología y especialista médico.
4. Aplica a los neonatos de riesgo: reanimación avanzada con intubación y uso de medicamentos, ventilación asistida en cualquier modalidad, abordaje de vías centrales y administración de soluciones intravenosas.

#### **Atención del posparto**

1. Seguimiento de la evolución del parto según normas correspondientes.
2. Alta de calidad.
3. Planificación familiar en general, incluyéndose las de abordaje quirúrgico.

#### **Atención en la etapa neonatal**

1. Cuidados rutinarios del neonato según la norma.
2. Cuidados especializados del neonato complicado según norma de atención neonatal.
3. Alta de calidad.

#### **Nivel administrativo, por el equipo de coordinación en el departamento de calidad de cada hospital**

1. El personal de salud de los Hospitales Generales promueve, coordina, y desarrolla las actividades esenciales de cuidado obstétrico y neonatal durante la consulta externa y la hospitalización.
2. Realiza mensualmente la reunión de su Equipo de Mejora Continua de la Calidad incluyendo la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal.
3. Reportan sus resultados al Equipo de Conducción de la zona que corresponde, en el componente de CONE.

### **Equipos de conducción del cone en los diferentes niveles del MSP**

#### **Nivel central**

**Comité Nacional de Conducción del CONE** Presidido por la Dirección de Gestión y Calidad de los Servicios, e integrado por los delegados de la RPIS, Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención, Dirección Nacional de Hospitales, Sistema Único de Información, Dirección de Normatización del Talento Humano, Dirección Nacional de Interculturalidad, Derechos y Participación Social en Salud, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud .

1. Recibe y consolida la información nacional.
2. Analiza y evalúa los resultados del Reporte de Indicadores y genera recomendaciones para la solución de brechas definidas.
3. Informa a las autoridades nacionales de la RPIS y de la Autoridad Sanitaria.
4. Socializa la información mediante retroalimentación a los responsables de CONE en los niveles Zonal y Distrital, así como a los miembros de la RPIS y los representantes de la sociedad.

### **Nivel zonal**

**Equipo Técnico** El responsable del Equipo Coordinador de CONE en la Zona recopila la información que proviene de los Distritos y cuenta con la Base del Monitoreo Consolidado de Distritos de la Zona y realiza las siguientes actividades:

1. Recopila y consolida la información recibida de cada uno de los Distritos de Salud y Hospitales Generales.
2. Consolida la información por Redes Distritales del CONE de la Zona y reporta al nivel central.
3. Reporta e informa los avances a las autoridades de la Zona y retroalimenta al Equipo Coordinador de CONE Distrital.
4. Analiza y evalúa los resultados del Reporte de Indicadores y genera acciones de apoyo con su correspondiente seguimiento.
5. Recopila y procesa los datos de los indicadores que no provienen del Distrito de Salud, y que deben constar en la Tabla del Monitoreo y Evaluación de la Zona.
6. Lleva al día el Plan de Monitoreo y Evaluación de la Zona y por Provincias «Tabla MYE» Actualiza mensualmente el reporte de la Zona para enviarlo al nivel superior, vía electrónica (Quipux y otros).

La Zona implementa y lidera los objetivos específicos del Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal, de acuerdo al estatuto vigente de organización de servicios de salud, que dispone:

1. Posiciona el Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Neonatal con enfoque de derechos, interculturalidad y participación social.
2. Fortalece el Sistema de Vigilancia de la Muerte Materna y Neonatal.
3. Implementa la Normativa Nacional del MSP.
4. Lidera la organización e implementación del CONE a partir de las Redes CONE en sus Hospitales Generales/Provinciales, sus establecimientos de salud distritales y sus correspondientes Redes Locales o Comunitarias de los Circuitos de Salud, en coherencia con el MAIS.



5. Organiza y lidera el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la RPIS.

**Nivel distrital**

Cada Distrito de Salud debe realizar las disposiciones de la RPIS para que todas sus instituciones que proveen atención materna y neonatal conozcan las políticas de salud, los elementos técnicos, y las metodologías necesarias para ser parte y funcionar como una Red Distrital del CONE, según lo establece el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública en su artículo 45.

Es función mandatoria del Distrito de Salud promover y realizar reuniones de planificación local, en las que se elaboren compromisos interinstitucionales para el funcionamiento de la estrategia CONE en las que participen representantes de la comunidad, del Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Seguro Social Campesino, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Gobiernos Locales Autónomos y Descentralizados, priorizando los que provean atención materna y neonatal. Como producto de estas reuniones se contará con un plan de acción interinstitucional participativo en la estrategia de CONE, en la cartera de servicios de cada institución y con el aporte de la comunidad.

## Capítulo II

### **Mejoramiento Continuo de la Calidad**

#### **Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención (MCC)**

El Mejoramiento Continuo de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades del/a usuario/a y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud.

#### **Mejoramiento Continuo de la Calidad del CONE**

Se conforman equipos multidisciplinarios, que planifican, ensayan, y estudian el mejoramiento de la calidad en sus propios procesos, para ello aplican la metodología de Ciclos Rápidos.

Cada establecimiento de salud del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención debe contar con un Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) que es el responsable directo de las intervenciones técnicas para mejorar la calidad en la atención materna neonatal con pertinencia cultural y enfoque de derechos humanos.

#### **Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad**

Se aplica en todos los niveles de CONE: Comunitario, Básico y Avanzado, y está formado por:

1. Líder o coordinador/a que conduce al equipo para alcanzar los objetivos planteados.
2. Secretario/a que toma y archiva notas, actas y documentos del trabajo del equipo.
3. Miembros del equipo, no más de cinco personas, pudiendo participar otras personas, invitadas por su experiencia o sus conocimientos del tema que se trata.

#### **Monitoreo del Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención Materno – Neonatal**

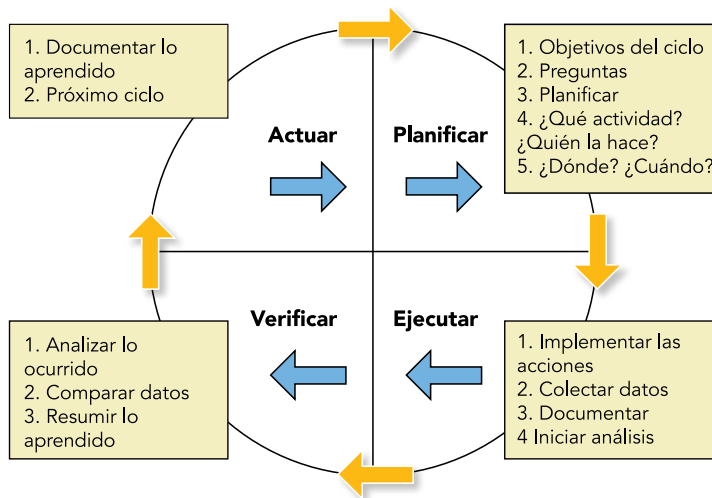
El Ministerio de Salud Pública aplica el Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de atención materna neonatal, lo cual le permite al Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad verificar si existen brechas en la atención y plantear ciclos rápidos de mejora, con el objetivo de controlar las brechas existentes y de esa manera mejorar la atención y reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

## Ciclos rápidos

El equipo aplica el Mejoramiento Continuo de la Calidad a través de ciclos rápidos que consisten en Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar (PEVA) sobre el problema que se trate.

### Esquema de ciclo rápido para la mejora de la atención en CONE

#### Ciclo rápido de mejora de procesos



### Monitoreo y evaluación de las redes CONE

El monitoreo y evaluación para la implementación de las Redes CONE en el país permitirá medir el impacto del comportamiento y cobertura de la atención en todos los niveles CONE.

Para el cumplimiento de esta actividad se cuenta con instrumentos que son utilizados por el personal de salud y estadística en todos los Niveles CONE, que permitan al sistema contar con información oportuna, la misma que se reporta, analiza y actualiza mensualmente.

La información recabada en las bases de datos del reporte de indicadores del CONE se analiza y verifica a partir de prácticas basadas en evidencia y en la Norma Materna y Neonatal Nacional e Internacional su objetivo primordial es el mejoramiento de calidad en las Redes CONE.

## **Procedimiento de aplicación del ciclo de mejoramiento continuo de la calidad**

1. Cada Distrito de Salud hace efectiva la participación social para el mejoramiento de la calidad de atención de los establecimientos de salud.
2. El Equipo Técnico Nacional y Distrital de Interculturalidad, Derechos y Participación del MSP es responsable de la implementación de los procesos de participación ciudadana y veeduría de mejoramiento de la calidad de atención de salud.
3. Se promueve la conformación de comisiones de veeduría ciudadana, con representación de las organizaciones sociales, para la vigilancia de la calidad de la atención en las Redes CONE.
4. Mensualmente se realizarán reuniones de evaluación del mejoramiento de la calidad, en los respectivos niveles del CONE, con los grupos de participación, colectivos de veeduría ciudadana, CUS, otros y el personal de salud.
5. Se establece la vigilancia ciudadana en salud como un proceso que contribuye al mejoramiento continuo de la gestión de salud en los diferentes niveles de CONE que incluya el compromiso de las autoridades locales.
6. Se realizan periódicamente reuniones participativas de las organizaciones sociales con el personal de salud para rendición de cuentas y análisis del mejoramiento de la calidad, con agendas de trabajo, actas, acuerdos y compromisos.
7. Se socializan los resultados del proceso de veeduría en talleres y encuentros con representantes de la comunidad y de las organizaciones sociales con representantes de los Distritos de Salud.
8. Se aplican encuestas de satisfacción a las usuarias/os y se analizan los resultados para instaurar estrategias de mejora en la calidad de atención.

## **Responsabilidades y funciones de los Equipos de MCC del CONE**

### **Equipo de mejoramiento Continuo de la Calidad del CONE Comunitario**

#### **Responsabilidades**

1. Constituyen un equipo de mejoramiento continuo de la calidad de atención que se brinda a las mujeres y niños recién nacidos a través del personal de salud de las instituciones y de las parteras capacitadas, con responsabilidad del establecimiento de salud del Primer Nivel.
2. Conocen y aplican formularios del Ministerio de Salud (MSP) de automediciones de cumplimiento de los estándares de control prenatal, asesoría prenatal, atención del parto, atención y asesoría en el posparto y atención al recién nacido. Identificarán los procesos de atención que manifiesten deficiencias y aplicarán mejoras a dichos procesos con el fin de lograr los resultados deseados.
3. Los equipos de salud se responsabilizarán de la capacitación constante y permanente a los profesionales y parteras tradicionales en asesoría y atención prenatal, atención del parto, asesoría y atención del postparto así como atención al recién nacido, con guías de práctica clínica basadas en evidencia científica.

4. Evalúa y fortalece las prácticas de las parteras tradicionales, a través de la aplicación de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y formularios de observación, a más de la medición de prácticas de actividades de parteras en el posparto. El equipo de salud impulsará de manera continua, las actividades que realizan las parteras en las reuniones de la red local del CONE Comunitario en los circuitos de salud.
5. Los equipos de salud recolectan y consolidan datos de indicadores de la red local del CONE Comunitario, mismos que serán reportados al Distrito de Salud mensualmente.

#### **Funciones del Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad**

Recolección de información. Se contará con datos de fuentes primarias que reposan en cada una de las unidades de salud, donde funciona el nivel CONE Comunitario:

1. Historias clínicas y registro de partes diarios actualizados.
2. Formulario de reporte de actividades de parteras con el que se trabaja en las reuniones mensuales de cada red local del CONE Comunitario.
3. Cupones de referencias de parteras.
4. Información obtenida del mapa parlante.
5. Instrumento de Automedición de Estándares del Mejoramiento de Calidad de las redes locales o comunitarias.
6. Registro Civil Parroquial.

#### **Consolidación de información y reporte de indicadores**

1. El responsable de la Red Local del CONE comunitario procesa, revisa, actualiza y reporta a la autoridad del Distrito correspondiente, vía electrónica y/o física, mensualmente y dentro de los tiempos establecidos.
2. Base de información para el monitoreo de la Red Local del CONE Comunitario.
3. Consolidado mensual de parteras.

### **Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad del CONE Básico**

#### **Responsabilidades**

1. El Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) del Hospital Básico deberá reunirse cada mes para realizar acciones de medición de cumplimiento de estándares y gestión de la calidad de la atención materna y neonatal.
2. El EMCC rendirá información de su gestión al coordinador distrital, quien a su vez informará los avances y novedades al coordinador zonal, con la finalidad de garantizar la atención del CONE Básico.
3. La Coordinación Distrital es responsable de fomentar la capacitación y formación permanente del EMCC.
4. La Coordinación Zonal debe fomentar y facilitar una reunión trimestral de todos los EMCC de los distritos, para revisar avances y socializar aprendizajes y experiencias replicables.
5. La Coordinación Zonal debe disponer, por escrito, a cada Coordinación Distrital la implementación del proceso, monitoreo y evaluación del nivel CONE Básico.

#### **Funciones**

La persona responsable de recopilar la información del CONE Distrital debe contar con la Base de Información del Monitoreo Consolidado de las Redes Locales o Comunitarias del Distrito y realizar las siguientes actividades:

1. Recopila y consolida la información recibida de CONE Comunitario de las redes locales del CONE Comunitario y de la producción del CONE Básico

2. Reporta al equipo responsable del monitoreo del CONE del Distrito de Salud.
3. Analiza, da seguimiento, evalúa los resultados obtenidos, y retroalimenta los resultados en conjunto con el equipo CONE del Distrito.
4. Actualiza mensualmente el reporte e informa vía electrónica (Sistema Quipux) y/o físico al responsable del Equipo Coordinador de CONE de la Dirección Zonal de Salud.

### **Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad del CONE Avanzado**

#### **Funciones**

El responsable de CONE en el Hospital General recopila la información de CONE Avanzado, la Base de Información del Monitoreo Consolidado y realiza las siguientes actividades:

1. Recopila y consolida la información de CONE Avanzado en su Hospital.
2. Analiza, da seguimiento y evalúa los resultados obtenidos en conjunto con el equipo CONE del Hospital General.
3. Actualiza mensualmente el reporte e informa vía electrónica (Sistema Quipux) y/o físico al responsable del Equipo Coordinador de CONE de la Dirección Zonal de Salud.

## Capítulo III

### Vigilancia de la muerte materna y neonatal

#### Vigilancia de la muerte materna y neonatal en el CONE

El sistema de vigilancia de mortalidad materna y neonatal orienta estrategias que contribuyen a la disminución de la mortalidad evitable por medio de la identificación, notificación y recolección de información de calidad en forma oportuna, para analizarla y establecer medidas que promuevan el control y eliminación de sus factores determinantes.

La vigilancia de la muerte materna y neonatal es un proceso continuo en el que se aplica los mecanismos necesarios para obtener la información del más alto nivel de confiabilidad acerca de la mortalidad neonatal en un tiempo determinado y en una población definida para ser utilizado en la toma de decisiones. Por esto, el sistema de vigilancia de la mortalidad neonatal debe ser parte de las actividades cotidianas en la provisión de salud tanto de los agentes comunitarios de salud cuanto de los prestadores de servicios de la Red Pública de Salud.

Un Sistema de Vigilancia Epidemiológica está definido como «el conjunto de usuarios, normas, procedimientos y recursos organizados para la recopilación, análisis, interpretación y difusión sistemática y oportuna de información sobre eventos de salud, para la toma de decisiones y esencialmente para la orientación de la acción».

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Neonatal (SVEMMN) es el sistema de información de salud que facilita la identificación, notificación, cuantificación, análisis y reporte de los fallecimientos durante la etapa materna y neonatal y sus posibles causas; las conclusiones obtenidas incrementan la probabilidad de desarrollar las medidas necesarias para su prevención en áreas geográficas y períodos determinados.

El SVEMMN tiene como propósito el promover la realización de una evaluación objetiva sobre los casos de mortalidad durante el período materno y neonatal, tanto en el hogar y la comunidad cuanto en las dependencias de la Red Pública de Salud, que facilite un análisis de las causas y factores contribuyentes, que retroalimenten hacia una planificación de intervenciones dirigidas a la reducción de los factores causales, en todos los niveles de atención definidos en la Red.

La construcción de un Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Neonatal cumple con funciones trascendentales en la vida de una sociedad. Empezando por la valoración del individuo que ha perdido en la comunidad los beneficios de ser un hombre o mujer activos en su entorno y sujeto de reproducir social y culturalmente cada una de las opciones de desarrollo. Además, el proceso de vigilancia, al realizarse con la participación de la

comunidad, constituye un estímulo a los individuos, familia y comunidad para tomar la iniciativa de protagonizar la solución de sus problemas.

La mortalidad oculta o no denunciada por la comunidad, dado que tiene una particular valoración cultural y social en la realidad comunitaria, es un aspecto de trascendencia que descubrir, que sin embargo requiere adentrarse en las convicciones individuales, familiares y culturales que lo provocan. En la medida que se consiga la participación de la comunidad en la denuncia de la mortalidad no visible se podrán encontrar motivos y sus eventuales soluciones tanto para la mortalidad neonatal cuanto la materna, producto no solamente de las demoras inmediatas que provocan el desenlace fatal, sino también de la renuencia y las barreras para acercarse a los proveedores y servicios de salud. La detección de estos decesos es indirecta a través de la vigilancia de las embarazadas y puérperas en las que no se sabe el desenlace de su embarazo. La recuperación de tal información será siempre motivo de investigación del equipo de salud de la comunidad en la que se presentare tal circunstancia. El análisis de esta versión de mortalidad neonatal estará sujeto a verificación de su realidad, realización de autopsia verbal aún con datos vestigiales, auditoría y recomendaciones pertinentes y su eventual reporte dentro del SVEMMN, sin responsabilidad de vincular el caso a los sistemas formales como el INEC y/o Registro Civil.

La Vigilancia prenatal del bienestar del individuo, requiere estrategias de intervención que comprometen las vivencias comunitarias y culturales cuya visualización se acortará con la participación integrada de los equipos de mejoramiento de la calidad de la atención en salud en el ámbito comunitario.

### **Población considerada**

1. Neonatos/as nacidos vivos y fallecidos por cualquier causa dentro o fuera de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.
2. Mujeres fallecidas por causa obstétrica o relacionada con el embarazo directa o indirectamente, dentro o fuera de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud.

### **Proceso de notificación**

Al momento de fallecer un niño o niña menor a 28 días, o una madre, se notificará de inmediato al responsable de Estadística del Distrito de Salud o establecimiento de salud de cualquier nivel de atención, quien comunicará a su Coordinador de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna y Neonatal y se procederá a reunir al Comité de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna y Neonatal en un plazo no mayor a los cinco días siguientes. El Comité de Vigilancia de la Muerte Materna y Neonatal realizará la Investigación Epidemiológica y sus resultados serán reportados a su nivel jurisdiccional de salud, desde donde se tendrá el reporte distrital, zonal y nacional de Muerte Materna y Neonatal. Con esta información analizada, Gestión y Calidad realizará las acciones y recomendaciones necesarias que permitirán tomar decisiones en los niveles correspondientes, para el manejo de las muertes



maternas y neonatales evitables, en cumplimiento del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal.

### **Actividades**

1. Realiza búsqueda activa y registro de casos de muerte materna y neonatal en su Distrito.
2. Notifica y registra en el sistema de vigilancia de la Muerte Materna y Neonatal (SVMN-MSP).
3. Convoca al Comité de Vigilancia de la Muerte Materna y Neonatal correspondiente.
4. Realiza investigación epidemiológica y análisis de cada muerte materna y neonatal, de acuerdo a normas establecidas.
5. Mantiene actualizada la información de mortalidad materna y neonatal en el área de intervención, y en el Sistema de Salud.
6. Analiza la información procesada: determina la magnitud y tendencia de la mortalidad materna y neonatal, estudia los principales factores determinantes de esta problemática, identifica las variables predictivas de la infradeclaración. Monitorea y evalúa la eficacia de la prestación de los servicios de salud neonatales y del sistema de vigilancia.
7. Facilita la participación de las diferentes formas organizadas de la sociedad civil y de la comunidad para mejorar la salud materna y neonatal.
8. Difunde los datos notificados, procesados y analizados.
9. Realiza recomendaciones para disminuir la mortalidad materna y neonatal evitable.

## **Capítulo IV**

### **Capacitación**

#### **Fortalecimiento de los conocimientos y habilidades del Talento Humano en CONE**

1. La Coordinación Zonal de Salud, en conjunto con la Dirección Zonal de Planificación y la Coordinación de Talento Humano, será responsable de la capacitación.
2. Los capacitadores conformarán un equipo zonal y serán seleccionados para cada Distrito de salud.
3. El personal que será capacitado incluirá a los profesionales que atiendan control prenatal, parto, posparto y atención neonatal, que respondan a todos los procesos de

CONE Comunitario, Básico y Avanzado. Se incluyen los Técnicos de Atención Primaria en Salud (TAPS) y los especialistas en Medicina Familiar así como su expansión a todos los ámbitos de formación de profesionales de la salud.

4. Los responsables de la Implementación de la Norma tienen a su cargo los procesos de capacitación y entrega de informes de cada jornada a la Dirección Zonal de Salud.
5. En los establecimientos de salud, serán los Coordinadores los responsables de seguir los procesos de capacitación y las réplicas. Además serán los encargados de emitir los informes a la jefatura inmediata.
6. La capacitación del talento humano se realizará en forma presencial o virtual, según disponibilidades técnicas y metodológicas, apoyándose en las respectivas guías de capacitación desarrolladas para los distintos componentes CONE. Esta actividad se efectuará cada seis meses, debido a la rotación de personal en las diferentes unidades de salud y con la finalidad de garantizar la continuidad de la atención del CONE Comunitario, Básico y Avanzado.

## Capítulo V

### Monitoreo y evaluación

El monitoreo para el control y la evaluación de la presente Norma utilizará, para su ejecución, indicadores que permitan visualizar el proceso de implantación y expansión de la norma en cada uno de los componentes de la RPIS, así como los resultados por obtenerse a partir de su aplicación en el proceso de atención individual y colectiva.

### Actividades fundamentales o trazadores

1. Conocimiento de la Norma
2. Aplicación de la Norma
3. Actividades cumplidas de la Norma:
4. Atención obstétrica
5. Atención neonatal
6. Ciclo mensual de mejora continua de la calidad
7. Notificación de mortalidad materna y neonatal

**Conocimiento de la Norma:** se considera que cada uno de los establecimientos de atención que realizan atención del embarazo, de la condición prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de la etapa neonatal, deben disponer en su arsenal de conocimiento y responsabilidad administrativa, la **Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (Cone) en el Sistema Nacional de Salud**, de libre acceso para quienes realizan las actividades inherentes al CONE. De igual manera todo el personal de salud involucrado en las actividades del CONE debe estar en capacidad de responder a un cuestionario básico que pruebe su conocimiento.

**Indicadores:**

Porcentaje de disponibilidad de la norma =

$$\frac{\text{Nº de establecimientos que disponen de la norma de libre acceso (evaluados)}}{\text{Total de establecimientos que realizan CONE (evaluados)}} \times 100$$

Porcentaje de personal que conoce la norma =

$$\frac{\text{Nº de personas de salud que responden adecuadamente (evaluados)}}{\text{Total de personas que deben practicar el CONE (evaluados)}} \times 100$$

**Responsable:** Dirección Nacional de Normatización/MSP (DNN/MSP)

**Aplicación de la Norma:** se debe realizar periódicamente una visita de comprobación de la aplicación del CONE, al menos semestral, por parte de los responsables de la Dirección de Gestión y Calidad de los Servicios así como el apoyo y análisis de los resultados por la DNN/ MSP, en las unidades de Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

**Indicadores:**

Porcentaje de establecimientos que aplican efectivamente la norma =

$$\frac{\text{Nº de establecimientos que realizan actividades de CONE (evaluados por reportes)}}{\text{Total de establecimientos que deben realizar CONE de un espacio geográfico}} \times 100$$

Porcentaje de personal que aplica la norma =

$$\frac{\text{Nº de personas de salud que realizan actividades de CONE (evaluados)}}{\text{Total de personas que deben practicar el CONE (evaluados)}} \times 100$$

**Responsable:** Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios/MSP + Dirección Nacional de Normatización/MSP

**Actividades cumplidas de la Norma:** mediante observación directa y encuesta de conocimiento, aplicadas durante las reuniones mensuales de los Equipos de Mejora Continua de la Calidad en todos los niveles de aplicación del CONE (Comunitario, Básico y Avanzado), a través de la evaluación de los Estándares de Calidad y Cumplimiento, se registra, analiza y reporta el nivel de cumplimiento y la necesidad de solución de los eventuales problemas que encontrarse, en:

1. Atención obstétrica
2. Atención neonatal
3. Ciclo mensual de mejora continua de la calidad
4. Notificación de mortalidad materna y neonatal
5. Consolidación y análisis de la información disponible

**Indicador general:**

$$\text{Porcentaje de cumplimiento efectivo de la norma en un aspecto de CONE} = \frac{\text{Nº de HCU en las que se cumple un Estándar de CONE (evaluados)}}{\text{Nº de HCU evaluadas}} \times 100$$

**Responsable:** Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios/MSP

Los reportes de cumplimiento de la aplicación de Estándares de actividades de CONE son recolectados, agregados, analizados e informados por la Dirección Nacional de Gestión y Calidad de los Servicios para el conocimiento y toma de decisiones por cada uno de los estamentos del Sistema Nacional de Salud que tienen relación con la Estrategia CONE.

## VI. Referencias

1. Plan de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal – MSP 2008.
2. MAIS-FCI, 2013 Objetivo General, cap. 4.3 pág.56
3. Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Referencia inversa y transferencia del sistema Nacional de Salud, cap.5.
4. Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Referencia inversa y transferencia del sistema Nacional de Salud, cap. 6.
5. Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Referencia inversa y transferencia del sistema Nacional de Salud, cap.7.
6. MAIS-Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud, pág. 57. MSP 2013.
7. CEPAL- 2010.
8. Maternal Health Around the World, WHO Geneva 1997.
9. AIEPI Neonatal, Manual de Capacitación, Introducción, OPS-OMS Washington USA 2005.
10. MSP-DNN-Salud de la Niñez-Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Neonatal.
11. Estado Mundial de la infancia 2011. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, pág. 95-96. Febrero 2011.
12. Estado Mundial de la infancia 2011. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, pág. 95-96. Febrero 2011.
13. Unicef , Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2011.
14. MSP, INEC, OPS, Indicadores Básicos de Salud, 2009.
15. ENDEMAIN 2004. Ecuador.
16. Constitución de la República 2008, Art.95.
17. MAIS- 2013, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, pág. 65.
18. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1669&Itemid=1654&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1669&Itemid=1654&lang=es), EVIPNet de las Américas.
19. Paxton, Maine, Fredman, Fry & Lobis, 2005)(Hu, Bertozzi, Gakidou, Sweet & Goldie, 2007) (Van Lomkhuijzen, Dijkman, van Roosmalen, Zeeman & Sherpbier, 2010)(Goldie, Sweet, Carvalho, Natchu & Hu, 2010)(Nyamtema, Urasa & van Roosmalen, 2011)
20. Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2011, pág.17.

21. MAIS - 2013.
22. Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional, Art. 45, Direccionamiento Estratégico.
23. Manual de estándares indicadores e instrumentos para medir la calidad de atención materno – neonatal – MSP 2008.
24. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normatización – Salud de la Niñez – Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal.
25. MSP-DPSP- AREA 12. CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL. “Maternidad segura un derecho de todas”. Cayambe. Mayo 2011.
26. Mercier CE, Barry SE, Paul K, et al. Improving newborn preventive services at the birth hospitalization: a collaborative, hospital-based quality-improvement project. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):481-8.
27. Horbard JD. The Vermont Oxford Network: evidence-based quality improvement for neonatology. *Pediatrics* 1999;103(1 Suppl):350-9.
28. Sackett DI, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't? *Br Med J*. 1996;312:71-72.
29. Rogowski JA, Horbar JD, Staiger DO, et al. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low-birth-weight infants. *JAMA*. 2004 Jan 14;291(2):202-9.
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual para la vigilancia epidemiológica e investigación de la mortalidad materna. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2006.
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Consejo Nacional de Salud. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 4ta reimpr. Quito: Consejo Nacional de Salud; 2007
32. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Registro Oficial 1994;(Supl.523).
33. Dirección Nacional de Normatización. Por una maternidad y nacimientos seguros. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2009
34. OPS/ OMS. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO. 2000 – 2015. Washington DC., 2000
35. Rogowski JA, Horbar JD, Staiger DO, et al. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low-birth-weight infants. *JAMA*. 2004 Jan 14;291(2):202-9.
36. World Health Organization. ICD-10: INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES AND RELATED HEALTH PROBLEMS: TENTH REVISION. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2004.

37. Henriquez R, Rodríguez A, López-Pulles R, González-Andrade F, Ábalos E, Chapman E. Síntesis de la Evidencia para Informar Políticas de Salud. Reducción de la Mortalidad Materna en Ecuador: Opciones de Política para Mejorar el Acceso a Atención Materna Calificada y de Calidad. Quito: Ministerio de Salud Pública; Octubre de 2011.
38. Paxton A, Maine D, Freedman L, Fry D, Lobis S. The evidence for emergency obstetric care. *International journal of gynaecology and obstetrics* 2005;88(2):181-93
39. Nyamtema AS, Urassa DP, van Roosmalen J. Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC pregnancy and childbirth* 2011;11:30.
40. Hu D, Bertozzi SM, Gakidou E, Sweet S, Goldie SJ. The costs, benefits, and cost effectiveness of interventions to reduce maternal morbidity and mortality in Mexico. *PloS one* 2007;2(8):e750
41. Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, Natchu UCM, Hu D. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: a cost-effectiveness analysis. *PLoS medicine* 2010;7(4):e1000264.
42. van Lonkhuijzen L, Stekelenburg J, van Roosmalen J. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2009 Jan;(3):CD006759.



ISBN 978-9942-07-473-7



9 789942 074737



Ministerio  
de Salud Pública