PLAN SECTORIAL DE SALUD 2025 - 2029

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

IESS

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICÍA NACIONAL
ISSPOL

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
ISSFA
SERVIR, PROTEGER, INNOVAR

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células
INDOT

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

Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria

INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA
Dr. Leopoldo Izquieta Pérez

Septiembre 2025

EL NUEVO ECUADOR

Elaboración del Plan Sectorial de Salud 2025- 2029
Ministerio de Salud Pública, 2025

Equipo de Coordinación:
Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica
  Dirección de Planificación e Inversión
Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud
  Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud
Coordinación General de Sostenibilidad del Sistema y Recursos
  Dirección Nacional de Estadística y análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud

Equipo de la Red Pública Integral de Salud
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS
Policía Nacional
Seguro Social Campesino

Equipo Técnico:
Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud y sus Direcciones Nacionales
Subsecretaría de Promoción de la Salud, Interculturalidad e Igualdad y sus Direcciones Nacionales
Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel
Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados
Subsecretaría de Gestión de Operaciones y Logística en Salud

Adscritas:
Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA
Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública – INSPI
Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células – INDOT

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 8
2. MARCO NORMATIVO 9
3. MARCO CONCEPTUAL 19
4. PERIODICIDAD Y ALCANCE 25
5. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR 25
5.1 Determinantes de las condiciones de salud de la población 25
5.1.1 Determinantes sociales 25
5.1.1.1 Pobreza y extrema pobreza por ingresos 25
5.1.1.2 Educación y analfabetismo 26
5.1.1.3 Seguridad social 27
5.1.1.4 Seguro social campesino 27
5.2 Determinantes de las condiciones de salud de la población del subsistema de salud 28
5.2.1 Determinantes sociales subsistema de salud 28
5.3 Determinantes conductuales 32
5.3.1 Violencia basada en género 32
5.3.2 Determinantes conductuales o de estilo de vida en el subsistema de salud 33
5.4 Determinantes biológicos 34
5.4.1 Tendencias Demográficas 34
5.4.2 Embarazo en niñas y mujeres adolescentes 34
5.4.3 Determinantes biológicos en el subsistema de salud 35
5.5 Determinantes ambientales sobre la salud 36
5.5.1 Determinantes ambientales sobre la salud subsistema de salud 38
5.6 Análisis de brechas en salud 38
5.7 Limitado acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud 40
5.7.1 Coberturas 41
5.7.1.1 Control prenatal y control de niño sano 41
5.7.2 Salud Intercultural 46
5.7.2.1 Parto en Libre Posición y Acompañamiento con Pertinencia Intercultural 46
5.7.3 Tamizaje de Neurodesarrollo 47
5.7.4 Ayudas técnicas - discapacidades 48
5.8 Insuficiente promoción de la salud, hábitos de vida poco saludables y exposición a riesgos 49
5.8.1 Promoción de la salud en el subsistema de salud 49

5.8.2 Hipertensión 50
5.8.3 Consejería Lactancia Materna y la primera hora de vida 52
5.8.4 Embarazo en la adolescencia 55
5.8.5 Barreras de acceso a servicios de salud para adolescentes 58
5.8.6 Asesorías en Planificación Familiar 60
5.9 Insuficiente vigilancia, prevención y control de enfermedades, curación y rehabilitación 61
5.9.1 Enfermedades transmisibles 62
5.9.1.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH 62
5.9.1.2 Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) 64
5.9.1.3 Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) en el subsistema de salud 65
5.9.1.4 Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida 66
5.9.1.5 Transmisión materno infantil del VIH 67
5.9.2 Enfermedades no transmisibles 69
5.9.2.1 Cáncer 69
5.9.2.2 Salud Mental 70
5.10 Baja percepción de la calidad de los servicios de salud 72
5.10.1 Infraestructuras Sanitaria inadecuada 72
5.10.2 Equipamiento Sanitario insuficiente 73
5.10.3 Problemática para el Abastecimiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos 74
5.10.3.1 Problemática para el Abastecimiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos en el subsistema 75
5.11 Información de las Entidades Adscritas 77
5.11.1 Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA 77
5.11.1.1 Subnotificación de eventos adversos 78
5.11.2 Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS 79
5.11.2.1 Vigilancia Sanitaria de la calidad de los servicios de salud 79
5.11.3 Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública – INSPI 82
5.11.3.1 Brecha en Investigación 87
5.11.4 Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células – INDOT 89
6. PROPUESTA 99
6.1 Objetivos Sectoriales 99
7. Indicadores 100
8. Metas Sectoriales 102
9. MODELO DE GESTIÓN 114
9.1 Responsable por Objetivo y Meta Sectorial 120

9.2 Presupuesto Referencial 128
10. PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS 131
11. Bibliografía 138
12. Siglas y Acrónimos 139
13. Glosario de Términos 140
14. Anexos 142

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distributivo de cobertura 28
Tabla 2. Efectos de la condición laboral 29
Tabla 3. Distribución de población por provincias 31
Tabla 4. Fajas etarias 35
Tabla 5. Causa y efectos de las patologías entre los servidores policiales. 36
Tabla 6. Muertes maternas en el Ecuador 41
Tabla 7. Muertes maternas según lugar de residencia 42
Tabla 8. Coberturas 2021 – 2025 43
Tabla 9. Porcentaje 2021 - 2025 43
Tabla 10. Coberturas 2023 – 2025 44
Tabla 11. Coberturas 2023 - 2025 44
Tabla 12. Histórico de tamizajes realizados 48
Tabla 13. Número de atenciones brindadas en establecimientos del primer nivel de atención en salud 51
Tabla 14. Porcentaje de niñas/os menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva a nivel provincial 53
Tabla 15. Cobertura de asesoría en planificación familiar en población en edad fértil hombres y mujeres de 10 a 49 años. Red pública integral de salud 2016 -2024 60
Tabla 16. Número de egresos y muertes hospitalarias por cáncer 69
Tabla 17. Egresos hospitalarios-causas de morbilidad trastornos mentales y del comportamiento 70
Tabla 18. Evaluación y resultados de alarmas por unidades de salud 73
Tabla 19. Asignación presupuestaria requerida 74
Tabla 20. Distribución de establecimientos de salud en el Ecuador 80
Tabla 21. Brecha territorial de talento humano, infraestructura y capacidades tecnológicas 82
Tabla 22. Atribuciones y facultades INSPI 83

Tabla 23. Pruebas especializadas de laboratorios de Vigilancia 84
Tabla 24. Presencia institucional en territorio INSPI 86
Tabla 25. Roles de las oficinas técnicas 86
Tabla 26. Síntesis de las principales problemáticas de la institución 88
Tabla 27. Trasplantes Realizados 91
Tabla 28. Lista de espera única nacional 93
Tabla 29. Condición de donantes de pacientes fallidos notificados al INDOT 94
Tabla 30. Participantes y actividades de sensibilización respecto a la actividad trasplantológica 96
Tabla 31. Participantes y actividades de capacitación respecto a la actividad trasplantológica 97
Tabla 32. Objetivos Sectoriales 100
Tabla 33. Metas Sectoriales 102
Tabla 34. Oferta actual de establecimientos de salud de la RPIS 117
Tabla 35. Responsables por Objetivos Sectoriales 120
Tabla 36. Presupuesto Referencial por Objetivo 128
Tabla 37. Servicios Públicos articulados a Objetivos Sectoriales 131

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Organización del Sistema Nacional de Salud 114
Ilustración 2. Escenarios de atención del Modelo de Atención Integral de Salud 115
Ilustración 3. Puerta de entrada al sistema nacional de salud 116
Ilustración 4. Red Integrada de Servicios de Salud 119

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pobreza y pobreza extrema en el Ecuador en el año 2024 26
Gráfico 2. Distribución porcentual de los servidores policiales activos a nivel nacional 29
Gráfico 3. Porcentaje de niñas/os menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva a nivel provincial 53
Gráfico 4. Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes de 10 - 14 años 56
Gráfico 5. Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes de 15 - 19 años 56
Gráfico 6. Incidencia anual de casos notificados por VIH/sida, Ecuador, 1984-2024 63
Gráfico 7. Personas que iniciaron PrEP, desagregado por grupo de edad, 2024. 64
Gráfico 8. Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral y presentan carga viral suprimida, bajo el umbral <1000 copias/ml, por sexo, desde el año 2018 a 2024, Ecuador 67
Gráfico 9. Tendencia anual de la transmisión materno infantil de VIH, 2018 al 2024. 68
Gráfico 10. Porcentaje de Abastecimiento de Medicamentos – dic. 2024 sep. 2025. 76
Gráfico 11. Pruebas Especializadas por Periodo 84
Gráfico 12. Número de proyectos I+D+i aprobados con financiamiento externo 88
Gráfico 13. Trasplantes realizados por año 91
Gráfico 14. Donantes Validos de Muerte Encefálica 92
Gráfico 15. Tasa de Donantes 93
Gráfico 16. Participantes de las actividades de sensibilización 97
Gráfico 17. Número de actividades de sensibilización 97
Gráfico 18. Participantes de las capacitaciones 98
Gráfico 19. Número de capacitaciones 98

1. INTRODUCCIÓN

La Constitución de la República del Ecuador establece que el sistema de salud, a través de las instituciones que lo conforman, debe garantizar la promoción de la salud, la prevención y la atención integral, familiar y comunitaria, sustentadas en la atención primaria. Asimismo, dispone la obligación de articular los diferentes niveles de atención y de fomentar la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

En este marco, la Red Pública Integral de Salud, como parte del Sistema Nacional de Salud, está integrada por un conjunto articulado de establecimientos estatales, de seguridad social y otros proveedores públicos, vinculados entre sí mediante relaciones jurídicas, operativas y de complementariedad. Entre estas instituciones se encuentran el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional y la Dirección de Gobernanza de la Salud y Sanidad Militar del Ministerio de Defensa Nacional. Asimismo, forman parte de la Red las entidades adscritas al MSP: la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT) y el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI).

En el proceso de formulación del plan se han considerado como insumos los objetivos, metas e indicadores del Plan Nacional de Desarrollo “Ecuador No se Detiene” 2025–2029, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018–2030 y la Guía de Planificación Institucional GPR.

Los referidos miembros del sector salud, aportaron en la elaboración del Plan Sectorial de Salud, considerando los servicios más relevantes en el ámbito de la salud, y, estructurando las fichas sectoriales y las fichas de metas con la información correspondiente, data con la cual se ha consolidado la información generada en el presente documento.

Adicionalmente, se ha considerado como herramienta de consulta, el Plan Decenal de Salud 2022-2031, emitido con Acuerdo Ministerial No. 00083-2022 de 04 de julio de 2022, el cual es un instrumento jurídico a través del cual se instituye la política nacional destinada a mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población del Ecuador y hacer efectivo el derecho a la salud garantizada en la Constitución de la República y en los instrumentos internacionales.

El Plan Sectorial de Salud, procura disponer de elementos orientadores para la gestión del sector a nivel nacional mediante objetivos e indicadores sectoriales; para ello los actores del Sistema Nacional de Salud, han sido los articuladores fundamentales en el proceso de construcción para tal fin; para lo cual, se ha utilizado la metodología de planificación participativa de los actores del Sistema Nacional de Salud (SNS), con base a las demandas nacionales respecto a una percepción de fracaso ante el nivel de respuesta a nuevos perfiles epidemiológicos como por ejemplo, la pandemia ocasionada por la COVID-19; por tanto, se han recogido estos aportes, como insumos para la formulación del Plan Sectorial de Salud 2025-2029.

2. MARCO NORMATIVO

Constitución de la República del Ecuador 2008, publicada mediante Registro Oficial 449 del 20 de octubre de 2008

Artículo 3.- *Son deberes primordiales del Estado:*

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (…)"

Artículo 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.

Artículo 46.- *El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:*
"1.- Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos (…)".

Artículo 47.- *El Estado garantiza políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. (…)"*

Artículo 340.- *Señala que: El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo.*

El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación. (…)"

Artículo 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.

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

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.

Artículo 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.*

Artículo 362 *Prevé que "los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, (…). 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".*

Artículo 363*.- El Estado será responsable de:*
1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral de salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. (…)".

Artículo 373*.- El seguro social campesino, que forma parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, será un régimen especial del seguro universal obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal; se financiará con el aporte solidario de las personas aseguradas y empleadoras del sistema nacional de seguridad social, con la aportación diferenciada de las jefas o jefes de las familias protegidas y con las asignaciones fiscales que garanticen su fortalecimiento y desarrollo. El seguro ofrecerá prestaciones de salud y protección contra las contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte".*

Ley Orgánica de Salud 2006, publicada en Registro Oficial Suplemento 423 del 22 de diciembre de 2006

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

***Artículo 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.*

***Artículo 6**.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:*

***(…)** 1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el Artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;*

2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud; (…).

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

***Art. 3.-** El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos: 1. Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada. 2. Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración. 3. Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables. 4. Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector. 5. Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.*

Ley Orgánica para la regulación y control de tabaco – LORCT, publicada en el Registro Oficial 497 del 22 de julio de 2011

Esta ley aborda las responsabilidades del Estado, restricciones para la venta, disposiciones del empaquetado, etiquetado, advertencias y presentación, disposiciones de la publicidad, promoción y patrocinio, restricciones al consumo, disposiciones de la participación ciudadana y acción pública, y medidas fiscales.

Ley Orgánica de personas con Discapacidad, publicada en el Registro Oficial Cuarto Suplemento Nº 73 de fecha 03 de julio de 2025

***Artículo 1**.- Objeto; Esta Ley tiene por objeto garantizar la plena vigencia y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, previstos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales y la normativa conexa relativa al ámbito de la discapacidad; con enfoque inclusivo, de derechos humanos, género, intergeneracional e intercultural, para garantizar la igualdad real y la no discriminación por discapacidad.*

***Artículo 2**.- Ámbito; Esta ley ampara a las personas con discapacidad y sus parientes, personas en calidad de sustitutas o cuidadoras, los representantes legales y las personas jurídicas públicas y privadas sin fines de lucro dedicadas a la atención, protección y cuidado de las personas con discapacidad. El ámbito de aplicación de la presente Ley abarca los sectores público y privado.*

***Artículo 21**.- Medicamentos, insumos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas. - El ente rector del Sistema Nacional de Salud procurará que la red pública integral de salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos, dispositivos e insumos médicos de forma gratuita, requeridos para la atención de las personas con discapacidad. Se dará preferencia a quienes requieran medicamentos, dispositivos e insumos médicos durante toda su vida. (…)"*

Las órtesis, prótesis y ayudas técnicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, se entregarán de forma gratuita por el ente rector del Sistema Nacional de Salud o los sistemas de seguridad social que conforman la red pública integral de salud, quienes deberán garantizar su disponibilidad y distribución, además de la reparación en casos de órtesis y prótesis, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos."

***Artículo 107**. El ente rector del Sistema Nacional de Salud fortalecerá el proceso para la calificación de la discapacidad, para lo cual emitirá la normativa correspondiente, que incluirá los procedimientos e instrumentos técnicos, que serán de estricta observancia por parte de los equipos calificadores acreditados, quienes realizarán la calificación, recalificación y registro de las personas con discapacidad. El ente rector del Sistema Nacional de Salud deberá en cualquier caso intervenir a petición de parte para requerir a las autoridades competentes que reconozcan a los administrados los derechos previstos en esta Ley, en el caso de que los mismos no hayan sido debida u oportunamente reconocidos. (…)"*

***Artículo 108.** Calificación y recalificación. -El ente rector del Sistema Nacional de Salud realizará la calificación de discapacidades, capacitará y acreditará al personal técnico especializado en clasificación, valoración y métodos para la calificación de las discapacidades. La calificación de discapacidades es un proceso a través del cual los equipos calificadores especializados aplican los procedimientos e instrumentos técnicos generados por el ente rector del Sistema Nacional de Salud.*

***Artículo 111**.- Documento habilitante. - "La cédula de identidad que acredite la condición de discapacidad, de acuerdo con la calificación y el registro correspondiente, es suficiente para acogerse a los derechos y medidas de acción afirmativa de esta Ley. Así mismo es el único documento requerido para todo trámite en los sectores público y privado. El certificado de votación no será exigido para ningún trámite público o privado (…)".*

Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células

***Artículo 1.- Objeto. -** La presente Ley garantiza el derecho a la salud en materia de trasplantes, a través de la regulación de las actividades relacionadas con la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células de humanos, además de los productos derivados de ellos, incluyendo la promoción, donación, extracción, preparación, almacenamiento, transporte, distribución y trasplante.*

Esta Ley tiene por objeto promover la actividad trasplantológica en el país, así como consolidar el Sistema Nacional Integrado de Donación y Trasplantes que fortalezca el sistema público y actúe bajo la rectoría del Estado, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, garantizando el cumplimiento de los derechos consagrados en la Constitución de la República y en estricta observancia con las disposiciones constantes en los tratados e instrumentos internacionales vigentes sobre el genoma humano, los datos genéticos y la bioética.

Código de la Niñez y Adolescencia publicado mediante Registro Oficial 737 del 31 de enero de 2003

***Artículo 27**.- Derecho a la salud: Detalla explícitamente en sus 10 numerales, los derechos de niños, niñas y adolescentes para alcanzar el más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.*

***Artículo 28**.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud: Establece las obligaciones del Estado, que implican al Ministerio de Salud Pública referentes a las políticas y otras intervenciones que garanticen el crecimiento, desarrollo y estado de salud de niños y niñas.*

Ley para la prevención y asistencia integral del VIH/Sida, publicada mediante Registro Oficial, Suplemento 58 de 14 de abril de 2000

***Artículo 1**.- Se declara de interés nacional la lucha contra el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) para los cual el Estado fortalecerá la prevención de la enfermedad; garantiza una adecuada vigilancia epidemiológica; y, facilitará el tratamiento a las personas afectadas por el VIH; asegurará el diagnóstico en bancos de sangre y laboratorios, precautelará los derechos, el respeto, la no marginación y la confidencialidad de los datos de las personas afectadas con el virus de Inmuno Deficiencia Adquirida.*

***Artículo 7**.- Ninguna persona será discriminada a causa de estar afectada por el VIH/SIDA o fallecer por esta causa.*

***Artículo 8**.- Todo profesional de la salud está obligado a diagnosticar, atender o referir a otro nivel cuando no pueda resolver el problema de las personas afectadas por el VIH/SIDA que vayan en demanda de sus servicios.*

La persona o institución que no brinde la atención demandada será responsable por negligencia, debiendo ser juzgada y sancionada, por las autoridades competentes de acuerdo con la Constitución Política y leyes de la República.

Decreto Ejecutivo No. 1290, publicado en el Registro Oficial Suplemento 788 de 13 de septiembre de 2012, y reformado mediante Decreto Ejecutivo No. 544 de 30 de enero de 2015

Artículo 9.- *"La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez, será el organismo técnico encargado de la regulación, control técnico y*

vigilancia sanitaria de los siguientes productos: (…) medicamentos en general, (…) dispositivos médicos, reactivos bioquímicos y de diagnóstico, fabricados en el territorio nacional o en el exterior, para su importación, exportación, comercialización, dispensación y expendio, incluidos los que se reciban en donación (…), relacionados con el uso y consumo humano (...)" .

Decreto Ejecutivo no. 703, publicado en el suplemento del Registro Oficial 534, de 01 de julio de 2015 y su última modificación el 27 de noviembre de 2015

Artículo 1.- Crear la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS-, como un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, técnica, económica, financiera y patrimonio propio, con sede principal en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, con jurisdicción en todo el territorio nacional".

"Artículo 2.- La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS-, será la institución encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud.

Decreto Ejecutivo Nro. 1211 de 15 de diciembre de 2020 – Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil

Artículo 1*. - Aprobar la implementación de la "Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición" que tiene por objetivo, según su Artículo 1 «prevenir la desnutrición crónica infantil y reducir su prevalencia en niños y niñas menores de 24 meses de edad, conforme los objetivos planteados en la agenda 2030, a través de la implementación del denominado "Paquete Priorizado" de bienes y servicios destinado a atender a la población objetivo que será monitoreado nominalmente y cuya asignación presupuestaria se garantiza con la aplicación de la metodología Presupuesto por Resultados.*

Artículo 2*. - Del Paquete Priorizado se define como como "Paquete Priorizado", al conjunto de bienes y servicios destinados a atender a gestantes y a niños y niñas menores de 24 meses de edad, el cual permitirá el monitoreo oportuno y de calidad del desarrollo infantil integral de la población objetivo, y su incidencia directa en la disminución de la desnutrición crónica infantil.*

Artículo 3*.- Constituye al Ministerio de Salud Pública como una de las entidades responsables de la provisión y articulación del "Paquete Priorizado".*

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) - Acuerdo Ministerial Nro. 0030 del 7 de julio de 2020

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional del Ecuador, ha implementado cambios estructurales en el Sector Salud que permitan el cumplimiento del mandato constitucional;

para el efecto ha implementado el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con enfoque familiar, comunitario e intercultural, que rige para el desarrollo de la Red Pública Integral de Salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS establece "La organización de los servicios de salud en niveles de atención, permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutiva y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población (…)" (MSP, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2018), y establece:

- *La demanda de servicios de salud: El MAIS responde a las necesidades de cuidado, potencialización y protección de la salud de la población, considerando el enfoque de género, grupo generacional por ciclos de vida, étnico-cultural, organizativo y territorial.*

- *La oferta de servicios de salud: Comprende a los actores del Sistema Nacional de Salud y los subsistemas reconocidos en la Constitución de la República, en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y la Ley Orgánica de Salud. Esta oferta abarca los servicios del sistema médico occidental y del sistema ancestral y alternativo.* (MSP, 2020)

Mediante Acuerdo Ministerial Nro. 0030 del 7 de julio de 2020 y publicado en el Registro Oficial Nro. 248 del 17 de julio de 2020, se emite el "Reglamento para Establecer la Tipología de los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud", en el que se establece el MAIS.

Ley de Seguridad Social – IESS, Registro Oficial Suplemento 465 de 30 de noviembre de 2001, Reformado 01 de noviembre de 2022

Artículo 102.- *Alcance de la Protección. - El Seguro General de Salud Individual y Familiar protegerá al asegurado contra las contingencias de enfermedad y maternidad, dentro de los requisitos y condiciones señalados en este Título (…).*

Artículo 103.- *Prestaciones de salud. — La afiliación y la aportación obligatoria Seguro General de Salud Individual y Familiar otorgan derecho a las siguientes prestaciones de salud:*

a. *Programas de fomento y promoción de la salud;*
b. *Acciones de medicina preventiva, que incluyen la consulta e información profesional, los procedimientos auxiliares de diagnóstico, los medicamentos e intervenciones necesarias (…).*
c. *Atención odontológica preventiva y de recuperación, con sujeción a los protocolos elaborados por el Ministerio de Salud pública con asesoría del Consejo Nacional de Salud, CONASA;*
d. *Asistencia médica curativa integral y maternidad, que incluye la consulta profesional, los exámenes y procedimientos de diagnóstico, los actos quirúrgicos, la hospitalización, la entrega de fármacos y las demás acciones de recuperación.*
e. *Tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, dentro del régimen de seguro colectivo que será contratado obligatoriamente por la administradora, bajo su responsabilidad, para la atención oportuna de esta prestación, sin que esto limite los beneficios o implique exclusiones en la atención del asegurado, con sujeción al Reglamento General de esta Ley; y,*
f. *Tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública, bajo la modalidad de un fondo solidario financiado con el aporte obligatorio de los afiliados y empleadores y la contribución obligatoria del Estado.*

En todo caso, las prestaciones de salud serán suficientes y adecuadas para garantizar la debida y oportuna atención del sujeto de protección. Cuando el sujeto de protección sufriere complicación o complicaciones, la prestación de salud se extenderá a tales complicaciones.

Las unidades médicas del IESS o los demás prestadores acreditados, según el caso, proporcionarán al sujeto de protección la prestación de salud suficiente, que incluirá los servicios de diagnóstico auxiliar, el suministro de fármacos y hotelería hospitalaria, establecidos en los respectivos protocolos y tarifario, bajo su responsabilidad. Dentro de estos límites, no habrá lugar a pago alguno por parte del sujeto de protección.

***Artículo 104**.- Contingencia de Enfermedad. - En caso de enfermedad, el afiliado tendrá derecho a:*
La asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación, con sujeción a los protocolos de diagnóstico y terapéutica elaborados por los especialistas médicos del IESS y aprobados por la administradora de este Seguro; (…)"

***Artículo 128.-** Son beneficiarios de las prestaciones del Seguro Social Campesino, el jefe de familia, su cónyuge o conviviente con derecho, y sus hijos y familiares que viven bajo su dependencia, acreditados al momento de la afiliación o en algún otro momento anterior a la solicitud de prestación con una antelación no menor de tres (3) meses. Para efectos de la presente Ley, entiéndase por Jefe de Familia, al hombre o mujer soporte económico principal del hogar. En ningún caso se podrá discriminar, excluir o limitar a cualquier persona por razón de sexo, a fin de acceder a las prestaciones del Seguro Social Campesino.*

***Artículo 130**.- Lineamientos de política. - Las prestaciones de salud y maternidad que ofrecerá el Seguro Social Campesino a la población rural comprenderán acciones de: promoción de la salud; prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales; recuperación y rehabilitación de la salud del individuo; atención odontológica preventiva y de recuperación; y, atención del embarazo, parto y puerperio. Se pondrá énfasis en los programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario de las áreas rurales, sin perjuicio del derecho de los campesinos a la libre elección del prestador de servicios médico-asistenciales, de segundo y tercer nivel de complejidad médica, público o privado, dentro de los requisitos y condiciones que establecerá la Administradora del Seguro General de Salud Individual y Familiar.*

Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social aprobado con Resolución No. C.D. 535

Misión de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar

Administrar el Seguro General de Salud Individual y Familiar, a fin de garantizar el otorgamiento de las prestaciones de salud y económicas a los afiliados y beneficiarios del IESS.

Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional – Ley 90 de 01 de junio de 1995, Reformado 30 de marzo de 2009

Artículo 44.- *El seguro de Enfermedad y Maternidad es la prestación en especie que otorga el ISSPOL, al asegurado en servicio activo y pasivo, dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y a policías, mediante el servicio de medicina preventiva, asistencia médico-quirúrgica, obstétrica, odontológica, órtesis y prótesis, rehabilitación, farmacéutica, y hospitalización, de conformidad con el correspondiente Reglamento.*

Artículo 46.- *La prestación del Seguro de Enfermedad y Maternidad se concederá en las Unidades de salud policial, y en las determinadas y contratadas por el ISSPOL, donde no existieren o fueren insuficientes tales instituciones.*

Código Orgánico De Entidades De Seguridad Ciudadana Y Orden Público

Art. 97.- "Derechos. *- Dentro de la carrera profesional, son derechos de las y los servidores policiales, además de los establecidos en la Constitución de la República y la ley, los siguientes: […] 5. Recibir asistencia médica o psicológica y los medicamentos necesarios para lesiones o enfermedades adquiridas como consecuencia del servicio o profesión, de conformidad con la normativa legal vigente"*

Reglamento General a la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional

Artículo 39.- *El seguro de enfermedad y maternidad contempla las prestaciones que el ISSPOL concede a sus asegurados con el objeto de preservar, mantener y rehabilitar su salud, protegerlos de los riesgos de enfermedad y accidentes y brindar atención por maternidad.*

Estas prestaciones se otorgarán a los asegurados del ISSPOL que hayan cumplido con las condiciones establecidas en la Ley de Seguridad Social de la Policía Nacional y este reglamento, independientemente de que haya mora patronal.

Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL

Artículo1.- *El seguro de Enfermedad y Maternidad es la prestación en especie que otorga el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, con el objeto de proteger al asegurado de los riesgos de enfermedad y accidentes, y brindar atención por maternidad de conformidad en el Título de este Reglamento.*

Artículo 3.- *La prestación del seguro de enfermedad y maternidad se proporcionará a través del Sistema Nacional de Salud de la Policía Nacional administrado por la Dirección Nacional de Salud, en los establecimientos que integran la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria.*

Artículo 43.- *El ISSPOL, cubrirá los valores que demande el Servicio de Enfermedad y Maternidad, por atención al profesional policial, al pensionista, al derechohabiente o al dependiente, por parte de la Unidad de Salud Policiales o en los establecimientos que integran la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, según lo establecido en el Título de este reglamento.*

Ley de Seguridad de las Fuerzas Armadas – Registro Oficial Suplemento 995 de 07 de agosto de 1992. Reformado 09 marzo de 2011.

Artículo 51.- *El Seguro de Enfermedad y Maternidad es la prestación que protege al asegurado en servicio activo y pasivo, sus dependientes y derechohabientes, aspirantes a oficiales y tropa y conscriptos (…).*

Artículo 52*.- La mujer militar, la cónyuge o la mujer que mantiene unión libre, estable y monogámica con el asegurado, tiene derecho al Seguro de Maternidad, que comprende asistencia pre y postnatal y asistencia gineco - obstétrica necesaria durante el embarazo, parto y puerperio.*

Artículo 53.- *Este seguro se otorga en las unidades de salud militar de las Fuerzas Armadas y en las particulares, determinadas y contratadas por el ISSFA, donde no asistieren o fueren insuficientes las institucionales.*

Convenio Marco Interinstitucional entre Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior el Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional y el Ministerio de Salud Pública.

El Convenio, tiene como objeto la articulación entre los miembros de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), para establecer mecanismos y directrices de cooperación en los ejes de gobernanza, organización, modelo asistencial, cooperación nacional e internacional y emergencias sanitarias que regirán a la RPIS, con el fin de contribuir a la mejora de la eficiencia y eficacia de los objetivos de este convenio; garantizando el derecho constitucional a la salud. Para cumplimiento del presente convenio los miembros de la RPIS podrán suscribir convenios específicos.

Acuerdo Ministerial 00049-2022Reglamento para la Gestión del Suministro de Medicamentos y Dispositivos Médicos y Control Administrativo Financiero

Art. 1.- El presente Reglamento tiene por objetivo proporcionar directrices para gestionar, monitorear y evaluar los diferentes procesos de la cadena de suministro de medicamentos y dispositivos médicos, así como, el sistema de información transversal en cada uno de los procesos y su control administrativo financiero, de conformidad con la normativa vigente.

Art. 2.- Las disposiciones del presente Reglamento serán de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud y entidades de la Red Pública Integral de Salud - RPIS.

Acuerdo Ministerio de Salud Pública 00172-2023

Apruébese y autorícese la publicación del Protocolo denominado: "Profilaxis previa a la exposición frente a la infección por VIH en Ecuador".

Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública Nro. 0031-2025 de 18 de septiembre de 2025

Artículo 1.- Al amparo de lo determinado en el artículo 57 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública y del numeral 30 del artículo 1.2 de su Reglamento General, se requiere a las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud, adopten las medidas necesarias para agilitar el aprovisionamiento de medicamentos, bienes estratégicos en salud y los servicios conexos; y evalúen la situación institucional a fin de que determinen la pertinencia de efectuar la declaratoria de emergencia institucional en cada subsistema de salud.

Artículo 2. Disponer a las instituciones que pertenecen a la Red Pública Integral de Salud que apliquen de manera obligatoria los principios establecidos en el artículo 4 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública en lo correspondiente a los procedimientos de aprovisionamiento de medicamentos, bienes estratégicos en salud y servicios conexos, necesarios a fin de garantizar su disponibilidad y acceso y, en caso de corresponder, declaren la emergencia a través de su máxima autoridad mediante resolución debidamente motivada y justificada.(…)"

3. MARCO CONCEPTUAL

De conformidad con los lineamientos de la formulación del Plan Sectorial, emitido por el ente rector de la planificación, en el presente apartado se describen los términos utilizados en las normativas vigentes de la planificación nacional:

Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (SNP, Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, 2025 reformado)

El Artículo 9 establece: *"**Planificación del desarrollo**. - La planificación del desarrollo se orienta hacia el cumplimiento de los derechos constitucionales, el régimen de desarrollo y el régimen del buen vivir, y garantiza el ordenamiento territorial. El ejercicio de las potestades públicas debe enmarcarse en la planificación del desarrollo que incorporará los enfoques de equidad, plurinacionalidad e interculturalidad*".

El Artículo 14*: **"Enfoques de igualdad**. - En el ejercicio de la planificación y la política pública se establecerán espacios de coordinación, con el fin de incorporar los enfoques de género, étnico-culturales, generacionales, de discapacidad y movilidad. Asimismo, en la definición de las acciones públicas se incorporarán dichos enfoques para conseguir la reducción de brechas socio-económicas y la garantía de derecho"*.

El Artículo 34: *"**Plan Nacional de Desarrollo**. - El Plan Nacional de Desarrollo es la máxima directriz política y administrativa para el diseño y aplicación de la política pública y todos los instrumentos, dentro del ámbito definido en este código. Su observancia es obligatoria para el sector público e indicativa para los demás sectores".*

El Artículo 36.1: *"**De la Estrategia Territorial Nacional**. - La Estrategia Territorial Nacional (ETN) es parte constitutiva del Plan Nacional de Desarrollo y sus determinaciones tendrán carácter vinculante y serán de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones que forman parte del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa*".

El Artículo 40.2: *"**De los planes sectoriales** del Ejecutivo con incidencia en el territorio. - Serán emitidos por los ministerios correspondientes y se deberán articular con el Plan Nacional de Desarrollo y su Estrategia Territorial Nacional.*

El ente rector de la planificación nacional expedirá los lineamientos, metodologías y las regulaciones nacionales correspondientes para su formulación, reporte, validación, actualización, seguimiento y evaluación, así como para la articulación con los otros niveles de gobierno.

Los planes sectoriales del Ejecutivo con incidencia en el territorio contendrán, al menos, un diagnóstico del sector, la propuesta, el modelo de gestión, la planificación de los servicios públicos y el presupuesto respectivo del plan.

Para la actualización de los planes sectoriales del Ejecutivo con incidencia en el territorio se requerirá el informe favorable de la Ente rector de la planificación nacional, que considerará, entre otros aspectos, la visión de largo plazo contenida en el Plan Nacional de Desarrollo".

Norma Técnica del Sistema Nacional de Planificación Participativa

(SNP, NORMA TÉCNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA - A.M. SNP-SNP-0006-A, 2021)

El Artículo 3, refiere:

***Indicador de gestión**: Mide los cambios en el corto plazo, se implementan para evaluar el desempeño en base a la gestión institucional.*

***Indicador de impacto**: Mide los cambios de mediano y largo plazo, producto de la implementación articulada de políticas y/o programas y su repercusión en la sociedad.*

***Indicador de resultado**: Mide los cambios, en el corto y mediano plazo, de los beneficiarios una vez que han recibido los bienes y/o servicios producto de una intervención pública.*

***Instancia y espacio de coordinación sectorial:** Instancias de obligatoria convocatoria, destinados a la revisión, articulación, coordinación, armonización y aprobación de la política intersectorial dentro de su ámbito y con sujeción al Plan Nacional de Desarrollo.*

***Meta**: Se define como la expresión concreta y cuantificable de lo que se busca alcanzar en un período definido, sean estos impactos, resultado o gestión*

***Plan**: Conjunto de orientaciones y prioridades definidas en el ámbito técnico y político, que permiten establecer objetivos y metas de corto, mediano o largo plazo, así como las acciones para alcanzarlas.*

***Sector:** Se entiende por sector al conjunto de instituciones que se organizan en torno las áreas de intervención y responsabilidad que desarrolla el Estado.*

***Seguimiento**: Proceso sistemático periódico de observación, medición, análisis, para verificar la realización progresiva del programa, proyecto o política pública u otros instrumentos de planificación y sus resultados con el objetivo de comprobar su avance, en vista de controlar la gestión, establecer las alertas oportunas y ayudar en la toma de decisiones*

***Territorio:** Es una construcción social de carácter multidimensional y dinámico, el cual se concibe como producto de las interrelaciones del espacio físico con la población que se asienta en él, la infraestructura que se implementa para el desarrollo de sus diferentes actividades, y los mecanismos de gestión políticos e institucionales que se aplican, en base a una identidad colectiva que propicia su dinamismo y su relación con agentes externos.*

Adicionalmente se mencionan los siguientes Artículos:

*"Artículo 12**.- Planes Sectoriales**. - Los planes sectoriales son instrumentos de planificación en los cuales, a partir de las políticas y metas del Plan Nacional de Desarrollo, se definen objetivos sectoriales, indicadores y metas para su seguimiento y evaluación.*

*Artículo 13.- **Formulación de Planes Sectoriales**. - La elaboración de los planes sectoriales corresponde a los ministerios rectores. Para el efecto, el ente rector de la planificación nacional emitirá los lineamientos para la formulación y actualización de los planes sectoriales.*

*Artículo 14**.- Aprobación**. - Corresponde a los ministerios rectores, aprobar el Plan Sectorial y de la emisión del informe de validación técnica realizado por el ente rector de la planificación nacional".*

*Art. 15.- **Actualización de Planes Sectoriales**. - Para la actualización de los Planes Sectoriales se requerirá informe favorable del ente rector de la planificación nacional. Los planes sectoriales se actualizarán en función de las siguientes circunstancias: 1. Actualización del Plan Nacional de Desarrollo. 2. Cambios de estructura de los ministerios rectores.*

*Art. 16.- Para el proceso de **construcción** de los Planes Sectoriales, las entidades se sujetarán a los instrumentos metodológicos establecidos por el ente rector de la planificación nacional.*

*Art. 17.- **Vigencia**. - El Plan Sectorial tendrá la vigencia del Plan Nacional de Desarrollo y deberá estar alineado al mismo.*

*Art. 18.- **Registro de Planes Sectoriales**. - El registro y/o reporte de los planes sectoriales estará a cargo de cada entidad responsable del sector. Los planes se entregarán al ente rector de la planificación para su registro, en un máximo de 30 días a partir de la publicación del Plan Nacional de Desarrollo en el Registro Oficial.*

Definiciones Sector Salud

Atención de salud: Es el cuidado que reciben los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud. (MSP E. , 2014)

Atención integral de salud: Consiste en ofrecer de acuerdo a la complejidad de los establecimientos de salud, actividades integrales (promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y atención pre hospitalaria), desde el primer nivel de atención y continuar a otro.

Calidad en los servicios de salud: Técnica. - Atención mediante la cual se espera proporcional al paciente el máximo y más completo bienestar. Sentida. - Es la subjetividad de los usuarios, consiste en la satisfacción razonables de su necesidad, luego de la utilización de los servicios. (OPS/OMS, 2014)

Ciclo de vida: es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. (Ministerio de Salud de Colombia, 2025)

Conjunto de prestaciones-. Es una relación ordenada en la que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías, que el sistema de salud se compromete a proveer a una conectividad.

Determinantes de la salud: conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva; factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades. (MSP, 2020).

Equidad en salud. - Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.

Entidad Adscrita. - Son entidades del sector descentralizado del orden nacional o territorial con autonomía administrativa, financiera, personería jurídica y patrimonio propio, que cumplen funciones administrativas o prestan un servicio.

Investigación y desarrollo de ciencia y tecnología. - La investigación en salud pública tiene como objetivo fundamental indagar, analizar y explicar la distribución del estado de salud de las poblaciones, los factores que lo determinan, y las respuestas organizadas socialmente para hacer frente a los problemas de salud en términos colectivos. El objetivo de la investigación es develar el comportamiento y desarrollo de la ciencia y tecnología, como instrumento de transformación en la salud de la población ecuatoriana.

Nivel de atención. - Conjunto de establecimientos de salud organizados bajo un marco legal y normativo, con capacidad de resolver eficaz y eficientemente necesidades de salud de manera progresiva, acorde a sus competencias y capacidades. (MSP, Reglamento para establecer la Tipología de los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, 2020).

Nivel/grado de complejidad. - Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, dentro de un nivel de atención, alcanzado mediante la especialización y tecnificación de recursos.

El nivel de complejidad permite resolver las necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud:

Primer Nivel de Atención. - Brindan servicios de salud ambulatoria y/o de corta estancia, a través de profesionales de la salud con títulos de tercer nivel de grado, y con especialistas definidos por la Autoridad Sanitaria Nacional.

Segundo Nivel de Atención. - Corresponde a los establecimientos que prestan servicios de salud de especialidad, ambulatoria y/o con internación/ hospitalización e incluye promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Pueden contar con prestaciones de medicina alternativa y/o terapias alternativas.

Tercer Nivel de Atención. - Corresponde a los establecimientos que prestan servicios de atención de salud de especialidad y subespecialidad, en forma ambulatoria o con internación/ hospitalización; e incluye prestaciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Además, cuenta con apoyos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad en consonancia con las especialidades y subespecialidades que posee. Cuentan con tecnología especializada y de alta complejidad.

Organización del sistema nacional de salud: corresponde a la homologación de la tipología de los niveles de atención del SNS, que rige para todo el país, esto permite organizar la oferta de servicios para garantizar la capacidad resolutiva y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de las y los ciudadanos.

Promoción de la salud: La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. (OPS, https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950).

Prevención de enfermedades: Reducir la carga de la enfermedad a través del abordaje integral de salud pública que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables. (MSP, 2022).

Red Integral de Salud: Es una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

Salud Pública: es el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, e incluye servicios tales como análisis de situación de salud, vigilancia de la salud, promoción de la salud, servicios preventivos, control de enfermedades transmisibles, protección y saneamiento del medioambiente, preparación y respuesta a desastres y emergencias sanitarias, y salud ocupacional, entre otros. (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

4. PERIODICIDAD Y ALCANCE

El Plan Sectorial de Salud tendrá una vigencia por el período 2025- 2029, sujeto al Plan Nacional de Desarrollo 2025 – 2029 “Ecuador No se Detiene”, conforme lo establece la Norma Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa, orientado a dar cumplimiento a lo que establece la constitución sobre el derecho a la salud.

5. DIAGNÓSTICO DEL SECTOR

5.1 Determinantes de las condiciones de salud de la población

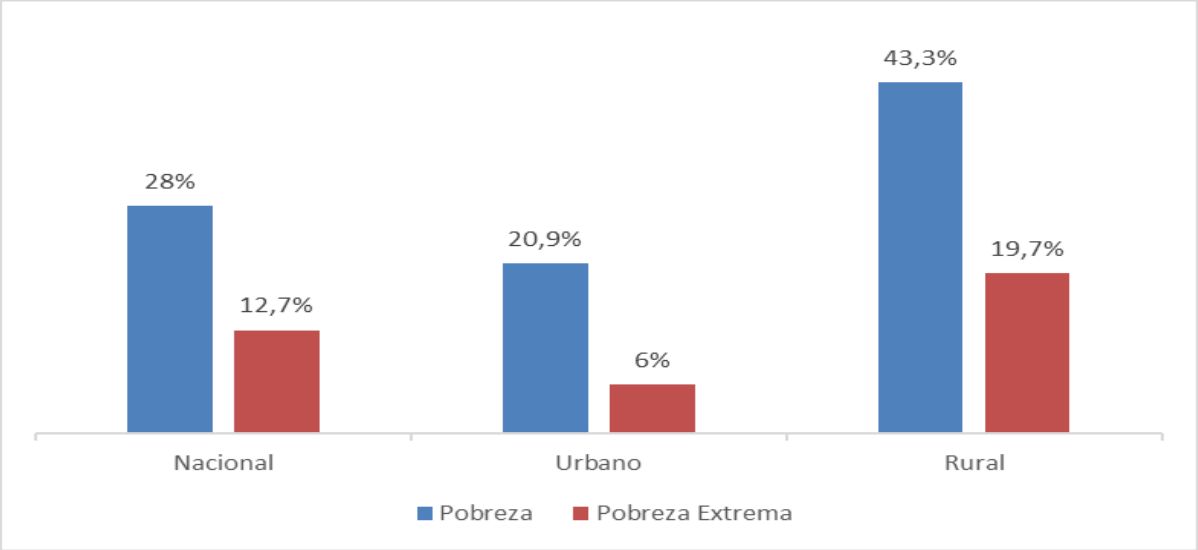
Se denominan determinantes de la salud, al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Factores complejos que al actuar de manera combinada determinan los niveles de salud de los individuos y comunidades.

5.1.1 Determinantes sociales

5.1.1.1 Pobreza y extrema pobreza por ingresos

De acuerdo con el INEC a diciembre de 2024, la pobreza y la pobreza extrema continúan afectando con mayor intensidad a la población rural. En el campo, más de cuatro de cada diez personas viven con carencias económicas severas. A nivel nacional, el 28 % de los ecuatorianos (aproximadamente 5 millones de personas) se encuentra en condición de pobreza; de estos, el 12,7 % (alrededor de 2,2 millones de personas) vive en situación de pobreza extrema.

Gráfico 1. Pobreza y pobreza extrema en el Ecuador en el año 2024



Fuente: Instituto Ecuatoriano Nacional de Estadística y Censo-INEC 2024
Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión - MSP

La crisis socioeconómica en 2020 influyó en el incremento de la pobreza extrema por ingresos hasta en un 13,10% en el escenario pesimista. En términos poblacionales pasaría de 1,54 millones de personas (línea base) a 2,3 millones, es decir que entrarían 800.000 personas en pobreza extrema. (STPE, EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA PDNA COVID 19, 2020).

El INEC estimó que sólo 3 de cada 10 hogares podían pagar el costo mensual de la canasta básica familiar (U.N, 2021). El impacto de la crisis incrementó las brechas ya identificadas de las poblaciones con mayor vulnerabilidad social tales como población perteneciente a los distintos pueblos y nacionalidades principalmente de origen indígena.

Adicionalmente, las medidas de confinamiento implementadas para controlar la transmisión del virus como sus efectos socioeconómicos han impactado particularmente en las nuevas generaciones, que hoy enfrentan mayores riesgos de rezago y abandono escolar, de desnutrición y malnutrición, y de deterioro de la salud física y mental, así como una mayor exposición a la violencia o el maltrato en el hogar y a situaciones de pobreza y trabajo infantil. (CEPAL, Panorama Social de América latina, 2021).

5.1.1.2 Educación y analfabetismo

Durante la pandemia, en el periodo escolar 2019-2020 se estima que se retiraron 65.732 alumnos a nivel nacional lo que indica que para 2020 cerca de 268.000 menores estaban fuera del sistema educativo; de igual manera, en el periodo lectivo 2020 - 2021 se estimó que 18.830 niños y niñas de

entre 3 y 4 años dejaron de asistir a los servicios de atención familiar para la primera infancia, dado que al ser una modalidad presencial el programa fue suspendido por la emergencia sanitaria. Así también 81.200 estudiantes de institutos técnicos, tecnológicos y de universidades y escuelas politécnicas interrumpieron sus estudios. (STPE, EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA PDNA COVID 19, 2020).

El cierre de escuelas también puede tener consecuencias en términos de seguridad alimentaria (OIT/CEPAL, 2020). Antes de la pandemia, cerca de 85 millones de niñas y niños en América Latina y el Caribe recibían un desayuno, un refrigerio o un almuerzo en la escuela (FAO/PMA, 2019). Si se interrumpen los programas de alimentación escolar junto con la caída de los ingresos de los hogares, aumenta el riesgo de malnutrición o desnutrición infantil, especialmente en sectores más vulnerables y de menores ingresos.

Estos eventos tendrán serias repercusiones en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que en el mediano plazo implicarán brechas de aprendizaje, mayores tasas de abandono escolar, peores condiciones de alimentación y nutrición, riesgos de la salud mental y de sufrir distintos tipos de violencia. (CEPAL, Panorama Social de América latina, 2021).

5.1.1.3 Seguridad social

La seguridad social, divide administrativamente los procesos de aseguramiento, compra de servicios médico-asistenciales, y entrega de prestaciones de salud a los afiliados.

El aseguramiento del afiliado y sus familiares, según define esta Ley, comprende la cobertura de las contingencias de enfermedad y maternidad.

La entrega de las prestaciones de salud a los afiliados se sujetará al sistema de referencia y contra-referencia y la efectuarán las unidades médicas del IESS y los demás prestadores acreditados, de conformidad con la reglamentación de la Administradora de este Seguro y a los términos contenidos en el contrato respectivo.

5.1.1.4 Seguro social campesino

En cuanto a las prestaciones de salud y maternidad que ofrece el Seguro Social Campesino a la población rural comprenderán acciones de: promoción de la salud; prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales; recuperación y rehabilitación de la salud del individuo; atención odontológica preventiva y de recuperación; y atención del embarazo, parto y puerperio.

Se pondrá énfasis en los programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario en las áreas rurales, sin perjuicio del derecho de los campesinos a la libre elección del prestador de servicio médico-asistenciales, de segundo y tercer nivel de complejidad médica, público o privado, dentro de los

requisitos y condiciones que establecerá la administradora del seguro general de salud individual y familiar.

5.2 Determinantes de las condiciones de salud de la población del subsistema de salud

5.2.1 Determinantes sociales subsistema de salud

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y las fuerzas más amplias que conforman las condiciones de la vida cotidiana. Nuestra salud está determinada en gran medida por estas causas fundamentales ajenas a la medicina, que incluyen una educación de calidad, el acceso a alimentos nutritivos y unas condiciones de vivienda y trabajo dignas. (Determinantes Sociales de La Salud, n.d.)

El subsistema de salud policial a la fecha da cobertura a 57.743 servidores policiales en servicio activo y a sus dependientes.

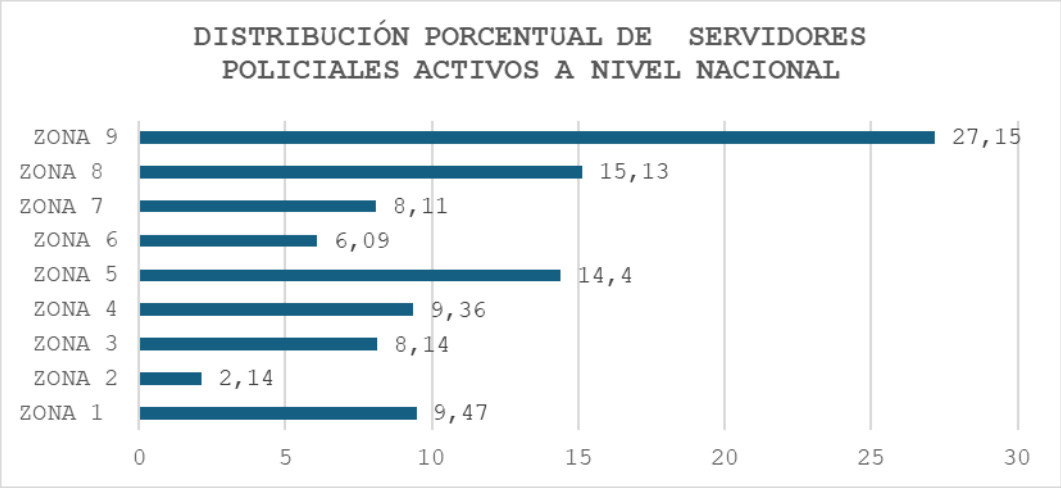
Tabla 1. Distributivo de cobertura

Modalidad	Numérico
Activo	57.743
Pasivo	23.176
Dependientes	106.680
Montepío	8.912
Total	196.511

Fuente: ISSPOL (fecha de corte 30 de mayo de 2024)

El 100% de los servidores policiales una vez que se gradúan reciben sus pases a nivel nacional siendo designados a plazas laborales fuera de su domicilio de origen encontrándose la siguiente distribución del personal a nivel nacional.

Gráfico 2. Distribución porcentual de los servidores policiales activos a nivel nacional



Fuente: Dirección Nacional de Administración de Talento Humano de la PPNN

En la gráfica 1 se observa que el mayor porcentaje de servidores policiales se encuentran distribuidos en la zona 9, zona 8 y zona 5; el menor porcentaje de servidores policiales se encuentran en la zona 2.

Los principales indicadores utilizados para clasificar la posición socioeconómica (PSE) de los servidores policiales son los ingresos, el nivel de instrucción y la ocupación. Por lo que se concluye que la PSE del servidor policial corresponde a nivel medio.

La modalidad de trabajo de los servidores policiales en la mayoría de los casos es 11 días operativos con turnos rotativos de 8 horas y 3 días franco. Esta modalidad de trabajo tiene impacto en los diferentes ámbitos de la vida del ser humano como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 2. Efectos de la condición laboral

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN	EFECTOS SOBRE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA
Condiciones de empleo	- Seguridad Social. - Horarios de trabajo prolongados. - Modalidad de pases.	-Descanso inadecuado -Sedentarismo -Enfermedades crónicas no transmisibles -Enfermedades de salud mental o consumo. -Separación familiar.
Condiciones de vivienda	-Hacinamiento en las villas. -Infraestructura y mobiliario sin mantenimiento. - Agua de cisterna en el 15 % de los comandos de policía.	-Enfermedades gastrointestinales, respiratorias, dermatológicas. -Incremento de los gastos.

CONDICIÓN	DESCRIPCIÓN	EFECTOS SOBRE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA
	- Arrendar en las plazas.	
Condiciones de salud	-Centros de salud al interior del comando. -Zona del pase: hospitales de referencia en la zona 8 y 9. -Limitado acceso a seguros de salud privados.	-Retrasos de la atención en salud de las zonas más distantes.
Transporte	-Movilización permanente -Patrullajes preventivos	-Accidentes de tránsito -Exposición a intoxicación por monóxido de carbono.
Psicosocial	-Contactos ciudadanos -Operativos -Poder -Separación de la familia como red de apoyo.	-Estrés y presión -Exposición a riesgos -Desintegración familiar -Violencia intrafamiliar
Acceso a alimentación saludable	-Alimentación fuera del hogar, dieta rica en caloría. -Horarios desordenados.	-Gastritis -Obesidad -Enfermedades metabólicas -Caries
Agua saludable	-En zonas rurales no se cuenta con agua potable y el suministro es desde la cisterna.	-Enfermedades gastrointestinales y cutáneas.
Desigualdad social	-Trabajo jerarquizado	-Limitado acceso a capacitaciones.
Estilos de vida	-Falta de atención a espacios recreativos al interior de los comandos. -Falta de cultura de planificación familiar y educación sexual. -Falta de cultura financiera	-Sedentarismo -Tiempo de ocio mal invertido. -Sobrendeudamiento -Juicios de alimentos por hijos fuera del matrimonio -Enfermedades de transmisión sexual.
Redes de apoyo	-Villas para vivienda -Viviendas fiscales -Trabajo social -Guarderías	-Servicios fortalecidos en las zonas con mayor proporción de servidores policiales. -Atenúa en cierto grado la desintegración familiar.
Discriminación y exclusión social	Para prevenirla la institución cuenta con acciones afirmativas y planes de reinserción laboral en casos de dependencia de sustancias.	

Fuente: Dirección Nacional de Atención Integral de Salud de la Policía Nacional

La Dirección Nacional de Atención Integral en Salud – DNAIS, cumple la misión de brindar atención a la población afiliada al Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional – ISSPOL, la misma incluye servidores policiales activos, pasivo, dependientes y montepío. Al formar parte de la Red Pública Integral de Salud, el servicio también puede ser provisto a la población en general. Todas las acciones de provisión de servicios de salud se los realiza a través de los 36 establecimientos de salud ubicados en todo el territorio nacional, sin embargo, los mismos se ubican en las áreas urbanas (cabecera cantonal) de cada provincia.

La Policía Nacional cumple con funciones operativas de seguridad ciudad y orden público, en todo el territorio nacional, incluyendo zonas urbanas con una alta densidad poblacional y zonas rurales de difícil acceso.

Así presentamos la distribución de población por provincia:

Tabla 3. Distribución de población por provincias

ZONA	PROVINCIA	POBLACIÓN						
		ACTIVO	DISCAPACIDAD	INVALIDEZ	MONTEPIO	RETIRO	DEPENDIENTE	TOTAL
1	CARCHI	941			137	368	1.903	3.349
	ESMERALDAS	1.085		1	249	661	3.490	5.486
	IMBABURA	2.292	2	3	358	1.343	5.242	9.240
	SUCUMBIOS	327			37	95	679	1.138
2	NAPO	471			68	156	932	1.627
	ORELLANA	167			20	55	427	669
	PICHINCHA	1.056	5	1	161	603	2.257	4.083
3	CHIMBORAZO	2.281	5	1	370	1.113	4.704	8.474
	COTOPAXI	2.051		2	267	970	4.208	7.498
	PASTAZA	327			42	203	775	1.347
	TUNGURAHUA	1.729	4		357	1.028	4.136	7.254
4	MANABI	1.631	2	2	570	1.070	4.893	8.168
	SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	1.698	5	2	302	981	4.539	7.527
5	BOLIVAR	1.528	1	1	157	692	3.086	5.465
	GALAPAGOS	35			10	34	90	169
	GUAYAS	1.746	1	2	373	623	3.776	6.521
	LOS RIOS	1.776	2	3	471	981	5.765	8.998
	SANTA ELENA	259			76	97	628	1.060
6	AZUAY	1.230	1	1	266	469	2.208	4.175
	CAÑAR	278			121	312	887	1.598
	MORONA SANTIAGO	130	1		23	112	375	641
7	EL ORO	2.157	2	2	320	753	5.036	8.270
	LOJA	2.273	1	2	317	1.119	4.546	8.258
	ZAMORA CHINCHIPE	536			38	163	1.047	1.784
8	GUAYAQUIL	4.269	2	4	1.159	2.263	13.108	20.805
	ELOY ALFARO (DURAN)	309	1		150	350	918	1.728
	SAMBORONDON	17			6	29	53	105
9	QUITO	25.661	15	12	2.508	7.971	31.878	68.045
	Total, general	58.260	50	39	8.933	24.614	111.586	203.482

Fuente: Oficio Nro. ISSPOL-DG-2025-2067-I-OF
Elaboración: Policía Nacional

La infraestructura de salud que dispone la institución se encuentra concentrada en las áreas urbanas, ciudades principales de cada provincia, esta distribución dispar, genera una brecha en el acceso a los servicios de salud para el personal policial en servicio activo, pasivo, dependientes y montepío, con la consecuente afectación de su bienestar y reflejado en el cumplimiento de su misión institucional.

Los establecimientos de salud de primer nivel brindan atención integral y cuentan con servicios como: medicina general, odontología, psicología, rehabilitación, enfermería, nutrición y laboratorio clínico. Los establecimientos de salud de tercer nivel ofrecen atención especializada en sus diferentes especialidades.

Con la tabla de población y la tabla de ubicación de los establecimientos de salud, se puede evidenciar que las zonas urbanas ubicadas en las ciudades principales de cada provincia cuentan con un acceso directo a los centros de salud y hospitales, situación diferente en las ciudades, zonas o parroquias en las que no se cuenta con el servicio. El personal debe realizar traslados a la ciudad más cercana donde se encuentre disponible el servicio, para el acceso a atención, lo cual involucra inversión de tiempo y recursos económicos, incrementando el costo de la salud, mismo que es considerado como un derecho fundamental.

Las modalidades de atención conforme el Manual del Modelo de Atención Integral de salud – MAIS, son dos: atención extramural e intramural, mismas que son desarrolladas acorde a una identificación de problemas y necesidades prioritarias de la población. Las actividades extramurales que implica identificación y mapeo de actores, fortalecimiento de organizaciones locales de salud, diagnóstico situacional participativo e intervención en los problemas y necesidades de salud, se ven mermadas por actividades intramurales que involucran únicamente la resolución de patologías, es decir el enfoque es curativo más no preventivo.

5.3 Determinantes conductuales

5.3.1 Violencia basada en género

De acuerdo con la OMS, la violencia de pareja (física, sexual y psicológica) y las agresiones sexuales, provocan en las mujeres graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo.

La violencia intrafamiliar, la violencia de género contra las mujeres y los femicidios como fenómenos sociales, también se incrementaron por efecto de la pandemia; así, provincias con mayores índices de violencia son Azuay (79,2%), Morona Santiago (78,9%), Napo (77,7%), Cañar (74,9%) e Imbabura (73,6%). Las mujeres afro ecuatorianas afirman haber sido víctimas de violencia en una proporción mayor (71,8%). El 42,8% de mujeres ha experimentado violencia por parte de su pareja y el 20,3% ha experimentado violencia en el ámbito familiar. (STPE, EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA PDNA COVID 19, 2020).

5.3.2 Determinantes conductuales o de estilo de vida en el subsistema de salud

Los determinantes conductuales o de estilo de vida son factores relacionados con las decisiones y comportamientos individuales que influyen en la salud y el bienestar de una persona. Estos determinantes, se centran específicamente en las elecciones personales que impactan directa o indirectamente en la salud. Son hábitos o comportamientos aprendidos que promueven o perjudican la salud. Aunque son decisiones personales, están influenciadas por factores como el entorno familiar y social.

- La violencia basada en género: es cualquier acto de violencia dirigido contra una persona debido a su género, identidad de género o expresión de género, y que resulta en o es probable que resulte en daño físico, sexual, psicológico o económico. La violencia basada en género en la policía se refiere tanto a:

  - La violencia que ejercen agentes policiales contra personas por motivos de género, como mujeres, personas LGBTIQ+ o personas que no se ajustan a los roles tradicionales.

  - Como también a la violencia que ocurre dentro de las fuerzas policiales, especialmente hacia mujeres policías o personal con identidades de género diversas.

Este fenómeno refleja un abuso de poder institucional y una falla en el deber de proteger y servir a la población con igualdad y respeto a los derechos humanos, como departamento de salud mental se trabaja en el aspecto psicológico como apoyo y tratamiento psicoterapéutico a víctima y victimario al igual que se realiza los seguimientos psicológicos.

- El consumo problemático de alcohol y sustancias: es un patrón de consumo que tiene consecuencias negativas para la salud física, mental, social y económica de la persona. Este consumo va más allá del uso recreativo ocasional y puede convertirse en una adicción o dependencia, afectando no solo a la persona, sino a su entorno familiar, laboral y social.

El consumo problemático de alcohol y sustancias dentro de las fuerzas policiales es un fenómeno preocupante que afecta tanto la salud individual de los agentes como la eficacia institucional. El consumo de estas sustancias puede tener graves consecuencias para el desempeño laboral, la seguridad pública y el bienestar social, dado que los agentes policiales son responsables de la seguridad y el orden en la comunidad.

En el área de salud mental se trabaja en relación con los lineamientos e instructivos relacionados al consumo problemático de sustancias psicoactivas, se trabaja con los diferentes protocolos del Ministerio de Salud Pública.

- Las descargas emocionales y las pausas activas: son estrategias distintas pero complementarias que ayudan a mejorar el bienestar emocional y físico, especialmente en el entorno laboral donde el estrés y la tensión pueden acumularse fácilmente.

En el área de salud mental, se trabaja en pausas activas, descargas emocionales y actividades de recreación en promoción y prevención de la salud.

- Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA): como la anorexia y la bulimia nerviosas, también pueden afectar a personas que integran instituciones altamente estructuradas y exigentes, como la Policía Nacional, aunque suelen permanecer invisibilizados por razones culturales, institucionales y personales.

5.4 Determinantes biológicos

5.4.1 Tendencias Demográficas

Según el INEC, la población estimada al 2025 es de 18,3 millones de habitantes, y se proyecta que para el período 2030–2035 alcance entre 18,8 y 19,5 millones.

Cambios estructurales (1990–2025):

- La población adulta mayor (65 años o más) se ha triplicado desde 1990, representando actualmente cerca del 9,2% del total nacional.
- La población infantil (0–14 años) ha disminuido en más del 30%, y ahora representa aproximadamente el 23,1% del total.
- La población en edad laboral (15–64 años) sigue siendo mayoritaria, con un crecimiento acumulado de más del 15% en los últimos 30 años, representando el 67,7% del total.
- Tasa bruta de natalidad: Ha descendido de 24,2 nacimientos por cada mil habitantes en 2000 a 18,7 en 2025, confirmando una tendencia sostenida a la baja.
- Tasa bruta de mortalidad: Se mantiene relativamente estable, pasando de 5,1 en 2000 a 5,3 en 2025, lo que refleja mejoras en salud pública pero también el envejecimiento poblacional.

Envejecimiento y reemplazo generacional

- Se proyecta que para 2030, Ecuador no alcanzará el reemplazo generacional, ya que el promedio de hijos por mujer en edad fértil será menor a 2.
- Esto implica una transición demográfica avanzada, con desafíos para el sistema de pensiones, salud y cuidado de adultos mayores.

5.4.2 Embarazo en niñas y mujeres adolescentes

En el Ecuador todavía se presentan brechas para el ejercicio pleno de los derechos de niños, niñas y adolescentes, los cuales están determinados por inequidades económicas, de género, sociales y

étnicas en este grupo poblacional. Por estos motivos, es importante evidenciar el tema del embarazo en adolescentes como una problemática de salud pública y referente al ejercicio de derechos humanos. (MSP, Política Intersectorial de Prevención de Embarzo de Niñas y Adolescentes 2018-2025, 2018).

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son importantes problemáticas sociales que afectan la trayectoria de vida de miles de niñas y adolescentes en América Latina, especialmente en la subregión Andina. Los efectos de estos fenómenos son múltiples y complejos, y se traducen tanto en términos educativos como laborales, económicos, y sanitarios. (UNFPA, 2020).

En el apartado 5.5.4, se detalla información y datos estadísticos al respecto.

5.4.3 Determinantes biológicos en el subsistema de salud

El 29,9 % del personal policial corresponde al género femenino y el 70,1 % corresponde al masculino. En cuanto a la edad se puede observar en la siguiente tabla que la edad del personal que predomina es la de los 20 a 40 años:

Tabla 4. Fajas etarias

Adulto	%
Adultez temprana (20 -40 años)	60,74
Adultez media (41 -60 años)	38,22

Fuente: Dirección Nacional de Talento Humano del subsistema PPNN

- Tasa de natalidad: 6 nacimientos por cada 1000 servidores policiales.
- Tasa de mortalidad general: 1,58 es decir por cada 1,000 personas, hubo 1.58 muertes al año
- Esperanza de vida: se considera que la esperanza de vida es igual para todos los ecuatorianos lo cual representa 77,39 años. (Ecuador - Esperanza de Vida al Nacer 2023 | Datosmacro.Com, n.d.)
- Migración interna: Se considera que al menos el 15 % de los servidores policiales decide migrar con su familia a los lugares de pase ya sea para establecerse provisional mientras dure el pase para lo cual arriendan o hacen uso de la vivienda fiscal y en un bajo porcentaje deciden establecer sus domicilios en los lugares de pase.
- Predisposición a enfermedades

La principal predisposición a enfermedades corresponde a:

Tabla 5. Causa y efectos de las patologías entre los servidores policiales.

Patología	Causa	Efecto
Enfermedades metabólicas/ crónicas no transmisibles.	Sedentarismo Mala alimentación	Diabetes mellitus/ HTA/ Enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas, obesidad/ hipotiroidismo.
Enfermedades osteomusculares	Falta de pausas activas Mala higiene postural	Artrosis de rodilla, cadera, lesiones de rodilla, fracturas.
Enfermedades Gastrointestinales	Mala calidad del agua y malos hábitos alimenticios.	Gastroenteritis/ Gastritis/ Colitis.
Enfermedades oculares	Exposición permanente a factores ambientales	Pterigión ocular
Enfermedades cutáneas	Calidad del agua/ ambiental	Dermatitis/ micosis
Enfermedades tropicales	Zonas tropicales con enfermedades endémicas	Dengue/ malaria
Patologías mentales	Estrés	Suicidios
Enfermedades ocupacionales / accidentales	Manifestaciones, accidentes en actos de servicio	Fracturas, amputaciones, hemiplejias,
Riesgos sociales	Incremento de la delincuencia	Muertes violentas de servidores policiales en actos de servicio.

Elaboración: Tnte. Lucero Chicaiza – Subsistema PPNN

- **Salud materna y neonatal**

Las servidoras policiales acuden a control de niño sano acorde a los calendarios y riesgo gestacional, durante el año 2024 no hay registros de muertes maternas, mientras que en el 2025 se cuenta con un caso que se encuentra en investigación.

5.5 Determinantes ambientales sobre la salud

Algunas de las características que configuran espacios idóneos para mantener una buena salud, corresponden a los hábitats con relación a la dotación de servicios públicos como agua y saneamiento, la conformación de espacios seguros, con medios de transporte alternativos y sostenibles, el acceso a áreas verdes y la calidad del agua, suelo y aire. Así, el acceso a agua potable y saneamiento representa una de las principales medidas de salud pública, para la prevención de la enfermedad.

Conforme lo establece el Plan Nacional de Adaptación en el Cambio Climático 2023-2027, el principal impacto de las variaciones climáticas proyectadas para el sector salud, es el incremento de la idoneidad medioambiental para la transmisión de dengue a nivel nacional, y esto cobra sentido al momento de analizar la situación epidemiológica del país respecto a esta enfermedad, dado el alto número de casos registrados anualmente. En el año 2020 se notificaron 16.570 casos; al año 2021:

20.689 casos; para el año 2022: 16.402 casos y para el 2023 un total de 27.838 casos de esta enfermedad.

Agua de consumo humano

Según la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2023-2024, el 47,2 % del agua de consumo humano proveniente de red pública no cumple con los niveles mínimos de cloro residual libre establecidos por la normativa nacional, lo que representa un riesgo significativo de contaminación microbiológica.

Este hallazgo revela una deficiencia estructural en los sistemas de desinfección del agua, especialmente en zonas rurales y periurbanas. El cloro residual libre es un indicador clave de la eficacia del tratamiento del agua, y su ausencia o insuficiencia puede permitir la proliferación de microorganismos patógenos. En paralelo, la ENDI 2023-2024, también reportó que el 30,5 % de los hogares consumen agua contaminada con Escherichia coli, una bacteria que indica presencia de materia fecal y riesgo de enfermedades gastrointestinales. La combinación de estos dos indicadores —bajo cloro residual y presencia de E. coli— evidencia la necesidad urgente de fortalecer los sistemas de vigilancia, mejorar la infraestructura de tratamiento y promover prácticas seguras de almacenamiento en los hogares.

Calidad de aire

Conforme lo indica el Plan Decenal 2022-2030, con respecto a la calidad de aire, el país presenta una seria deficiencia de estaciones de monitoreo de este componente, para 2021 tan solo 3 cantones de los 221 cuentan con este equipamiento para determinar la concentración de contaminantes dificultando la intervención en salud para la prevención de enfermedades respiratorias, cardiovasculares, entre otras.

Desechos

Otra característica que enfrenta el país es la incorrecta gestión integral de desechos, debido a que estos pueden ser dispuestos directamente sobre cuerpos de agua y el suelo, generando subproductos como es el caso de los lixiviados que son altamente contaminantes al contener compuestos por materia orgánica, metales pesados, sustancias químicas, entre otros compuestos.

De los 221 cantones que conforman el Ecuador, el 81,59% de estos cuentan con relleno sanitario para disposición final de desechos, mientras que el 16,92% disponen sus desechos en botaderos o fosas, estos últimos son de mayor preocupación, ya que se disponen los desechos a cielo abierto, sin ninguna medida técnica, facilitando la presencia de vectores ambientales (moscas, gallinazos, ratas) que son considerados como transmisores de enfermedades. (MSP, Guía para el manejo de desechos generados durante la implementación de fases de vacunación, 2020).

Dentro de los desechos sólidos se encuentran los desechos sanitarios, los cuales son generados por efecto de las actividades de atención en salud; en el Ecuador con base a los reportes realizados por

parte de 2.070 establecimientos de salud del MSP, el 44,8% de estos señalan que sus desechos sanitarios no reciben ningún tratamiento, es decir son dispuestos directamente en un relleno sanitario o botadero, un 39,7% aseguran que los desechos reciben un tratamiento térmico para eliminar microorganismos patógenos y un 11,9% indica que en sus desechos se coloca cal. (MSP, Diagnóstico Nacional de gestión externa de desechos sanitarios en establecimientos de salud del MSP, 2020).

5.5.1 Determinantes ambientales sobre la salud subsistema de salud

Cambio climático y desastres naturales

Los servidores policiales al estar distribuidos a nivel nacional están expuestos a todas las alteraciones del clima y a los desastres naturales que resultan en sequías intensas y lluvias torrenciales, un aumento de temperaturas, el aumento del nivel del mar y los ríos. Estos impactos ambientales provocan deslizamientos con bloqueos de vías que impiden la movilización a sus domicilios, las lluvias generan incremento de casos de dengue por la propagación de vectores, otra de las enfermedades que se presentan a causa de la lluvia son los resfriados estacionales que pueden llegar a causar neumonías que son importantes causas de morbilidad entre los servidores policiales.

Exposición a contaminantes y riesgos ambientales

Una de las principales causas de exposición a contaminantes que se puede hacer mención entre los servidores policiales corresponde a la Intoxicación por monóxido de carbono en los patrulleros, así también se puede hacer mención al smog de la ciudad que puede culminar en casos de Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas. (EPOC).

Dentro de los riesgos ambientales tenemos los terremotos, los antrópicos como la minería en estos casos los servidores policiales son los agentes que participan de primera línea para el rescate en caso de los terremotos exponiendo su integridad física presentando el riesgo de lesiones físicas e incluso la muerte. En lo que respecta a la minería ilegal a más de exponerse a la contaminación del agua estas actividades irregulares incrementan la peligrosidad en las zonas.

5.6 Análisis de brechas en salud

En este contexto y con la finalidad de impulsar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, la superación de inequidades en armonía con el entorno natural, social y cultural, se abordarán las determinantes sociales, conductuales y ambientales, enfocadas en las competencias que otorga la constitución en el ámbito de la salud a las entidades que conforman el sistema nacional, en las principales brechas existentes:

- Limitado acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud

✓Control prenatal
✓Control de niño sano
✓Parto con acompañamiento con pertinencia intercultural
✓Parto en libre posición
✓Atención a personas con discapacidad:
- Tamizajes de Neurodesarrollo
- Ayudas técnicas

- Insuficiente promoción de la salud, hábitos de vida poco saludables y exposición a riesgos

✓Hipertensión
✓Consejería en lactancia materna
✓Lactancia materna dentro de la primera hora de vida
✓Barreras de acceso a servicios de salud para adolescentes:
- Servicios de Salud Integrales para adolescentes
- Limitado conocimiento en Salud Sexual y Salud Reproductiva – Planificación Familiar

✓Promoción de la actividad transplantológica

- Insuficiente vigilancia, prevención y control de enfermedades, curación y rehabilitación

✓Enfermedades transmisibles:
- Virus de Inmunodeficiencia Humana – VIH
- Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)
- Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral con cara viral suprimida
- Trasmisión materno infantil del VIH

✓Enfermedades no trasmisibles:
- Cáncer
- Fenómeno socio económico de las drogas y fortalecimiento de la salud mental

- Baja percepción de la calidad de los servicios de salud

✓Infraestructura Sanitaria no inadecuada
✓Equipamiento Sanitario insuficiente
✓Problemas en el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos

- Débil sistema de control y vigilancia sanitaria a establecimientos sujetos a control y calidad de los servicios de salud, y de vigilancia epidemiológica

✓Subnotificación de eventos adversos
✓Controles y vigilancia sanitaria a prestadores de salud habilitados y no habilitados
✓Publicaciones de investigaciones

5.7 Limitado acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud

Un modelo de atención centrado en las personas, familias y en las comunidades debe tener suficiente capacidad resolutiva en el primer nivel de atención para brindar un servicio integral y coordinado, mediante equipos de salud multidisciplinarios y con la participación de otros sectores además del sector salud

Desde hace más de dos décadas, el Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional, ha desarrollado diversos esfuerzos para consolidar un Modelo de Atención Integral de Salud basado en la estrategia de atención primaria. A lo largo de estos años se tuvo avances importantes en el incremento de unidades médicas, así como en los procesos de organización de los servicios de salud. Con este incremento en la infraestructura de salud, se lograron avances significativos en algunos de los indicadores; sin embargo, no se ha garantizado la cobertura efectiva de algunos de los servicios esenciales.

Respecto a la "Provisión de servicios de Salud", es importante mencionar que a pesar de los avances del SNS, la provisión de servicios de salud sigue siendo fragmentada y cada subsistema cuenta con su población adscrita y su propia fuente de financiamiento.

El MSP brinda cobertura en salud a la población que no cuenta con afiliación registrada en el IESS, ISSFA o ISSPOL.

Resulta pertinente indicar que, el MSP es el encargado de diseñar, proponer, generar, implementar y evaluar leyes, políticas públicas y normativas que abordan los principales desafíos, para la protección y mejora de la salud pública.

En este contexto, la atención primaria, red hospitalaria, y la consolidación de redes de atención integral, ha alcanzado logros importantes, destacando los esfuerzos continuos para fortalecer el sistema de salud en respuesta a las necesidades de la población y a los desafíos emergentes en salud pública, comprometido con la transparencia, la mejora continua y la responsabilidad en la gestión de los recursos públicos, en procura de asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud ofertados.

De igual manera, las brigadas médicas integrales tiene un enfoque integral y se desarrollan en comunidades de difícil acceso, son ejecutadas por profesionales de la salud, que conforman el Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) se movilizan, de acuerdo a una programación a poblaciones de difícil acceso, llevando insumos, medicamentos, vacunas, equipamiento móvil, entre otros; realizan actividades de atención integral (promoción, prevención y curación de la salud, salud mental), identificación y seguimiento de familias en riesgo, los EAIS realizan actividades como:

- Valorar el estado nutricional de los niños y niñas, gestantes, adultos mayores, y otros grupos.
- Brindar asesoría en casos de malnutrición.
- Valorar la salud oral y brindar una atención completa e integral.
- Verificar el cumplimiento de las vacunas según el esquema regular.
- Tamizajes de cáncer, VIH, hipertensión arterial.

- Promover el desarrollo infantil integral en niños, fortaleciendo las capacidades de las familias y comunidades a través del personal de salud.

5.7.1 Coberturas

5.7.1.1 Control prenatal y control de niño sano

La mortalidad materna constituye uno de los indicadores más sensibles para evaluar el funcionamiento de un sistema de Salud, puesto que, refleja de manera directa la capacidad de respuesta en la atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y posparto.

Su reducción depende de factores como la accesibilidad y calidad de los servicios, la oportunidad en la atención de emergencias obstétricas, la disponibilidad de profesionales capacitados e insumos y la cobertura de controles prenatales.

En este sentido, las cifras de mortalidad reflejan el grado de eficacia, equidad y fortalecimiento del sistema sanitario en su conjunto.

A continuación, se presentan cifras de muerte materna en el Ecuador:

Tabla 6. Muertes maternas en el Ecuador

Año	Número de muertes maternas	Razón de muerte materna (RMM)
2020	180	62,7
2021	144	51,6
2022	112	41,2
2023	95	35
2024	86	0,0 (pendiente información por búsqueda activa)
2025	59 (SE 1 a SE 37)	0

Fuente: Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 1 a SE 52. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Elaboración: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud

Como se puede observar en la tabla anterior, existe una disminución progresiva de la mortalidad materna a lo largo del período analizado. El año 2020 registró el valor más alto, con 180 muertes y una RMM de 62,7, situación asociada al impacto de la pandemia por COVID-19, que limitó el acceso oportuno a los servicios de salud obstétricos. A partir de 2021, las cifras muestran un descenso constante (144 → 112 → 95 → 86 → 59), lo que refleja un avance sostenido en la reducción de muertes maternas.

En términos proporcionales, entre 2020 y 2023 la RMM se redujo en aproximadamente un 45%, pasando de 62,7 a 35,0.

Enfoque Territorial

De la misma manera, se analizaron los datos de mortalidad materna a nivel desconcentrado, ocurrida según lugar de residencia durante el período 2020–2025, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 7. Muertes maternas según lugar de residencia

Coordinación Zonal	Año					
	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (SE 1 hasta SE 37)
CZ1	15	8	16	9	11	4
CZ2	6	8	4	2	5	2
CZ3	19	18	9	13	7	5
CZ4	23	9	10	9	9	6
CZ5	26	33	30	15	23	24
CZ6	13	9	8	9	5	5
CZ7	18	12	4	7	6	3
CZ8	28	20	14	26	14	6
CZ9	15	10	6	5	6	4
TOTAL	***163**	***127**	***101**	**95**	**86**	**59**

*Los valores totales no incluyen información de búsqueda activa.
Verificables:https://drive.google.com/file/d/13xZBTrycCWV2nQbWM3YTrJKzuhHBBMUo/view?usp=drive_link
Fuente: Gaceta epidemiológica de muerte materna. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Elaboración: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud

A lo largo del período 2020–2025 se evidencia una disminución sostenida en el total de muertes maternas, pasando de 163 en 2020 a 59 en 2025, lo que equivale a una reducción del 63,80%.

El descenso resulta más pronunciado en los tres primeros años (2020–2022) y, aunque continúa en los años posteriores, lo hace de manera más gradual.

La CZ5 registra los valores más altos en todo el período (33 en 2021 y 24 en 2025 hasta la SE 37).

La CZ2 muestra los números más bajos y relativamente estables (entre 2 y 8 casos por año).

CZ8 tiene un comportamiento llamativo: sube en 2020 y 2023 (28 y 26), y luego desciende bruscamente a 6 en 2025.

El resto de zonas, en su mayoría presentan una tendencia decreciente constante**.**

Con este antecedente, se plantean acciones que contribuyan a la reducción de la muerte materna en el Ecuador, una de ellas es la Estrategia Nacional “Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil”, establecida mediante el Decreto Ejecutivo 1211 de diciembre de 2020, y reformada por el Decreto Ejecutivo 404 en marzo de 2022. Estos decretos determinan la entrega de un paquete priorizado de servicios en salud para mujeres gestantes. Este paquete incluye, medicamentos esenciales, micronutrientes, dispositivos

médicos que son primordiales para asegurar una gestación sin complicaciones, y reducir los factores de riesgo.

En términos generales, hay un avance en el incremento en las coberturas de la provisión de servicios asociados con atenciones de salud y autocuidado. Para ello, se ha diversificado la provisión de servicios, ya sea mediante visitas domiciliarias o asistencia a establecimientos de salud.

Desde el año 2021 que se implementó la estrategia, se observa un incremento considerable en las coberturas de atención, conforme el siguiente detalle:

Cobertura de control prenatal:

Tabla 8. Coberturas 2021 – 2025

Año	Cobertura
2021	76,64%
2022	76,27%
2023	92,74%
2024	89,49%
2025	70,04% (corte agosto 2025)

Fuente: Dashboard Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.
Elaboración: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud

Paquete priorizado en gestantes:

Tabla 9. Porcentaje 2021 - 2025

Año	Porcentaje
2021	0,12% (inicio estrategia)
2022	19,48%
2023	41,12%
2024	49,21%
2025	56,58% (corte agosto 2025)

Fuente: Dashboard Estrategia Nacional Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud.
Elaboración: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud

Por otro lado, se realiza el monitoreo a la entrega (dispensación) de medicamentos y dispositivos médicos anticonceptivos, a través de la medición de la cobertura de planificación familiar, puesto que, constituye una de las estrategias más efectivas para reducir la mortalidad materna, al prevenir embarazos no intencionados, espaciar los nacimientos y evitar gestaciones de alto riesgo.

Se debe considerar que, el acceso oportuno y equitativo a métodos anticonceptivos modernos, acompañado de asesoría integral y culturalmente pertinente, disminuye la exposición de las mujeres a complicaciones obstétricas graves y a prácticas inseguras, como el aborto en condiciones de riesgo.

A continuación, se presentan datos de este indicador:

Cobertura de planificación familiar:

Tabla 10. Coberturas 2023 – 2025

Año	Cobertura
2023	20,58%
2024	17,56%
2025	11,83% (corte junio 2025)

Fuente: Herramienta Gobierno Por Resultado - GPR. Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control.
Elaboración: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud

Finalmente, y para cumplir con el ciclo se plantea monitorear la cobertura de control en el posparto, obteniendo los siguientes resultados:

Cobertura de control posparto:

Tabla 11. Coberturas 2023 - 2025

Año	Cobertura
2023	71,86%
2024	67,78%
2025	36,12% (corte junio 2025)

Fuente: Herramienta Gobierno Por Resultado - GPR. Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control.
Elaboración: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud

En conclusión, en los últimos años, las coberturas de atención brindadas por el MSP han mostrado un incremento continuo, reflejando una mayor capacidad de respuesta del sistema sanitario.
Este incremento evidencia tanto la ampliación de la oferta de servicios como el fortalecimiento del primer nivel de atención, lo que ha permitido acercar la atención a la población y garantizar un acceso más equitativo a la salud en todo el territorio nacional.

Esta acción se complementa con la certificación de los centros de salud tipo C como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN, otorgada por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS, misma que tiene como objetivos principales disminuir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal a través de la mejora de la calidad de la atención prenatal, la promoción del parto en libre posición y del contacto piel a piel, la correcta

atención al recién nacido, el apoyo a la lactancia materna y la prevención de la transmisión de enfermedades como el VIH, la sífilis y la Hepatitis B.

Desde el 2021 hasta el 2025 se han certificado 12 centros de salud tipo C a nivel nacional (Centro de Salud Tipo C Joya de los Sachas, Tabacundo, Manta, Chone, La Troncal, Bastión Popular, Guamaní, Chimbacalle, Comité del Pueblo, Conocoto, San Antonio de Pichincha, Centro Histórico).

El embarazo es un proceso fisiológico, por lo tanto, la atención brindada a las gestantes debe centrarse en cuidados que favorezcan su desarrollo normal, el uso de tecnología apropiada y el reconocimiento del papel fundamental de la mujer en la toma de decisiones que afectan su salud. El respeto por la evolución natural del embarazo debe guiar toda intervención sanitaria, la cual debe aplicarse únicamente si ha demostrado beneficios y responde a las necesidades y deseos de cada mujer.

Una atención de calidad implica el seguimiento eficiente del proceso gestacional, la realización de visitas domiciliarias, la aplicación de pruebas y procedimientos basados en evidencia científica, la participación activa de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cuidado del embarazo temprano, periódico e integral reduce significativamente el riesgo de complicaciones y muerte materna y perinatal. Además, favorece una atención adecuada del parto y asegura condiciones óptimas de salud para la madre y el recién nacido en el periodo posnatal, disminuyendo también la incidencia de discapacidades congénitas.

En cuanto al control prenatal, Ecuador ha mostrado avances significativos. En 2023, el Ministerio de Salud Pública (MSP) alcanzó una cobertura del 90%, con más de 220 mil atenciones a gestantes (MSP, MSP incrementó la cobertura de control prenatal y control de niño sano , s.f.). Las revisiones prenatales se alinearon con las recomendaciones de la OMS, con un promedio de cinco a ocho controles por embarazo. La primera consulta médica debe realizarse dentro del primer trimestre (antes de las 12-13 semanas de gestación), seguida de controles mensuales (MSP, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS, 2018).

Es así que, la cobertura de control prenatal ha incrementado de manera considerable, alcanzando el 76,64% en el 2021; en el 2023 el 92,74% y en lo que va del 2025 se ha cubierto al 70,04% de la proyección de gestantes a nivel nacional.

Respecto a la entrega de paquete priorizado a gestantes se obtuvo el 0,12% en el 2021, considerando que fue el año en el cual se implementó la Estrategia Ecuador Crece Sin Desnutrición. Durante el año 2024 se alcanzó el 49,21% y en lo que va del 2025 un 56,58% de cumplimiento.

De la misma manera, el paquete priorizado para niñas y niños menores de 24 meses, ha alcanzado el 1,81% en el 2021, llegando al 20,17% en el 2024. En lo que va del 2025 se ha llegado al 24,94% de cumplimiento.

En cuanto a la cobertura de niños y niñas menores de 24 meses con control de rutina, durante el año 2021 se alcanzó un 52,84%. En el año 2024 un 89,06% de cumplimiento. En lo que va del 2025 se ha llegado al 77,36%.
Cobertura de control posparto, en el año 2023 se alcanzó el 71,86%; el 67,78% en el año 2024 y en lo que va del año 2025 el 36,12%.

5.7.2 Salud Intercultural

La promoción de la salud con un enfoque transversal de género, participación social e interculturalidad es esencial para garantizar procesos inclusivos, equitativos y culturalmente pertinentes. Este enfoque permite visibilizar y atender las desigualdades que afectan de manera diferenciada a mujeres, hombres y diversidades, reconociendo sus roles, necesidades y derechos. Asimismo, al fomentar la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones, se fortalecen los procesos democráticos y se generan respuestas más efectivas y sostenibles. Integrar la interculturalidad, además, asegura el respeto a los saberes, prácticas y cosmovisiones de los pueblos y nacionalidades, construyendo un sistema de salud más humano, integral y justo garantizando el acceso de los servicios de salud adaptados a la diversidad identitaria del país.

5.7.2.1 Parto en Libre Posición y Acompañamiento con Pertinencia Intercultural

El parto en libre posición con pertinencia intercultural constituye una de las estrategias prioritarias del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el marco de la política de atención respetuosa, humanizada y culturalmente pertinente (MSP, Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. , 2008). Esta práctica reconoce y valora las tradiciones, saberes y costumbres de los pueblos y nacionalidades relacionadas con el nacimiento y el cuidado del recién nacido, garantizando a las mujeres y sus familias un entorno seguro, confortable y acorde a su identidad cultural durante todo el proceso del parto (OPS/OMS, Recomendaciones de la OMS sobre cuidados intraparto para una experiencia de parto positiva. , 2018).

En reconocimiento a la diversidad cultural del país, el MSP ha promovido la adecuación de salas de parto con pertinencia intercultural, priorizando la atención materna. Esta acción busca humanizar el proceso obstétrico, favorecer el desarrollo fisiológico del parto y garantizar los derechos de las mujeres mediante un entorno menos medicalizado, que facilite la secreción hormonal natural, promueva la libertad de posición y respete la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones durante el parto.

Asimismo, se ha institucionalizado el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato, permitiendo la presencia de una persona de confianza —pareja, familiar, partera u otra—. La evidencia demuestra que la participación de un/a acompañante mejora los resultados materno-perinatales, reduce intervenciones innecesarias, contribuye al bienestar emocional y físico de

la gestante, disminuye la ansiedad, optimiza el manejo del dolor y favorece la evolución natural del parto.

El acceso al parto con acompañamiento y en libre posición con pertinencia intercultural ha mostrado avances significativos; sin embargo, persisten desigualdades territoriales en la adecuación de salas y en la cobertura del servicio.

En el año 2024, se registraron 75.412 partos en establecimientos del primer y segundo nivel de atención, de los cuales 58.672 contaron con acompañamiento, alcanzando un 77,8% de cumplimiento. Este resultado refleja un avance sostenido en la implementación de la política de atención respetuosa y con enfoque intercultural.

En cuanto al parto en libre posición, se priorizan las posturas verticales —de pie, en cuclillas, sentada, arrodillada o acostada de lado—, las cuales optimizan el descenso fetal, mejoran la alineación y el diámetro pélvico, reducen la duración del trabajo de parto y promueven una experiencia más positiva para la mujer. Estas posturas, además, fortalecen el enfoque de atención humanizada e intercultural, al permitir mayor autonomía y menor percepción del dolor. En coherencia con estas prácticas, se desincentiva el uso de la posición litotómica, debido a su impacto negativo en la progresión del parto y en la experiencia materna.

Durante 2024, se atendieron 41.538 partos en libre posición de un total de 58.379 partos normales, lo que representa un 71,15% de cumplimiento en los 154 establecimientos de salud que cuentan con salas adecuadas para la atención del parto en libre posición con pertinencia intercultural.

Esta práctica refleja el compromiso institucional con la equidad, la humanización de la atención y el respeto a la diversidad cultural, reconociendo la importancia del enfoque intercultural como eje para garantizar una atención pertinente, digna y respetuosa de los saberes y prácticas ancestrales vinculadas al parto y al nacimiento. La incorporación de este enfoque fortalece la confianza entre las comunidades y los servicios de salud, promueve la participación activa de las mujeres y sus familias, y contribuye directamente a la mejora de los resultados maternos y neonatales, así como al fortalecimiento del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

5.7.3 Tamizaje de Neurodesarrollo

El Tamizaje de Neurodesarrollo (Prueba Denver II) es un proceso fundamental para identificar de manera temprana posibles retrasos o alteraciones en el desarrollo neurológico de los niños y niñas en cuatro sectores básicos: Personal – Social, Motor fino adaptativo, Lenguaje y Motor grueso. Permitiendo detectar aquellos niños que podrían beneficiarse de una evaluación más profunda y de intervenciones tempranas.

De enero a julio del 2025, se han llevado a llevado a cabo 2.058.771 niños y niñas enfocados en Neurodesarrollo, como se detalla a continuación.

Tabla 12. Histórico de tamizajes realizados

Año	Número de niños tamizados
2021	569.387
2022	627.555
2023	209.222
2024	400.447
2025	252.160
Total	**2.058.771**

**Dato correspondiente de enero a julio de 2025*
Fuente: PRAS/MSP
Elaboración: Dirección Nacional de Discapacidades Rehabilitación y Cuidados Paliativos, septiembre 2025

El Tamizaje de neurodesarrollo, como estrategia de Salud Pública, permite minimizar el impacto de factores de riesgo y a promover un desarrollo neurológico óptimo de los niños y niñas, al contar con una herramienta de evaluación oportuna para la detección temprana de un trastorno del Neurodesarrollo y con ello, prevenir el progreso de una enfermedad o condición de salud discapacitante

El tamizaje de neurodesarrollo en Ecuador es realizado por el Ministerio de Salud Pública en los establecimientos de salud de Primer y Segundo Nivel de Atención a los niños y niñas hasta los 5 años 11 meses y 29 días de edad. El trabajo que se ha venido ejecutando a través del Tamizaje del Neurodesarrollo, mediante el Test de Denver II, ha sido un pilar esencial para detectar problemas en el desarrollo en niños y niñas durante el control del niño sano, con el fin de fortalecer los canales de comunicación entre los equipos interdisciplinarios, y crear procesos de intervención adecuados y oportunos en los diferentes niveles de atención, potenciando a la par las redes de comunicación entre los equipos de profesionales que ejecutan este trabajo.

5.7.4 Ayudas técnicas - discapacidades

En el Ecuador, el ámbito de las discapacidades constituye un eje prioritario dentro del sector salud y de la política social. Durante el período 2020–2025, se han identificado avances significativos en el fortalecimiento del proceso de acreditación de las personas con discapacidad; sin embargo, persisten limitaciones estructurales y desafíos que requieren acciones.

Actualmente, el país registra 493.094 personas acreditadas con un porcentaje de discapacidad superior al 30%, lo que representa una población importante que requiere servicios especializados y políticas inclusivas. Para el proceso de acreditación de la discapacidad, se cuenta con 110 equipos calificadores especializados de discapacidad a nivel nacional, cuya acción ha permitido mejorar la capacidad de respuesta institucional.

Conforme lo establece la Ley Orgánica de Discapacidades, el proceso de calificación o recalificación debe resolverse en un plazo máximo de 30 días. No obstante, gracias a la optimización de los flujos de atención y al incremento en la oferta de citas, se ha logrado reducir el tiempo promedio de resolución a 9 días, un hito que refleja el compromiso del sistema de salud con la eficiencia y la mejora continua.

Asimismo, se ha observado un aumento sostenido en el número de citas de calificación y recalificación, como resultado del fortalecimiento de la oferta de servicios en el territorio. Esta expansión ha permitido una mayor cobertura nacional, no obstante, en ciertas áreas del país continúa siendo limitado.

La adquisición ayudas técnicas se enmarca en el modelo de atención integral que garantiza la cobertura gratuita, equitativa y universal en salud, incluyendo la provisión de ayudas técnicas prescritas clínicamente a personas con discapacidad. Esta intervención se alinea con la Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo y los principios de inclusión, equidad y gratuidad del Sistema Nacional de Salud, priorizando a la población vulnerable sin generar costos para los usuarios.

El principal objetivo de la entrega de ayudas técnicas es permitir el desplazamiento de aquellas personas con problemas de locomoción o movilidad reducida dando cumplimiento a la Ley Orgánica de Personas con Discapacidad y al ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Cubrir la demanda del requerimiento de ayudas técnicas de movilidad y autocuidado para personas con discapacidad conforme las prescripciones realizadas por los equipos calificadores de cada uno de los distritos.

5.8 Insuficiente promoción de la salud, hábitos de vida poco saludables y exposición a riesgos

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, conciben la promoción de la salud como la suma de acciones de la población, los servicios, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas a mejorar las condiciones de salud individual y colectiva.

La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograr las metas internacionales y nacionales de salud. Bajo estos preceptos, se evidencia que aún existe una brecha en la promoción de la salud, para mejorar la salud de la población.

En Ecuador, las ENT constituyen desde hace más de dos décadas la principal causa de muerte, generando una alta presión sobre los servicios de salud. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos y población escolar, junto con el consumo de alcohol y tabaco en grupos específicos, refuerza la magnitud del problema.

Entre 2020 y 2024 las enfermedades no transmisibles, en particular enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, continúan siendo la principal carga de morbilidad y mortalidad en Ecuador.

En los siguientes apartados, se describirán las principales dificultades en torno a este ámbito.

5.8.1 Promoción de la salud en el subsistema de salud

Los chequeos preventivos dirigidos al personal policial en servicio activo según el Acuerdo N° 00140 – 2023, "Reglamento de relacionamiento para la prestación de servicios de salud entre instituciones de la red pública integral de salud- RPIS, de la red privada complementaria (RPC) y el servicio público para pago de accidentes de tránsito (SPPAT); y, su reconocimiento económico".

Art. 7.- Excepciones. - La Red Pública Integral de Salud no financia las siguientes prestaciones de servicios de salud:

a) Chequeos o re chequeos clínicos ejecutivos.
b) Las atenciones médicas pre ocupacional, ocupacional y post ocupacional.

Esto dificulta las atenciones y controles preventivos dentro de la RPIS, población no afiliada a ningún subsistema de salud (público, privado, seguridad social).

Se evidencia una cobertura limitada en los programas de promoción y prevención relacionados con salud mental, salud sexual y reproductiva; así como, con enfermedades crónicas. Con base en los principales motivos de consulta en salud, se observa lo siguiente:

- Hipertensión arterial: presenta una alta incidencia y prevalencia, constituyéndose en la segunda causa de atención en el primer nivel y en la primera causa en el tercer nivel de atención.
- Diabetes mellitus: representa la tercera causa de atención en el tercer nivel de atención.
- Salud mental: en el primer nivel, las principales causas de atención corresponden a:
- Observación por sospecha de trastorno mental y del comportamiento.
- Problemas relacionados con hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar.
- Problemas en la relación entre esposos o pareja.
- Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y adolescencia.
- Episodio depresivo leve.
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

5.8.2 Hipertensión

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) representan uno de los mayores retos para la salud pública mundial, siendo responsables de más del 70% de las muertes. Su impacto es especialmente crítico en países de ingresos bajos y medios, donde los sistemas de prevención y atención presentan limitaciones. Las cuatro principales son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Estas patologías representan una triple carga de la enfermedad, extrapolando en 7 de cada 10 años de vida saludable pérdidas.

En la región de las Américas, la OPS ha advertido un aumento sostenido de factores de riesgo asociados a las ENT, como sobrepeso, obesidad, inactividad física y dietas poco saludables. Estos determinantes han incrementado la carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura.

En cuanto a la situación epidemiológica, en el 2023, las enfermedades isquémicas del corazón fueron la principal causa de muerte registrada en Ecuador (13.318 defunciones provisionales en 2023); también figuran entre las primeras causas el accidente cerebrovascular y la diabetes mellitus. Estas cifras reflejan la persistencia de las ENT como principal carga de muerte.

La pandemia de la COVID 19 generó un incremento de defunciones totales en 2020–2021 y afectó la provisión de servicios crónicos; en 2022–2023 se observa una recuperación parcial, pero con rezagos en tamizajes oncológicos, controles de hipertensión/diabetes y atención de salud mental.

En este contexto, en el período comprendido entre los años 2024 y 2025, el MSP ha brindado un total de 36`003.571 atenciones en todos los establecimientos del primer nivel de atención a nivel nacional, en los servicios de consulta externa y emergencia, siendo las de mayor demanda, enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y diabetes mellitus, enfermedades metabólicas que con el paso del tiempo se asocian a la aparición de enfermedades concomitantes en el paciente lo que le convierte en usuario multipatológico y por ende polimedicado incrementando el deterioro del estado de salud, el cual demanda un consumo alto de recursos en los servicios de salud.

Tabla 13. Número de atenciones brindadas en establecimientos del primer nivel de atención en salud

Año	Consulta Externa	Emergencia	TOTAL
2024	18`997.375	1`742.674	20`740.049
2025	14`137.884 (enero – agosto 2025)	1`125.638 (enero – julio 2025)	15`263.522
TOTAL	**33`135.259**	**2`868.312**	**36`003.571**

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud
Elaboración: Dirección Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes

La Iniciativa HEARTS es un proyecto emblemático en salud y elabora un plan de extensión progresiva nacional al 2025 para cubrir los todos establecimientos de salud, busca integrarse de manera transparente y progresivamente a los servicios de salud ya existentes para promover la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y mejorar el desempeño de los servicios a través del mejor control de la hipertensión y la promoción de la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud.

El objetivo de la iniciativa HEARTS es disminuir la incidencia de enfermedades cardiovasculares y las complicaciones evitables a través del fortalecimiento de prácticas de vida saludable, captación temprana, tamizaje, tratamiento y seguimiento de usuarios con ECV o con potencial riesgo de padecerla desde los establecimientos de salud del primer nivel de atención en salud.

En cuanto a la atención de las enfermedades cardiometabólicas, en el primer semestre de 2025 se alcanzó 81,2 % de cobertura nacional (2.248 unidades de salud de primer nivel). El MSP reporta 95,8 % de implementación, mientras que el IESS, Ejército, Armada, Fuerza Aérea y Seguro General mantienen 100 %. El Seguro Campesino avanza del 3,9 % en 2024 al 33,5 % en 2025, reflejando progresos, aunque aún rezagado.

Así también, se financió la adquisición centralizada de equipos y dispositivos médicos para tamizaje de HTA y DM2 por un monto total de USD 378.050,00.

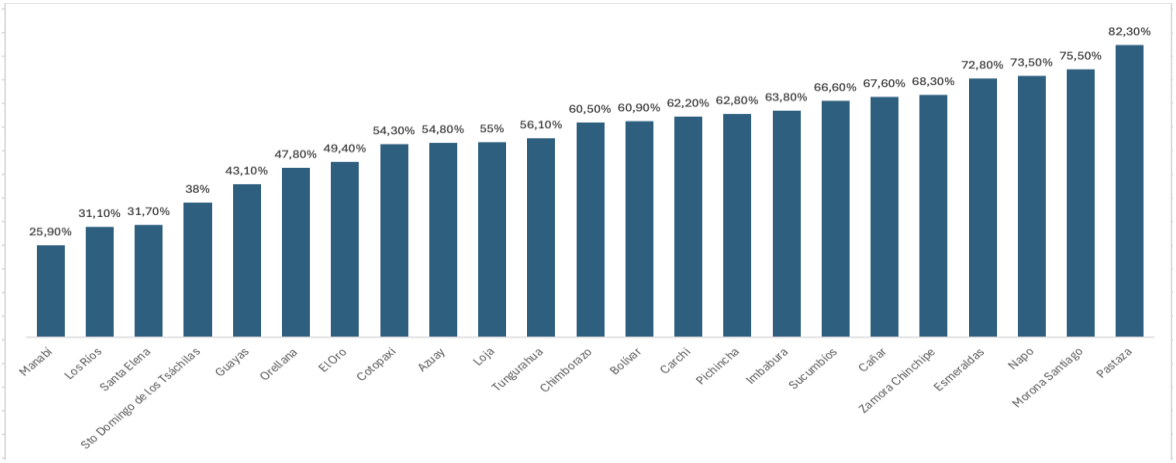
5.8.3 Consejería Lactancia Materna y la primera hora de vida

La malnutrición en todas sus formas, constituye un obstáculo preponderante para el desarrollo integral del país, causa enormes impactos sanitarios e incrementa el gasto del Sistema Nacional de Salud y las familias a niveles insostenibles, comprometiendo el crecimiento humano y económico. Por ello, es una de las prioridades de la actual gestión gubernamental, su abordaje integral, interinstitucional e intersectorial. Malnutrición en el ciclo de vida: La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de dos años es del 19.3% y en menores de cinco años del 17.5%.

La lactancia materna constituye la forma óptima de alimentación durante los primeros años de vida, ya que proporciona todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo integral del niño o niña. Además, fortalece el sistema inmunológico, favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y reduce significativamente el riesgo de enfermedades infecciosas, respiratorias y gastrointestinales. La lactancia materna dentro de la primera hora de vida es una práctica esencial que puede reducir hasta en un 20% el riesgo de mortalidad neonatal. Durante este periodo crítico, el sistema inmunológico del recién nacido es inmaduro y altamente vulnerable, por lo que el contacto temprano con la leche materna proporciona defensas vitales, nutrientes esenciales y refuerza el vínculo madre-hijo.

Con base a la ENDI 2023-2024 a nivel nacional el 49,9% de los menores de un año iniciaron la lactancia materna siendo las provincias con baja prevalencia Guayas, Los Ríos, Manabí, Orellana, Sto Domingo de los Tsáchilas y Santa Elena como se visualita en la siguiente gráfica:

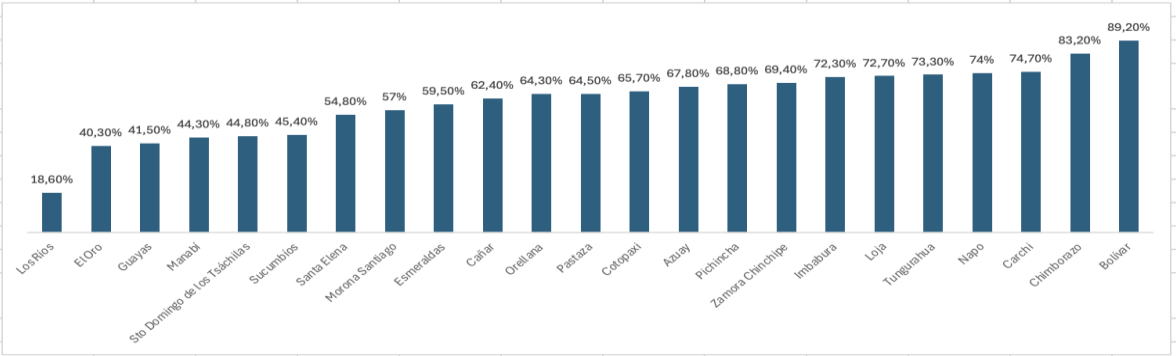
Gráfico 3. Porcentaje de niñas/os menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva a nivel provincial



Fuente: ENDI 2023-2024
Elaboración: Dirección de Alimentación Saludable

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2023–2024, el 53,1% de los niños y niñas menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, evidenciando avances, aunque aún representa un desafío fortalecer las prácticas de lactancia en los primeros seis meses de vida (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023). Asimismo, la lactancia materna se reconoce como una estrategia fundamental de salud pública, contribuyendo a la prevención de la desnutrición crónica infantil y al desarrollo sostenible. Se identifica que las provincias con baja lactancia materna exclusiva son: El Oro, Guayas, Los Ríos, Manabí, Sucumbíos, Santo Domingo de los Tsáchilas como se puede visualizar en la siguiente tabla:

Tabla 14. Porcentaje de niñas/os menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva a nivel provincial



Fuente: ENDI 2023-2024
Elaboración: Dirección de Alimentación Saludable

Con base en el último reporte del periodo abril–junio de 2025, se evidencia que el 92,4% de los nacidos vivos por parto institucional recibieron lactancia materna en la primera hora de vida, un indicador clave que refleja el compromiso del sistema de salud con la promoción del inicio temprano de la lactancia.

En este marco, a nivel nacional se ha fortalecido la implementación y ejecución de 10 Bancos de Leche Humana (BLH) apoyando a la supervivencia y desarrollo óptimo de los recién nacidos, especialmente de aquellos prematuros o con bajo peso al nacer. Los Bancos de Leche Humana constituyen espacios especializados en la recolección, procesamiento, análisis, almacenamiento y distribución de leche materna donada, garantizando su calidad y seguridad para ser administrada a recién nacidos.

El fortalecimiento de esta red nacional de bancos y centros de recolección se enmarca en las políticas del Ministerio de Salud Pública (MSP) orientadas a la promoción de la lactancia materna, la atención integral al binomio madre-hijo y la prevención de la desnutrición crónica infantil, contribuyendo a garantizar el derecho a una alimentación adecuada y saludable desde el inicio de la vida.

Según la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2023–2024, el 53,1% de los niños y niñas menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Si bien este indicador demuestra avances en comparación con años anteriores (ENDI) 2022-2023 que fue del 51,2%, aún persiste la necesidad de fortalecer la promoción y el acompañamiento a las madres, especialmente en contextos rurales y de vulnerabilidad social. En este sentido, la consejería en lactancia materna desempeña un papel fundamental, pues brinda acompañamiento técnico y emocional, ayuda a resolver dificultades comunes como la percepción de poca producción de leche o el dolor al amamantar, y promueve la confianza materna en su capacidad de alimentar a su hijo.

La consejería en lactancia materna exclusiva constituye la forma más adecuada de alimentación durante los primeros seis meses de vida, al aportar todos los nutrientes necesarios para el crecimiento, desarrollo y fortalecimiento inmunológico del niño o niña. Además de sus beneficios nutricionales, la lactancia materna favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y reduce el riesgo de enfermedades infecciosas, respiratorias y gastrointestinales, convirtiéndose en una estrategia esencial de salud pública.

Reconociendo la importancia de la consejería nutricional, entre el primer y segundo trimestre del presente año, 150.221 cuidadores de niños y niñas entre 6 a 24 meses recibieron consejería adecuada, sobre lactancia materna y alimentación complementaria, de un total de 371.195 usuarios atendidos. Esto representa un resultado acumulado del 40,47%. En el tercer trimestre del año entre los meses de julio-septiembre 205.841 cuidadores de niños y niñas entre 6 a 24 meses recibieron consejería adecuada, sobre lactancia materna y alimentación complementaria de un total de 210.020 de niños atendidos. Esto equivale a un 98%.

Ecuador ha implementado políticas públicas para fortalecer la lactancia materna, incluyendo:

- La Ley Orgánica de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, vigente desde 2021, que promueve la creación de salas de lactancia en instituciones públicas y privadas.

- Campañas nacionales como la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que se celebran cada agosto con apoyo del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- La estrategia “Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil”, que incluye acciones para mejorar la nutrición desde el nacimiento.

Con respecto al sobrepeso y obesidad, afecta al 5% de menores de 5 años, según la ENDI 2023-2024. El porcentaje de niñas/os menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva es del 53.1%. Asimismo, la prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 59 meses alcanza el 32%, constituyéndose en un problema de salud pública de alta prioridad.

Mientras que, la ENSANUT 2018 muestra que el sobrepeso y obesidad afecta al 35,38% en niños entre 5 a 11 años y al 29,57% de adolescentes entre 12 a 19 años; en la población adulta de 20 a 59 años al 64.68%.

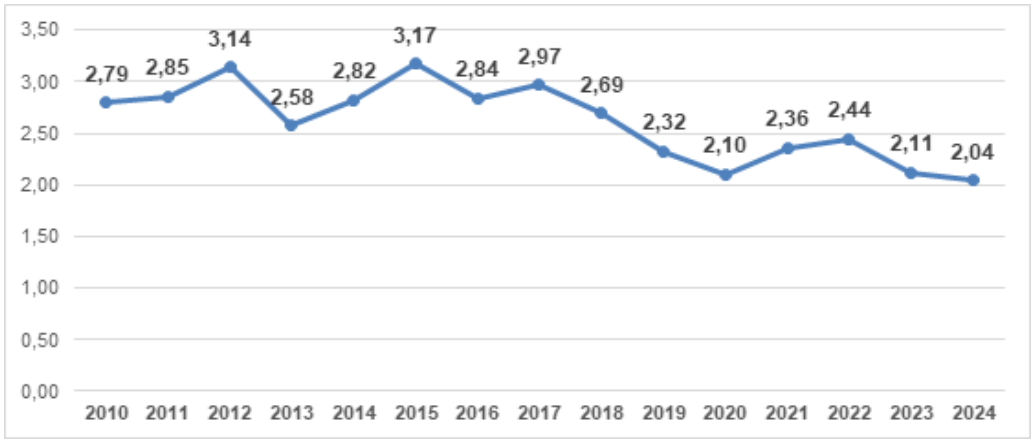
La obesidad ocasiona enfermedades no transmisibles como: diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diversos tipos de cáncer, entre otras; que a su vez causan discapacidades y representan las principales causas de muerte en Ecuador.

5.8.4 Embarazo en la adolescencia

El embarazo en niñas y adolescentes es un problema social y de salud pública producto varias condiciones estructurales como necesidades básicas insatisfechas, existencia de barreras en el acceso a servicios de salud, educación y protección, falta de educación integral de la sexualidad, naturalización de la violencia sexual y las uniones tempranas, así como la persistencia de creencias culturales y sociales que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

En el Ecuador, en el año 2024 se registró una Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes (TEFA) de 2,04 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de 10 a 14 años, lo que corresponde a un total de 1621 partos, es decir, que cada día 4 adolescentes tuvieron un parto (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025a).

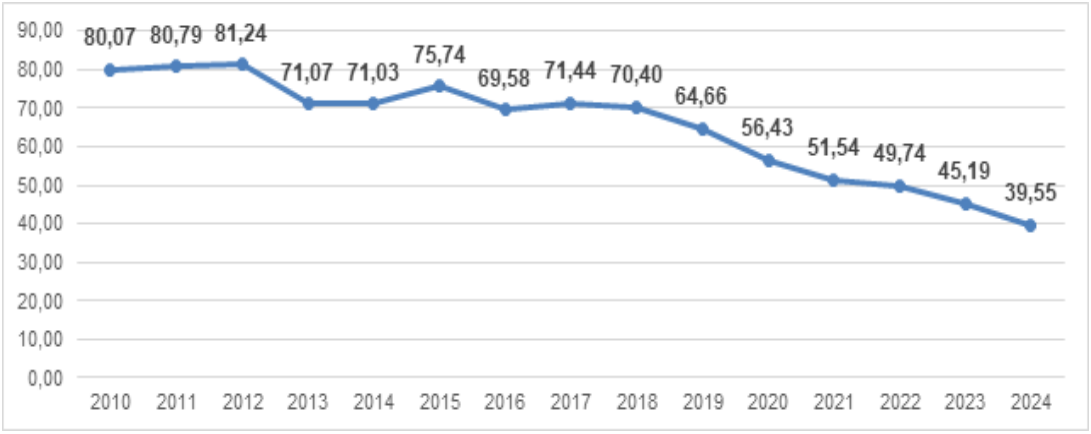
Gráfico 4. Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes de 10 - 14 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Estadístico de Nacidos Vivos 2025. 2010 -2024.

En adolescentes de 15 a 19 años se registra una TEFA de 39,55 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes, lo que corresponde a un total de 30.580 nacidos vivos de este grupo etario, que equivale a un total de 84 nacimientos por día (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2025a).

Gráfico 5. Tasa Específica de Fecundidad en adolescentes de 15 - 19 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Estadístico de Nacidos Vivos 2025. 2010 – 2024

Cabe mencionar que el embarazo en adolescentes se encuentra concentrado en las provincias de la Región de la Amazonía como Napo 85,64; Morona Santiago 72,65; Pastaza 67,81; Sucumbios 61,51 y Costa las provincias de Esmeraldas 61,41 y Los Ríos 53,85, que sobrepasa la tasa nacional y que requiere intervenciones desde la realidad territorial.

Con respecto a la razón de mortalidad materna, es decir, el número de muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos, fue de 51,6 en 2021, según el Boletín Técnico del Registro Estadístico de

Defunciones Generales. Esta cifra se redujo en 14.9 puntos en comparación con el año 2020. Para el año 2022, la razón de mortalidad materna fue de 41.2, y para el año 2023 fue de 35.6 que representa una disminución de 5.6 puntos en comparación con 2022. Se registraron 95 muertes maternas en total, 17 menos que para el año 2022. (INEC, 2024) Los datos del año 2024 se encuentran en proceso de validación y homologación entre MSP y el INEC. Sin embargo, para el año 2025 hasta la semana 16 se reportan 25 muertes maternas, es decir, 4 muertes maternas más en comparación con el año 2024 a la misma semana epidemiológica. (MSP, 2025).

Es pertinente hacer un estadística diferenciada en las muertes maternas en las poblaciones de pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatoriano y montubia es de preocupación, el número de casos registrados en estas poblaciones minoritarias son: (2022) 19 indígenas y 9 afroecuatorianas; (2023) 9 indígenas y 5 afroecuatorianas; (2024) 16 indígenas y 6 afroecuatorianas respectivamente, no se registró ningún caso en el pueblo montubio en estos años, estos datos reflejan las inequidades al acceso de los servicios públicos en este grupo poblacional minoritaria.

Si bien en los últimos 5 años, se registra una reducción de las tasas específicas de fecundidad en adolescentes (Gráficos 1 y 2), el embarazo y la maternidad temprana persisten como un problema que afecta la vida de niñas y adolescentes especialmente de 10 a 14 años, rango etario en el cual los embarazos son producto de violación, por lo tanto, constituyen una grave vulneración de derechos. La implementación de la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (PIPENA) 2018-2025, ha contribuido en esta reducción, sin embargo, es necesario fortalecer las acciones que permitan acelerar estos resultados.

En tal virtud, resulta fundamental fortalecer la intervención integral a partir de la articulación intersectorial con el fin de incidir en los determinantes sociales vinculados con esta problemática y con ello lograr la reducción efectiva de los embarazos y maternidades tempranas. Para ello, además de las competencias institucionales, es preciso promover la educación integral de la sexualidad no solo en el ámbito educativo sino también en el comunitario con el fin de contribuir en la transformación de patrones socioculturales negativos que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

En el análisis territorial se evidencia que el embarazo en niñas y adolescentes se concentra en mayor medida en las regiones de la Amazonía y Costa. De manera particular en lo que respecta al rango etario de 10 a 14 años, las provincias con tasas de fecundidad más altas son Morona Santiago (5.16), Napo (4.25) y Esmeraldas (4.16), superando en gran medida la cifra nacional que es de 2.
En lo que respecta al rango etario de 15 a 19 años, las provincias con tasas de fecundidad más altas son Morona Santiago (90,09), Napo (78,83) y Pastaza (65.48), de igual manera, superando en casi el doble la cifra nacional que es de 42,8.

Las altas tasas de embarazo en niñas y adolescentes en la mayor parte de las provincias de la región costa y amazónica, dan cuenta de la persistencia de patrones socioculturales negativos vinculados con prácticas que naturalizan la violencia y las uniones tempranas.

5.8.5 Barreras de acceso a servicios de salud para adolescentes

Las barreras de acceso a servicios de salud para adolescentes son diversas e incluyen barreras económicas, logísticas, del sistema y psicosociales como estigma social, desconfianza en profesionales, falta de privacidad, servicios medicalizados y creencia de que las y los adolescentes al ser una población sana no requieren atención en salud.

Por estos motivos, es importante evidenciar en el marco de las políticas públicas los principios transversales para una atención de calidad, calidez, con enfoque de derechos humanos, género, intergeneracional, intercultural y movilidad humana que promuevan servicios de salud integrales y amigables orientados al mejoramiento de la calidad de vida y acceso a servicios de salud, en el marco del ejercicio de los derechos humanos.

Mediante Acuerdo Interministerial No.0247-2018, se expidió la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018 – 2025 (PIPENA), cuyo objetivo es “Contribuir a que las y los adolescentes, accedan de manera universal a información, educación, educación integral de la sexualidad y servicios de salud sexual y salud reproductiva (…)”, teniendo entre sus líneas de acción el garantizar el acceso de las y los adolescentes a atención efectiva e integral en salud sexual y salud reproductiva.

Respondiendo a esta Política Intersectorial, el Ministerio de Salud Pública, mediante Acuerdo Ministerial No.00387-2019, expide los “Lineamientos técnicos para asegurar el acceso a servicios de salud integrales y amigables para adolescentes”, en el cual se establece que los establecimientos de salud deberán ofrecer a la población adolescente, la atención en un entorno acogedor, que garantice la intimidad y privacidad en la atención (MSP, Acuerdo Ministerial 00387-2019. Lineamientos técnicos para asegurar el acceso s Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes. Quito: s.n., 2019, 2019).

En este contexto, se reconoce que una de las problemáticas de las y los adolescentes es el embarazo temprano, por tanto, se requiere una intervención integral en este grupo etario para que accedan de manera universal a información, educación incluyendo educación integral de la sexualidad, servicios de salud sexual y salud reproductiva, para la toma de decisiones libres, responsables y saludables sobre su sexualidad y reproducción, a través del ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos para una vida libre de violencia.

Bajo esta perspectiva, resulta fundamental definir estándares de calidad contextualizados al marco normativo del Sistema Nacional de Salud, que a su vez posibiliten, la aplicación efectiva de las normas internacionales para mejorar la calidad del servicio a adolescentes, prestar un servicio amigable, integral e inclusivo, garantizando así su derecho a recibir una atención de calidad acorde a sus necesidades y a las características propias de su ciclo de vida, con diferentes prestaciones que incluyen la promoción, prevención y atención en salud sexual y salud reproductiva.

El Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria promueve la implementación de los "Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes (SSIAA)" (MSP, Manual Atención Integral de salud en adolescentes, 2023) a nivel nacional, como espacios calificados que cumplen con un conjunto de características y elementos relacionados con: competencias del personal de salud, organización y procedimientos en la atención para adolescentes, equipamiento para la atención en salud sexual y salud reproductiva para adolescentes, así como en la disponibilidad de entornos y ambientes físicos de la atención que, garanticen el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, respetando los derechos de las y los adolescentes, incluidos sus derechos sexuales y derechos reproductivos; y contribuir a mantener el buen estado de salud biopsicosocial, fortaleciendo el desarrollo integral y el abordaje de la prevención de problemáticas más frecuentes de este grupo etario, basado en estándares de calidad en la atención de los servicios de salud sexual y salud reproductiva para adolescentes de las Normas Mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud para adolescentes expedidos por la Organización Mundial de la Salud.

La atención integral de las y los adolescentes incluye el acceso a información, orientación, asesoría, reconocimiento a todos sus derechos incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, por parte de personal capacitado y especialmente sensibilizado a las necesidades de la población adolescente que contribuya a la prevención y reducción del embarazo en adolescentes.

El acceso a la información y a la planificación familiar es un derecho consagrado en la Constitución ecuatoriana y es fundamental para que las y los adolescentes vivan su sexualidad de forma plena y responsable, ya que garantiza derechos y promueve su bienestar para que vivan una vida más sana, con decisiones informadas, por tanto, se tiene como objetivo incrementar la cobertura de asesorías en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años.

En este contexto, la población adolescente requiere una intervención integral que contribuya al acceso a la salud de manera universal con información, incluyendo educación integral de la sexualidad y servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Bajo esta perspectiva, resulta fundamental definir estándares de calidad contextualizados al marco normativo del Sistema Nacional de Salud, que a su vez posibiliten, la aplicación efectiva de las normas internacionales para mejorar la calidad del servicio a adolescentes, prestar un servicio amigable, integral e inclusivo, garantizando así su derecho a recibir una atención de calidad acorde a sus necesidades y a las características propias de su ciclo de vida, con diferentes prestaciones que incluyen la promoción, prevención y atención en salud sexual y salud reproductiva.

La atención integral de las y los adolescentes incluye el acceso a información, orientación, asesoría, reconocimiento a todos sus derechos incluidos los derechos sexuales y reproductivos, con personal capacitado y especialmente sensible a las necesidades de la población adolescente que contribuya a la prevención y reducción del embarazo en adolescentes y alcanzar la cobertura de asesorías en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años.

5.8.6 Asesorías en Planificación Familiar

La Organización Mundial de la Salud, resalta la importancia de garantizar que todas las personas tengan acceso a métodos anticonceptivos preferidos, lo cual refuerza el cumplimiento de varios derechos humanos, incluidos el derecho a la vida y a la libertad; la libertad de opinión y expresión, y el derecho al trabajo y a la educación, además de reportar importantes beneficios para la salud.

Según UNFPA, más de 220 millones de mujeres en países en vías de desarrollo que no desean quedar embarazadas, carecen de un acceso a métodos anticonceptivos eficaces y a información y servicios de planificación voluntaria. Se ha registrado que alrededor de 80 millones de mujeres han tenido un embarazo no deseado y por lo menos una de cada cuatro ha recurrido a un aborto, que ha puesto su vida en riesgo. La planificación familiar disminuye las tasas de embarazo no deseado, y a su vez, la necesidad de recurrir al aborto inseguro, que representa el 13% de la mortalidad materna mundial.

El uso de anticonceptivos previene en las mujeres los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, sobre todo en las adolescentes. Además, que el contar con acceso a métodos anticonceptivos disminuye la mortalidad materna en un 32%, así también en el caso de la mortalidad infantil cuando el intervalo entre nacimientos es inferior a dos años, esta tasa es mayor a 45% en relación a embarazos mayores a 2 años de espaciamiento. Además, que se establecen una serie de beneficios potenciales no solo relacionados con la salud, sino que incluyen mayores oportunidades de educación, mayor autonomía para las mujeres, así como crecimiento demográfico y desarrollo económico sostenibles para los países.

Para garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos, es necesario que los profesionales de salud oferten asesoría en los métodos anticonceptivos disponibles de manera aclara que incluya las ventajas, desventajas y eventuales efectos secundarios de cada uno de los métodos ofrecidos y bajo este paraguas de información las futuras usuarias/os, elijan conforme a sus principios, creencias y deseos el método anticonceptivo que más les convenga. Todo esto en el contexto de una evaluación clínica que permita que la elección definitiva no implique un riesgo en su uso y que las ventajas del método superen los riesgos.

La organización Mundial de la Salud resalta la importancia de garantizar que todas las personas tengan acceso a métodos anticonceptivos de su elección, sin embargo, más de 220 millones de mujeres en países en vías de desarrollo que no desean quedar embarazadas carecen de un acceso a métodos anticonceptivos eficaces y a información y servicios de planificación voluntaria (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2025).

Tabla 15. Cobertura de asesoría en planificación familiar en población en edad fértil hombres y mujeres de 10 a 49 años. Red pública integral de salud 2016 -2024

Año	RPIS		
	Numerador	Denominador	Cobertura

Año	RPIS		
	Numerador	Denominador	Cobertura
2016	486.882	10.319.422	4,72
2017	543.061	10.486.355	5,18
2018	647.387	10.677.243	6,06
2019	602.478	10.868.116	5,54
2020	482.075	10.995.767	4,38
2021	623.161	11.072.134	5,63
2022	824.672	11.142.407	7,40
2023	878.654	11.217.185	7,83
2024	1.052.975	11.298.260	9,32

Fuente: Información recopilada de la RPIS en el marco de la construcción de indicadores de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2025 – 2030
Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

5.9 Insuficiente vigilancia, prevención y control de enfermedades, curación y rehabilitación

La vigilancia en salud pública constituye un componente esencial de los sistemas sanitarios modernos. Se refiere al conjunto de acciones colectivas e individuales orientadas al seguimiento del estado de salud de la población, la detección temprana de enfermedades, y la implementación de medidas preventivas oportunas, especialmente en contextos laborales donde pueden surgir riesgos específicos para la salud.

En Ecuador, la vigilancia epidemiológica ha permitido identificar patrones de morbilidad, controlar brotes y orientar políticas públicas en salud. Un área crítica dentro de esta vigilancia son las enfermedades inmunoprevenibles, aquellas que pueden prevenirse mediante la administración de vacunas.

Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la cobertura vacunal desigual, especialmente en zonas rurales y comunidades vulnerables, así como con la resistencia a la vacunación por parte de ciertos grupos poblacionales. Así también, los trastornos mentales aportan significativamente a los años vividos con discapacidad. Sin embargo, persisten importantes brechas en cobertura, disponibilidad de personal especializado y en la integración de la salud mental en la atención primaria, lo que limita la respuesta sanitaria integral.

En paralelo, el consumo de drogas ha mostrado un incremento global del 20% en la última década, según la UNODC (2024). Para 2022, el cannabis se mantiene como la sustancia más consumida, con 228 millones de usuarios, seguido de los opioides (60 millones), las anfetaminas (30 millones), la cocaína (23 millones) y el éxtasis (20 millones), configurando un desafío adicional para la salud pública.

El fortalecimiento de la vigilancia en salud pública es clave para garantizar una respuesta oportuna ante amenazas sanitarias, mejorar la calidad de vida de la población, y avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, preventivo y resiliente.

5.9.1 Enfermedades transmisibles

5.9.1.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH

Ecuador se ha sumado a los acuerdos mundiales y regionales en la respuesta contra el VIH con el fin de garantizar una menor incidencia, y a su vez una vida digna de todas las personas viviendo con VIH. Por lo tanto, los retos planteados por el país en conformidad a la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida, es alcanzar que el 95% de personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 95% de personas viviendo con VIH reciban tratamiento antirretroviral, y que el 95% de personas viviendo con VIH tengan carga viral indetectable.

El Ministerio de Salud Pública y la Red Pública Integral de Salud del Ecuador contribuyen a la disminución de la velocidad de crecimiento de la epidemia, fortaleciendo e implementando políticas sanitarias que garanticen, desde un enfoque de género y derechos humanos, el acceso universal a la promoción, prevención y atención integral, así como la equidad, la inclusión, la interculturalidad y la igualdad de oportunidades para las personas viviendo con VIH. Estos esfuerzos conjuntos entre las instituciones públicas, privadas y organizaciones sociales, plasmadas en el PENM 2023-2025, permiten consolidar e implementar líneas estratégicas como políticas sanitarias en la promoción y prevención con el fortalecimiento del algoritmo diagnóstico para mejorar la captación oportuna a través de pruebas rápidas, mejorar la atención integral universal y gratuita con la implementación de un proceso de transición en el tratamiento antirretroviral, garantizar los derechos humanos con la finalidad de disminuir el estigma y la discriminación.

La epidemia de VIH en Ecuador es de tipo concentrada, en grupos de población clave (GPC), con una mayor prevalencia en Personas Transfemeninas 18,17%, Hombres que tienen sexo con hombres 10,19%, Trabajadoras/es sexuales 1,04%, Personas Privadas de la libertad 1.3%

El Ecuador acumula un total de 85.224 casos de VIH notificados desde el año 1984 hasta el 2024; en la tendencia por décadas se puede apreciar que: entre los años 1980-1990, primera aparición del VIH/sida en Ecuador, los números son bajos pero en aumento; entre 1990-2000 el crecimiento acelerado de casos; entre el 2000-2010, expansión continua de la epidemia, alcanzando más de 5.000 casos en 2009; y entre los años 2010-2020, estabilización parcial de la epidemia, con fluctuaciones en los números de casos debido a mejoras en el acceso a tratamiento y prevención.

De 1984 a 2023 podemos apreciar la evolución de la epidemia con un aumento general de casos de VIH/sida, la cual ha sido de manera constante. En las primeras décadas, el aumento fue exponencial (más de 1% de 1984 a 1990 y casi 2% de 1990 a 2000), pero en las últimas décadas (2010-2023) el incremento ha sido más moderado, con un crecimiento de aproximadamente 3% al 6% anual en los últimos años; desde el año 2022 al 2024 la tendencia anual de casos se mantiene sobre los 5.000 casos.

Desde el inicio de la epidemia del VIH en Ecuador, en 1984, hasta el año 2024 se ha observado una evolución significativa en la notificación de casos, marcada por distintas fases de crecimiento, estabilización y proyecciones futuras con tendencia al incremento.

Durante los primeros años (1984-1999), la notificación anual de casos se observa con crecimiento gradual y progresivo, este comportamiento puede atribuirse a limitaciones en la capacidad diagnóstica y el estigma asociado, lo cual probablemente conllevó a un importante subregistro de casos.

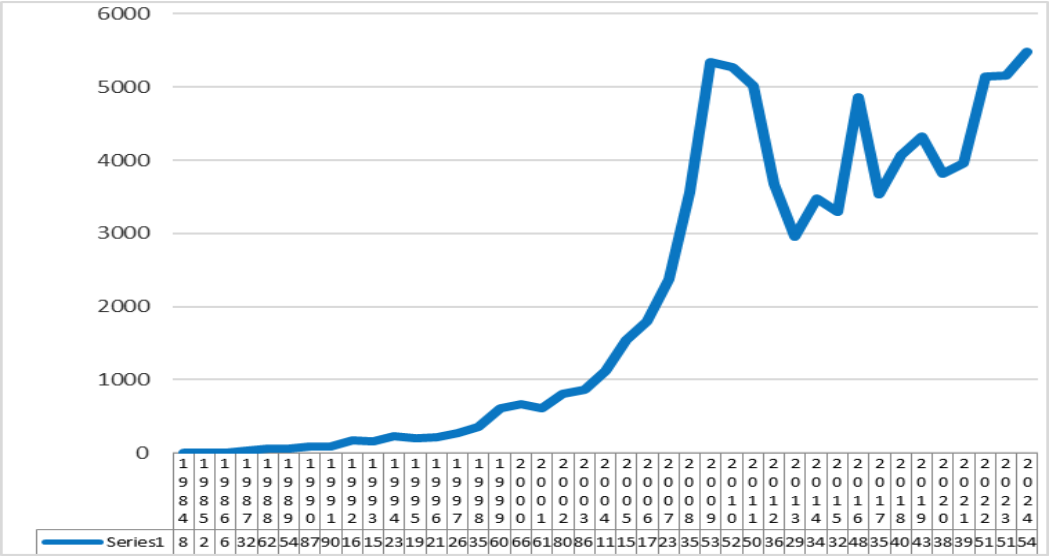
A partir del año 2000, se observa un incremento de los casos notificados, alcanzando su primer pico importante en 2008 con 5.336 casos, este ascenso está relacionado con el fortalecimiento del acceso a pruebas de tamizaje rápido para detección del VIH, y la implementación de políticas de salud pública enfocadas en VIH.

El periodo comprendido entre 2009 y 2015 muestra una tendencia irregular, con oscilaciones en las cifras anuales; se destacan incrementos como el del año 2013 (5.267 casos) y descensos como el de 2015 (3.294 casos).

Entre 2016 y 2021 se registra una fase de aparente estabilización, con cifras anuales que fluctuaron entre 2.803 y 3.960 casos. No obstante, es importante considerar el impacto de la pandemia por COVID-19 durante 2020 y 2021, que afectó la oferta de servicios, generando un subregistro temporal.

Finalmente, las proyecciones para el trienio 2022-2024 muestran nuevamente una tendencia ascendente, alcanzando una cifra estimada de 5.478 casos en 2024.

Gráfico 6. Incidencia anual de casos notificados por VIH/sida, Ecuador, 1984-2024



Fuente y Elaboración: Estrategia Nacional del VIH/Sida-ITS, MSP – Histórico de casos de VIH/sida, 1984-2024

5.9.1.2 Profilaxis Pre-Exposición (PrEP).

La PrEP es una estrategia de prevención altamente efectiva frente a la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Consiste en la administración diaria de medicamentos antirretrovirales a personas que no viven con el VIH pero que presentan un riesgo elevado de adquirirlo.

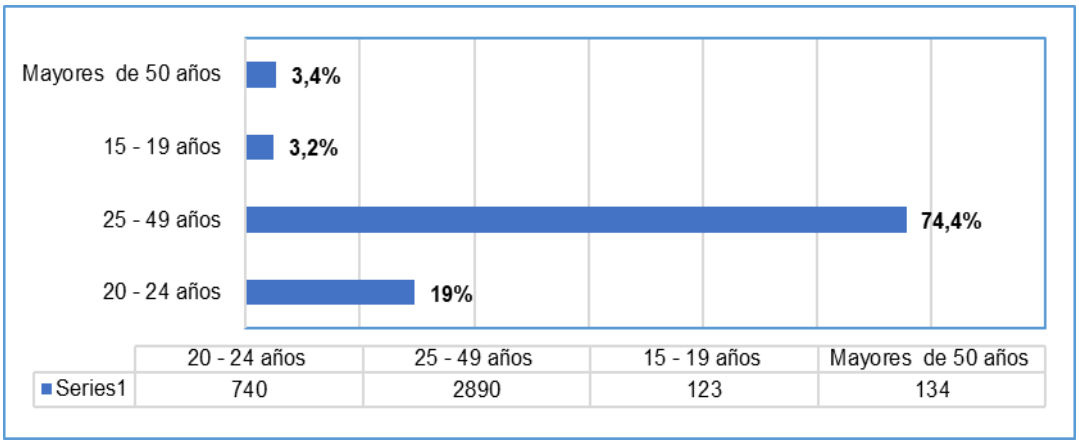
En Ecuador, el esquema de PrEP incluye la combinación de dos antirretrovirales: Tenofovir disoproxil fumarato (TDF) y Emtricitabina (FTC), administrados en una tableta diaria por vía oral. Estos medicamentos poseen una vida media intracelular y plasmática prolongada, lo que contribuye a su buena tolerancia y eficacia como herramienta preventiva.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso sistemático de PrEP puede reducir en más del 90% el riesgo de adquirir el VIH a través de relaciones sexuales.

A nivel nacional en el año 2024, 3.887 personas accedieron a la PrEP.

El 68,2% (2.654) corresponde a hombres, el 31,7% (1.232) a mujeres y el 0,03% (1) a personas intersexuales.

Gráfico 7. Personas que iniciaron PrEP, desagregado por grupo de edad, 2024.



Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud – PRAS – 2024

En cuanto al acceso a la PrEP por grupo de edad, se observa que la mayor proporción de personas que iniciaron esta estrategia de prevención combinada corresponde al grupo de 25 a 49 años, quienes representan el 74% (2.870) del total; esta tendencia puede estar relacionada con un mayor nivel de información en temas de salud sexual y reproductiva en este grupo etario, así como con un mayor conocimiento sobre las opciones de prevención del VIH, incluyendo la PrEP.

En segundo lugar, se encuentra el grupo de personas de 20 a 24 años, quienes también presentan un número significativo de usuarios. Es importante destacar que este grupo de edad suele encontrarse en una etapa de inicio de su vida sexual activa, lo que los motiva a buscar métodos de protección, especialmente si se identifican con factores de riesgo como tener múltiples parejas sexuales o percibirse en situación de alto riesgo frente al VIH.

Ambos grupos etarios muestran una alta receptividad hacia la adopción de nuevas tecnologías y estrategias de salud preventiva, incluyendo el uso de medicamentos como la PrEP.

En tercer lugar, se encuentran las personas mayores de 50 años, con 134 usuarios registrados, lo que representa el 3,4% del total. El acceso a PrEP en este grupo refleja un avance en las estrategias de comunicación y sensibilización, considerando que se trata de una población históricamente marcada por el estigma asociado al VIH desde los inicios de la epidemia en el país. Además, suele presentar una menor predisposición a adoptar tratamientos de toma diaria, por lo que su inclusión es un indicativo de progreso en términos de aceptación y confianza en la estrategia.

El sector salud enfrenta retos significativos en la lucha contra el VIH/SIDA. A nivel nacional, aunque se han logrado avances en la atención y prevención, persisten desafíos en la cobertura, adherencia al tratamiento y reducción de nuevas infecciones, especialmente en poblaciones vulnerables. La estrategia de prevención con Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) representa una herramienta crucial para reducir la incidencia del VIH.

5.9.1.3 Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) en el subsistema de salud

En el Ecuador a través de la Autoridad Sanitaria Nacional se establecen estrategias respaldadas por la OMS para responder eficazmente a esta enfermedad, dentro de estas estrategias se encuentra la Prevención combinada del VIH que abarca programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia y agrupa intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales.

Las intervenciones biomédicas están basadas en métodos clínicos y médicos que pueden ser farmacológicos o no farmacológicos y dependen del uso de nuevas tecnologías sanitarias en la prevención del VIH, como por ejemplo la Profilaxis pre exposición - PrEP, la Profilaxis post exposición - PEP y el Autotest para VIH; así mismo, involucra la construcción de alternativas de comunicación que garanticen el acceso efectivo a los servicios y a la información.

Con este antecedente; y, en cumplimiento de lo dispuesto en el Acuerdo Ministerial 00172-2023 mediante el cual se aprueba y autoriza el Protocolo denominado "Profilaxis previa a la exposición frente a la infección por VIH en Ecuador", el cual es de aplicación obligatoria para todos los profesionales de la salud de los establecimientos de la Red Pública Integral; la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del **IESS** establece dentro de los planes de acción para el año 2025 la apertura de este servicio en el Hospital General Ambato, Centro de Especialidades Comité del Pueblo y Hospital

del día Efrén Jurado López, memorando Nro. IESS-DSGSIF-2025-0907-M del 04 de febrero de 2025. Recalcando la importancia de conformar el equipo de la estrategia PrEP constituido por el médico general o médico especialista capacitado, enfermera, funcionarios de admisión / estadística, funcionario de laboratorio de análisis clínico, farmacia, profesional de salud mental y trabajador/a social cuyas funciones se encuentran descritas en el Protocolo ante mencionado.

5.9.1.4 Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida

La supresión de la carga viral del VIH es fundamental para mejorar la salud de las personas que viven con VIH, prevenir la transmisión sexual y reducir la transmisión perinatal. El tratamiento antirretroviral (TARV) es el método más eficaz para lograr y mantener la supresión viral, idealmente con un inicio rápido después del diagnóstico y un tratamiento continuo de por vida.

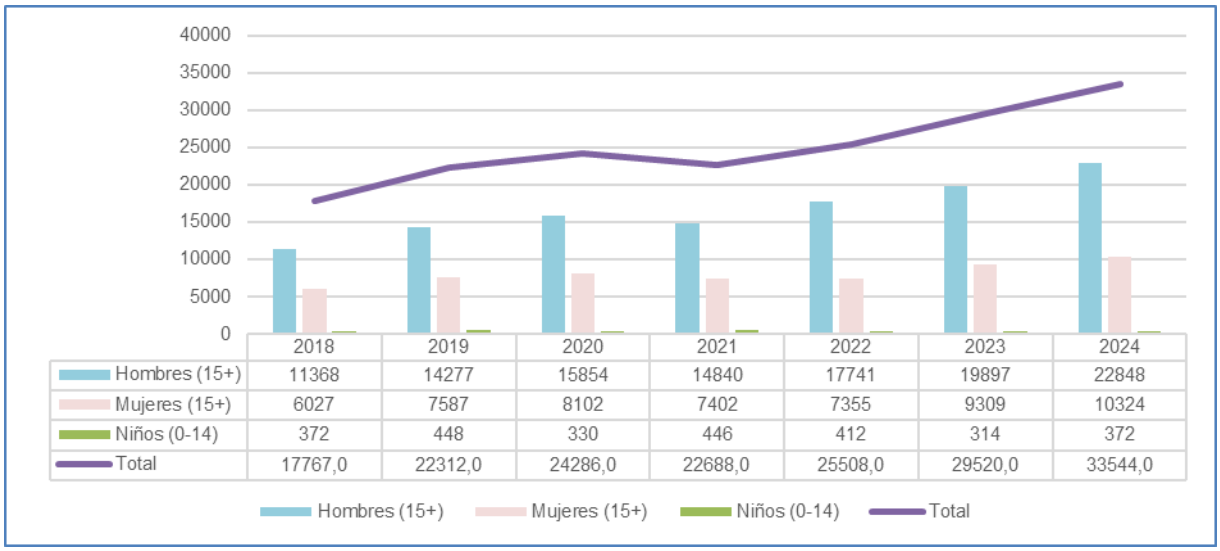
Existen tres categorías para clasificar la carga viral cuantitativa de VIH: detectable (mayor a 1.000 copias/mL), suprimida (detectada pero igual o menor a 1.000 copias/mL) e indetectable (carga viral no detectada según el punto de corte del equipo empleado, por ejemplo, igual o menor a 40 copias/mL).
Las personas que viven con VIH que se encuentran indetectables y están en tratamiento antirretroviral no pueden transmitir de forma sexual el VIH.

La carga viral es un indicador indirecto de adherencia farmacológica, por tanto, dentro de los objetivos que tiene la terapia antirretroviral (TARV) es lograr que la persona que vive con VIH logre tener una carga viral indetectable, recupere su función inmunológica, retrase la aparición de infecciones oportunistas, evite el efecto nocivo de la replicación viral sobre posibles comorbilidades existentes, disminuya el proceso inflamatorio crónico que esta patología conlleva y prevenga la transmisión del VIH.

La tendencia de personas con carga viral suprimida es positiva y en crecimiento sostenido, pero con una interrupción leve en 2021 del 6,6%, posiblemente vinculada a interrupciones por la pandemia (acceso a servicios de laboratorio, seguimiento, etc.); desde 2022, la recuperación ha sido fuerte y constante.

En 2018 había 17.767 personas con supresión viral y para 2024 la cifra sube a 33.544, lo que representa un incremento de 88,8% en siete años.

Gráfico 8. Personas que viven con VIH en tratamiento antirretroviral y presentan carga viral suprimida, bajo el umbral <1000 copias/ml, por sexo, desde el año 2018 a 2024, Ecuador



	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Hombres (15+)	11368	14277	15854	14840	17741	19897	22848
Mujeres (15+)	6027	7587	8102	7402	7355	9309	10324
Niños (0-14)	372	448	330	446	412	314	372
Total	17767,0	22312,0	24286,0	22688,0	25508,0	29520,0	33544,0

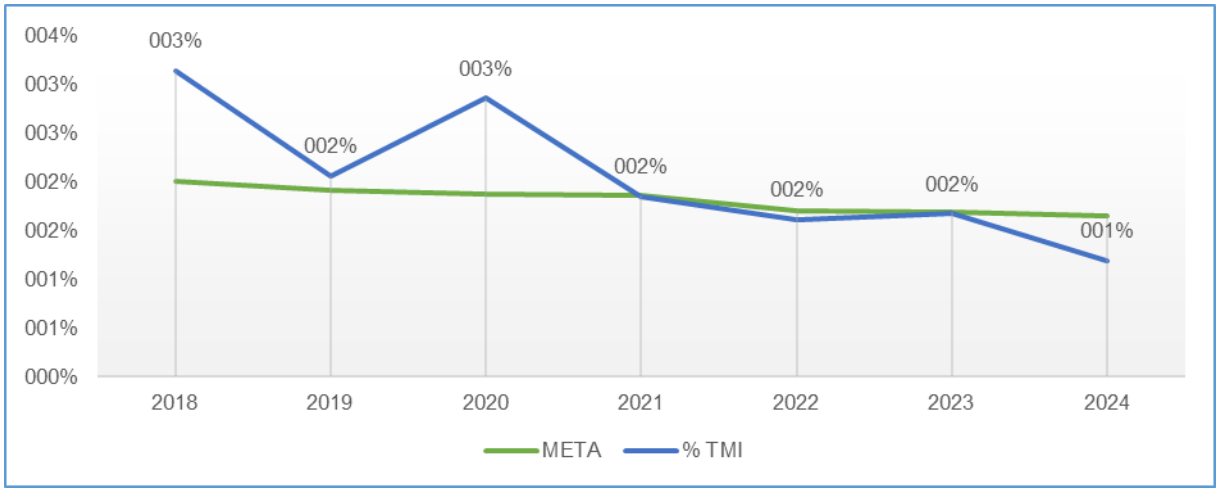
Fuente: Plataforma de Registro de Atenciones en Salud – PRAS – Seguimiento de casos de VIH - 2024

5.9.1.5 Transmisión materno infantil del VIH

La transmisión materno infantil del VIH puede ocurrir durante el embarazo, el parto, y/o a través de la lactancia materna; esta trasmisión es evitable, ya que, siguiendo las acciones planteadas en la Estrategia Nacional ETMI Plus, la probabilidad del riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo se reduce del 40% al 2%, por lo que se deben hacer todos los esfuerzos para el efecto. Se ha demostrado que el factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral; a mayor carga viral de la gestante, mayor riesgo de transmisión; el diagnóstico y la administración de antirretrovirales deben iniciarse lo antes posible de preferencia antes de las 20 semanas de gestación.

En el periodo de enero a diciembre del año 2024, el número de gestantes que acuden a los servicios de atención prenatal en su primera consulta fueron 228.386, el número de gestantes que se realizan al menos una prueba de VIH fueron 197.753 con una prevalencia del 0.30%; en este mismo año, se registraron 596 gestantes con VIH, 423 expuestos perinatales (niñas/os menores de 18 meses de edad, hijos de madres con diagnóstico confirmado de VIH), se notificaron 5 casos nuevos de niños/as menores de 18 meses con VIH por transmisión materno infantil, alcanzando un porcentaje de transmisión materno infantil del 1,18%.

Gráfico 9. Tendencia anual de la transmisión materno infantil de VIH, 2018 al 2024.



Fuente: Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico-Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/ sida, ITS, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS VIRAL B Y C, 2024

Problemáticas Identificadas

Acceso limitado a PrEP: Actualmente, el número de personas que acceden a la PrEP está por debajo de la meta establecida para 2029. Las barreras incluyen falta de información, estigmatización, insuficiencia de recursos y cobertura geográfica desigual.

Adherencia al tratamiento antirretroviral: Aunque la cobertura de tratamiento ha mejorado, no todos los pacientes mantienen una adherencia óptima, lo que afecta la supresión viral y aumenta el riesgo de transmisión.

Transmisión materno-infantil: La tasa de transmisión sigue siendo un desafío, en parte por diagnósticos tardíos en mujeres embarazadas y brechas en el seguimiento y tratamiento oportuno.

Persisten brechas posibles en zonas rurales, poblaciones indígenas, migrantes y adolescentes, donde el acceso a diagnóstico y TARV puede ser menor, además la capacitación y sensibilización de manera constante a los profesionales de la salud desde el primer nivel de atención y posibles subregistros en el sistema de información.

Dentro de los desafíos están incrementar el tamizaje prenatal desde el primer trimestre de la gestación, así como tamizar a la pareja y/o conviviente de cada gestante, fortalecer el seguimiento de niños expuestos al VIH, incluir en programas de prevención, tales como la PrEP, en gestantes y en periodo de lactancia y mantener el seguimiento con altas tasas de tratamiento y adherencia.

Existen diferencias significativas entre regiones urbanas y rurales, con poblaciones en zonas remotas enfrentando mayores limitaciones para acceder a servicios de salud de calidad.

5.9.2 Enfermedades no transmisibles

5.9.2.1 Cáncer

Ecuador registró 30.888 casos nuevos de cáncer en el año 2024, según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). De estos, 82.615 casos son prevalentes, es decir, personas que han padecido cáncer en los últimos cinco años y continúan en seguimiento clínico. En cuanto a mortalidad, 16.158 pacientes fallecieron por esta causa, lo que representa una tasa de 76 muertes por cada 100.000 habitantes

En términos de mortalidad, los más letales siguen siendo el cáncer de mama, próstata y cuello uterino, afectando principalmente a mujeres en edad reproductiva y hombres mayores de 60 años.

Debido a la alta incidencia y mortalidad, el MSP ha priorizado hospitales de segundo y tercer nivel para la atención oncológica, fortaleciendo la capacidad de diagnóstico, tratamiento especializado y cuidados paliativos. Se han implementado programas de tamizaje para cáncer de mama y cuello uterino, así como vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) para adolescente (MSP, https://www.salud.gob.ec/gaceta-indicadores-2024/, 2024)

Según datos de egresos hospitalarios y de mortalidad emitidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. El cáncer de estómago representa la mayor causa de mortalidad por cáncer en los dos sexos, seguidos por el cáncer colorrectal; en el caso de mujeres, el cáncer cérvicouterino.

Tabla 16. Número de egresos y muertes hospitalarias por cáncer

Tipo de cáncer	Egresos hospitalarios	Muertes hospitalarias
Cáncer de mama	2134	412
Cáncer de próstata	1876	389
Cáncer de estómago	1542	621
Cáncer de colon y recto	1218	347
Cáncer de cuello uterino	1005	298
Cáncer de pulmón	894	472
Cáncer de hígado	763	415
Leucemia	689	254
Linfoma no Hodgkin	612	189
Cáncer de tiroides	578	72

Fuente: Anuario de Nacimientos y Defunciones - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

5.9.2.2 Salud Mental

Los trastornos mentales representan una de las principales causas de discapacidad en el mundo. En 2025, más de 160 millones de personas en las Américas viven con algún tipo de trastorno mental, lo que contribuye al aumento de la discapacidad y las muertes prematuras. Esta realidad plantea desafíos urgentes para los sistemas de salud, las políticas públicas y la cohesión social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tres de los diez factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de enfermedades están relacionados con la salud mental: el sexo no protegido, el consumo de tabaco y el alcohol (PAHO, s.f.). Además, condiciones como el sobrepeso, la hipertensión y el colesterol elevado están estrechamente vinculadas con patologías como la ansiedad y la depresión.

Los trastornos mentales afectan a todas las sociedades y grupos etarios, generando una pesada carga económica, familiar y social. La depresión, los trastornos por consumo de sustancias, la esquizofrenia y el trastorno bipolar figuran entre las principales causas de años vividos con discapacidad (AVD), representando más de un tercio del total de años.

La problemática de la salud mental en el país se manifiesta en el aumento de ansiedad, depresión y trastornos por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, principalmente atendidos en el Ministerio de Salud Pública. Entre 2018 y 2024, los motivos de consulta varían por grupo: en niños, prevalecen los trastornos del desarrollo psicológico (59%); en adolescentes, retraso mental (21%) y trastornos emocionales (18,7%); y en jóvenes, adultos y adultos mayores predominan los trastornos neuróticos y relacionados con la ansiedad y el estrés (32,3%; 40,7%; 32,3%, respectivamente), seguidos de trastornos del estado de ánimo por depresión (18,5%; 21,9%; 16,4%) (MSP, 2024).

En el año 2024 las principales causas de morbilidad por egresos hospitalarios se relacionan a trastornos del humor (F30-F31) con el 28,1%, seguido por trastornos neuróticos y del estrés (F40-F41) con el 21,5% y Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias (F10-F19) con el 10%. Las provincias que cuentan con el mayor número de egresos hospitalarios son: Pichincha, Guayas y Tungurahua como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 17. Egresos hospitalarios-causas de morbilidad trastornos mentales y del comportamiento

Provincia	Egresos hospitalarios-causas de morbilidad trastornos mentales y del comportamiento											Total
Provincia	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98	F99	Total
Azuay	72	331	86	247	150	12	10	5	10	7	1	931
Bolívar	8	7	15	35	38	1	2	2	0	2	0	110
Cañar	16	102	27	60	66	2	7	2	2	4	0	288
Carchi	5	12	16	41	45	7	4	0	0	1	0	131
Cotopaxi	19	46	20	119	81	3	16	1	1	17	1	324
Chimborazo	20	53	39	131	113	6	19	3	2	8	1	395

Provincia	Egresos hospitalarios-causas de morbilidad trastornos mentales y del comportamiento											Total
Provincia	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F40-F49	F50-F59	F60-F69	F70-F79	F80-F89	F90-F98	F99	Total
El Oro	21	59	29	58	62	4	3	3	1	3	0	243
Esmeraldas	3	15	77	76	14	1	7	1	1	2	1	198
Guayas	132	649	405	447	297	26	27	14	14	21	6	2038
Imbabura	25	41	56	166	91	6	27	5	1	7	0	425
Loja	74	55	41	91	95	16	9	3	2	9	1	396
Los Ríos	28	41	54	52	23	0	8	6	2	1	1	216
Manabí	67	117	81	102	182	9	43	8	5	17	0	631
Morona S.	10	34	9	20	25	0	1	0	1	2	0	102
Napo	3	7	7	17	11	0	3	0	0	1	1	50
Pastaza	4	11	6	22	14	3	8	1	0	0	0	69
Pichincha	307	317	308	1014	439	52	104	36	18	69	23	2687
Tungurahua	32	112	82	186	427	11	17	2	2	11	5	887
Zamora Ch.	7	16	11	22	22	4	1	2	1	1	0	87
Galápagos	5	36	5	23	13	0	2	0	0	0	0	84
Sucumbíos	3	5	7	6	2	0	1	1	0	0	0	25
Orellana	2	13	12	5	7	1	1	1	0	0	0	42
Sto. Domingo de los Tsáchilas	17	19	34	29	43	2	6	3	7	5	1	166
Santa Elena	11	29	11	16	25	0	2	0	2	2	0	98
Exterior	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	891	2127	1439	2985	2285	166	328	99	72	190	42	10624
%	8,4	20,0	13,5	28,1	21,5	1,6	3,1	0,9	0,7	1,8	0,4	100,0

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas de Salud: Camas y Egresos Hospitalarios 2024
Elaboración: DNPCENTFSD

En cuanto al suicidio, la tasa ha oscilado entre 6 y 7 por 100.000 habitantes en los últimos cinco años; en 2023, el 74,19% de los suicidios consumados fueron de hombres y el 25,81% de mujeres, con edades tempranas de 10 años y mayor concentración de casos masculinos entre 17 y 36 años y femeninos entre 15 y 19 años (INEC) (MSP, 2024). Para 2024, la Policía Nacional reportó mayor incidencia de suicidio entre 18 y 24 años, con factores de riesgo vinculados a problemas familiares, sentimentales y económicos; la RPIS registró 16.611 atenciones por comportamiento suicida y 334 llamadas a la línea 171 (opción 6), con 76,65% de ideación y 20,96% de intentos en curso; y CIATOX informó 6.201 atenciones toxicológicas, 50,51% de casos por intoxicaciones con fines autolíticos (RPIS, 2024) (MSP, 2024).

La evidencia muestra consumo de tabaco y alcohol con fuertes variaciones por edad: 13% de adolescentes de 13 a 15 años y 13,7% de 18 a 69 años consumen cualquier producto de tabaco; entre 2024 y 2025 se decomisaron 138.944 cigarrillos y 9.142 vapeadores por incumplimientos de advertencias sanitarias y restricciones para menores (ARCSA,2025)). En ENSANUT 2018 se observa consumo de alcohol en 7,6% de 10 a 17 años y 25,2% de 10 a 19 años; además, 26,3% de 20 a 59 años inició consumo antes de los 16, con exposición a los 13,8 años; adolescentes suelen mezclar alcohol con otras drogas (INEC, 2018). Estos patrones se relacionan con determinantes sociales y

económicos: empleo, educación y vivienda, pobreza, migración, violencia de género y violencia social, que agravan la salud mental y dificultan la recuperación (RPIS, 2023- RPIS, 2024).

En cuanto a los servicios de salud mental, se disponen de 615 establecimientos de la Red Pública Integral de Salud, correspondiendo el 40.4% a servicios administrados por el MSP, 7.7% del IESS, 3.5% de FFAA Y 2.9% de.

El acceso a servicios públicos de salud mental es limitado: 1.129 servicios y establecimientos en tres niveles, con MSP 40,4%, IESS 7,7%, Policía 3,5% y FF.AA. 2,9% en lo público; el sector privado concentra 45,5%; la mayor oferta se sitúa en segundo y tercer nivel, dejando solamente 14,5% en primer nivel, puerta de entrada clave para la detección y atención temprana (RPIS, 2024). En cuanto a recursos humanos, el MSP concentra 1.216 profesionales y el IESS 242; la Policía registra 46, y la ratio de 4,2 psicólogos, 0,4 psiquiatras y 0,3 terapeutas ocupacionales por 100.000 habitantes en el MSP es insuficiente para la demanda (RPIS, 2023).

Los trastornos mentales más frecuentes, durante el período 2018-2022, son los trastornos de ansiedad (29%) y la depresión (16.5%); sin embargo, existen diferencias entre la capacidad de respuesta del subsistema del MSP y de la Seguridad social. Posterior a la pandemia, se ha evidenciado un aumento sostenido en los trastornos mentales comunes, a nivel nacional. (MSP, 2023). El Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2022) refiere que en la última década el consumo de sustancias, se ha incrementado alrededor del 22%. El cannabis continúa siendo la droga más consumida a nivel global, con alrededor de 228 millones de usuarios. Le siguen los opioides, con 60 millones de consumidores; las anfetaminas, con 30 millones; la cocaína, con 23 millones; y el éxtasis, con 20 millones. En el Ecuador, en el año 2016, la población estimada de consumidores fue de 791.000 (SETED, 2016) aproximadamente; para el 2023, la demanda de servicios de tratamiento incrementó en un 60% (aprox. 2.000.000 de consumidores) (PDEAIFSEDYFSM-MSP, 2023).

Por tanto, este grupo de patologías constituye un problema de salud pública mundial y nacional por su repercusión en años de vida perdidos por muertes prematuras, carga económica por la productividad ausente; costos de diagnóstico y tratamientos elevados.

5.10 Baja percepción de la calidad de los servicios de salud

5.10.1 Infraestructuras Sanitaria inadecuada

El Sector Salud presenta una insuficiente capacidad operativa que no permite garantizar una atención digna con iguales oportunidades en función de la demanda de la población ecuatoriana, principalmente debido a la influencia de varios factores que influyen en la limitada cobertura de los servicios de salud.

Los establecimientos de salud no satisfacen la demanda actual porque existen déficits de camas hospitalarias, baja o nula reposición de unidades antiguas, déficits de servicios o capacidad de atención, obsolescencia o vida útil cumplida del equipamiento industrial sanitario.

La Infraestructura de los establecimientos de salud que se encuentra en mal estado o en déficit, es porque no ha recibido insumos económicos, técnicos para que desarrolle un mantenimiento integral.

Así también se aumentado la demanda de servicios a que ha ocasionado que los establecimientos de salud improvisen espacios reduciendo los estándares de calidad. Para lo cual se desarrollan proyectos integrales donde se deben cumplir con un flujo médico (arquitectura e ingenierías), buscando una funcionalidad en los espacios de los establecimientos de salud.

Así mismo, el equipamiento industrial sanitario en los establecimientos de salud es insuficiente, no ha sido renovado o no se ha realizado una reposición de los equipos que cumplieron su vida útil lo cual afecta a la gestión hospitalaria reduciendo la capacidad operativa de las unidades de salud.

Con base a la implementación del Acuerdo Ministerial Nro. 0000090 publicado en el Registro Oficial el 18 de febrero del 2020 a, se evalúa a todos los establecimientos de salud tanto del primero, segundo y tercer nivel de atención en salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, es así que con corte al año 2024 se ha obtenido el siguiente resultado de alarmas[1] en las unidades de salud:

Tabla 18. Evaluación y resultados de alarmas por unidades de salud

ESTABLECIMIENTOS CON ALARMAS DE FUNCIONAMIENTO				
	PRIMER TRIMESTRE.	**SEGUNDO TRIMESTRE.**	TERCER TRIMESTRE.	CUARTO TRIMESTRE.
PRIMER NIVEL.	1267	1557	1594	1711
SEGUNDO NIVEL.	86	90	96	107
TERCER NIVEL.	12	11	16	20
TOTAL	1365	1658	1706	1838

Fuente: Base de Datos Coordinación de Supervisión, Seguimiento, Fiscalización y Gestión de Mantenimiento de Infraestructura Sanitaria - Dirección Nacional de Infraestructura Sanitaria
Elaboración: Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Infraestructura Sanitaria, 2024

En consecuencia, a lo señalado se puede indicar que existe unidades de primero, segundo y tercer nivel del Ministerio de Salud Pública se encuentran en mal estado, así también todos los establecimientos de salud deberán implementar planes de adaptación y mitigación al cambio climático por lo que se requiere una intervención a corto, mediano y largo plazo, para lo cual es necesario recursos tanto del gasto corriente como de inversión.

5.10.2 Equipamiento Sanitario insuficiente

La adecuada gestión hospitalaria requiere de la dotación, reposición y modernización del equipamiento médico, considerando tanto el avance tecnológico como las crecientes exigencias en la calidad de la

[1] Alarmas en evaluación de infraestructura: establecimientos de salud con un riesgo alto de colapsar y no poder seguir prestando los servicios a la comunidad

atención. Dicho equipamiento debe estar alineado con la capacidad resolutiva de cada nivel de atención en la red de salud, e incluir no solo equipos médicos de alta complejidad, sino también mobiliario clínico y dispositivos médicos básicos. Todo ello implica una inversión sostenida y significativa de recursos.

Las principales razones para la inversión en equipamiento son por:

1. Nuevas unidades a construirse,
2. Vida útil cumplida y/o cambio de tecnología,
3. Déficit y/o reposición,
4. Emergencias y/o imprevistos y/o mantenimiento, y
5. Equipamientos en ejecución y/o liquidación.

Actualmente, una proporción importante del equipamiento médico en los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel ha superado los niveles de obsolescencia recomendados para garantizar su funcionamiento seguro y eficaz, lo que hace indispensable su renovación. Adicionalmente, el incremento sostenido en la demanda de servicios provoca que los equipos se mantengan en uso intensivo y continuo, acelerando su desgaste y reduciendo su vida útil operativa.

En este contexto, la renovación, reposición y dotación constante de equipamiento se convierte en una necesidad prioritaria para asegurar la continuidad, seguridad y calidad de la atención sanitaria. En consecuencia, la inversión en este rubro no puede considerarse puntual, sino permanente y estratégica, dado que impacta directamente en la capacidad del sistema para responder de manera oportuna, eficiente y con estándares de calidad adecuados a las necesidades de la población.

5.10.3 Problemática para el Abastecimiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos

Los datos históricos sobre porcentajes de abastecimiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos, responden a un proceso que se realiza de manera integral, en los tres niveles de atención, con base en una lista definida de acuerdo a la decisión interdisciplinaria conjunta del Comité de Farmacoterapia de cada establecimiento de salud y aplicando la metodología VEN, la cual define la importancia o la necesidad según los siguientes criterios: V – Vital, E – Esencial y N - No esencial, mismos que se presentan a continuación:

Tabla 19. Asignación presupuestaria requerida

Porcentaje de abastecimiento de Medicamentos				
Año 2021	**Año 2022**	**Año 2023**	**Año 2024**	**Año 2025 Primer Trimestre**
52%	66%	76%	82%	81%
Porcentaje de abastecimiento de Dispositivos Médicos				
Año 2021	**Año 2022**	**Año 2023**	**Año 2024**	**Año 2025 Primer Trimestre**

Porcentaje de abastecimiento de Medicamentos				
Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024	Año 2025 Primer Trimestre
64%	69%	75%	80%	90%

Fuente: Dirección Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Bienes Estratégicos en Salud

- Se han recibido notificaciones desde las Coordinaciones Zonales de Salud y sus establecimientos respecto a la falta de cotizaciones por parte de los proveedores de ciertos medicamentos.
- La falta de confianza por parte de los proveedores al existir obligaciones económicas pendientes por parte del MSP, ha sido un motivo respecto a esta falta de ofertas.
- Los proveedores no cuentan con la capacidad de respuesta para solventar las necesidades de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública.
- Las asignaciones de financiamiento por parte del Ministerio de Finanzas a nivel nacional han generado que las EODs ajusten y prioricen sus procesos de compra, y en muchos de los casos no ha podido cubrir lo relacionado a deudas de arrastre y plurianuales mucho menos iniciar procesos nuevos. Esto afecta directamente en el abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, ya que al no cumplir con las obligaciones adquiridas con los proveedores estos no desean seguir ofertando sus productos; por lo tanto, al no contar con ofertas los procesos se retrasan y en muchos de los casos no se pueden concretar.
- El valor aproximado que se necesita para contar con un abastecimiento adecuado de medicamentos y dispositivos médicos a nivel nacional por el periodo 2025 es de aproximadamente $370´106.408,87 con una brecha de asignación a la fecha de aproximadamente $115´334.453,88.
- La brecha de medicamentos es de un 33.28 % del 100% de presupuesto solicitado y de dispositivos médicos es de 23.34% en relación del 100% de presupuesto solicitado.
- Así también, en lo que respecta al año 2024 existió una necesidad aproximada de $496´262.301,58 con una brecha de aproximadamente $174´430.641,69.

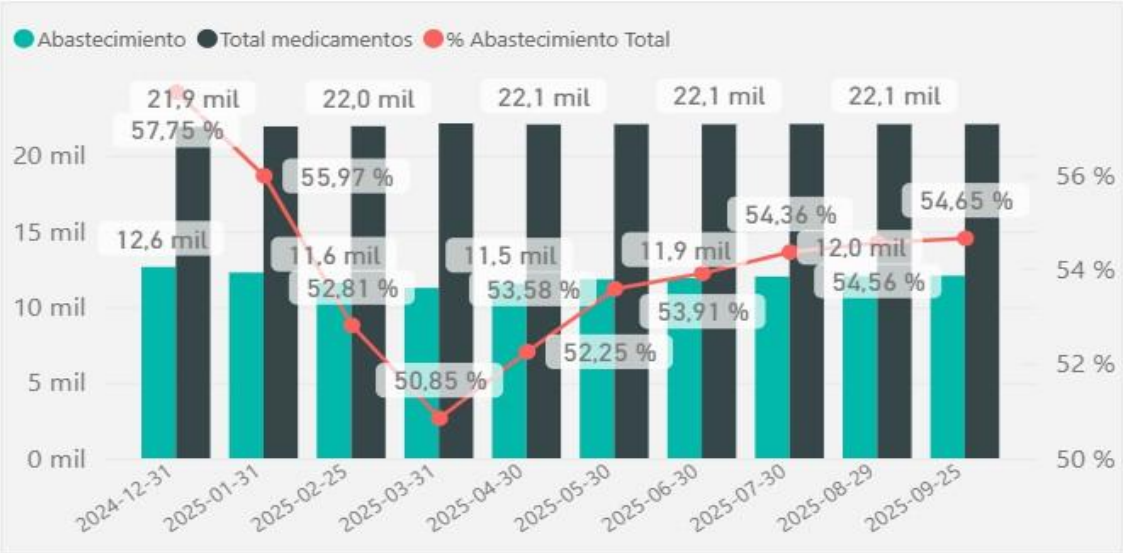
5.10.3.1 Problemática para el Abastecimiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos en el subsistema

Las principales causas del desabastecimiento de medicamentos en los establecimientos de salud de la DSGSIF del IESS son:

- Incumplimiento de entrega por parte de proveedores de Catálogo Electrónico – SERCOP,
- Suspensión temporal de los convenios marco de medicamentos de la SICM 2022,
- Falta de oferentes en la publicación de los procesos de contratación pública,
- Normativa engorrosa para procesos de contratación pública,

- El Sistema Nacional de Contratación Pública, considera como administradores de Contrato y Órdenes de Compra a profesionales médicos y técnicos de la RPIS, ocasionando saturación de actividades en todos los establecimientos de salud,
- Sobrecarga laboral en el personal del área requirente,
- Manejo inadecuado en la priorización para el uso de recursos económicos en la compra de medicamentos,
- Brecha de talento humano en área requirente y administrativa en los establecimientos de salud,
- Alta rotación de personal técnico administrativo y autoridades y Retraso en los pagos a proveedores.

Gráfico 10. Porcentaje de Abastecimiento de Medicamentos – dic. 2024 sep. 2025.



Fuente: Visor para el monitoreo del abastecimiento de medicamentos IESS.
Elaboración: Coordinación Nacional de Medicamentos

5.11 Información de las Entidades Adscritas

5.11.1 Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA

El 13 de septiembre del 2012, se publica en el Registro Oficial No. 788, el Decreto Ejecutivo No. 1290 que señala como imperiosa la necesidad de mejorar la calidad del control posregistro y facilitar a la vez la gestión del sector productivo nacional, a través de una institucionalidad que se especialice en la gestión de la vigilancia y el control sanitario de productos de consumo humano, escindiendo el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez" en el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigaciones - INSPI y en la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria – ARCSA.

Decreto Ejecutivo Nro. 544, de 14 de enero de 2015, publicado en el Registro Oficial Nro. 428, de 30 de enero de 2015, se reformó el Decreto Ejecutivo Nro. 1290 de creación de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria, publicado en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 788 de fecha 13 de septiembre de 2012, en el cual se establecen nuevas atribuciones, responsabilidades y competencia sancionatoria de la Agencia.

Decreto Ejecutivo Nro. 902, de 01 de febrero de 2016, publicado en el Registro Oficial Nro. 704, de 03 de marzo de 2016, se reforma el Decreto Ejecutivo Nro. 1290, publicado en el Suplemento al Registro Oficial Nro. 788, de 13 de septiembre de 2012, trasladando el domicilio principal de la Agencia a la ciudad de Guayaquil y de ejercer la jurisdicción coactiva en los casos de su competencia y por delegación del Ministerio de Salud Pública.
Desde su creación, la ARCSA cumple un papel estratégico en la consecución del objetivo nacional de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población, garantizando condiciones sanitarias seguras en los productos y establecimientos destinados al consumo humano. Su accionar contribuye a la reducción de riesgos sanitarios, al acceso a productos seguros y al fortalecimiento de la confianza ciudadana en los servicios del sistema de salud. Entre los años 2020 y julio de 2025, la Agencia ha mantenido una gestión eficiente frente al incremento sostenido de trámites, controles y certificaciones, sin un aumento proporcional de su presupuesto operativo. Mediante acciones de vigilancia, control, categorización, certificación y promoción de buenas prácticas, contribuye directamente a la prevención de enfermedades, la protección del consumidor y el aseguramiento de estándares técnicos y de calidad, en coherencia con los objetivos del Eje Social del Plan Nacional de Desarrollo.

Durante este período, la institución ha evidenciado un crecimiento sostenido en su desempeño operativo. La emisión de certificados sanitarios aumentó de 45.157 en 2020 a 51.852 en 2024, registrándose 32.714 hasta julio de 2025; las solicitudes de certificación pasaron de 50.360 en 2020 a 92.735 en 2024, reflejando una alta demanda de servicios por parte del sector productivo y la ciudadanía. La recaudación institucional creció de USD 20,1 millones en 2020 a USD 25,4 millones en 2024, con más de USD 16,2 millones recaudados hasta julio de 2025, y la ejecución presupuestaria anual se ha mantenido por encima del 94%, demostrando eficiencia en la gestión administrativa con recursos limitados.

La estructura operativa de la Agencia se sustenta en un modelo de gestión descentralizado, conformado por nueve Coordinaciones Zonales, once oficinas técnicas y una oficina en proceso de implementación en la provincia de Galápagos, además de oficinas de atención ciudadana, lo que ha permitido ampliar la cobertura territorial y fortalecer la atención directa a la ciudadanía. Las zonas 8 y 9 concentran la mayor carga operativa, evidenciando la necesidad de fortalecer la capacidad técnica y humana en estos territorios. Este enfoque territorial ha permitido mantener e incrementar los niveles de intervención en diferentes áreas técnicas. Los controles a productos aumentaron de 20.807 en 2020 a 33.769 en 2024, registrándose 24.910 hasta julio de 2025; las zonas 3, 8 y 9 mantienen los mayores niveles de actividad. En cuanto a los controles a establecimientos, estos pasaron de 18.161 en 2020 a un pico de 28.498 en 2023, con una reducción posterior a 21.095 en 2024 y 16.008 hasta julio de 2025, debido a la reasignación de recursos hacia auditorías de Buenas Prácticas de Manufactura. Por su parte, los permisos de funcionamiento se incrementaron de 40.532 en 2020 a 49.375 en 2024, registrándose 35.710 hasta julio de 2025, con un notable aumento en las zonas 7 y 8. El fortalecimiento técnico se refleja también en la implementación del proceso de categorización de productos y establecimientos por nivel de riesgo, lo que permite focalizar las acciones de control y auditoría en los sectores de mayor impacto sanitario.

A pesar de los avances alcanzados, la Agencia enfrenta limitaciones que inciden en su desempeño institucional. La demanda de servicios ha crecido de manera exponencial, mientras que la capacidad operativa y técnica se ha mantenido constante debido a restricciones presupuestarias. La asignación de recursos, sujeta a lineamientos de política pública, no ha permitido incrementar el número de funcionarios operativos, a pesar del alto nivel de recaudación institucional. Asimismo, se han identificado oportunidades de mejora en los procesos de comunicación entre la planta central y las coordinaciones zonales, lo que ha representado un desafío para la implementación oportuna y uniforme de los lineamientos institucionales.

5.11.1.1 Subnotificación de eventos adversos

En el marco del Plan Sectorial de Salud, la ARCSA ha identificado la necesidad de abordar la problemática relacionada con la subnotificación de eventos adversos que afectan la salud de la población. Para ello, se ha establecido el indicador “Tasa anual de notificaciones de RAM/ESAVI por cada millón de habitantes”, orientado a fortalecer la vigilancia sanitaria y la seguridad del paciente. Entre las principales problemáticas identificadas se encuentran la baja cultura de reporte por parte de profesionales de la salud y ciudadanía, la falta de información suficiente para la toma de decisiones, la necesidad de fortalecer la capacitación en farmacovigilancia y la limitación de recursos humanos y técnicos en el Centro Nacional de Farmacovigilancia para gestionar y analizar los reportes. En este contexto, los objetivos institucionales se centran en incrementar la tasa de notificación de eventos adversos hasta alcanzar la meta prevista para 2029, fortalecer la capacitación del personal sanitario y de la comunidad, y mejorar la comunicación con la ciudadanía para fomentar la confianza y participación activa en la vigilancia sanitaria.

El abordaje integral de estas problemáticas permitirá fortalecer el sistema nacional de farmacovigilancia, mejorar la seguridad sanitaria y garantizar una atención más segura y confiable para

la población ecuatoriana, consolidando el rol de la ARCSA como entidad técnica rectora en materia de regulación, control y vigilancia sanitaria.

5.11.2 Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS

5.11.2.1 Vigilancia Sanitaria de la calidad de los servicios de salud

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS, es un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con personalidad jurídica de derecho público, autonomía administrativa, técnica, económica, financiera y patrimonio propio, con sede principal en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, con jurisdicción en todo el territorio nacional.

Su creación está establecida en el Decreto Ejecutivo Nro. 703, publicado en Registro Oficial Suplemento Nro. 534, de 1 de julio de 2015, que dispone en su Artículo 1*: "Crear la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS-, como un organismo técnico administrativo, adscrito al Ministerio de Salud Pública, con personería jurídica de derecho público, autonomía administrativa, técnica, económica, financiera y patrimonio propio, con sede principal en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, con jurisdicción en todo el territorio nacional."* y en el Artículo 2 menciona *"La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de Servicios de Salud y Medicina Prepagada -ACESS-, será la institución encargada de ejercer la regulación técnica, control técnico y la vigilancia sanitaria de la calidad de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud."*

En el artículo 3, ibídem, se mencionan entre otras, las siguientes atribuciones y responsabilidades de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada-ACESS:

1. Controlar la aplicación y observancia de las políticas del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, que expida el Ministerio de Salud Pública;

2. Expedir la normativa técnica, estándares y protocolos, orientados a asegurar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la mejora continua de la prestación de los servicios de salud, en el ámbito de su competencia;

3. Controlar que los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro, las empresas de salud y medicina prepagada y el personal de salud, cumplan con la normativa técnica correspondiente;

4. Otorgar, suspender, cancelar y restituir los permisos de funcionamiento, licencias, registros, certificaciones y acreditaciones sanitarias de los servicios de salud públicos, privados y comunitarios, con o sin fines de lucro de las empresas de salud y medicina prepagada y del personal de salud, según corresponda;

11. Emitir informes vinculantes a las instancias respectivas para la aplicación de sanciones en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria vigente, en relación a la calidad de los servicios de salud que de conformidad con la ley les correspondan a otras entidades;

12. Aplicar las medidas y sanciones que correspondan en los casos de incumplimiento de la normativa de control y vigilancia sanitaria, en relación a la calidad de los servicios de salud y de acuerdo con la Ley Orgánica de Salud.

El sistema nacional de salud enfrenta brechas estructurales y territoriales que limitan el cumplimiento de los ejes, políticas y metas sectoriales. La capacidad institucional para ejercer las funciones de regulación, habilitación, vigilancia y control sanitario depende directamente de la distribución geográfica de la oferta de servicios, del nivel de articulación interinstitucional y de los recursos técnicos y tecnológicos disponibles en territorio.

La información oficial de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS, 2025) reporta un total de 47.735 establecimientos de salud habilitados en el país, distribuidos en nueve zonas administrativas. Este universo evidencia un crecimiento sostenido del sector privado y una concentración significativa en los principales polos urbanos, mientras que las zonas rurales y amazónicas presentan menor densidad institucional y mayores limitaciones de acceso.

Enfoque Territorial y Distribución Geográfica

La distribución de los establecimientos de salud refleja un patrón geográfico asimétrico, donde los servicios se concentran en las grandes ciudades y disminuyen progresivamente hacia las zonas rurales, fronterizas y amazónicas.

A continuación, se detalla la distribución oficial por zona.

Tabla 20. Distribución de establecimientos de salud en el Ecuador

Zona	Provincias que la integran	Total de establecimientos	Porcentaje nacional (%)
Zona 1	Carchi, Esmeraldas, Imbabura, Sucumbíos	2.679	5,6 %
Zona 2	Napo, Orellana, Pichincha Rural, Pastaza	2.124	4,5 %
Zona 3	Chimborazo, Cotopaxi, Tungurahua, Pastaza	5.423	11,4 %
Zona 4	Manabí, Santo Domingo, Santa Elena, Galápagos	5.535	11,6 %
Zona 5	Bolívar, Los Ríos, Guayas Rural, Santa Elena	3.582	7,5 %
Zona 6	Azuay, Cañar, Morona Santiago	5.867	12,3 %

Zona	Provincias que la integran	Total de establecimientos	Porcentaje nacional (%)
Zona 7	Loja, El Oro, Zamora Chinchipe	3.799	8,0 %
Zona 8	Guayas (Guayaquil, Durán, Samborondón)	8.336	17,5 %
Zona 9	Pichincha (Quito)	13.866	29,0 %
TOTAL NACIONAL	—	**47.735**	**100 %**

Fuente: Registro estadístico de la Dirección de Planificación y Gestión Estratégica ACESS

Análisis regional:

- **Zona 9 (Quito)** concentra casi un tercio del total nacional (29 %), evidenciando la fuerte centralización de la oferta sanitaria y el predominio de establecimientos de salud.
- **Zona 8 (Guayaquil, Durán y Samborondón)** representa el segundo núcleo de concentración (17,5 %), caracterizado por una alta densidad de establecimientos de salud.
- **Zonas 3, 4 y 6** presentan una distribución intermedia (entre 11 % y 12 %), con infraestructura provincial consolidada.
- **Zonas 1, 2, 5 y 7**, de naturaleza fronteriza y amazónica, agrupan menos del 30 % del total nacional, concentrando **brechas de cobertura, acceso y control sanitario.**

La **ACESS** ha identificado problemáticas que afectan la eficacia de la regulación y supervisión del sector salud, entre las cuales destacan:

- **Coordinación interinstitucional limitada:** La articulación con la **ARCSA** en la regulación y control de centros estéticos (SPA) resulta insuficiente, permitiendo la existencia de establecimientos que realizan procedimientos invasivos sin habilitación, lo que pone en riesgo la seguridad del paciente.
- **Supervisión de servicios móviles:** Se mantiene un rezago en la actualización de unicódigos y permisos de funcionamiento de ambulancias, lo que impide un control integral de la trazabilidad operativa.
- **Gestión de sistemas tecnológicos:** El **Sistema SACCS** presenta fallas operativas y deficiencias en interoperabilidad con el **RUES**, lo que genera duplicidad de procesos y retrasa la gestión técnica.
- **Definición de competencias:** Persisten **superposiciones funcionales** entre la ACESS y el MSP, particularmente en materia sancionatoria, lo que debilita la rectoría sectorial y la aplicación oportuna de medidas correctivas.
- **Brecha en el talento humano técnico y operativo,** que impide atender de manera integral a los establecimientos de salud.

Identificación de Brechas Nacionales y Territoriales

El análisis estadístico y territorial evidencia **diferencias significativas** entre zonas en cuanto a disponibilidad de talento humano, infraestructura, recursos logísticos y capacidades tecnológicas:

Tabla 21. Brecha territorial de talento humano, infraestructura y capacidades tecnológicas

Dimensión	Brecha nacional	Brecha territorial (ejemplos regionales)
Talento humano técnico	Se cuenta con 75 técnicos aproximadamente, para habilitar, controlar y vigilar a 47.735 establecimientos de salud.	En zonas amazónicas se cuenta con 1 técnico por provincia. En región insular no se cuenta con personal técnico.
Sistemas tecnológicos	Interoperabilidad limitada entre SACCS y RUES.	Conectividad deficiente en zonas rurales y de frontera impide reportes en línea.
Movilización y logística	Insuficiente cobertura presupuestaria para requerimientos operativos.	Zonas 1, 2 y 7 presentan mayores restricciones por dispersión y geografía adversa.

Fuente y Elaboración: ACESS

5.11.3 Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública – INSPI

El INSPI tiene sus raíces en el Instituto Nacional de Higiene creado en 1941, cuando el Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, en calidad de Director General de Sanidad, impulsó su creación, mediante el Registro Oficial 248. En 1980, mediante el Acuerdo N.º 1752 del 7 de mayo, se reconoció su denominación como Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez (INHMT-LIP), asignándole funciones de Medicina Tropical para el Ministerio de Salud Pública.

El INSPI surgió por escisión del INHMT-LIP mediante el Decreto Ejecutivo N.º 1290 del 13 de septiembre de 2012 (Registro Oficial N.º 788), estableciendo su estructura organizativa, competencias en investigación científica, tecnológica y de innovación en salud humana, y su rol como laboratorio de referencia nacional.

La Matriz de Competencias y el Modelo de Gestión fueron aprobados por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) mediante el Oficio Nro. SENPLADES-SGDE-2013-0160-OF.

En 2014, mediante el Decreto Ejecutivo N.º 336, se realizó la fusión con el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas (INIGER).

La gestión operativa del Instituto se formalizó con la emisión del Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (Resolución N.º MSP-INSPI-2015-0004-RES, Registro Oficial Edición Especial N.º 355), que estableció su estructura y procedimientos internos.

La Matriz de Competencias sectorial fue aprobada por el Ministerio de Trabajo mediante Oficio N.º MDT-DM-2018-0068.

El marco legal que regula al INSPI está constituido por la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, así como otros instrumentos normativos específicos, entre los que destacan:

- Decreto Ejecutivo N.º 902 (3 de marzo de 2016): Reafirma la personería jurídica de derecho público del INSPI, con independencia administrativa, económica y financiera, adscrito al Ministerio de Salud Pública.
- Decreto Ejecutivo N.º 1160 (22 de agosto de 2016): Otorga facultades para la investigación, desarrollo, producción y comercialización de principios activos, biológicos y reactivos de diagnóstico.
- Acuerdo Ministerial N.º 5279 (2015): Establece la REDNALAC (Red Nacional de Laboratorios de Análisis Clínico), en la que el INSPI cumple funciones de laboratorio de referencia LAC-4, encargado de análisis especializados y control de calidad de laboratorios subordinados.

En síntesis, el INSPI se constituye como institución de referencia en vigilancia epidemiológica, con capacidades en investigación, innovación y desarrollo, garantizando la detección, monitoreo y control de riesgos sanitarios, así como la generación de conocimiento científico aplicado para la salud pública nacional.

El INSPI, tiene las siguientes atribuciones y facultades:

Tabla 22. Atribuciones y facultades INSPI

COMPETENCIA	ATRIBUCIÓN	FACULTADES
1. La investigación, desarrollo e innovación en salud humana	Ejecutar las actividades de I+D+i en el área de salud pública, de acuerdo a los lineamientos de la Autoridad Sanitaria Nacional y la SENESCYT.	Coordinación Gestión
2. La transferencia y difusión de los resultados y productos de la investigación y desarrollo tecnológico en salud	Transferir los conocimientos de ciencia y tecnología provenientes de la investigación para fortalecer los procesos en salud, en cumplimiento a las políticas de la Autoridad Sanitaria y la SENESCYT.	Planificación Gestión
3. La prestación de servicios de laboratorio especializados en salud y de referencia nacional	Proveer servicios de laboratorio especializado en salud, en función de las prioridades establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.	Planificación Gestión
4. Producción y comercialización de biológicos y reactivos de diagnóstico, sin perjuicio de las acciones que puedan desarrollar los laboratorios y entidades privadas en este campo.	Investigar principios activos para producción de biológicos y reactivos de diagnóstico Comercialización de biológicos y reactivos de diagnóstico	Gestión

Fuente: Matriz de competencias 2017
Elaboración: Dirección General de Planificación y Gestión Estratégica INSPI

En 2021 se observa un incremento de pruebas especializadas debido a la pandemia COVID-19. La pandemia de COVID-19 marcó un punto de inflexión en la vigilancia epidemiológica del Ecuador. El INSPI jugó un papel central en el diagnóstico molecular y la secuenciación genómica del virus SARS-CoV-2, permitiendo la identificación de variantes y el monitoreo de la transmisión comunitaria. Este aprendizaje ha fortalecido las capacidades técnicas, pero también ha evidenciado la necesidad de

inversiones sostenidas en infraestructura, recursos humanos y tecnología para enfrentar futuras emergencias sanitarias.

El Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública INSPI "Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, antiguo Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical LIP, fue creado mediante Decreto Ejecutivo Nro. 1290, con fecha 13 de septiembre de 2012, publicado en Registro Oficial N° 788, en el Artículo 3, el Presidente Constitucional de la República del Ecuador emite lineamientos estructurales para la creación del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública – INSPI, institución ejecutora de la investigación, ciencia, tecnología e innovación en el área de salud humana y laboratorio de referencia nacional de la red de salud pública.

Gráfico 11. Pruebas Especializadas por Periodo

Fuente: Plataforma Gobierno por Resultados
Elaboración: INSPI

En los últimos años se observa un aumento en la incidencia de enfermedades infecciosas (como dengue, tosferina, Micobacterias Tuberculosas e infecciones respiratorias agudas graves), y en paralelo crecientes demandas de servicios de laboratorio especializado para vigilancia, control de calidad y respuesta rápida ante emergencias sanitarias. Las reformas institucionales buscan alinearse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con especial énfasis en evidencia y conocimiento en salud, acceso equitativo a servicios, y tecnologías sanitarias y la Agenda de Prioridades de Investigación e Innovación para la Salud 2023-2030.

Tabla 23. Pruebas especializadas de laboratorios de Vigilancia

Centros de Referencia Nacional	PERIODO				
	2021	2022	2023	2024	AGO 2025
Virus Exantemáticos, Gastroentéricos y Transmitidos por Vectores	18.872	5.494	5.313	11.518	11.190
Vectores	20.191	20.151	19.965	15.501	10.598
Toxicología	11.391	1.680	6.942	11.118	11.106
Resistencia a los Antimicrobianos	17.948	10.016	18.008	21.455	34.780
Parasitología y Micología	12.577	2.598	6.213	8.662	6.433

Centros de Referencia Nacional		PERIODO			
	2021	2022	2023	2024	AGO 2025
Micobacterias	14.978	8.206	4.617	6.897	
Inmunohematología e Infecciones Virales de Transmisión Sexual	86.963	51.737	17.322	22.729	5.203
Influenza y Otros Virus Respiratorios	1.398.905	130.325	78.721	72.397	75.950
Genómica	-	1.155	3.685	4.625	2.486
Bacteriología	27.062	4.449	20.500	21.252	47.084
Zoonosis	11.260	671	1.461	1.693	-
TOTAL	**1.620.147**	**236.482**	**182.747**	**197.847**	**208.403**

Fuente: Plataforma Gobierno por Resultados
Elaboración: INSPI

Capacidades institucionales y rol del INSPI

- El Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) es una institución técnica y científica que actúa como laboratorio de referencia nacional en el diagnóstico, investigación y vigilancia en salud pública. Entre sus funciones principales están la realización de pruebas de diagnóstico especializado, el desarrollo de investigaciones aplicadas en epidemiología y microbiología, y el apoyo al MSP en la formulación de políticas basadas en evidencia.
- Durante la pandemia de COVID-19, el INSPI se consolidó como el centro de diagnóstico molecular del país, implementando técnicas de secuenciación genómica que permitieron detectar variantes del virus SARS-CoV-2. Además, ha trabajado en la vigilancia de arbovirosis como dengue, chikungunya y zika, así como en el diagnóstico de tuberculosis y otras enfermedades de interés epidemiológico. Estas capacidades lo posicionan como un actor estratégico para la seguridad sanitaria nacional.

Análisis de diagnóstico territorial

El INSPI da cobertura a todas las provincias del país con 4 localidades:

- Sede Central Guayaquil,
- Coordinación zonal Z9 en Quito
- Coordinación zonal Z6 Cuenca
- Oficina técnica en Tena.

De acuerdo con la REDNALAC (Red Nacional de Laboratorios de Análisis Clínico para diagnóstico y vigilancia de la salud pública del MSP, aprobada mediante Acuerdo Ministerial N°5279, del 2015) organiza la red de laboratorios de análisis clínico por niveles de complejidad: baja complejidad (LAC-1), mediana complejidad (LAC-2), alta complejidad (LAC-3) y de referencia (LAC-4). El INSPI es el laboratorio de análisis clínico de referencia de mayor nivel (LAC-4). Está a cargo de los análisis especializados de control y vigilancia en salud pública y pruebas de evaluación de la calidad de los resultados para los laboratorios de la Red con complejidades menores.

Los laboratorios zonales (Quito, Cuenca, Tena, Guayaquil) cubren grandes territorios; el INSPI viene trabajando en la desconcentración de técnicas lo cual contribuye a mejorar los tiempos de respuesta a nivel nacional.

Tabla 24. Presencia institucional en territorio INSPI

Presencia Institucional en Territorio	Número de Unidades Desconcentradas Zonales	Ubicación		Cobertura	Estado	
		Provincia	Cantón		Planificado	Implementado
Unidad Desconcentrado Zonal 2	1	Napo	Tena	Zona 2: Pichincha (excepto Distrito Metropolitano de Quito,Napo y Orellana	SI	SI
Unidad Desconcentrada Zonal 6	1	Azuay	Cuenca	Zona3: Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza, Tungurahua Zona 6: Cañar, Azuay, Morona Santiago	SI	SI
				Zona 7: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe		
Unidad Desconcentrada Zonal 9	1	Pichincha	Quito	Zona 9: Distrito Metropolitano Quito	SI	SI
				Zona1: Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos		
				Zona 4: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas		

Fuente y Elaboración: Dirección General de Planificación y Gestión Estratégica INSPI

Tabla 25. Roles de las oficinas técnicas

PRESENCIA INSTITUCIONAL EN TERRITORIO	NIVEL DE COBERTURA	FACULTADES	ATRIBUCIÓN	PRODUCTO POR ATRIBUCIÓN	USUARIO
Oficina Técnica	Zona	Gestión	Ejecutar las actividades de I+D+i en el área de salud pública, de acuerdo a los lineamientos de la	Informes técnicos de la ejecución de proyectos de investigación	Red Pública Integral de Salud (MSP, IESS, ISFA, ISPOL)
					Red Complementaria (Clínicas, Unidades de Salud Privadas)
					Organismos Gubernamentales (Instituciones Públicas)
					Organismos No Gubernamentales (ONG´s, Universidades, otros)
					Comunidad Científica Nacional e Internacional
			Proveer servicios de	Informes de análisis de	Red Pública Integral de Salud (MSP,

PRESENCIA INSTITUCIONAL EN TERRITORIO	NIVEL DE COBERTURA	FACULTADES	ATRIBUCIÓN	PRODUCTO POR ATRIBUCIÓN	USUARIO
			laboratorio especializado en salud, en función de las prioridades establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.	laboratorio especializados como insumo para la	IESS, ISFA, ISPOL)
					Red Complementaria (Clínicas, Unidades de Salud Privadas)
				Vigilancia de la Salud Pública, de acuerdo a su nivel de complejidad.	Organismos Gubernamentales (Instituciones Públicas)
					Organismos no Gubernamentales (Instituciones Públicas)
					Diferentes Carteras de Estado del ámbito de Salud y Ambiente y demás entidades Públicas
				Informes de análisis laboratorial para la gestión de investigaciones s en salud.	Usuarios personas naturales:

Fuente y Elaboración: Dirección General de Planificación y Gestión Estratégica INSPI

En los próximos años se requiere afianzar estos esfuerzos de desconcentración y explorar la posibilidad ampliar la cobertura con más oficinas técnicas.

5.11.3.1 Brecha en Investigación

El INSPI cuenta con un marco normativo sólido (Estatuto por Procesos) que le otorga atribuciones claras en investigación, vigilancia y generación de evidencia en salud pública.

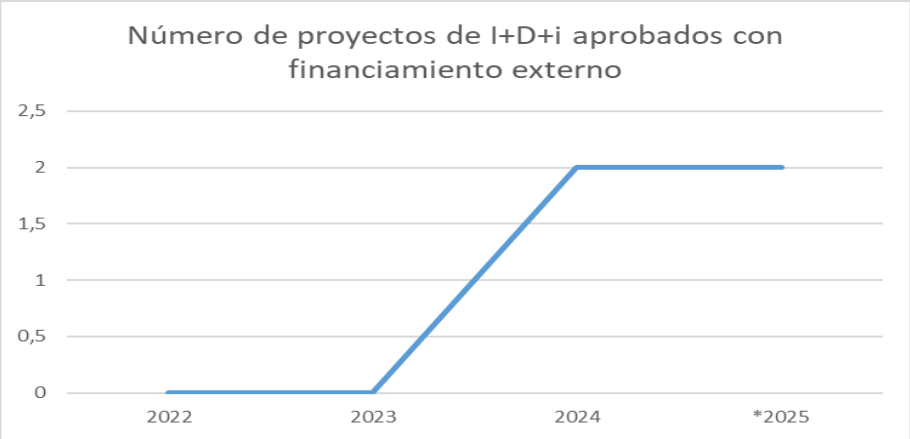
Es una institución con reconocimiento nacional de referencia en investigación aplicada en salud pública, lo que facilita su articulación con el Ministerio de Salud Pública. Durante los últimos períodos de evaluación institucional, el número de proyectos de investigación aprobados en el INSPI ha mostrado una tendencia limitada o fluctuante.

Aunque existe personal técnico y científico especializado como profesionales con experiencia en áreas de laboratorio, epidemiología y salud pública, se identifican barreras administrativas, metodológicas y financieras que afectan la aprobación formal de propuestas.

Se evidencia como problema para afianzar la investigación, la falta de financiamiento propio sostenido, así como dependencia de fondos externos y proyectos puntuales para sostener la investigación. Las Universidades y

centros de investigación privados también compiten por fondos internacionales, lo que puede limitar los recursos disponibles para el INSPI.

Gráfico 12. Número de proyectos I+D+i aprobados con financiamiento externo



Fuente y Elaboración: Dirección General de Planificación y Gestión Estratégica INSPI

Los siguientes problemas identificados pueden afectar negativamente al INSPI si no se gestionan adecuadamente. Se identifican en el entorno institucional y las tendencias del sector:

Tabla 26. Síntesis de las principales problemáticas de la institución

Problemas identificados	Descripción
Cambios en Políticas Gubernamentales	Posibles cambios en las políticas de salud pública o de investigación a nivel nacional pueden alterar las prioridades institucionales y requerir una adaptación rápida, lo que podría generar incertidumbre y desvío de recursos.
Riesgos Epidemiológicos Emergentes	La aparición de nuevas enfermedades o la reemergencia de patógenos conocidos representa una amenaza constante, exigiendo al INSPI una capacidad de respuesta rápida y una inversión continua en vigilancia e investigación, lo que puede sobrecargar sus recursos.
Entorno económico del Sector Público	Las limitaciones presupuestarias generales del Estado ecuatoriano pueden afectar la asignación de recursos al sector de la salud, limitando su capacidad de inversión en infraestructura, equipamiento y talento humano, y dificultando la ejecución de proyectos estratégicos.
Trámite y Procesos Administrativos Lentos	La complejidad y lentitud de los procesos administrativos a nivel estatal pueden retrasar la adquisición de bienes y servicios y la ejecución oportuna de actividades institucionales.
Fuga de Talento Humano	La falta de oportunidades de desarrollo profesional, salarios competitivos o condiciones laborales adecuadas conduce a la fuga de talento humano calificado hacia otras instituciones o el sector privado, debilitando las capacidades científicas y técnicas del INSPI.

Fuente y Elaboración: Dirección General de Planificación y Gestión Estratégica INSPI

5.11.4 Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células – INDOT

El Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDOT) es una entidad de derecho público dotado de personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica, administrativa y financiera adscrita al Ministerio de Salud Pública como entidad rectora. En alineación a su normativa de creación (Reglamento para la aplicación de la Ley de Trasplantes de Órganos y Tejidos, publicado en el Registro Oficial No. 745, del 13 julio 2012) y a su tipo institucional (INSTITUTO DE PROMOCIÓN), el rol general del INDOT está encaminado a la ejecución de la política pública, coordinación, organización y aplicación de los planes, programas y proyectos relacionados con la donación y trasplantes de órganos.

El INDOT desarrolla su gestión, de conformidad a lo establecido en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos (Resolución No. 062-INDOT-2014, de 21 de Octubre de 2014 y tiene como objeto promover la actividad trasplantológica en el país y consolidar el Sistema Nacional Integrado de Donación y Trasplante, en estricta observancia del marco constitucional y legal de Ecuador, así como de las disposiciones constantes en los tratados e instrumentos internacionales vigentes sobre esta temática y en el marco de los principios de altruismo, transparencia y de la bioética.

Desde su creación, el INDOT ha fortalecido la construcción del Sistema Nacional Integrado de Donación y Trasplantes, donde la contribución de todas las instituciones y actores que lo integran ha constituido un aporte muy valioso para cumplir con la misión de proveer de órganos, tejidos y células a la población ecuatoriana.

Si bien este trabajo se ha consolidado en un importante número de trasplantes, la creciente indicación terapéutica de este procedimiento, para algunas enfermedades catastróficas o enfermedades crónicas metabólicas, se constituye en un problema de salud pública que se ve reflejado en el creciente registro de personas en la Lista de Espera Única Nacional. Ante esta problemática, se evidencia la necesidad de incrementar la identificación oportuna de donantes de órganos y tejidos en establecimientos de salud públicos y privados de todo el país, e incorporar sus cuidados y atención especial como parte del cuidado al final de la vida de todo individuo.

El trasplante de órganos, tejidos y células se ha convertido en una práctica mundial que puede prolongar y mejorar la calidad de vida de las personas. Los avances en técnicas de ablación, conservación y preservación, trasplante y protocolos de inmunosupresión más específicos han mejorado el resultado, costo-efectividad y aceptabilidad cultural del trasplante con el consecuente aumento de la demanda de esta terapia.

Sin embargo, las capacidades para efectuar trasplantes aún no son accesibles para toda la población que los necesita, lo que responde a una oferta y disponibilidad de células, tejidos y, en especial, de órganos de donación, muy por debajo de la demanda.

Entre las barreras para el acceso equitativo se identifican: la falta de financiación y protección financiera para la actividad trasplantológica, el no reconocimiento del trasplante como una alternativa costo efectiva, la escasez de recursos humanos formados, la poca cultura de la donación a nivel nacional.

Una de las limitantes más importantes que se tiene, es la falta de recursos financieros adecuados. El presupuesto asignado cubre apenas el rubro de Talento Humano fijo, y algunas compras para abastecer el Banco de Tejidos y Células, pero no permite la implementación de varias estrategias de éxito que ya se han implementado a nivel mundial. Esta limitación financiera afecta la capacidad de contratar personal cualificado, adquirir tecnología actualizada e implementar programas y proyectos de manera efectiva.

Dentro de los programas efectivos que no pueden ser financiados son los de comunicación, ya que no se cuenta con recursos asignados a esta partida y por ende no se puede socializar de manera masiva el mensaje de que se puede ser donante, afectando a la gestión institucional.

Al no contar con presupuesto no se puede contratar más personal técnico operativo para lograr incrementar la donación y el trasplante, así tampoco se puede capacitar de manera adecuada al personal de planta de la institución. Según datos de la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación, el 60,24 % de la población mayor de 18 años es donante, considerando que por voluntad se han pronunciado el 51,51%.

Por tanto, el INDOT impulsó a nivel nacional la estrategia de “Hospital Amigo de la Donación” que aporta al fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Donación y Trasplante e incrementa la actividad de procuración en establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de complejidad. “Los hospitales son actores protagónicos del proceso, tanto en la donación como en el trasplante. Como nexo entre potenciales donantes y potenciales receptores, el hospital es la institución sanitaria que garantiza la posibilidad real de trasplante a partir de su capacidad de generar donantes”.

Avances de la actividad trasplantológica en el país

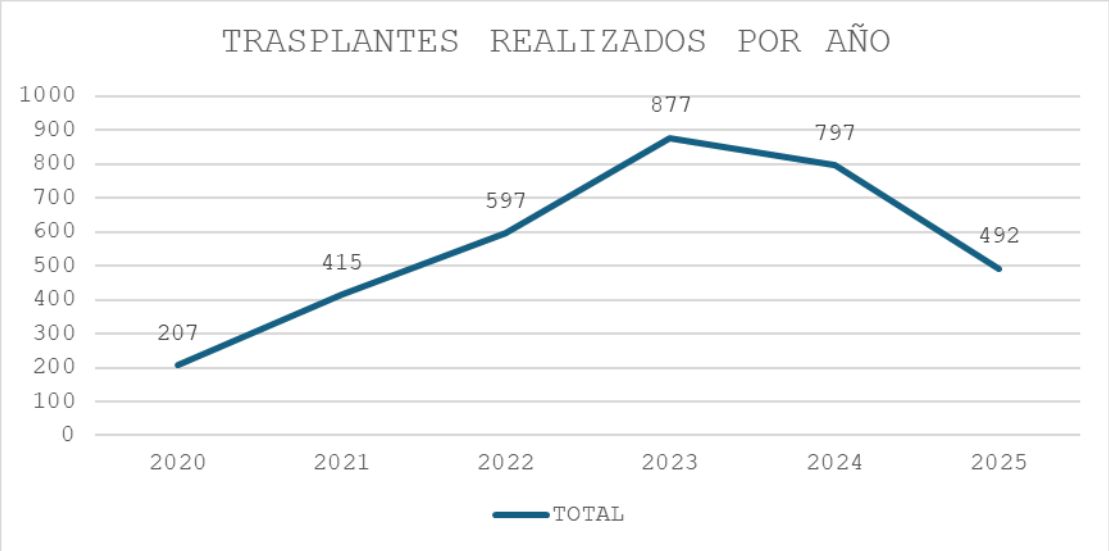
Todo el trabajo que se ha desarrollado en los últimos años, consolida un importante número de donantes y trasplantes; sin embargo, no es posible satisfacer la demanda de trasplante de la población que lo requiere y que se ve reflejado en el número de pacientes inscritos en Lista de Espera Única Nacional (LEUN) y en los pacientes identificados en los establecimientos de salud que presentan patologías susceptibles a trasplante.

A pesar del importante incremento en la disponibilidad de órganos para trasplante, persiste una disparidad entre la oferta y la demanda.

Referencias estadísticas

Durante el período 1 de enero del 2020 al 31 de agosto del 2025, en el Ecuador se han realizado 3385 trasplantes, sin embargo, por la pandemia por COVID-19 en el año 2020, se realizaron 207 trasplantes, aumentando a 415 en el 2021, y hasta el 31 de agosto del 2025 se realizaron 492 trasplantes.

Gráfico 13. Trasplantes realizados por año



Fuente: Registros INDOT 2025
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

De los 3385 trasplantes realizados, 904 corresponden a trasplantes de órganos, 730 de células y 6095 de tejidos específicamente córneas nacionales e importadas.

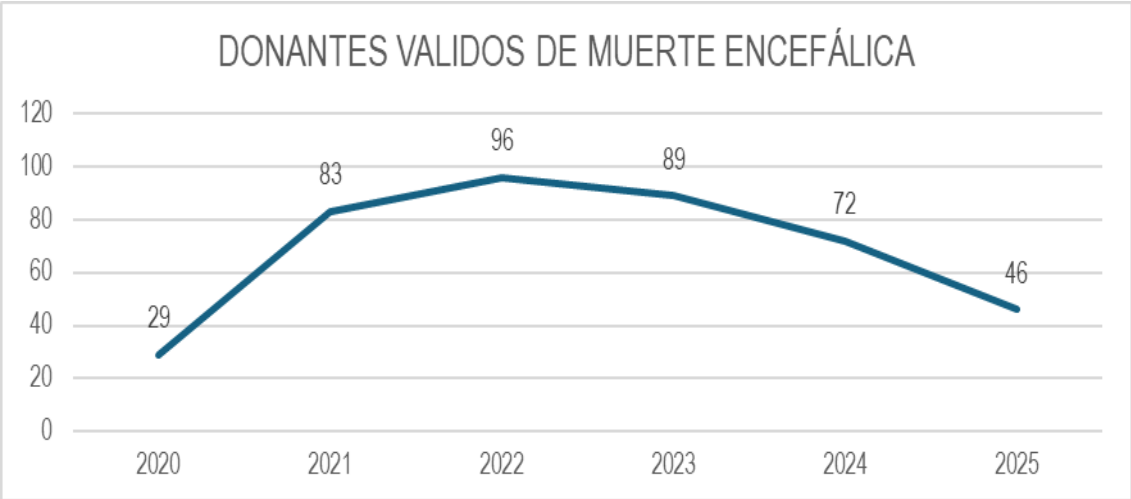
Tabla 27. Trasplantes Realizados

TRASPLANTES DESDE EL 2007 HASTA AGOSTO 2025			
ÓRGANOS	Trasplante Renal con donante vivo	55	**904**
	Trasplante Renal con donante cadavérico	655	
	Trasplante Hepático con donante cadavérico	127	
	Trasplante Hepático con donante vivo	0	
	Trasplante Hepatorrenal	0	
	Trasplante Pulmonar	0	
	Trasplante Cardiaco	67	
	Trasplante Pancreático	0	
	Trasplante Renopancreático	0	
CÉLULAS	Trasplante de Progenitores hematopoyéticos	382	**382**
TEJIDOS	Trasplantes con Córneas nacionales	1185	**2099**
	Trasplantes Con Córneas importadas	914	
TOTAL		**3385**	

Fuente: Archivos Institucionales INDOT – corte 31 de agosto de 2025
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Los trasplantes se realizan en la medida en que se dispone de un donante; en el gráfico siguiente se detalla el número de donantes reales y efectivos logrados por cada año, durante el período 2020 a 2024.

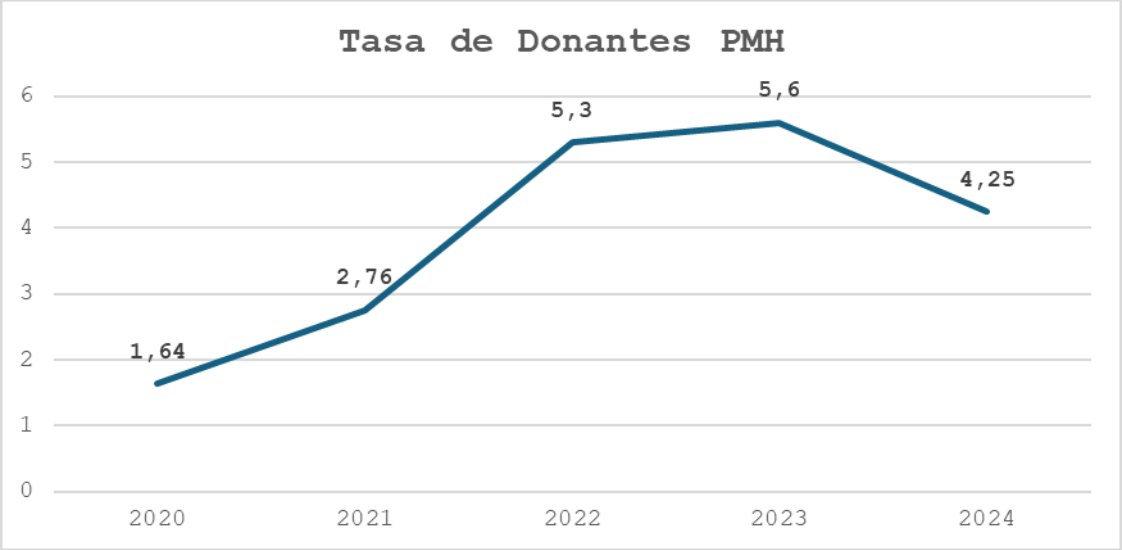
Gráfico 14. Donantes Validos de Muerte Encefálica



Fuente: Archivos Institucionales INDOT – corte 31 de agosto 2025
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Si comparamos el número de donantes reales y efectivos con la población total, se obtiene la tasa de donantes por millón de habitantes. Para el año 2020 se registra una tasa del 1.64 decayendo por las medidas sanitarias establecidas por la emergencia sanitaria del COVID 19 vivida a nivel mundial, sin embargo, para el año 2024 el Ecuador alcanzó una tasa del 4.25, superando más del 50% alcanzado en los anteriores años.

Gráfico 15. Tasa de Donantes



Fuente: Archivos Institucionales INDOT – corte 31 de diciembre 2024
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Todo esfuerzo que se realice para incrementar la identificación y notificación de potenciales donantes, incide directamente en dar respuesta a las personas que se encuentran en la Lista de Espera Única Nacional. Según datos obtenidos del Sistema Nacional Informático de Donación y Trasplantes (SINIDOT), la Lista de Espera Única Nacional - LEUN para trasplantes renal, hepático y tejidos, específicamente córneas se va incrementando cada año.

Tabla 28. Lista de espera única nacional

LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL - LEUN				
PROGRAMAS	**ACTIVOS**	**INACTIVOS TEMPORALES**		**TOTAL**
		AUTOMATICO SINIDOT	**OTRAS CAUSASA**	
RENAL	676	363	152	1191
HEPATICO	6	1	19	26
PULMONAR	0	0	1	1
CORAZON	3	0	3	6
CORNEAL	386	339	262	987
TOTAL	**1071**	**703**	**437**	**2211**

Fuente: SINIDOT
Fecha de actualización: 01/9/2025

Tabla 29. Condición de donantes de pacientes fallidos notificados al INDOT

CONDICIÓN DE DONANTE EN SINIDOT POR COORDINACIÓN ZONAL INDOT											
Coordinación Zonal INDOT	Sí donante por ley		Sí donante por voluntad		Donante solo órganos		TOTAL, SI DONANTE		No donante		Total
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	
2024											
Quito	20	0,96	847	40,70	1	0,05	868	41,71	426	20,47	1294
Guayaquil	7	0,34	56	2,69	1	0,05	64	3,08	58	2,79	122
Cuenca	24	1,15	414	19,89	0	0,00	438	21,05	227	10,91	665
Total 2024	**51**	**2,45**	**1317**	**63,29**	**2**	**0,10**	**1370**	**65,83**	**711**	**34,17**	**2081**
2025											
Quito	6	0,67	312	34,59	0	0,00	318	35,25	197	21,84	515
Guayaquil	0	0,00	18	2,00	0	0,00	18	2,00	23	2,55	41
Cuenca	11	1,22	214	23,73	2	0,22	227	25,17	119	13,19	346
Total 2025	**17**	**1,88**	**544**	**60,31**	**2**	**0,22**	**563**	**62,42**	**339**	**37,58**	**902**
TOTAL, GENERAL	**68**	**2,28**	**1861**	**62,39**	**4**	**0,13**	**1933**	**64,80**	**1050**	**35,20**	**2983**

Fuente: SINIDOT
Fecha de actualización: 31/5/2025

La tabla describe la condición de donante registrada en SINIDOT por coordinación zonal del INDOT durante los años 2024 y 2025. Presenta un desglose del número y porcentaje de individuos que han manifestado su voluntad de ser donantes, ya sea por ley, por voluntad expresa, o como donantes solo de órganos, así como aquellos que no son donantes.

En el periodo comprendido entre 2024 y 2025, se registró un total de 2983 donantes en SINIDOT. De este total, 1933 (64.80%) expresaron ser donantes, mientras que 1050 (35.20%) manifestaron no serlo.

Durante 2024, se registraron 2081 donantes.

- **Total, Sí Donante:** 1370 personas, representando el 65.83% del total.
  - **Sí donante por ley:** 51 personas (2.45%).
  - **Sí donante por voluntad:** 1317 personas (63.29%).
  - **Donante solo órganos:** 2 personas (0.10%).
- **No donante:** 711 personas, lo que equivale al 34.17% del total.

En 2025, el número de registros fue de 902 personas.

- **Total, Sí Donante:** 563 personas, lo que representa el **62.42%** del total.
  - **Sí donante por ley:** 17 personas (1.88%).

- **Sí donante por voluntad:** 544 personas (60.31%).
- **Donante solo órganos:** 2 personas (0.22%).

- **No donante:** 339 personas, equivalente al **37.58%** del total.

Al comparar 2024 con 2025, se observa una disminución en el porcentaje de personas que expresaron ser donantes: del 65.83% en 2024 al 62.42% en 2025. Esto se traduce en un aumento en el porcentaje de no donantes, pasando del 34.17% al 37.58%.

La manifestación de voluntad sigue siendo la donación por voluntad expresa, aunque su porcentaje disminuyó ligeramente del 63.29% al 60.31%. La donación "sí donante por ley" también mostró una reducción porcentual.

Programas de trasplante acreditados

El trasplante es un proceso médico que consiste en sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente, en pacientes con enfermedades graves, el cual es realizado por profesionales de salud en establecimientos de salud acreditado para este fin, cuya única o mejor opción para salvar su vida o mejorar la calidad de la misma es la realización de ese trasplante; todo el proceso de donación y trasplante es cubierto, desde el punto de vista económico, por el Sistema Público de Salud, a través de los subsistemas (MSP, IESS; ISSPOL e ISSFA).

A la fecha actual, existen 9 establecimientos de salud acreditados para los programas de trasplante renal (adulto y pediátrico), 2 para hepático, 2 para cardíaco y 1 para pulmonar, tanto en la Red Pública Integral de Salud como en la Red Privada Complementaria, sin embargo, la oferta de estos servicios es mayoritariamente privada, lo que plantea una dependencia estructural del sistema público respecto de prestadores externos.

En cuanto a la distribución territorial, los programas de trasplante renal se encuentran relativamente distribuidos de forma equitativa a nivel nacional, facilitando un mayor acceso a este procedimiento, sin embargo no ocurre lo mismo con los programas de trasplante hepático, cardíaco y pulmonar, los cuales se concentran exclusivamente en la ciudad de Guayaquil, generando una brecha significativa en el acceso equitativo y oportuno a estos procedimientos, especialmente para la población residente en otras regiones del país. Esta situación no solo limita la cobertura geográfica, sino también que compromete la capacidad de respuesta del Sistema Nacional Integrado de Donación y Trasplante frente a las necesidades reales de la población.

Adicionalmente, la dependencia de prestadores privados conlleva riesgos de sostenibilidad y continuidad en la atención, considerando los desafíos financieros del Estado para cumplir oportunamente con los pagos a estos prestadores, esta situación puede generar demoras, interrupciones o limitaciones en el acceso a los trasplantes.

Por su parte, los establecimientos públicos enfrentan múltiples desafíos, entre los que destacan la falta de presupuesto suficiente para garantizar la adquisición de insumos, medicamentos, equipamiento y mantenimiento de infraestructura, esta situación afecta directamente a la sostenibilidad de los

programas de trasplante a largo plazo en el sector público.

Actualmente, la insuficiente disponibilidad de talento humano especializado en trasplantes a nivel nacional, así como la oferta de programas de formación, impide la apertura de los programas de trasplante que actualmente no existen en el país, como trasplante hepático, cardíaco y pulmonar en población pediátrica, así como los trasplantes de páncreas en adultos y pediátricos. La ausencia de equipos multidisciplinarios formados y capacitados limita significativamente la expansión del sistema nacional de trasplantes a nivel nacional.

Capacitación y sensibilización sobre la actividad trasplantológica

Pese al incremento progresivo de actividades de capacitación virtual entre 2021 y 2024, la gestión formativa enfrenta limitaciones estructurales que impiden la sostenibilidad y el cumplimiento eficiente de las metas planificadas. La principal problemática radica en la alta rotación del personal técnico y operativo, consecuencia de desvinculaciones frecuentes, lo que provoca la pérdida de conocimientos y experiencia especializada en materia trasplantológica, afectando la continuidad de los procesos de capacitación y la calidad de la transmisión del conocimiento.

Asimismo, la presencia institucional restringida en el territorio nacional limita el alcance y la difusión de los programas formativos, reduciendo la participación de los establecimientos de salud y de los equipos técnicos en zonas alejadas de los principales centros urbanos. Por otro lado, la escasa conciencia social sobre la importancia de la donación de órganos y tejidos se refleja también en la baja participación y compromiso en los procesos educativos y comunicacionales. Esta carencia de sensibilización no solo limita la formación técnica, sino que debilita la cultura de la donación en la población y entre los profesionales de salud, reduciendo la identificación de potenciales donantes y la promoción activa de la donación como un acto altruista y solidario.

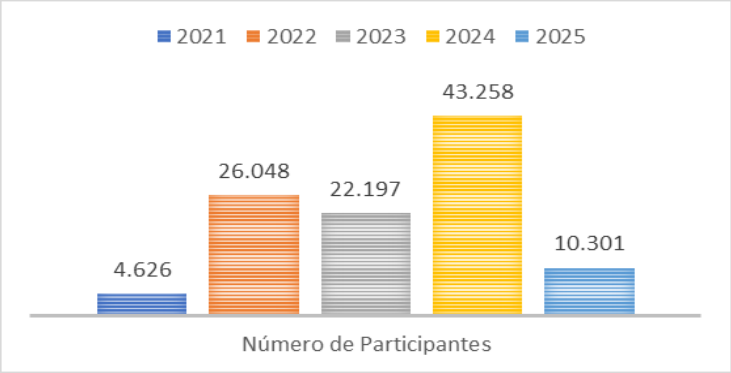
En conjunto, estas brechas sumadas a las restricciones presupuestarias han provocado fluctuaciones en la ejecución del plan anual de capacitación y en la cobertura de participantes. Es así que se evidencia una disminución proyectada para 2025, lo cual confirma la necesidad de fortalecer la planificación y el enfoque de capacitación con componente de sensibilización, como herramienta estratégica para consolidar una red de profesionales comprometidos con la donación y el trasplante a nivel nacional.

Tabla 30. Participantes y actividades de sensibilización respecto a la actividad trasplantológica

DETALLE	2021	2022	2023	2024	2025 (ENE-SEP)
Número de actividades de sensibilización	111	85	143	175	108
Número de Participantes	4.626	26.048	22.197	43.258	10.301

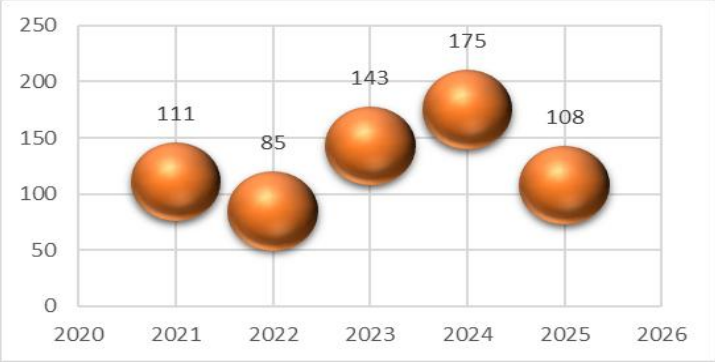
Fuente: GPR 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 (27 octubre)
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Gráfico 16. Participantes de las actividades de sensibilización



Fuente: GPR 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 (27 octubre)
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Gráfico 17. Número de actividades de sensibilización



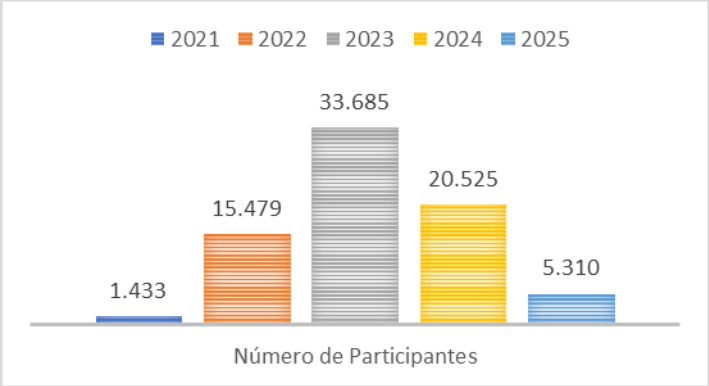
Fuente: GPR 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 (27 octubre)
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Tabla 31. Participantes y actividades de capacitación respecto a la actividad trasplantológica

DETALLE	2021	2022	2023	2024	2025 (ENE-JUN)
Número de actividades de capacitación	23	35	40	45	13
Número de Participantes	1.433	15.479	33.685	20.525	5.310

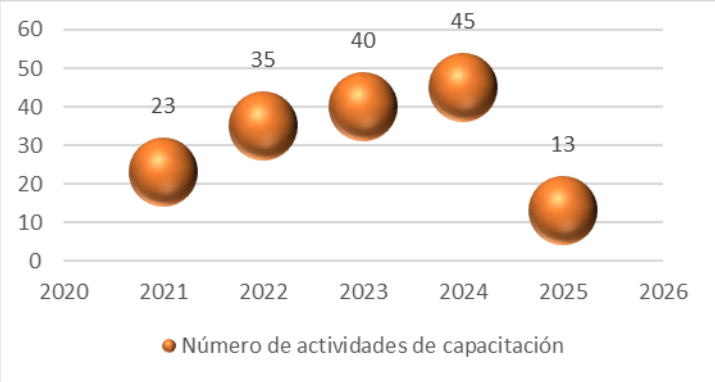
Fuente: GPR 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 (27 octubre)
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Gráfico 18. Participantes de las capacitaciones



Fuente: GPR 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 (27 octubre)
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

Gráfico 19. Número de capacitaciones



Fuente: GPR 2021, 2022, 2023, 2024, 2025 (27 octubre)
Elaboración: Dirección Técnica de Provisión y Logística

En síntesis, el sistema nacional de donación y trasplante enfrenta una problemática multifactorial que limita su consolidación y sostenibilidad. La insuficiencia de recursos financieros y humanos restringe la expansión de programas, la contratación de personal especializado y la ejecución de estrategias edu-comunicacionales. Esta limitación repercute directamente en la baja tasa de donantes y de trasplantes efectivos, evidenciando una brecha significativa entre la demanda creciente y la limitada oferta de órganos y tejidos disponibles.

Asimismo, la formación insuficiente del talento humano en salud y la escasa continuidad en los procesos de capacitación afectan la identificación oportuna de donantes y la calidad técnica de la gestión trasplantológica. Paralelamente, la débil sensibilización y educación a la ciudadanía mantiene una baja percepción social sobre la importancia de la donación, lo que reduce la manifestación voluntaria de ser donante y dificulta la consolidación de una cultura solidaria y altruista en torno al trasplante.

En conjunto, estos factores interrelacionados generan un círculo de limitaciones institucionales, operativas y culturales que impiden alcanzar niveles sostenibles de donación, trasplante y formación, afectando el cumplimiento de los objetivos estratégicos del INDOT y el acceso equitativo a terapias de trasplante en el país.

6. PROPUESTA

En respuesta a las problemáticas expuestas previamente, se plantean los siguientes objetivos, indicadores y metas sectoriales, que coadyuven a visualizar a la sociedad ecuatoriana como una sociedad saludable, bajo los principios de equidad, igualdad y justicia social en el ámbito de la salud.

6.1 Objetivos Sectoriales

Objetivo 1: Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud.

Objetivo 2: Promover entornos y hábitos de vida saludables y seguros a la población en todo su ciclo de vida.

Objetivo 3: Incrementar la prevención y reducción de la carga de enfermedades en la población

Objetivo 4: Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población

Objetivo 5: Mejorar el sistema de control y vigilancia: sanitaria a establecimientos sujetos a control; a los servicios que brindan los prestadores de salud y de la vigilancia epidemiológica.

7. Indicadores

Según los objetivos sectoriales planteados, se han definido los siguientes indicadores sectoriales:

Tabla 32. Objetivos Sectoriales

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo
	1.2 Cobertura de control de niño sano en menores de 5 años
	1.3 Porcentaje de partos con acompañamiento, atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención
	1.4 Porcentaje de partos en libre posición atendidos en establecimientos de salud con salas de parto con adecuación intercultural
	1.5 Porcentaje de tamizajes de Neurodesarrollo realizados a niños y niñas menores de 5 años 11 meses 29 días
	1.6 Razón de ayudas técnicas entregadas a personas con discapacidad en los establecimientos de salud de primer nivel
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.1 Porcentaje de pacientes con Hipertensión arterial (HTA) controlada en población entre 18 a 69 años.
	2.2 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses, cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva.
	2.3 Porcentaje de nacidos vivos de parto institucional que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida
	2.4 Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.
	2.5 Cobertura de asesoría en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud a nivel nacional.
	2.6 Porcentaje de cumplimiento de actividades de capacitación de la actividad

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial
	transplantológica
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.1 Número de personas que acceden a la estrategia de prevención Profilaxis pre Exposición (PrEP)
	3.2 Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida
	3.3 Porcentaje de niñas y niños hasta 18 meses de edad con transmisión materno infantil de VIH.
	3.4 Porcentaje de tamizajes de cáncer cérvicouterino realizado a mujeres de 21 a 65 años, en los establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública.
	3.5 Tasa de morbilidad por trastornos mentales y del comportamiento.
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	4.1 Porcentaje de satisfacción de la calidad de los servicios
	4.2 Porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.1 Tasa anual de notificaciones RAM/ESAVI por cada millón de habitantes
	5.2 Porcentaje de controles sanitarios realizados a prestadores de servicios de salud habilitados
	5.3 Porcentaje de vigilancias sanitarias realizadas a prestadores de servicios de salud no habilitados
	5.4 Número de proyectos de investigación, desarrollo e innovación aprobados por la dirección ejecutiva.

Fuente: Información de Entidades del Sector Salud.
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

8. Metas Sectoriales

Según los objetivos sectoriales planteados, se han definido las siguientes metas sectoriales:

Tabla 33. Metas Sectoriales

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029 Meta 2024 (línea base) 44,28% 2025 - 45,02% 2026 - 45,78% 2027 - 46,56% 2028 - 47,34% 2029 - 48,14%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.2 Cobertura de control de niño sano en menores de 5 años	Incrementar la cobertura de control niño sano menores de 5 años de 44,76% en el 2024 a 49,62% al 2029 Meta 2024 (línea base) 44,76% 2025 - 46,07% 2026 - 47,21% 2027 - 48,17% 2028 - 48,96% 2029 - 49,62%
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.3 Porcentaje de partos con acompañamiento, atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención	Incrementar el porcentaje de partos con acompañamiento atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención de 77,80% en el 2024 a 90,86% al 2029 Meta 2024 (línea base) 77,80% 2025 - 83,04% 2026 - 84,93% 2027 - 86,86% 2028 - 88,84% 2029 - 90,86%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.4 Porcentaje de partos en libre posición atendidos en establecimientos de salud con salas de parto con adecuación intercultural	Incrementar el porcentaje de partos en libre posición atendidos en establecimientos de salud con salas de parto con adecuación intercultural de 71,15 % en el 2024 a 79,50% al 2029. Meta 2024 (línea base) 71,15% 2025 - 74,28% 2026 - 76,74% 2027 - 78,46% 2028 - 79,39% 2029 - 79,50%
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.5 Porcentaje de tamizajes de Neurodesarrollo realizados a niños y niñas menores de 5 años 11 meses 29 días	Incrementar el porcentaje del tamizaje de neurodesarrollo en niños y niñas menores de 5 años, 11 meses y 29 días de 19,50% en el 2024 a 24,42% al 2029 Meta 2024 (línea base) 44,76% 2025 - 46,07% 2026 - 47,21% 2027 - 48,17% 2028 - 48,96% 2029 - 49,62%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.6 Razón de ayudas técnicas entregadas a personas con discapacidad en los establecimientos de salud de primer nivel	Incrementar la entrega de ayudas técnicas por cada 100 prescripciones realizadas a personas con discapacidad de 70% en el 2024 a 80% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 70% 2025 - 72% 2026 - 74% 2027 - 76% 2028 - 78% 2029 - 80%
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.1 Porcentaje de pacientes con Hipertensión arterial (HTA) controlada en población entre 18 a 69 años.	Incrementar el porcentaje de control de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de 70,10% en el 2024 a 70,45% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 70,10% 2025 - 70,17% 2026 - 70,24% 2027 - 70,31% 2028 - 70,38% 2029 - 70,45%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.2 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses, cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva.	Incrementar el porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva de 89,84% en 2024 a 97,84% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 89,84% 2025 - 97,50% 2026 - 97,59% 2027 - 97,67% 2028 - 97,75% 2029 - 97,84%
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.3 Porcentaje de nacidos vivos de parto institucional que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida	Incrementar el porcentaje de nacidos vivos de parto institucional que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida de 91,66% en 2024 a 91,84% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 91,66% 2025 - 91,69% 2026 - 91,73% 2027 - 91,77% 2028 - 91,80% 2029 - 91,84%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.4 Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la Red Pública Integral de Salud de 56,16% en el 2024 a 62,01% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 56,16% 2025 - 57,28% 2026 - 58,43% 2027 - 59,60% 2028 - 60,79% 2029 - 62,01%
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.5 Cobertura de asesoría en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud a nivel nacional.	Incrementar la cobertura de asesoría en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud de 13,71% en el 2024 a 17,74% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 13,771% 2025 - 14,41% 2026 - 15,15% 2027 - 15,93% 2028 - 16,78% 2029 - 17,74%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.6 Porcentaje de cumplimiento de actividades de capacitación de la actividad transplantológica	Mantener las actividades de capacitación de la actividad transplantológica del 100% en el 2024 a 100% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 100% 2025 - 100% 2026 - 100% 2027 - 100% 2028 - 100% 2029 - 100%
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.1 Número de personas que acceden a la estrategia de prevención Profilaxis pre Exposición (PrEP)	Incrementar el número de personas que acceden a la estrategia de prevención Profilaxis pre Exposición (PrEP) de 3887 en el 2024 a 9.000 al 2029 Meta: 2024 (línea base) 3887 2025 - 7000 2026 - 7500 2027 - 8000 2028 - 8500 2029 - 9000

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.2 Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida, del 78,22% en el 2024 a 87,21% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 78,22% 2025 - 83,34% 2026 - 84,25% 2027 - 85,12% 2028 - 86,02% 2029 - 87,21%
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.3 Porcentaje de niñas y niños hasta 18 meses de edad con transmisión materno infantil de VIH.	Reducir el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH del 1,18% en el 2024 a 1,08% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 1,18% 2025 - 1,16% 2026 - 1,14% 2027 - 1,12% 2028 - 1,10% 2029 - 1,08%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.4 Porcentaje de tamizajes de cáncer cérvicouterino realizado a mujeres de 21 a 65 años, en los establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública.	Incrementar el porcentaje de tamizajes de cáncer cérvicouterino realizado a mujeres de 21 a 65 años en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de 3,60% en el 2024 a 8,10% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 3,60% 2025 - 3,90% 2026 - 4,70% 2027 - 5,90% 2028 - 6,50% 2029 - 8,10%
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.5 Tasa de morbilidad por trastornos mentales y del comportamiento.	Reducir la tasa de morbilidad atribuida a trastornos mentales y del comportamiento en atención hospitalaria en la población general de 5,997 en el 2024 a 5,724 en el 2029. Meta: 2024 (línea base) 5,997 2025 - 5,900 2026 - 5,856 2027 - 5,811 2028 - 5,767 2029 - 5,724

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	4.1 Porcentaje de satisfacción de la calidad de los servicios	Incrementar el porcentaje de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de los servicios de 84,00% en el 2024 a 88,50% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 84,00% 2025 - 88,50% 2026 - 88,50% 2027 - 88,50% 2028 - 88,50% 2029 - 88,50%
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	4.2 Porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS	Incrementar el porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS de 72,85% en el 2024 a 89,67 % al 2029. Meta: 2024 (línea base) 72,85% 2025 - 73,89% 2026 - 76,17% 2027 - 79,20% 2028 - 83,76% 2029 - 89,67%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.1 Tasa anual de notificaciones RAM/ESAVI por cada millón de habitantes	Incrementar la tasa anual de notificación de eventos adversos de 0,00038 en el 2024 a 0,00100 al 2029 Meta: 2024 (línea base) 0,00038 2025 - 0,00043 2026 - 0,00055 2027 - 0,00070 2028 - 0,00085 2029 - 0,00100
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.2 Porcentaje de controles sanitarios realizados a prestadores de servicios de salud habilitados	Incrementar los controles sanitarios que se realiza a prestadores de servicios de salud con permiso de funcionamiento vigente de 78,64% en el año 2025 a 86,64% al 2029 Meta: 2025 (línea base) 78,64% 2026 - 80,64% 2027 - 82,64% 2028 - 84,64% 2029 - 86,64%

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.3 Porcentaje de vigilancias sanitarias realizadas a prestadores de servicios de salud no habilitados	Incrementar las vigilancias sanitarias que se realiza a prestadores de servicios de salud no habilitados o con permisos de funcionamiento caducados de 26,31% en el año 2025 a 34,31% en el 2029 Meta: 2025 (línea base) 26,31% 2026 - 28,31% 2027 - 30,31% 2028 - 32,31% 2029 - 34,31%
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.4 Número de proyectos de investigación, desarrollo e innovación aprobados por la dirección ejecutiva.	Incrementar el número de proyectos de investigación, desarrollo e innovación aprobados, de 0 en el 2024 a 16 al 2029. Meta: 2024 (línea base) 0 2025 - 0 2026 - 4 2027 - 8 2028 - 12 2029 - 16

Fuente: Información de Entidades del Sector Salud.
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

9. MODELO DE GESTIÓN

En la Constitución de la República del Ecuador, se precisa que el Ministerio de Salud Pública, es el órgano rector del Sistema Nacional de Salud, es el responsable de formular la política nacional de salud y encargado de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Con este marco jurídico se fortalecieron y coordinaron los principales acuerdos del Sistema Nacional de Salud, e incluso se crearon dos organismos de apoyo a la función de control de la Autoridad Nacional como fueron la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS).

El Sistema Nacional de Salud ecuatoriano ha pasado por ciclos en los que ha debido maximizar los recursos escasos, mediante una limitada atención a la morbilidad prevalente y a poblaciones vulnerables y transitar hacia un modelo progresivo de acceso al derecho universal a la salud y el seguro de salud universal a partir de la Constitución de la República de 2008, lo que implicó ingentes recursos asignados a la recuperación del sector; sin embargo, actualmente persiste la gestión de salud ineficiente así como condiciones para la corrupción en la administración de los recursos de la salud. (MSP, 2022).

Ilustración 1. Organización del Sistema Nacional de Salud

Fuente: Manual Operativo – Red Integrada de Servicios de Salud- MSP
Elaboración: MSP

El Ministerio de Salud Pública ha estructurado la red, también llamado Red Pública Integral de Salud (RPIS), que es la unión o conjunto organizado, de las instituciones públicas para prestar un continuo, coordinado e integral servicio de salud a la población ecuatoriana, que permita garantizar el acceso universal de los ecuatorianos a los servicios públicos de salud, estructurados en una red pública y con atenciones de calidad, eficiencia y sin costo para el usuario.

A pesar de los avances del SNS, la provisión de servicios de salud sigue siendo fragmentada y cada subsistema cuenta con su población adscrita y su propia fuente de financiamiento.

Para la consolidación de la RPIS, el MSP emite el direccionamiento de funcionamiento en red de los servicios de salud que se encuentra definido en el Modelo de atención Integral de Salud (MAIS) (MSP, 2020), que incorpora políticas, objetivos y normas para la organización, prestación, gestión y financiamiento, con el fin de normar la prestación de servicios, el funcionamiento en red, asegura la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas prestadoras y financiadoras, para complementar sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Ilustración 2. Escenarios de atención del Modelo de Atención Integral de Salud

Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

Los objetivos principales del Modelo de Atención Integral de Salud, son:

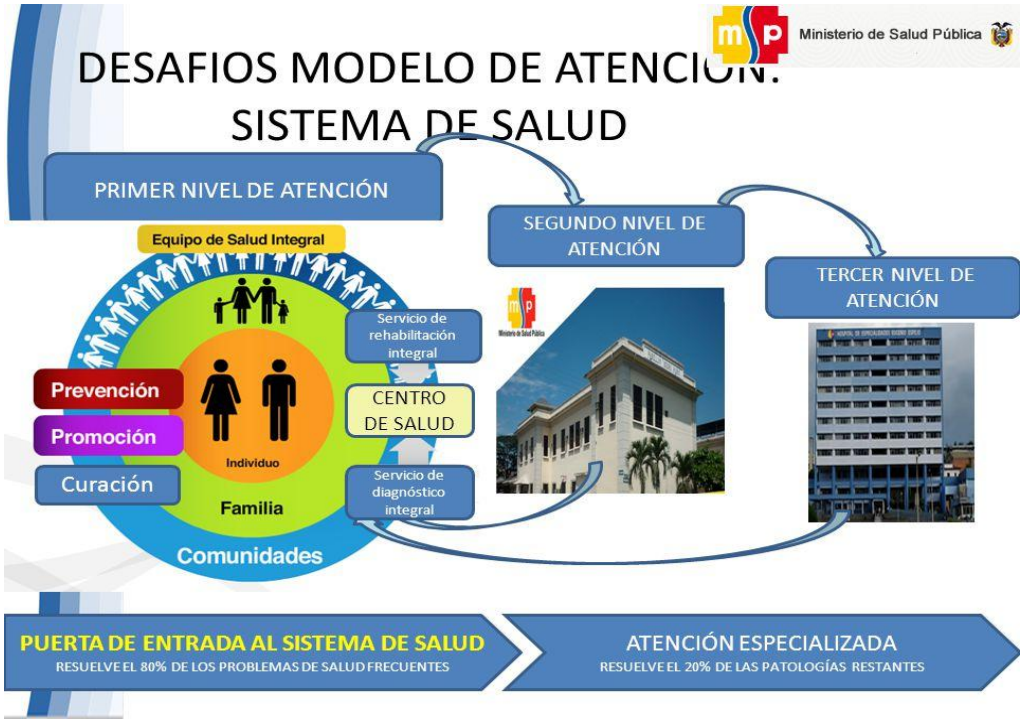
1. Reorientación del enfoque curativo, centrado en la enfermedad y el individuo, hacia un enfoque de producción y cuidado de la salud sustentado en la estrategia de atención primaria de salud, fortaleciendo y articulando las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, en sus dimensiones individual y colectiva; garantizando una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género.

2. Acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutiva del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel atención se constituya

en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutiva se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención.

3. Fortalecer la organización territorial de los establecimientos de salud en Red Pública integral y ampliación de la oferta estructurando redes zonales y distritales conforme la nueva estructura desconcentrada de gestión del sector social y la articulación requerida en los diferentes niveles de atención, fortaleciendo el sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad en las prestaciones.

Ilustración 3. Puerta de entrada al sistema nacional de salud



Fuente: Manual del **Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS**
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

El funcionamiento en red es obligatorio para todos los integrantes del SNS; de igual forma, define la importancia de la incorporación de la comunidad con competencias propias para resolver problemas de salud, que incluyen las prácticas de salud ancestrales y alternativas. Las redes se articulan a través del subsistema de referencia y contrareferencia, uno de los instrumentos esenciales para garantizar la continuidad de las prestaciones, en los diferentes niveles de atención de salud.

La Red Pública Integral de Salud, está conformada por:

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (que incluye el Seguro Social Campesino): Afiliados, Pensionista:
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
- Ministerio de Salud Pública.
- Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.

En virtud de garantizar el derecho a la salud de los ecuatorianos, la capacidad resolutiva de la Red Pública Integral de Salud (MSP, 2018), corresponde:

- Ministerio de Salud Pública (MSP) 62.72%
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) 30.62%
- Fuerzas Armadas y Policía Nacional 6.30%

Según las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud - OPS, 1 de cada 4 personas no es atendida en ninguna institución de salud, lo que representa el 25%del total de la población.

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) está conformada por establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que incluye al Seguro Social Campesino (SSC), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), como lo dispone el artículo 360 de la Constitución de la República.

A esta red deben articularse otros establecimientos de salud públicos; así como también los proveedores privados, con o sin fines de lucro, que conforman la Red Privada Complementaria (RPC).

La RPIS es coordinada por el MSP y es el principal proveedor de servicios de salud en el país, seguido del IESS, tal como se muestra a continuación:

Tabla 34. Oferta actual de establecimientos de salud de la RPIS

Coordinaciones Zonales	Total, de establecimientos de salud			
	MSP	IESS	ISSFA	ISSPOL
CZ1	292	104	12	4
CZ2	133	37	6	2
CZ3	278	113	11	4
CZ4	241	204	8	5
CZ5	301	117	8	6
CZ6	290	113	11	3
CZ7	312	107	23	3
CZ8	137	13	15	5
CZ9	153	26	16	10
TOTAL	2137	834	110	42

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud
Elaboración: Dirección Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes

La red está organizada en tres niveles de atención, siendo el primer nivel el más cercano a la población, puesto que, es el que debe resolver las necesidades básicas y frecuentes de la comunidad, enfatizando en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

Forman parte de este nivel los puestos de salud y los centros de salud tipo A, B y C. El segundo nivel está enfocado a las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y las que requieren hospitalización incluso en modalidades nuevas como cirugía ambulatoria y hospital del día. Es el escalón de referencia inmediata del primer nivel.

La red de establecimientos de salud que se ofertan por parte de esta cartera de estado a nivel nacional requiere de atención continua con el objetivo de mejorar el acceso y las condiciones que aseguren la implementación de políticas públicas del sector para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; así como garantizar la atención en salud individual, familiar y comunitaria acorde a los modelos de universalidad.

Uno de los objetivos del sector salud, es garantizar la eficacia de la gobernanza dentro del SNS mediante la promoción a través de la consolidación de entornos salutogénicos que favorezcan la salud y el bienestar colectivo y la prevención de enfermedades; el mejoramiento la capacidad de diagnóstico, del tratamiento farmacológico y no farmacológico para la recuperación de la salud, la rehabilitación y el cuidado paliativo; así como la vigilancia epidemiológica y el control de la salud pública, incluyendo la prevención integral de problemas socioeconómicos como el uso de drogas.

➢ Red Integrada de Servicios de Salud

El modelo de gestión desconcentrado del Estado Ecuatoriano zonas, distritos y circuitos define la estructura territorial de la red, de la siguiente forma:

- Red Nacional Integrada de Servicios de Salud, Si esta red es constituida por establecimientos de salud públicos estamos hablando de la Red Pública Integral de Salud (RPIS); cuando se trata de los establecimientos de salud privados, se denomina Red Complementaria de Salud (RCS).

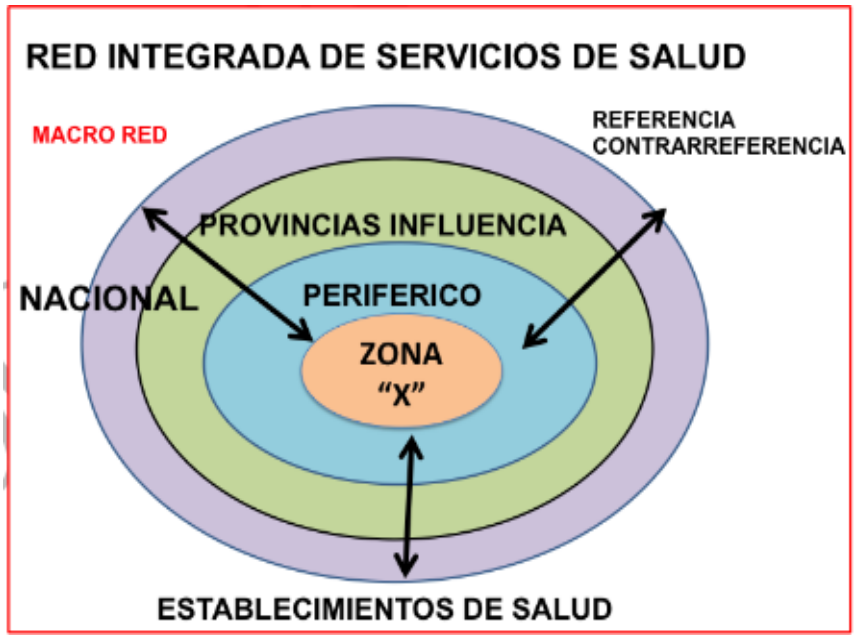
- Red Zonal Integrada de Servicios de Salud está constituida por sus Distritos, se caracteriza por articular establecimientos públicos y privados -organizaciones con y sin fines de lucro para garantizar equidad territorial y cobertura por nivel de atención y complejidad En el territorio de las redes por zonas/ provincias están los hospitales de segundo nivel y tercer nivel que cumplirán el criterio de ordenación de 2 camas por mil habitantes que incluirá 0.5 camas por habitante para alta complejidad.

  En el segundo nivel están en proceso de fortalecimiento tanto en talento humano, equipamiento e infraestructura, los Hospitales Generales y Centros Ambulatorios de especialidades, los cuales deben ser responsables de complementar la cartera de servicios del primer nivel en cuanto a servicios correspondientes a las especialidades básicas, servicios de apoyo diagnóstico y a algunas subespecialidades consideradas críticas y otras específicas al perfil epidemiológico del territorio de influencia.

  En el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales de especialidades y de especializados, además de los centros ambulatorios especializados cuya cartera de servicios cubra todas las contingencias en régimen de internamiento para prestación de servicios a los usuarios que presenten casos de mayor complejidad.

  En el nivel de Atención Prehospitalaria incluye el centro coordinador de llamadas de emergencias de salud – SIS – ECU 911- y el transporte primario sea terrestre, aéreo y fluvial, que se utiliza en la medida de los requerimientos de pacientes de emergencias y funciona integrada a la Red para una mejor respuesta.

Ilustración 4. Red Integrada de Servicios de Salud



Fuente: Manual Operativo – Red Integrada de Servicios de Salud- MSP
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

9.1 Responsable por Objetivo y Meta Sectorial

A continuación, se detalla los responsables por objetivo y meta sectorial de la siguiente manera:

Tabla 35. Responsables por Objetivos Sectoriales

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.1 Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029 Meta 2024 (línea base) 44,28% 2025 - 45,02% 2026 - 45,78% 2027 - 46,56% 2028 - 47,34% 2029 - 48,14%	MSP - Dirección Nacional de Atención Integral en Salud Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas Seguro Social Campesino
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.2 Cobertura de control de niño sano en menores de 5 años	Incrementar la cobertura de control niño sano menores de 5 años de 44,76% en el 2024 a 49,62% al 2029 Meta 2024 (línea base) 44,76% 2025 - 46,07% 2026 - 47,21% 2027 - 48,17% 2028 - 48,96% 2029 - 49,62%	MSP - Dirección Nacional de Atención Integral en Salud Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas Seguro Social Campesino

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.3 Porcentaje de partos con acompañamiento, atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención	Incrementar el porcentaje de partos con acompañamiento atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención de 77,80% en el 2024 a 90,86% al 2029 Meta 2024 (línea base) 77,80% 2025 - 83,04% 2026 - 84,93% 2027 - 86,86% 2028 - 88,84% 2029 - 90,86%	MSP - Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas Seguro Social Campesino
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.4 Porcentaje de partos en libre posición atendidos en establecimientos de salud con salas de parto con adecuación intercultural	Incrementar el porcentaje de partos en libre posición atendidos en establecimientos de salud con salas de parto con adecuación intercultural de 71,15 % en el 2024 a 79,50% al 2029. Meta 2024 (línea base) 71,15% 2025 - 74,28% 2026 - 76,74% 2027 - 78,46% 2028 - 79,39% 2029 - 79,50%	MSP - Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.5 Porcentaje de tamizajes de Neurodesarrollo realizados a niños y niñas menores de 5 años 11 meses 29 días	Incrementar el porcentaje del tamizaje de neurodesarrollo en niños y niñas menores de 5 años, 11 meses y 29 días de 19,50% en el 2024 a 24,42% al 2029 Meta 2024 (línea base) 44,76% 2025 - 46,07% 2026 - 47,21% 2027 - 48,17% 2028 - 48,96% 2029 - 49,62%	MSP - Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas Seguro Social Campesino

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	1.6 Razón de ayudas técnicas entregadas a personas con discapacidad en los establecimientos de salud de primer nivel	Incrementar la entrega de ayudas técnicas por cada 100 prescripciones realizadas a personas con discapacidad de 70% en el 2024 a 80% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 70% 2025 - 72% 2026 - 74% 2027 - 76% 2028 - 78% 2029 - 80%	MSP - Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos. Proyecto de Fortalecimiento a la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilitación de Personas con Discapacidad a nivel nacional
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.1 Porcentaje de pacientes con Hipertensión arterial (HTA) controlada en población entre 18 a 69 años.	Incrementar el porcentaje de control de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de 70,10% en el 2024 a 70,45% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 70,10% 2025 - 70,17% 2026 - 70,24% 2027 - 70,31% 2028 - 70,38% 2029 - 70,45%	MSP - Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas.
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.2 Porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses, cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva.	Incrementar el porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses cuyos cuidadores recibieron consejería en lactancia materna exclusiva de 89,84% en 2024 a 97,84% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 89,84% 2025 - 97,50% 2026 - 97,59% 2027 - 97,67% 2028 - 97,75% 2029 - 97,84%	MSP - Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición.

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.3 Porcentaje de nacidos vivos de parto institucional que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida	Incrementar el porcentaje de nacidos vivos de parto institucional que recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida de 91,66% en 2024 a 91,84% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 91,66% 2025 - 91,69% 2026 - 91,73% 2027 - 91,77% 2028 - 91,80% 2029 - 91,84%	MSP - Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición. Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas Seguro Social Campesino
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.4 Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la Red Pública Integral de Salud de 56,16% en el 2024 a 62,01% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 56,16% 2025 - 57,28% 2026 - 58,43% 2027 - 59,60% 2028 - 60,79% 2029 - 62,01%	MSP - Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.5 Cobertura de asesoría en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud a nivel nacional.	Incrementar la cobertura de asesoría en planificación familiar en adolescentes de 15 a 19 años en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud de 13,71% en el 2024 a 17,74% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 13,771% 2025 - 14,41% 2026 - 15,15% 2027 - 15,93% 2028 - 16,78% 2029 - 17,74%	MSP - Dirección Nacional de Promoción de la Salud / Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	2.6 Porcentaje de cumplimiento de actividades de capacitación de la actividad transplantológica	Mantener las actividades de capacitación de la actividad transplantológica del 100% en el 2024 a 100% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 100% 2025 - 100% 2026 - 100% 2027 - 100% 2028 - 100% 2029 - 100%	Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDOT)
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.1 Número de personas que acceden a la estrategia de prevención Profilaxis pre Exposición (PrEP)	Incrementar el número de personas que acceden a la estrategia de prevención Profilaxis pre Exposición (PrEP) de 3887 en el 2024 a 9.000 al 2029 Meta: 2024 (línea base) 3887 2025 - 7000 2026 - 7500 2027 - 8000 2028 - 8500 2029 - 9000	MSP - Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles. MSP - Proyecto de inversión que aborda el VIH Subsistema de Salud - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.2 Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida, del 78,22% en el 2024 a 87,21% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 78,22% 2025 - 83,34% 2026 - 84,25% 2027 - 85,12% 2028 - 86,02% 2029 - 87,21%	MSP - Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles. MSP - Proyecto de inversión que aborda el VIH Subsistema de Salud - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.3 Porcentaje de niñas y niños hasta 18 meses de edad con transmisión materno infantil de VIH.	Reducir el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH del 1,18% en el 2024 a 1,08% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 1,18% 2025 - 1,16% 2026 - 1,14% 2027 - 1,12% 2028 - 1,10% 2029 - 1,08%	MSP - Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles. MSP - Proyecto de inversión que aborda el VIH Subsistema de Salud - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Subsistema de Salud de la Policía Nacional Subsistema de Salud de las Fuerzas Armadas
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.4 Porcentaje de tamizajes de cáncer cérvicouterino realizado a mujeres de 21 a 65 años, en los establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública.	Incrementar el porcentaje de tamizajes de cáncer cérvicouterino realizado a mujeres de 21 a 65 años en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de 3,6% en el 2024 a 8,1% al 2029 Meta: 2024 (línea base) 3,60% 2025 - 3,90% 2026 - 4,70% 2027 - 5,90% 2028 - 6,50% 2029 - 8,10%	MSP - Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para enfermedades no transmisibles, salud mental y fenómeno socio económico de las drogas
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	3.5 Tasa de morbilidad por trastornos mentales y del comportamiento.	Reducir la tasa de morbilidad atribuida a trastornos mentales y del comportamiento en atención hospitalaria en la población general de 5,997 en el 2024 a 5,724 en el 2029. Meta: 2024 (línea base) 5,997 2025 - 5,900 2026 - 5,856 2027 - 5,811 2028 - 5,767 2029 - 5,724	MSP - Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para enfermedades no transmisibles, salud mental y fenómeno socio económico de las drogas. MSP - Proyecto Desarrollo de la estrategia para el abordaje integral del fenómeno socio económico de las drogas y fortalecimiento de la salud mental

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	4.1 Porcentaje de satisfacción de la calidad de los servicios	Incrementar el porcentaje de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de los servicios de 84,00% en el 2024 a 88,50% al 2029. Meta: 2024 (línea base) 84,00% 2025 - 88,50% 2026 - 88,50% 2027 - 88,50% 2028 - 88,50% 2029 - 88,50%	MSP - Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional.
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	4.2 Porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS	Incrementar el porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS de 72,85% en el 2024 a 89,67 % al 2029. Meta: 2024 (línea base) 72,85% 2025 - 73,89% 2026 - 76,17% 2027 - 79,20% 2028 - 83,76% 2029 - 89,67%	MSP - Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.1 Tasa anual de notificaciones RAM/ESAVI por cada millón de habitantes	Incrementar la tasa anual de notificación de eventos adversos de 0,00038 en el 2024 a 0,00100 al 2029 Meta: 2024 (línea base) 0,00038 2025 - 0,00043 2026 - 0,00055 2027 - 0,00070 2028 - 0,00085 2029 - 0,00100	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez

Objetivo Sectorial	Descripción del Indicador sectorial	Indicador Sectorial y Meta	Responsable
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.2 Porcentaje de controles sanitarios realizados a prestadores de servicios de salud habilitados	Incrementar los controles sanitarios que se realiza a prestadores de servicios de salud con permiso de funcionamiento vigente de 78,64% en el año 2025 a 86,64% al 2029 Meta: 2025 (línea base) 78,64% 2026 - 80,64% 2027 - 82,64% 2028 - 84,64% 2029 - 86,64%	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.3 Porcentaje de vigilancias sanitarias realizadas a prestadores de servicios de salud no habilitados	Incrementar las vigilancias sanitarias que se realiza a prestadores de servicios de salud no habilitados o con permisos de funcionamiento caducados de 26,31% en el año 2025 a 34,31% en el 2029 Meta: 2025 (línea base) 26,31% 2026 - 28,31% 2027 - 30,31% 2028 - 32,31% 2029 - 34,31%	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	5.4 Número de proyectos de investigación, desarrollo e innovación aprobados por la dirección ejecutiva.	Incrementar el número de proyectos de investigación, desarrollo e innovación aprobados, de 0 en el 2024 a 16 al 2029. Meta: 2024 (línea base) 0 2025 - 0 2026 - 4 2027 - 8 2028 - 12 2029 - 16	Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación - INSPI

Fuente: Información de Entidades del Sector Salud.
Elaboración: Ministerio de Salud Pública.

9.2 Presupuesto Referencial

El presupuesto que consta en la matriz que se detalla a continuación se encuentra desglosado según las áreas generadoras de valor y las áreas de apoyo y asesoría, las mismas realizan acciones para lograr el cumplimiento de los Objetivos Sectoriales planteados en el presente documento y, a su vez estos se han agrupado y alineado con los Objetivos Estratégicos Institucionales.

Tabla 36. Presupuesto Referencial por Objetivo

OBJETIVO SECTORIAL	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ACCIÓN DE GASTO CORRIENTE / PROYECTO DE INVERSIÓN	PRESUPUESTO REFERENCIAL									
			PRESUPUESTO 2025		PRESUPUESTO 2026		PRESUPUESTO 2027		PRESUPUESTO 2028		PRESUPUESTO 2029	
			CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN
OBJETIVO SECTORIAL 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Ministerio de Salud Pública	Pago personal de salud para brindar atención oportuna y de calidad	1.718.509.315,93	-	1.718.509.315,93	-	1.718.509.315,93	-	1.718.509.315,93	-	1.718.509.315,93	-
	Ministerio de Salud Pública	Proyecto EAIS GG71	-	18.916.450,93	-	19.728.530,04	-	9.864.265,93	-	-	-	-
	Ministerio de Salud Pública	Proyecto que apoya en salas de parto de establecimientos de Primer y Segundo Nivel de atención con el 100% de implementos para la atención del parto en libre posición con pertinencia intercultural	-	5.170.995,76	-	6.161.974,69	-	1.672.636,17	-	-	-	-
OBJETIVO SECTORIAL 2 : PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Ministerio de Salud Pública	Proyecto EAIS OTROS GG	-	1.312.165,99	-	1.000.000,63	-	2.407.203,40	-	-	-	-
	Ministerio de Salud Pública	Proyecto para el abordaje integral de la salud sexual y salud reproductiva en adolescentes	-	3.123.567,44	-	4.413.843,40	-	4.383.610,33	-	-	-	-
	Ministerio de Salud Pública	Pago de contribuciones tabaco / Ronda advertencias sanitarias para envases de productos de tabaco	1.262.885,00	-	1.262.885,00	-	1.262.885,00	-	1.262.885,00	-	1.262.885,00	-
	Ministerio de Salud Pública	Acciones educomunicacionales	189.195,44	-	189.195,44	-	189.195,44	-	189.195,44	-	189.195,44	-
	Ministerio de Salud Pública	Estrategia Presupuesto por Resultados para Desnutrición Infantil	110.147.023,13	-	110.147.023,13	-	110.147.023,13	-	110.147.023,13	-	110.147.023,13	-
	Ministerio de Salud Pública	Proyecto PELDI (desnutrición)	-	13.866.587,03	-	47.360.999,84		43.905.022,01				
	Ministerio de Salud Pública	Movilidad humana	6.040.735,44	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	IESS - Seguro Social Campesino	Concienciar sobre el buen habito de alimentación saludable	58.690,00		64.559,00		71.014,90		78.116,39		85.928,03	
	IESS - Seguro Social Campesino	Impartir talleres de alimentación y nutrición	58.690,00		64.559,00		71.014,90		78.116,39		85.928,03	
	IESS - Seguro Social Campesino	Atención intramural y extramural	68.598,00		75.457,80		83.003,58		91.303,94		100.434,33	
	Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células	Provisión, Comunicación, Capacitación - Órganos Tejidos y Células para trasplante	1.496.367,86	13.275,00	1.482.774,58	-	1.494.322,57	-	1.504.872,95	-	1.515.950,86	-
	Subsistema de Salud de la Policía Nacional	Atención en servicios de salud	7.200.000,00		7.200.000,00		7.200.000,00		7.200.000,00		7.200.000,00	

OBJETIVO SECTORIAL	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ACCIÓN DE GASTO CORRIENTE / PROYECTO DE INVERSIÓN	PRESUPUESTO REFERENCIAL									
			PRESUPUESTO 2025		PRESUPUESTO 2026		PRESUPUESTO 2027		PRESUPUESTO 2028		PRESUPUESTO 2029	
			CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN
OBJETIVO SECTORIAL 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Ministerio de Salud Pública/ DNEPCET	Adquisición de Equipamiento , reactivo y sistema informático para fortalecer la prevención de cáncer	3.170.222,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ministerio de Salud Pública/ DNEPCET	Adquisición medicamentos cáncer	32.703.929,66	-	32.703.929,66	-	32.703.929,66	-	32.703.929,66	-	32.703.929,66	-
	Ministerio de Salud Pública/ DNEPCET	Dispositivos médicos	4.817.925,91	-	4.817.925,91	-	4.817.925,91	-	4.817.925,91	-	4.817.925,91	-
	Ministerio de Salud Pública/ DNEPCET	ADQUISICIÓN DE PRUEBAS E INSUMOS PARA LA VIGILANCIA SANITARIA	15.405.880,54	-	15.405.880,54	-	15.405.880,54	-	15.405.880,54	-	15.405.880,54	-
	MSP/Dirección Nacional de Inmunizaciones	Campañas de comunicación de esquema regular y de campaña seguimiento	1.153.898,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MSP/Dirección Nacional de Inmunizaciones	Supervisión de los programas de vigilancia	10.890,00	-	10.890,00	-	10.890,00	-	10.890,00	-	10.890,00	-
	Ministerio de Salud Pública	Adquisición de Medicamentos antirretrovirales, de reactivo (cartuchos) para determinación de carga viral cuantitativa de VIH, equipos de biología molecular Genexpert multienfermedad, pruebas de resistencia para VIH, mediante adquisiciones nacionales y transferencias a OPS y por la Plataforma Wambo.	6.670.697,15	-	6.670.697,15	-	6.670.697,15	-	6.670.697,15	-	6.670.697,15	-
	Ministerio de Salud Pública	Personal para la respuesta al VIH e ITS	-	2.352.823,28	-	3.795.278,61	-	3.795.278,61	-	3.795.278,61	-	3.795.278,61
	Ministerio de Salud Pública	Proyecto VIH/sida, its, tuberculosis y hepatitis viral b y c	-	6.786.357,84	-	20.675.283,33	-	18.892.548,07	-	19.292.205,10	-	19.692.952,26
	Ministerio de Salud Pública	Proyecto Drogas y Salud Mental		4.257.414,84		8.418.189,98		7.720.932,12		628.250,83		
OBJETIVO SECTORIAL 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	Ministerio de Salud Pública	Abastecimiento de medicamentos	160.294.397,29	-	160.294.397,29	-	160.294.397,29	-	160.294.397,29	-	160.294.397,29	-
	Subsistema de Salud de la Policía Nacional	Abastecimiento de medicamentos	500.000,00	-	590.000,00	-	600.000,00	-	620.000,00	-	650.000,00	-
	Ministerio de Salud Pública	Abastecimiento de dispositivos médicos (laboratorio, uso general, odontología e imagen)	164.441.143,00	-	164.441.143,00	-	164.441.143,00	-	164.441.143,00	-	164.441.143,00	-
	Ministerio de Salud Pública	Proyecto: "REINGENIERÍA DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN"	-	19.081.653,00	-	31.923.854,00	-	60.302.821,17	-	52.991.946,77	-	52.840.186,52
	Ministerio de Salud Pública	Cumplimiento al plan de mantenimiento de equipamiento sanitario de 2do y 3er nivel de atención	3.312.860,17	-	3.312.860,17	-	3.312.860,17	-	3.312.860,17	-	3.312.860,17	-
	Ministerio de Salud Pública	INFRAESTRUCTURA: Proyecto de Fortalecimiento de la Calidad de Infraestructura, Equipamiento y Sistemas Conexos de Comunicación del Primer Nivel de Atención en Salud	-	14.748.973,39	-	20.617.037,86	-	37.365.921,47	-	42.125.921,47	-	86.421.837,78
OBJETIVO SECTORIAL 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA:	Instituto Nacional de Investigación Salud Pública	Proveer servicios de laboratorio especializado en salud	7.841.918,64	-	9.410.302,37	-	11.292.362,84	-	13.550.835,41	-	16.261.002,49	-

OBJETIVO SECTORIAL	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ACCIÓN DE GASTO CORRIENTE / PROYECTO DE INVERSIÓN	PRESUPUESTO REFERENCIAL									
			PRESUPUESTO 2025		PRESUPUESTO 2026		PRESUPUESTO 2027		PRESUPUESTO 2028		PRESUPUESTO 2029	
			CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN	CORRIENTE	INVERSIÓN
SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria	Ejecutar los procesos de regulación, vigilancia y control sanitario de productos de uso y consumo humano	14.980.796,04	-	16.067.527,46	6.875.758,22	16.067.527,46	493.196,25	16.067.527,46	35.124,61	16.067.527,46	35.124,61
	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud	Emisión de permiso de funcionamiento para establecimientos que prestan servicios de salud públicos o privados	5.068.206,08	-	5.002.334,54	-	6.120.000,00	-	6.120.000,00	-	6.120.000,00	-
TOTAL OBJETIVO 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD			1.718.509.315,93	24.087.446,69	1.718.509.315,93	25.890.504,73	1.718.509.315,93	11.536.902,10	1.718.509.315,93	-	1.718.509.315,93	-
TOTAL OBJETIVO 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA			126.522.184,87	18.315.595,46	120.486.453,95	52.774.843,87	120.518.459,52	50.695.835,74	120.551.513,24	-	120.587.344,82	-
TOTAL OBJETIVO 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN			63.933.443,71	13.396.595,96	59.609.323,26	32.888.751,92	59.609.323,26	30.408.758,80	59.609.323,26	23.715.734,54	59.609.323,26	23.488.230,87
TOTAL OBJETIVO 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN			328.548.400,46	33.830.626,39	328.638.400,46	52.540.891,86	328.648.400,46	97.668.742,64	328.668.400,46	95.117.868,24	328.698.400,46	139.262.024,30
TOTAL OBJETIVO 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.			27.890.920,76	-	30.480.164,37	6.875.758,22	33.479.890,30	493.196,25	35.738.362,87	35.124,61	38.448.529,95	35.124,61
			2.265.404.265,73	**89.630.264,50**	**2.257.723.657,97**	**170.970.750,60**	**2.260.765.389,47**	**190.803.435,53**	**2.263.076.915,76**	**118.868.727,39**	**2.265.852.914,42**	**162.785.379,78**
			2.355.034.530,23		**2.428.694.408,57**		**2.451.568.825,00**		**2.381.945.643,15**		**2.428.638.294,20**	
												12.045.881.701,14

Fuente: Información de Entidades del Sector Salud
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

10. PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS

De conformidad a la prestación de servicios públicos, a continuación, se detallan los objetivos sectoriales y el correspondiente servicio público:

Tabla 37. Servicios Públicos articulados a Objetivos Sectoriales

Objetivo Sectorial	Servicio público	Descripción del servicio	Responsable
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la provisión de servicios de salud para la recuperación de la salud de personas en establecimientos del primer nivel de atención en salud.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Atención Integral en Salud Subsistema de Salud de la Policía Nacional la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) como el ente que genera la prestación de servicios de salud Subsistema de Salud del Seguro Social Campesino. Subsistema de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la Inmunización en el Primer Nivel de Salud	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Inmunizaciones
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la realización de tamizaje neonatal para la detección oportuna de patologías a niños menores de 4 meses de edad.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Centros Especializados
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Agendamiento de Citas Médicas	Servicio orientado al agendamiento de citas médicas a las personas naturales o extranjeras que residan en el territorio ecuatoriano.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Atención a solicitudes para el acceso, portabilidad, rectificación y actualización de datos personales	Servicio orientado a para el acceso, portabilidad, rectificación y actualización de datos personales.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Validación de requisitos para la Autorización de Brigadas de Atención en Salud en el Territorio Ecuatoriano	Servicio orientado a otorgar autorización a las brigadas de atención en salud con participación de profesionales de la salud nacionales y extranjeros con títulos no registrados en el Ecuador	Ministerio de Salud Pública - Subsecretario/a de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Convalidación del servicio de salud rural o su equivalente realizado en el exterior	Servicio orientado a la emisión de la validación de cumplimiento del servicio de salud rural o su equivalente realizado en el exterior	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Cumplimiento del Servicio Social de Salud Rural	Servicio orientado a Postulación y Elección a Plazas de Tercer Nivel en Salud Rural	Ministerio de Salud Pública - Director/a de Administración de Talento Humano
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Declaración de necesidad de especialización fuera del país para profesionales de la salud	Servicio orientado a la emisión de la carta de necesidad o carta de necesidad excepcional de especialización o subespecialización para profesionales de la salud	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Distribución del número de plazas y emisión del certificado de cumplimiento del programa de internado rotativo.	Servicio orientado a entrega de acta de compromiso con plazas asignadas para la ejecución de internado rotativo.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A	Distribución de plazas y certificación para la devengación de beca	Servicio orientado a la selección de la plaza para la devengación de beca	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria

Objetivo Sectorial	Servicio público	Descripción del servicio	Responsable
SERVICIOS DE SALUD			
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Validación de condiciones de salud del paciente para emitir el certificado único de salud	Servicio orientado a la entrega del certificado único de salud para niños, adolescentes y adultos	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Atención Integral en Salud
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Validación de información para nueva exoneración de IVA e ICE en la adquisición local de vehículos para personas con discapacidad antes de cumplir el plazo de 5 años	Servicio orientado a la emisión de la autorización para la nueva exoneración de IVA e ICE antes de cumplir el plazo de 5 años en la adquisición local de vehículos para personas con discapacidad	Ministerio de Salud Pública -- Director/a Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Asignación de ayudas técnicas para personas con discapacidad	Servicio orientado a la entrega de ayudas técnicas para personas con discapacidad	Ministerio de Salud Pública -- Director/a Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos Gerente del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilitación de Personas con Discapacidad a Nivel Nacional
Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Calificación o recalificación de personas con discapacidad o condición discapacitante	Servicio orientado a emisión de certificado de calificación o recalificación de discapacidad en el establecimiento de salud	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos Gerente del Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilitación de Personas con Discapacidad a Nivel Nacional
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la promoción de la salud a través de capacitaciones en establecimientos de salud a los usuarios del Ministerio de Salud Pública sobre diferentes temas relacionados a la prevención y promoción de la salud.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Promoción de la Salud; Director/a Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil Subsistema de Salud de la Policía Nacional la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) como el ente que genera la prestación de servicios de salud Subsistema de Salud del Seguro Social Campesino.
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la atención que se brinda dentro y fuera de la unidad de salud a través del conjunto de prestaciones por ciclos de vida, articulando acciones de recuperación de la salud, prevención de riesgos y enfermedad, promoción de la salud, cuidados paliativos y rehabilitación.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Promoción de la Salud; Director/a Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil Subsistema de Salud de la Policía Nacional la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) como el ente que genera la prestación de servicios de salud Subsistema de Salud del Seguro Social Campesino. Subsistema de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Validación de requisitos para certificación de responsabilidad nutricional y espacios amigables a la lactancia materna	Servicio orientado a la obtención del certificado de responsabilidad nutricional para restaurantes y cafeterías	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Evaluación para la certificación/reconocimiento de espacios saludables	Servicio orientado a la certificación de los Gobiernos Autónomos Descentralizados como Municipios Saludables.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Promoción de la Salud
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Evaluación para la certificación/reconocimiento de espacios saludables	Servicio orientado al reconocimiento público de los mercados responsables con la salud.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Promoción de la Salud
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Evaluación para la certificación/reconocimiento de espacios saludables	Servicio orientado a la promoción de la salud por medio del reconocimiento a instituciones públicas y privadas como espacios 100% libres de humo de tabaco.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Promoción de la Salud
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Validación de requisitos para certificación de ambientes de trabajo saludables, seguros y que fomentan el bienestar	Servicio orientado a brindar un reconocimiento a las instituciones públicas y privadas que tienen ambientes de trabajo saludables.	Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo

Objetivo Sectorial	Servicio público	Descripción del servicio	Responsable
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Validación de requisitos para certificación de ambientes de trabajo saludables, seguros y que fomentan el bienestar	Servicio orientado a la Obtención del certificado "Actívate y vive" como ambiente de trabajo saludable	Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Resolución a requerimientos ciudadanos	Atención a la solicitud de información pública, quejas, denuncias administrativas, preguntas, sugerencias y felicitaciones	Ministerio de Salud Pública - Director/a de Gestión Documental y Atención al Usuario
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Reconocimiento Legal de Organizaciones Sociales en Salud	Servicio orientado a la emisión de Personalidad Jurídica a fundaciones/corporaciones de primer grado en Salud	Ministerio de Salud Pública - Director/a de Asesoría Jurídica
Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	Auspicio institucional por parte del Ministerio de Salud Pública para la realización de eventos de capacitación en salud	Servicio de Formación y capacitación Información sobre donación y trasplante de tejidos y células	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria. Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células (INDOT)
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Habilitación de prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud	Servicio orientado a la emisión o renovación del certificado de estar habilitado para ser prestador de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la realización de Tamizaje Neonatal/VIH	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Control para Enfermedades Transmisibles Subsistema de Salud de la Policía Nacional la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) como el ente que genera la prestación de servicios de salud Subsistema de Salud del Seguro Social Campesino. Subsistema de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a Consulta Externa en Segundo y Tercer Nivel de Salud	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Hospitales Director/a Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil Subsistema de Salud de la Policía Nacional la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) como el ente que genera la prestación de servicios de salud. Subsistema de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la asistencia médica por urgencia/ emergencia en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Hospitales Director/a Nacional de Atención Integral en Salud Director/a Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil Subsistema de Salud de la Policía Nacional la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) como el ente que genera la prestación de servicios de salud. Subsistema de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a Orden de ingreso hospitalario	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Hospitales Subsistema de Salud de la Policía Nacional la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud (DNAIS) como el ente que genera la prestación de servicios de salud. Subsistema de Salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Atención Integral en Salud	Servicio orientado a la asistencia médica en Situaciones de Emergencia Móvil	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil
Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES	Validación de requisitos para la entrega de la carta de no objeción a la o las intervenciones de la	Servicio orientado a la emisión de la carta de no objeción a la o las intervenciones de la organización no gubernamental	Ministerio de Salud Pública - Director/a de Cooperación y Relaciones Internacionales

Objetivo Sectorial	Servicio público	Descripción del servicio	Responsable
EN LA POBLACIÓN	organización no gubernamental extranjera, en servicios de la salud	extranjera, en servicios de la salud	
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	Generación de unicódigo dentro del Registro Único de Establecimiento de Salud (RUES)	Servicio orientado a creación y/o actualización de la información del Registro Único de Establecimientos de Salud (RUES)	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	Certificación de documentos administrativos generados por el Sistema Nacional de Salud, que reposan en el archivo Institucional del Ministerio de Salud Pública	Servicio orientado a la emisión de documentos administrativos certificados, generados por el Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Salud Pública - Director/a de Gestión Documental y Atención al Usuario
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	Validación técnica para la determinación de régimen y fijación de precio techo de medicamentos	Servicio orientado a la entrega de la confirmación de régimen de medicamentos	Ministerio de Salud Pública - Secretaría Técnica de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos y uso y consumo humano
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	Atención a requerimiento de información anonimizada o pseudoanonimizada	Servicio orientado a la coordinación para la atención a requerimientos e inconformidades sobre la calidad de la atención en salud y seguridad del paciente, durante la prestación de servicios de salud en los establecimientos y/o profesionales de la salud públicos, privados y/o comunitarios.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	Autorización sanitaria para el ingreso a territorio ecuatoriano y transporte fuera del territorio nacional de cadáveres, mortinatos, piezas anatómicas, osamentas y cenizas humanas	Servicio orientado a la Emisión del formulario con la autorización sanitaria para el ingreso a territorio ecuatoriano de cadáveres, mortinatos, piezas anatómicas, osamentas y cenizas humanas	Ministerio de Salud Pública Director/a Nacional de Vigilancia Epidemiológica Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez
Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	Autorización sanitaria para la inhumación, cremación y transporte dentro del territorio nacional de cadáveres, mortinatos y piezas anatómicas humanas	Servicio orientado a la emisión del formulario de autorización sanitaria para la inhumación, cremación y transporte dentro del territorio nacional de cadáveres o mortinatos humanos	Ministerio de Salud Pública Director/a Nacional de Vigilancia Epidemiológica Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Verificación del cumplimiento de requisitos para el otorgamiento de certificados y/o autorizaciones sanitarias para el ingreso y salida del país	Servicio orientado a la emisión de prórroga del certificado de exención de control de sanidad a bordo	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Evaluación de revistas científicas de salud para la indexación, permanencia y publicación en la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud - Ecuador	Indexación de Revistas Científicas de Salud en la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud - Ecuador.	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Investigación en Salud Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación - INSPI
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Aprobación de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) y Comités de Ética Asistenciales para la Salud (CEAS)	Servicio orientado a la emisión del certificado de aprobación Comités de Ética Asistencial para la Salud (CEAS)	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Investigación en Salud
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA	Validación de requisitos para la emisión de carta de interés institucional con fines de investigación	Servicio orientado a la emisión de carta de interés institucional con fines de investigación	Ministerio de Salud Pública - Director/a Nacional de Investigación en Salud

Objetivo Sectorial	Servicio público	Descripción del servicio	Responsable
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.			
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Evaluación de revistas científicas de salud para la indexación, permanencia y publicación en la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud - Ecuador	Servicio orientado a la Indexación de Revistas Científicas de Salud en la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud - Ecuador.	Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación - INSPI
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Emisión de permiso de funcionamiento para establecimientos que prestan servicios de salud públicos o privados	Servicio orientado a la emisión del permiso de funcionamiento a establecimientos de servicios de salud públicos y privados del Sistema Nacional de Salud, por primera vez o renovación.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Emisión de certificado de licenciamiento para centros especializados para el tratamiento a personas por consumo problemático de alcohol y otras drogas (CETAD) y centros especializados en salud renal (CESR)	Servicio orientado a la emisión del certificado de licenciamiento a Centros Especializados para el tratamiento de personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas CETAD y a los Centros Especializados en Salud Renal CESR, a establecimientos de salud públicos y privados del Sistema Nacional de Salud.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Venta de blocks de recetas para la prescripción de medicamentos que contienen sustancias catalogadas sujetas a fiscalización	Servicio orientado al abastecimiento de recetas especiales a profesionales de la salud facultados para prescribir medicamentos que contienen sustancias sujetas a fiscalización que laboren dentro de un establecimiento de salud, que cuente con permiso de funcionamiento vigente otorgado por la ACESS	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Emisión o renovación de certificado de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN) para establecimientos que prestan servicios de salud	Servicio orientado a la emisión o renovación de certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMyN) para establecimientos que prestan servicios de salud materno-neonatales	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Atención de registro de títulos para profesionales de la salud nacionales o extranjeros en ciencias de la salud	Servicio orientado a facultar la habilitación del ejercicio profesional del personal de salud mediante el registro online del título: técnico o tecnológico, tercer nivel, y/o cuarto nivel en ciencias de la salud	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Ejecución de legalización de documentos sanitarios emitidos por profesionales de la salud registrados y habilitados ante la autoridad sanitaria nacional	Servicio orientado a legalizar los documentos Sanitarios Emitidos por Profesionales de Salud Registrados y Habilitados ante la Autoridad Sanitaria Nacional.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Emisión de certificado de habilitación profesional para profesionales de la salud	Servicio orientado a la certificación de habilitación profesional para profesionales de la salud que necesiten presentar este documento para el ingreso a programas de posgrado en el extranjero.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Emisión de permiso para el ejercicio de terapias alternativas	Servicio orientado a otorgar el permiso para el ejercicio de terapias alternativas a los y las terapeutas que posean los requisitos normativos necesarios para ejercer la terapia alternativa. El servicio de emisión de permiso para el ejercicio de terapias alternativas es gratuito.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y	Emisión de certificado de procesos sancionatorios	Servicio orientado al otorgamiento de la certificación de no	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud

Objetivo Sectorial	Servicio público	Descripción del servicio	Responsable
VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	para profesionales de la salud	sanción a los profesionales de Salud por parte de Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada.	y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Emisión del certificado de aprobación de cumplimiento de condiciones sanitarias de planes, programas y contratos	Servicio orientado a la emisión del certificado de cumplimiento de las condiciones de carácter sanitario de los contratos, planes, programas y anexos de las Compañías de Medicina Prepagada y Seguros de Asistencia Médica; al finalizar el trámite el documento de respaldo es un certificado de aprobación.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Emisión de dictámenes vinculantes sobre controversias en asuntos sanitarios para la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros	Servicio orientado a la emisión de dictámenes vinculantes cuando la controversia versare sobre asuntos sanitarios solicitados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Coordinación para la atención de requerimientos e inconformidades sobre la calidad de la atención de salud y seguridad del paciente	Servicio orientado a la coordinación para la atención a requerimientos e inconformidades sobre la calidad de la atención en salud y seguridad del paciente, durante la prestación de servicios de salud en los establecimientos y/o profesionales de la salud públicos, privados y/o comunitarios.	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Número de pruebas especializadas realizadas en los Centros de Referencia Nacional	Los servicios de laboratorio especializado tiene como misión fortalecer la Vigilancia epidemiológica del país bajo la confirmación de los eventos de notificación obligatoria por medio de Técnicas Especializadas con parámetros internacionales	Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación - INSPI
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Número de publicaciones de proyectos de investigación en ejecución y/o culminados - terminados	La investigación científica proporciona alternativas de solución a los problemas de salud pública, a través de la planificación, seguimiento y ejecución de actividades de I+D+i en el área de salud pública en su nivel de competencia.	Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación - INSPI
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Supervisión de destrucción y eliminación de medicamentos y productos en investigación	Servicio orientado a verificar que los productos que se encuentran caducados sean debidamente incinerados.	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Autorización de destrucción de recetas de Medicamentos bajo prescripción médica	Proceso orientado a autorizar la destrucción de las recetas dispensadas en las farmacias al final de cada año.	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Capacitaciones Técnicas a Usuarios	Servicio orientado a organizar e impartir cursos de capacitación en temas de competencias de la ARCSA en temáticas de regulación, control y vigilancia sanitaria.	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA	Verificación de arribo de importaciones / exportaciones	Proceso orientado a la verificación de arribo de importaciones / exportaciones	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez

Objetivo Sectorial	Servicio público	Descripción del servicio	Responsable
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.			
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Vigilancia y control sanitario de establecimientos y productos de uso y consumo humano	Servicio orientado a ejecutar vigilancia y control sanitario de establecimientos y productos de uso y consumo humano.	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez
Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS SUJETOS A CONTROL; A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	Análisis de Laboratorio de Productos de uso y consumo humano sujetos a control sanitario	Servicio orientado a realizar análisis laboratoriales de las muestras tomadas por las Coordinaciones Zonales.	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria ARCSA, Doctor Leopoldo Izquieta Pérez

Fuente: Información de Entidades del Sector Salud
Elaboración: Ministerio de Salud Pública

11.Bibliografía

CEPAL. (2021). *Panorama Social de América latina.* QUITO.

https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-su-red-de-servicios-de-atencion-en-salud-mental-en-todo-el-territorio/. (s.f.).

INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda.* Obtenido de http://www.ecuadorencifras-gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf.

Ministerio de Salud de Colombia. (1 de 10 de 2025). *Ciclo de vida*. Obtenido de Ciclo de vida: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx

MSP. (2008). Guía de Atención del Parto Culturalmente Adecuado. . QUITO.

MSP. (2018). *https://www.salud.gob.ec/en-2018-se-evidencio-un-sistema-nacional-de-salud-fortalecido/.*

MSP. (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.* Quito.

MSP. (2018). *Política Intersectorial de Prevención de Embarzo de Niñas y Adolescentes 2018-2025.* Quito.

MSP. (2019). Acuerdo Ministerial 00387-2019. Lineamientos técnicos para asegurar el acceso s Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes. Quito: s.n., 2019.

MSP. (2020). *Diagnóstico Nacional de gestión externa de desechos sanitarios en establecimientos de salud del MSP.*

MSP. (2020). *Guía para el manejo de desechos generados durante la implementación de fases de vacunación.* Quito.

MSP. (2020). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud.* Quito.

MSP. (2020). Reglamento para establecer la Tipología de los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud. QUITO.

MSP. (2022). Plan Decenal de Salud 2022-2031. Quito, Ecuador.

MSP. (2023). Manual Atención Integral de salud en adolescentes. QUITO.

MSP. (2024). *https://www.salud.gob.ec/gaceta-indicadores-2024/*.

MSP. (s.f.). *MSP incrementó la cobertura de control prenatal y control de niño sano* .

MSP, E. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y Red Pública Integral e Salud.* QUITO.

OPS. (s.f.). *https://iris.paho.org/handle/10665.2/55950.*

OPS/OMS. (2014). *La Gerencia de Calidad en Salud.* Quito.

OPS/OMS. (2018). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados intraparto para una experiencia de parto positiva. . GINEBRA.

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta.* Obtenido de La Renovación de la Atención: https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf

PAHO. (s.f.). *https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/mental-health-crisis-factsheet-unga2025-spa-2.pdf*.

SNP. (2021). *NORMA TÉCNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA - A.M. SNP-SNP-0006-A.* QUITO.

SNP. (2025 reformado). *Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.* Quito.

STPE. (2020). *EVALUACIÓN SOCIO ECONÓMICA PDNA COVID 19.*

STPE. (2020). *EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA PDNA COVID 19.* QUITO.

U.N. (2021). *INFORME DE SEGURIDAD ALIMENTARIA.* ECUADOR. Obtenido de ecuador.un.org/sites/default/files

UNFPA. (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador.* Quito.

12.Siglas y Acrónimos

ASSA 2030: Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 – 2030
ARCSA Agencia Nacional de Regulación Control y Vigilancia Sanitaria
CEMSIDA: Comité Ecuatoriano Multisectorial de SIDA
CNMB: Cuadro Nacional de Medicamentos Básico
CONAMEI: Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos
CONASA Consejo Nacional de Salud
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL: Desnutrición Crónica Infantil
ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENEMDU Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo
ESAMYN: "Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y el Niño"
IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos
LME: Lista de Medicamentos Esenciales
LORCT: Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco
MAIS- (FCI): Modelo de Atención Integral de Salud basado en intervenciones del nivel Comunitario, Familiar, Individual e Intercultural
MSP Ministerio de Salud Pública
OMS: Organización Mundial de la Salud
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PDS: Plan Decenal de Salud
RPC: Red Pública Complementaria
SE: Semana Epidemiológica
SNS: Sistema Nacional de Salud
TEFA: Tasa Específica de Fecundidad Adolescente
PELDI: Proyecto Ecuador Libre de Desnutrición Infantil
PIPENA: Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

13.Glosario de Términos

Accesibilidad: Características de la organización para garantizar el principio de equidad, y se manifiesta con ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, estructurales, culturales, para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades.

Actividad: Conjunto de tareas involucradas en un proceso, necesarias para asegurar el alcance de los objetivos y metas previstas en los planes.

Adecuación cultural de la atención del parto: La atención del parto culturalmente adecuado permite superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante su embarazo y parto.

Atención integral e integrada: Características de la atención de salud en una doble dimensión, por un lado, el reconocimiento del carácter multidimensional de la salud individual y colectiva, es decir el reconocimiento de que la salud es el producto de las condiciones económicas, sociales, culturales, ambientales y biológicos, y, la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos.

Comunidad: Concepto de niveles múltiples que abarca desde entidades definidas local, política y geográficamente, hasta ciudades, naciones. También se refiere a un grupo de personas relacionadas por un asunto específico.

Desnutrición Crónica Infantil (DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL). - Es una enfermedad multisistémica que no solo afecta a funciones orgánicas, sino también a funciones psíquicas, además se asocia con cambios fisiológicos que favorecen la aparición de otras enfermedades poniendo en un mayor riesgo la vida del individuo. Se caracteriza por un deterioro en la composición corporal, producto de un balance negativo entre el aporte energético y/o proteico y los requerimientos corporales consecuencia de las necesidades básicas insatisfechas.

Equidad: Se considera a la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud.

Estilos de vida saludable: Son factores medioambientales y de comportamiento humano que tienen el mayor peso en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables.

Gestión: Constituyen todos los procesos de planificación, administración, aplicación de la epidemiología, gerencia, monitoreo, supervisión y evaluación que son enlazados en su aplicación en cada una de las unidades operativas les da sentido, direccionalidad y coherencia.

Impacto: En el ámbito evaluativo, es evidencia confiable del efecto o efectos plausibles de una intervención específica.

Recursos: Las materias primas o productos intermedios que se transforman durante el proceso. Son necesarios para poder conseguir las tareas.

Intervención: Acción o conjunto de acciones ejecutadas con un objetivo explícito definido a priori para obtener un cambio expresable en resultados o impactos; en el ámbito social, por lo general, son políticas, normas, planes, programas o proyectos, de una o múltiples estrategias implementadas secuencial o simultáneamente.

Prevención: La prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria una vez la enfermedad ya apareció; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad ya siguió su curso.

Problema: Los problemas se definen como la discrepancia entre la realidad observada y la situación ideal.

Producto o Resultado: Es la manifestación o concreción de un esfuerzo o actividad realizada en un proyecto

Promoción de la salud: La combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud

Riesgo: Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud o sus determinantes, es decir representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños.

Universalidad: La universalidad es la inclusión de todos los miembros de la sociedad llámese individuo, familia y comunidad en los servicios de salud tanto en promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud con el objeto de lograr una prestación integral.

14.Anexos

FICHAS DE METAS SECTORIALES P.S. SALUD

FICHAS SECTORIALES POR OBJETIVO P.S. SALUD

MATRIZ DEL PRESUPUESTO REFERENCIAL

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

	CARGO	FIRMA
Aprobado por:	María José Pinto González Artigas Vicepresidenta de la República del Ecuador	
Revisado por:	Mgs. Daniela Sangoluisa Coordinadora General de Planificación y Gestión Estratégica	Firmado electrónicamente por: DANIELA BELEN SANGOLUISA IBARRA Validar únicamente con FirmaEC
	Ing. Edison Jiménez G. Director de Planificación e Inversión, encargado	Firmado electrónicamente por: EDISON FABIAN JIMENEZ GUADIR Validar únicamente con FirmaEC
Elaborado y consolidado por:	Mgs. Guadalupe Recalde A. Analista de la Dirección de Planificación e Inversión	Firmado electrónicamente por: GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA Validar únicamente con FirmaEC

Elaborado: Mgs. Guadalupe Recalde A.
Dirección de Planificación e Inversión