

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO No. 00002-2026

SE APRUEBA LA
ACTUALIZACIÓN DEL PLAN
ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL
2025 - 2029

No. 00002-2026

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

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

Que la Constitución de la República, en el artículo 227, prevé que la administración pública constituye un servicio a la colectividad, regida por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación;

Que el artículo 361, de la Carta Constitucional, establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud;

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

Que el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, en el artículo 11, otorga a la función ejecutiva la atribución de formular y ejecutar la planificación nacional y sectorial con enfoque territorial y de manera desconcentrada; para lo cual, establecerá los instrumentos pertinentes que propicien la planificación territorializada del gasto público, y propiciará espacios de coordinación de la función ejecutiva en los niveles regional, provincial, municipal y distrital;

Que el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, en el artículo 30, establece: "(...) El ente rector de la planificación nacional establecerá los mecanismos, metodologías y procedimientos aplicables a la generación y administración de la información para la planificación, así como sus estándares de calidad y pertinencia. Adicionalmente, definirá el carácter de oficial de los datos relevantes para la planificación nacional, y definirá los lineamientos para la administración, levantamiento y procesamiento de la información, que serán aplicables para las entidades que conforman el sistema";

Que el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, prevé: "Art. 54 Las instituciones sujetas al ámbito de este código, excluyendo los Gobiernos Autónomos Descentralizados, reportarán al Ente rector de la planificación nacional sus instrumentos de planificación

institucionales, para verificar que las propuestas de acciones, programas y proyectos correspondan a las competencias institucionales y los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.”;

Que el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas, en el artículo 87, respecto a la programación fiscal señala: *“La programación fiscal del Sector Público no Financiero y Seguridad Social consolidada y la programación fiscal para cada sector referido en la clasificación del artículo innumerado a continuación del artículo 8 de este Código, será anual y plurianual para un periodo no menor de cuatro años. Todas las entidades del Sector Público No Financiero y Seguridad Social deberán elaborar y remitir la programación institucional al ente rector de las finanzas públicas conforme se establezca en la normativa técnica correspondiente (...)”;*

Que con Decreto Ejecutivo No. 446 de 10 de julio de 2026, el Presidente Constitucional de la República, designó al magister Juan Carlos Aveiga Parra, como Ministro de Salud Pública;

Que mediante Acuerdo Nro. MSP-MSP-2026-0006-A de 23 de abril de 2026, publicado en el Primer Suplemento del Registro Oficial No. 281 de 11 de mayo de 2026, la máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, aprobó el *“Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025 – 2029”;*

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 393, de 22 de mayo de 2026, publicado en el Registro Oficial No. 292 de 27 de mayo de 2026, se creó la Empresa Pública de Abastecimiento, Infraestructura y Logística en Salud AIL E.P., como una persona jurídica de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, dotada de autonomía presupuestaria, financiera, económica, administrativa y de gestión, con domicilio principal en el Distrito Metropolitano de Quito, provincia de Pichincha, y con ámbito de operación en todo el territorio nacional, con el objeto de proveer los bienes, servicios y obras necesarios para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Pública y, de ser el caso, de la Red Pública Integral de Salud o de la Red Privada Complementaria de Salud;

Que mediante Oficio Nro. MSP-MSP-2026-0581-O de 02 de julio de 2026, el Ministerio de Salud Pública, solicitó una nueva validación metodológica del Plan Estratégico Institucional, en el marco de las disposiciones contenidas en el Decreto Ejecutivo Nro. 393 de 22 de mayo de 2026, publicado en el Registro Oficial No. 292 de 27 de mayo de 2026, mediante el cual se asignó a la Empresa Pública de Abastecimiento, Infraestructura y Logística en Salud AIL E.P., la ejecución operativa especializada en los ámbitos de medicamentos, dispositivos médicos, infraestructura y equipamiento, una vez se ha procedido a excluir dichos componentes del Plan Estratégico Institucional vigente;

Que con Oficio Nro. PR-SSDP-2026-0960-O de 10 de julio de 2026, la Subsecretaría de Planificación de la Presidencia de la República, como ente rector de la planificación, informó a la Coordinadora General de Planificación y Gestión Estratégica de esta cartera de Estado *“(...) luego de la revisión metodológica realizada se determina que plan institucional que usted representa se encuentra validado metodológicamente (...)”;*

Que el Informe Técnico IT-DPI-2026-034, de 14 de julio de 2026, elaborado por la Dirección de Planificación e Inversión, emitido con el objeto de presentar a la máxima autoridad para aprobación, del proceso de actualización del Plan Estratégico Institucional – PEI 2025-2029, en el que se define de manera concreta y específica el direccionamiento estratégico del Ministerio de Salud Pública, cuyo logro depende del cumplimiento de objetivos y metas de desempeño institucional, alineados a los instrumentos de planificación nacional, en el marco de la emisión del Decreto Ejecutivo 393, concluye: “• El documento de *“Planificación Estratégica Institucional 2025-2029”*, se encuentra alineado con la estructura orgánica de gestión de organización por procesos del Ministerio de Salud Pública, en el marco de sus competencias actuales. • El Plan Estratégico Institucional 2025-2029, establece 7 objetivos estratégicos institucionales, con 21 indicadores y metas, mismos que permitirán reflejar el respectivo avance y cumplimiento a lo largo del período establecido. Cada indicador y meta institucional cuenta con una ficha metodológica debidamente suscrita por sus responsables, para el correspondiente seguimiento. • El Plan Estratégico Institucional 2025-2029 establece los principales ejes de acción del Ministerio en siete ámbitos: *Gobernanza de la Salud, Vigilancia, Prevención y Control Sanitario, Promoción de la Salud, Calidad de los Servicios de Salud, Cobertura de las prestaciones de servicios de salud, Investigación en Salud y Fortalecimiento de las capacidades institucionales.*”; y recomienda: “• Se recomienda la aprobación de la actualización del Plan Estratégico Institucional 2025- 2029 mediante Acuerdo Ministerial, con el fin de dar cumplimiento a la normativa vigente y proceder con la solicitud de registro ante en ente rector de la Planificación.”; y,

Que con memorando Nro. MSP-CGPGE-2026-0522-M, de 15 de julio de 2026, la Coordinadora General de Planificación y Gestión Estratégica, solicitó a la Coordinación General de Asesoría Jurídica, generar el instrumento legal correspondiente, para la aprobación de la actualización del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025 – 2029.

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

ACUERDA:

Artículo 1. - Aprobar la actualización del *“Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025 – 2029”*, mismo que cuenta con la validación metodológica del ente rector de la planificación, de conformidad a la normativa legal vigente, anexo al presente Acuerdo Ministerial.

Artículo 2.- Disponer al Viceministerio, Subsecretarías, Coordinaciones Generales, Direcciones y Direcciones Provinciales, en el ámbito de sus competencias, la ejecución y cumplimiento de los objetivos, políticas, programas y proyectos definidos en el Plan Estratégico Institucional que con el presente instrumento jurídico se aprueba.

Artículo 3.- Publicar la actualización del *“Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025 – 2029”*, en la página web institucional.

DISPOSICIÓN GENERAL:

ÚNICA. – Encárguese a la Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control, o quien haga sus veces el cumplimiento de las metas e indicadores del Plan Estratégico Institucional, debiendo presentar informes trimestrales a la máxima autoridad.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA:

ÚNICA. - Deróguese todas las disposiciones de igual o menor jerarquía que se opongan a lo previsto en el presente Acuerdo Ministerial, expresamente deróguese el Acuerdo Nro. MSP-MSP-2026-0006-A de 23 de abril de 2026, a través del cual se aprobó el "*Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025 – 2029*".

DISPOSICIÓN FINAL:

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial y de su difusión encárguese a la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica en el nivel central y en el nivel desconcentrado. **04 AGO 2026**



Validar únicamente en FirmatEC.
Firmado electrónicamente por:
**JUAN CARLOS AVEIGA
PARRA**

Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



Acción	Nombre	Instancia	Cargo	Firma
Revisado:	Mgs. Dayse Virginia Espinosa Palomeque	Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica	Coordinadora	 <p>Validar únicamente en FirmatEC. Firmado electrónicamente por: DAYSE VIRGINIA ESPINOSA PALOMEQUE</p>
	Mgs. Katherine Vanessa Quirola Cueva.	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinadora (E)	 <p>Validar únicamente en FirmatEC. Firmado electrónicamente por: KATHERINE VANESSA QUIROLA CUEVA</p>
	Ing. Edison Fabián Jiménez Guadir	Dirección de Planificación e Inversión	Director (E)	 <p>Validar únicamente en FirmatEC. Firmado electrónicamente por: EDISON FABIAN JIMENEZ GUADIR</p>

Acción	Nombre	Instancia	Cargo	Firma
	Mgs. Carla Marina Aulestia Vizcaino	Dirección de Asesoría Jurídica	Directora (E)	 <small>Validar únicamente en FIRMAC. Firmado electrónicamente por:</small> CARLA MARINA AULESTIA VIZCAINO
	Mgs. Alexandra Arteaga López	Dirección de Asesoría Jurídica	Analista	 <small>Validar únicamente en FIRMAC. Firmado electrónicamente por:</small> ALEXANDRA DEL ROCIO ARTEAGA LOPEZ
Elaborado:	Mgs. Guadalupe Recalde Arboleda	Dirección de Planificación e Inversión	Analista	 <small>Validar únicamente en FIRMAC. Firmado electrónicamente por:</small> GUADALUPE DEL CARMEN RECALDE ARBOLEDA



Ministerio de Salud Pública

PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2025 - 2029



Elaboración del Plan Estratégico Institucional 2025- 2029

Ministerio de Salud Pública, 2026

Equipo de Coordinación:

Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica

- Dirección de Planificación e Inversión

Equipo Técnico:

Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud

- Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud
- Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Control Sanitario

Subsecretaría de Sostenibilidad y Evaluación del Sistema

- Dirección Nacional de Evaluación, Seguridad del Paciente y Cumplimiento
- Dirección Nacional de Investigación en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- Dirección Nacional de Economía de la Salud y Sostenibilidad del Sistema

Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud

- Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica e Inmunizaciones
- Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles
- Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Reducción de la demanda de las Drogas
- Proyecto VIH

Subsecretaría de Promoción de la Salud, Interculturalidad e Igualdad

- Dirección Nacional de Promoción de la Salud
- Dirección Nacional de Salud Intercultural e Igualdad
- Dirección Nacional de Alimentación Saludable, Nutrición, Ambiente y Trabajo
- Proyecto PAISSRA

Subsecretaría de Atención Integral en Salud

- Dirección Nacional de Hospitales
- Dirección Nacional de Atención en Primer Nivel y Redes Integradas de Salud
- Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos
- Dirección Nacional de Atención Prehospitalaria y Centros Especializados
- Proyecto de Discapacidades

CONTENIDO

CONTENIDO	
INTRODUCCIÓN	
MARCO NORMATIVO DE LA PLANIFICACIÓN	
CAPÍTULO I - DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	
1. DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	
1.1.1. Breve descripción histórica del Ministerio de Salud Pública	
1.1.2. Marco Normativo del MSP	
1.1.2.1. Constitución de la República del Ecuador	
1.1.2.2. Ley Orgánica de Salud	
1.1.2.3. Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización	
1.1.2.4. Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad	
1.1.3. Estructura orgánica, competencias y presupuesto	
1.1.3.1. Estatuto Orgánico por Procesos del Ministerio de Salud Pública	
1.1.3.2. Tipología	
1.1.3.3. Cadena de Valor	
1.1.3.4. Facultades por Nivel de Desconcentración	
1.1.3.5. Matriz de Competencias	
1.1.3.6. Cartera de Servicios del Ministerio de Salud	
1.1.3.7. Clima Laboral	
1.2. DIAGNÓSTICO DE LA INSTITUCIÓN	
1.2.1. Planificación	
1.2.1.1. Plan Sectorial de Salud 2021 – 2025	
1.2.1.2. Plan Estratégico Institucional 2021 - 2025	
1.2.2. Estructura Organizacional	
1.2.3. Talento Humano	
1.2.4. Tecnologías de la información y comunicación	
1.2.5. Procesos y Procedimientos	
1.2.6. Presupuesto del Ministerio de Salud Pública	
CAPÍTULO II – ANÁLISIS SITUACIONAL	
2. ANÁLISIS SITUACIONAL	

2.1.	ANÁLISIS EXTERNO, MACRO O GENERAL
2.1.1.	Político
2.1.2.	Económico
2.1.2.1.	Presupuesto de Salud con relación al PIB.....
2.1.3.	Social
2.1.4.	Tecnológico.....
2.1.5.	Ecológico.....
2.1.6.	Legal
2.1.7.	Cultural.....
2.2.	ANÁLISIS SECTORIAL, DIAGNÓSTICO TERRITORIAL Y MAPEO DE ACTORES
2.2.1.	Análisis de diagnóstico territorial.....
2.2.1.1.	Establecimientos de salud
2.2.1.2.	Egresos hospitalarios.....
2.2.1.3.	Camas Hospitalarias.....
2.2.1.4.	Diagnósticos frecuentes asociados a egresos hospitalarios.....
2.2.1.5.	Defunciones hospitalarias en Ecuador
2.2.1.6.	Vigilancia de la Salud.....
2.2.1.7.	Promoción de la Salud.....
2.2.1.8.	Calidad en los servicios de salud.....
2.2.1.9.	Provisión de Servicios de Salud
2.2.1.10.	Investigación en Salud.....
2.2.1.11.	Gobernanza
2.3.	MAPA DE ACTORES
CAPÍTULO III – ANÁLISIS FODA	
3.	Análisis FODA.....
3.1.	Fortalezas institucionales del MSP.....
3.2.	Debilidades institucionales del MSP.....
3.3.	Oportunidades institucionales del MSP
3.4.	Amenazas institucionales del MSP.....
CAPÍTULO IV – ELEMENTOS ORIENTADORES	
4.	ELEMENTOS ORIENTADORES DEL MSP
4.1.	Visión.....
4.2.	Misión

4.3.	Principios y Valores	
CAPITULO V - ELEMENTOS ESTRATÉGICOS		
5.	Ejes Estratégicos de Salud	
5.1.	Objetivos Estratégicos Institucionales	
5.2.	Estrategias institucionales	
5.2.1.	Mapa Estratégico	
5.3.	Indicadores y Metas	
5.4.	Identificación de programas presupuestarios	
5.5.	Descripción de gasto corriente y gasto de inversión	
5.5.1.	Gasto corriente.....	
5.5.1.1.	Ejecución presupuestaria.....	
5.5.2.	Gasto inversión	
CAPITULO VI – ARTICULACION DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES.....		
6.	ARTICULACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN	
6.1.	Agenda 2030 – Objetivos de Desarrollo Sostenible	
6.2.	Plan Nacional de Desarrollo	
6.3.	Plan Sectorial de Salud 2025 - 2029	
6.4.	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030.....	
6.5.	Plan Decenal de Salud 2022-2031	
6.6.	Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil	
6.7.	Líneas Estratégicas Vicepresidencia de la República	
6.8.	Resumen de la Alineación Directa con los Planes Nacionales e Internacionales	
CAPITULO VII – GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL		
7.	GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL	
7.1.	SEGUIMIENTO A LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
7.1.1.	Metodología de Seguimiento al Plan Estratégico Institucional	
7.1.2.	Seguimiento de Indicadores a nivel Estratégico	
7.1.3.	Informe de seguimiento Plan Estratégico Institucional	
7.1.4.	Seguimiento a Programas y Proyectos de Inversión.....	
7.2.	EVALUACIÓN A LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL	
7.2.1.	Evaluación en el marco de políticas públicas.....	
7.2.2.	Evaluación del Objeto/Intervención	
7.2.3.	Informe de Evaluación.....	

CAPITULO 8 ANEXOS	
8. ANEXOS	
BIBLIOGRAFÍA	

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Competencia, Atribuciones y Facultades MSP	
Tabla 2. Seguimiento al Plan Estratégico Institucional 2021 – 2025 - Análisis cuantitativo	
Tabla 3. Tasa de Profesionales de la Salud por cada diez mil Habitantes	
Tabla 4. Estrategias de mejora continua de procesos	
Tabla 5. Estrategias de mejora continua de procesos	
Tabla 6. Ejecución Presupuestaria por años y tipo de gasto (en millones USD)	
Tabla 7. Evolución del Presupuesto Devengado por Grupo de Gasto (en millones USD)	
Tabla 8. Presupuesto asignado al Sector Salud y su relación con el Producto Interno Bruto 2021 - 2026	
Tabla 9. Establecimientos de Salud del MSP	
Tabla 10. Establecimientos de Salud Por Provincia.....	
Tabla 11. CETAD a nivel nacional	
Tabla 12. CERI a nivel nacional.....	
Tabla 13. Operatividad del Servicio de Atención de Salud Móvil en el 2025	
Tabla 14. Operatividad del Servicio de Atención de Salud Móvil en el 2026	
Tabla 15. Unidades de ambulancias entregadas del convenio 000036-2022.....	
Tabla 16. Brecha de talento humano actual y brecha salud móvil	
Tabla 17. Ambulancias siniestradas	
Tabla 18. Índice de Camas Disponibles, Egresos Hospitalarios, Defunciones Hospitalarias, camas por cada mil habitantes	
Tabla 19. Diez principales causas de morbilidad 2024	
Tabla 20. Diez principales causas de morbilidad en hombres 2024	
Tabla 21. Diez principales causas de morbilidad en mujeres 2024	
Tabla 22. Diez principales causas de morbilidad infantil año 2024.....	
Tabla 23. Defunciones hospitalarias 2024	
Tabla 24. Muertes maternas en el Ecuador	
Tabla 25. Muertes maternas según lugar de residencia	
Tabla 26. Comportamiento de la tuberculosis en el quinquenio 2020 - 2025	
Tabla 27. Distribución de la Tasa de incidencia de VIH/sida por cada 1.000 habitantes por provincia y sexo, Ecuador, 2025	
Tabla 28. Personas que viven con el VIH que conocen su estado, Ecuador, 2018-2025.....	
Tabla 29. Casos anuales de Leishmaniasis 2021 - 2025.....	
Tabla 30. Tasa de Leishmaniasis por provincia, Ecuador 2026.....	

Tabla 31. Cobertura de vacunación de BCG en menores de 1 año (2019 – 2025)	
Tabla 32. Análisis Histórico grupos de apoyo a la lactancia materna	
Tabla 33. mujeres de 20 a 49 años. Año 2025 por provincia Cobertura de asesoría en planificación familiar a la población en edad fértil hombres y	
Tabla 34. Parteras a nivel nacional por provincias y estado	
Tabla 35. Resumen por Región	
Tabla 36. Distribución de Bancos de Leche por provincias	
Tabla 37. Evaluación de la Gestión de la Calidad.....	
Tabla 38. Población Adscrita en los establecimientos de primer nivel MSP	
Tabla 39. Cobertura control prenatal 2021 – 2026.....	
Tabla 40. Paquete priorizado en gestantes 2021 – 2026.....	
Tabla 41. Cobertura de planificación familiar 2023 – 2026	
Tabla 42. Certificados de discapacidad por tipo y año 2020 – 2026*	
Tabla 43. Citas para calificación y recalificación de la discapacidad 2020 – 2026 nacional	
Tabla 44. Citas para calificación y recalificación de la discapacidad 2020 – 2026 por provincia.....	
Tabla 45. Histórico de tamizajes realizados.....	
Tabla 46. Conteo de artículos científicos publicados por semestre	
Tabla 47. Número de artículos publicados anuales por provincia.....	
Tabla 48. Matriz de Actores del MSP.....	
Tabla 49. Mapa Estratégico del MSP.....	
Tabla 50. Indicadores y Metas del PEI	
Tabla 51. Indicadores y Metas del PEI alineados al PND.....	
Tabla 52. Alineación de los programas institucionales a la planificación estratégica	
Tabla 53. Alineación de los proyectos institucionales a los programas y planificación estratégica	
Tabla 54. Ejecución presupuestaria general.....	
Tabla 55. Ejecución presupuestaria Gasto Corriente.....	
Tabla 56. Ejecución presupuestaria a nivel de Rubro.....	
Tabla 57. Ejecución presupuestaria a nivel de fuente.....	
Tabla 58. Proyectos de Inversión.....	
Tabla 59. Ejecución presupuestaria inversión por Grupo de Gasto.....	
Tabla 60. Brechas y recomendaciones identificadas en ASSA	
Tabla 61. Detalle de Alineación del PEI a los Instrumentos de Planificación Superiores	

CONTENIDO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Línea Histórica del MSP
Ilustración 2. Estructura orgánica del nivel central del MSP 2026
Ilustración 3. Cadena de valor del MSP
Ilustración 4. Resultados Clima Laboral 2024-2025.....
Ilustración 5. Egresos hospitalarios MSP
Ilustración 6. Mapa de tasas de incidencia acumulada de tuberculosis por provincia, Ecuador 2025
Ilustración 7. Flujo del Proceso de Articulación de Parteras/os ancestrales
Ilustración 8. Ejes Estratégicos de Salud
Ilustración 9. Esquema del Mapa Estratégico
Ilustración 10. Gestión y ejecución general MSP
Ilustración 11. Ejecución Gasto Corriente
Ilustración 12. Ejecución presupuestaria Gasto Inversión
Ilustración 13. Objetivos de Desarrollo Sostenible
Ilustración 14. Objetivos de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas
Ilustración 15. Alineación gráfica del Plan Estratégico Institucional MSP

CONTENIDO DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tendencia de la Razón de Muerte Materna - Ecuador año 2002 al año 2024
Gráfico 2. Porcentajes de cumplimiento de cada una de las condiciones higiénico-sanitarias y lineamientos alimentario-nutricionales del reglamento
Gráfico 3. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes de 15 - 19 años
Gráfico 4. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes de 10 - 14 años
Gráfico 5. Distribución Nacional de Parteras/os ancestrales
Gráfico 6. Provincias con Mayor Volumen de Parteras.....
Gráfico 7. Provincias con Mayor Articulación.....
Gráfico 8. Leche humana distribuida por los Bancos de Leche Humana.....
Gráfico 9. Recién nacidos beneficiarios por los Bancos de Leche Humana.....

INTRODUCCIÓN

La planificación estratégica constituye un pilar fundamental del accionar público en el Ecuador, conforme lo establece la Constitución de la República en diversos artículos que delinean su alcance, principios y obligatoriedad; en particular, el artículo 3, numeral 5, define como deber primordial del Estado “Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza (...)”, posicionando la planificación como eje articulador de las políticas públicas.

En este marco, el Plan Nacional de Desarrollo - PND se configura como el instrumento rector de la planificación estratégica para las instituciones que integran la Función Ejecutiva, el cual establece, según el artículo 280, los lineamientos a los que deben sujetarse las políticas, programas y proyectos públicos; la programación presupuestaria; la inversión y asignación de recursos; y la coordinación de competencias entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados; su observancia es de carácter obligatoria para el sector público.

En cumplimiento de este mandato constitucional y en concordancia con el PND vigente, el Ministerio de Salud Pública – MSP, formula su Plan Estratégico Institucional – PEI, para el período 2025 - 2029, orientado a garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos ecuatorianos; documento que se construye sobre una base metodológica que incorpora enfoques realistas y prospectivos, permitiendo identificar los escenarios en los que el MSP interviene y aquellos a los que se encuentra expuesto, en función de su rol rector y sus competencias institucionales.

El presente Plan Estratégico Institucional se fundamenta en documentos normativos, técnicos y programáticos que orientan la planificación sectorial y se articula con los objetivos nacionales, los estándares internacionales y los determinantes sociales de la salud, con el fin de fortalecer la gobernanza, la equidad y la eficiencia del sistema sanitario ecuatoriano y, toma como referencia varios documentos:

- Agenda 2030
- Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030
- Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029
- Guía Metodológica de Planificación Institucional
- Plan Estratégico Institucional del MSP 2021-2025
- Estatuto Orgánico del MSP

La elaboración del documento de planificación estratégica contó con la participación activa de las unidades orgánicas de la institución tanto del nivel central como del nivel desconcentrado, para levantar información del estado y la gestión del Ministerio de Salud Pública. De igual forma, para la construcción del diagnóstico institucional se diseñó y levantó una encuesta a nivel nacional (Anexo 1), la cual fue insumo clave para la determinación de las fortalezas y debilidades, lo que ha permitido consolidar un instrumento actualizado, contextualizado y alineado con las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud.

MARCO NORMATIVO DE LA PLANIFICACIÓN

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

Artículo 279. *El sistema nacional descentralizado de planificación participativa organizará la planificación para el desarrollo y estará conformado por un Consejo Nacional de Planificación que integrará a los distintos niveles de gobierno, con participación ciudadana y, una secretaría técnica que lo coordinará, Consejo que tendrá por objetivo dictar los lineamientos y las políticas que orienten al sistema y aprobar el Plan Nacional de Desarrollo y será presidido por la Presidenta o Presidente de la República.*

Artículo 280. *El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores.*

Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas

Artículo 4. *Se someterán a este código todas las entidades, instituciones y organismos comprendidos en los artículos 225, 297 y 315 de la Constitución de la República. Se respetará la facultad de gestión autónoma, de orden político, administrativo, económico, financiero y presupuestario que la Constitución de la República o las leyes establezcan para las instituciones del sector público (...).*

Artículo 5 numeral 1. *Sujeción a la planificación. - La programación, formulación, aprobación, asignación, ejecución, seguimiento y evaluación del Presupuesto General del Estado, los demás presupuestos de las entidades públicas y todos los recursos públicos, se sujetarán a los lineamientos de la planificación del desarrollo de todos los niveles de gobierno, en observancia a lo dispuesto en los artículos 280 y 293 de la Constitución de la República.*

Artículo 54. *Planes institucionales. - Las instituciones sujetas al ámbito de este Código, excluyendo los Gobiernos Autónomos Descentralizados, reportarán a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo sus instrumentos de planificación institucionales, para verificar que las propuestas de acciones, programas y proyectos correspondan a las competencias institucionales y los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.*

Reglamento al Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas

Art. 59.- *Del seguimiento a la planificación institucional. - La planificación institucional incluirá indicadores de resultado, cuyo seguimiento estará a cargo de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, en coordinación con los entes competentes. Las entidades del sector público deberán remitir de manera oportuna la información sobre el cumplimiento de su planificación.*

Reglamento de la Ley Orgánica de la Contraloría General del Estado

Artículo 15.- Indicadores de gestión. - Cada entidad del sector público deberá preparar sus indicadores de gestión de acuerdo a su misión y visión conforme las herramientas de planificación desarrolladas como parte del proceso administrativo.

La elaboración de los indicadores de gestión se sustentará en la información que guarde relación con el cumplimiento de los objetivos y las metas. Los indicadores de desempeño permitirán medir el grado de cumplimiento de las funciones y responsabilidades de los servidores públicos, en niveles de eficiencia, efectividad, economía e impacto en la comunidad, de acuerdo con la misión y visión y los objetivos y estrategias institucionales.

Normas de Control Interno

200-02 Administración estratégica

Las entidades del sector público y las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos, implantarán, pondrán en funcionamiento y actualizarán el sistema de planificación, así como el establecimiento de indicadores de gestión que permitan evaluar el cumplimiento de los fines, objetivos y la eficiencia de la gestión institucional.

Las entidades del sector público y las personas jurídicas de derecho privado que dispongan de recursos públicos requieren para su gestión, la implantación de un sistema de planificación que incluya la formulación, ejecución, control, seguimiento y evaluación de un plan plurianual institucional y planes operativos anuales, que considerarán como base la función, misión y visión institucionales y que tendrán consistencia con los planes de gobierno y los lineamientos del organismo técnico de planificación.

Los planes operativos constituirán la desagregación del plan plurianual y contendrán: objetivos, indicadores, metas, programas, proyectos y actividades que se impulsarán en el período anual, documento que deberá estar vinculado con el presupuesto a fin de concretar lo planificado en función de las capacidades y la disponibilidad real de los recursos.

Norma Técnica del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa

Artículo 19. *Planes Institucionales.- Los planes institucionales son instrumentos de planificación y gestión, a través de los cuales, cada entidad del sector público, en el ámbito de sus competencias, identifica y establece las prioridades institucionales de mediano y corto plazo, que orienten la toma de decisiones y el curso de acción encaminado a la generación y provisión de productos (bienes y/o servicios) a la ciudadanía o usuarios externos, debidamente financiados (recursos permanentes y/o no permanentes), a fin de contribuir al cumplimiento de las prioridades establecidas en los Planes Sectoriales y/o Plan Nacional de Desarrollo.*

Artículo 22. Elaboración y/o actualización. - *La elaboración y/o actualización de planes institucionales, será liderada por la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica de cada entidad, o quien haga sus veces, en coordinación con el área financiera y con sus unidades desconcentradas, y deberá contar con la asistencia técnico - metodológica del ente rector de la planificación nacional.*

Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del MSP

De conformidad con la reforma al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del MSP emitido con Acuerdo Ministerial No. 00023-2022 de 30 de septiembre de 2022, en el Artículo 09, define la estructura descriptiva de la Institución, establece a la Máxima Autoridad del Ministerio de Salud Pública, en el numeral 1.1.1.1. la siguiente atribución y responsabilidad:

- *d. Emitir los lineamientos estratégicos del sector, emitir la política nacional de salud, plan estratégico en salud y la política pública de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, para el ejercicio efectivo de la Autoridad Sanitaria Nacional”.*

En la sección de los procesos adjetivos, procesos habilitantes de asesoría, establece en el numeral 1.3.1.1. Gestión de Planificación y Gestión Estratégica, al Coordinador General de Planificación y Gestión Estratégica, la siguiente atribución y responsabilidad:

- *e. Coordinar la gestión para la aprobación de los instrumentos de la planificación institucional”.*

En el numeral 1.3.1.1.1. como producto de la Dirección de Planificación e Inversión - Gestión de Planificación Institucional y estratégica:

- *1. Plan estratégico institucional*

CAPÍTULO I - DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

1. DESCRIPCIÓN Y DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1.1.1. Breve descripción histórica del Ministerio de Salud Pública

Las funciones de salud formaban parte del Ministerio de Previsión Social y Trabajo y el primer paso para su creación se dio en 1963, cuando se creó la Subsecretaría de Salud, que dependía del mismo ministerio.

El Ministerio de Salud Pública, fue creado por la Asamblea Constituyente de 1967, mediante decreto 084 publicado en el Registro Oficial No. 149 del 6 de junio de ese mismo año, durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez

El Ministerio de Salud, desde su inicio, entró en un proceso sostenido de “regionalización” que implicó, dividir al país en tres zonas administrativas: Sierra, Costa, Oriente, con 20 Direcciones Provinciales, muchas de las cuales dependían administrativamente de otras.

En la década de 1980, el fortalecimiento de la medicina preventiva, el acceso al agua potable y el saneamiento en Ecuador fue impulsado principalmente por el marco normativo y estratégico del Ministerio de Salud Pública (MSP), pero no se consolidó en una única norma específica, sino en varias políticas y lineamientos sectoriales, entre ellas:

- Plan Decenal de Salud (1980-1990): Aunque no fue una norma jurídica, este plan estratégico fue clave. Estableció como ejes:
 - La atención primaria en salud (APS) como modelo rector.
 - La prevención y promoción como pilares del sistema.
 - La coordinación intersectorial para agua potable y saneamiento, especialmente en zonas rurales.
- NTE INEN 1108 (vigente desde los 80s y actualizada después): estableció requisitos técnicos para agua potable, incluyendo desinfección y control microbiológico.
- Código de Práctica Ecuatoriano de Ingeniería Sanitaria (CPE INEN 005-9-2): promovía infraestructura sanitaria para prevenir enfermedades y proteger la salud pública.

En 1996 se crearon las Áreas de Salud que aglutinaban a unidades del primer, segundo y tercer nivel de atención, en una distribución geográfica cantonal.

En el 2008, la Constitución de la República del Ecuador, marcó un hito en el reconocimiento del derecho a la salud como un componente esencial del Buen Vivir. En su articulado, establece que la salud es un derecho garantizado por el Estado mediante políticas públicas, acceso universal, equitativo y gratuito a servicios de salud, y la promoción de condiciones que permitan una vida digna. Se reconoce a la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado integral de bienestar físico, mental, emocional y social, vinculado a los determinantes sociales como el agua potable, la alimentación, el ambiente sano y la educación. Además, la Constitución promueve el modelo de atención integral en salud, con énfasis en la prevención, la participación ciudadana y el respeto a la interculturalidad, fortaleciendo el rol rector del Ministerio de Salud Pública en la planificación, regulación y control del sistema nacional de salud.

En 2010, Ecuador dio un paso decisivo hacia la consolidación de un sistema de salud más equitativo y articulado con la implementación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS, estrategia que buscó integrar los servicios de salud de las instituciones públicas —como el Ministerio de Salud Pública, el IESS, el ISSFA y el ISSPOL— bajo un modelo de atención coordinado, universal y gratuito. La RPIS se fundamentó en el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), priorizando la prevención, la promoción de la salud y la atención integral centrada en las personas, familias y comunidades.

En el año 2013, se fusionan algunas Áreas de Salud y de acuerdo con el Código de Organización Territorial, se integran los Distritos de Salud, que funcionan bajo la dependencia de las Coordinaciones Zonales, constituyendo el nivel desconcentrado del Ministerio de Salud, mientras que el nivel central lo forman el Despacho del Ministro de Salud y el Viceministerio de Salud Pública.

En el año 2020, el MSP lideró la implementación de estrategias de *detección, rastreo, aislamiento y atención* de casos, con énfasis en el fortalecimiento de la *vigilancia epidemiológica activa*, la *digitalización de reportes* y la *expansión de laboratorios de diagnóstico molecular*. Se establecieron sistemas de información para el monitoreo en tiempo real, se reforzó la red de vigilancia comunitaria y se promovió la interoperabilidad entre subsistemas de salud. En colaboración con organismos internacionales como la OPS/OMS y el Banco Mundial, el MSP desarrolló proyectos de preparación y respuesta ante pandemias, orientados a mejorar la capacidad instalada, la formación del talento humano y la articulación territorial. Estas acciones permitieron no solo enfrentar la crisis sanitaria, sino también sentar las bases para una vigilancia epidemiológica más robusta, integrada y resiliente frente a futuras amenazas.

Para el año 2025, una vez emitido el Decreto Ejecutivo 108 de 19 de agosto de 2025, la presidencia de la república dispone al Ministerio de Salud Pública dar cumplimiento inmediato al Decreto Ejecutivo 70 de 04 de agosto de 2025, con la finalidad de que la desconcentración territorial, se realice exclusivamente a través de direcciones provinciales.

En el año 2026, se emite el Decreto Ejecutivo 393 de 22 de mayo de 2026, en el cual se dispone la creación de la Empresa Pública de Abastecimiento, Infraestructura y Logística en Salud, que tendrá por objeto proveer los bienes, servicios y obras necesarios para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Pública.

Ilustración 1. Línea Histórica del MSP



Fuente: Marco legal del Ministerio de Salud Pública
Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

1.1.2. Marco Normativo del MSP

El accionar de esta cartera de Estado se ampara principalmente en la Constitución de la República del Ecuador y en la Ley Orgánica de Salud, conforme las siguientes disposiciones:

1.1.2.1. Constitución de la República del Ecuador

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

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y pposparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

- Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
- Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad.

Art. 47.- El Estado garantizará 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.

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a:

La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas.

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Art. 358. El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

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

Art. 360. El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, 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.

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

Art. 362. La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art. 363. El Estado será responsable de:

- Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
- Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
- Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.
- Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.
- Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.
- Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.
- Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.
- Promover el desarrollo integral del personal de salud.

Art. 364. Las adicciones son un problema de salud pública. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El Estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco.

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

Art. 366. El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud.

El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

Art. 385. *El sistema nacional de ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales, en el marco del respeto al ambiente, la naturaleza, la vida, las culturas y la soberanía, tendrá como finalidad:*

- *Generar, adaptar y difundir conocimientos científicos y tecnológicos.*
- *Recuperar, fortalecer y potenciar los saberes ancestrales.*

Desarrollar tecnologías e innovaciones que impulsen la producción nacional, eleven la eficiencia y productividad, mejoren la calidad de vida y contribuyan a la realización del buen vivir.

1.1.2.2. Ley Orgánica de Salud

Art. 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;*
3. *Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;*
4. *Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;*
5. *Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; 5-A. - Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas.*
6. *Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;*
7. *Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;*
8. *Regular, controlar y vigilar la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución, transfusión, uso y calidad de la sangre humana, sus componentes y derivados, en instituciones y organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro, autorizados para ello;*
9. *Regular y controlar el funcionamiento de bancos de células, tejidos y sangre; plantas industriales de hemoderivados y establecimientos de aféresis, públicos y privados; y, promover la creación de LEY ORGÁNICA DE SALUD.*
10. *Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud;*
11. *Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva;*
12. *Elaborar el plan de salud en gestión de riesgos en desastres y en sus consecuencias, en coordinación con la Dirección Nacional de Defensa Civil y demás organismos competentes;*
13. *Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente;*
14. *Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes;*
15. *Regular, planificar, ejecutar, vigilar e informar a la población sobre actividades de salud concernientes a la calidad del agua, aire y suelo; y, promocionar espacios y ambientes saludables, en coordinación con los organismos seccionales y otros competentes;*

16. Regular y vigilar, en coordinación con otros organismos competentes, las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan sus actividades los trabajadores, para la prevención y control de las enfermedades ocupacionales y reducir al mínimo los riesgos y accidentes del trabajo;
17. Regular y vigilar las acciones destinadas a eliminar y controlar la proliferación de fauna nociva para la salud humana;
18. Regular y realizar el control sanitario de la producción, importación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano; así como los sistemas y procedimientos que garanticen su inocuidad, seguridad y calidad, a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y otras dependencias del Ministerio de Salud Pública;
19. Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilar el cumplimiento de las mismas;
20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos;
21. Regular y controlar toda forma de publicidad y promoción que atente contra la salud e induzcan comportamientos que la afecten negativamente;
22. Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas;
23. Regular, vigilar y controlar en coordinación con otros organismos competentes, la producción y comercialización de los productos de uso y consumo animal y agrícola que afecten a la salud humana;
24. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario;
25. Regular y ejecutar los procesos de licenciamiento y certificación; y, establecer las normas para la acreditación de los servicios de salud;
26. Establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica;
27. Determinar las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio;
28. Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales;
29. Desarrollar y promover estrategias, planes y programas de información, educación y comunicación social en salud, en coordinación con instituciones y organizaciones competentes;
30. Dictar, en su ámbito de competencia, las normas sanitarias para el funcionamiento de los locales y establecimientos públicos y privados de atención a la población;
31. Regular, controlar y vigilar los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y componentes anatómicos humanos y establecer mecanismos que promuevan la donación voluntaria; así como regular, controlar y vigilar el uso de órtesis, prótesis y otros implantes sintéticos en el cuerpo humano;
32. Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos;
33. Emitir las normas y regulaciones sanitarias para la instalación y funcionamiento de cementerios, criptas, crematorios, funerarias, salas de velación y tanatorios;
34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario. Estas acciones las ejecutará el Ministerio de Salud Pública, aplicando principios y procesos de desconcentración y descentralización.
35. Las demás previstas en la Constitución Política de la República y otras leyes

1.1.2.3. Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización

La Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización –Registro Oficial Suplemento Nro. 615 del 26 de octubre de 2015-, en el artículo 8, determina que la Autoridad Sanitaria Nacional, adoptará las medidas necesarias para prevenir el uso y consumo de drogas; especialmente en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes; y, promoverá ambientes, prácticas y hábitos saludables para toda la población; señalando en el artículo 18 adicionalmente que, es obligación primordial no privativa del Estado vigilar, controlar y prestar servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a personas consumidoras ocasionales, habituales y problemáticas de drogas.

1.1.2.4. Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad

La Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad –Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 73, 03 de julio de 2025-, en el artículo 17, prevé "(...) La atención integral en salud de las personas con discapacidad se brindará a través del Sistema Nacional de Salud, bajo la rectoría y en cumplimiento de la normativa que expida el ente rector del Sistema Nacional de Salud, para el efecto. El ente rector del Sistema Nacional de Salud será el encargado de la rectoría, regulación y supervisión de los establecimientos de salud públicos y privados con la finalidad de garantizar que se brinden servicios profesionales, especializados e integrales, que aseguren la atención prioritaria y con calidad a las personas con discapacidad, así como, la cobertura total de los tratamientos que la persona requiera. (...)". Así también en el artículo 20, atribuye al Ministerio de Salud Pública en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, la responsabilidad de certificar y acreditar en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y especializada, habilitación, rehabilitación integral y centros de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.

1.1.3. Estructura orgánica, competencias y presupuesto

1.1.3.1. Estatuto Orgánico por Procesos del Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública, cuenta con la reforma al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del MSP, emitido con Acuerdo Ministerial No. 00023-2022 de 30 de septiembre de 2022, el cual describe la estructura organizacional de la institución, misma que se encuentra alineada a las políticas determinadas en la Constitución de la República del Ecuador, las Políticas del Estado, las leyes, normas vigentes y el modelo de gestión institucional. Se sustenta en la filosofía y enfoque de gestión por procesos determinando claramente su ordenamiento orgánico a través de la identificación de procesos, clientes, productos y/o servicios.

De igual forma, con la emisión del Decreto Ejecutivo 393 de 22 de mayo de 2026, se dispone la creación de la Empresa Pública de Abastecimiento, Infraestructura y Logística en Salud, la cual tiene por objeto proveer los bienes, servicios y obras necesarios para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Pública.

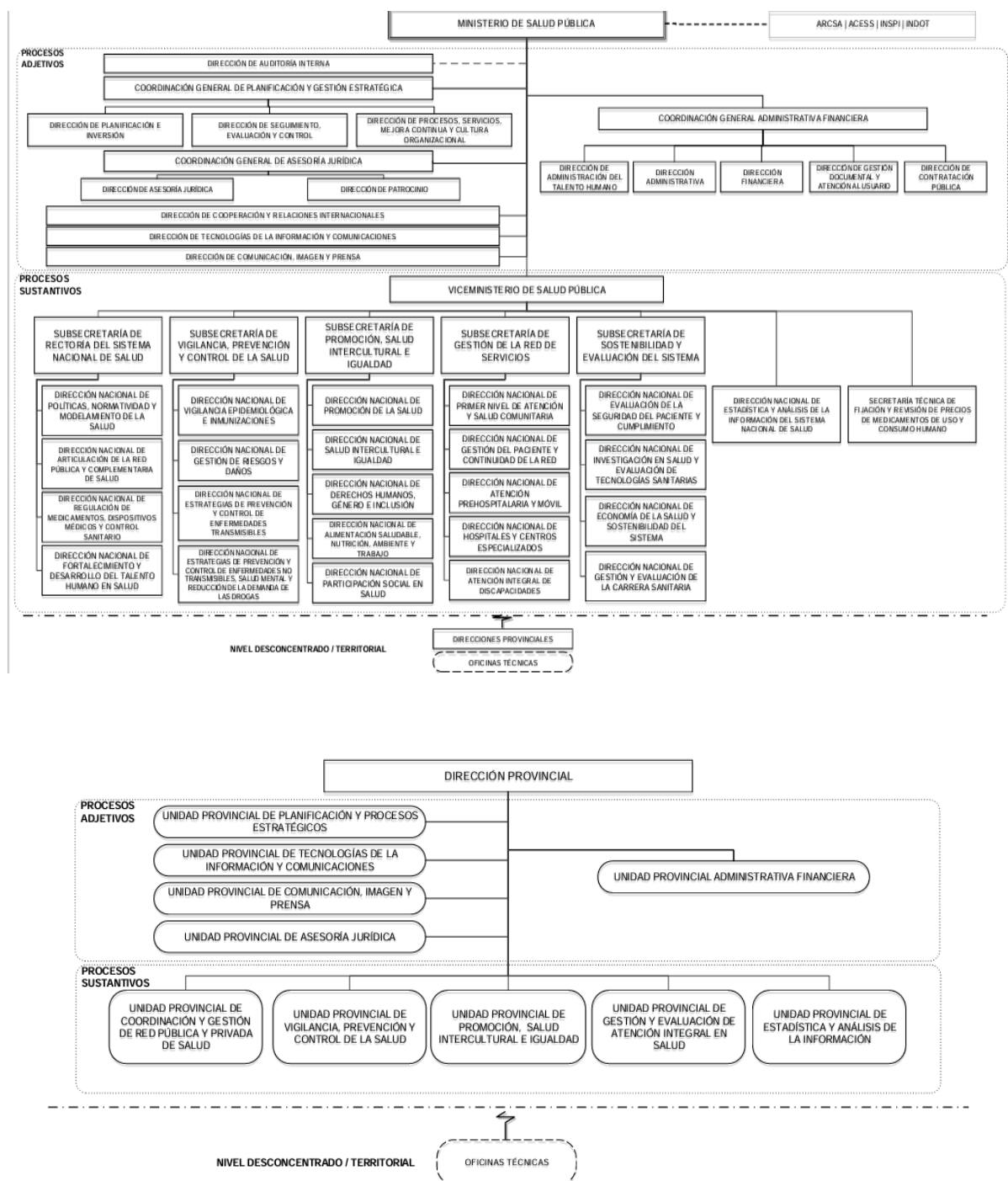
Los procesos del MSP se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional, los cuales son:

- **Procesos Gobernantes**, que orientan la gestión institucional a través de la formulación de políticas, directrices, normas, procedimientos, planes, acuerdos y resoluciones para la adecuada administración y ejercicio de la representación legal de la institución.
- **Procesos Sustantivos**, que son los encargados de generar y administrar los productos y servicios destinados a usuarios internos y externos y permiten cumplir con la misión institucional y los objetivos estratégicos.
- **Procesos Adjuntos de Asesoría y de Apoyo**, que generan productos y servicios para los procesos gobernantes, sustantivos y para sí mismos, apoyando y viabilizando la Gestión Institucional.

- **Procesos Desconcentrados gobernantes**, sustantivos y adjetivos, que generan productos y servicios en las instancias desconcentradas del Ministerio de Salud.

De acuerdo a la Reforma al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, la estructura orgánica de Planta Central del Ministerio de Salud Pública es la siguiente:

Ilustración 2. Estructura orgánica del nivel central del MSP 2026



Fuente: Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional
Organigrama estructural presentado al MDT por la creación de la AIL E.P. 2026

En cuanto al nivel desconcentrado, en apego a las disposiciones del Decreto Ejecutivo 108 de 19 de agosto de 2025, la presidencia de la república dispone al Ministerio de Salud Pública dar cumplimiento inmediato al Decreto Ejecutivo 70 de 04 de agosto de 2025; la propuesta de reorganización institucional del Ministerio de Salud Pública en el marco del Análisis de Presencia Institucional en el Territorio (APIT), orientada a optimizar la estructura desconcentrada a nivel nacional, plantea la conformación de 24 Direcciones Provinciales, una por cada provincia del país, que asumen la coordinación y supervisión técnica administrativa del territorio.

Bajo esta normativa, el nivel desconcentrado, gestionará la operatividad directa y la articulación de los servicios de salud, así como las Oficinas Técnicas, concebidas como unidades de apoyo territorial que refuerzan la cobertura en zonas geográficamente dispersas o de alta demanda poblacional.

Esta configuración busca fortalecer la capacidad institucional, reducir la duplicidad de funciones y mejorar la eficiencia en la gestión de los servicios de salud, manteniendo la presencia del MSP en todos los niveles territoriales con un enfoque de racionalización administrativa y proximidad a la ciudadanía.

1.1.3.2. Tipología

De conformidad a las tipologías de Desconcentración, el MSP se ubica en la tipología 2, ALTA desconcentración y BAJA descentralización.

- La DESCONCENTRACIÓN implica el fortalecimiento de los procesos del Ministerio de Salud Pública en sus niveles desconcentrados, mejorando la capacidad resolutoria de los territorios.
- La DESCENTRALIZACIÓN se refiere al traspaso de competencias a los Gobiernos Autónomos Descentralizados.

1.1.3.3. Cadena de Valor

La cadena de valor identifica los procesos que orientan la acción pública, la cual debe brindarse con eficacia, eficiencia, productividad y transparencia, en base a una adecuada cobertura y un buen nivel de calidad del servicio, y se la representa en la siguiente ilustración:

Ilustración 3. Cadena de valor del MSP



Fuente y Elaboración: Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional

1.1.3.4. Facultades por Nivel de Desconcentración

Las Facultades de cada nivel de desconcentración son las siguientes:

- Nivel Central: Rectoría¹ – Regulación² – Coordinación – Planificación –Evaluación - Control
- Nivel Provincial: Coordinación – Gestión – Control
- Oficinas Técnicas: Gestión - Control

El nivel Central será el que ejerza la rectoría del Sistema Nacional de Salud, como núcleo del pensamiento estratégico de éste, el cual genera política pública, regulación, coordinación, planificación, evaluación y control para el Sistema Nacional de Salud.

El nivel Provincial a su vez, tiene la responsabilidad de implementar y articular la política pública a través de la coordinación, gestión y control de la red de servicios de salud, programas y proyectos, con entidades intra y extra sectoriales. Proveerá servicios y se articulará con el Plan de Desarrollo Local por medio de la coordinación, gestión, y control de programas y proyectos en la red de servicios y el apoyo de los Gobiernos Autónomos Descentralizados.

Las oficinas técnicas son concebidas como unidades de apoyo territorial que refuerzan la cobertura en zonas geográficamente dispersas o de alta demanda poblacional por medio de la gestión y control en la red de servicios.

1.1.3.5. Matriz de Competencias

De conformidad a los nuevos lineamientos del ente rector de la materia, la competencia del Ministerio de Salud Pública es “SALUD”. Las atribuciones y facultades del Ministerio de Salud Pública, se describen a continuación:

Tabla 1. Competencia, Atribuciones y Facultades MSP

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial Nro. 449 de 20 de octubre de 2008, última reforma Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 568, de 30 de mayo de 2024, Art. 32, 43, 361, 326 numeral 5 y 6 Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 2, 4, 6 numeral 2.	Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud	Rectoría
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 6 literal 20.	Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos;	Rectoría

¹ **RECTORÍA:** Es la capacidad para emitir políticas públicas que orientan las acciones para el logro de los objetivos y metas del desarrollo, así como para definir sistemas, áreas y proyectos estratégicos de interés público, en función de su importancia económica, social, política o ambiental. Será nacional y corresponderá al gobierno central en el ámbito de sus competencias exclusivas, sectores privados y estratégicos. Plan Nacional de Descentralización. Glosario de términos.

² **REGULACIÓN:** Es la capacidad de emitir la normatividad necesaria para el adecuado cumplimiento de la política pública y la prestación de los servicios, con el fin de dirigir, orientar o modificar la conducta de los administrados. Se ejerce en el marco de las competencias de la circunscripción territorial correspondiente. Plan Nacional de Descentralización. Glosario de término.

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	<p>Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial Nro. 449 de 20 de octubre de 2008, última reforma Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 568, del 30 de mayo de 2024, Art. 363 numeral 1.</p> <p>Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 6 numeral 5.</p> <p>Ley de Derechos y Amparo del Paciente publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de Diciembre de 2006, Art. 2.</p>	<p>Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.</p>	Rectoría
SALUD	<p>Reglamento Ley Prevención Integral Fenómeno Socio Económico Drogas publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 717 de 22 de marzo de 2016, Art. 8 numeral 1</p>	<p>Desarrollar la política sanitaria enfocada a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las personas que usan y consumen drogas, basado en evidencia científica, adaptadas a las necesidades y demandas locales.</p>	Rectoría
SALUD	<p>Ley Orgánica de Salud Mental publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 471 de 5 de enero de 2024, última reforma publicada en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 689 de 22 noviembre de 2024, Art. 17</p>	<p>Emitir la política pública de salud mental, que será de aplicación obligatoria para todas las entidades públicas y privadas</p>	Rectoría
SALUD	<p>Ley Orgánica de Salud publicada, en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 1, 4, 6 numeral 6</p>	<p>Formular políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera.</p>	Rectoría
SALUD	<p>Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 62</p>	<p>Elaborar las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual.</p>	Regulación

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	<p>Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial Nro. 449 de 20 de octubre de 2008, última reforma Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 568, de 30 de mayo de 2024, Art. 32, 35.</p> <p>Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023 ,Capítulo III A de las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas, Art. 2 literal a).</p>	Emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas, las mismas que establecerán las directrices, criterios y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas.	Regulación
SALUD	<p>Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 5.</p>	Crear mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.	Regulación
SALUD	<p>Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial Nro. 449 de 20 de octubre de 2008, última reforma Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 568, de 30 de mayo de 2024, Art. 326 numeral 5</p> <p>Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 6 numeral 16.</p>	Regular las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan sus actividades los trabajadores, para la prevención y control de las enfermedades ocupacionales y reducir al mínimo los riesgos y accidentes del trabajo.	Regulación

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	<p>Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 615 de 26 de octubre de 2015, última reforma publicada en el Registro Oficial Nro. 70 de 30 de junio de 2025, Art. 8.</p> <p>Decreto Ejecutivo No. 376 "Suprime la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas", publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 234 de 04 de mayo de 2018, última reforma publicada en el Decreto 426 (Suplemento del Registro Oficial Nro. 275 de 03 de julio de 2018), Art. 2 literal n).</p> <p>Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 615 de 26 de octubre de 2015, última reforma publicada en el Registro Oficial Nro. 70 de 30 de junio de 2025, Art. 25.</p>	Expedir la normativa e instructivos necesarios para la aplicación de la Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas sujetas a Fiscalización	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 12	Regular y controlar la difusión de programas o mensajes, para evitar que sus contenidos resulten nocivos para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, publicada en el Registro Oficial Nro. 497 de 22 de julio de 2011, Art. 10 literal h	Dictar las disposiciones normativas para los espacios cien por ciento (100%) libres de humo de tabaco, de acuerdo a la presente ley	Regulación
SALUD	<p>Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 159.</p> <p>Decreto 400 "Reglamento para la fijación de precios de medicamentos de uso y consumo humano", publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial Nro. 299, 29 de julio de 2014, Art. 1, 4 y 7 numeral 1.</p>	Fijar, revisar y controlar los precios de los medicamentos de uso y consumo humano a través del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano, de conformidad con la ley.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art.1, 4, 6 numeral 5.	Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.	Regulación

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 71, Art. 6, numeral 8	Regular la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución, transfusión, uso y calidad de la sangre humana, sus componentes y derivados, en instituciones y organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro, autorizados para ello.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Salud Mental publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 471 de 5 de enero de 2024, última reforma publicada en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 689 de 22 noviembre de 2024, Art.33.	Emitir la normativa para la conformación de equipos interdisciplinarios de salud mental en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, estableciendo su integración de conformidad con el nivel de atención y complejidad de cada establecimiento de salud.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 85.	Normar la organización de los bancos de tejidos y de células, bajo los parámetros técnicos y estándares que se establezcan para el efecto.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 139 de 01 de septiembre de 2022, Art. 44. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud publicada en el Registro Oficial Nro. 670 de 25 de septiembre de 2002, Art 26	Expedir los documentos técnicos necesarios de aplicación de la carrera sanitaria. Dichos documentos deberán expedirse, previa socialización en la mesa técnica que el Consejo Nacional de Salud cree para el efecto.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Cuidados Paliativos, publicada en el Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 8, de 28 de marzo de 2025, Art. 16.	Reglamentar los requisitos de forma de dichos convenios. Los convenios podrán abarcar otros aspectos de los antes indicados, como suministro de medicamentos para aquellas personas sin cobertura y que sean derivados de establecimientos de salud pública hacia otros del sistema.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 6 numeral 4, Art. 52, 60.	Definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 139 de 01 de septiembre de 2022, Art. 14.	Emitir la normativa que contemple los requisitos de los niveles de gestión (Directivo técnico, de Atención directa u operativo clínico-quirúrgico y Operativo de administración sanitaria).	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 139 de 01 de septiembre de 2022, Art. 33.	Determinar los niveles o grados de valoración que se incluyen en esta modalidad, los criterios para clasificarlas y el procedimiento para ejecutarla.	Regulación
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 65.	Emitir normas para evitar la proliferación de vectores, la propagación de enfermedades transmisibles y asegurar el control de las mismas, los gobiernos seccionales deben cumplir con las disposiciones emanadas por la autoridad sanitaria nacional.	Regulación

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art.6 numeral 33 y 34; Art. 92.	Establecer las normas para la autorización de traslado de cadáveres, dentro del país, en los casos y condiciones establecidos en el reglamento de esta Ley	Regulación
SALUD	Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, publicada en el Registro Oficial Nro. 497 de 22 de julio de 2011, Art. 13.	Programar y ejecutar actividades y campañas de información, comunicación y educación y hacer uso de todos los recursos y herramientas tecnológicas para prevenir el consumo de tabaco por parte de la población y, en particular, de las y los trabajadores, la niñez y la juventud.	Planificación
SALUD	Decreto Ejecutivo No. 376 "Suprime la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas", publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 234 de 04 de mayo de 2018, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 275 de 03 de julio de 2018, Art. 2, literal g). Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 615 de 26 de octubre de 2015, última reforma publicada en el Registro Oficial Nro. 70 de 30 de junio de 2025, Art. 18.	Planificar la oferta territorializada de los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	Planificación
SALUD	Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art 6, Numeral 3.	Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.	Planificación
SALUD	Ley Orgánica de la Primera Infancia, publicado en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro.38 de 14 de mayo de 2025, Art 19.	Diseñar el paquete integral de servicios, articulados, especializados, obligatorios y gratuitos, entregados de manera oportuna y completa.	Planificación
SALUD	Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 398 de 07 de agosto de 2008, última reforma publicada en el Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 73 de 03 de julio de 2025, Art .197.	Diseñar, autorizar y poner en ejecución los programas de fortalecimiento de la red de emergencias, atención prehospitalaria y hospitalaria, y centros de atención de urgencias para las víctimas de los siniestros de tránsito, así como un sistema de referencia.	Planificación
SALUD	Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art 6, Numeral 12	Elaborar el plan de salud en gestión de riesgos en desastres y en sus consecuencias, en coordinación con los organismos competentes	Planificación
SALUD	Ley Orgánica de Salud Mental publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 471 de 5 de enero de 2024, última reforma publicada en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 689 de 22 noviembre de 2024, Art. 18	Elaborar y aprobar un Plan Nacional de Salud Mental, con la participación de los miembros del Sistema Nacional de Salud y las instituciones públicas que rigen a la inclusión social , vivienda, empleo educación superior, deporte, cultura y rehabilitación social.	Planificación

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 6 numeral 28	Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales	Coordinación
SALUD	Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, publicado en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 459 de 26 de mayo de 2021, última reforma publicada en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 290 de 22 de mayo de 2026, Art. 30.	Coordinar con la Autoridad de Protección de Datos Personales la recolección y tratamiento de los datos relativos a la salud de sus pacientes.	Coordinación
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 28	Coordinar con los gobiernos seccionales, el desarrollo de actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.	Coordinación
SALUD	Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 615 de 26 de octubre de 2015, última reforma publicada en el Registro Oficial Nro. 70 de 30 de junio de 2025, numeral 4. Decreto Ejecutivo No. 376 "Suprime la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas", publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 234 de 04 de mayo de 2018, última reforma publicada en el Decreto 426 (Suplemento del Registro Oficial Nro. 275 de 03 de julio de 2018), Art. 2, literal g). Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, publicado en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 459 de 26 de mayo de 2021, última reforma publicada en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 290 de 22 de mayo de 2026, Art. 31 numeral 3	Coordinar la aplicación y ejecución de las políticas públicas emitidas por el Comité Interinstitucional.	Coordinación

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	<p>Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial Nro. 449 de 20 de octubre de 2008, última reforma Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 568, de 30 de mayo de 2024, Art. 47 numeral 1, 2, 9; Art. 48 numeral 5.</p> <p>Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 6 numeral 5.</p> <p>Ley Orgánica de Cuidados Paliativos publicada en el Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 8 de 28 de marzo de 2025, Art. 1.</p> <p>Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad, publicado en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 73 de 03 de julio de 2025, última reforma publicada en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 85 de 21 julio de 2025,, Art. 19 literal a.</p>	<p>Coordinar con las diferentes instituciones ejecutoras dentro del ámbito de sus competencias, en los distintos niveles de gobierno y planificación para desarrollar planes, programas, proyectos y actividades que tengan relación con la promoción de la salud, la prevención, la detección temprana y la intervención oportuna de las deficiencias que puedan generar discapacidad.</p>	Coordinación
SALUD	<p>Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco, publicada en el Registro Oficial Nro. 497 de 22 de julio de 2011, Disposición General Segunda,</p>	<p>Coordinar con las instituciones públicas y privadas que sean necesarias, el cumplimiento de lo dispuesto en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud y sus protocolos adicionales, de los que la República del Ecuador sea signataria.</p>	Coordinación
SALUD	<p>Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 139 de 01 de septiembre de 2022, Art. 42.</p>	<p>Gestionar la carrera sanitaria a nivel nacional, mediante la conducción del proceso de implementación, seguimiento y evaluación del talento humano en salud, con sujeción a esta Ley y demás normativa aplicable.</p>	Gestión
SALUD	<p>Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 899 de 09 de diciembre de 2016, última reforma publicada en el Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 68 de 26 de junio de 2025, Art. 16 numeral 4.</p>	<p>Aprobar la conformación y seguimiento de los Comités de Ética de Investigación en seres humanos</p>	Gestión

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	<p>Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial Nro. 449 de 20 de octubre de 2008, última reforma Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 568, de 30 de mayo de 2024, Art. 32, 361 y 363.</p> <p>Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 71, 4 y 6 numeral 31.</p> <p>Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células publicada en Registro Oficial Nro. 398 del 04 de marzo de 2011, última reforma publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial Nro. 31 de 07 de julio de 2017, Art. 3. literal b</p>	<p>Generar los mecanismos adecuados para la detección y notificación obligatoria, a la Autoridad Sanitaria Nacional, de potenciales donantes tanto en muerte encefálica como a corazón parado.</p>	Gestión
SALUD	Ley Orgánica para la Atención Integral del Cáncer, publicada en el Séptimo Suplemento del Registro Oficial Nro. 236 de 4 de marzo de 2026, Art. 12.	Desarrollar y gestionar el Registro Dinámico de Medicamentos Oncológicos - REMO garantizando su actualización continua con una revisión semestral, que observe la innovación terapéutica.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 175 de 05 de febrero de 2018, última reforma registrada corresponde al Tercer Suplemento del Registro Oficial No. 588 de 27 de junio de 2024, Art. 26 literal g) y h).	Diseñar e implementar un sistema de recolección de información sobre casos de violencia contra las mujeres, que actualicen permanentemente Registro Único de Violencia contra las Mujeres.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 6 numeral 21, 28 y 29; Art. 63	Ejecutar campañas de información y educación dirigidas al personal de salud y a la población en general, para erradicar actitudes discriminatorias contra las personas afectadas por enfermedades transmisibles.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 615 de 26 de octubre de 2015, última reforma publicada en el Registro Oficial Nro. 70 de 30 de junio de 2025, Art. 18	Autorizar la oferta territorializada de los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 196.	Analizar los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.	Gestión

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	Ley Orgánica de Prevención Integral del Fenómeno Socio Económico de las Drogas y de Regulación y Control del Uso de Sustancias Catalogadas Sujetas a Fiscalización, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 615 de 26 de octubre de 2015, última reforma publicada en el Registro Oficial Nro. 70 de 30 de junio de 2025, Art. 8, 17, 18, 19, 20	Adoptar las medidas necesarias para prevenir el uso y consumo de drogas; especialmente en mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes; y, promoverá ambientes, prácticas y hábitos saludables para toda la población.	Gestión
SALUD	Decreto Ejecutivo No. 376 "Suprime la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas", publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 234 de 04 de mayo de 2018, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 275 de 03 de julio de 2018, Art. 2, literal j).	Requerir información relacionada con el fenómeno socio económico de las drogas, a entidades públicas o privadas, para ejecutar investigaciones y análisis especializados en procura de generar información con evidencia científica, para la formulación de las políticas públicas en la materia.	Gestión
SALUD	Decreto Ejecutivo No. 376 "Suprime la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas", publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 234 de 04 de mayo de 2018, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 275 de 03 de julio de 2018, Art. 2, literal k).	Impulsar iniciativas de carácter internacional para la prevención y atención integral del uso y consumo de drogas, así como para la homologación de políticas públicas, el intercambio de información referente a programas de investigación y estudio del fenómeno socio económico de las drogas.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica que regula la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación, publicada en el Segundo Suplemento del Registro Oficial Nro. 53 de 29 de abril de 2022, Art. 30 numeral 12.	Desarrollar estadísticas que permitan identificar, el número de casos de víctimas que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo, y asegurar su desagregación por edad de la madre, edad gestacional del nasciturus, grupo étnico, nacionalidad, condición migratoria, presencia de discapacidades, identidad de género, y si el nasciturus nació vivo o no.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art 6 numeral 32 y 34, 208.	Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de la Primera Infancia publicado en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 38 de 14 de mayo de 2025, Art. 9 y 19 numeral 4, literal f Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador, publicada en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 750 de 24 de febrero de 2025, Art. 11.	Brindar el acceso a los alimentos nutritivos e inocuos para la primera infancia, a cargo del ente rector de salud, educación, inclusión económica y social, agricultura y gobiernos autónomos descentralizados.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad, publicado en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 73 de 03 de julio de 2025, última reforma publicada en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 85 de 21 julio de 2025, Art. 112.	Llevar el registro nacional de personas con discapacidad, que será depurado y actualizado para su consumo y formará parte del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos, de conformidad con la Ley.	Gestión

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad, publicado en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 73 de 03 de julio de 2025, última reforma publicada en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 85 de 21 julio de 2025, Art. 109, 110.	Remitir la información a la Dirección General de Registro Civil, Identificación y Cedulación para que se incluya en la cédula de identidad la condición de discapacidad, su tipo o nivel.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 67, 69.	Garantizar servicios de salud a las personas que viven con VIH-SIDA atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas con énfasis en medicamentos genéricos, así como los reactivos para exámenes de detección y seguimiento.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 9 literal e).	Establecer los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad.	Gestión
SALUD	Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de medicamentos Genéricos de Uso Humano, publicado en el Registro Oficial Nro. 162 de 9 de diciembre de 2005, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 555 de 13 de octubre de 2011, Art. 13.	Difundir permanentemente el Registro Terapéutico Nacional entre los profesionales de la medicina y el personal que labore en establecimientos farmacéuticos. Con la colaboración de los medios de comunicación colectiva realizará campañas de difusión sobre las ventajas que esta Ley implica para los consumidores	Gestión
SALUD	Código Orgánico Integral Penal, publicado en el Registro Oficial Nro. 180 de 10 de febrero de 2014, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 290, de 22 de mayo de 2026, Art. 12 numeral 11.	Brindar tratamiento de carácter terapéutico o de rehabilitación mediante consultas o sesiones, con el fin de lograr la deshabitación. La atención se realizará en los centros de privación de libertad a través de personal calificado para el efecto.	Gestión
SALUD	Ley Orgánica para Prevenir y Erradicar la Malnutrición en el Ecuador, publicada en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 750 de 24 de febrero de 2025, Art. 11, literal a),	Promover el acceso al Servicio de Salud a través de la red pública integral de salud y red privada complementaria, incluyendo la salud mental para embarazadas (Paquete Priorizado de Bienes y Servicios para la prevención y reducción de la desnutrición infantil en niñas y niños de hasta seis años)	Gestión
SALUD	Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco publicada en Registro Oficial Nro. 497 de 22 de julio de 2011, Art. 10 literal i	Promover iniciativas educativas para impulsar políticas de control del tabaquismo	Gestión
SALUD	Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 11.	Vigilar que los establecimientos educativos públicos, privados, municipales y fiscomisionales, así como su personal, garanticen el cuidado, protección, salud mental y física de sus comunidad educativa, en Coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura	Control

Competencia	Normativa	Atribuciones	Facultades
SALUD	Constitución de la República del Ecuador, publicada en el Registro Oficial Nro. 449 de 20 de octubre de 2008, última reforma Tercer Suplemento del Registro Oficial Nro. 568, de 30 de mayo de 2024, Art. 361.	Controlar todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.	Control
SALUD	Ley Orgánica de las Personas con Discapacidad, publicado en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 73 de 03 de julio de 2025, última reforma publicada en el Cuarto Suplemento del Registro Oficial Nro. 85 de 21 julio de 2025, Art. 109, 110.	Efectuar procesos de control posterior, auditoría y validación de la calificación y recalificación efectuada una persona con discapacidad, para determinar su pertinencia y legalidad, en relación a lo cual podrá inactivar o rectificar la calificación de discapacidad otorgada, observando el procedimiento administrativo previsto para el efecto.	Control
SALUD	Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Capítulo III-A de las enfermedades catastróficas y raras o huérfanos, Art 2, literal d).	Controlar que los prestadores de servicios de salud mantengan la búsqueda activa de casos relacionados con las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, de conformidad con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que incluya el registro de los pacientes que sufran este tipo de enfermedades.	Control
SALUD	Ley Orgánica de Salud publicada, en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 423 de 22 de diciembre de 2006, última reforma publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 311 de 16 de mayo de 2023, Art. 208.	Controlar la investigación científica tecnológica en salud, en coordinación con los organismos competentes, con sujeción a principios bioéticos y de derechos, previo consentimiento informado y por escrito, respetando la confidencialidad	Control
SALUD	Ley Orgánica de Salud Mental publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 471 de 5 de enero de 2024, última reforma publicada en el Quinto Suplemento del Registro Oficial Nro. 689 de 22 noviembre de 2024, Art.17	Evaluar la política pública de salud mental, que será de aplicación obligatoria para todas las entidades públicas y privadas que brinden servicios en esta materia y para las entidades competentes que ejerzan actividades determinantes para la salud mental.	Evaluación
SALUD	Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 139 de 01 de septiembre de 2022, Art. 42.	Evaluar al talento humano en salud con sujeción a la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria y demás normativa aplicable, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud a través de la Comisión Nacional de Recursos Humanos.	Evaluación

Fuente y Elaboración: Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional- Junio 2026

1.1.3.6. Cartera de Servicios del Ministerio de Salud

El Manual del 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 resolutive y continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población (...)”.

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 cual se actualizan los siguientes conceptos:

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.

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. Los establecimientos de salud del primer nivel de atención, dependiendo de su tipología, pueden contar entre sus servicios con: (MSP, Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]. Quito; 2013. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf, 2013)

- Consulta externa,
- Atención de enfermería y
- Apoyo diagnóstico /o terapéutico

Los apoyos diagnósticos y terapéuticos con los que puede contar un establecimiento del primer nivel de atención, excepto puestos de salud y consultorios: son: atención de partos, servicio de urgencias, laboratorio de análisis clínico, radiología e imagen, laboratorio de anatomía patológica de baja complejidad, rehabilitación, nutrición, farmacia, servicios de medicina transfusional y centro de recolección de leche materna.

Segundo Nivel de Atención. - Corresponde a los establecimientos que prestan servicios de salud de especialidad, ambulatoria y/o con internación/ hospitalización. Los servicios de este tipo de establecimientos incluyen:

- Promoción de la salud,
- Prevención de enfermedades,
- Recuperación de la salud,
- Rehabilitación
- Cuidados paliativos.
- 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. Los servicios de este tipo de establecimientos incluyen:

- Prestaciones de promoción de la salud,
- Prevención de enfermedades,
- Recuperación de la salud,
- Rehabilitación y
- Cuidados paliativos
- Apoyos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad en consonancia con las especialidades y subespecialidades que posee.
- Cuenta con tecnología especializada y de alta complejidad.

Establecimientos de salud móvil. - Los mismos que son transversales a todos los niveles de atención y se clasifican según su nivel de complejidad, más no por niveles de atención. Son aquellos que tienen la capacidad de movilizarse para acercar su provisión de servicios al usuario/paciente que la demanda, en cualquier situación de atención de salud. Los establecimientos que brindan estos servicios se clasifican según su función en:

- Vehículos de asistencia y transporte sanitario
- Unidades móviles de atención



Establecimientos de servicios de apoyo. - Son aquellos que complementan la atención de salud brindando soporte en la evaluación, diagnóstico y/o tratamiento que se brinda al paciente, pueden ser diagnósticos y/o terapéuticos. Son transversales a los niveles de atención y su propia complejidad está en relación con las prestaciones que ofrecen. Pueden ser parte de establecimientos de salud más complejos o funcionar de manera independiente.

Son establecimientos de apoyo diagnóstico y/o terapéutico:

- Centros de radiología e imagen
- Laboratorios de análisis clínico
- Laboratorios de anatomía patológica
- Establecimientos de servicios de sangre
- Establecimientos de tejidos y células
- Consultorio de apoyo en optometría
- Consultorio de apoyo en fonoaudiología
- Establecimientos de rehabilitación física
- Consultorio de apoyo en terapia del lenguaje
- Centro en terapia ocupacional
- Establecimientos de terapia hiperbárica
- Centros de apoyo diagnóstico y/o terapéutico
- Servicios de atención domiciliaria

1.1.3.7. Clima Laboral

Con Acuerdo Ministerial No. MDT-2018-0138 del 14 de junio de 2018 publicado en el Registro Oficial No. 277 de 05-de julio de 2018, el Ministerio del Trabajo emite la Norma Técnica de Medición de Clima Laboral y Cultura Organizacional del Servicio Público, que tiene por objeto regular los procedimientos técnicos y operativos para la medición de clima laboral y cultura organizacional en las instituciones contempladas en el ámbito de aplicación del mencionado acuerdo ministerial, a fin de fortalecer la mejora continua del ambiente de trabajo institucional.

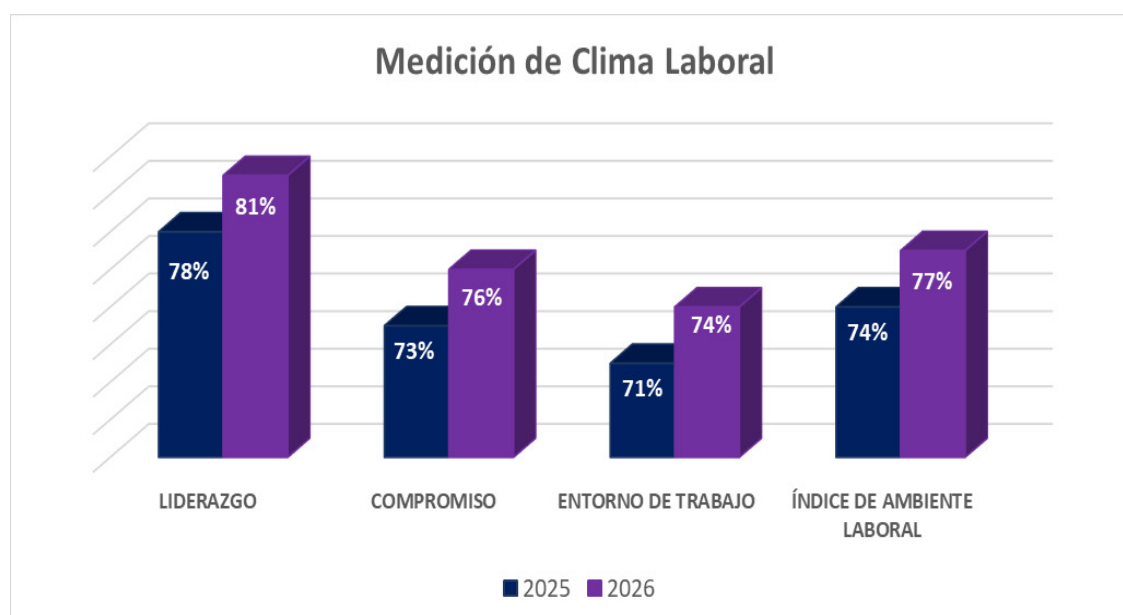
El Ministerio de Salud Pública, a través de la Coordinación General de Planificación y Gestión Estratégica (CGPGE), en coordinación con el Ministerio del Trabajo, realizó la medición del clima laboral de conformidad a la Norma antes citada.

El Modelo de Medición de Clima Laboral del Ministerio de Trabajo, está conformado por tres componentes y los cuales se califican conforme las siguientes escalas:

- 100,00 – 90,01: EXCELENTE
- 90,00 – 75,01: MUY BUENO
- 75,00 – 60,01: ACEPTABLE
- 60,00 – 40,01: REGULAR
- MENOS DE 40,00: DEFICIENTE

Los resultados alcanzados por el MSP durante los años 2024 y 2025 se muestran a continuación:

Ilustración 4. Resultados Clima Laboral 2024-2025



Fuente: Ministerio de Trabajo Informes de Medición del Clima Laboral
Elaborado: Dirección de Planificación e Inversión

Se puede evidenciar que todos los indicadores de clima laboral evaluados muestran una evolución positiva de 2025 a 2026. el pilar de Liderazgo se mantiene como el más fuerte, alcanzando su punto máximo con un 81% en 2026, con respecto del Entorno de Trabajo se alcanzó el mayor avance (+3%), impulsando el Índice de Ambiente Laboral general hasta el 77% obteniendo así, un nivel Muy Bueno en la escala de valoración.

1.2. DIAGNÓSTICO DE LA INSTITUCIÓN

1.2.1. Planificación

1.2.1.1. Plan Sectorial de Salud 2021 – 2025

El Ministerio de Salud Pública, al ser el ente rector en materia de salud, elaboró el Plan Sectorial de Salud en coordinación con las entidades que forman parte de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) como son el IESS, ISSPOL, Seguro Social Campesino, ISSFA y con sus entidades adscritas ARCSA, ACES, INSPI e INDOT.

El Plan Sectorial de Salud, fue validado metodológicamente con informe No. SNP-SPN-DPYPP-IVMPS-003-2023-INF y oficio Nro. SNP-SGP-SPN-2023-0907-OF de 08 de septiembre de 2023 y su registro formalizado por el ente rector de la planificación con oficio Nro. SNP-SGP-SPN-2023-0955-OF de 20 de septiembre de 2023.

De conformidad a la Norma Técnica del Sistema Nacional de Planificación Participativa emitida mediante Acuerdo Ministerial Nro. SNP-SNP-2021-0006-A de 29 de septiembre de 2021 por el ente rector de la planificación nacional, los artículos 42 y 43 establecen: "Art. 42.- Seguimiento a los Planes Sectoriales. - El seguimiento permitirá determinar el avance de cumplimiento de las estrategias sectoriales, con el propósito de identificar el aporte a las metas del Plan Nacional de Desarrollo. Art. 43.- Responsables. - El seguimiento de los Planes Sectoriales estará a cargo de los ministerios rectores, en coordinación con el ente rector de la planificación nacional".

La Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control del Ministerio de Salud Pública, tiene como parte de las atribuciones y responsabilidades dispuestas en el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos, el literal e) que menciona “Vigilar la implementación y el cumplimiento del marco normativo legal en temas relacionados con el seguimiento, evaluación y control de la gestión institucional”, bajo esta legislación elaboró el Informe de cierre de Seguimiento a Plan Sectorial de Salud, IT. Nro. DSEC-2025-081 correspondiente al período del 1 de enero al 20 de agosto de 2024, el cual concluye en la siguiente información:

Los Objetivos Sectoriales (PSS) se encuentran alineados al Objetivo 1 del Plan Nacional de Desarrollo 2024-2025.

- En el Objetivo Sectorial 1, ‘Incrementar el acceso equitativo, integral y universal a servicios de salud’ se destacan como principales logros, el fortalecimiento del control prenatal con 78.243 primeras consultas realizadas; el incremento en la concentración de consultas del primer año de vida, el impulso del parto en libre posición y la adecuación del 26,75% de salas de parto con pertinencia intercultural; la mejora en el proceso de calificación y recalificación de la discapacidad con un resultado; la continuidad del tamizaje metabólico neonatal con monitoreo técnico y campañas informativas; y la entrega de 9.129 ayudas técnicas a 7.850 personas con discapacidad mediante brigadas y visitas domiciliarias.

- En el Objetivo Sectorial 2, ‘Promover entornos y hábitos de vida saludables y seguros a la población en todo su ciclo de vida’ se destacan como principales logros la ejecución del proyecto de salud mental con una inversión con un incremento en la cobertura de las atenciones brindadas; el fortalecimiento preventivo frente al consumo de sustancias psicoactivas con 1.673 actividades y 35.748 participantes; el avance en consejería en lactancia materna exclusiva, la expansión del programa HEARTS con 2.249 unidades y más de 49.000 profesionales capacitados; la cobertura del paquete priorizado infantil con 25,5% y para gestantes con 56,57%. Asimismo, se ha impulsado la ejecución de 806.595 asesorías en planificación familiar para adultos y 19% de cobertura en adolescentes mediante el proyecto PAISSRA; además del cumplimiento del 100% en las actividades de capacitación virtual en materia trasplantológica.

- Dentro del Objetivo Sectorial 3, ‘Incrementar la prevención y reducción de la carga de enfermedades en la población’, se tiene como principales logros, el fortalecimiento de la respuesta frente a enfermedades transmisibles. Se realizaron más de 667 mil tamizajes de VIH, logrando vincular a las personas diagnosticadas a su respectivo tratamiento. Asimismo, se amplió la cobertura de vacunación contra la hepatitis B, alcanzando aproximadamente el 84% de la meta establecida, y se ejecutaron tamizajes de hepatitis C, con un alto porcentaje de pacientes que iniciaron tratamiento oportuno. En cuanto a la tuberculosis, se adquirieron insumos y tratamientos preventivos que permitieron mejorar el control y seguimiento de casos. Además, se fortaleció el diagnóstico oportuno en gestantes y se desarrollaron acciones de prevención y capacitación del personal de salud enfocadas en el control del cáncer cérvicouterino.

- En el Objetivo Sectorial 4, ‘Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población’ se registraron avances significativos en la satisfacción del usuario externo y en el fortalecimiento del abastecimiento de medicamentos. La satisfacción alcanzó un resultado superior a la meta establecida, debido a la aplicación de encuestas, el seguimiento de los indicadores de servicio y la capacitación continua del personal para mejorar la atención y la calidad del trato. En cuanto al abastecimiento de medicamentos, realizó la provisión oportuna de productos del Cuadro Nacional de Medicamentos Básico.

- Entre los principales logros del Objetivo Sectorial 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’, se fortaleció el Sistema de Control y Vigilancia Sanitaria mediante la priorización de establecimientos de alto riesgo y la implementación de un monitoreo continuo que permitió intervenciones oportunas ante incumplimientos. Se consolidó el control a prestadores de servicios de salud, habilitados y no habilitados, garantizando una mayor protección sanitaria. Asimismo, los Centros de Referencia Nacional cumplieron con la totalidad de pruebas especializadas solicitadas, aportando a la vigilancia epidemiológica, y el INSPI superó la meta de publicaciones científicas, fortaleciendo la investigación y la generación de evidencia para la toma de decisiones en salud pública.

- Los nudos críticos identificados en el cumplimiento de los objetivos del Plan Sectorial de Salud reflejan desafíos que requieren atención prioritaria para fortalecer la gestión institucional y garantizar la calidad de los servicios.

En el Objetivo 1, se identificaron limitaciones relacionadas con el conocimiento de la normativa materna, la disponibilidad de recursos, la coordinación interinstitucional y las competencias interculturales del personal de salud.

En el Objetivo 2, se evidenciaron dificultades vinculadas a restricciones presupuestarias, rotación de personal y limitada participación comunitaria.

En el Objetivo 3, persistieron brechas en capacitación, disponibilidad de insumos y deficiencias en la interoperabilidad de los sistemas de información.

En el Objetivo 4, se detectaron debilidades en el seguimiento de las encuestas de satisfacción y en el funcionamiento del Sistema Nacional de Inventarios, lo que afectó la gestión del abastecimiento de medicamentos.

Finalmente, en el Objetivo 5, se identificaron desafíos relacionados con la amplitud del universo sujeto a control, limitaciones logísticas y restricciones financieras que incidieron en la vigilancia sanitaria y la producción científica. Frente a ello, se plantean acciones orientadas a fortalecer las capacidades técnicas del personal, mejorar la coordinación institucional, optimizar la gestión de recursos, consolidar los sistemas tecnológicos, promover alianzas estratégicas y fomentar la investigación científica, con el fin de asegurar una atención integral, eficiente y basada en evidencia.

1.2.1.2. Plan Estratégico Institucional 2021 - 2025

El Ministerio de Salud Pública cuenta con el Plan Estratégico 2021 – 2025 el cual fue elaborado bajo la normativa, directrices y formatos establecidos por el ente rector de la planificación nacional, validado por la Secretaría Nacional de Planificación y su registro con oficio no. SNP-SPN-2022-0214-OF de 17 de febrero de 2022

De conformidad a la Norma Técnica del Sistema Nacional de Planificación Participativa emitida mediante Acuerdo Ministerial Nro. SNP-SNP-2021-0006-A de 29 de septiembre de 2021 por el ente rector de la planificación nacional, el artículo 47 establece que “[...] El seguimiento a la Planificación Institucional se enfocará en la planificación del nivel estratégico de las entidades del sector público previstas en la presente norma”.

Como parte de las atribuciones y responsabilidades de la Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control del Ministerio de Salud Pública, dispuestas en el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos, el literal e) menciona “Vigilar la implementación y el cumplimiento del marco normativo legal en temas relacionados con el seguimiento, evaluación y control de la gestión institucional”.

Bajo el contexto legal indicado anteriormente, se elaboró el “Informe de seguimiento al Plan Estratégico Institucional 2021 - 2025 del Ministerio de Salud Pública” el cual contiene un análisis de los resultados, logros y nudos críticos alcanzados en la ejecución del cumplimiento de sus metas, con la finalidad de que sirva para el análisis y retroalimentación del accionar de la gestión pública de esta cartera de Estado en los siguientes procesos de planificación.

Tabla 2. Seguimiento al Plan Estratégico Institucional 2021 – 2025 - Análisis cuantitativo

Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	No.	Nombre del Indicador	Línea Base	Año 2024		Logros obtenidos
				Meta	Resultado del período	
OEI 1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud	1	Tasa de médicos familiares en atención primaria	0,99	1,53	1,17	76,47%
						La tasa de médicos familiares corresponde a 1.17 por cada 10.000 habitantes, es decir, se considera un total de 2.101 médicos familiares para atender a una población de 17'966,573 habitantes, con lo cual se fortalece la capacidad del primer nivel de atención y se mejora la oportunidad en la respuesta a las necesidades de salud de la población
OEI 2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	2	Cobertura de vacunación de neumococo	76,09%	86,40%	85,95%	99,48%
						En el año fiscal 2024 se vacunaron con esquema completo de la vacunación contra neumococo (tres dosis) a 225.347 niños y niñas menores de 1 año de edad del total a vacunar 262.186, obteniendo un 85,95% y un avance al período del 99,48% respecto a la meta planificada (86,40%).
	3	Cobertura de vacunación de Rotavirus	75,19%	86,40%	85,36%	98,80%
						Se vacunaron 223.793 niños y niñas menores de 1 año de edad de un total a vacunar de 262.186, con una reducción de 1% con respecto a la meta, en tal virtud, se logró el 85,36% de cumplimiento y un avance al período del 98,80% que representan 2.335 niños y niñas sin vacunar

Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	No.	Nombre del Indicador	Línea Base	Año 2024		Logros obtenidos	
				Meta	Resultado del período		
	4	Cobertura de vacunación de SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	70,35%	72,89%	87,11%	119,51%	En el año fiscal 2024 se vacunaron con primeras dosis de SRP 231.490 niños y niñas de 1 año respecto a 265.739 niños de este grupo de edad, el 87,11% de cumplimiento se obtiene debido a la implementación de la herramienta de micro planificación para esquema regular en establecimientos de salud.
	5	Porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento	89,00%	86,34%	88,79%	102,84%	El porcentaje de cumplimiento de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento es del 88,79%, de acuerdo al análisis de datos realizado para este periodo, el país registró un total de 42.882 personas con VIH han recibido tratamiento antirretroviral en relación a las 48.294 personas que viven con VIH que conocen su estado serológico.
	6	Tasa de mortalidad atribuida a cinco tipos de cáncer en la población de 21 a 75 años	30.00	28.80	Sin información disponible		Los datos oficiales homologados para este indicador serán remitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) a finales del mes de octubre 2025, por tal motivo, no se cuenta con información del periodo 2024
	7	Tasa de mortalidad por suicidio	6.10	6.49	Sin información disponible		Los datos oficiales homologados para este indicador serán remitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) a finales del mes de octubre 2025, por tal motivo, no se cuenta con información del periodo 2024
	8	Porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años de edad que consumen tabaco actualmente	52,00%	37,00%	Sin información disponible		La demora en el proceso de tabulación de datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) imposibilita la obtención de datos anuales para el reporte de resultados
OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población	9	Tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad	54.60	47.33	39.55	83,56%	Durante este periodo, la Tasa específica de nacimientos por embarazo es del 39.55 considerando que se presentaron 30.580 nacidos vivos atendidos y registrados en establecimientos del Sistema Nacional de Salud y Registro Civil, en relación a la población de adolescentes mujeres de 15 a 19 años que corresponde a 773.247.
OEI 4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	10	Establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública que implementan la gestión de operaciones de los servicios de salud	0,00%	63,00%	63,38%	100,60%	Se ejecutaron adquisiciones y mantenimiento del equipamiento biomédico para 1800 establecimientos de salud y en tercer lugar con respecto al abastecimiento de medicamentos se cubrió los 2.081 establecimientos de salud, en tal virtud, se obtuvo un 63,38% de cumplimiento y un avance acumulado del 100,60% con relación a la meta planificada (63%).
OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	11	Tasa de enfermeras por cada médico	0.65	0.74	0.49	66,22%	Durante el año 2024, se registró una Tasa de enfermeras por cada médico general del 0.49, considerando la disponibilidad de 9.192 médicos generales en relación a 18.725 enfermeras en consecuencia, se fortaleció la atención integral y continuada, facilitando la implementación de estrategias preventivas y de seguimiento en la población atendida
	12	Porcentaje de nacidos vivos con asistencia de personal de la salud	96,40%	98,20%	97,20%	98,98%	Se registraron un total de 215.714 nacimientos, de los cuales 209.670 fueron atendidos con la presencia de personal de salud. Este resultado refleja un avance sostenido en la atención institucional del parto, aunque persisten brechas en ciertas zonas rurales y de difícil acceso, donde aún ocurren nacimientos sin asistencia profesional.
	13	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos	57.60	40.99	Sin información disponible		Los datos oficiales homologados para este indicador serán remitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) a finales del mes de octubre 2025, por tal motivo, no se cuenta con información del periodo 2024
	14	Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos	4.60	4.10	Sin información disponible		Los datos oficiales homologados para este indicador serán remitidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) a finales del mes de octubre 2025, por tal motivo, no se cuenta con información del periodo 2024
	15	Cobertura de tamizaje metabólico neonatal en establecimientos de salud del MSP	74,32%	88,81%	88,77%	99,95%	Se tamizaron 191.486 neonatos a nivel nacional, de 215.714 nacidos vivos, llegando a la cobertura del 88,77%.

Objetivo Estratégico Institucional (OEI)	No.	Nombre del Indicador	Línea Base	Año 2024		Logros obtenidos
				Meta	Resultado del período	
	16	Cobertura de control de niño sano en menores de 5 años	32,02%	61,39%	44,90%	73,14%
	17	Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo	32,30%	43,29%	44,40%	102,56%
OEI 6 Incrementar la investigación en salud	18	Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud	31,37%	31,69%	Sin información disponible	
OEI 7 Fortalecer las capacidades institucionales	19	Percepción de satisfacción del usuario externo	81,00%	84,00%	88,43%	105,27%

Fuente y Elaboración: GPR – Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control

1.2.2. Estructura Organizacional

La estructura organizacional del Ministerio de Salud Pública (MSP) se encuentra formalmente validada mediante el *Estatuto Orgánico por Procesos*, aprobado con el Acuerdo Ministerial No. 00023-2022, publicado el 30 de septiembre de 2022. Este instrumento jurídico establece el marco institucional que regula la organización interna del MSP, definiendo sus niveles de gestión, procesos misionales, estratégicos y de apoyo.

El Estatuto vigente incorpora principios de *eficiencia, eficacia, calidad y transparencia* como ejes rectores de la gestión institucional; permite una delimitación clara de responsabilidades, evitando duplicidades y promoviendo la optimización de recursos. Además, se establece una lógica funcional que facilita la planificación estratégica, el monitoreo de resultados y la mejora continua. La articulación entre procesos misionales (como provisión de servicios, vigilancia epidemiológica y regulación sanitaria) y procesos de apoyo (como talento humano, TICs y logística) fortalece la capacidad operativa del MSP para responder a las necesidades de salud de la población.

Las unidades administrativas del MSP están estructuradas en función de *competencias técnicas, normativas y operativas*; cada unidad cuenta con atribuciones específicas que responden a su rol dentro del sistema de salud, desde la formulación de políticas hasta la ejecución de programas y servicios. Esta fundamentación permite que los equipos técnicos operen bajo criterios de especialización, pertinencia y responsabilidad institucional. Asimismo, se promueve la generación de servicios públicos de salud con enfoque territorial, intercultural y de equidad, en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y los estándares internacionales (OPS/OMS).

Actualmente (junio 2026), el estatuto vigente del MSP establece una estructura organizacional basada en niveles de gestión (central, zonal, distrital) y procesos misionales, estratégicos y de apoyo; sin embargo, los Decretos Ejecutivos Nos. 70 y 108 (agosto 2025) introduce una reorganización que modifica esta lógica operativa:

- Desconcentración territorial limitada: El decreto dispone que la gestión territorial del MSP se realice exclusivamente a través de direcciones provinciales, eliminando el rol operativo de hospitales, coordinaciones zonales y distritos en procesos de contratación pública.

- Centralización de compras estratégicas: Se establece que la adquisición de medicamentos y bienes estratégicos se realice únicamente desde la planta central del MSP, lo que modifica las atribuciones previstas en el Estatuto para unidades operativas descentralizadas

Los decretos 70 y 108 reconfiguran parcialmente la operatividad del MSP, sin embargo, la desconcentración se mantendría a través de las direcciones provinciales de salud, ya que, por la naturaleza de las competencias, productos y servicios que brinda el MSP a la ciudadanía, requiere coordinar y gestionar en el nivel local, para generar una adecuada articulación y prestación de servicios en los niveles territoriales desconcentrados más desagregados. Las competencias del MSP continúan siendo las mismas, Gobernanza, Vigilancia, Promoción y Prevención, Provisión de Servicios, Calidad e Investigación, que se engloba en la competencia general denominada SALUD.

Adicionalmente, con la emisión del Decreto Ejecutivo 393 de 22 de mayo de 2026, se dispone la creación de la Empresa Pública de Abastecimiento, Infraestructura y Logística en Salud, la cual tiene por objeto proveer los bienes, servicios y obras necesarios para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Pública, la cual se convierte en ejecutor operativo especializado.

Se deberá actualizar el Estatuto Orgánico por Procesos, incorporando las nuevas directrices de desconcentración, centralización y gobernanza interinstitucional, así como las competencias que permanecen bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, una vez creada la AIL EP.

Actividades de la AIL E.P.

Para cumplir su objeto, la AIL E.P. desarrollará las siguientes actividades:

1. Adquirir, distribuir, controlar el inventario y despachos de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, bienes estratégicos y demás bienes requeridos para la prestación de los servicios de salud.
2. Proveer, administrar y mantener el equipamiento de bienes muebles e inmuebles que pertenecen a la red de establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y, de ser el caso, de la Red Pública Integral de Salud o de la Red Privada Complementaria de Salud.
3. Ejecutar acciones para la construcción y repotenciación de la infraestructura de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y, de ser el caso, de la Red Pública Integral de Salud o de la Red Privada Complementaria de Salud; en atención a las necesidades que presente cada establecimiento.
4. Contratar los servicios de apoyo y/o complementarios requeridos para la prestación de los servicios de salud, tales como limpieza, alimentación, seguridad, entre otros.
5. Implementar y administrar sistemas informáticos destinados a la administración, gestión, transformación digital y control de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública; y,
6. Prestar sus servicios a cualquier otra entidad de la Red Pública Integral de Salud o de la Red Privada Complementaria de Salud que así lo solicite.

Roles de las unidades desconcentradas

En el Análisis de Presencia Institucional en Territorio, se propone lo siguiente:

En el marco del proceso de desconcentración institucional, se definen los roles y responsabilidades de las unidades desconcentradas del Ministerio de Salud Pública, considerando los niveles provincial y técnico-operativo, en coherencia con la matriz de competencias aprobada por el ente rector competente.

La definición de roles responde a los principios de eficiencia, especialización técnica y proximidad al ciudadano, orientando la gestión hacia resultados medibles y verificables mediante los productos definidos en cada unidad.

Es importante indicar que el presente análisis se ha realizado garantizando la coherencia vertical de la política de salud y el principio de rectificación y aseguramiento de la calidad en toda la pirámide territorial del MSP. El nivel provincial y nivel desconcentrado, mantendrá las facultades de coordinación, gestión y control macro de la política, asegurando que los programas formulados se gestionen interinstitucionalmente en su amplia jurisdicción.

El nivel desconcentrado replica las atribuciones que correspondan, según la matriz de competencias institucional, para convertirlas en ejecución operativa y control de primer contacto en su jurisdicción geográfica específica, garantizando que la prestación de servicios sea uniforme, auditable y esté alineada con las directrices nacionales, asegurando la continuidad de los servicios de salud.

1.2.3. Talento Humano

El capital humano se constituye en uno de los pilares claves para poder brindar un servicio de salud de calidad, dicho en otras palabras, los profesionales de la salud son la columna vertebral del Sistema Nacional de Salud, toda vez que el servicio que prestan es transversal a todos los procesos de gestión y atención integral.

Si bien la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes en el país se encuentra igual al promedio que registra América Latina, que es del 23, todavía se encuentra por debajo de la cifra que presentan los países de ingreso alto, los cuales alcanzan un indicador de 31,00, esto se traduce en la necesidad de una mayor inversión en capital humano de la salud para aumentar la oferta de los servicios que permita cubrir la demanda insatisfecha, en especial para la región Costa la cual registra las menores tasas y, para el caso de Obstetrices en la región Insular, tal como se observa en el siguiente tabla:

Tabla 3. Tasa de Profesionales de la Salud por cada diez mil Habitantes

Regiones	Médicos	Odontólogos	Psicólogos	Enfermeras	Obstetrices
Región Sierra:	24,74	3,03	0,99	17,31	1,32
Región Costa:	21,27	2,31	0,75	13,25	1,48
Región Amazónica:	28,30	8,43	1,28	20,12	2,65
Región Insular:	31,02	5,45	1,21	20,28	0,91
Total Nacional	23,18	2,97	0,89	15,43	1,46

Fuente: Anuario de Estadísticas de Salud: Recursos y Actividades de Salud 2020

Elaborado: Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud - DNEAISNS

Brecha de personal

El Ministerio de Salud Pública, cumple con la misión de ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, vigilancia, control, sanción y evaluación de la gestión de la salud pública mediante el desarrollo e implementación de procesos de gobernanza, vigilancia, sostenibilidad, calidad, innovación, evaluación de tecnologías sanitarias, prevención, promoción de la salud pública, prevención del fenómeno socioeconómico de las drogas, adicional a la provisión de servicios asistenciales, para reducir las inequidades del acceso en condiciones de igualdad y equidad, respecto a los derechos y participación social.

De igual manera, practica plenamente la Gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad, velando por el cumplimiento de valores tales como el respeto, la inclusión, vocación de servicio, compromiso, integridad, justicia, lealtad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

Con este antecedente y con el fin de contar con la cantidad de personal preciso e idóneo para cubrir la necesidad que existe en cada una de las Entidades Desconcentradas Operativas y a nivel central, se genera el proceso de Planificación de Talento Humano anualmente, tanto del personal administrativo como de profesionales de la salud.

No obstante, conforme el nuevo modelo de desconcentración en el cual el Ministerio de Salud Pública paso de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales a Direcciones Provinciales y por efecto del Decreto Ejecutivo 393, esta Cartera de Estado solicito al Ministerio del Trabajo se emita la excepcionalidad para no presentar la Planificación de Talento Humano (personal administrativo) 2026, mismo que con Oficio Nro. MDT-SFSP-2026-0106-O, el Ministerio del Trabajo aprobó la excepcionalidad

para no presentar la Planificación del Talento Humano 2026 por encontrarse en un proceso de reestructura y/o reforma institucional.

Por otro lado, una vez expedida la normativa para el Proceso de Planificación de Talento Humano de profesionales de la salud, y tomando en consideración el Ministerio de Salud Pública paso de Coordinaciones Zonales, Direcciones Distritales a Direcciones Provinciales y por efecto del Decreto Ejecutivo 393, esta Cartera de Estado se encuentra analizando solicitar la excepcionalidad para presentar la planificación del Talento Humano en Salud para el presente año fiscal.

Manual de puestos

Conforme establece la normativa vigente, previo a la vinculación de profesionales sean estos profesionales de la salud o administrativos, valida la formación y experiencia que se cita en la hoja de vida versus el perfil descriptivo del puesto conforme el Manual de Descripción, Valoración y Clasificación de Puestos, aprobado por el Ministerio de Trabajo, por lo que, esta Dirección únicamente vincula profesionales que cumplan el perfil, al puesto tanto en formación como en experiencia específica.

Plan de capacitación y formación al personal

En cuanto al plan de capacitación y formación al personal; planificación anual del talento humano; manual de clasificación de puestos; gestión técnica de la seguridad y salud ocupacional, esta Dirección alinea los planes antes mencionados al procedimiento, de planificación, ejecución y evaluación emitidos por el Ente Rector en materia laboral, razón por la cual cada una de las gestiones internas que manejan estos procesos, así como el nivel desconcentrado cuenta con los evidenciables del caso que respalda la ejecución de su planificación en el ámbitos de sus competencias.

Enfoques para la igualdad

El Ministerio de Salud Pública, observa lo señalado en la normativa y demás leyes conexas; para los procesos de reclutamiento, selección y contratación se observa de primera mano la formación y experiencia específica, no existe ningún filtro en cuanto a igualdad de género, étnico-cultural, generacional, de discapacidad y movilidad.

Los profesionales que están interesados en los procesos deben observar las ofertas publicadas en la página web "encuentraempleo.com", página desarrollada por el Ministerio de Trabajo para reclutar a profesionales conforme las diferentes ofertas que se publican por esta Cartera de Estado.

En cuanto a políticas de capacitación con enfoques para la igualdad de género, étnico-cultural, generacional, de discapacidad y movilidad cada instancia desconcentrada articula en sus planes de capacitación esta temática, además se ejecutan políticas a través de las Direcciones de Discapacidades y Derechos Humanos, acciones de ejecución de la política pública en este sentido.

1.2.4. Tecnologías de la información y comunicación

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, dirige la gobernanza tecnológica institucional y coordina la planificación, arquitectura, seguridad, interoperabilidad, continuidad, infraestructura y gestión del ciclo de vida de los servicios y sistemas de información que respaldan los procesos estratégicos, sustantivos, de apoyo y asesoría de esta Cartera de Estado.

La gestión tecnológica institucional se orienta a asegurar que las iniciativas, proyectos, adquisiciones y servicios de tecnologías de la información se encuentren alineados con los objetivos institucionales, las políticas nacionales de transformación digital, el marco de gobierno electrónico, la protección de datos personales y los lineamientos de seguridad de la información.

En el contexto de la reorganización institucional, constituye una prioridad delimitar claramente las responsabilidades relacionadas con la rectoría, propiedad, custodia, administración, operación, soporte y evolución de los sistemas de información, garantizando la continuidad de los servicios tecnológicos críticos y preservando la gobernanza institucional sobre los datos e información de salud.

La estrategia institucional en tecnologías de la información se desarrolla mediante las siguientes líneas de acción:

- a) Fortalecimiento del gobierno de tecnologías de la información, la arquitectura institucional y la gestión del portafolio de proyectos tecnológicos.
- b) Modernización, racionalización, documentación y sostenibilidad de los sistemas de información institucionales, priorizando aquellos que respaldan servicios críticos de salud.
- c) Desarrollo de capacidades de interoperabilidad institucional y sectorial, mediante estándares, servicios de intercambio de información y mecanismos seguros de integración entre plataformas.
- d) Fortalecimiento de la gobernanza y calidad de los datos, en coordinación con la Dirección Nacional de Estadística, las áreas funcionales responsables y las instancias competentes en seguridad y protección de datos personales.
- e) Implementación y mejora continua de controles de seguridad de la información, ciberseguridad, gestión de accesos, trazabilidad, respaldo, recuperación y continuidad operativa.
- f) Renovación y optimización progresiva de la infraestructura tecnológica, conectividad, centros de datos, plataformas, servicios digitales y equipamiento institucional, conforme a criterios de criticidad, obsolescencia, disponibilidad presupuestaria y sostenibilidad.
- g) Fortalecimiento de las capacidades institucionales y territoriales para el uso, administración y aprovechamiento adecuado de los servicios y herramientas tecnológicas.

El MSP mantiene un ecosistema de sistemas y plataformas que soportan el registro de atenciones de salud, vigilancia epidemiológica, seguimiento nominal, tamizaje, gestión administrativa, logística, inventarios y otros procesos institucionales. El inventario detallado, su estado, responsable funcional, administrador tecnológico, criticidad y destino institucional se mantendrán actualizados mediante los instrumentos técnicos correspondientes, evitando que la planificación estratégica dependa de una enumeración estática de aplicativos.

La ejecución de estas líneas será evaluada mediante indicadores relacionados con disponibilidad de servicios críticos, cumplimiento de niveles de servicio, documentación y actualización de sistemas, avance de integraciones, cumplimiento de controles de seguridad, ejecución de pruebas de continuidad, reducción de obsolescencia tecnológica y cumplimiento de los proyectos priorizados.

1.2.5. Procesos y Procedimientos

Manuales de procesos y procedimientos, documentados, validados e implementados

El Ministerio de Salud Pública cuenta con manuales de procesos documentados, validados e implementados, de acuerdo al Catálogo de Procesos Institucional aprobado y difundido mediante Memorando MSP-CGPGE-2025-0100-M de 27 de febrero de 2025, a la fecha se tiene identificado 200 subprocesos institucionales a nivel nacional, de los cuales se ha documentado 149 subprocesos con al menos un procedimiento; sin embargo, es importante indicar que los procesos son dinámicos, por lo que la documentación varía constantemente, así también se ha identificado que 51 de los procesos documentados deben ser actualizados porque datan de fechas anteriores al año 2023. Anexo 2. *Mapa y catálogo de procesos y Listado de procesos documentados hasta la fecha.*

Mecanismos de mejora continua de los procesos

Los mecanismos de mejora continua de procesos forman parte del Plan anual de Simplificación de Trámites, en el cual se identifican y priorizan trámites alineados a servicios y procesos institucionales a ser optimizados mediante las estrategias definidas por los entes rectores (MDT y MINTEL). Esta iniciativa tiene como objetivo reducir los tiempos de ejecución, el costo administrativo para el usuario, minimizar los reprocesos, incrementar el valor agregado y aumentar la satisfacción del usuario. Para ello, la Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional ejecuta las estrategias de mejora a través de metodologías y herramientas de filosofía esbelta y Lean. Anexo 3. *Plan de simplificación de trámites del año 2025 y Cuatro Informes de cumplimiento de cada trámite mejorado (Anexos 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4).*

En el año 2025, se intervinieron en 4 trámites, según el siguiente detalle:

Tabla 4. Estrategias de mejora continua de procesos

TRÁMITE PRIORIZADO	SERVICIO ALINEADO	PROCESO MEJORADO	ESTRATEGIA DE MEJORA
Entrega de ayudas técnicas para personas con discapacidad	MSP-031: Asignación de ayudas técnicas para personas con discapacidad	Prescripción y entrega de dispositivos médicos de apoyo	Reingeniería de Procesos
Emisión de la confirmación de régimen de medicamentos	MSP-046: Validación técnica para la determinación de régimen y fijación de precio techo de medicamentos.	Determinación del Régimen de Medicamentos	Reingeniería de Procesos
Emisión del registro de directivas de organizaciones sociales.	MSP-010: Reconocimiento legal de organizaciones sociales en salud	No aplica	Optimización de la calidad de formularios
Entrega de la resolución de la notificación del registro de precios para medicamentos del régimen liberado.	MSP-047: Notificación del régimen de precios a través del portal web para medicamentos de régimen liberado	No aplica	Guillotina de trámites

Fuente y Elaboración. Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional

En el año 2026, se intervinieron en 3 trámites hasta el mes de mayo 2026, según el siguiente detalle:

Tabla 5. Estrategias de mejora continua de procesos

TRÁMITE PRIORIZADO	SERVICIO ALINEADO	PROCESO MEJORADO	ESTRATEGIA DE MEJORA
Emisión del Registro de Inclusión y Exclusión de Miembros de Organizaciones Sociales	MSP-010: Reconocimiento legal de organizaciones sociales en salud	No aplica	Optimización de la calidad de formularios
Obtención del Certificado "Actívate y Vive" como Ambiente de Trabajo Saludable	MSP-074: Validación de requisitos para ambientes de trabajo saludables	No aplica	Automatización y digitalización
Emisión o renovación del certificado de estar habilitado para ser prestador de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud	MSP-041: Habilitación de prestadores de servicios de salud de la Red Pública Integral de Salud	No aplica	Automatización y digitalización

Fuente y Elaboración. Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional

Simplificación de trámites

Anualmente se ejecutan acciones de simplificación de trámites, en las que se aplican estrategias que permiten optimizar los mismos, enfocados en el tiempo de ejecución, revisión de requisitos, formularios en línea, actualización de normativa, e incluso cuando aplica se ha implementado la guillotina de trámite que consiste en eliminarlo. De forma anual se elabora el plan de simplificación de trámites del MSP con base en el cual se elabora la planificación institucional de trámites simplificados que es entregada al MDT y MINTEL.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional con los responsables de cada servicio institucional se ha revisado la pertinencia de digitalizar el canal de acceso al trámite a través de la Plataforma “Gob Ec”, con el objetivo que el usuario pueda acceder a la solicitud del mismo en línea, para lo cual se ha creado formularios que han permitido optimizar tiempos de ejecución y han reducido la complejidad de los trámites.

Acreditación y/o certificación nacional o internacional

Actualmente, el MSP posee reconocimiento a la calidad del servicio correspondiente al “Tercer nivel de madurez – Desarrollado” en el marco del del Modelo Ecuatoriano de Calidad y Excelencia (MECE), otorgado por el Ministerio del Trabajo el 26 de noviembre de 2024.

Cabe mencionar que el nivel de madurez involucra la difusión horizontal de la cultura de la calidad y el mejoramiento continuo de las buenas prácticas implementadas en la entidad, de modo que todos sus servidores públicos a nivel nacional conozcan y practiquen los procedimientos, formatos y reportes establecidos. Durante el 2026 se ha generado planes de acción para mitigar los hallazgos identificados en la evaluación de acreditación y poder mantenernos en el nivel de madurez alcanzado. Este plan de mejora se controla trimestralmente y se socializa al Comité de la Gestión de la Calidad del Servicio y Desarrollo Institucional del MSP y al MDT, para las acciones que corresponda. Anexo 4. *Certificación*.

1.2.6. Presupuesto del Ministerio de Salud Pública

El MSP se ha caracterizado por mantener una ejecución presupuestaria (devengado/codificado) superior al 90%, siendo el gasto corriente en el que se evidencia el mayor porcentaje. Durante el periodo 2021 - 2025 esta cartera de estado devengó en promedio anual un monto de USD 283 millones en proyectos de inversión y USD 2.679 en gasto corriente; para el efecto se detalla la información anual desde 2021:

Tabla 6. Ejecución Presupuestaria por años y tipo de gasto (en millones USD)

AÑO	CORRIENTE			INVERSIÓN			TOTAL		
	CODIFICADO	DEVENGADO	% DE EJECUCIÓN	CODIFICADO	DEVENGADO	% DE EJECUCIÓN	CODIFICADO	DEVENGADO	% DE EJECUCIÓN
2021	2.155,52	2.110,57	97,91%	877,02	868,75	99,06%	3.032,54	2.979,33	98,25%
2022	2.718,66	2.660,74	97,87%	238,87	182,11	76,24%	2.957,53	2.842,86	96,12%
2023	3.004,34	2.836,00	94,40%	212,85	148,6	69,81%	3.217,19	2.984,60	92,77%
2024	2.778,57	2.607,65	93,85%	180,58	134,39	74,42%	2.959,14	2.742,04	92,66%
2025	2.600,28	2.486,35	95,62%	167,09	132,69	79,41%	2.767,38	2.619,04	94,64%
2026	5.320,21	959,84	18,04%	197,37	28,64	14,51%	5.517,58	988,47	17,92%

Fuente: Sistema de Gestión financiera eSigef - corte al 31 de mayo de 2026.
Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control

Históricamente el MSP ha destinado los recursos del gasto corriente principalmente para la dotación de personal de salud, medicamentos y vacunas, servicios básicos, y pagos a la red pública y complementaria. Por el lado del gasto de inversión, el presupuesto ha sido canalizado hacia la construcción de hospitales, centros de salud y la adquisición de equipos médicos que han permitido incrementar los servicios de salud para la población.

Tabla 7. Evolución del Presupuesto Devengado por Grupo de Gasto (en millones USD)

GRUPO	NOMBRE GRUPO	2021	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
51	EGRESOS EN PERSONAL	1.155,85	1.607,98	1.686,11	1.701,48	1.707,17	657,77	8.516,37
53	BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	732,23	862,41	769,33	652,65	480,46	151,03	3.648,11

GRUPO	NOMBRE GRUPO	2021	2022	2023	2024	2025	2026	TOTAL
57	OTROS EGRESOS CORRIENTES	9,91	12,17	10,07	10,37	6,25	3,28	52,05
58	TRANSFERENCIAS O DONACIONES CORRIENTES	120,84	90,79	107,41	94,32	92,66	19,91	525,93
71	EGRESOS EN PERSONAL PARA INVERSION	489,25	71,19	77,05	85,08	76,15	24,46	823,18
73	BIENES Y SERVICIOS PARA INVERSION	102,19	39,88	16,76	13,23	10,58	2,51	185,15
75	OBRAS PUBLICAS	1,26	1,21	10,06	6,83	10,70	0,03	30,09
77	OTROS EGRESOS DE INVERSION	0	0,02	0	0	0,00	-	0,02
78	TRANSFERENCIAS O DONACIONES PARA INVERSION	261,65	55,69	5,89	7,54	5,16	-	335,93
84	EGRESOS DE CAPITAL	14,1	14,23	38,86	21,84	29,46	1,64	120,13
99	OTROS PASIVOS	92,04	87,28	263,06	148,71	200,45	127,84	919,38
TOTAL		2.979,33	2.842,86	2.984,60	2.742,04	2.619,04	988,47	15.156,34

Fuente: Sistema de Gestión financiera eSigef - corte al 31 de mayo de 2026.

Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control

A partir del año 2023, el Ministerio de Salud Pública ha tenido inconvenientes con la asignación del presupuesto por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, principalmente en el gasto corriente, puesto que, desde ese año se ha recibido el presupuesto con fondos que no tienen disponibilidad, es decir, no tienen liquidez para su ejecución

Durante el año 2025, el Ministerio de Economía y Finanzas asignó al Ministerio de Salud Pública un presupuesto de USD 2.622 millones como presupuesto prorrogado de Gasto Corriente distribuido en 15 unidades orgánicas a nivel central y 9 Coordinaciones Zonales. En este sentido se evidenció que, el presupuesto asignado en gasto permanente con liquidez asciende a USD. 2.318 millones que corresponde al 88% del presupuesto actual, monto que ha sido distribuido a nivel nacional; y, sin liquidez a USD. 304 millones que corresponde al 12% del presupuesto vigente, rubro que a mediados del año 2025 ascendió a UDS. 293 millones.

En el año 2026, el Ministerio de Economía y Finanzas asignó al Ministerio de Salud Pública un presupuesto de USD 5.517 millones para Gasto Corriente a nivel central y 9 Coordinaciones Zonales (antes de la emisión de los Decretos Ejecutivos 70 y 108 de 2026). En este sentido se evidenció que, el presupuesto asignado en gasto permanente con liquidez asciende a USD. 2.466 millones que corresponde al 46% del presupuesto, monto que ha sido distribuido a nivel nacional; y, sin liquidez a USD. 2.867 millones que corresponde al 54% del presupuesto vigente.

El Ministerio de Finanzas-MEF, ha emitido respuesta respecto a los varios requerimientos cursados por esta Cartera de Estado, en el que cita: "[...] todos los requerimientos que son de cumplimiento obligatorio, son analizados en conjunto con las entidades solicitantes, con el objetivo de buscar la mejor alternativa para cumplir con la obligación contraída, sin afectar el equilibrio fiscal; sin que esto conlleve a una apreciación de desinterés por parte de las autoridades del Ministerio de Economía y Finanzas; sin embargo, el MEF actualmente, se encuentra en la búsqueda de opciones de fuente de financiamiento que le permita asignar recursos de manera progresiva al Ministerio de Salud Pública [...]".

Finalmente, el Ministerio de Salud Pública mantiene una brecha de USD 1.703 millones de dólares considerando todos los rubros necesarios para la operatividad de esta Cartera de Estado, entre los cuales principalmente se encuentran Externalizados, Medicamentos y Dispositivos Médicos, Pasivos de años anteriores, Red Pública y Complementaria.

CAPÍTULO II – ANÁLISIS SITUACIONAL

2. ANÁLISIS SITUACIONAL

2.1. ANÁLISIS EXTERNO, MACRO O GENERAL

2.1.1. Político

Desde su posesión en mayo de 2025, el presidente Daniel Noboa ha heredado un sistema de salud pública caracterizado por profundas deficiencias estructurales. Entre los principales problemas se identifican el desabastecimiento crónico de medicamentos e insumos médicos en hospitales públicos, lo que ha generado protestas ciudadanas y una creciente presión mediática. A esto se suman los retrasos prolongados en la asignación de citas médicas, especialmente en especialidades críticas como oncología, cardiología y pediatría, afectando directamente la calidad y oportunidad de la atención.

Otro eje crítico del análisis político es la corrupción institucional, evidenciada en contratos opacos, sobrepagos en adquisiciones y ausencia de trazabilidad en los procesos administrativos. Esta problemática, que se agudizó durante la pandemia a través de irregularidades en compras públicas, refleja las debilidades del Estado en materia de control y fiscalización. En este sentido, la lucha contra la corrupción —entendida como el abuso del poder en beneficio propio— se configura como un imperativo político, donde el Ministerio de Salud Pública (MSP) podría desempeñar un rol estratégico en la implementación de reformas estructurales.

La administración del presidente Noboa ha declarado que la salud será uno de los ejes prioritarios de su gestión, con énfasis en la reorganización institucional, la transparencia y el fortalecimiento de la atención primaria. En coherencia con esta visión, el Decreto Ejecutivo N° 108, emitido el 19 de agosto de 2025, establece una reforma estructural orientada a tres pilares: la centralización de las compras públicas de medicamentos y bienes estratégicos, eliminando la dispersión de procesos entre unidades zonales; el reemplazo de las Coordinaciones Zonales por Direcciones Provinciales, como parte de un proceso de desconcentración territorial ordenado previamente por el Decreto Ejecutivo N° 70 (4 de agosto de 2025); y el fortalecimiento del Comité Nacional de Salud Pública como órgano técnico-político para la coordinación interinstitucional en salud.

Estas medidas buscan mejorar la eficiencia operativa del sistema, reducir los espacios de corrupción y facilitar la planificación estratégica a nivel nacional. Además, el MSP reafirma su compromiso con la alineación a normativas y estándares internacionales, promoviendo la adopción de lineamientos de la OMS/OPS en áreas como vigilancia epidemiológica, transformación digital y cobertura universal. En este marco, la Política Nacional de Transformación Digital del Sector Salud (2024) establece directrices para la digitalización de procesos, la interoperabilidad de sistemas y el fortalecimiento de la gobernanza digital.

Finalmente, el análisis político debe considerar factores de presión como las altas expectativas ciudadanas de resultados inmediatos, especialmente en abastecimiento y atención médica; la desconfianza institucional derivada de escándalos previos y la falta de rendición de cuentas; y las tensiones territoriales generadas por la pérdida de autonomía operativa en zonas descentralizadas. Estos elementos configuran un entorno político complejo que exige respuestas estratégicas, articuladas y sostenidas por una gobernanza sólida y transparente.

2.1.2. Económico

El entorno económico nacional se caracteriza por una desaceleración del crecimiento, restricciones fiscales y alta dependencia de ingresos petroleros, lo que limita la capacidad del Estado para expandir el gasto público en salud. A nivel internacional, los organismos multilaterales promueven reformas orientadas a la eficiencia, cobertura universal y sostenibilidad financiera, condicionando parte del financiamiento externo a la adopción de estándares técnicos y operativos. Estos factores configuran un escenario de alta presión sobre el MSP para optimizar recursos, priorizar intervenciones costo-efectivas y fortalecer la planificación estratégica.

El incremento sostenido en la demanda de servicios gratuitos, especialmente en atención primaria, salud mental y medicamentos esenciales, responde a factores como el desempleo estructural, el envejecimiento poblacional, la migración regional y el aumento

del costo de vida. Estas dinámicas exigen al MSP una respuesta institucional basada en segmentación de beneficiarios, focalización de subsidios y articulación intersectorial. La presión fiscal también limita la inversión en infraestructura, talento humano y tecnologías sanitarias, afectando la capacidad operativa del sistema.

La coyuntura económica abre oportunidades para reconfigurar el modelo de financiamiento del MSP mediante esquemas mixtos, alianzas público-privadas y cooperación internacional orientada a resultados. La implementación de impuestos verdes, incentivos a la innovación tecnológica y programas de protección social focalizados pueden contribuir a mejorar los determinantes sociales de la salud y reducir la carga sobre los servicios públicos. Asimismo, la regulación emergente en áreas como inteligencia artificial, reconocimiento facial y criptomonedas plantea desafíos éticos y operativos que deben ser abordados desde la planificación estratégica.

Entre los principales riesgos se identifican la reducción de cooperación internacional por cambios geopolíticos, la volatilidad de precios de insumos médicos, y el aumento de la informalidad laboral que incrementa la demanda de atención gratuita. Estos factores deben ser incorporados en los escenarios prospectivos del MSP, con énfasis en resiliencia institucional, priorización de intervenciones estratégicas y fortalecimiento de capacidades locales. La planificación debe contemplar mecanismos de monitoreo económico, análisis de impacto presupuestario y evaluación de sostenibilidad financiera.

Lineamientos estratégicos derivados del análisis económico

- Fortalecer la planificación basada en evidencia económica, incorporando análisis costo-beneficio y segmentación poblacional.
- Priorizar intervenciones con alto impacto en salud pública y bajo costo relativo, especialmente en prevención y atención primaria.
- Promover esquemas de financiamiento alternativo, incluyendo cooperación internacional, alianzas estratégicas y mecanismos de inversión social.
- Incorporar escenarios económicos en la formulación de políticas, planes operativos y matrices de riesgo institucional.
- Alinear las estrategias del MSP con los marcos internacionales de eficiencia, cobertura universal y sostenibilidad fiscal (OPS/OMS, RSI, NICE, IETS).

2.1.2.1. Presupuesto de Salud con relación al PIB

Conforme prescribe la carta magna del Ecuador en su disposición Vigésimo segunda, “El presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al cero punto cinco por ciento del Producto Interno Bruto, hasta alcanzar al menos cuatro por ciento” y de acuerdo a las cifras que se registran en el Ministerio de Economía y Finanzas esta relación no llega al porcentaje establecido, por lo tanto, existe un gran reto por parte del Estado para cumplir con el mandato constitucional. Es importante enfatizar que durante el periodo 2024 a 2026, existe un porcentaje considerable del presupuesto que no tiene liquidez: en 2024 el 18%, en 2025 el 14% y en 2026 el 54% del presupuesto.

Tabla 8. Presupuesto asignado al Sector Salud y su relación con el Producto Interno Bruto 2021 - 2026

Año	Presupuesto Salud (USD millones)	PIB Nacional (USD millones)	% Salud / PIB
2021	3.200	108.000	2,96 %
2022	3.600	115.000	3,13 %
2023	4.000	120.500	3,32 %
2024	4.222	124.000	3,40 %
2025	4.798	129.018	3,72 %
2026	5.840	139.046	4,20 %

Fuente: Proformas presupuestarias del Ministerio de Finanzas, estimaciones macroeconómicas del BCE y boletines técnicos del INEC.
Elaborado: Dirección de Planificación e Inversión

2.1.3. Social

En 2023, el 27,2% de la población ecuatoriana vivía en condiciones de pobreza por ingresos, con mayor concentración en zonas rurales y entre pueblos y nacionalidades indígenas. Esta situación limita el acceso a servicios básicos, incluyendo salud, agua potable y saneamiento y se asocia con mayores tasas de morbilidad prevenible. La informalidad laboral, que afecta a más del 50% de la población económicamente activa, genera inestabilidad en el aseguramiento y dificulta la sostenibilidad de los sistemas de protección social.

En Ecuador persiste una brecha salarial entre hombres y mujeres; esta desigualdad se traduce en menores ingresos, menor acceso a cargos directivos y mayor exposición a riesgos laborales sin reconocimiento proporcional. La equidad de género en el sistema de salud debe ser abordada como eje transversal en la planificación estratégica.

Según cifras de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), la *pobreza por ingresos en Ecuador se ubicó en 25,5% en junio de 2024*, mientras que la *pobreza extrema alcanzó el 8,4%*. Aunque estas cifras muestran una reducción respecto al año 2020, la brecha entre zonas urbanas y rurales persiste: *la pobreza rural se mantiene elevada en 43,2%*, frente al 17,2% en áreas urbanas.

La exclusión social en zonas rurales continúa limitando el desarrollo individual y colectivo. *Solo el 34% de los hogares rurales accede a servicios básicos como agua potable, saneamiento y energía eléctrica, y el 25% de la población rural carece de acceso a servicios de salud esenciales*, según datos de la OPS. Esta situación configura un entorno de alta vulnerabilidad que exige respuestas diferenciadas en la planificación territorial del sistema de salud.

En el ámbito de género, *la violencia contra la mujer sigue siendo una problemática estructural*: en 2024 se registraron 214 femicidios, y estudios recientes indican que *7 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida*, siendo el 43% ejercida por su pareja y el 20% en el entorno familiar. Estas cifras reflejan la coexistencia del maltrato infantil y de pareja en el mismo hogar, lo que demanda estrategias intersectoriales de prevención y atención integral.

La migración venezolana ha generado nuevas dinámicas poblacionales, especialmente en zonas urbanas y fronterizas, donde el sistema de salud enfrenta presiones adicionales para garantizar atención a población en situación de movilidad humana. A esto se suma la migración interna, que ha modificado la demanda de servicios en áreas periurbanas y rurales, generando desafíos en la planificación territorial.

Desde una perspectiva intercultural, persisten barreras estructurales que dificultan el acceso efectivo de pueblos indígenas y afrodescendientes a servicios de salud culturalmente adecuados. La escasa presencia de personal bilingüe, la débil articulación con saberes ancestrales y la discriminación institucional limitan la cobertura efectiva y la calidad de la atención.

Estos factores sociales deben ser considerados como determinantes clave.

Es así que, el entorno social ecuatoriano presenta determinantes estructurales que inciden directamente en el estado de salud de la población y en la capacidad del sistema para garantizar servicios equitativos, oportunos y culturalmente pertinentes, así como en la formulación de estrategias de cobertura, segmentación poblacional y planificación territorial, asegurando que las intervenciones del sistema de salud respondan a las realidades sociales, económicas y culturales del país.

La persistencia de la pobreza multidimensional, la desigualdad territorial, la migración interna y externa, y las brechas en el acceso a educación y empleo configuran un escenario complejo que exige respuestas integrales desde el sector salud.

2.1.4. Tecnológico

En el contexto del sistema nacional de salud, la tecnología no debe ser concebida únicamente como un conjunto de herramientas operativas, sino como un factor estructurante de la autonomía institucional y profesional, tal como sugiere la reflexión filosófica sobre si “la técnica nos hace más libres”, el análisis estratégico debe considerar como la incorporación de tecnologías sanitarias —desde sistemas de información hasta dispositivos médicos— potencia o limita la capacidad de decisión, la eficiencia operativa

y la equidad en el acceso. La autonomía técnica, entendida como la capacidad de seleccionar, adaptar y utilizar tecnologías según las necesidades locales, es un componente esencial para garantizar una libertad institucional efectiva y una atención centrada en las personas.

La tecnología en salud no solo transforma procesos clínicos y administrativos, sino que también redefine el lenguaje institucional, ya que debe reconocer que los sistemas de codificación, interoperabilidad y visualización de datos configuran nuevas formas de gobernanza. La estandarización técnica puede facilitar la transparencia y la rendición de cuentas, pero también puede excluir saberes locales o limitar la flexibilidad operativa. Por ello, el plan estratégico debe promover tecnologías que fortalezcan el diálogo entre niveles de atención, respeten la diversidad territorial y permitan una lectura crítica de los datos para la toma de decisiones.

En el ámbito de la salud pública, la tecnología debe estar al servicio de la sensibilidad institucional: es decir, de la capacidad de captar, segmentar y responder a las desigualdades sociales, territoriales y de género, priorizando tecnologías que permitan una segmentación inteligente de indicadores, integren datos actualizados sobre determinantes sociales y faciliten la planificación operativa con enfoque de equidad. La técnica, lejos de ser neutra, debe ser orientada éticamente hacia la inclusión y la justicia social.

En América Latina y el Caribe, *más de 200 millones de personas* aún enfrentan barreras significativas para acceder a tecnologías digitales, especialmente por factores como nivel de ingreso, edad, género y ubicación geográfica. En Ecuador, según la Política Pública para la Transformación Digital 2025–2030, *el acceso a internet en zonas rurales alcanza el 29%*, mientras que en áreas urbanas supera el 72%. La brecha entre quintiles persiste: *solo el 18% del primer quintil* accede a conectividad estable, frente al 68% en el quinto quintil. Los grupos más afectados siguen siendo *niños menores de 12 años y adultos mayores*, con niveles de acceso inferiores al promedio nacional. Además, *las velocidades de conexión siguen siendo limitadas*, lo que restringe el uso efectivo de plataformas de teletrabajo, teleeducación y telesalud.

El teletrabajo se ha consolidado como una modalidad laboral estable en América Latina, pero con marcadas desigualdades. En 2025, *sólo el 24% de los ocupados en la región acceden al teletrabajo*, frente al 40% en países desarrollados. En Ecuador, *el 20% de los trabajadores* se desempeñan bajo esta modalidad. La probabilidad de realizar teletrabajo supera el 80% en los tres primeros quintiles para sectores como educación, finanzas, seguros y servicios técnicos, mientras que *en los dos últimos quintiles — comercio, agricultura, manufactura — la participación cae al 12% y 2% respectivamente*. Esta segmentación refleja una profunda brecha digital y laboral, donde el acceso a tecnologías y formación profesional determina la posibilidad de adaptación al nuevo entorno productivo.

La telemedicina en América Latina ha experimentado una expansión significativa. En 2025, *el mercado regional supera los USD 2.000 millones*, con una tasa de crecimiento anual del 9,6%. Ecuador ha avanzado en la implementación de servicios de teleconsulta, telemonitoreo y mHealth, especialmente en zonas urbanas. Sin embargo, *las zonas rurales y los grupos vulnerables siguen enfrentando barreras*, como la falta de conectividad, escasa alfabetización digital y ausencia de regulación uniforme. Aunque *más del 50% de los países de la región han actualizado sus marcos legales*, persisten desafíos como *la cobertura de seguros, los copagos y la interoperabilidad de datos clínicos*.

La transformación digital en América Latina está marcada por el crecimiento de tecnologías disruptivas como *la inteligencia artificial, automatización y big data*. En 2025, *el ecosistema de IA en la región creció un 45% respecto a 2020*, con más de 2.000 startups activas en salud, educación y agroindustria. Sin embargo, *la formación de talento digital sigue siendo limitada: solo el 38% de las instituciones educativas en Ecuador* han incorporado tecnologías digitales en sus procesos formativos. La inversión en innovación aún es baja, lo que limita la capacidad de respuesta ante los nuevos modelos de producción, diagnóstico y atención remota.

2.1.5. Ecológico

En el ámbito de la matriz energética y energías renovables, el Ecuador ha incrementado su capacidad instalada energética a 9.355 MW en 2025, con una potencia efectiva de 8.801 MW. Aunque el país posee una matriz predominantemente renovable (80%), esta depende en gran medida de fuentes hidroeléctricas vulnerables al cambio climático. Las energías renovables no convencionales (ERNC) como solar, eólica, biomasa y geotérmica aún representan una proporción menor, pero con alto potencial de expansión. En América Latina, el promedio de ERNC alcanzó el 6.5% en 2024, superando el promedio mundial.

En cuanto al sector transporte continúa siendo el mayor consumidor de energía final en Ecuador, con más del 95% de su demanda cubierta por combustibles fósiles. Este sector contribuye con *9% de las emisiones globales de GEI*, siendo la segunda fuente después de la industria energética. En respuesta, Quito ha implementado una flota de *60 trolebuses eléctricos* como parte de su transición hacia una movilidad sostenible. A nivel nacional, Ecuador se ha comprometido a reducir *9% de sus emisiones de CO₂* para 2025, según su Contribución Determinada a Nivel Nacional (NDC).

Por otro lado, la dependencia de hidrocarburos sigue siendo crítica. La ruptura de los oleoductos SOTE y OCP en 2020 evidenció la fragilidad del sistema, afectando hasta *60% de la producción* en el primer semestre de ese año. En 2025, se mantiene la necesidad de diversificar la matriz energética y reducir la exposición ambiental de zonas productoras.

Sobre la deforestación y pérdida de bosque nativo, entre 2016 y 2018, Ecuador perdió *115.000 hectáreas de bosque nativo*, y en los últimos 26 años ha perdido más de *2 millones de hectáreas*. Esta deforestación afecta la capacidad de captura de CO₂ y agrava la vulnerabilidad climática. El Plan de Acción REDD+ busca reducir *20% de las emisiones brutas por deforestación al 2025*.

En temas de economía circular y gestión de residuos, en el país aún es incipiente, Ecuador ha lanzado el proyecto GRECI (Gestión de Residuos Sólidos y Economía Circular Inclusiva), con una inversión de *\$2.4 millones* entre 2022 y 2025. La plataforma *Ecuador Circular* articula actores públicos y privados para fomentar prácticas sostenibles, aunque su implementación aún enfrenta barreras de conocimiento y articulación.

Sobre recursos hídricos y sostenibilidad, Ecuador dispone de *376 km³ de agua superficial* y *56.6 km³ de agua subterránea* anuales. En 2025, se ha reestructurado la gestión hídrica nacional en *9 demarcaciones hidrográficas* y *38 unidades locales*, fortaleciendo la planificación territorial y la sostenibilidad del recurso. La Coalición por la Seguridad Hídrica promueve *61 iniciativas* de conservación y uso responsable del agua.

Como resumen, el entorno ecológico constituye un eje transversal en la planificación estratégica de salud, al influir directamente en los perfiles epidemiológicos, la distribución de enfermedades y la capacidad de respuesta institucional; factores como el cambio climático, la degradación de ecosistemas, la contaminación del aire y del agua, y la pérdida de biodiversidad generan impactos diferenciados en poblaciones vulnerables, especialmente en zonas rurales y periurbanas.

2.1.6. Legal

La salud pública en Ecuador se desarrolla dentro de un marco legal robusto, sustentado en la Constitución de la República, que reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental, inalienable y universal (Art. 32). Este principio orienta la planificación estratégica del sistema nacional de salud, garantizando la equidad, la interculturalidad, la participación ciudadana y la corresponsabilidad estatal en la provisión de servicios.

El Código Orgánico de Salud (COS) establece las bases jurídicas para la organización, rectoría, regulación y provisión de servicios de salud, definiendo competencias institucionales, mecanismos de coordinación intersectorial, y criterios técnicos para la atención integral.

A nivel internacional, Ecuador ha ratificado instrumentos clave como el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que establece obligaciones en vigilancia epidemiológica, respuesta ante emergencias sanitarias y fortalecimiento de capacidades institucionales. Asimismo, el país se adscribe a las directrices de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo que permite alinear las estrategias nacionales con estándares globales en salud pública, cobertura universal, y determinantes sociales.

El marco legal vigente también contempla la protección de grupos prioritarios y vulnerables, conforme a tratados internacionales de derechos humanos y a la Ley Orgánica de Salud, que exige la territorialización de servicios, la segmentación poblacional, y la implementación de acciones diferenciadas según género, etnia, edad y condición socioeconómica. Estas disposiciones son fundamentales para garantizar la equidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Finalmente, el plan estratégico se articula con instrumentos de planificación nacional como el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud, y los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, asegurando coherencia normativa, institucional y

programática. La incorporación de indicadores legales, mecanismos de seguimiento, y matrices de cumplimiento normativo refuerza la viabilidad jurídica del plan y su capacidad de adaptación ante reformas futuras.

2.1.7. Cultural

El Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador ha integrado el enfoque intercultural como principio rector en sus políticas públicas, reconociendo la diversidad cultural del país y garantizando el acceso equitativo a los servicios de salud para todos los pueblos y nacionalidades. Esto se refleja en el Plan Decenal de Salud 2022–2031, que promueve la implementación de políticas de promoción de la salud con enfoque intercultural, intergeneracional y de género, considerando los conocimientos, prácticas y saberes de la medicina ancestral-tradicional y de la medicina alternativa-complementaria.

La transversalización del enfoque intercultural en los servicios de salud se lleva a cabo mediante la implementación de estrategias que respetan y valoran las prácticas culturales de las comunidades. Esto incluye la capacitación del personal de salud en competencias interculturales, la adecuación de los servicios para garantizar la pertinencia cultural y la promoción de la participación comunitaria en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Además, se han desarrollado normativas específicas, como el Acuerdo Ministerial 0082, que establece la inclusión del enfoque intercultural en la atención, referencia y derivación de pacientes en el Sistema Nacional de Salud.

El diálogo de saberes es una estrategia fundamental para la articulación de las prácticas de la medicina ancestral-tradicional con la medicina convencional. El MSP ha promovido espacios de diálogo entre parteras y parteros ancestrales y profesionales de la salud, facilitando el reconocimiento mutuo y el aprendizaje compartido. Un ejemplo de ello es la implementación del "Círculo de Palabra", una metodología que fortalece el diálogo intercultural de los saberes y prácticas entre las medicinas ancestral y convencional, en el marco del respeto y el reconocimiento mutuo.

2.2. ANÁLISIS SECTORIAL, DIAGNÓSTICO TERRITORIAL Y MAPEO DE ACTORES

2.2.1. Análisis de diagnóstico territorial

2.2.1.1. Establecimientos de salud

Con el objetivo de garantizar el acceso equitativo y oportuno a servicios de salud de calidad, los establecimientos del MSP se articulan en una red funcional que responde a las necesidades territoriales y poblacionales; es decir, promueven la articulación con actores locales, gobiernos autónomos descentralizados y organizaciones comunitarias, reconociendo que los determinantes sociales influyen directamente en la salud. Esta red se estructura en niveles de atención complementarios, priorizando la atención primaria como eje resolutorio y puerta de entrada al sistema. La integración efectiva entre unidades operativas permite optimizar recursos, reducir duplicidades y asegurar la continuidad del cuidado.

Los establecimientos de salud del MSP implementan procesos de planificación y evaluación continua, fundamentados en el análisis de datos desagregados por territorio, grupo etario, género y condición socioeconómica. Esta gestión orientada a resultados permite identificar brechas, priorizar intervenciones y monitorear el impacto de las acciones en salud. Se promueve el uso de indicadores clave para la toma de decisiones, alineados con los objetivos nacionales y compromisos internacionales.

Se impulsan acciones para fortalecer la infraestructura, equipamiento y talento humano de los establecimientos, con énfasis en zonas rurales y de difícil acceso. La dotación adecuada de recursos y la capacitación continua del personal permiten mejorar la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención, descongestionando los servicios especializados y acercando la atención a la comunidad. Esta estrategia busca reducir inequidades y mejorar la experiencia del usuario.

Según los registros estadísticos del INEC, el 79,7% de los establecimientos de salud en Ecuador pertenecen al sector público, lo que refleja el compromiso estatal con la provisión de servicios sanitarios a nivel nacional. El 14,9% corresponde a entidades privadas con fines de lucro, mientras que el 5,4% son instituciones privadas sin fines de lucro, muchas de ellas vinculadas a organizaciones sociales, religiosas o comunitarias. Esta configuración institucional evidencia una oportunidad estratégica para

fortalecer alianzas con el tercer sector, especialmente en zonas rurales y de difícil acceso, donde su presencia puede contribuir significativamente a garantizar el derecho a la salud de manera gratuita y con pertinencia cultural.

Tabla 9. Establecimientos de Salud del MSP

NIVEL DE ATENCIÓN	TIPOLOGÍA	NRO. DE ESTABLECIMIENTOS
ESTABLECIMIENTOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	BANCO DE TEJIDOS Y/O CELULAS	1
	CENTRO DE REHABILITACION FISICA DE BAJA COMPLEJIDAD	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	14
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE REFERENCIA	3
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO ESPECIALIZADO	1
	TOTAL	20
ESTABLECIMIENTOS MOVILES DE ATENCION DE SALUD	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	312
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	136
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	125
	HOSPITAL MOVIL	2
	UNIDAD MOVIL DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O TERAPEUTICO	2
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	36
	TOTAL	613
NIVEL 1	CENTRO DE SALUD A	1285
	CENTRO DE SALUD B	190
	CENTRO DE SALUD C	58
	PUESTO DE SALUD	392
	TOTAL	1925
NIVEL 2	HOSPITAL BASICO	85
	HOSPITAL DEL DIA	1
	HOSPITAL GENERAL	33
	TOTAL	119
NIVEL 3	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	10
	CENTRO ESPECIALIZADO EN GENETICA MEDICA	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN MEDICINA DEL DEPORTE	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRIA	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN REHABILITACION INTEGRAL	5
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	3
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GERIATRIA	2
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	5
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN INFECTOLOGIA	1
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN PEDIATRIA	3
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRIA	1
	TOTAL	33
TOTAL GENERAL		2710

Fuente: MSP - Base de establecimientos de salud - Geosalud (octubre, 2025)

Elaboración: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información del Sistema Nacional de Salud

Tabla 10. Establecimientos de Salud Por Provincia

PROVINCIA	TIPOLOGÍA	NÚMERO
AZUAY	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	15
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	6
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	5

PROVINCIA	TIPOLOGÍA	NÚMERO
	CENTRO DE SALUD A	72
	CENTRO DE SALUD B	14
	CENTRO DE SALUD C	3
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN REHABILITACION INTEGRAL	1
	HOSPITAL BASICO	5
	HOSPITAL GENERAL	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	3
	PUESTO DE SALUD	19
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	4
Total AZUAY		149
BOLIVAR	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	11
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	1
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	4
	CENTRO DE SALUD A	39
	CENTRO DE SALUD B	3
	CENTRO DE SALUD C	2
	HOSPITAL BASICO	2
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	9
Total BOLIVAR		72
CAÑAR	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	2
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	4
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	7
	CENTRO DE SALUD A	37
	CENTRO DE SALUD B	4
	CENTRO DE SALUD C	2
	HOSPITAL BASICO	2
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	20
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total CAÑAR		80
CARCHI	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	7
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	4
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	10
	CENTRO DE REHABILITACION FISICA DE BAJA COMPLEJIDAD	1
	CENTRO DE SALUD A	35
	CENTRO DE SALUD B	3
	HOSPITAL BASICO	2
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	21
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total CARCHI		85
CHIMBORAZO	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	17
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	10
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	5
	CENTRO DE SALUD A	42
	CENTRO DE SALUD B	11
	CENTRO DE SALUD C	1
	HOSPITAL BASICO	4
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GERIATRIA	1
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN PEDIATRIA	1
	HOSPITAL GENERAL	1
	HOSPITAL MOVIL	1
	PUESTO DE SALUD	39
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	2
Total CHIMBORAZO		135
COTOPAXI	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	12
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	5
	CENTRO DE SALUD A	38
	CENTRO DE SALUD B	5
	CENTRO DE SALUD C	4

PROVINCIA	TIPOLOGÍA	NÚMERO
	HOSPITAL BASICO	4
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	6
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total COTOPAXI		81
EL ORO	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	17
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	7
	CENTRO DE SALUD A	61
	CENTRO DE SALUD B	10
	CENTRO DE SALUD C	3
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	1
	HOSPITAL BASICO	7
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	1
	HOSPITAL GENERAL	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	1
	PUESTO DE SALUD	25
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	2
Total EL ORO		141
ESMERALDAS	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	13
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	6
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	11
	CENTRO DE SALUD A	77
	CENTRO DE SALUD B	6
	CENTRO DE SALUD C	5
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	1
	HOSPITAL BASICO	6
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	12
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total ESMERALDAS		139
GALAPAGOS	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	3
	CENTRO DE SALUD A	5
	HOSPITAL BASICO	1
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	4
Total GALAPAGOS		14
GUAYAS	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	61
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	25
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	5
	CENTRO DE SALUD A	142
	CENTRO DE SALUD B	49
	CENTRO DE SALUD C	11
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	2
	CENTRO ESPECIALIZADO EN REHABILITACION INTEGRAL	1
	HOSPITAL BASICO	9
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	1
	HOSPITAL DEL DIA	1
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	2
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN INFECTOLOGIA	1
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN PEDIATRIA	1
	HOSPITAL GENERAL	4
	HOSPITAL MOVIL	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE REFERENCIA	2
	PUESTO DE SALUD	9
	UNIDAD MOVIL DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O TERAPEUTICO	1
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	5
Total GUAYAS		333
IMBABURA	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	6
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	9
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	5
	CENTRO DE SALUD A	48
	CENTRO DE SALUD B	4

PROVINCIA	TIPOLOGÍA	NÚMERO
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN REHABILITACION INTEGRAL	1
	HOSPITAL BASICO	3
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	7
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total IMBABURA		86
LOJA	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	19
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	8
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	7
	CENTRO DE SALUD A	73
	CENTRO DE SALUD B	5
	CENTRO DE SALUD C	1
	HOSPITAL BASICO	7
	HOSPITAL GENERAL	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	3
	PUESTO DE SALUD	53
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	2
Total LOJA		179
LOS RIOS	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	13
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	2
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	5
	CENTRO DE SALUD A	65
	CENTRO DE SALUD B	11
	CENTRO DE SALUD C	2
	HOSPITAL BASICO	5
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	5
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	3
Total LOS RIOS		112
MANABI	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	26
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	13
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	8
	CENTRO DE SALUD A	147
	CENTRO DE SALUD B	20
	CENTRO DE SALUD C	8
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN REHABILITACION INTEGRAL	1
	HOSPITAL BASICO	8
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	1
	HOSPITAL GENERAL	4
	PUESTO DE SALUD	9
	UNIDAD MOVIL DE APOYO DIAGNOSTICO Y/O TERAPEUTICO	1
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	3
Total MANABI		250
MORONA SANTIAGO	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	11
	CENTRO DE SALUD A	43
	CENTRO DE SALUD B	2
	HOSPITAL BASICO	5
	HOSPITAL GENERAL	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	1
	PUESTO DE SALUD	47
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total MORONA SANTIAGO		121
NAPO	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	8
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	1
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	2
	CENTRO DE SALUD A	20
	CENTRO DE SALUD B	3
	HOSPITAL BASICO	1
	HOSPITAL GENERAL	1

PROVINCIA	TIPOLOGÍA	NÚMERO
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO ESPECIALIZADO	1
	PUESTO DE SALUD	13
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total NAPO		51
ORELLANA	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	1
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	1
	CENTRO DE SALUD A	35
	CENTRO DE SALUD B	2
	CENTRO DE SALUD C	1
	HOSPITAL BASICO	1
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	8
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total ORELLANA		56
PASTAZA	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	1
	CENTRO DE SALUD A	29
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	1
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	17
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total PASTAZA		55
PICHINCHA	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	26
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	9
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	10
	BANCO DE TEJIDOS Y/O CELULAS	1
	CENTRO DE SALUD A	147
	CENTRO DE SALUD B	12
	CENTRO DE SALUD C	9
	CENTRO ESPECIALIZADO EN CETAD	2
	CENTRO ESPECIALIZADO EN GENETICA MEDICA	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN MEDICINA DEL DEPORTE	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRIA	1
	CENTRO ESPECIALIZADO EN REHABILITACION INTEGRAL	1
	HOSPITAL BASICO	4
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	1
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GERIATRIA	1
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	2
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN PEDIATRIA	1
	HOSPITAL ESPECIALIZADO EN PSIQUIATRIA	1
	HOSPITAL GENERAL	3
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE REFERENCIA	1
	PUESTO DE SALUD	6
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	2
Total PICHINCHA		242
SANTA ELENA	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	7
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	2
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	3
	CENTRO DE SALUD A	28
	CENTRO DE SALUD B	1
	CENTRO DE SALUD C	1
	HOSPITAL BASICO	3
	HOSPITAL GENERAL	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	1
	PUESTO DE SALUD	2
Total SANTA ELENA		49
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	8
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	2
	CENTRO DE SALUD A	26
	CENTRO DE SALUD B	5
	CENTRO DE SALUD C	3

PROVINCIA	TIPOLOGÍA	NÚMERO
	HOSPITAL GENERAL	2
	PUESTO DE SALUD	2
Total SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS		53
SUCUMBIOS	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	9
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	7
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	3
	CENTRO DE SALUD A	25
	CENTRO DE SALUD B	6
	HOSPITAL BASICO	1
	HOSPITAL GENERAL	1
	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD	5
	PUESTO DE SALUD	15
Total SUCUMBIOS		72
TUNGURAHUA	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	15
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	4
	CENTRO DE SALUD A	36
	CENTRO DE SALUD B	11
	CENTRO DE SALUD C	2
	HOSPITAL BASICO	3
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	11
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	3
Total TUNGURAHUA		86
ZAMORA CHINCHIPE	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL AVANZADO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE SOPORTE VITAL BASICO TERRESTRE	5
	AMBULANCIA DE TRANSPORTE SIMPLE TERRESTRE	4
	CENTRO DE SALUD A	15
	CENTRO DE SALUD B	3
	HOSPITAL BASICO	2
	HOSPITAL GENERAL	1
	PUESTO DE SALUD	33
	UNIDAD MOVIL DE ATENCION AMBULATORIA	1
Total ZAMORA CHINCHIPE		69
Total general		2710

Fuente: MSP - Base de establecimientos de salud - Geosalud (octubre, 2025)

Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

Centros de Tratamiento de Alcohol y otras Drogas (CETAD)

Los Centros de Tratamiento de Alcohol y otras Drogas (CETAD), son establecimientos de salud de Tercer Nivel de Atención, por lo tanto, son establecimientos de salud de referencia. El Ministerio de Salud cuenta con la siguiente oferta de CETAD a nivel Nacional.

Tabla 11. CETAD a nivel nacional

Nombre	Provincia	No. de camas	Ingresos 2024	Ingresos 2025
CETAD Otavalo	Imbabura	15	10	7
CETAD Esmeraldas	Esmeraldas	58	26	9
CETAD Puyo	Pastaza	108	198	128
CETAD Portoviejo	Manabí	33	61	24
CETAD Guayaquil	Guayas	30	67	48
CETAD Libertadores	Guayas	31	33	16
CETAD Pumamaqui	Pichincha	16	8	11
CETAD "Carlos Díaz Guerra"	Pichincha	32	80	32
CETAD Santa Rosa	El Oro	33	56	19
CETAD Gualaceo	Azuay	40	97	68

Fuente: Matriz de Seguimiento de CETAD.

Elaborado: Dirección Nacional de Centros Especializados, septiembre 2025

De acuerdo a los datos reportados por los CETAD a nivel nacional, la continua demanda de servicios especializados para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas es atendida permanentemente por los establecimientos del MSP, y, en cumplimiento de los procesos terapéuticos. La ocupación mantiene un porcentaje que permite el ingreso de nuevos participantes de acuerdo a criterios de inclusión.

A nivel nacional, en los Centros Especializados en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) pertenecientes al Ministerio de Salud tienen una disponibilidad de 393 camas y durante los años 2021 al 2023 se han atendido un total de 1.654 participantes que accedieron al servicio.

En cuanto a los Centros de Rehabilitación Integral, son establecimientos de tercer nivel de referencia a nivel nacional, brindan servicios especializados a población vulnerable que pertenece a grupos prioritarios, principalmente personas con discapacidad. Brindan servicios de apoyo terapéutico en rehabilitación física, lenguaje, psicológica. Durante el 2025 los CERI a nivel nacional han entregado los siguientes servicios:

Tabla 12. CERI a nivel nacional.

2025	Total pacientes atendidos	Total procedimientos de rehabilitación	% personas con discapacidad en tratamiento
Enero	36.850	109.601	32,40%
Febrero	35.095	104.380	32,40%
Marzo	33.424	99.410	32,40%
Abril	36.148	107.512	32,40%
Mayo	34.072	101.341	32,40%
Junio	30.794	91.590	32,40%

Fuente: Matriz de Seguimiento de CERI

Elaborado: Dirección Nacional de Centros Especializados, septiembre 2025

Atención de Salud Móvil

El Servicio de Atención de Salud Móvil en Ecuador surge como una estrategia fundamental para garantizar el derecho a la salud de poblaciones históricamente excluidas o de difícil acceso, particularmente en zonas rurales, fronterizas y de alta vulnerabilidad, su creación responde a la necesidad de superar las barreras geográficas y mejorar la cobertura universal de salud, alineándose con los principios de equidad e interculturalidad, en los últimos años, el servicio ha enfrentado el desafío de consolidar un modelo de gestión unificado a nivel nacional a través de sus 9 coordinaciones, en un contexto marcado por la pandemia de COVID-19, que evidenció la crítica importancia de contar con servicios de salud descentralizados y capaces de responder con oportunidad y calidad los esfuerzos se han orientado a la estandarización de procesos y al fortalecimiento de la capacidad operativa, aunque persisten desafíos estructurales en materia de financiamiento, tecnificación y estabilidad del talento humano.

El Transporte Primario del Servicio de Atención de Salud Móvil enfocado en la atención pre hospitalaria, presenta una problemática de operatividad de ambulancias de Soporte Vital Avanzado las mismas que están ubicadas estratégicamente en diferentes partes del territorio nacional; contempla brindar una cobertura en áreas accesibles como también de difícil acceso y a su vez brindar el apoyo para el transporte de pacientes a diferentes provincias prolongando así la disminución de operatividad de la unidad por causas varias que obligan la paralización del bien, afectando el desempeño y potencial de impacto.

Si=Operativo
No= Inoperativo



Tabla 13. Operatividad del Servicio de Atención de Salud Móvil en el 2025

REPORTE NACIONAL OPERATIVIDAD ONLINE - 2025		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		OCTUBRE		NOVIEMBRE		DICIEMBRE	
Provincia	Total	si	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
Carchi	8	6	2	2	6	4	4	4	4	4	4	4	4	1	7	1	7	1	7	4	4	4	4	4	4
Imbabura	12	6	6	6	6	8	4	8	4	9	3	10	2	9	3	9	3	9	3	4	8	8	4	6	6
Esmeraldas	11	4	7	3	8	6	5	7	4	5	6	4	7	3	8	2	9	6	5	4	7	5	6	3	8
Sucumbios	8	7	1	6	2	6	2	6	2	3	5	4	4	5	3	4	4	3	5	4	4	4	4	4	4
Pichincha	7	5	2	6	1	5	2	5	2	5	2	6	1	4	3	3	4	2	4	2	4	0	6	2	4
Napo	6	6	0	5	1	6	0	3	3	1	5	2	4	5	1	5	1	2	4	4	2	3	3	5	1
Orellana	4	2	2	2	2	1	3	1	3	3	1	0	4	1	3	0	4	0	4	0	4	0	4	0	4
Tungurahua	13	11	2	10	3	10	3	10	3	9	4	8	5	8	5	6	7	6	7	10	3	11	2	12	1
Pastaza	6	1	5	1	5	0	6	4	2	2	4	1	5	1	5	3	3	0	6	2	4	2	4	3	3
Cotopaxi	9	6	3	6	3	6	3	7	2	6	3	7	2	6	3	5	4	4	5	6	3	7	2	7	2
Chimborazo	11	10	1	10	1	6	5	5	6	6	5	6	5	6	5	8	3	7	3	6	4	7	3	6	4
Manabí	25	10	15	11	14	7	18	9	16	8	17	8	17	11	14	7	18	6	19	6	19	4	21	7	18
Sto. Domingo	10	1	9	2	8	1	9	1	9	2	8	1	9	1	9	2	8	2	5	1	6	2	5	2	5
Sta. Elena	5	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	1	4	2	3	3	2	4	1	2	3
Guayas	23	7	16	8	15	8	15	10	13	10	13	9	14	7	16	9	14	9	13	11	11	11	11	13	9
Bolívar	8	4	4	3	5	4	4	3	5	3	5	1	7	1	7	2	6	2	6	3	5	4	4	3	5
Los Ríos	12	8	4	6	6	5	7	11	1	10	2	6	6	7	5	9	3	6	5	9	2	7	4	7	4
Galápagos	2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0
Azuay	14	11	3	12	2	11	3	12	2	11	3	13	1	9	5	10	4	10	4	11	3	10	4	11	3
Cañar	7	2	5	3	4	3	4	2	5	2	5	3	4	5	2	4	3	3	2	3	2	3	2	4	1
Morona Santiago	9	3	6	3	6	2	7	2	7	2	7	2	7	2	7	2	7	6	3	4	5	4	5	2	7
El Oro	17	9	8	12	5	8	9	10	7	8	9	8	9	4	13	3	14	3	13	5	11	1	15	3	13
Loja	15	8	7	9	6	5	10	5	10	6	9	8	7	5	10	6	9	6	9	6	9	4	11	6	9
Zamora Chinchipe	8	6	2	6	2	5	3	3	5	5	3	3	5	2	6	5	3	2	6	3	5	3	5	1	7
Guayaquil	24	17	7	15	9	20	4	20	4	19	5	15	9	16	8	11	13	16	8	14	10	9	15	13	11
Quito D. M.	15	13	2	12	3	11	4	12	3	8	7	11	4	8	7	11	4	10	5	6	9	7	8	10	5
	289	168	121	163	126	152	137	164	125	152	137	145	144	131	158	130	159	125	154	133	146	126	153	138	141
Operatividad resolución 60%		58%	42%	56%	44%	53%	47%	57%	43%	53%	47%	50%	50%	45%	55%	45%	55%	44%	56%	48%	52%	45%	55%	49%	51%

Fuente y Elaboración: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, 2026

Tabla 14. Operatividad del Servicio de Atención de Salud Móvil en el 2026

REPORTE NACIONAL OPERATIVIDAD ONLINE - 2026		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO	
Provincia	Total	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
Carchi	8	3	5	5	3	3	5	4	4	3	5
Imbabura	12	7	5	7	5	8	4	5	7	7	5
Esmeraldas	11	4	7	6	5	4	7	4	7	6	5
Sucumbios	8	3	5	5	3	3	5	3	5	6	2
Pichincha	6	2	4	4	2	6	0	3	3	1	5
Napo	6	4	2	5	1	5	1	3	3	2	4
Orellana	4	1	3	3	1	2	2	1	3	0	4
Tungurahua	13	11	2	11	2	11	2	12	1	9	4
Pastaza	6	2	4	3	3	2	4	3	3	2	4
Cotopaxi	9	6	3	7	2	5	4	7	2	6	3
Chimborazo	10	7	3	7	3	7	3	7	3	5	5
Manabí	25	12	13	8	17	5	20	5	20	8	17
Sto. Domingo	7	3	4	2	5	3	4	4	3	4	3
Sta. Elena	5	1	4	3	2	2	3	1	4	1	4
Guayas	22	11	11	11	11	9	13	11	11	8	14
Bolívar	8	3	5	4	4	3	5	2	6	4	4
Los Ríos	11	6	5	9	2	7	4	7	4	7	4
Galápagos	2	2	0	2	0	2	0	1	1	2	0
Azuay	14	11	3	10	4	12	2	12	2	10	4
Cañar	5	4	1	4	1	5	0	4	1	3	2
Morona Santiago	9	3	6	3	6	3	6	3	6	3	6
El Oro	16	4	12	5	11	7	9	8	8	7	9
Loja	15	6	9	6	9	7	8	6	9	11	4
Zamora Chinchipe	8	3	5	4	4	3	5	3	5	3	5
Guayaquil	24	11	13	14	10	7	17	12	12	5	19
Quito D. M.	15	12	3	10	5	9	6	9	6	7	8
279		142	137	158	121	140	139	140	139	130	149
Operatividad resolución 60%		51%	49%	57%	43%	50%	50%	50%	50%	47%	53%

Fuente y Elaboración: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, 2026

Calidad de servicios: Existe una capacidad demostrada para el monitoreo permanente y la elaboración de lineamientos normativos que buscan garantizar la calidad en la provisión de servicios. Sin embargo, la falta de sistemas de gestión integrales y la limitada supervisión in situ debido a restricciones presupuestarias y de personal, generan un riesgo de inconsistencia en la calidad del servicio prestado por las diferentes unidades móviles a nivel nacional.

Calidad y cantidad de recursos: Entre 2011 y 2022, el sistema contó con 288 ambulancias en operación, unidades que acumularon una prolongada vida útil y cuyo mantenimiento continuo se vio comprometido por la insuficiencia de recursos económicos, esta situación limitó la ejecución sostenida de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo, con el fin de fortalecer el Servicio de Salud Móvil mediante el Convenio 000032 entre MSP-UNOPS implemento la renovación de 188 ambulancias en el período 2023–2025, sin que ello implicara un incremento neto de la flota ya existente.

A pesar de este avance, la operatividad del parque automotor continúa siendo afectada por los mismos factores como administrativos, para el mantenimiento preventivo y correctivo se suma la brecha en talento humano, originada por la alta rotación de personal tanto en niveles jerárquicos como operativos que compromete la cobertura nacional, así como la carencia de herramientas y sistemas tecnológicos adecuados.

En conjunto, estos elementos constituyen una erosión progresiva de la memoria institucional y de la continuidad de los procesos.

Tabla 15. Unidades de ambulancias entregadas del convenio 000036-2022

Mes	Número de ambulancias entregadas	Tipo
octubre 2023	15	4X2
noviembre 2023	10	4X4G
enero 2024	46	4X2
abril 2024	10	4X2
mayo 2024	24	4X2
junio 2024	17	4X4HR
agosto 2024	49	4X2
octubre 2024	15	4X4G
marzo 2025	2	4x2
Total	188	

Fuente y Elaboración: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil0, 2026

Actualmente, se encuentra en el levantamiento técnico de brecha institucional del Servicio de Salud Móvil, con el fin de identificar las necesidades del talento humano por provincia, por lo cual se mantiene la presente tabla hasta contar con el reporte enviado por las Direcciones Provinciales de Salud.

Tabla 16. Brecha de talento humano actual y brecha salud móvil

ZONAS	Total paramédicos	Conductores de ambulancia	Brecha de personal paramédico	Brecha de conductores
Carchi Imbabura Esmeraldas Sucumbios	124	144	71	61
Orellana Napo Pichincha Rural	67	61	11	11
Cotopaxi Chimborazo Tungurahua Pastaza	119	149	39	12
Manabí Santo Domingo	147	161	28	29
Galápagos Bolívar Los Ríos Guayas Rural	141	181	59	20
Azuay Cañar Morona Santiago	124	119	12	16
Loja El Oro Zamora	158	154	8	8
Guayas Urbano	79	87	41	33
Pichincha Urbano	70	67	8	9
TOTAL	1029	1123	277	199

Fuente y Elaboración: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, 2026

Mediante el seguimiento continuo que realiza la DNSASM ha identificado 279 unidades de Transporte Sanitario Primario, que se encuentran ubicadas en diferentes puntos estratégicos en el país donde se identifica las siguientes observaciones:

Tabla 17. Ambulancias siniestradas

Fecha del siniestro	Provincia	Cantón/ Parroquia	Nombre de base física	Marca y modelo	Año	Se encuentra en taller mecánico	Necesidad de recurso económico para su reparación	Observaciones
Feb-2024	Santo Domingo	La Concordia	Centro de Salud La Concordia	Iveco	2023	No aplica	No	Pérdida total de la ambulancia, al momento en gestiones administrativas con aseguradora para el cobro del valor de la ambulancia.
Mar-2025	Santo Domingo	Santo Domingo	Centro de Salud Los Rosales	Iveco	2023	Si	No	Se encuentra en talleres Austral Quito en espera de arribo de últimos repuestos tramite con aseguradora de Planta.
ene-25	Orellana	La Joya de los Sachas	Centro de Salud Tipo C La Joya de los Sachas	Toyota	2023	Si	No	Se encuentra en taller mecánico
Agosto-2025	El Oro	Huaquillas	Hospital Básico de Huaquillas	Iveco	2023	Si	No	Se encuentra en taller mecánico Austral en reparación, probable operativización 180 días.
may-25	Esmeraldas	Atacames	Centro de Salud San Carlos	Iveco	2023	Si	Si	Se encuentra reparada, sin embargo está retenida en taller por falta pago del deducible.
abr-26		Esmeraldas	Centro de Salud San Rafael	Iveco	2023	No	Si	Se encuentra en los patios de ECU sin pólizas en espera de proceso para mantenimiento
may-26		San Lorenzo	Hospital Básico Divina Providencia	Toyota	2023	No	No	En los patios de tránsito de la ciudad de Ibarra, en espera de presentarse con el jurídico Provincial de Esmeraldas para los tramites correspondiente y retirar./Esta unidad cuenta con póliza activa
sept-25	Napo	Tena	Hospital José María Velasco Ibarra	Toyota	2023	Si	No	Se encuentra en taller mecánico para reparación,
sept-6	Pastaza	Pastaza	Centro de Salud Morete Puyo	Iveco	2023	No	Si	Ambulancia se encuentra en los patios del distrito en espera del avalúo para su reparación

Fecha del siniestro	Provincia	Cantón/ Parroquia	Nombre de base física	Marca y modelo	Año	Se encuentra en taller mecánico	Necesidad de recurso económico para su reparación	Observaciones
ene-26	Tungurahua	Benigno Vela	Centro de Salud Juan B. Vela	Toyota	2023	Si	NO	Se encuentra en taller mecánico para reparación Ejecutando las garantías
nov-26	Manabí	Portoviejo	Hospital Especialidades Portoviejo	Volkswagen	2015	Si	Si	Se encuentra en taller mecánico para reparación

Fuente y Elaboración: Dirección Nacional de Servicio de Atención de Salud Móvil, 2026

Capacidad de gestión: La conformación de un equipo multidisciplinario con experiencia constituye una fortaleza estructural que ha permitido sostener la operatividad de la flota móvil ante escenarios de alta complejidad, en este marco, se han identificado desventajas y oportunidades para la mejora orientadas a la incorporación de herramientas tecnológicas y sistemas de gestión que potencien la eficiencia operativa, así como a la simplificación de procesos administrativos que permitan una ejecución presupuestaria más ágil y oportuna, representan una hoja de ruta clara hacia una gestión más robusta y sostenible.

Fortaleza institucional: La articulación con Direcciones Nacionales, Coordinaciones Zonales, entidades interinstitucionales y organismos internacionales constituye un activo estratégico consolidado, que ha permitido ampliar el alcance y la capacidad de respuesta del servicio. La capacidad instalada para la generación de alertas tempranas y reportes basados en datos representa un recurso de alto valor para el posicionamiento del MSP en la agenda de salud nacional, y su potenciamiento constituye una línea de acción prioritaria para fortalecer la incidencia institucional y la gestión del financiamiento sectorial, sin embargo, la dependencia de financiamiento externo y la baja prioridad en la agenda presupuestaria nacional la hacen vulnerable para las acciones alcanzadas y en corto tiempo podrían generar una incidencia de disminución del servicio.

Enfoques de igualdad: El servicio de atención prehospitalaria tiene como rasgo distintivo su orientación hacia poblaciones en situación de vulnerabilidad, lo que lo convierte en un instrumento esencial de equidad en salud. Se han dado pasos concretos en la incorporación de enfoques de género, interculturalidad y discapacidad en los lineamientos normativos y en los procesos de capacitación del personal, con el propósito de garantizar que la atención no solo sea accesible, sino pertinente, digna y de calidad para todos los grupos poblacionales, se debe contemplar que esto debe tener una continuidad para que el servicio y enfoque se mantenga con el fin de fortalecer el servicio de salud móvil.

2.2.1.2. Egresos hospitalarios

Conforme al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) actualizado en 2024, la provisión de servicios se concibe como la oferta articulada de atenciones integrales e integradas, orientadas a garantizar la continuidad del cuidado y la resolución efectiva de las necesidades de salud en los niveles individual, familiar y comunitario. Este enfoque exige que la provisión responda a las particularidades territoriales, considerando la diversidad epidemiológica, sociocultural y demográfica de cada zona.

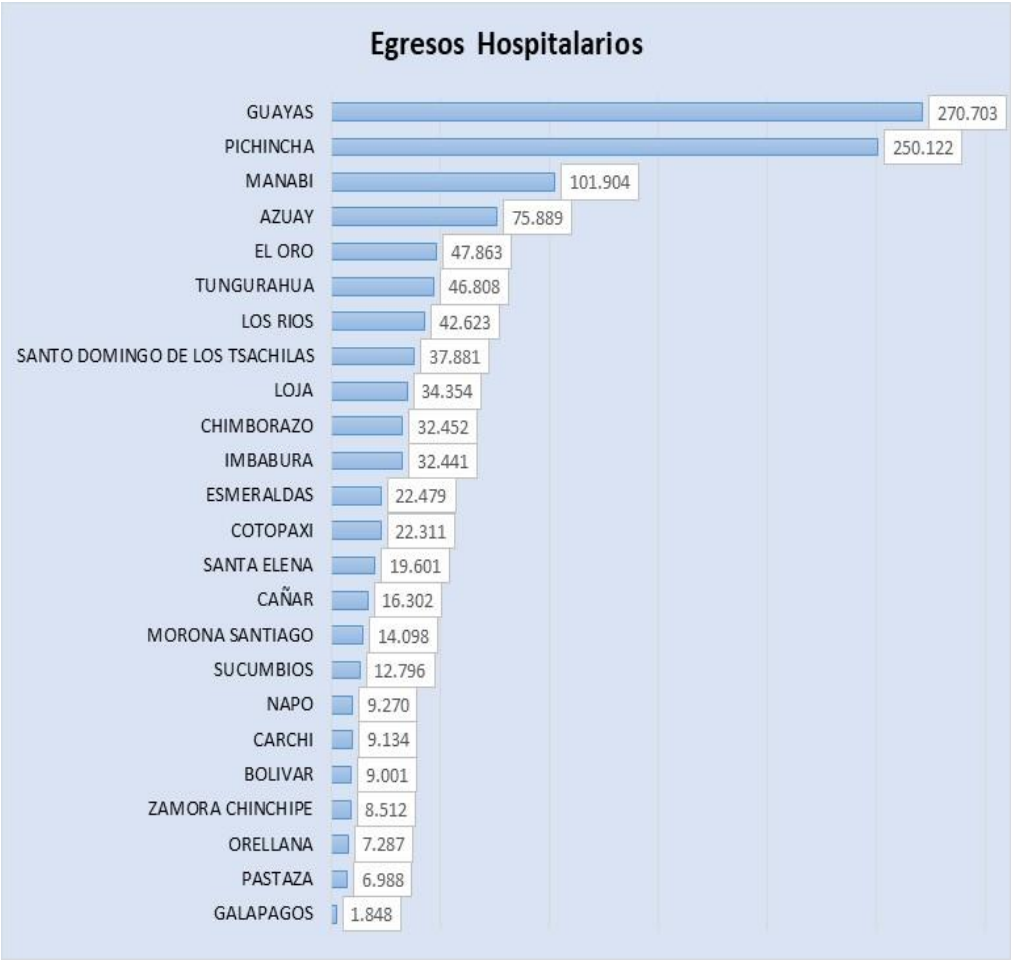
En este marco, la demanda de atención hospitalaria ha mostrado una tendencia creciente, reflejada en los datos del Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2024 del INEC.

Los egresos hospitalarios comprenden todas las salidas de pacientes de un hospital, ya sea por alta médica, traslado, defunción u otros motivos. Esta información permite conocer la *demanda de atención hospitalaria*, caracterizar los perfiles de morbilidad y mortalidad, y evaluar la eficiencia del sistema de salud; los datos de egresos hospitalarios permiten analizar variables como la causa principal de atención, edad, sexo, y duración de la estancia, lo cual es esencial para la toma de decisiones estratégicas.

La base de egresos hospitalarios es una herramienta esencial para la *caracterización del modelo de atención* y el dimensionamiento de la población objetivo. Su análisis permite identificar patrones de enfermedad, evaluar la carga hospitalaria y orientar la asignación de recursos.

Según cifras del INEC, Ecuador registró 1.132.667 egresos hospitalarios, siendo las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay en las que se registran el mayor número, lo cual se encuentra directamente relacionado con la densidad y tamaño de su población la disponibilidad de infraestructura hospitalaria.

Ilustración 5. Egresos hospitalarios MSP



Fuente: INEC Registros Estadísticos de Camas y Egresos Hospitalarios, 2024
Elaborado: Dirección de Planificación e Inversión MSP

Además, en 2024 Ecuador contó con:

- 23.726 camas hospitalarias (14.328 públicas y 9.398 privadas)
- 1,32 camas por cada 1.000 habitantes
- 2.126 camas de cuidados intensivos, con un incremento del 3,45% respecto a 2023

Este panorama refleja una leve contracción en la demanda de hospitalización, posiblemente asociada a cambios en el perfil epidemiológico, mejoras en atención primaria o variaciones en la gestión hospitalaria.

2.2.1.3. Camas Hospitalarias

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el número de camas por cada 1.000 habitantes debe ser 2,7. En 2024, Ecuador registró 1,32 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, manteniéndose muy por debajo del estándar recomendado por la OMS de 2,7 camas; esta diferencia de 1,38 camas por cada 1.000 habitantes respecto al parámetro

internacional evidencia una brecha estructural persistente en la capacidad instalada del sistema hospitalario ecuatoriano. La situación es más crítica en zonas de menor densidad poblacional y difícil acceso, como la región Amazónica, donde la tasa de camas disponibles se mantiene por debajo del promedio nacional, con valores cercanos a 1,17 camas por cada 1.000 habitantes según estimaciones previas.

En términos absolutos, Ecuador dispone de 23.726 camas hospitalarias (14.328 en el sector público y 9.398 en el privado), incluyendo 2.126 camas de cuidados intensivos, lo que representa un incremento del 3,45% respecto a 2023. Sin embargo, este crecimiento sigue siendo insuficiente para cerrar la brecha con los estándares internacionales, especialmente en contextos de alta demanda como emergencias epidemiológicas, zonas rurales o poblaciones vulnerables.

Tabla 18. Índice de Camas Disponibles, Egresos Hospitalarios, Defunciones Hospitalarias, camas por cada mil habitantes

Regiones y Provincias	Proyección Población ^{1/}	Número de camas hospitalarias disponibles	Egresos hospitalarios	Defunciones hospitalarias	Camas disponibles por 1.000 habitantes
Nacional	17.966.573	23.726	1.132.667	17.724	1,32
Región Sierra:	7.795.261	11.717	566.695	8.693	1,5
Región Costa:	9.161.596	10.904	505.173	8.323	1,19
Región Amazónica:	979.634	1.060	58.951	691	1,08
Región Insular:	30.082	45	1.848	17	1,5

1/ INEC Las estimaciones utilizadas en los diferentes indicadores presentados en esta publicación corresponden a resultados del ejercicio de Estimación y Proyecciones de Población, revisión 2024.
Fuente: INEC Registros Estadísticos de Camas y Egresos Hospitalarios, 2024
Elaborado: Dirección de Planificación e Inversión MSP

2.2.1.4. Diagnósticos frecuentes asociados a egresos hospitalarios

Durante el año 2024, los cálculos en la vesícula biliar se posicionaron como la principal causa de hospitalización en Ecuador, con más de 51.000 casos registrados; le siguen la neumonía y la apendicitis aguda, con cifras superiores a los 26.000 egresos cada una.

Tabla 19. Diez principales causas de morbilidad 2024

N° Orden	Código CIE-10	Causas	Número de egresos	%
1°	K80	Colelitiasis	51.781	4,57%
2°	J18	Neumonía, organismo no especificado	26.379	2,33%
3°	K35	Apendicitis aguda	26.096	2,30%
4°	N39	Otros trastornos del sistema urinario	20.472	1,81%
5°	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	18.870	1,67%
6°	S82	Fractura de la pierna, inclusive del tobillo	17.396	1,54%
7°	S52	Fractura del antebrazo	15.948	1,41%
8°	K40	Hernia inguinal	15.853	1,40%
9°	O65	Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna	15.752	1,39%
10°	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	13.173	1,16%

N° Orden	Código CIE-10	Causas	Número de egresos	%
	O80 3/	Parto único espontáneo	49.756	4,39%
	O82 3/	Parto único por cesárea	36.078	3,19%
	O81, O83,O84 3/	Otros partos	376	0,03%
	R00-R99 4/	Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (CAP. XVIII)	16.774	1,48%
		Las demás causas de morbilidad	807.963	71,33%

Fuente: INEC Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios 2024
Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

En el caso de los hombres, los cálculos vesiculares lideran las causas, seguidos por neumonía y apendicitis.

Tabla 20. Diez principales causas de morbilidad en hombres 2024

N° Orden	Código CIE-10	Causas	Número de egresos	%	Tasa 2/
1°	K80	Colelitiasis	15.659	3,57%	17,56
2°	J18	Neumonía, organismo no especificado	13.571	3,10%	15,22
3°	K35	Apendicitis aguda	13.477	3,08%	15,12
4°	K40	Hernia inguinal	12.362	2,82%	13,87
5°	S82	Fractura de la pierna, inclusive del tobillo	11.556	2,64%	12,96
6°	N40	Hiperplasia de la próstata	10.932	2,50%	12,26
7°	S52	Fractura del antebrazo	10.170	2,32%	11,41
8°	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	8.979	2,05%	10,07
9°	S42	Fractura del hombro y del brazo	7.399	1,69%	8,30
10°	S06	Traumatismo intracraneal	6.508	1,49%	7,30
	R00-R99 3/	Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (CAP. XVIII)	7.826	1,79%	
		Las demás causas de morbilidad	319.681	72,97%	

2/ Tasas por 10.000 hombres
Fuente: INEC Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios 2024
Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

En el caso de las mujeres, además de los cálculos, destacan los egresos por trabajo de parto obstruido y trastornos del sistema urinario.

Tabla 21. Diez principales causas de morbilidad en mujeres 2024

N° Orden	código CIE-10	Causas	Número de egresos	%	Tasa 2/
1°	K80	Colelitiasis	36.122	5,20%	39,91
2°	O65	Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna	15.752	2,27%	17,40
3°	N39	Otros trastornos del sistema urinario	15.113	2,18%	16,70

N° Orden	código CIE-10	Causas	Número de egresos	%	Tasa 2/
4°	O23	Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	13.173	1,90%	14,55
5°	J18	Neumonía, organismo no especificado	12.808	1,84%	14,15
6°	K35	Apendicitis aguda	12.619	1,82%	13,94
7°	D25	Leiomioma del útero	12.610	1,82%	13,93
8°	O99	Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio	12.226	1,76%	13,51
9°	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	9.891	1,42%	10,93
10°	O14	Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] con proteinuria significativa	8.754	1,26%	9,67
	O80 3/	Parto único espontáneo	49.756	7,16%	
	O82 3/	Parto único por cesárea	36.078	5,19%	
	O81, O83, O84 3/	Otros partos	376	0,05%	
	R00-R99 4/	Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (CAP. XVIII)	8.948	1,29%	
		Las demás causas de morbilidad	450.321	64,84%	

2/ Tasas por 10.000 mujeres

Fuente: INEC Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios 2024
Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

En niños, la dificultad respiratoria constituye el principal motivo de hospitalización, evidenciando la necesidad de fortalecer la atención pediátrica especializada.

Tabla 22. Diez principales causas de morbilidad infantil año 2024

N° Orden	Código CIE-10	Causas	Número de egresos	%	Tasa 2/
1°	P22	Dificultad respiratoria del recién nacido	8.967	13,93%	342,01
2°	P59	Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	6.353	9,87%	242,31
3°	P36	Sepsis bacteriana del recién nacido	4.871	7,57%	185,78
4°	J18	Neumonía, organismo no especificado	3.414	5,30%	130,21
5°	P00	Feto y recién nacido afectado por condiciones de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo presente	2.785	4,33%	106,22
6°	P07	Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra par	2.755	4,28%	105,08
7°	P55	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido	2.619	4,07%	99,89
8°	A09	Otras gastroenteritis y colitis de origen infeccioso y no especificado	2.192	3,41%	83,61
9°	P03	Feto y recién nacido afectados por otras complicaciones del trabajo de parto y del parto	1.572	2,44%	59,96
10°	J21	Bronquiolitis aguda	1.537	2,39%	58,62
	R00-R99 3/	Signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, NCOP (CAP. XVIII)	476	0,74%	18,16
		Las demás causas de morbilidad	26.825	41,68%	

2/ Tasas por 10.000 menores de un año

Fuente: INEC Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios 2024
Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

2.2.1.5. Defunciones hospitalarias en Ecuador

El INEC reportó que en 2024 se registraron 17.724 defunciones hospitalarias, lo que equivale a una tasa de 0,99 fallecimientos por cada 1.000 habitantes. Esta cifra representa una reducción de 1.614 muertes respecto al año anterior, lo que podría reflejar mejoras en la capacidad resolutive del sistema hospitalario o cambios en el perfil epidemiológico nacional.

Tabla 23. Defunciones hospitalarias 2024

Regiones y Provincias	Proyección Población	Defunciones hospitalarias
Nacional	17.966.573	17.724
Región Sierra:	7.795.261	8.693
Región Costa:	9.161.596	8.323
Región Amazónica:	979.634	691
Región Insular:	30.082	17

Fuente: INEC Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios 2024
Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

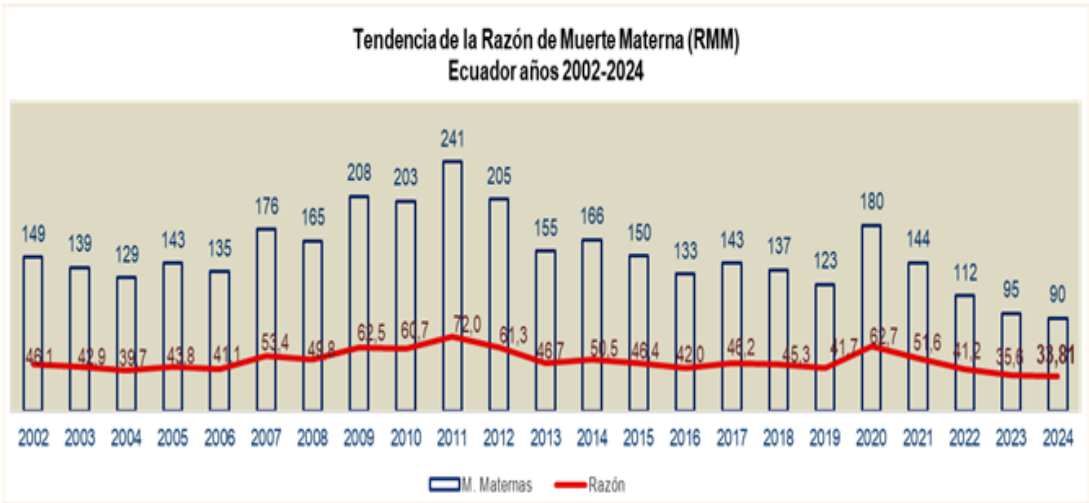
2.2.1.6. Vigilancia de la Salud

Mortalidad Materna

La mortalidad materna representa un desafío crítico de salud pública debido a su alta incidencia, la gravedad de sus consecuencias y la vulnerabilidad de la población afectada, es uno de los indicadores más sensibles para evaluar el funcionamiento de un sistema de Salud, puesto que, refleja directamente la capacidad de respuesta en la atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y posparto. Su reducción depende de factores clave como la accesibilidad y calidad de los servicios, la oportunidad en la atención de emergencias obstétricas, la disponibilidad de profesionales capacitados, insumos adecuados y la cobertura de controles prenatales.

En Ecuador la razón de mortalidad materna ha mostrado fluctuaciones en los últimos años, con un notable aumento en el año 2020, donde se registró una razón de 65 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, cifra significativamente superior al promedio de años anteriores. Este incremento se atribuye principalmente al impacto de la pandemia de COVID-19, que, al igual que en muchos países de la región, generó múltiples dificultades en la atención materna.

Gráfico 1. Tendencia de la Razón de Muerte Materna - Ecuador año 2002 al año 2024



Fuente: INEC-MSP
Elaborado: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Esta problemática de salud pública, durante el año 2024 según el lugar de residencia sucedieron en las provincias de Guayas 26 MM, Manabí 8 MM, Los Ríos y Esmeraldas 7 MM cada una, Pichincha y Santa Elena 6 MM en cada una, y en Napo 5 MM, además según la Tasa de MM por provincia de residencia y por 10.000 embarazadas las provincias con las tasas más altas son Napo (25.4), Pastaza (18,2), Santa Elena (10.5), Sucumbíos (9.9) y Esmeraldas (8.4) (MSP, Gacetas de Muerte Materna).

En el año 2026 SE 23 se registran 37 MM, las provincias con mayor número de muertes maternas son: Guayas 11 MM, Pichincha 6 MM, 4 MM en la provincia de Esmeraldas, 2 MM en las provincias de Manabí, Santo Domingo, Bolívar, El Oro, Orellana, y Morona Santiago; 1 MM en las provincias de Cotopaxi, Cañar, Pastaza y Zamora. Las provincias con mayor Tasa de MM por provincia de residencia y por 10.000 embarazadas a la (SE) 23 son Orellana (11.3), Esmeraldas (7.4), Morona Santiago (7.3), Pastaza (6.1) y Zamora (6.2) (MSP, Gacetas de Muerte Materna, s.f.).

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 5 afroecuatorianas respectivamente, no se registró ningún caso en el pueblo montubio en estos años, para el 2025 como dato preliminar se tiene 9 en población indígena, 6 afroecuatorianas, y 4 montubias, estos datos reflejan las inequidades al acceso de los servicios públicos en este grupo poblacional minoritaria.

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

Tabla 24. 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	35,6
2024	90	34,2
2025*	84*	0,0 (pendiente información por búsqueda activa)

Fuente: Gaceta epidemiológica de muerte materna.
Actualizado: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Como se puede observar en la tabla anterior, la mortalidad materna ha disminuido de manera progresiva a lo largo del período analizado. El año 2020* registró el valor más alto, con 180 muertes y una RMM de 62,7, cifra que se relaciona con el impacto de la pandemia por COVID-19, la cual limitó el acceso oportuno a los servicios de salud obstétricos.

A partir de 2021, las cifras muestran un descenso constante (144 → 112 → 95 → 90 → 84*), lo que refleja un avance sostenido en la reducción de muertes maternas, esta reducción se a relentecido, en los últimos 3 años.

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

De igual manera, se analizaron los datos de mortalidad materna a nivel desconcentrado, ocurrida según lugar de residencia durante el período 2020–2026, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 25. Muertes maternas según lugar de residencia

Provincia Residencia	2020*	2021	2022	2023	2024	2025*	2026 (SE 23)
Azuay	10	3	5	4	2	7	
Bolívar	2	2	4		2	2	1
Cañar		4		4	1	3	1
Carchi		3	1	1			1
Chimborazo	7	7	3	3	3	3	1
Cotopaxi	8	4	1	4	1	1	1
El Oro	11	8	3	6	5	3	4
Esmeraldas	9	4	12	5	7	6	6
Guayas	43	38	31	33	26	20	8
Imbabura	5	1	3	2	1	1	
Loja	7	4	2	1	1		
Los Ríos	10	12	12	5	7	10	2
Manabí	21	8	9	5	8	4	1
Morona Santiago	3	3	3	1	1	2	2

Provincia Residencia	2020*	2021	2022	2023	2024	2025*	2026 (SE 23)
Napo	2	3	2		5	3	
Orellana	3	4		1			3
Pastaza	1	5	2		3	1	1
Pichincha	19	14	8	6	6	6	3
Santa Elena	8	6	5	3	6	6	
Santo Domingo	5	2	2	4	2	2	1
Sucumbíos	1	4	1	1	3	1	
Tungurahua	4	4	3	6		2	
Zamora	1	1				1	1
Total	180	144	112	95	90	84	37

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
Elaboración: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La evolución de la mortalidad materna por provincia en Ecuador entre 2020 y 2026 (hasta la semana epidemiológica 23 de 2026) muestra una reducción significativa de 180 en 2020 a 84 en 2025, con una tendencia general a la baja, aunque con fluctuaciones provinciales.

- Provincias como Guayas, Manabí y Azuay presentan los valores absolutos más altos de muertes, aunque también evidencian una tendencia decreciente a lo largo del periodo.
- Otras provincias, como Esmeraldas, Los Ríos y Chimborazo, muestran variaciones interanuales, sin una tendencia completamente clara, pero con cifras relativamente altas en algunos años.
- Provincias con menor población, como Zamora y Napo, registran cifras bajas o esporádicas, sin embargo, debido a su tamaño poblacional representan tasas más altas de mortalidad.
- En general, la disminución sostenida a nivel nacional refleja avances en la atención materna, aunque se identifican áreas con persistencia de mortalidad que requieren atención focalizada.

Este análisis refleja la necesidad de fortalecer los servicios de salud en provincias con mayores cifras y mantener el seguimiento en todo el territorio para continuar reduciendo la mortalidad materna.

Salud Mental

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), tres de los diez principales factores de riesgo que contribuyen a la carga mundial de enfermedad están vinculados con la salud mental: las relaciones sexuales sin protección, el consumo de tabaco y el uso de alcohol (PAHO, s.f.). Estos trastornos impactan transversalmente a todas las sociedades y grupos de edad, generando consecuencias económicas, familiares y sociales significativas. Entre las afecciones más prevalentes se encuentran la depresión, los trastornos por uso de sustancias, la esquizofrenia y el trastorno bipolar, y el comportamiento suicida, que en conjunto representan más de un tercio de los años vividos con discapacidad.

En el contexto nacional, la problemática de salud mental se refleja en el incremento de casos de ansiedad, depresión y trastornos asociados al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Entre 2018 y 2024, los motivos de consulta presentan variaciones según el grupo etario: en la infancia predominan los trastornos del desarrollo psicológico (59%); en la adolescencia, el retraso mental (21%) y los trastornos emocionales (18,7%); mientras que en jóvenes, adultos y adultos mayores sobresalen los trastornos neuróticos y aquellos relacionados con la ansiedad y el estrés (32,3%; 40,7%; 32,3%, respectivamente), seguidos por los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión (18,5%; 21,9%; 16,4%) (MSP, 2024). Por otra parte, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), durante el año 2024 se registraron 1.172 muertes por suicidio en el país, lo que corresponde a una tasa nacional de 6,52 por cada 100.000 habitantes; de ellos, el 76,71 % de las personas que murieron por suicidio fueron hombres, mientras que el 23,29 % correspondió a mujeres, estableciendo una razón de 3:1 (por cada tres hombres que se suicidan, lo hace una mujer). Las edades con mayor concentración de casos (412 en total) se ubican entre los 17 y 28 años, siendo la edad más temprana registrada de 8 años.

Durante el año 2024, las principales causas de morbilidad por egresos hospitalarios estuvieron asociadas a los trastornos del estado de ánimo (F30-F31), con una prevalencia del 28,1%, seguidos por los trastornos neuróticos y relacionados con el estrés (F40-F41) con el 21,5%, y los trastornos mentales y del comportamiento derivados del consumo de sustancias (F10-F19) con el 10%. Las provincias con mayor número de egresos hospitalarios fueron Pichincha, Guayas y Tungurahua.

Tuberculosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), estimó para Ecuador una incidencia de tuberculosis de 58 casos por 100 mil habitantes para el año 2024; de acuerdo a la información consolidada por esta cartera de Estado, la tendencia del quinquenio ha tenido este comportamiento:

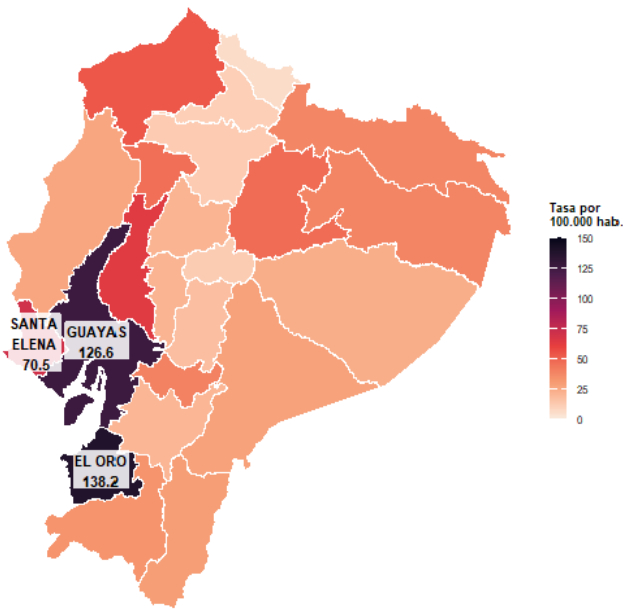
Tabla 26. Comportamiento de la tuberculosis en el quinquenio 2020 - 2025

Indicadores	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Incidencia de TB	31,2	33,6	38,2	45,6	51,5	56,4
Tasa de mortalidad por TB (por 100000 habitantes)	1,5	1,8	1,8	2,1	3,6	S/D

Fuente: Sistema de información de tuberculosis, MSP 2020-2025
Elaborado por: ENPCTBL

El Ecuador ha fortalecido progresivamente su capacidad diagnóstica en TB mediante la expansión del uso de pruebas moleculares. De acuerdo a la distribución de la enfermedad de TB, las provincias de Guayas, El Oro, Los Ríos, Manabí y Santa Elena abarcan el 80% de casos a nivel nacional.

Ilustración 6. Mapa de tasas de incidencia acumulada de tuberculosis por provincia, Ecuador 2025



Fuente: SinfoTB | Proyección Poblacional 2025, Dirección Nacional de Estadística (DNEAIS).
Procesamiento: MSP - Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DINVE) - Unidad de Análisis

Fuente: Boletín de Transparencia de datos de tuberculosis 2023-2025
Elaboración: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles

Virus de Inmunodeficiencia Humana

El Estado ecuatoriano, en cumplimiento de la Constitución, impulsa políticas públicas orientadas a garantizar el acceso integral a la salud y al bienestar de toda la población, con enfoque de derechos humanos.

En este marco, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha fortalecido las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH, así como la articulación con organizaciones de la sociedad civil y grupos de población clave, entre ellos HSH, personas transfemininas y trabajadoras sexuales.

Prevalencia del VIH en el país: La epidemia en el Ecuador es de tipo concentrada, con una mayor prevalencia en mujeres transfemininas (MTF) 18,17 %, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) 10,19%, trabajadores del sexo (TS) 1,04 % y personas privadas de libertad (PPL) 1,3 %.

Situación actual del VIH en el Ecuador: Durante el año 2025, se notificaron 4.678 casos nuevos de VIH/sida, de los cuales el 74% corresponde a hombres y el 26% a mujeres, lo que refleja una razón de sexo de 3:1, es decir, por cada tres hombres diagnosticados, se reporta una mujer con la infección de VIH.

Grupo etario dominante es el de 20 a 49 años de edad, mismo que concentra el 80,29% de los 3.756 casos nuevos; en cuanto al foco territorial, la Región Costa concentra el 63,34% con 2.963 casos nuevos, Guayas aporta el 31,7%.

Cascada de atención: De acuerdo a las estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo técnico del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), indican que para el cierre del 2025 existió 53.475 personas viviendo con VIH en el país, conforme a los datos reportados en el sistema de información del MSP – Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), 51.866 que conocen su estado serológico, 47.076 con diagnóstico de VIH se encuentran en tratamiento antirretroviral y 37.792 alcanzaron una carga viral suprimida bajo el umbral <1.000 copias/ml.

Las personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, es decir, saben que viven con el virus gracias a una prueba de detección positiva, se benefician enormemente de varias maneras. Conocer el diagnóstico permite:

- Iniciar tratamiento antirretroviral temprano: Esto mejora la salud, la calidad de vida y reduce la posibilidad de transmisión.
- Lograr la supresión viral: El tratamiento regular y la carga viral indetectable previenen la transmisión sexual.
- Prevenir complicaciones: El diagnóstico temprano ayuda a controlar el virus antes de que afecte el sistema inmunológico y cause infecciones oportunistas.
- Tomar decisiones informadas: El conocimiento del estado serológico permite a la persona acceder a servicios de salud, apoyo y tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Razones principales para conocer el estado serológico

- Acceso temprano al tratamiento: El tratamiento antirretroviral (TARV) es crucial para mantener un óptimo estado de salud y prevenir la progresión de la enfermedad.
- Reducción de la transmisión: Al lograr una carga viral indetectable, las personas que viven con VIH no transmiten el virus.
- Mejora de la calidad de vida: El tratamiento permite a las personas vivir vidas largas y saludables.
- Empoderamiento y control: Conocer el estado serológico empodera a las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

Existen cerca de 50.000 personas afectadas por VIH atendidas a nivel nacional en las 52 Unidades de Atención Integral del MSP, con la entrega de medicamentos ARV y pruebas de seguimiento de manera gratuita.

De los 4.678 casos nuevos de VIH notificados en el año 2025, el 90% fueron vinculados a las UAI, el grupo de población más afectado se encuentran de 15 a 49 años con cerca del 80%, afectado jóvenes y población económicamente activa.

La tasa de incidencia de VIH en Ecuador varía significativamente entre provincias y entre hombres y mujeres, debido al tamaño poblacional, lo que denota que se encuentra en las 24 provincias del país; hay una clara disparidad geográfica con provincias amazónicas y costeras teniendo tasas significativamente más altas.

Provincias con mayor incidencia:

La incidencia del VIH tiene una dispersión amplia entre las diferentes provincias. Napo tiene la tasa más alta con 0,49 por cada 1.000 habitantes, seguida por Morona Santiago con 0,47, Esmeraldas, 0,48, Santa Elena 0,40, El Oro 0,34, Santo Domingo de los Tsáchilas 0,32 y Guayas con 0,31, Sucumbios 0,29, Orellana 0,28 y Los Ríos 0,27. Esto indica que estas provincias superan la media nacional de 0,26 aumentando el riesgo de nuevos casos es mayor en comparación con otras regiones.

Tabla 27. Distribución de la Tasa de incidencia de VIH/sida por cada 1.000 habitantes por provincia y sexo, Ecuador, 2025

Provincias	Tasa de incidencia por cada 1.000 habitantes		
	Tasa hombre	Tasa mujer	Tasa por provincia
NAPO	0,64	0,34	0,49
MORONA SANTIAGO	0,61	0,33	0,47
ESMERALDAS	0,48	0,35	0,42
SANTA ELENA	0,61	0,18	0,4
EL ORO	0,5	0,19	0,34
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	0,47	0,17	0,32
GUAYAS	0,45	0,17	0,31
PASTAZA	0,44	0,15	0,3
SUCUMBIOS	0,41	0,17	0,29
ORELLANA	0,38	0,17	0,28
LOS RIOS	0,37	0,18	0,27
AZUAY	0,45	0,08	0,26
CARCHI	0,33	0,13	0,23
CAÑAR	0,32	0,14	0,22
MANABI	0,35	0,08	0,22
TUNGURAHUA	0,32	0,1	0,21
IMBABURA	0,28	0,11	0,19
PICHINCHA	0,32	0,07	0,19
COTOPAXI	0,26	0,08	0,17
GALAPAGOS	0,2	0,13	0,17
ZAMORA CHINCHIPE	0,2	0,12	0,16
LOJA	0,2	0,04	0,12
BOLIVAR	0,19	0,05	0,12
CHIMBORAZO	0,2	0,03	0,11
Nacional	0,39	0,13	0,26

Fuente y Elaboración: Proyecto de Fortalecimiento de la Promoción, Prevención y Atención del VIH/Sida, ITS, Coinfección TB/VIH, Hepatitis Virales B y C en el Ecuador

En Ecuador, para el cierre del año 2025, existían aproximadamente 51.866 personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico, lo que significa que han sido diagnosticadas.

La tendencia es claramente ascendente, lo que indica una mejora constante en el acceso al diagnóstico del VIH y en la notificación de resultados a los pacientes.

Tabla 28. Personas que viven con el VIH que conocen su estado, Ecuador, 2018-2025

Personas que viven con el VIH que conocen su estado*	año 2018	año 2019	año 2020	año 2021	año 2022	año 2023	año 2024	año 2025
Hombres (15+)	21.967	25.043	25.349	26.460	30.508	31.799	33.302	35.855
Mujeres (15+)	10.902	12.052	12.181	12.527	14.060	14.222	14.485	15.150

Personas que viven con el VIH que conocen su estado*	año 2018	año 2019	año 2020	año 2021	año 2022	año 2023	año 2024	año 2025
Niños (0-14)	604	698	646	770	732	392	507	862
Total	33.473	37.793	38.176	39.757	45.300	46.413	48.294	51.867

Fuente y Elaboración: Proyecto de Fortalecimiento de la Promoción, Prevención y Atención del VIH/Sida, ITS, Coinfección TB/VIH, Hepatitis Virales B y C en el Ecuador

A pesar de estos avances, persisten desafíos relacionados con el estigma y la discriminación que pueden disuadir a algunas personas de hacerse la prueba o acceder al tratamiento. Es fundamental continuar con campañas de sensibilización y educación para garantizar que todas las personas tengan acceso a la información y servicios necesarios

Leishmaniasis

La leishmaniasis es una enfermedad tropical desatendida de importancia en salud pública, endémica en varias provincias del Ecuador, especialmente en zonas rurales de la Amazonía y la Costa de difícil acceso, donde las condiciones ambientales y socioeconómicas favorecen la transmisión y las condiciones geográficas retrasan la atención y limitan la cobertura.

Se han producido avances significativos con la provisión de medicamentos específicos como el Antimoniato de Meglumine, y Miltefosina; además, en el año 2023 se implementó el tratamiento de termoterapia, actualmente en el país existen 5 equipos distribuidos en provincias con mayor carga de la enfermedad, sin embargo, persisten desafíos que limitan la respuesta institucional.

Tabla 29. Casos anuales de Leishmaniasis 2021 - 2025

Casos Anuales	
Año	Casos
2021	1.295
2022	916
2023	1.045
2024	1.035
2025	1.334
Total	5.625

Fuente: Gacetas epidemiológicas <https://www.salud.gob.ec/gacetas-vectoriales/>

Entre 2021 y 2025 se notificaron 5.625 casos de Leishmaniasis, con un promedio anual de 1.125. El mayor registro se dio en 2025 con 1.334 casos, reflejando un pico epidémico, seguido de una disminución en 2022 (916 casos) y una estabilización posterior cercana al millar de casos anuales.

En el año 2025 se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica 1.334 casos de leishmaniasis, lo que representa una tasa del 7.47 por 100.000 habitantes, de los cuales el 35,38 % (472 casos) correspondió a mujeres y el 64,62 % (862 casos) a hombres, la mayoría de casos fueron de tipo cutánea y en menor número las muco cutáneas. La distribución por sexo muestra una mayor carga de enfermedad en la población masculina, posiblemente asociada a una mayor exposición a los vectores en actividades laborales y recreativas

Tabla 30. Tasa de Leishmaniasis por provincia, Ecuador 2026

Provincia	Casos	Tasa (por 100.000 habitantes)
Morona Santiago	251	106,34
Zamora Chinchipe	100	82,29
Pastaza	66	53,07
Orellana	83	45,38

Provincia	Casos	Tasa (por 100.000 habitantes)
Sucumbíos	90	41,01
Napo	49	34,61
Santo Domingo	113	20,09
Bolívar	24	11,02
Esmeraldas	66	10,48
Pichincha	267	8,77
Imbabura	28	5,82

Fuente: Gacetas epidemiológicas <https://www.salud.gob.ec/gacetas-vectoriales/>

Las diez provincias con las tasas más altas se presentan en la tabla anterior, en donde se evidencia que la leishmaniasis se concentra principalmente en provincias de la Amazonía, así como en provincias de la Costa y en determinados sectores de la Sierra que presentan condiciones ecológicas propicias para la presencia y proliferación de los flebótomos (mosquitos transmisores de la enfermedad), lo que favorece la transmisión del parásito y la ocurrencia de casos en estas zonas. En estas zonas, los factores críticos son la dispersión geográfica, el acceso limitado a servicios de salud y la presencia de vectores en ambientes rurales. (MSP, Gacetas semanales de reporte de vigilancia de enfermedades epidemiológicas, s.f.).

Inmunizaciones

La vacunación con bacilo Calmette-Guérin (BCG) constituye una de las principales estrategias de prevención frente a las formas graves de tuberculosis en la infancia. Su aplicación temprana, idealmente dentro de las primeras 24 horas de vida, ofrece una protección estimada del 80% contra las presentaciones más severas de la enfermedad, como la tuberculosis meníngea y miliar. No obstante, la eficacia de esta inmunización tiende a disminuir progresivamente con el transcurso de los años, lo que refuerza la necesidad de asegurar su administración oportuna en el período neonatal.

El análisis histórico de la cobertura de la vacuna BCG en menores de un año evidencia una tendencia decreciente en el periodo 2019–2024. En 2019 se alcanzó la cobertura más alta (96,98%), superando el umbral del 95% recomendado por la OMS. Sin embargo, a partir de 2020 se observa una reducción progresiva: 92,64% en 2020, 88,90% en 2021, una leve recuperación en 2022 con 91,82%, seguida nuevamente de descensos en 2023 (88,60%) y 2024 (87,79%) y 2025 (72,65%).

Tabla 31. Cobertura de vacunación de BCG en menores de 1 año (2019 – 2025)

Año	Dosis aplicadas	Población menor de 1 año	Cobertura de vacunación
2.019	286.859	295.802	96,98%
2.020	266.961	288.175	92,64%
2.021	248.812	279.868	88,90%
2.022	250.037	272.315	91,82%
2.023	236.026	266.407	88,60%
2.024	230.160	262.185	87,79%
2.025	188.292	259.168	72,65%

Fuente: Plataforma de Registro de atenciones en salud/Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud.

Elaborado por: Dirección Nacional de Inmunizaciones

2.2.1.7. Promoción de la Salud

Bares escolares

El consumo excesivo de alimentos de alta densidad calórica que contienen elevados niveles de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres y/o sal; combinados con actividad física insuficiente, contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas no

transmisibles. El informe de FAO y OPS sobre políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad; señala que las políticas públicas deben contribuir a transformar los sistemas y los entornos alimentarios para que sean más saludables.

El sobrepeso y la obesidad, junto a las enfermedades no transmisibles asociadas, se han convertido en uno de los principales problemas de salud en el mundo y afecta de manera importante a la población de niños y adolescentes. Su origen se debe a varios factores, entre los que se encuentran los cambios en los patrones alimentarios, mayor consumo de alimentos ultraprocesados (con alto contenido de azúcar, grasa y sodio), la desregulación del mercado, un rápido crecimiento económico, el sedentarismo y la percepción de falta de tiempo.

De acuerdo a ENSANUT 2018, el 35,4% de niños de 5 a 11 años presentan sobrepeso y obesidad siendo la prevalencia mayor en el área urbana con 36,9% en relación en relación al área rural con 32,6%.

Para hacer frente a esta situación, es necesario el desarrollo de políticas públicas que puedan contribuir a transformar los sistemas y favorecer la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos saludables. El Reglamento de Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación fue establecido con la finalidad de promover prácticas alimentarias saludables en el sistema nacional de educación; así como, procurar que los alimentos y bebidas a expendirse por los bares escolares sean inocuos y contribuir a una alimentación nutritiva, variada y suficiente a sus usuarios. Las condiciones higiénicas - sanitarias y lineamientos alimentarios y nutricionales, que se monitorean, se refieren a los siguientes aspectos:

1. El personal que manipula los alimentos cumple con las condiciones higiénicas sanitarias.
2. Se expenden alimentos naturales como frutas y verduras.
3. No se expenden alimentos procesados con alto contenido de grasa, sal y azúcar.
4. No se expenden alimentos que contienen cafeína (café, gaseosas, energizantes).
5. No se expenden alimentos (procesados y preparados) con edulcorantes no calóricos naturales y artificiales.
6. No se reutilizan las grasas y aceites para la preparación de alimentos.
7. El bar escolar dispone de agua segura (apta para el consumo humano).

Respecto a la información reportada en el periodo de enero a junio de 2025, se han realizado 2294 visitas de seguimiento y monitoreo de bares escolares, de los cuales se identificó un 71,58% (1.642) de bares escolares que cumplen con condiciones higiénico - sanitarias y lineamientos alimentarios y nutricionales del reglamento.

El cumplimiento de este indicador es el reflejo del seguimiento y monitoreo que se realiza a los Bares Escolares del Sistema Nacional de Educación; en cumplimiento de su Reglamento e Instructivo de Operativización, que son las normativas legales vigentes.

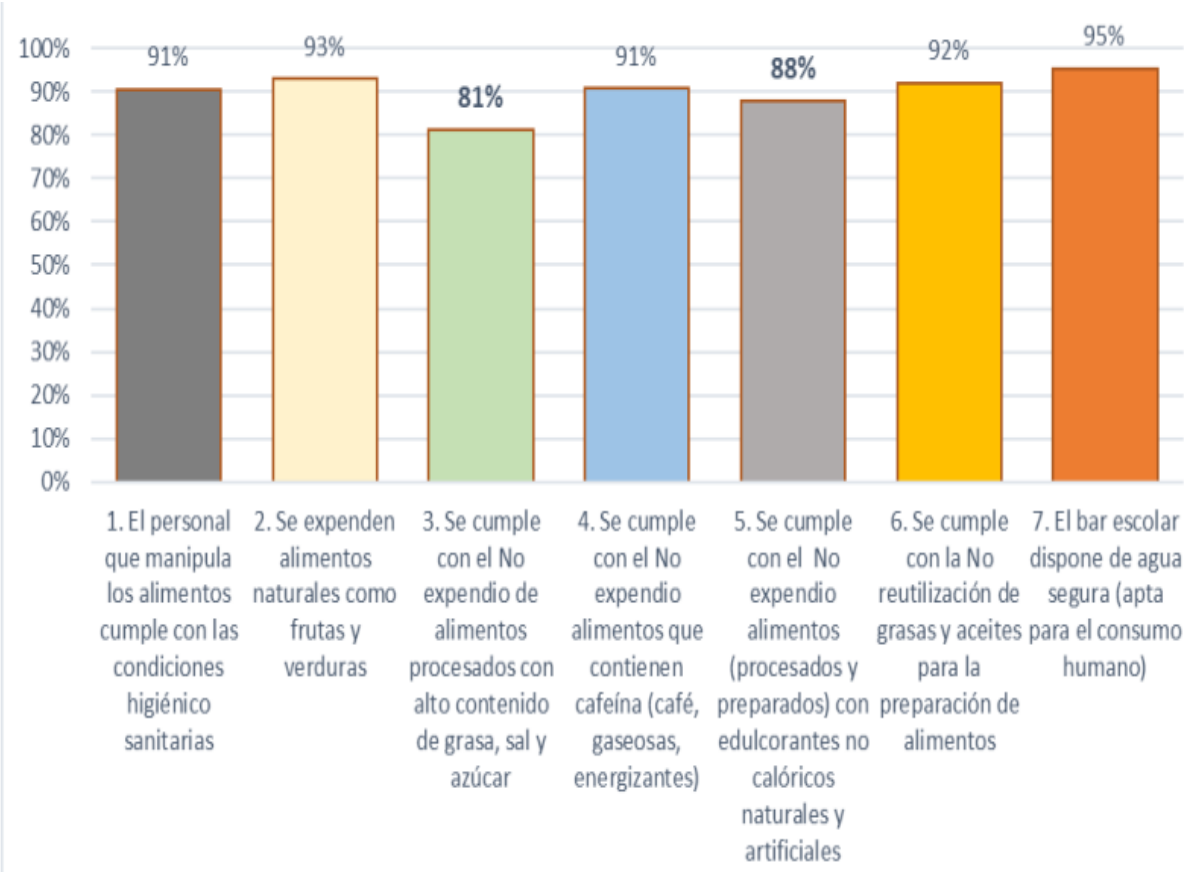
De acuerdo con el cumplimiento de las condiciones higiénico – sanitarias por parte del personal que manipula los alimentos, la mayoría de las 9 Coordinaciones Zonales se ubican por encima del 84%, contando a nivel nacional con un 91% de cumplimiento. En relación con el expendio de frutas y verduras en los bares escolares, a nivel nacional se cumple en un 93%, siendo el porcentaje más bajo en la zona 8 con un 84%.

Por otro lado, el no expendio de alimentos procesados con alto contenido de grasa, sal y azúcar es del 81% a nivel nacional, la Coordinación Zonal 3 y 9 cuentan con el porcentaje más bajo; con un 69% y 63%, respectivamente y las Zonas 1, 5 y 6 con el más alto ubicándose en un 93%, 90% y 89%, respectivamente.

En lo correspondiente a que los bares escolares disponen de agua apta para consumo humano, a nivel nacional se cuenta con 95% de cumplimiento, todas las Coordinaciones Zonales están por encima del 90% de cumplimiento en este parámetro.

Se cataloga que una institución educativa cumple, cuando se verifica la observancia de la totalidad de las 7 condiciones higiénicas sanitarias y lineamientos alimentarios nutricionales.

Gráfico 2. Porcentajes de cumplimiento de cada una de las condiciones higiénico-sanitarias y lineamientos alimentario-nutricionales del reglamento



Fuente: Consolidado Nacional de Seguimiento y monitores de Bares Escolares
Elaboración: Dirección Nacional de Alimentación Saludable

Lactancia materna

Los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna representan una valiosa estrategia para mejorar el acceso a la consejería en cuidado y alimentación materno infantil, mediante la promoción en la salud y garantizando prácticas nutricionales adecuadas desde la gestación hasta los dos años de edad de los niños y niñas.

En Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018, la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en Ecuador fue del 62.5%. Posteriormente, la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI) 2022-2023 evidenció una reducción significativa de este indicador, alcanzando el 51.2%. No obstante, los resultados de la ENDI 2023-2024 muestran una ligera recuperación, registrando una prevalencia de 53,1% de lactancia materna exclusiva en niñas y niños menores de seis meses.

En el análisis histórico el porcentaje de cumplimiento de número de grupos de apoyo a la lactancia materna activos evidencia una tendencia creciente en el periodo 2023-2025, como se describe en la tabla a continuación.

Tabla 32. Análisis Histórico grupos de apoyo a la lactancia materna

Año	Número de grupos de apoyo activos	Número de establecimientos de salud	Porcentaje de cumplimiento reporte trimestral
2023	1514	1538	98,44
2024	1512	1532	98,69
2025	1526	1532	99,22
2026	1531*	1530	99,67 (corte al mes de marzo)

Fuente: Matriz de reporte de funcionamiento de Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna/ Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición.

Elaborado por: Dirección Nacional de Alimentación Saludable y Nutrición

*NOTA: Se contabilizan un total de 1.531 GALM existentes, cifra que supera el número de establecimientos debido a que algunos de ellos disponen de más de un grupo de apoyo a la lactancia materna

Planificación Familiar

Durante el 2025, los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública registraron 1.033.066 atenciones de asesoría en planificación familiar en la población de 20 a 49 años. En el primer semestre de 2026 se reportaron 391.603 atenciones, lo que representa un avance significativo que refleja la demanda y la capacidad de oferta de asesoría en planificación familiar para mujeres y hombres en edad reproductiva (20–49 años). Mantener o aumentar la cobertura es clave para reducir embarazos no planificados, mejorar salud sexual y salud reproductiva, y apoyar metas de equidad en salud. (MSP, Dirección de Promoción de la salud. Ficha Técnica para el reporte de indicadores GPR., 2025).

Es importante considerar que, la provincia del Guayas responde a 260.216 (25,2%) atenciones de asesoría, seguido de la provincia de Pichincha con 198.836 atenciones (19,2%). Las dos provincias corresponden al 44,4% del total nacional del año 2025.

Tabla 33. mujeres de 20 a 49 años. Año 2025 por provincia Cobertura de asesoría en planificación familiar a la población en edad fértil hombres y

Provincia	Cobertura de asesoría en planificación familiar 2025
Azuay	59.141
Bolívar	14.412
Cañar	15.979
Carchi	11.110
Chimborazo	48.236
Cotopaxi	28.778
El Oro	30.503
Esmeraldas	32.438
Galápagos	2.186
Guayas	260.216
Imbabura	21.079
Loja	17.687
Los Ríos	38.197
Manabí	68.943
Morona	24.781
Napo	25.443
Orellana	10.975
Pastaza	8.224
Pichincha	198.836
Santa Elena	20.624
Santo Domingo	19.427
Sucumbíos	20.592

Provincia	Cobertura de asesoría en planificación familiar 2025
Tungurahua	39.381
Zamora	15.818
Total	1.033.006

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información 2025
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes es un problema social y de salud pública producto de varias condiciones estructurales que persisten en varios países a nivel mundial. A nivel regional, América Latina y el Caribe ocupan el segundo puesto con la tasa más alta de embarazos adolescentes en el mundo.

Entre las causas de este problema están claramente identificados problemas estructurales vinculados a los determinantes sociales en sus diferentes dimensiones. La pobreza y falta de oportunidades especialmente en comunidades marginadas incluyendo población indígena y población rural perpetúa la vulnerabilidad de adolescentes, al condicionar su acceso a servicios básicos y con ello a servicios de salud, educación y protección. Por otro lado, la falta de información oportuna y accesible sobre salud sexual y salud reproductiva también contribuye a que las y los adolescentes no cuenten con herramientas para prevenir embarazos tempranos, lo que acentúa su vulnerabilidad, especialmente en contextos de violencia o relaciones coercitivas.

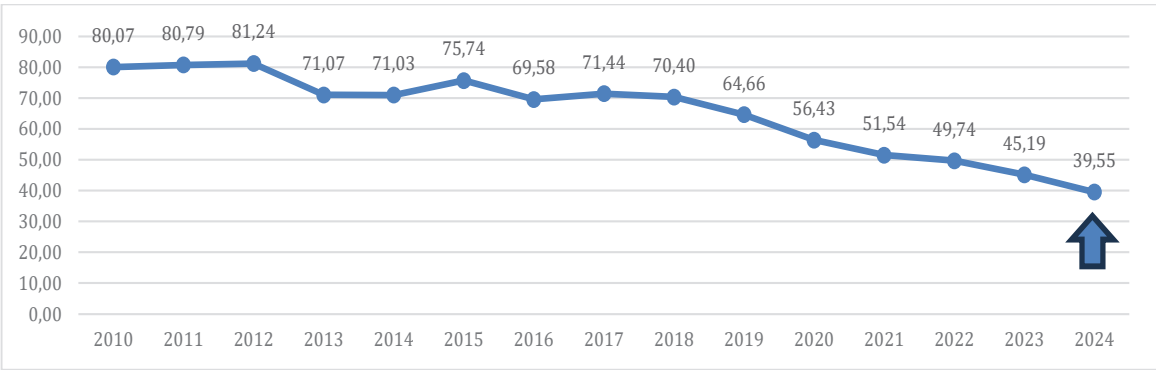
La persistencia de patrones socioculturales negativos, así como la resistencia a hablar de sexualidad en la población general refuerzan las barreras con las que se encuentra la población adolescente al momento de ejercer plenamente sus derechos sexuales y derechos reproductivos. La violencia sexual tiene relación directa con el embarazo en la adolescencia, especialmente el que ocurre en menores de 15 años; y ocurre como resultado de dinámicas de poder asimétricas en las relaciones de género, que perpetúan la subordinación y el control sobre las decisiones y el cuerpo de las adolescentes mujeres, naturalizando situaciones de abuso.

Según el análisis territorial se evidencia que existe una diferencia importante entre las tres regiones del país, siendo la Amazonía sobre todo rural, aquella que agrupa las provincias con las tasas más altas de embarazo en adolescentes en los dos rangos de edad. Es así que, en el grupo etario de 10 a 14 años las provincias con tasas más altas de fecundidad son Morona Santiago (5.85), Napo (5.41), Orellana (4.64) y Zamora Chinchipe (4.47). En lo que respecta al rango etario de 15 a 19 años, las provincias con tasas de fecundidad más altas son Napo (85.64), Morona Santiago (72.65) y Pastaza (67.81). (Registro Estadístico Nacidos Vivos 2024 – INEC).

Las cifras que dan cuenta de la magnitud de la problemática en el país se evalúa mediante la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA), que calcula el número de nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de 10 a 14 años y 15 a 19 años, respectivamente.

Según el gráfico a continuación evidencia una reducción favorable en la tasa específica de fecundidad en el rango etario de 15 a 19 años, puesto que, en el año 2018 la tasa fue de 70,40 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes, lo que corresponde a un total de 54.168 nacidos vivos, y para el año 2024 se colocó en 39,55, que representa a 30.580 nacidos vivos. Estos datos dan cuenta de una reducción de 30,85 puntos (23.588 nacidos vivos menos).

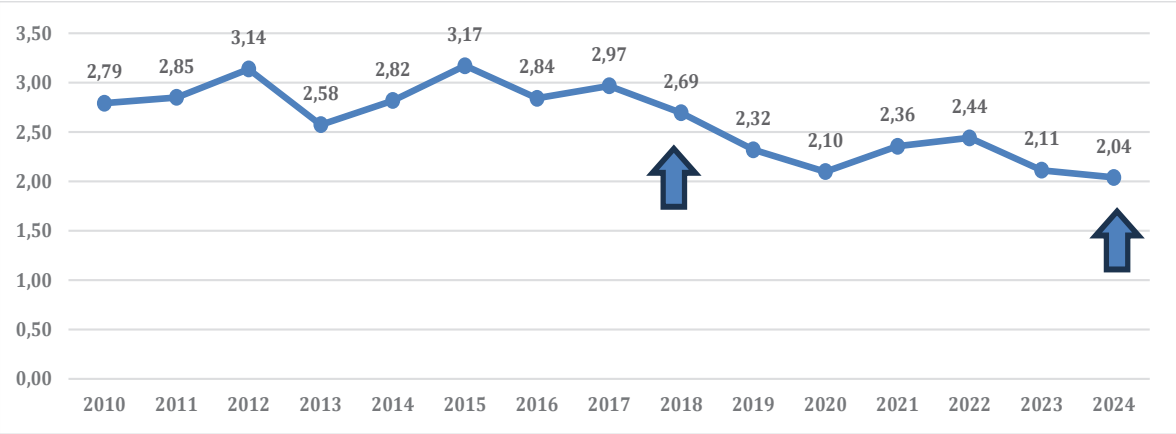
Gráfico 3. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes de 15 - 19 años



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Estadístico de Nacidos Vivos 2025. 2010 – 2024
Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Para el caso del grupo etario de 10 a 14 años, también se ha evidenciado una reducción pues, en el año 2018, la TEFA en este rango de edad fue de 2.69 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes, lo que corresponde a 2.099 nacidos vivos, cifra que para el año 2024 se colocó en 2,04 lo que equivale a 1.621 nacidos vivos, y da cuenta de una reducción de 0.65 puntos (478 nacidos vivos). En este grupo etario resulta importante señalar que, según lo establecido en la normativa vigente, todos estos embarazos son producto de violación, por lo tanto, se constituyen como vulneración a los derechos de las adolescentes, frente a lo cual es fundamental fortalecer la intervención estatal.

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
Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud

Otro de los problemas que enfrentan las adolescentes en sus embarazos y partos son las muertes maternas(MM), el riesgo aumenta drásticamente en las adolescentes más jóvenes; en las menores de 15 años tienen un riesgo cinco veces mayor de morir en relación con el parto que las mujeres de 20 a 24 años. En este sentido, las cifras evidencian la mortalidad materna en el periodo 2019-2024, en el grupo etario de 10 a 14 años se registran 6 (MM) y en el grupo etario de 15 a 19 años 77(MM). (INEC, Registro Estadístico de Nacidos Vivos, 2025).

Parteros/as ancestrales articulados a establecimientos de salud

Las parteras y los parteros ancestrales tradicionales constituyen un actor fundamental dentro de los sistemas comunitarios de salud, especialmente en territorios indígenas, afrodescendientes, montubios y rurales, donde su labor ha sido históricamente

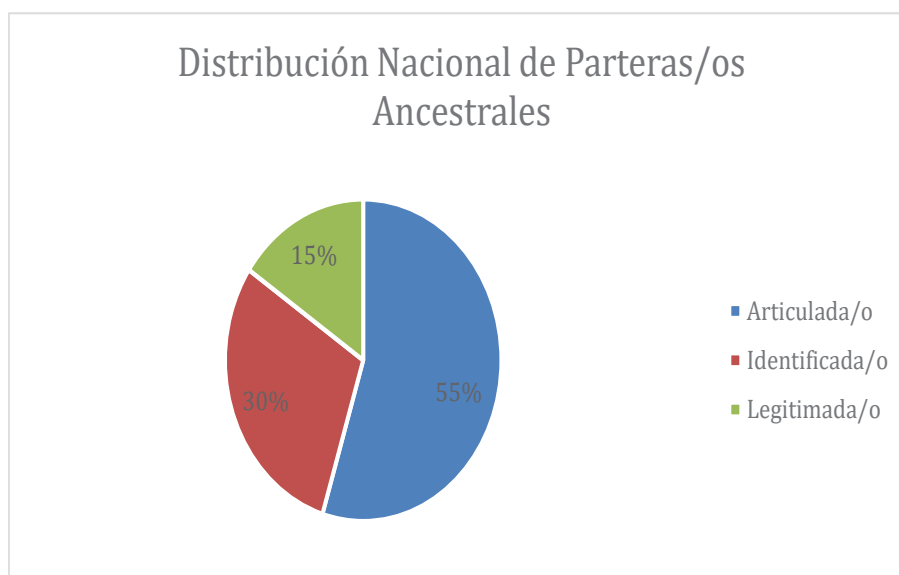
reconocida y valorada por las comunidades. Sus prácticas se basan en conocimientos transmitidos de generación en generación, integrando saberes, prácticas y conocimientos relacionados con el acompañamiento del ciclo reproductivo, la gestación, el parto y el posparto. Estos conocimientos ancestrales fortalecen la atención comunitaria y contribuyen a la preservación de prácticas culturales que forman parte del tejido social de los territorios.

En concordancia con el *Manual de Articulación de Parteras y Parteros Ancestrales del MSP* (2023), el Ministerio de Salud Pública reconoce formalmente su rol dentro del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Este reconocimiento se operacionaliza mediante los procesos de identificación, legitimación y articulación, que buscan articular de manera respetuosa y complementaria los saberes ancestrales con la medicina convencional. La articulación incluye acciones de capacitación conjunta, acompañamiento durante el embarazo, establecimiento de mecanismos de derivación y contrareferencia y participación activa en espacios comunitarios, promoviendo una atención materna y neonatal culturalmente pertinente.

Desde un enfoque de diagnóstico institucional, la situación actual de parteras y parteros evidencia importantes variaciones territoriales en cuanto a su identificación, legitimación y articulación con los establecimientos de salud. El análisis de estos datos permite dimensionar la magnitud de su presencia en las provincias, evaluar la capacidad de respuesta comunitaria y detectar brechas en la coordinación entre los sistemas de salud comunitarios y la red institucional. La articulación de estos actores dentro del sistema de salud no solo mejora la pertinencia cultural de los servicios, sino que también contribuye a garantizar el derecho a una atención respetuosa, segura e intercultural para mujeres, familias y comunidades. En este sentido, el fortalecimiento de la articulación con parteras y parteros ancestrales se constituye en un eje estratégico para el cumplimiento de los objetivos institucionales y para la consolidación de un modelo de salud verdaderamente intercultural en el país.

A continuación, se presenta el análisis cuantitativo y territorial correspondiente al proceso de identificación, legitimación y articulación de parteras y parteros ancestrales. Esta información permite dimensionar la magnitud de su presencia en cada provincia y evaluar el avance institucional respecto a los lineamientos establecidos en el Manual de Articulación del MSP. Los cuadros y gráficos que se detallan a continuación consolidan el estado actual del proceso y constituyen la base para la identificación de brechas, necesidades y oportunidades de mejora en la articulación intercultural.

Gráfico 5. Distribución Nacional de Parteras/os ancestrales

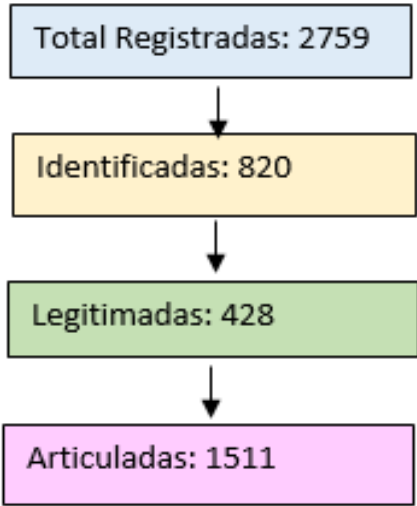


Fuente: Matriz consolidada de hombres y mujeres de sabiduría DNSIE - corte marzo de 2026.

Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad

En el gráfico anterior se observa que la mayoría corresponde al grupo articulado, seguido de identificados y finalmente legitimados. Esto permite evidenciar que, aunque la articulación tiene un avance positivo, aún existe una brecha importante en el proceso de legitimación, clave para el reconocimiento institucional.

Ilustración 7. Flujo del Proceso de Articulación de Parteras/os ancestrales



Fuente: Matriz consolidada de hombres y mujeres de sabiduría DNSIE - corte junio de 2025.
Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad

Totales Nacionales:

- Total registradas: 2,759 parteras/os
 - Articuladas: 1,151 (55%)
 - Identificadas: 820 (30%)
 - Legitimadas: 428 (16%)

Estos valores muestran que más **de las parteras/os registrados se encuentran ya articuladas**, lo que representa un avance considerable hacia el cumplimiento del indicador institucional **propuesto**, que busca incrementar la articulación del 31,27% (2024) al 53,60% para el 2029. Sin embargo, el porcentaje de legitimación permanece bajo, lo que limita la sostenibilidad del proceso.

La tabla a continuación refleja el número total de parteras y parteros según provincia y su estado, información esencial para comprender la heterogeneidad territorial.

Tabla 34. Parteras a nivel nacional por provincias y estado

Provincia	Articulada/o	Identificada/o	Legitimada/o	Total general
AZUAY	41	81	38	160
BOLIVAR	43	21	20	84
CAÑAR	45	28	4	77
CARCHI	15	14	3	32
CHIMBORAZO	130	39	26	195
COTOPAXI	80	46	4	130
EL ORO	23	4	1	28
ESMERALDAS	158	15	10	183

Provincia	Articulada/o	Identificada/o	Legitimada/o	Total general
GUAYAS	44	17	21	82
IMBABURA	69	74	12	155
LOJA	70	45	27	142
LOS RIOS	10	8	3	21
MANABI	81	50	7	138
MORONA SANTIAGO	44	90	48	182
NAPO	151	98	41	290
ORELLANA	97	52	40	189
PASTAZA	85	23	33	141
PICHINCHA	68	12	1	81
SANTA ELENA	20	1	2	23
SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS	29	5	3	37
SUCUMBIOS	114	38	62	214
TUNGURAHUA	46	11	12	69
ZAMORA CHINCHIPE	48	48	10	106
Total general	1511	820	428	2759

Fuente: Matriz consolidada de hombres y mujeres de sabiduría DNSIE – corte marzo de 2026
Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad

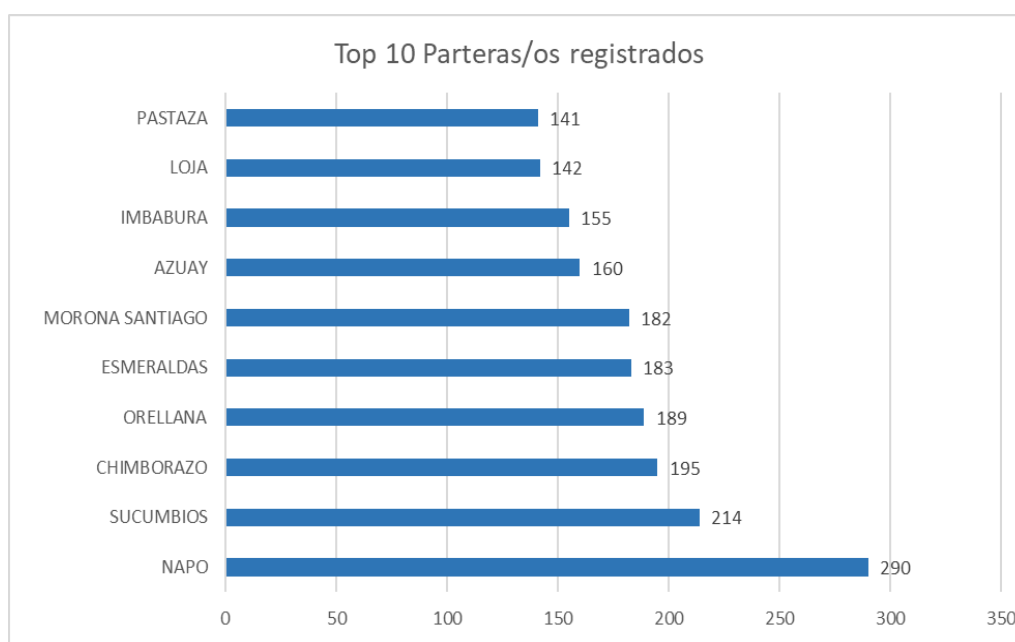
La tabla anterior evidencia que las provincias con mayor volumen de parteras/os son:

- Napo (296), Sucumbíos (214), Chimborazo (195), Orellana (189) y Esmeraldas (183), que en conjunto representan el 39% del total nacional.

La presencia de estos altos volúmenes responde a factores como:

- la fuerte prevalencia de prácticas ancestrales,
- la dispersión geográfica,
- el acceso limitado a servicios institucionales,
- y la continuidad de partería tradicional como práctica comunitaria.

Por otro lado, provincias como **Los Ríos (21)**, **Santa Elena (23)** y **El Oro (28)** muestran volúmenes notablemente menores, lo cual implica retos diferenciados en planificación y supervisión.

Gráfico 6. Provincias con Mayor Volumen de Parteras

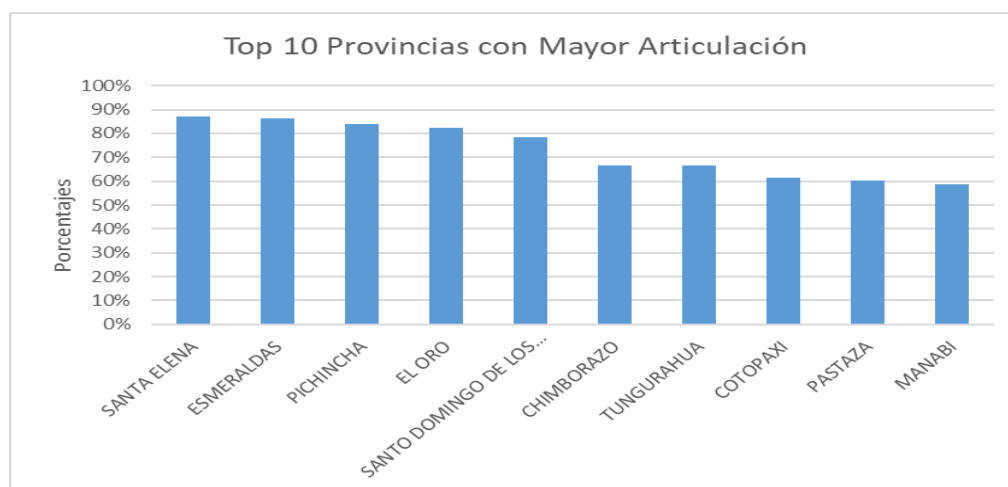
Fuente: Matriz consolidada de hombres y mujeres de sabiduría DNSIE - corte marzo de 2026

Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad

Las provincias con mayor volumen total de parteras son Napo (290), Sucumbíos (214), Chimborazo (195), Orellana (189) y Esmeraldas (183), concentrando en conjunto el 39% del registro nacional. Entre estas, Esmeraldas y Napo destacan no solo por su alta cantidad sino también por elevados porcentajes de articulación (86% y 52%, respectivamente), mientras que Chimborazo presenta una distribución equilibrada entre los tres estados. Sin embargo, provincias como Morona Santiago, a pesar de tener un volumen significativo (182), muestran una articulación muy baja (24%), evidenciando importantes desafíos en la integración del sistema de salud.

Distribución Territorial por Estado (Identificada/o, legitimada/o y articulado/a)

El gráfico a continuación muestra las provincias con los porcentajes más altos de parteras y parteros articulados respecto al total de actores registrados en cada territorio. Destacan Santa Elena, Orellana, Esmeraldas, Tungurahua, Guayas, Santo Domingo, El Oro, Manabí, Bolívar y Loja. Desde un enfoque técnico, estos resultados responden a que varias de estas provincias cuentan con un universo relativamente reducido de parteras/os identificadas/os y legitimadas/os, lo que incrementa la proporción de articulación aun cuando el número absoluto de actores es bajo.

Gráfico 7. Provincias con Mayor Articulación

Fuente: Matriz consolidada de hombres y mujeres de sabiduría DNSIE - corte marzo 2026.

Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad

Desde una perspectiva interpretativa, los elevados porcentajes observados no solo reflejan eficiencia en los procesos de articulación, sino también la capacidad de los equipos locales para coordinar de manera más directa y efectiva con un grupo de actores comunitarios más acotado. Sin embargo, estos porcentajes deben analizarse con cautela: un alto nivel de articulación en provincias con baja base registral puede evidenciar avances importantes, pero también revela la necesidad de fortalecer los procesos de identificación y legitimación para asegurar que la articulación sea sostenible, representativa y adecuada a la realidad territorial.

Análisis por Dimensiones

- Dimensión Cuantitativa
 - Provincia con más parteras: Napo (290)
 - Provincia con menos parteras: Los Ríos (21)
 - Rango de articulación: 24% (Morona Santiago) a 87% (Santa Elena)

- Dimensión Cualitativa

Proporción de Estados por Nivel de Articulación

- Alta (>60%): 4 provincias
- Media-Alta (45-60%): 9 provincias
- Media-Baja (30-45%): 6 provincias
- Baja (<30%): 4 provincias

Clasificación por nivel de articulación

- Alta (>70%): Santa Elena, Esmeraldas, Pichincha, El Oro, Santo Domingo De Los Tsáchilas
- Media-Alta (55-70%): Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi, Pastaza, Manabí, Cañar
- Media-Baja (35-55%): Guayas, Sucumbíos, Napo, Orellana, Bolívar, Loja, Los Ríos, Carchi, Zamora Chinchipe, Imbabura

- Baja (<35%): Azuay, Morona Santiago

Esta clasificación permite priorizar intervenciones. Por ejemplo:

- Morona Santiago presenta 182 personas identificadas, pero solo 44 articuladas, lo cual muestra un desequilibrio significativo.
- Chimborazo muestra una distribución equilibrada y madura, con aportes valiosos para la réplica de su modelo de articulación.

Resumen por Región

La distribución regional evidencia los siguientes patrones:

- **Costa** (444 parteras/os; 58,9% articulación):
Presenta la tasa más alta de articulación, posiblemente asociada a mayor accesibilidad territorial y procesos organizativos más consolidados.
- **Sierra** (1.043 parteras/os; 33,2% articulación):
Es la región con más actores pero menor articulación, lo que sugiere brechas en legitimación, acceso y coordinación interinstitucional.
- **Amazonía** (1.066 parteras/os; 52,7% articulación):
Mantiene el volumen más alto, con buena articulación, destacando el rol comunitario y el valor ancestral de la partería en la región.
- **Insular**:
No se reportan registros para el corte analizado.

Tabla 35. Resumen por Región

Región	Provincia	Total Parteras	% Articulación	Observaciones
Amazonía	6	1122	41%	Mayor articulación
Costa	7	512	19%	Menor articulación
Sierra	10	1125	41%	Volumen más alto
Insular	1	0	0%	Sin datos

Fuente: Matriz consolidada de hombres y mujeres de sabiduría DNSIE - corte marzo 2026.

Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad

Hallazgos Clave

- Fortalezas:
 - Articulación nacional del **44,6%**, una mejora sustancial respecto a años previos.
 - Cuatro provincias superan el **70% de articulación**.
 - La región Amazonía mantiene **alta cobertura y volumen**, siendo un actor estratégico para el indicador nacional.

Oportunidades de Mejora

- Cuatro provincias con menos del 30% de articulación requieren intervención prioritaria.
- Se evidencia un bajo porcentaje de legitimación, lo cual compromete la sostenibilidad del proceso en el tiempo.

El proceso de articulación de parteras y parteros ancestrales muestra avances importantes a nivel nacional. Sin embargo, la distribución territorial revela diferencias significativas en el proceso entre regiones y provincias. Este diagnóstico evidencia la necesidad de **estrategias territoriales diferenciadas**, fortalecimiento de la legitimación y consolidación de la articulación institucional-comunitaria para avanzar hacia un modelo de salud verdaderamente intercultural.

2.2.1.8. Calidad en los servicios de salud

La calidad de la prestación de los servicios de salud se concibe de manera integral, conforme al mandato constitucional que reconoce al Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria nacional; por tanto, la calidad no se limita a la disponibilidad de medicamentos, infraestructura y equipamiento —cuya ejecución corresponde a la Empresa Pública de Abastecimiento, Infraestructura y Logística en Salud (AIL E.P.)—, sino que se expresa en la capacidad del MSP de garantizar continuidad, seguridad, equidad y eficiencia en la atención, mediante el levantamiento y consolidación de necesidades, la planificación estratégica, la regulación normativa y la coordinación de la Red Pública Integral de Salud.

La calidad de las prestaciones de salud en el MSP presenta desafíos estructurales que se expresan en diversas dimensiones de la gestión clínica y organizacional. En materia de seguridad del paciente, persiste un escaso registro y monitoreo de eventos adversos, acompañado de un cumplimiento irregular de los estándares de bioseguridad, lo que incrementa los riesgos asociados a la hospitalización y la incidencia de infecciones intrahospitalarias.

El acceso a servicios de salud de calidad ha sido un desafío histórico debido a desigualdades territoriales, limitaciones en la infraestructura, brechas en la formación del personal sanitario y la falta de mecanismos efectivos para monitorear y garantizar la seguridad del paciente. Estos factores impactan negativamente en importantes indicadores de salud como la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de enfermedades crónicas.

Por lo que, se mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00031 - 2021, donde se aprueba y emite el Manual de Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud que dispone sea de aplicación obligatoria para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, pudiendo ser utilizado también por los demás establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Es un documento para procesos de cumplimiento del ciclo PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar) enfocándose en satisfacer las necesidades del cliente y en la mejora continua).

En este sentido, el Sistema Nacional de Salud del Ecuador ha fortalecido progresivamente estrategias orientadas a garantizar el derecho a la salud mediante servicios accesibles, seguros, oportunos y de calidad. En este contexto, la Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario impulsa acciones relacionadas con la gestión de calidad, seguridad del paciente, monitoreo de indicadores y mejora continua de los servicios sanitarios (MSP, Ministerio de Salud Pública. Reforma al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. 2022;(00))

Bancos de Leche Humana

Los Bancos de Leche Humana, constituyen servicios especializados que contribuyen a la atención integral del recién nacido mediante actividades de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, incluyendo consejería, captación de madres donantes, recolección, procesamiento, control de calidad, almacenamiento y distribución de leche humana pasteurizada (MSP, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual extracción, procesamiento y administración de leche materna 2025. 2025;1–118).

Durante el período 2020-2025, el sector salud enfrentó desafíos derivados de la emergencia sanitaria por COVID-19, cambios en la demanda asistencial y la necesidad de fortalecer mecanismos de seguimiento y sostenibilidad operativa. En este escenario, los Bancos de Leche Humana (BLH) requirieron consolidar procesos de gestión, registro de información y evaluación del desempeño. (Mirian González).

Actualmente, la Dirección Nacional de Calidad realiza el seguimiento del componente BLH mediante indicadores orientados a medir la capacidad operativa y contribución del servicio a la atención neonatal, identificando oportunidades de mejora para garantizar servicios sostenibles y de calidad (ECUADOR).

Contexto general y capacidad instalada del servicio

Los BLH constituyen servicios especializados del Sistema Nacional de Salud orientados a promover, proteger y apoyar la lactancia materna, mediante actividades de consejería, captación de madres donantes, recolección, procesamiento, control de calidad, almacenamiento y distribución de leche humana pasteurizada para recién nacidos que requieren este soporte nutricional y terapéutico (MSP, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual extracción, procesamiento y administración de leche materna 2025. 2025;1–118).

Actualmente, el Ecuador cuenta con 10 Bancos de Leche Humana operativos, distribuidos estratégicamente en establecimientos de salud de referencia nacional, ubicados en las siguientes provincias (MSP, Ministerio de Salud del Ecuador. Gobierno Nacional inauguró el primer Centro de Recolección de Leche Humana del país – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado el 15 de abril de 2026])

Tabla 36. Distribución de Bancos de Leche por provincias

Provincias	Número de BLH
Pichincha	3
Tungurahua	1
Chimborazo	1
Manabí	2
Los Ríos	1
Guayas	1
Azuay	1
Total nacional	10

Fuente: Registros administrativos MSP

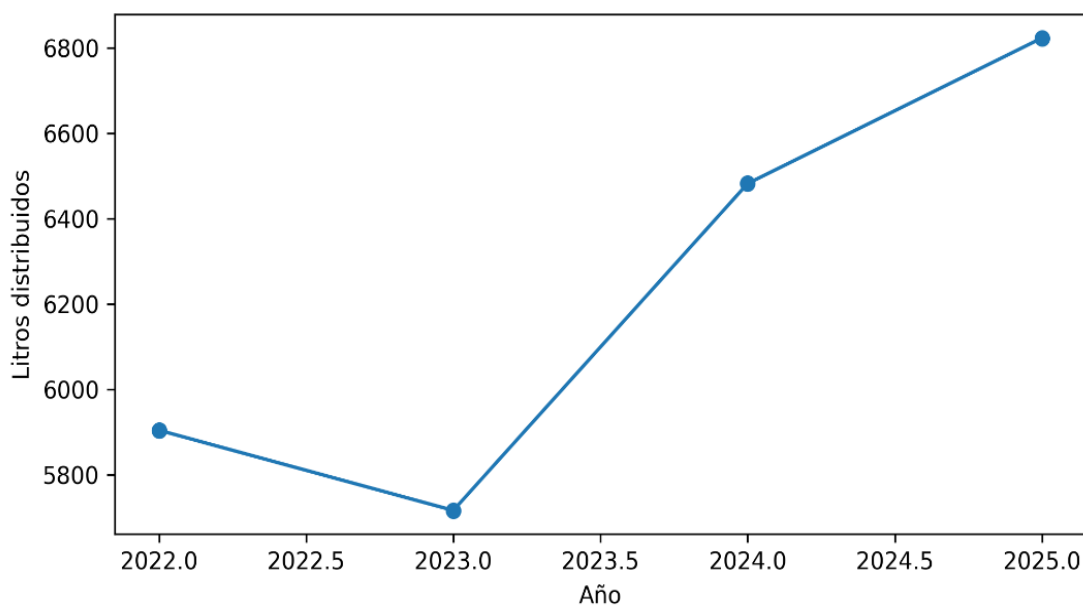
Elaboración: Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario

Esta red permite brindar atención especializada principalmente a recién nacidos hospitalizados, especialmente aquellos con prematuridad, bajo peso al nacer, condiciones clínicas especiales o imposibilidad temporal de recibir leche materna directamente (OMS, OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Instituto Fernandes Figueira /FIOCRUZ– Bancos de Leche Humana en las Américas [Internet]. 2026 [citado el 11 de junio de 2026]).

Evolución de la producción y distribución de leche humana (2022–2025)

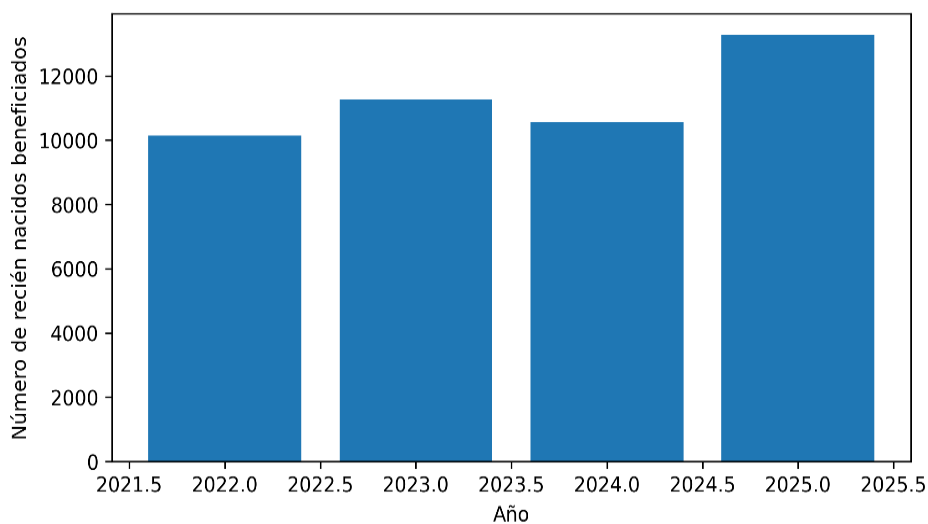
El análisis de los registros administrativos de los BLH evidencia una dinámica variable en la producción y distribución nacional, influenciada por factores operativos, disponibilidad de donantes, demanda asistencial y fortalecimiento progresivo de los procesos institucionales.

Los registros administrativos evidencian una recuperación progresiva de la capacidad de distribución de leche humana. En 2025 se alcanzó el mayor volumen del período analizado, con 6.859 litros distribuidos y 13.280 recién nacidos beneficiados.

Gráfico 8. Leche humana distribuida por los Bancos de Leche Humana

Fuente: Registros administrativos MSP

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

Gráfico 9. Recién nacidos beneficiarios por los Bancos de Leche Humana

Fuente: Registros administrativos MSP

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

Análisis

Durante el período evaluado se observa:

- Un incremento sostenido de la leche humana distribuida, pasando de 5.904 litros en 2022 a 6.859 litros en 2025, evidenciando mayor capacidad de respuesta de los BLH.
- Un aumento progresivo de recién nacidos beneficiados, alcanzando 13.280 receptores en 2025, lo que representa una ampliación del impacto sanitario del servicio.

Calidad del servicio y capacidad de gestión

Desde la perspectiva de calidad sanitaria, los BLH requieren mantener condiciones estandarizadas relacionadas con infraestructura, equipamiento, talento humano capacitado, bioseguridad, trazabilidad y control microbiológico de la leche humana procesada (MSP, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual extracción, procesamiento y administración de leche materna 2025. 2025;1–118).

El Ministerio de Salud Pública a través de su área técnica, ha fortalecido el seguimiento del desempeño de estos servicios mediante la generación de normativa sanitaria institucional. (MSP, Ministerio de Salud Pública. Reforma al Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. 2022;(00)).

Adicional, se estableció como indicador estratégico la proporción de incremento de la cantidad de leche humana distribuida por los BLH, debido a que representa un resultado verificable de la capacidad operativa del servicio y su contribución a la atención neonatal.

El comportamiento histórico del indicador evidencia variabilidad:

- 2020: disminución asociada al impacto de la emergencia sanitaria.
- 2021–2024: recuperación progresiva.
- 2025: crecimiento limitado, reflejando la necesidad de fortalecer acciones de mejora continua y optimización de procesos

Principales problemáticas identificadas

- Variabilidad en la capacidad productiva: La producción de leche humana depende directamente de la disponibilidad de madres donantes, estrategias de captación, seguimiento continuo y capacidad operativa de cada establecimiento (Mirian González).
- Necesidad de fortalecer la gestión basada en datos: Aunque existen registros administrativos, persisten desafíos relacionados con la homogeneidad del registro de información, oportunidad del reporte, comparabilidad entre establecimientos y uso sistemático de indicadores para toma de decisiones.
- Brechas territoriales: La distribución actual de BLH permite cobertura en varias regiones del país; sin embargo, existen provincias sin presencia directa de estos servicios, lo que puede generar barreras de acceso para establecimientos que requieren provisión de leche humana pasteurizada.
- Sostenibilidad operativa: El mantenimiento de la calidad del servicio requiere asegurar el talento humano especializado, equipamiento operativo, insumos permanentes, cumplimiento de normativa técnica y supervisión continua.

Fortalezas institucionales

Entre las principales fortalezas identificadas se encuentra la existencia de una red nacional organizada de BLH, la disponibilidad de registros administrativos para monitoreo del desempeño, la capacidad técnica desarrollada en procesamiento y control de

calidad, la incorporación del componente BLH dentro de la planificación estratégica institucional, la alineación con objetivos nacionales relacionados con primera infancia, nutrición y reducción de desigualdades.

Gestión de la Calidad

Actualmente el MSP, en cumplimiento del Manual de Gestión de la Calidad se implementa la Herramienta de Evaluación de la Gestión de la Calidad de los establecimientos de salud del MSP, la que se encuentra constituida por los siguientes componentes: procesos de calidad de la atención (6); estructura organizacional para la gestión de la calidad en salud (8); seguridad del paciente (4).

Los resultados de esta evaluación por año corresponden:

Tabla 37. Evaluación de la Gestión de la Calidad

Año	Numerador	Denominador	Indicador
2023	243,43	4	81,14%
2024	242,34	3	80,78%
2025	331,3	4	82,83%

Fuente: Registros administrativos MSP
Elaboración: Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario

La gestión de la calidad en los establecimientos de salud constituye, por tanto, el conjunto de mecanismos organizacionales, metodológicos y operativos destinados a promover la mejora continua de los servicios de salud, mediante la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de acciones orientadas a fortalecer la seguridad del paciente, la efectividad clínica, la oportunidad de la atención y la experiencia de los usuarios.

La implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad permite además optimizar el uso de los recursos disponibles en el sistema sanitario. Se estima que los costos asociados a la mala calidad pueden representar entre el 20% y el 40% del gasto total en salud, lo que evidencia que invertir en calidad no solo mejora los resultados sanitarios, sino que también contribuye a una utilización más eficiente de los recursos públicos (1,2).

2.2.1.9. Provisión de Servicios de Salud

Adscripción Territorial

En el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS – FCI, se define como adscripción:

“[...] Fortalecimiento de Primer Nivel de atención como puerta de entrada obligatoria al sistema para lo cual se ha implementado el proceso de inscripción el Primer Nivel debe contar con una base de datos con registro de usuarios a nivel individual y familiar el primer nivel de atención debe tener un carácter multidisciplinario abarca a toda la población se articula en territorio a los otros sectores con el fin de intervenir sobre los determinantes de salud y contribuir al desarrollo integral del territorio y mejoramiento de la calidad de vida de la población de la Población [...]”.

Con este antecedente, el MSP a través de la conformación de mesas técnicas elaboró el documento titulado “Directrices para la Adscripción Territorial en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel del Ministerio de Salud Pública”, este instrumento tiene como propósito establecer lineamientos para el personal operativo y administrativo de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, así como, para los distritos, zonas y la planta central del Ministerio de Salud Pública, a fin de orientar la

implementación y ejecución del proceso de adscripción territorial. Dicho documento fue socializado mediante el Memorando Nro. MSP-VAIS-2025-1039-M de fecha 02 de junio de 2025.

El proceso de adscripción territorial permite además de definir a la población a cargo de un determinado establecimiento de salud, facilitando la coordinación asistencial para la provisión de los servicios, el registro de la adscripción se realiza mediante la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), siendo la herramienta informática que permite la recolección lógica y ordenada de datos en la atención integral de salud, de los establecimientos de primer nivel de atención, con consolidación sistemática de información en tiempo real.

Esta estrategia se lleva a cabo únicamente en los establecimientos de primer nivel de atención, dado que son los responsables de realizar el seguimiento continuo y garantizar el estado de salud de la población adscrita a su jurisdicción. En contraste, los establecimientos de segundo nivel no cuentan con población adscrita, ya que el acceso a sus servicios se efectúa únicamente a través de la referencia proveniente de los establecimientos de primer nivel.

El Ministerio de Salud Pública, a partir del 2023 según su portafolio de servicios, define a la adscripción como: “(...) Servicio orientado a realizar la inscripción de la ciudadanía al establecimiento de salud más cercano; con la finalidad de obtener una atención médica equitativa e integral, de calidad y calidez (...)”.

La Dirección Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes genera el reporte del indicador de Adscripción Territorial, con el siguiente nombre: “Porcentaje de población adscrita a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de salud del MSP que cuentan con la Plataforma de Registro de Atenciones de Salud”.

En este contexto, a través del Memorando Nro. MSP-SRAIPN-2023-1997-M, de fecha 28 de septiembre de 2023, la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en el Primer Nivel remitió a la Dirección de Planificación e Inversión la información correspondiente a las fichas de indicadores y metas para planes institucionales, debidamente validadas, aprobadas y suscritas, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 38. Población Adscrita en los establecimientos de primer nivel MSP

Año	Cobertura
2023	117%
2024	105%
2025	116%

Fuente: Gobierno por Resultados - GPR

Elaboración: Dirección Nacional de Gestión de Usuarios y Pacientes (DNGUP)

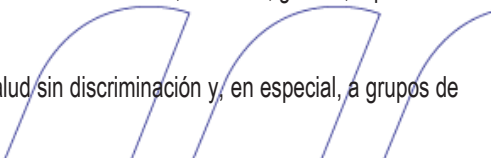
*Nota: se planteará un reajuste de la meta para los años subsiguientes, en virtud del sobrecumplimiento de las metas obtenido en el período de referencia

Cobertura en la provisión de servicios

La atención integral en salud se fundamenta en el perfil epidemiológico del país y las atenciones en salud se entregan a las personas y a las familias considerando especificidades y necesidades de cada grupo etario, asegurando una atención integral durante todo el ciclo de vida.

El Ministerio de Salud Pública, en aplicación del MAIS-FCI, a través de la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, aborda lo determinantes de la salud y transversaliza los enfoques de derechos humanos, inclusión, género, equidad en salud, participación social e interculturalidad, a través de:

- Asegurar de manera oportuna y apropiada los derechos a la vida y a la salud sin discriminación y, en especial, a grupos de atención prioritaria y personas en situación de vulnerabilidad.



- Generar buenas prácticas, para la atención integral en salud para toda la población, sin importar su identidad, etnia, identidad de género u orientación sexual, edad, condición social, económica o cultural.

Desarrollar políticas, normativas, manuales, guías, lineamientos que institucionalizan los enfoques de acuerdo a las necesidades de la población

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 39. Cobertura control prenatal 2021 – 2026

Año	Cobertura
2021	76,64%
2022	76,27%
2023	92,74%
2024	89,49%
2025	91,77%
2026	55,97% (corte mayo)

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 40. Paquete priorizado en gestantes 2021 – 2026

Año	Porcentaje
2021	0,12% (inicio estrategia)
2022	19,48%
2023	41,12%
2024	49,21%
2025	61,09%
2026	55,65% (corte mayo)

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:

Tabla 41. Cobertura de planificación familiar 2023 – 2026

Año	Cobertura
2023	20,58%
2024	17,56%
2025	23,61%
2026	6,6% (corte marzo)

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

Discapacidades

Otro pilar fundamental del Ministerio de Salud Pública son las discapacidades; en la actualidad el Ecuador registra 527.796 personas con discapacidad con cohorte febrero 2026.

Para garantizar el acceso oportuno y con calidad a este derecho, se cuenta con 109 equipos calificadoros especializados distribuidos a nivel nacional.

La Ley Orgánica de Discapacidades establece que el proceso de calificación o recalificación, una vez que la persona cumple con los requisitos, debe concluir en un plazo máximo de 30 días. En este contexto, gracias a la implementación de estrategias de mejora continua, optimización de flujos de atención y fortalecimiento de la oferta, se ha logrado una reducción significativa del tiempo promedio del proceso, pasando de 30 a 8 días.

Tabla 42. Certificados de discapacidad por tipo y año 2020 – 2026*

AÑO	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*	TOTAL
Física	7132	7178	8700	9337	9151	10.159	1.796	53.453
Intelectual	2177	1992	2656	3177	3515	3.862	708	18.087
Auditiva	1388	1353	2038	2068	1932	2.297	413	11.489
Visual	1270	1568	2173	2395	2494	2.963	548	13.411
Psicosocial	1325	1636	2457	3295	4290	4.877	939	18.819
Lenguaje	63	46	57	64	44	49	8	331

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud
Elaborado: Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos

Tabla 43. Citas para calificación y recalificación de la discapacidad 2020 – 2026 nacional

SERVICIO	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026*	TOTAL
CALIFICACIÓN Y RECALIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD	25.032	55.449	85.331	85.390	110.924	132.943	25.519	520.588

Fuente y Elaboración: Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos

De igual manera, se evidencia un incremento sostenido en el número de citas de calificación y recalificación evidenciadas en la tabla anterior, lo que refleja no solo la mayor capacidad de respuesta del sistema, sino también el compromiso institucional con la garantía de los derechos de las personas con discapacidad en el país.

Este esfuerzo ha permitido alcanzar una mayor cobertura del servicio a nivel nacional, garantizando así un acceso más equitativo y oportuno para las personas con discapacidad.

Tabla 44. Citas para calificación y recalificación de la discapacidad 2020 – 2026 por provincia

PROVINCIA	2020	2021	2022	2023	2024	2025
AZUAY	1.330	2.822	3.722	4.659	5.565	6.712
BOLÍVAR	575	907	1.225	1.367	2.518	2.622
CAÑAR	487	1.071	1.814	1.528	2.535	2.853
CARCHI	366	1.059	1.010	844	1.583	1.638
CHIMBORAZO	712	1.285	2.768	2.913	3.025	4.017
COTOPAXI	733	1.370	2.833	3.155	3.379	4.417
EL ORO	1.090	1.206	1.576	2.799	4.252	4.560
ESMERALDAS	826	1.724	3.477	3.227	3.828	4.869
GALÁPAGOS	25	N/A (DE)*	N/A (DE)*	250	446	502
GUAYAS	5.140	10.991	16.237	13.123	13.696	17.611
IMBABURA	684	1.373	2.126	1.602	1.905	2.339
LOJA	1.293	2.288	2.868	4.834	4.843	6.119
LOS RÍOS	212	4.049	5.614	6.313	8.131	10.294
MANABÍ	2.478	5.574	8.054	7.887	7.819	10.261
MORONA SANTIAGO	140	256	592	469	573	730
NAPO	257	364	767	990	880	1.213
ORELLANA	98	N/A	1.075	1.509	1.550	2.112
PASTAZA	259	1.233	1.016	746	1.546	1.586
PICHINCHA	5.310	9.816	19.051	18.535	31.629	35.275
SANTA ELENA	591	2.568	2.361	2.367	2.640	3.275
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	1.101	2.481	3.016	2.360	3.290	3.727
SUCUMBÍOS	198	1.246	1.029	762	1.068	1.237
TUNGURAHUA	729	987	1.862	2.124	2.411	2.973
ZAMORA CHINCHIPE	398	806	1.188	1.027	1.812	1.961
TOTAL	25.032	55.476	85.281	85.390	110.924	132.903

*(DE): Provincia opera solo por demanda espontánea por lo que no se refleja citas agendadas cumplidas

Fuente y Elaboración: Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos

Tamizaje Metabólico Neonatal

La prueba de Tamizaje Metabólico Neonatal (TMN) consiste en tomar muestras de sangre del neonato, en los establecimientos de salud a nivel nacional, para luego ser procesadas en un laboratorio especializado y así obtener el resultado con la finalidad de prevenir discapacidad intelectual y muerte precoz del recién nacido, causadas por una de las cuatro patologías metabólicas que detecta, como son Hipotiroidismo Congénito, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Galactosemia y Fenilcetonuria.

Desde su inicio el Programa de Tamizaje Metabólico Neonatal ha tamizado a 2.809.666 niños a nivel nacional.

Tabla 45. Histórico de tamizajes realizados

Año	Número de niños tamizados
2011	10.340
2012	199.393
2013	246.755
2014	236.712
2015	100.202
2016	209.534
2017	206.056
2018	214.840
2019	231.704
2020	199.446
2021	169.056
2022	201.323
2023	204.310
2024	191.486
2025	188.509
Total	2.809.666

*Dato correspondiente de enero a agosto de 2025

Fuente: TAMEN/MSP

Elaborado: Dirección Nacional de Centros Especializados, septiembre 2025

El Tamizaje Metabólico Neonatal, como estrategia de Salud Pública, tiene un valor importante, esencialmente en la salud preventiva, al permitir la identificación precoz de diversas patologías congénitas. Una característica común a estas patologías es, que, si bien su incidencia colectiva no es alta, el impacto de sus secuelas altera el desarrollo no solo del individuo, sino también el de la familia y de la comunidad; con casos de discapacidad, secuelas invalidantes de gran costo social y económico.

El tamizaje metabólico neonatal en Ecuador es realizado por el Ministerio de Salud Pública en los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención a los niños y niñas hasta los 28 días de edad. A través del Tamizaje Metabólico Neonatal desde el año 2011, se han identificado 776 casos positivos, en los cuales se ha podido implementar tratamientos oportunos, previniendo el desarrollo de discapacidad intelectual. El enfoque territorial del programa de tamizaje metabólico en Ecuador tiene un fuerte componente de equidad, buscando disminuir las desigualdades en el acceso al diagnóstico entre las regiones urbanas y rurales.

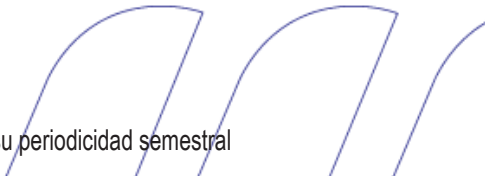
2.2.1.10. Investigación en Salud

Entre 2020 y 2025, el ecosistema editorial en salud del país ha mostrado avances puntuales y brechas persistentes. Teniendo como objetivo fortalecer la investigación y la difusión del conocimiento en salud y ampliar la cobertura de publicación de la producción científica en el país. La DNIVS adoptó un indicador institucional centrado en el número de artículos aceptados para su publicación en revistas indizadas en LILACS.

La DNIVS dispone de metodología y flujo de validación para medir publicaciones semestrales en revistas indexadas en LILACS, pero su desempeño depende de nudos editoriales y administrativos fuera del control directo: equipos con capacidad desigual, falta de datos en el sistema FI-ADMIN y trazabilidad ética irregular. El resultado es baja oportunidad de publicación, irregularidad en la periodicidad y desigualdad territorial de la producción.

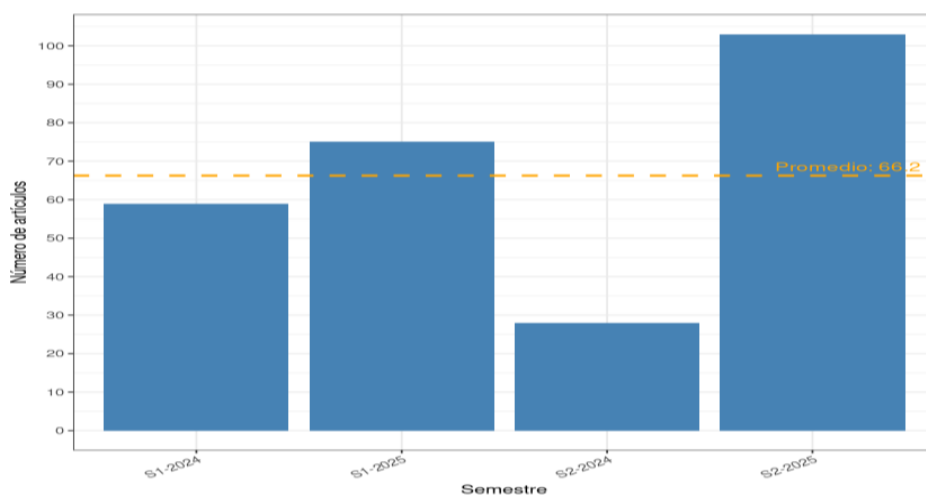
Los problemas priorizados son cuatro y se refuerzan entre sí:

- a) Revistas que no alcanzan el mínimo de artículos para cumplir su periodicidad semestral



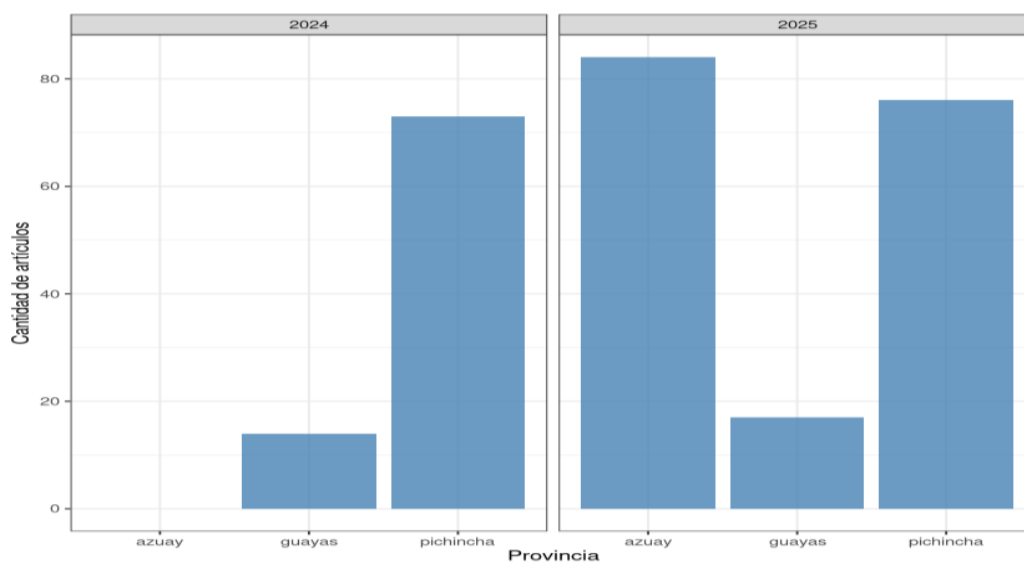
- b) Registros FI-ADMIN incompletos o con errores que retrasan validación y visibilidad
- c) Observaciones éticas (ausencia de aprobación CEISH u otros incumplimientos) que impiden la publicación
- d) Concentración territorial en grandes ciudades.

Tabla 46. Conteo de artículos científicos publicados por semestre



Fuente y elaboración: MSP- Dirección Nacional de Investigación en salud – octubre 2025

Tabla 47. Número de artículos publicados anuales por provincia



Fuente y elaboración: MSP- Dirección Nacional de Investigación en salud – octubre 2025

2.2.1.11. Gobernanza

Documentos Normativos

La Dirección de Políticas Normatividad y Modelamiento de la Salud a través de la gestión de documentos normativos mantiene un proceso continuo de fortalecimiento de sus instrumentos normativos y de gestión, con el propósito de garantizar la calidad, equidad y pertinencia en la atención a la población. En este marco, la Gestión de Documentos Normativos desarrolla actividades de redacción, revisión, armonización y acompañamiento metodológico de documentos normativos que sustentan la toma de decisiones institucionales en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

En los últimos años, se ha evidenciado que el proceso de oficialización de los documentos normativos depende de procesos administrativos de otras instancias, así como de la demanda territorial. Por ello, se consideró necesario ajustar el indicador de gestión, reemplazando "Número de documentos normativos incluidos en Agenda Regulatoria aprobados para expedición, que cumplen con la metodología para elaborar normativas en salud", por Número de documentos normativos aprobados para expedición, que cumple con la metodología para elaborar normativas de Salud con el fin de reflejar de manera objetiva el trabajo técnico que sí es competencia directa de esta gestión.

Este cambio permite visibilizar el avance real del proceso técnico, incrementando anualmente el número de documentos normativos, fortaleciendo la producción institucional y contribuyendo al cumplimiento del objetivo de mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, garantizando el ejercicio efectivo de derechos y la reducción de desigualdades.

2.3. MAPA DE ACTORES

El MAIS define a los actores sociales como *"los sujetos individuales o colectivos que, desde sus intereses, detectan la capacidad de intervenir en forma significativa en una situación, o bien que cuentan con los recursos de poder que los torna estratégicos en la construcción de un proceso (...)"*.

La conformación de los actores sociales puede ser individual o colectiva. Actor individual es un sujeto que tiene intereses en el área de salud y que ocupa una posición que lo coloca en una situación importante, que tiene peso e influencia en la comunidad. Actor colectivo es una agrupación de sujetos sociales, una organización, institución, etc. que se estructura y representa con actores sociales".

A continuación, se presentan a todos los actores que se identificaron en el nivel central y desconcentrado, los mismos que en cierto nivel tienen una representatividad para el cumplimiento de los objetivos de la administración de la salud en el país.

Tabla 48. Matriz de Actores del MSP

Actor	Tipo de entidad	Influencia	Relación con servicios	Rol o función institucional
Ministerio de Economía	Gubernamental	Alta	Directa	Asignación de recursos públicos, reactivación económica, recaudación fiscal
GADs Cantonales y Parroquiales	Gubernamental	Alta	Directa	Infraestructura, agua, saneamiento, ambulancias, ordenamiento territorial
Ministerio de Educación	Gubernamental	Media	Directa	Promoción de salud escolar, coordinación intersectorial, prevención
Ministerio de Inclusión Económica y Social	Gubernamental	Media	Directa	Atención a grupos vulnerables, programas sociales
Ministerio del Trabajo	Gubernamental	Media	Directa	Gestión de talento humano, normativa laboral
IESS, ISSFA, ISSPOL	Gubernamental	Alta	Directa	Prestación de servicios a asegurados, red hospitalaria
RPIS	Técnica	Alta	Directa	Articulación entre niveles de atención, interoperabilidad

Actor	Tipo de entidad	Influencia	Relación con servicios	Rol o función institucional
Red Complementaria de Salud	Técnica	Media	Directa	Complementar oferta del MSP, continuidad de prestaciones
Proveedores	Privada	Alta	Directa	Abastecimiento de insumos, ejecución presupuestaria
Universidades / Academia	Académica	Media	Directa	Formación de talento humano, investigación, vinculación
Organismos Internacionales (OPS/OMS, UNFPA, GIZ)	Internacional	Alta	Indirecta	Asistencia técnica, cooperación, fortalecimiento de capacidades
Policía Nacional	Operativa	Media	Indirecta	Seguridad en campañas médicas, orden público
Bomberos	Operativa	Media	Directa	Atención prehospitalaria, rescate, emergencias
ECU-911	Técnica	Alta	Directa	Coordinación de atención prehospitalaria
Secretaría Nacional de Planificación	Gubernamental	Alta	Indirecta	Directrices estratégicas, planificación nacional
Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos	Gubernamental	Media	Directa	Atención en desastres, coordinación interinstitucional
Defensoría del Pueblo	Gubernamental	Media	Indirecta	Protección de derechos, vigilancia institucional
Consejo Cantonal de Niñez y Adolescencia	Comunitaria	Media	Indirecta	Incidencia en políticas públicas, protección de derechos
CONADIS	Gubernamental	Media	Directa	Registro y control de personas con discapacidad
Comité de Usuarios	Comunitaria	Baja	Directa	Voz ciudadana, denuncias, comunicación con profesionales
Comités Locales/ desconcentrado en Salud	Comunitaria	Media	Directa	Participación ciudadana, planificación territorial
Asociación de Mujeres	Comunitaria	Media	Directa	Atención a víctimas de violencia, salud sexual y reproductiva
Agentes ancestrales	Comunitaria	Media	Directa	Salud intercultural, saberes tradicionales
Medios de comunicación	Privada	Media	Indirecta	Difusión de actividades, promoción preventiva
Iglesia / Párrocos	Comunitaria	Baja	Indirecta	Educación en valores, promoción de salud
Asociación de Artesanos	Comunitaria	Baja	Indirecta	Difusión comunitaria, articulación local
Registro Civil	Gubernamental	Media	Indirecta	Documentación para atención médica
Fiscalía / Comisaría / Jefaturas políticas	Gubernamental	Media	Indirecta	Protección de víctimas, seguridad, control
Ministerio de Agricultura	Gubernamental	Media	Indirecta	Agua segura, cultivos orgánicos, desarrollo rural
Centro Gerontológico	Técnica	Media	Directa	Atención integral a adultos mayores
Dispensario del Seguro Social Campesino	Técnica	Media	Directa	Atención rural, promoción y prevención
Desarrollo Social Municipal	Gubernamental	Media	Directa	Atención a grupos vulnerables, inclusión social
Presidentes barriales	Comunitaria	Baja	Indirecta	Representación comunitaria, gestión local
Establecimientos de salud	Técnica	Alta	Directa	Prestación de servicios médicos, atención integral

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

Actores Gubernamentales Nacionales

El Ministerio de Economía emerge como un actor central con alta influencia presupuestaria. Su interés en la reactivación económica se ve limitado por la dilación en la entrega de recursos a las unidades operativas del MSP, lo que afecta la eficiencia en la ejecución de programas. A pesar de contar con recursos del gobierno central y mandatos claros para minimizar tiempos de espera, los trámites burocráticos siguen siendo una barrera crítica.

El Ministerio de Educación, por su parte, tiene un rol clave en la promoción de la salud escolar. Sin embargo, enfrenta dificultades por la ausencia de contenidos de salud en el currículo y la falta de articulación intersectorial. Su mandato como rector del sistema educativo lo posiciona como un aliado estratégico para campañas de prevención y vacunación escolar.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Desarrollo Humano comparten el interés por atender a grupos vulnerables, pero ambos enfrentan problemas de clasificación de pobreza, escasa coordinación y mal aprovechamiento de recursos. Sus mandatos apuntan a la inclusión social, lo que los convierte en actores prioritarios para la articulación de políticas públicas integrales.

Gobiernos Autónomos Descentralizados y Territoriales

Los GADs cantonales y parroquiales tienen un interés directo en el bienestar comunitario, pero su capacidad de respuesta está limitada por la falta de recursos económicos y técnicos. Aunque reciben financiamiento estatal y externo, su mandato de planificación territorial y atención a grupos vulnerables requiere fortalecimiento técnico y mayor coordinación con el MSP.

Las jefaturas políticas y tenencias actúan como representantes del Ejecutivo en territorio, con funciones de mediación y seguridad ciudadana. Sin embargo, enfrentan lentitud administrativa y falta de recursos, lo que limita su capacidad para implementar medidas de protección y coordinar planes de desarrollo cantonal.

Los presidentes barriales y comités locales de salud representan la voz comunitaria. Su participación es clave para la articulación entre el MSP y la ciudadanía, aunque se evidencia una falta de compromiso y escasa participación efectiva. Fortalecer estos actores es esencial para la promoción de la salud desde lo local.

Actores del Sistema de Salud

El MSP, como ente rector, enfrenta múltiples desafíos: limitaciones presupuestarias, déficit de talento humano, infraestructura deteriorada y sistemas de información fragmentados. A pesar de contar con normativa técnica y protocolos, la insuficiencia de cobertura vehicular y servicios de soporte compromete la calidad de atención. Su mandato de garantizar atención integral requiere una reingeniería institucional y mayor eficiencia en el uso de recursos.

La Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria enfrentan problemas de interoperabilidad tecnológica, deudas acumuladas y déficit de oferta. La falta de coordinación entre niveles de atención y actores como IESS, ISSFA e ISSPOL limita la cobertura universal. Es urgente optimizar los procesos de referencia y contrarreferencia, así como fortalecer la gestión contractual con proveedores.

Los establecimientos de salud de la zona reportan escasez de personal, insumos y equipamiento, lo que afecta la atención segura y oportuna. La articulación con universidades, que aportan talento humano en formación, se ve debilitada por la falta de coordinación y convenios específicos.

Actores Internacionales y Cooperantes

Organismos como OPS, OMS, UNICEF y UNFPA ofrecen asistencia técnica, capacitación y fondos de cooperación. Sin embargo, se percibe una cobertura limitada y dificultades para adaptar sus programas a las normativas locales. Su mandato de fortalecer capacidades y promover políticas de salud preventiva los convierte en aliados estratégicos, especialmente en zonas con baja capacidad técnica.

La cooperación alemana (GIZ) y ONGs como Fululu también contribuyen con insumos médicos y redes de apoyo para víctimas de violencia de género, aunque enfrentan resistencia institucional. Es necesario mejorar la apertura del personal de salud y actualizar protocolos de atención.

Actores Sociales, Comunitarios y Académicos



La ciudadanía y los usuarios del sistema de salud expresan una percepción negativa por la baja calidad, maltrato y falta de continuidad en la atención. Su rol como demandantes de servicios dignos debe ser reforzado mediante canales efectivos de participación y denuncia.

Los agentes ancestrales, asociaciones de mujeres, artesanos y párrocos aportan desde la salud intercultural, la promoción comunitaria y la atención a víctimas. Sin embargo, enfrentan resistencia institucional y escasa coordinación. Validar sus saberes y fomentar su inclusión en políticas públicas es clave para una salud más equitativa y contextualizada.

Las universidades y centros de investigación tienen el mandato de formar talento humano y generar conocimiento, pero la débil articulación con el MSP limita su impacto. Es necesario establecer convenios interinstitucionales que vinculen la academia con la práctica en salud pública.

CAPÍTULO III – ANÁLISIS FODA

3. Análisis FODA

El análisis FODA es una herramienta estratégica que permite identificar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de una institución, facilitando la toma de decisiones informadas y la planificación efectiva. En el caso del Ministerio de Salud Pública (MSP), este análisis revela un conjunto de fortalezas institucionales que consolidan su rol como ente rector del sistema nacional de salud. A continuación, se detallan las principales capacidades técnicas, operativas y estratégicas del MSP, las cuales sustentan su liderazgo en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas orientadas a mejorar la salud de la población ecuatoriana, las cuales fueron formuladas tanto por el nivel central, como por el desconcentrado, considerando la planificación participativa.

3.1. Fortalezas institucionales del MSP

Gobernanza y planificación estratégica

- Existencia de instrumentos de planificación alineados con objetivos nacionales e internacionales (ODS, RSI, OPS/OMS).
- Capacidad técnica para formular, implementar y evaluar planes, programas, proyectos, políticas públicas.
- Coordinación interinstitucional para la ejecución de políticas públicas en salud.

Gestión basada en evidencia

- Uso de indicadores segmentados para el monitoreo de resultados y toma de decisiones.
- Integración progresiva de determinantes sociales, enfoque de género y territorialidad en la planificación.
- Sistemas de información robustos para vigilancia epidemiológica y análisis situacional.

Capacidad operativa y técnica

- Presencia nacional con infraestructura sanitaria en todos los niveles de atención.
- Talento humano capacitado en gestión, atención primaria y vigilancia en salud pública.
- Experiencia en respuesta a emergencias sanitarias y eventos de interés en salud pública.
- Cultura organizacional orientada a la mejora continua y la rendición de cuentas.

Articulación internacional y normativa

- Alineación con marcos internacionales como RSI, NICE, IETS, AETSA.
- Participación activa en redes regionales de salud pública y cooperación técnica.
- Marco normativo actualizado que respalda la rectoría y regulación del sistema de salud.

3.2. Debilidades institucionales del MSP

Fragmentación institucional y operativa

- Persisten duplicidades entre niveles de atención y actores del sistema, lo que dificulta la continuidad del cuidado.
- Falta de integración efectiva entre el MSP y otros subsistemas como IESS, ISSFA, ISSPOL.
- El modelo se aplica de forma heterogénea entre provincias, cantones y zonas rurales, generando inequidades en acceso y calidad.
- El enfoque de determinantes sociales no se operacionaliza plenamente en la práctica.

- Escasa coordinación con sectores como educación, ambiente, desarrollo social y gobiernos locales.
- Aunque el modelo promueve la participación, esta no se ha institucionalizado ni fortalecido como mecanismo de corresponsabilidad.

Cobertura insuficiente en zonas rurales y excluidas

- A pesar de la expansión de la red, existen brechas significativas en cobertura efectiva, especialmente en comunidades rurales, indígenas y fronterizas.
- Infraestructura limitada y escasa presencia de servicios especializados fuera de zonas urbanas.

Limitaciones en talento humano

- Déficit de profesionales capacitados en el enfoque familiar, comunitario e intercultural.
- Alta rotación de personal y falta de incentivos para permanencia en zonas de difícil acceso.

Sistemas de información fragmentados

- Múltiples plataformas no interoperables dificultan el seguimiento de indicadores, trazabilidad de pacientes y planificación basada en evidencia.

Financiamiento insuficiente y poco flexible

- Recursos asignados no siempre se alinean con las necesidades territoriales ni con el enfoque preventivo del modelo.
- Limitaciones para ejecutar presupuestos en tiempo y forma.

3.3. Oportunidades institucionales del MSP

Contexto internacional y normativo

- **Alineación con estándares internacionales:**
 - Disponibilidad de marcos como el RSI, OPS/OMS, NICE, IETS y AETSA para fortalecer la planificación, evaluación y gobernanza.
- **Acceso a cooperación técnica y financiera:**
 - Posibilidad de apalancar recursos de organismos multilaterales para proyectos estratégicos, especialmente en cobertura, equidad y digitalización.

Datos, tecnología y sistemas

- **Avances en interoperabilidad de sistemas de información:**
 - Mejora en la trazabilidad de indicadores, segmentación poblacional y monitoreo de resultados.
- **Disponibilidad creciente de datos desagregados:**
 - Acceso a estadísticas por género, territorio, pobreza y exclusión rural que permiten planificación más precisa y equitativa.

Fortalecimiento institucional y territorial

- **Impulso a la descentralización operativa:**
 - Oportunidad para mejorar la respuesta local, adaptando estrategias a realidades territoriales.
- **Potencial de articulación intersectorial:**
 - Espacio para integrar salud con educación, ambiente, protección social y planificación territorial.

Participación y enfoque social

- **Mayor demanda ciudadana por servicios de calidad y equitativos:**
 - Posibilidad de reposicionar al MSP como garante de derechos en salud.
- **Reconocimiento creciente de los determinantes sociales de la salud:**
 - Facilita la incorporación de enfoques de equidad, género y exclusión en la planificación estratégica.

Reformas y procesos en curso

- **Procesos de reforma del modelo de atención:**
 - Espacio para consolidar redes integradas de servicios con enfoque preventivo y resolutivo.
- **Revisión de normativa sanitaria:**
 - Oportunidad para actualizar marcos legales que faciliten la gestión eficiente y transparente.

3.4. Amenazas institucionales del MSP

- **Inestabilidad política y fiscal nacional**, que afecta la asignación sostenida de recursos al sector salud y limita la planificación estratégica a mediano y largo plazo.
- **Fragmentación del sistema de salud**, con escasa articulación entre subsistemas públicos y privados, lo que dificulta la implementación de modelos integrales de atención.
- **Débil interoperabilidad de los sistemas de información**, que impide una gestión basada en evidencia, limita el monitoreo de indicadores y afecta la toma de decisiones oportunas.
- **Persistencia de brechas sociales, territoriales y de género**, especialmente en zonas rurales y comunidades excluidas, que dificultan el acceso equitativo a servicios de salud.
- **Capacidad limitada de respuesta ante emergencias sanitarias y desastres naturales**, evidenciada durante la pandemia de COVID-19, con debilidades en coordinación intersectorial y gestión de riesgos.
- **Presión por el cumplimiento de compromisos internacionales** (RSI, ODS, OPS/OMS), que exige capacidades técnicas, financieras y de gobernanza aún en proceso de fortalecimiento.
- **Desconfianza ciudadana en las instituciones públicas**, que puede afectar la participación comunitaria, el cumplimiento de medidas sanitarias y la legitimidad de las políticas de salud.
- **Incremento de enfermedades emergentes y reemergentes**, en un contexto de cambio climático, movilidad humana y urbanización acelerada, que desafía la capacidad de vigilancia epidemiológica.

CAPÍTULO IV – ELEMENTOS ORIENTADORES

4. ELEMENTOS ORIENTADORES DEL MSP

4.1. Visión

El Ministerio de Salud Pública como ente rector será la institución referente de todo el Sistema Nacional de Salud que garantizará una atención sanitaria de calidad, inclusiva y equitativa, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para el pleno desarrollo de oportunidades de la población.

4.2. Misión

El Ministerio de Salud Pública es la Autoridad Sanitaria Nacional que garantiza el derecho a la salud de la población en el territorio ecuatoriano, a través de la gobernanza, promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia, calidad, investigación y provisión de servicios de atención integrada e integral.

4.3. Principios y Valores

Principios

Equidad: Generar los mecanismos normativos, administrativos, técnicos y financieros que permitan el acceso a la atención integral de salud a toda la población, de acuerdo con sus necesidades, eliminando las disparidades injustas y evitables.

Igualdad y no discriminación: Atención integral de salud inclusiva y provista a toda la población que resida en el país, en las mismas condiciones de calidad, calidez y oportunidad; sin distinción alguna de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, estado de salud, discapacidad, diferencia física o cualquier otra, personal o colectiva, temporal o permanente.

Sostenibilidad: Tomar las medidas de gestión del financiamiento y fondos necesarios para mantener o mejorar los logros de salud y la capacidad de atender las necesidades de salud pública a futuro.

Suficiencia: El Sistema Nacional de Salud generará, de manera paulatina, la capacidad de responder oportunamente ante las necesidades integrales de salud de los diversos grupos poblacionales.

Universalidad: El Sistema Nacional de Salud garantizará el ejercicio del derecho a la salud para las ecuatorianas y ecuatorianos; así como las personas residentes en territorio ecuatoriano, mediante un sistema integral e integrado de base estatal, que posibilitará el acceso a los servicios, de manera equitativa, igualitaria, oportuna, integral y de calidad, basado en principios de solidaridad y criterios de participación social, teniendo al primer nivel de atención como eje del ciudadano.

Bioética: La consideración del uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y en medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra, enfocados en salud.

Valores

Respeto: Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

Inclusión: Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

Vocación de Servicio: Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

Compromiso: Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

Integridad: Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.

Justicia: Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

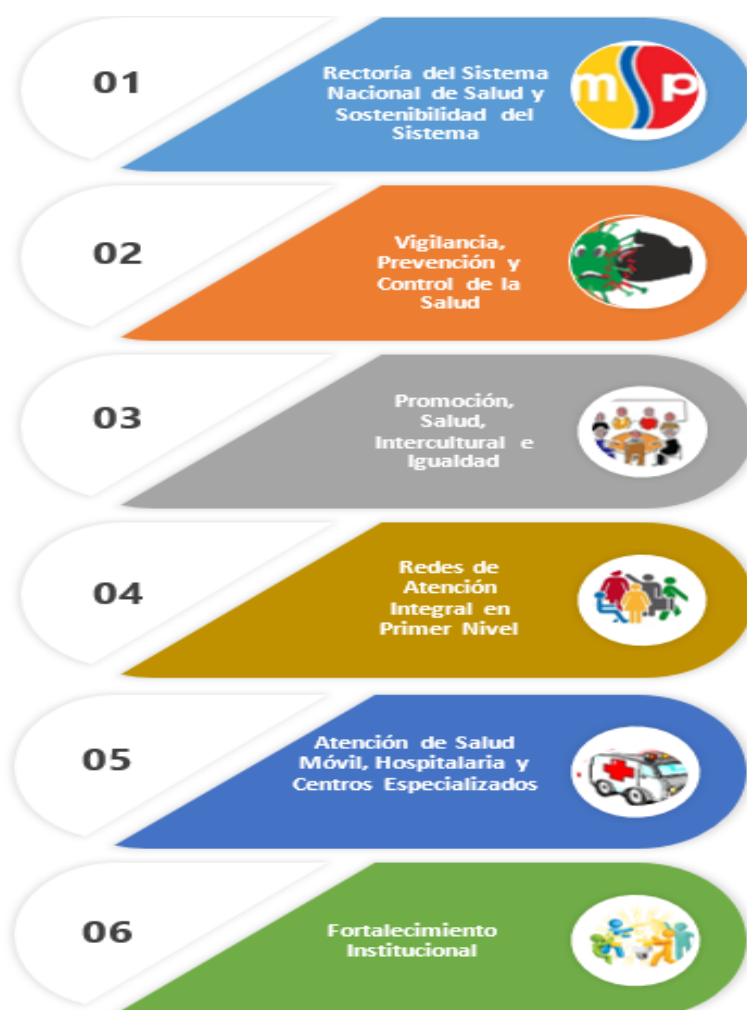
Lealtad: Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

CAPITULO V - ELEMENTOS ESTRATÉGICOS

5. Ejes Estratégicos de Salud

Los ejes que se muestran a continuación se encuentran desarrollados en función de la estructura organizacional del MSP, los cuales permiten abarcar todas las dimensiones de gestión que realiza la institución y se constituyen en una guía para el planteamiento de los Objetivos Estratégicos.

Ilustración 8. Ejes Estratégicos de Salud



Fuente: Matriz de Competencias MSP
Elaborado: Dirección de Planificación e Inversión

5.1. Objetivos Estratégicos Institucionales

Conceptualmente los objetivos se definen como los resultados esperados y forman la base para la medición de los logros de la institución. A su vez, se constituyen en medios para cumplir con la misión, inspirados en la visión y en el marco de los diferentes valores corporativos.

Los objetivos estratégicos contemplados para el PEI, son fruto de la metodología aplicada y reuniones de validación con el Nivel Jerárquico Superior, considerando adicionalmente los resultados del análisis situacional, F.O.D.A. y PESTEL.

En este contexto, se presentan siete (7) objetivos estratégicos institucionales para el periodo 2021-2025:

- **OE1** Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud
- **OE2** Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud
- **OE3** Incrementar la promoción de la salud en la población
- **OE4** Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud
- **OE5** Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud
- **OE6** Incrementar la investigación en salud
- **OE7** Fortalecer las capacidades institucionales

5.2. Estrategias institucionales

Las estrategias del Plan Estratégico del MSP son los lineamientos de acción que establecen una dirección del cómo se logrará el objetivo estratégico, por lo tanto, se constituyen en la base para los objetivos de niveles superiores y en muchos casos pueden necesitarse varias estrategias para lograr un objetivo.

En el siguiente apartado se presenta el detalle de las estrategias para cada uno de los objetivos estratégicos planteados:

OE1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud

OE1-E1 Consolidar la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria como eje articulador territorial de Servicios de Salud a nivel nacional con enfoque en atención integral y continuidad del cuidado.

OE1-E2 Regular y controlar el Sistema Nacional de Salud con la aplicación e implementación de marco regulatorio coherente, transparente y adaptado a las necesidades del sistema nacional de salud

OE1-E3 Fortalecer la calidad en la gestión con estándares nacionales aplicables a la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria

OE1-E4 Potenciar la formación del recurso humano para mejorar la calidad de las políticas en salud con instancias nacionales e internacionales

OE1-E5 Impulsar la transformación digital del sistema de salud, priorizando servicios virtuales y telemedicina. **OE2** Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud

OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud

OE2-E1 Consolidar un sistema nacional de vigilancia epidemiológica integrado, oportuno y normativamente alineado, que permita detectar, analizar y responder a eventos de interés en salud pública conforme a estándares nacionales e internacionales

OE2-E2 Fortalecer las estrategias de salud pública para la prevención y control de enfermedades transmisibles, inmunoprevenibles, no transmisibles y factores de riesgo asociados a la salud mental

OE2-E3 Desarrollar y fortalecer un sistema nacional de vigilancia epidemiológica multiamenaza, capaz de anticipar, detectar y responder oportunamente a eventos peligrosos de origen natural o antrópico, mediante acciones coordinadas

de prevención, preparación, mitigación y recuperación, alineadas con los estándares del Reglamento Sanitario Internacional

OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población

OE3-E1 Promover prácticas y espacios saludables y seguros en cada ciclo de vida, con base en los determinantes de la salud, con participación social y articulación intersectorial, incluyendo los enfoques de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial.

OE3-E2 Generar políticas, lineamientos y directrices con participación social, para hacer efectivo el derecho a la salud, sin discriminación, con equidad, considerando cada ciclo de vida en los ámbitos individual, familiar y comunitario, con enfoque de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial.

OE3-E3 Fortalecer las políticas, planes y proyectos para la promoción de la salud sexual y salud reproductiva, prevención del embarazo no intencionado y violencia basada en género, con énfasis en los grupos prioritarios y en situación de vulnerabilidad, con enfoques de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial.

OE3-E4 Generar y fortalecer políticas, lineamientos y directrices, con participación social, encaminadas a disminuir la mal nutrición: desnutrición crónica infantil, sobrepeso u obesidad, promoción de la seguridad y soberanía alimentaria en cada ciclo de vida; con enfoques de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial.

OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud

OE4-E1 Fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud relacionado con el servicio de Bancos de Leche Humana enfocado en el incremento sostenido de la leche humana distribuida.

OE4-E2 Fortalecer la gestión de la calidad como proceso transversal en los establecimientos de salud del MSP, mediante la institucionalización de sistemas de monitoreo y evaluación, la estandarización de protocolos asistenciales, la capacitación continua del personal de salud y la articulación interinstitucional.

OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud

OE5-E1 Garantizar la oferta de la cartera de servicios de acuerdo a los niveles de atención con base a la normativa vigente

OE5-E2 Fortalecer y generar mecanismos inclusivos garantizando la atención integral en salud a grupos vulnerables y de atención prioritaria

OE5-E3 Aplicar un sistema de mejora continua en los procesos de la prestación de servicios de salud

OE5-E4 Fortalecer la atención integral de los usuarios mediante la articulación de las redes y micro redes entre los distintos niveles de atención público - privados

OE6 Incrementar la investigación en salud

OE6-E1 Formular políticas, lineamientos estratégicos y normativa para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional en relación con la ética, bioética e investigación en salud

OE6-E2 Promover la toma de decisiones informada por evidencia científica para la formulación de políticas y normativa en salud a través de la evaluación de tecnologías sanitarias

OE6-E3 Formular y gestionar evaluaciones y análisis económicos y financieros del sector salud con el fin de garantizar su sostenibilidad, la calidad del gasto, y el uso eficiente de los recursos del sistema nacional de salud

OE6-E4 Administrar y gestionar la información estadística sectorial, para proveer datos e información estratégica que sirva para la planificación, formulación de la política pública y toma de decisiones en materia de salud

OE7 Fortalecer las capacidades institucionales

OE7-E1 Fortalecer la gestión de la calidad basada en procesos en todas las áreas de la institución

OE7-E2 Fortalecer las capacidades de los servidores públicos con planes de formación, capacitación y certificación efectivos.

OE7-E3 Promover la eficiencia en la asignación y uso de todos los recursos (humano, financiero y tecnológico) de la institución

OE7-E4 Fortalecer la infraestructura tecnológica, sistemas de información/informáticos y su interoperabilidad de manera integral.

5.2.1. Mapa Estratégico

Con la finalidad de que las estrategias a implementarse en el MSP sean comprendidas por toda la institución, el Mapa Estratégico constituye una herramienta gráfica para su comunicación de forma clara y efectiva; además representa la relación de causa-efecto que hay entre la visión, misión, ejes estratégicos de salud, los objetivos planteados y sus respectivas estrategias.

Ilustración 9. Esquema del Mapa Estratégico



Elaborado: Dirección de Planificación e Inversión

Tabla 49. Mapa Estratégico del MSP

Visión		
El Ministerio de Salud Pública como ente rector será la institución referente de todo el Sistema Nacional de Salud que garantizará una atención sanitaria de calidad, inclusiva y equitativa, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para el pleno desarrollo de oportunidades de la población.		
Misión		
El Ministerio de Salud Pública es la Autoridad Sanitaria Nacional que garantiza el derecho a la salud de la población en el territorio ecuatoriano, a través de la gobernanza, promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia, calidad, investigación y provisión de servicios de atención integrada e integral		
Ejes Estratégicos de Salud	Objetivos Estratégicos Institucionales	Estrategias
Gobernanza de la Salud	OE1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud	OE1-E1 Consolidar la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria como eje articulador territorial de Servicios de Salud a nivel nacional con enfoque en atención integral y continuidad del cuidado.
		OE1-E2 Regular y controlar el Sistema Nacional de Salud con la aplicación e implementación de marco regulatorio coherente.

Ejes Estratégicos de Salud	Objetivos Estratégicos Institucionales	Estrategias
		transparente y adaptado a las necesidades del sistema nacional de salud
		OE1-E3 Fortalecer la calidad en la gestión con estándares nacionales aplicables a la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria
		OE1-E4 Potenciar la formación del recurso humano para mejorar la calidad de las políticas en salud con instancias nacionales e internacionales
		OE1-E5 Impulsar la transformación digital del sistema de salud, priorizando servicios virtuales y telemedicina.
Vigilancia, Prevención y Control Sanitario	OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	OE2-E1 Consolidar un sistema nacional de vigilancia epidemiológica integrado, oportuno y normativamente alineado, que permita detectar, analizar y responder a eventos de interés en salud pública conforme a estándares nacionales e internacionales
		OE2-E2 Fortalecer las estrategias de salud pública para la prevención y control de enfermedades transmisibles, inmunoprevenibles, no transmisibles y factores de riesgo asociados a la salud mental
		OE2-E3 Desarrollar y fortalecer un sistema nacional de vigilancia epidemiológica multiamenaza, capaz de anticipar, detectar y responder oportunamente a eventos peligrosos de origen natural o antrópico, mediante acciones coordinadas de prevención, preparación, mitigación y recuperación, alineadas con los estándares del Reglamento Sanitario Internacional
Promoción de la Salud	OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población	OE3-E1 Promover prácticas y espacios saludables y seguros en cada ciclo de vida, con base en los determinantes de la salud, con participación social y articulación intersectorial, incluyendo los enfoques de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial
		OE3-E2 Generar políticas, lineamientos y directrices con participación social, para hacer efectivo el derecho a la salud, sin discriminación, con equidad, considerando cada ciclo de vida en los ámbitos individual, familiar y comunitario, con enfoque de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial
		OE3-E3 Fortalecer las políticas, planes y proyectos para la promoción de la salud sexual y salud reproductiva, prevención del embarazo no intencionado y violencia basada en género, con énfasis en los grupos prioritarios y en situación de vulnerabilidad, con enfoques de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial
		OE3-E4 Generar y fortalecer políticas, lineamientos y directrices, con participación social, encaminadas a disminuir la mal nutrición: desnutrición crónica infantil, sobrepeso u obesidad, promoción de la seguridad y soberanía alimentaria en cada ciclo de vida; con enfoques de derechos, género, interculturalidad, interseccionalidad y territorial
Calidad de los Servicios de Salud	OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	OE4-E1 Fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud relacionado con el servicio de Bancos de Leche Humana enfocado en el incremento sostenido de la leche humana distribuida.
		OE4-E2 Fortalecer la gestión de la calidad como proceso transversal en los establecimientos de salud del MSP, mediante la institucionalización de sistemas de monitoreo y evaluación, la estandarización de protocolos asistenciales, la capacitación continua del personal de salud y la articulación interinstitucional.
Cobertura de las prestaciones de servicios de salud		OE5-E1 Garantizar la oferta de la cartera de servicios de acuerdo a los niveles de atención con base a la normativa vigente

Ejes Estratégicos de Salud	Objetivos Estratégicos Institucionales	Estrategias
	OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	OE5-E2 Fortalecer y generar mecanismos inclusivos garantizando la atención integral en salud a grupos vulnerables y de atención prioritaria
		OE5-E3 Aplicar un sistema de mejora continua en los procesos de la prestación de servicios de salud
		OE5-E4 Fortalecer la atención integral de los usuarios mediante la articulación de las redes y microredes entre los distintos niveles de atención público - privados
Investigación en Salud	OE6 Incrementar la investigación en salud	OE6-E1 Formular políticas, lineamientos estratégicos y normativa para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional en relación con la ética, bioética e investigación en salud
		OE6-E2 Promover la toma de decisiones informada por evidencia científica para la formulación de políticas y normativa en salud a través de la evaluación de tecnologías sanitarias
		OE6-E3 Formular y gestionar evaluaciones y análisis económicos y financieros del sector salud con el fin de garantizar su sostenibilidad, la calidad del gasto, y el uso eficiente de los recursos del sistema nacional de salud
		OE6-E4 Administrar y gestionar la información estadística sectorial, para proveer datos e información estratégica que sirva para la planificación, formulación de la política pública y toma de decisiones en materia de salud
Fortalecer las capacidades institucionales	OE7 Fortalecer las capacidades institucionales	OE7-E1 Fortalecer la gestión de la calidad basada en procesos en todas las áreas de la institución
		OE7-E2 Fortalecer las capacidades de los servidores públicos con planes de formación, capacitación y certificación efectivos
		OE7-E3 Promover la eficiencia en la asignación y uso de todos los recursos (humano, financiero y tecnológico) de la institución
		OE7-E4 Fortalecer la infraestructura tecnológica, sistemas de información/informáticos y su interoperabilidad de manera integral

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

5.3. Indicadores y Metas

Con la finalidad de garantizar la medición de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública a continuación se presentan los indicadores y metas que fueron levantados por las diferentes Unidades Orgánicas del Ministerio de Salud Pública para el presente plan estratégico, con su respectiva línea base y meta al 2029:

Tabla 50. Indicadores y Metas del PEI

Objetivos Estratégicos Institucionales	Indicador	Línea Base 2024	Meta 2029	Indicador del PND
OE1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud	IPEI 1.1 Número de documentos normativos incluidos en la Agenda Regulatoria aprobados para expedición, que cumplen con la metodología para elaborar normativas en salud	19	40	NO
OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	IPEI 2.1 Porcentaje de cobertura de atenciones en salud mental en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública	3,65%	4,09%	NO
OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	IPEI 2.2 Porcentaje de casos de tuberculosis sensible con tratamiento exitoso	73,60%	78,61%	NO

Objetivos Estratégicos Institucionales	Indicador	Línea Base 2024	Meta 2029	Indicador del PND
OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	IPEI 2.3 Porcentaje de personas que viven con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y conocen su estado serológico	92,26%	95,00%	NO
OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	IPEI 2.4 Tasa de incidencia de leishmaniasis por cada 100.000 habitantes	5,73	5,25	NO
OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	IPEI 2.5 Porcentaje de cobertura de vacunación de la vacuna bacilo Calmette-Guerin (BCG) en menores de un año	87,79%	90,83%	NO
OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población	IPEI 3.1 Porcentaje de bares escolares de las instituciones educativas del Sistema Nacional de Educación que implementan las condiciones higiénico-sanitarias, lineamientos alimentarios y nutricionales establecidos en el Reglamento de Bares Escolares	69,03%	76,37%	NO
OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población	IPEI 3.2 Porcentaje de establecimientos de salud tipo A, B y C del Ministerio de Salud Pública que cuentan con grupos de apoyo a la lactancia materna en funcionamiento	98,03%	98,35%	NO
OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población	IPEI 3.3 Porcentaje de cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar en la población de 20 a 49 años en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública	9,04%	13,13%	NO
OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población	IPEI 3.4 Porcentaje de cobertura de atenciones en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años	14,39%	19,48%	NO
OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población	IPEI 3.5 Porcentaje de cobertura de atenciones en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 15 a 19 años	17,25%	26,80%	NO
OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población	IPEI 3.6 Porcentaje de parteras y parteros ancestrales articulados por los establecimientos de salud	31,27%	53,60%	NO
OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	IPEI 4.1 Proporción de la cantidad de leche humana distribuida por los Bancos de Leche Humana	25,09%	15,96%	NO
OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	IPEI 4.2 Porcentaje de gestión de la calidad de los servicios de salud en establecimientos de salud del MSP	80,78%	90,00%	NO
OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	IPEI 5.1 Cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública	71,13%	78,54%	NO
OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	IPEI 5.2 Porcentaje de calificación o recalificación de discapacidad en el tiempo establecido	65,84%	90,25%	NO
OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	IPEI 5.3 Porcentaje de la población adscrita a los establecimientos de salud del primer nivel de atención de salud del Ministerio de Salud Pública que constan con la Plataforma de Registro de Atenciones de Salud	63,53%	86,86%	NO
OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	IPEI 5.4 Porcentaje de operatividad de las ambulancias de transporte primario	0,00%	65,00%	NO
OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	IPEI 5.5 Porcentaje de quirófanos operativos en hospitales del Ministerio de Salud Pública	64,92%	90,00%	NO
OE5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	IPEI 5.6 Porcentaje de cobertura de tamizaje metabólico neonatal en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública	88,77%	94,97%	NO

Objetivos Estratégicos Institucionales	Indicador	Línea Base 2024	Meta 2029	Indicador del PND
OE6 Incrementar la investigación en salud	IPEI 6.1 Número de artículos aceptados para su publicación en LILACS	16	31	NO
OE7 Fortalecer las capacidades institucionales	indicador homologado			NO

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

Adicionalmente se presenta la alineación de los objetivos estratégicos del Ministerio de Salud Pública con el Plan Nacional de Desarrollo 2025 – 2029:

Tabla 51. Indicadores y Metas del PEI alineados al PND

EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029	LÍNEA BASE 2024	META 2029	INDICADOR DEL PND
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	N.A.	OEI 1. Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 1.1 Incrementar el número de documentos normativos incluidos en la Agenda Regulatoria aprobados para expedición, que cumplen con la metodología para elaborar normativas en salud, de 19 en 2024 a 40 al 2029.	19	40	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	1.4.1 Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,61 en el 2023 a 6,22 al 2029	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.1 Incrementar el porcentaje de cobertura de atenciones en salud mental en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 3,65% en 2024 a 4,09% al 2029.	3,65%	4,09%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	1.4.2 Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento antirretroviral de 88,79% en el 2024 a 94,24% al 2029	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.2 Incrementar el porcentaje de casos de tuberculosis sensible con tratamiento exitoso de 71,61% en 2023 a 78,61 % al 2029.	73,60%	78,61%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población,	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no	1.4.2 Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control	MPEI 2.3 Incrementar el porcentaje de personas que	92,26%	95,00%	NO

EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029	LÍNEA BASE 2024	META 2029	INDICADOR DEL PND
	para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento antirretroviral de 88,79% en el 2024 a 94,24% al 2029	sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	viven con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y conocen su estado serológico de 92,26% en 2024 a 95,00% al 2029			
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	N.A.	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.4 Reducir la tasa de incidencia de leishmaniasis por cada 100.000 habitantes de 5,73 en 2024 a 5,25 al 2029.	5,73	5,25	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.3 Incrementar la cobertura de vacunación de SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis) de 70,10% en el 2024 a 73,74% al 2029	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.5 Incrementar el porcentaje de cobertura de vacunación de la vacuna bacilo Calmette-Guerin (BCG) en menores de un año de 87,79% en 2024 a 90,83% al 2029	87,79%	90,83%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.1 Incrementar el porcentaje de bares escolares de las instituciones educativas del Sistema Nacional de Educación que implementan las condiciones higiénico-sanitarias, lineamientos alimentarios y nutricionales establecidos en el Reglamento de Bares Escolares de 69,03% en 2024 a 76,37% al 2029	0,6903	76,37%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con	1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.2 Incrementar el porcentaje establecimientos de Salud tipo A, B y C que cuentan con grupos de apoyo a la lactancia materna	98,03%	98,35%	NO

EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029	LÍNEA BASE 2024	META 2029	INDICADOR DEL PND
		énfasis en la primera infancia.			en funcionamiento de 98,03% de 2024 a 98,35% al 2029			
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.3 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de 39,55 en el 2024 a 33,90 al 2029	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.3 Incrementar el porcentaje de cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar en la población de 20 a 49 años en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de 9,04% en el 2024 a 13,13% al 2029.	9,04%	13,13%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.2 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 10 a 14 años de 2,04 en el 2024 a 1,95 al 2029.	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.4 Incrementar el porcentaje de cobertura de atenciones en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años, de 14,39% en 2024 a 19,48% al 2029.	14,39%	19,48%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.3 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de 39,55 en el 2024 a 33,90 al 2029	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.5 Incrementar el porcentaje de cobertura de atenciones en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 15 a 19 años de 17,25% en 2024 a 26,80% al 2029.	17,25%	26,80%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.6 Incrementar el porcentaje de parteras y parteros ancestrales articulados por los establecimientos de salud de 31,27% en 2024 a 53,60% al 2029	31,27%	53,60%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para	1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de	OEI 4. Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud.	MPEI 4.1 Incrementar la proporción de la cantidad de leche humana distribuida por los	25,09%	0,26%	NO

EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029	LÍNEA BASE 2024	META 2029	INDICADOR DEL PND
	los derechos y la reducción de las desigualdades.	el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.		Bancos de Leche Humana de 0,26% en el 2025 a 15,96% al 2029.			
Social	8. Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa.	8.2 Consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con la provisión de servicios públicos de calidad y la gestión pública articulada en el territorio.	8.2.1 Incrementar el índice de percepción de la calidad de los servicios públicos en general de 6,35 en el 2024 a 6,67 al 2029	OEI 4. Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	MPEI 4.2 Incrementar el porcentaje de gestión de la calidad de los servicios de salud en establecimientos de salud del MSP de 82,83% en el 2025 a 90% al 2029	80,78%	90,00%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.	71,13%	78,54%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.2 Incrementar el porcentaje de calificación o recalificación de discapacidad en el tiempo establecido de 65,84% en 2024 a 90,25% al 2029	65,84%	90,25%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	N.A.	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.3 Incrementar el porcentaje de la población adscrita a los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública que constan en la Plataforma de Registro de Atenciones de Salud de 63,53% en 2024 a 86,86% al 2029	63,53%	86,86%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79%	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.4 Incrementar el porcentaje de operatividad de ambulancias del transporte primario de	0,00%	65,00%	NO

EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029	LÍNEA BASE 2024	META 2029	INDICADOR DEL PND
	reducción de las desigualdades.	prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	en el 2023 a 31,81% al 2029		59,86% en 2025 a 65,00% al 2029			
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.5 Incrementar el porcentaje de quirófanos operativos en hospitales del Ministerio de Salud Pública de 64,92% en 2024 a 90,00% al 2029.	64,92%	90,00%	NO
Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	1.6.2 Incrementar el porcentaje de gestantes, niñas y niños menores de 6 años que reciben servicios para la primera infancia de 38,91% en agosto del 2024 a 42,51% en agosto del 2029.	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.6 Incrementar el porcentaje de cobertura de tamizaje metabólico neonatal en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de 88,77% en el 2024 a 94,97% al 2029	88,77%	94,97%	NO
Social	2. Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.	2.4 Impulsar la investigación científica, la innovación, la transferencia de tecnología, la protección de saberes ancestrales y de propiedad intelectual, con programas que permitan la inclusión, permanencia y educación continua.	2.4.1 Incrementar el número de investigadores por cada mil integrantes de la Población Económicamente Activa de 0,96 en el 2024 a 1,83 al 2029.	OEI 6. Incrementar la investigación en salud.	MPEI 6.1 Incrementar el número de artículos aceptados para su publicación en LILACS, de 16 en 2024 a 31 al 2029.	16	31	NO
Institucional	8. Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa	8.2 Consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con la provisión de servicios públicos de calidad y la gestión pública articulada en el territorio.	8.2.1 Incrementar el índice de percepción de la calidad de los servicios públicos en general de 6,35 en el 2024 a 6,67 al 2029	OEI 7. Fortalecer las capacidades institucionales	INDICADOR HOMOLOGADO			

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

5.4. Identificación de programas presupuestarios

El Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas en su artículo 54, dispone: “las instituciones sujetas al ámbito de este código, excluyendo los Gobiernos Autónomos Descentralizados, reportarán al ente rector de la planificación nacional sus instrumentos de planificación institucionales, para verificar que las propuestas de acciones, programas y proyectos correspondan a las competencias institucionales y los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. (SNP, 2024)

Por su parte la Normativa Técnica del Sistema Nacional de las Finanzas Públicas, en la NTP 2. (Programación presupuestaria de las entidades que conforman el presupuesto general del Estado), numeral 21, establece “Los programas están vinculados a la planificación estratégica institucional en cuanto deben corresponderse con la misión o razón de ser y con los objetivos estratégicos expresados en metas de resultados específicos y medibles que se concretan en la planificación anual y se traducen financieramente en el presupuesto.

A continuación, se detallan los programas y proyectos institucionales alineados a la planificación estratégica del Ministerio de Salud Pública:

Tabla 52. Alineación de los programas institucionales a la planificación estratégica

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	CODIGO PROGRAMA	NOMBRE PROGRAMA
OEI 1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud	58	GOBERNANZA DE LA SALUD
OEI 2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	56	VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población	55	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD
	70	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL DCI
OEI 4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	24	PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA
	57	GARANTÍA DE LA CALIDAD
	85	FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	20	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
	90	PROVISIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
OEI 6 Incrementar la investigación en salud	N.A	N.A
OEI 7 Fortalecer las capacidades institucionales	01	ADMINISTRACIÓN CENTRAL

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

Tabla 53. Alineación de los proyectos institucionales a los programas y planificación estratégica

Objetivo Estratégico Institucional	Código de Programa	Programa Presupuestario	CUP Proyecto	Proyecto	Meta PND	Meta ODS
OEI 1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud	58	GOBERNANZA DE LA SALUD	N/A	N/A	N/A	N/A
OEI 2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	56	VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	123200000.0000.388030	Eliminación de la malaria en Ecuador y prevención del restablecimiento	M1.4.2 Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento antirretroviral de 88,79% en el 2024 a 94,24% al 2029	3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
OEI 2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud	56	VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	123200000.0000.388122	Reducción de las enfermedades crónico-transmisibles de mayor impacto en el Ecuador: VIH/Sida, ITS, tuberculosis y hepatitis viral B y C	M1.4.2 Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento antirretroviral de 88,79% en el 2024 a 94,24% al 2029	3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población	55	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL DCI	123200000.0000.387093	Ecuador Libre de Desnutrición Infantil	M1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población	55	PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	123200000.0000.388156	Fortalecimiento de la Salud Intercultural en el Ecuador	M1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad

Objetivo Estratégico Institucional	Código de Programa	Programa Presupuestario	CUP Proyecto	Proyecto	Meta PND	Meta ODS
					32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029.	y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población	55	PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD	123200000.0000.388051	Proyecto para el abordaje integral de la salud sexual y salud reproductiva en adolescentes	M1.5.2 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 10 a 14 años de 2,04 en el 2024 a 1,95 al 2029. M1.5.3 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de 39,55 en el 2024 a 33,90 al 2029.	3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. 5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen
OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población	55	PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD	123200000.614.6296	Nutrición en el ciclo de vida - desnutrición cero	M1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
OEI 4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	24	PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA	123200000.0000.387186	Fortalecimiento del sector materno infantil de la red de salud pública de la Coordinación Zonal no. 6	M1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y

Objetivo Estratégico Institucional	Código de Programa	Programa Presupuestario	CUP Proyecto	Proyecto	Meta PND	Meta ODS
					2023 a 31,81% al 2029.	vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
OEI 4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud	85	FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	123200000.632.2477	Infraestructura física equipamiento mantenimiento estudios y fiscalización en salud	M1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029.	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	20	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	123200000.0000.385165	Apoyo al fortalecimiento de los establecimientos de salud del MSP por situación de movilidad humana	M1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	90	PROVISION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	123200000.0000.384104	Apoyo para el diagnóstico temprano calificación y entrega de ayudas técnicas para personas con discapacidad en Ecuador	M1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029.	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	90	PROVISION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	123200000.0000.387703	Desarrollo de la estrategia para el abordaje integral del fenómeno socio económico de las drogas y fortalecimiento de la salud mental	M1.4.1 Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,61 en el 2023 a 6,22 al 2029	3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar
OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	90	PROVISION Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	123200000.0000.388123	Fortalecimiento a la atención integral en salud en el primer nivel de atención como apoyo a la estrategia Ecuador crece sin desnutrición	M1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029.	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud	20	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	123200000.0000.387091	Fortalecimiento de la atención integral, detección, prevención, rehabilitación y habilitación de personas con	M1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a

Objetivo Estratégico Institucional	Código de Programa	Programa Presupuestario	CUP Proyecto	Proyecto	Meta PND	Meta ODS
				discapacidades, a nivel nacional	2023 a 31,81% al 2029.	medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
OE7 Fortalecer las capacidades institucionales.	01	ADMINISTRACION CENTRAL	123200000.0000.388137	Formación del talento humano en salud	M8.2.1 Incrementar el índice de percepción de la calidad de los servicios públicos en general de 6,35 en el 2024 a 6,67 al 2029	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

5.5. Descripción de gasto corriente y gasto de inversión

El Ministerio de Salud Pública al 31 de mayo de 2026, contó con un presupuesto codificado de USD 5.517 millones de dólares, de los cuales, el 96% están asignados para la operatividad en el gasto permanente y el 4% a Proyectos de inversión, y evidenciar que el 51% del presupuesto del ministerio, no está financiado, es decir es sólo espacio presupuestario, a continuación el detalle correspondiente:

Tabla 54. Ejecución presupuestaria general

TIPO DE GASTO	CODIFICADO	MONTO FINANCIADO	NO FINANCIADO	CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	SALDO DISPONIBLE	% Gest Bruta	% Gest Neta	% Ejec
CORRIENTE	5.320.211.103,64	2.483.775.783,77	2.836.435.319,87	93.433.196,67	1.046.596.777,63	959.839.017,29	4.179.333.978,99	21%	20%	18%
INVERSIÓN	197.372.469,84	193.280.079,84	4.092.390,00	15.893.389,33	32.233.597,28	28.637.499,15	149.190.041,41	24%	16%	15%
Total general	5.517.583.573,48	2.677.055.863,61	2.840.527.709,87	109.326.586,00	1.078.830.374,91	988.476.516,44	4.328.524.020,40	22%	20%	18%

Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026

Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control

Nota 1: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

Nota 2: % Gestión Bruta = (Certificado+ Comprometido) / Codificado

% Gestión Neta = Comprometido / Codificado

% Ejecución = Devengado / Codificado

De los recursos codificados, el MSP ha realizado las gestiones para certificar y comprometer los mismos, alcanzando una gestión bruta del 22%, y una gestión neta que corresponde al compromiso de los recursos del 20%, considerando para su comparación el monto no financiado (sin liquidez).

Referente al porcentaje de ejecución presupuestaria, el ente rector de las finanzas públicas considera un índice de 8.33% mensual, acumulando al 31 de mayo de 2026, el 41% de forma lineal; sobre el cual, el Ministerio de Salud Pública alcanzó una ejecución presupuestaria del 18%, por lo expuesto, se puede deducir que el Ministerio de Salud Pública debe realizar las acciones pertinentes para incrementar la gestión presupuestaria.

Ilustración 10. Gestión y ejecución general MSP



Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026
Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control
Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

5.5.1. Gasto corriente

5.5.1.1. Ejecución presupuestaria

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Gasto Corriente es de USD 5.320 millones, de los cuales, sólo el 47% se encuentran con liquidez (financiados), es decir, USD 2.483 millones.

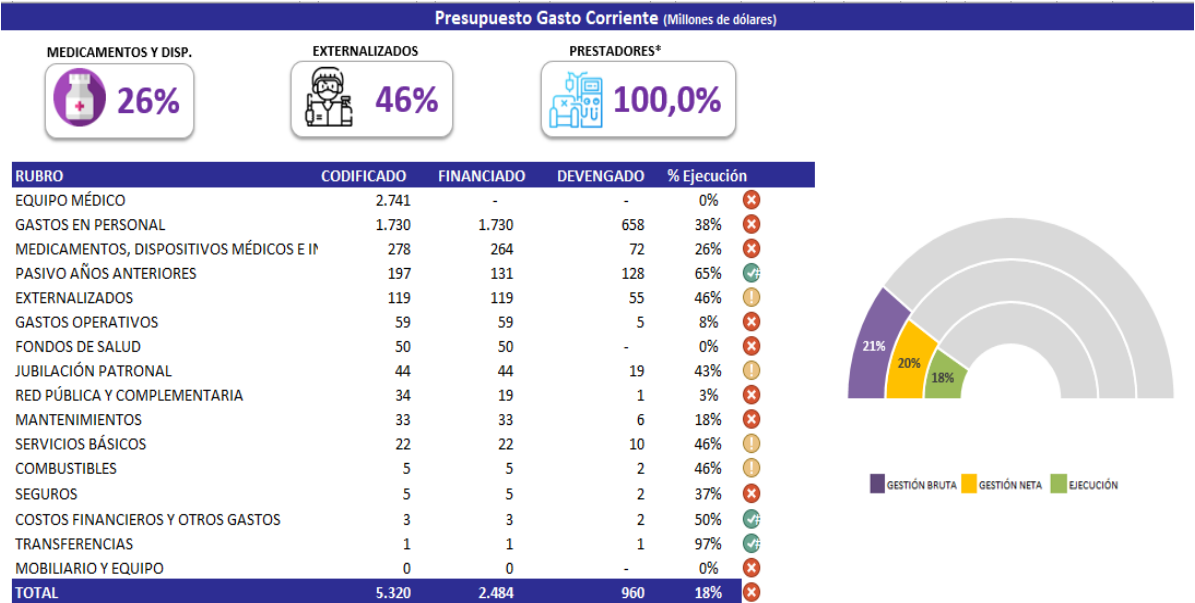
En la tabla a continuación se puede observar que la gestión bruta efectuada por el MSP alcanza el 21% de los recursos financiados, mientras la gestión neta representa el 20%, observando una brecha entre la gestión bruta y la gestión neta del 1%, generando una **ejecución presupuestaria del 18% sobre los recursos totales (con liquidez y sin liquidez)**.

Tabla 55. Ejecución presupuestaria Gasto Corriente

TIPO DE GASTO	CODIFICADO	MONTO FINANCIADO	NO FINANCIADO	CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	SALDO DISPONIBLE	% Gest Bruta	% Gest Neta	% Ejec
CORRIENTE	5.320.211.103,64	2.483.775.783,77	2.836.435.319,87	93.433.196,67	1.046.596.777,63	959.839.017,29	4.179.333.978,99	21%	20%	18%

Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026
Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control
Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

Ilustración 11. Ejecución Gasto Corriente



Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026
Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control
Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

En la tabla a continuación se detalla la ejecución presupuestaria a nivel de rubro:

Tabla 56. Ejecución presupuestaria a nivel de Rubro

RUBRO	CODIFICADO	FINANCIADO	DEVENGADO	% Ejecución
EQUIPO MÉDICO	2.741,47	-	-	0%
GASTOS EN PERSONAL	1.729,72	1.729,72	657,77	38%
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSTRUMENTAL MEDICO MENOR	277,82	264,39	71,80	26%
PASIVO AÑOS ANTERIORES	197,14	131,26	127,84	65%
EXTERNALIZADOS	118,75	118,75	55,03	46%
GASTOS OPERATIVOS	58,67	58,67	4,72	8%
FONDOS DE SALUD	50,16	50,16	-	0%
JUBILACIÓN PATRONAL	43,57	43,57	18,69	43%
RED PÚBLICA Y COMPLEMENTARIA	34,23	18,58	1,20	3%
MANTENIMIENTOS	32,71	32,71	5,97	18%
SERVICIOS BÁSICOS	21,66	21,66	9,88	46%
COMBUSTIBLES	5,33	5,33	2,44	46%
SEGUROS	4,69	4,69	1,75	37%
COSTOS FINANCIEROS Y OTROS GASTOS	3,04	3,04	1,53	50%
TRANSFERENCIAS	1,25	1,25	1,22	97%
MOBILIARIO Y EQUIPO	0,01	0,01	-	0%
TOTAL	5.320,21	2.483,78	959,84	18%

Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026
Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control
Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez
% Ejec Liquidez= Devengado / Monto financiado

La asignación principal de los recursos del gasto corriente se presenta en el rubro de Equipo Médico el cual cuenta con un codificado de USD 2.741 millones de dólares, los cuales NO CUENTAN CON LIQUIDEZ, por tanto, no se evidencia gestión de los recursos; seguido por el rubro de gastos en personal con USD 1.729 millones, rubro que cuenta con el 100% de liquidez, sobre los cuales se ha gestionado el 38%, considerando que el mismo corresponde a una ejecución mensual por nómina. Así también, el rubro de medicamentos y dispositivos médicos ha devengado USD 71 millones, es decir, 25% de ejecución referente a su monto codificado financiado.

Tabla 57. Ejecución presupuestaria a nivel de fuente

FUENTE	CODIFICADO	MONTO FINANCIADO	NO FINANCIADO	CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	% Ejec
1	2.460.616.417,50	2.460.616.417,50	-	89.480.712,27	1.044.210.744,15	958.309.392,37	39%
2	2.747.379.785,51	5.910.927,83	2.741.468.857,68	1.104.279,62	1.247.798,38	741.703,40	0%
3	111.698.629,00	16.732.166,81	94.966.462,19	2.848.204,78	627.463,45	414.465,70	0%
998	516.271,63	516.271,63	-	-	510.771,65	373.455,82	72%
Total general	5.320.211.103,64	2.483.775.783,77	2.836.435.319,87	93.433.196,67	1.046.596.777,63	959.839.017,29	18%

Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026
Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control
Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

El presupuesto del MSP está financiando principalmente por fuente 001 - Recursos fiscales con liquidez total de USD 2.460 millones, alcanzando una ejecución del 39%. La fuente 002 - Recursos fiscales por Autogestión cuenta con codificado de USD 2.747 millones, sin embargo, dicha fuente no cuenta con liquidez, dado que los recursos financiados son de apenas el 0,2%, motivo por el cual, se refleja baja ejecución del presupuesto del MSP. La fuente 003 - Recursos Provenientes de Preasignaciones, cuenta con un codificado de USD 111 millones y financiado 16 millones, que corresponde al 14,98% y de éstos se observa una ejecución del 2,48%.

5.5.2. Gasto inversión

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en el Gasto Inversión es de USD 197,3 millones de los cuales, USD 193,28 millones se encuentran financiados, es decir, el 98 % de los recursos cuentan con liquidez y el 2% de los recursos no cuentan con liquidez.

Ilustración 12. Ejecución presupuestaria Gasto Inversión



Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026
Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control
Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

Como se observa en la ilustración anterior, el devengo realizado por el MSP alcanza los USD 28,64 millones, y un comprometido de USD 32,23 millones de dólares.

El Plan Anual de Inversiones del MSP, al 31 de mayo de 2026, está conformado por 14 Proyectos de Inversión.

Tabla 58. Proyectos de Inversión

Nro	Nombre Proyecto Inversión	CODIFICADO	DEVENGADO	SALDO DISPONIBLE	% Ejec
1	CONEXOS	16.159.776,75	349.551,61	12.955.212,42	2%
2	DROGAS Y SALUD MENTAL	8.418.189,98	1.235.153,93	7.077.055,69	15%
3	EAIS	24.428.530,67	7.102.048,01	16.600.289,62	29%
4	FORMACIÓN TTHH	22.329.750,73	-	22.329.750,73	0%
5	FORTALECIMIENTO DE LA PROMOCION PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH/SIDA ITS COINFECCIÓN TB/VIH HEPATITIS VIRALES B Y	19.291.032,67	891.375,85	18.399.656,82	5%
6	FORTALECIMIENTO DISCAPACIDADES	13.810.792,10	608.435,98	10.007.808,13	4%
7	FORTALECIMIENTO ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	3.120.277,00	126.438,36	2.993.838,64	4%
8	INTERCULTURAL	6.161.974,69	1.506.295,22	4.630.454,56	24%
9	JUBILADOS (COEJECUCIÓN MDT)	10.610.913,23	10.191.634,19	419.279,04	96%
10	MALARIA	3.121.733,49	69.769,01	3.040.108,48	2%
11	MATERO INFANTIL Z6	2.598.843,48	-	2.598.843,48	0%
12	PELDI	38.860.999,84	3.733.602,40	34.109.721,63	10%
13	REINGENIERIA	24.045.811,81	1.996.199,00	10.534.867,43	8%
14	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	4.413.843,40	826.995,59	3.493.154,74	19%
Total general		197.372.469,84	28.637.499,15	149.190.041,41	15%

Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026

Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control

Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

Adicionalmente se detalla la información de los proyectos de inversión por grupo de gasto:

Tabla 59. Ejecución presupuestaria inversión por Grupo de Gasto

Grupo de Gasto	CODIFICADO	CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	SALDO DISPONIBLE	% Gest Bruta	% Gest Neta	% Ejec
71	53.904.965,27	-	24.461.908,86	24.461.908,86	29.443.056,41	45%	45%	45%
73	41.222.986,92	4.131.714,43	3.690.214,07	2.511.722,64	33.400.631,51	19%	9%	6%
75	14.730.166,44	2.266.714,84	387.392,96	26.453,90	12.021.667,73	18%	3%	0%
77	3,00	-	-	-	3,00	0%	0%	0%
78	34.957.419,59	-	-	-	34.957.419,59	0%	0%	0%
84	52.544.607,82	9.494.960,06	3.692.737,15	1.636.069,51	39.356.286,61	25%	7%	3%
99	12.320,80	-	1.344,24	1.344,24	10.976,56	11%	11%	11%
Total general	197.372.469,84	15.893.389,33	32.233.597,28	28.637.499,15	149.190.041,41	24%	16%	15%

Fuente: eSigef al 31 de mayo de 2026

Elaboración: Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control

Nota: Se considera todas las fuentes de financiamiento, con y sin liquidez

CAPITULO VI – ARTICULACION DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES

6. ARTICULACIÓN CON LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN

6.1. Agenda 2030 – Objetivos de Desarrollo Sostenible

La Constitución de la República del Ecuador (CRE), orienta a un régimen de desarrollo inclusivo, equitativo y solidario, que permite el desarrollo sostenible a largo plazo, en una relación armónica entre el ser humano y la naturaleza. En este marco, el instrumento para la planificación del desarrollo es el Plan Nacional de Desarrollo (PND), al que se sujetan las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; así como la inversión y asignación de los recursos públicos (CRE, 2008, art. 280).

Los esfuerzos de la planificación nacional se vinculan al contexto internacional; bajo esa premisa, en 2015 el país adoptó la Agenda 2030 como política de Estado, por eso, las prioridades nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo “Ecuador No se Detiene”, ejes, objetivos y políticas aportan al cumplimiento de la Agenda 2030 para alcanzar el desarrollo sostenible, mediante un equilibrio entre las dimensiones económica, social y ambiental.

El país realiza estos esfuerzos, para lograr la garantía de derechos de todos los ecuatorianos, incluidos los derechos individuales, el acceso al agua, una alimentación sana, vivienda, salud, educación, trabajo y seguridad social, entre otros. A continuación, se puntualizan los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

Ilustración 13. Objetivos de Desarrollo Sostenible



Fuente: Agenda 2030

Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

A continuación, se detallan los desafíos clasificados por bloques temáticos de las dimensiones del Desarrollo Sostenible:

Personas (ODS 1, 2, 3, 4 y 5)

- Consolidar el piso de protección social, con énfasis en población más pobre y vulnerable: Educación, salud, vivienda e inclusión social. A pesar de los avances alcanzados frente a la erradicación de la pobreza y desigualdad se requiere de la consolidación y ampliación del piso de protección social post- COVID, dirigido especialmente a las personas vulnerables; a fin de frenar las causas estructurales de la pobreza relacionadas al acceso a salud, educación, agua y saneamiento, empleo adecuado, entre otros. De igual manera, es indispensable que tales acciones sean trabajadas a nivel interinstitucional y en los diferentes niveles de gobierno.

- Fortalecer acciones del Estado para erradicar la violencia contra las mujeres. Si bien, se cuenta con avances en temas normativos e implementación de programas, es necesario fortalecer el accionar interinstitucional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, y continuar con los esfuerzos por lograr el cierre de brechas, que tras la pandemia del COVID se acentuaron.

Prosperidad (ODS 7, 8, 9, 10 y 11)

- Fortalecer las políticas que promuevan empleo adecuado y la productividad. Frente a la desaceleración económica generalizada, es necesario fomentar el empleo digno y garantizar el cumplimiento de los derechos de los trabajadores, mediante el compromiso de los sectores público y privado con la generación de trabajo de calidad, remuneraciones dignas y seguridad social.
- Continuar con el mantenimiento de infraestructura del sector eléctrico que asegure la operación adecuada de centrales eléctricas de fuentes renovables existentes. Es necesario reforzar el mantenimiento de la infraestructura del sector eléctrico que garantice una operación adecuada de las centrales de generación de fuentes renovables existentes (hidroeléctrica, eólica y solar), con énfasis en las que mayor aporte entregan al Sistema Nacional Interconectado, sin descuidar el Sistema Interconectado Petrolero Extendido y su infraestructura asociada.

Planeta (ODS 6, 12, 13, 14 y 15)

- Fortalecer políticas públicas que reduzcan generación de gases de efecto invernadero en atmósfera, provenientes de sectores industrial, energético y de transporte. Ecuador debe continuar adoptando acciones para la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero con las agendas prioritarias del país y las políticas de los sectores productivos para reducir las causas y agentes de la deforestación.
- · Provisión de saneamiento y agua de calidad. El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable, partiendo desde esa premisa el Estado ha buscado concentrar sus esfuerzos en lograr una adecuada gestión de los servicios, así como el cuidado y protección en el uso de los recursos hídricos, por lo tanto, Ecuador continuará generando políticas públicas de largo plazo que busquen la seguridad alimentaria, garantizando el acceso al agua en calidad y cantidad, su uso responsable y el saneamiento adecuado.

Paz (ODS 16)

- Fortalecer la coordinación interinstitucional entre las diferentes instituciones de las Funciones del Estado. Promover principios para el gobierno eficiente, la formulación de política pública adecuada y la participación de varios actores y su corresponsabilidad para alcanzar las prioridades nacionales y por tanto los objetivos globales.

Partenariado (ODS 17)

- Alcanzar universalización en telecomunicaciones y disminuir brecha existente entre zonas urbanas y rurales. Dar continuidad a los esfuerzos interinstitucionales, estrategias y mecanismos para eliminar las barreras de acceso y asequibilidad a las Tecnologías, Información y Comunicación, en la búsqueda por alcanzar la disminución de la brecha digital.
- Impulsar la diversificación de producción nacional con valor agregado. Es necesario promover políticas públicas que permitan impulsar la producción nacional con el uso de la tecnología, complementariamente la generación de incentivos y el apoyo en su comercialización.
- Consolidar la evaluación en el país en coordinación con actores claves (sociedad civil, academia y sector público); retroalimentar la política pública. Estos ejercicios permitirán focalizar los recursos a las prioridades nacionales, retroalimentar el ciclo de la política pública y la toma de decisiones. Así como también, promover la rendición de cuentas de la gestión pública, acompañada de la veeduría ciudadana.

Bajo este contexto, las acciones del Ministerio de Salud pública, se alinea primordialmente a las dimensiones del Desarrollo Sostenible “Personas” y como entidad a la dimensión “Paz”:

- ODS 2 “Hambre cero”
- ODS 3 “Salud y bienestar”
- ODS 5 “Igualdad de género”
- ODS 16 “Paz, justicia e instituciones sólidas”

6.2. Plan Nacional de Desarrollo

La Constitución de la República del Ecuador dispone en su Art. 280.- *“El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos ...”*.

La Norma Técnica del Sistema Nacional de Planificación Participativa, define al Plan Nacional de Desarrollo como *“... la máxima directriz política y administrativa para el diseño y aplicación de la política pública, que contiene un presupuesto referencial plurianual en el marco de lo establecido en la Constitución de la República”*.

El Plan Nacional de Desarrollo denominado “Ecuador No se Detiene 2025-2029” contiene 5 ejes, 9 Objetivos Nacionales, Visión de largo plazo y Estrategia Territorial Nacional.

Los ejes del Plan Nacional de Desarrollo son:

- Eje Social
- Eje Económico, productivo y empleo
- Eje Ambiente, agua, energía y conectividad
- Eje Institucional
- Eje Riesgos

El Plan Estratégico del Ministerio de Salud Pública y de sus adscritas, se alinea de la siguiente manera al Plan Nacional de Desarrollo:

✓ **Eje Social:**

Objetivo 1: Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.

○ **Políticas:**

1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.

1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.

1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.

1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.

Objetivo 2: Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.

○ **Políticas:**

2.4 Impulsar la investigación científica, la innovación, la transferencia de tecnología, la protección de saberes ancestrales y de propiedad intelectual, con programas que permitan la inclusión, permanencia y educación continua.

Adicionalmente en el ámbito de la eficiencia institucional el accionar del MSP se alinea también al Eje Institucional de la siguiente manera:

✓ **Eje Institucional:**

- **Objetivo 8:** Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa.

- **Política:**

8.2 Consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con la provisión de servicios públicos de calidad y la gestión pública articulada en el territorio.

6.3. Plan Sectorial de Salud 2025 - 2029

El Plan Estratégico Institucional es un instrumento de planificación interna del Ministerio de Salud Pública y el Plan Sectorial de Salud articula a toda la red pública integral de salud (RPIS), por tanto, su alineación es necesaria y estratégica; ambos responden al mismo marco superior de planificación nacional (Plan Nacional de Desarrollo, Constitución, ODS), lo que exige alineación vertical entre niveles institucionales y sectoriales.

Como ente rector del sistema nacional de salud, el Ministerio de Salud Pública debe garantizar que su planificación interna contribuya directamente al cumplimiento de los objetivos sectoriales definidos en el Plan Sectorial de Salud; es así que, el Plan Estratégico Institucional traduce los lineamientos del Plan Sectorial de Salud en acciones institucionales concretas, asegurando que las áreas técnicas, administrativas y territoriales del MSP operen en función de las metas sectoriales.

La planificación institucional del MSP refleja las prioridades del PSS en cuanto a reducción de brechas, atención a grupos vulnerables y abordaje de determinantes sociales de la salud.

Los objetivos del Plan Sectorial de Salud son:

- **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 la vigilancia epidemiológica.

6.4. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030

La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (la Agenda o ASSA2030) constituye el marco de políticas y planificación estratégica de más alto nivel en la Región de las Américas. Es un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en la Región en su conjunto y en los Estados Miembros, teniendo en cuenta el nuevo contexto regional y mundial. La Conferencia Sanitaria Panamericana, la máxima autoridad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que cuenta con representación de todos los países del continente americano, aprueba esta Agenda.

La ASSA2030 representa la respuesta del sector de la salud a los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la OPS en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los temas inconclusos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, así como los retos regionales futuros y emergentes en materia de

salud pública que puedan surgir. La Agenda se implementará por medio de los planes estratégicos y las estrategias de la OPS, así como de los planes de salud, nacionales y subregionales.

Ilustración 14. Objetivos de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas



Fuente: Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030

Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

Los objetivos estratégicos de la ASSA 2030 (OMS, Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región, s.f.) son:

1. **Objetivo 1. Acceso equitativo a servicios de salud:** Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades
2. **Objetivo 2. Rectoría y gobernanza:** Fortalecer la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud, a la vez que se promueve la participación social.
3. **Objetivo 3. Recursos Humanos en salud:** fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud.
4. **Objetivo 4. Financiamiento en salud:** Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias.
5. **Objetivo 5: Medicamentos esenciales y vacunas:** Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional.
6. **Objetivo 6: Fortalecer los sistemas de información para la salud:** Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.

7. **Objetivo 7: Generación, transferencia y uso de evidencia y conocimiento en salud:** Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso de la evidencia y el conocimiento en materia de salud, promoviendo la investigación, la innovación y el uso de la tecnología.
8. **Objetivo 8: Brotes de enfermedades, emergencias y desastres:** Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y a las emergencias y los desastres que afectan la salud de la población.
9. **Objetivo 9: Enfermedades no transmisibles:** Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.
10. **Objetivo 10: Enfermedades Transmisibles:** Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.
11. **Objetivo 11: Desigualdades e inequidades en torno a la salud:** Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.

En las evaluaciones realizadas a la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, se reconocieron los importantes avances logrados en las áreas de acción y se llamó la atención sobre algunos problemas específicos de salud en los que se había observado menos avance y era necesario redoblar los esfuerzos:

Tabla 60. Brechas y recomendaciones identificadas en ASSA

Indicador	Meta regional (OPS/ASSA)	Situación actual	Brecha identificada	Recomendaciones institucionales
Mortalidad materna (RMM)	<30 por 100.000 NV	Mediana regional: 63 (2015); variabilidad 27–94	Estancamiento; desigualdad territorial	Redes obstétricas rurales; auditorías; cobertura prenatal universal (OMS, Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región, s.f.)
Dengue	Reducción sostenida	8,2 millones (2015); >4 millones (2023)	Brotes recurrentes; expansión geográfica	Vigilancia vectorial; control intersectorial; educación comunitaria (OMS, Informe final de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana., s.f.)
Tuberculosis	<10 por 100.000 hab.	22,1 por 100.000 (2014); lenta reducción	Persistencia en grupos vulnerables; TB-MDR	Diagnóstico molecular; adherencia; integración en APS (OMS, Tuberculosis en las Américas 2018, s.f.)
VIH/sida (transmisión vertical)	<50 casos/año por país	2.100 casos (2015); cobertura ARV mejorada	Brechas en adolescentes y poblaciones clave	Tamizaje universal; integración con salud sexual; seguimiento postnatal
Obesidad infantil (<5 años)	<5%	7,2% (2012); >8% (2022)	Ambientes obesogénicos; baja regulación	Etiquetado frontal; regulación de ultraprocesados; actividad física ⁵
Gasto público en salud (% PIB)	≥6%	4,4% (2021)	Subversión; dependencia de gasto privado	Incrementar asignación; vincular a resultados; rectoría institucional ⁶
Gasto de bolsillo (% gasto total)	<20%	33% (2014); repunte post-COVID	Riesgo de empobrecimiento	Servicios gratuitos; seguros públicos; regulación de copagos ⁷
Cobertura de servicios esenciales	≥80% población con acceso	Avances desiguales; rezago rural	Brechas en APS, pueblos indígenas	Fortalecer APS; expansión territorial; monitoreo segmentado ⁸
Acceso a medicamentos esenciales	Disponibilidad ≥80% en establecimientos públicos	Cobertura irregular; desabastecimiento	Inequidad territorial; precios altos	Compra centralizada; regulación de precios; monitoreo logístico ⁹
Esperanza de vida saludable	Aumento sostenido	Promedio regional: 66 años (2020)	Años perdidos por enfermedades crónicas	Prevención primaria; control de NCDs; promoción de salud ¹⁰
Mortalidad infantil (<5 años)	<25 por 1.000 NV	15 por 1.000 (promedio regional 2020)	Persistencia en zonas rurales y pobres	Atención neonatal; nutrición; vigilancia comunitaria ¹¹

Indicador	Meta regional (OPS/ASSA)	Situación actual	Brecha identificada	Recomendaciones institucionales
Cobertura de vacunación (DTP3, SRP, COVID-19)	≥95%	DTP3: 88%; SRP: 85%; COVID-19 variable	Rezago post-pandemia; desconfianza	Campañas integradas; recuperación de esquemas; vigilancia activa ¹²
Salud ambiental (agua y saneamiento)	≥90% acceso seguro	Agua potable: 85%; saneamiento: 78%	Brechas rurales; enfermedades hídricas	Inversión en infraestructura; intersectorialidad; vigilancia ambiental ¹³
Gobernanza sanitaria	Planes alineados con ASSA y ODS	70% países con planes estratégicos	Falta de articulación y rendición de cuentas	Fortalecer rectoría; planificación intersectorial; monitoreo institucional ¹⁴

Fuente: Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030

Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

6.5. Plan Decenal de Salud 2022-2031

El Ministerio de Salud Pública con una perspectiva de largo plazo ha elaborado el Plan Decenal de Salud 2021-2031, el cual tiene por objetivo ser una guía de política pública que permita cumplir con la visión institucional. Cabe precisar que este instrumento se constituye en la principal directriz de la institución para cumplir con todos los instrumentos de planificación, tanto nacionales como internacionales.

El Plan Decenal aborda aspectos claves para promover el derecho a la salud para lo cual plantea los siguientes objetivos:

- **Objetivo 1 Equidad en Salud:** Reducir las desigualdades e inequidades en torno al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial
- **Objetivo 2 Promoción de la Salud:** Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.
- **Objetivo 3 Medicina Preventiva:** Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública.
- **Objetivo 4 Atención Oportuna y de Calidad:** Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad.
- **Objetivo 5 Sistema de Salud integrado y eficiente:** Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal.

6.6. Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil

Mediante oficio nro. Oficio Nro. SNP-SPN-2021-0860-OF del 16 de noviembre de 2021, la Secretaría Nacional de Planificación, solicita al MSP "(...) que su plan estratégico institucional cuente con la alineación al "Plan Estratégico Intersectorial para la Prevención y Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil".

Sobre este particular y una vez revisado el señalado plan, el Ministerio de Salud Pública se alinea a los siguientes Ejes Estratégicos para Prevenir y Reducir la Desnutrición Crónica Infantil (DCI) a través de su OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población, estrategia OE3-E4 Promover acciones encaminados a disminuir la mal nutrición; desnutrición, y sobrepeso u obesidad:

- **Eje estratégico 3:** Articulación territorial
- **Eje estratégico 4:** Gestión de la información
- **Eje estratégico 5:** Talento humano y mejora de la gestión institucional en el punto de atención

Cabe precisar que el Plan de Desnutrición cuenta con 6 ejes, sin embargo, el MSP se encuentra como responsable directo de los ejes antes mencionados.

6.7. Líneas Estratégicas Vicepresidencia de la República

Mediante Decreto Ejecutivo Nro. 3 en el cual señala "(...) Artículo 1.- Asignar a la señora María José Pinto González Artigas, en su calidad de Vicepresidenta Constitucional de la República, las funciones relativas a la articulación de políticas públicas integrales, planes, programas, proyectos y actividades vinculadas a:

- Salud mental;
- Educación intercultural bilingüe;
- Embarazo adolescente;
- Primera infancia; y,
- Desnutrición crónica infantil (...).

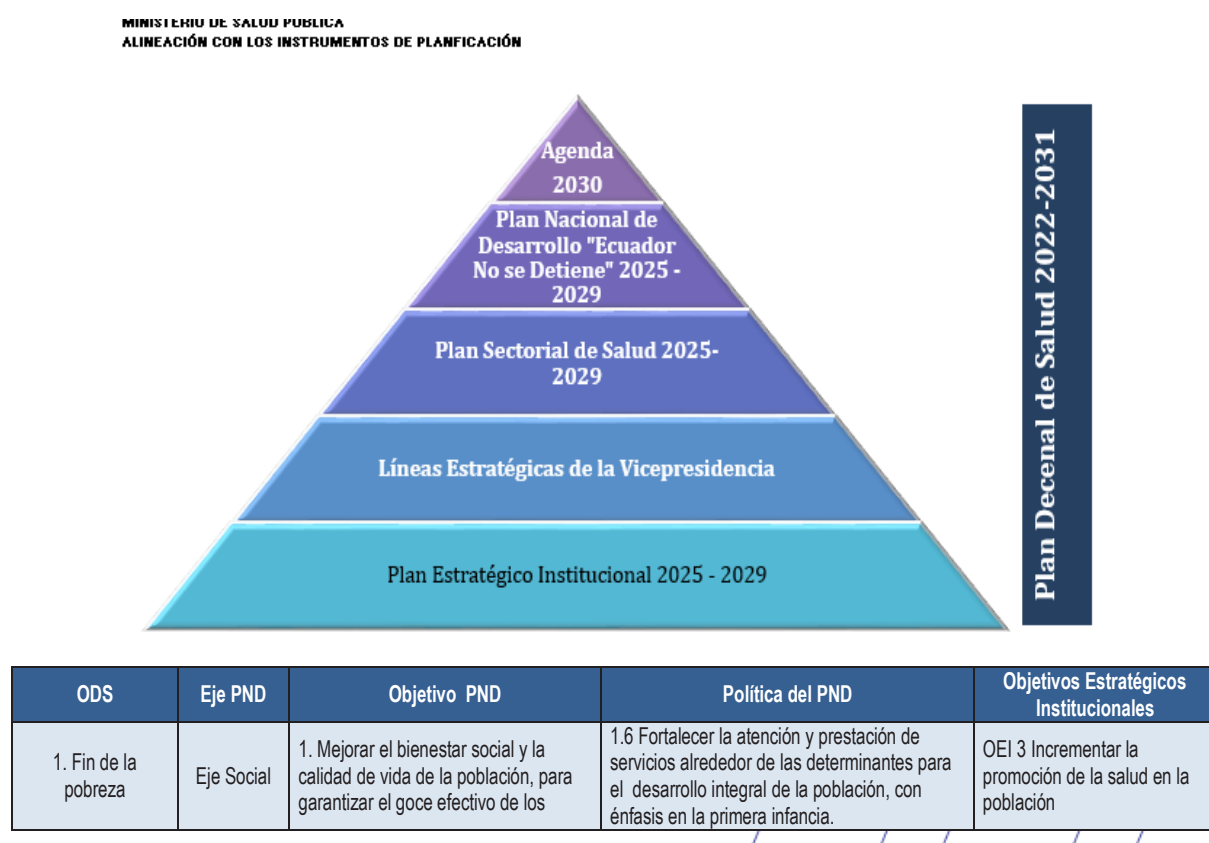
En ese sentido, el Ministerio de Salud Pública a través de sus políticas públicas, planes, programas, proyectos y actividades, se alinean a las siguientes Líneas Estratégicas:

- Línea Estratégica de **Salud Mental**
- Línea Estratégica de **Embarazo Adolescente**
- Línea Estratégica de **Primera Infancia**
- Línea Estratégica de **Desnutrición Crónica Infantil**

6.8. Resumen de la Alineación Directa con los Planes Nacionales e Internacionales

La alineación propuesta del PEI del MSP, de forma resumida, se presenta a continuación:

Ilustración 15. Alineación gráfica del Plan Estratégico Institucional MSP



ODS	Eje PND	Objetivo PND	Política del PND	Objetivos Estratégicos Institucionales
		derechos y la reducción de las desigualdades.		OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud
2. Hambre cero	Eje Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población OEI 4 Incrementar la calidad en la prestación de los de salud
3 Salud y Bienestar	Eje Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad. 1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	OEI 2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud OEI 3 Incrementar la promoción de la salud en la población OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud
9. Industria, Innovación e Infraestructuras	Eje Social	2. Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.	2.4 Impulsar la investigación científica, la innovación, la transferencia de tecnología, la protección de saberes ancestrales y de propiedad intelectual, con programas que permitan la inclusión, permanencia y educación continua.	OE6 Incrementar la investigación en salud
16. Paz, justicia e instituciones sólidas	Eje Institucional	8. Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa.	8.2 Consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con la provisión de servicios públicos de calidad y la gestión pública articulada en el territorio.	OEI 1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud OEI 4 Incrementar la calidad en la prestación de los de salud OEI 5 Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud OE7 Fortalecer las capacidades institucionales
Plan Decenal de Salud 2022-2031 - Objetivos				
EQUIDAD EN SALUD: Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.				
PROMOCIÓN DE LA SALUD: Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros				
MEDICINA PREVENTIVA: Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables				
ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD: Garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes de primer nivel de atención, modelos de gestión eficientes y transparentes				
SISTEMA DE SALUD INTEGRADO Y EFICIENTE: Transformar el sistema nacional de salud para que garantice el acceso y cobertura universal				

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

Como se mencionó anteriormente, los elementos orientadores del Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025-2029, se alinea a la Agenda 2030 en donde se proponen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), a las políticas, objetivos y ejes del Plan Nacional de Desarrollo 2025 – 2029, al Plan Sectorial de Salud 2025 - 2029 y, finalmente, al Plan Decenal de Salud, el cual es transversal a todos estos instrumentos para cumplimiento de todos los objetivos propuestos.

Si bien el PEI se alinea a varios objetivos y políticas de orden superior, no obstante, existe una alineación directa cuyo detalle se muestra a continuación:

Tabla 61. Detalle de Alineación del PEI a los Instrumentos de Planificación Superiores

OBJETIVO ODS	META ODS	EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVO PLAN SECTORIAL	META DEL PSS 2025-2029	LÍNEAS ESTRATÉGICAS VICEPRESIDENCIA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029
N.A.	N.A.	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	N.A.	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 1. Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 1.1 Incrementar el número de documentos normativos incluidos en la Agenda Regulatoria aprobados para expedición, que cumplen con la metodología para elaborar normativas en salud, de 19 en 2024 a 40 al 2029.
3. Salud y bienestar	3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	1.4.1 Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,61 en el 2023 a 6,22 al 2029	Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	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.	Salud Mental	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.1 Incrementar el porcentaje de cobertura de atención en salud mental en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 3,65% en 2024 a 4,09% al 2029.
3. Salud y bienestar	3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	1.4.2 Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento antirretroviral de 88,79% en el 2024 a 94,24% al 2029	Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida, del 78% en el 2024 a 87% al 2029.	No Aplica	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.2 Incrementar el porcentaje de casos de tuberculosis sensible con tratamiento exitoso de 71,61% en 2023 a 78,61 % al 2029.
3. Salud y bienestar	3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	1.4.2 Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento antirretroviral de 88,79% en el 2024 a 94,24% al 2029	Objetivo 3: INCREMENTAR LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA CARGA DE ENFERMEDADES EN LA POBLACIÓN	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida, del 78% en el 2024 a 87% al 2029.	No Aplica	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.3 Incrementar el porcentaje de personas que viven con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y conocen su estado serológico de 92,26% en 2024 a 95,00% al 2029
N.A.	N.A.	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población,	1.4 Fortalecer la prevención y control de enfermedades transmisibles y no	N.A.	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA	Incrementar el porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales,	No Aplica	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control	MPEI 2.4 Reducir la tasa de incidencia de leishmaniasis por cada 100.000 habitantes de

OBJETIVO ODS	META ODS	EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVO PLAN SECTORIAL	META DEL PSS 2025-2029	LINEAS ESTRATÉGICAS VICEPRESIDENCIA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029
			para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.		ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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%		sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	5,73 en 2024 a 5,25 al 2029.
3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.3 Incrementar la cobertura de vacunación de SRP (Sarampión, Rubeola, Parotiditis) de 70,10% en el 2024 a 73,74% al 2029	Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Incrementar la cobertura de control niño sano menores de 5 años de 44,76% en el 2024 a 49,62% al 2029	Primera Infancia	OEI 2. Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.	MPEI 2.5 Incrementar el porcentaje de cobertura de vacunación de la vacuna bacilo Calmette-Guerin (BCG) en menores de un año de 87,79% en 2024 a 90,83% al 2029
3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.1 Incrementar el porcentaje de bares escolares de las instituciones educativas del Sistema Nacional de Educación que implementan las condiciones higiénico-sanitarias, lineamientos alimentarios y nutricionales establecidos en el Reglamento de Bares Escolares de 69,03% en 2024 a 76,37% al 2029

OBJETIVO ODS	META ODS	EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVO PLAN SECTORIAL	META DEL PSS 2025-2029	LINEAS ESTRATÉGICAS VICEPRESIDENCIA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029
2. Hambre cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de los determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.	Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	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.	Desnutrición Crónica Infantil	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.2 Incrementar el porcentaje de establecimientos de Salud tipo A, B y C que cuentan con grupos de apoyo a la lactancia materna en funcionamiento de 98,03% de 2024 a 98,35% al 2029
3. Salud y bienestar	3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.3 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de 39,55 en el 2024 a 33,90 al 2029	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.3 Incrementar el porcentaje de atención de asesoría en planificación familiar en la población de 20 a 49 años en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de 9,04% en el 2024 a 13,13% al 2029.
3. Salud y bienestar	3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.2 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 10 a 14 años de 2,04 en el 2024 a 1,95 al 2029.	Objetivo 2: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	Embarazo Adolescente	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.4 Incrementar el porcentaje de cobertura de atención en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años, de 14,39% en 2024 a 19,48% al 2029.
3. Salud y bienestar	3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.3 Reducir la tasa específica de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años de 39,55 en el 2024 a 33,90 al 2029	Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	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	Embarazo Adolescente	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.5 Incrementar el porcentaje de cobertura de atención en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 15 a 19 años de 17,25% en 2024 a 26,80% al 2029.

OBJETIVO ODS	META ODS	EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVO PLAN SECTORIAL	META DEL PSS 2025-2029	LINEAS ESTRATÉGICAS VICEPRESIDENCIA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029
3. Salud y bienestar	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029	Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Incrementar el porcentaje de partos con acompañamiento atendidos en los establecimientos del Primer y Segundo Nivel de Atención de 77,8% en el 2024 a 90,86% al 2029	No Aplica	OEI 3. Incrementar la promoción de la salud en la población.	MPEI 3.6 Incrementar el porcentaje de parteras y parteros ancestrales articulados por los establecimientos de salud de 31,27% en 2024 a 53,60% al 2029
2. Hambre cero	2.2 De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	1.6.1 Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de dos años de 19,27% en 2024 a 15,27% en 2029.	Objetivo 2: PROMOVER ENTORNOS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SEGUROS A LA POBLACIÓN EN TODO SU CICLO DE VIDA	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.	Desnutrición Crónica Infantil	OEI 4. Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud.	MPEI 4.1 Incrementar la proporción de la cantidad de leche humana distribuida por los Bancos de Leche Humana de 0,26% en el 2025 a 15,96% al 2029.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas	Institucional	8. Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa	8.2 Consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con la provisión de servicios públicos de calidad y la gestión pública articulada en el territorio.	8.2.1 Incrementar el índice de percepción de la calidad de los servicios públicos en general de 6,35 en el 2024 a 6,67 al 2029	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 4. Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud.	MPEI 4.2 Incrementar el porcentaje de gestión de la calidad de los servicios de salud en establecimientos de salud del MSP de 82,83% en el 2025 a 90% al 2029
3. Salud y bienestar	3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	1.5.1 Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029	Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029 Meta	No Aplica	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.1 Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud Pública de 71,13% en 2024 a 78,54% al 2029.
3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el	Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	Incrementar la entrega de ayudas técnicas por cada 100 prescripciones realizadas a personas con discapacidad de	No Aplica	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.2 Incrementar el porcentaje de calificación o recalificación de discapacidad en el tiempo establecido de

OBJETIVO ODS	META ODS	EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVO PLAN SECTORIAL	META DEL PSS 2025-2029	LÍNEAS ESTRATÉGICAS VICEPRESIDENCIA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029
	vacunas inocuas, eficaces, asequibles y de calidad para todos		reducción de las desigualdades.	aquellos en situación de vulnerabilidad.	2023 a 31,81% al 2029		70% en el 2024 a 80% al 2029			65,84% en 2024 a 90,25% al 2029
N.A	NA	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	N.A.	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.3 Incrementar el porcentaje de la población adscrita a los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública que constan en la Plataforma de Registro de Atenciones de Salud de 63,53% en 2024 a 86,86% al 2029
3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuas, eficaces, asequibles y de calidad para todos	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.4 Incrementar el porcentaje de operatividad de ambulancias del transporte primario de 59,86% en 2025 a 65,00% al 2029
3. Salud y bienestar	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuas, eficaces, asequibles y de calidad para todos	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.5 Incrementar el porcentaje de operatividad de quirófanos operativos en hospitales del Ministerio de Salud Pública de 64,92% en 2024 a 90,00% al 2029.
1. Fin de la pobreza	1.3 Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables.	Social	1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.	1.6 Fortalecer la atención y prestación de servicios alrededor de las determinantes para el desarrollo integral de la población, con énfasis en la primera infancia.	1.6.2 Incrementar el porcentaje de gestantes, niñas y niños menores de 6 años que reciben servicios para la primera infancia de 38,91% en agosto del 2024 a 42,51% en agosto del 2029.	Objetivo 1: INCREMENTAR EL ACCESO EQUITATIVO, INTEGRAL Y UNIVERSAL A SERVICIOS DE SALUD	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.	Primera Infancia	OEI 5. Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.	MPEI 5.6 Incrementar el porcentaje de cobertura de tamizaje metabólico neonatal en establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública de 88,77% en el 2024 a 94,97% al 2029
9. Industria, Innovación e Infraestructuras	9.5 Aumentar la investigación científica y mejorar la capacidad tecnológica de los sectores industriales de todos los	Social	2. Potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación	2.4 Impulsar la investigación científica, la innovación, la transferencia de tecnología, la	2.4.1 Incrementar el número de investigadores por cada mil integrantes de la Población	Objetivo 5: MEJORAR EL SISTEMA DE CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA A ESTABLECIMIENTOS	Incrementar el número de proyectos de investigación, desarrollo e innovación	No Aplica	OEI 6. Incrementar la investigación en salud.	MPEI 6.1 Incrementar el número de artículos aceptados para su publicación en LILACS,

OBJETIVO ODS	META ODS	EJE PND	OBJETIVO PND	POLÍTICA PND	META PND INICIAL 2025	OBJETIVO PLAN SECTORIAL	META DEL PSS 2025-2029	LINEAS ESTRATÉGICAS VICEPRESIDENCIA	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES	META PEI 2025-2029
	países, en particular los países en desarrollo, entre otras cosas fomentando la innovación y aumentando considerablemente, de aquí a 2030, el número de personas que trabajan en investigación y desarrollo por millón de habitantes y los gastos de los sectores público y privado en investigación y desarrollo		inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa.	protección de saberes ancestrales y de propiedad intelectual, con programas que permitan la inclusión, permanencia y educación continua.	Económicamente Activa de 0,96 en el 2024 a 1,83 al 2029.	SUJETOS A CONTROL: A LOS SERVICIOS QUE BRINDAN LOS PRESTADORES DE SALUD Y LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	aprobados, de 0 en el 2024 a 16 al 2029.			de 16 en 2024 a 31 al 2029.
16. Paz, justicia e instituciones sólidas	16.6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas	Institucional	8. Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa	8.2 Consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con la provisión de servicios públicos de calidad y la gestión pública articulada en el territorio.	8.2.1 Incrementar el índice de percepción de la calidad de los servicios públicos en general de 6,35 en el 2024 a 6,67 al 2029	Objetivo 4: MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA A LA POBLACIÓN	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.	No Aplica	OEI 7. Fortalecer las capacidades institucionales	Indicador Homologado

Fuente y Elaboración: Dirección de Planificación e Inversión

CAPITULO VII – GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL

7. GESTIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN INSTITUCIONAL

La implementación del plan estratégico requiere una gestión directiva que asegure la alineación de los objetivos institucionales con los marcos normativos nacionales e internacionales; esto implica establecer una gobernanza clara, definir responsabilidades por niveles de decisión, y garantizar que las metas estratégicas se traduzcan en acciones operativas viables. Las máximas autoridades del MSP, liderarán el proceso de comunicación, validación y compromiso institucional, asegurando que cada unidad conozca su rol en el cumplimiento del plan.

Para el efecto se cuenta con indicadores estratégicos, niveles de atención y temporalidad, lo que permite vincular cada objetivo con actividades concretas, responsables técnicos de dichos indicadores. Considerar además los actores clave tanto internos como externos que influyen en la ejecución del plan.

La articulación interinstitucional debe formalizarse mediante acuerdos, mesas técnicas y mecanismos de seguimiento que faciliten la cooperación, la rendición de cuentas y la resolución de cuellos de botella operativos.

La implementación requiere una gestión eficiente, que registre avances, ajustes y evidencias de cumplimiento. Se deben establecer sistemas de monitoreo con indicadores de proceso, resultado e impacto, que permitan retroalimentar la ejecución en tiempo real. La evaluación periódica debe ser participativa, técnica y orientada a la mejora continua, incorporando aprendizajes para la reprogramación de acciones y la toma de decisiones estratégicas.

7.1. SEGUIMIENTO A LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

En este apartado, se señala el seguimiento a la planificación institucional de esta Cartera de Estado conforme el numeral 7.1 de la Guía Metodológica de Planificación Institucional donde se establece que *“El seguimiento a los planes institucionales a nivel estratégico se fundamenta en el monitoreo de metas e indicadores de resultados y gestión de planes, programas, proyectos, intervenciones y otros elementos de la gestión institucional definidos en cada período de gestión [...]”*.

7.1.1. Metodología de Seguimiento al Plan Estratégico Institucional

El artículo 46 de la Norma Técnica del Sistema Nacional de Planificación Participativa señala que *“[...]”Seguimiento a los planes institucionales. - El seguimiento a los planes institucionales de las entidades del sector público previstas en la Constitución de la República, excepto los Gobiernos Autónomos Descentralizados, se hará de acuerdo a las guías metodológicas, directrices y lineamientos que emita el ente rector de la planificación nacional”*.

El artículo 47 ibídem establece que *“[...]”El seguimiento a la Planificación Institucional se enfocará en la planificación del nivel estratégico de las entidades del sector público previstas en la presente norma”*.

En tal sentido, la metodología para el seguimiento al Plan Estratégico Institucional (PEI) será definida por parte de la Dirección de Seguimiento, Evaluación y Control (DSEC) del Ministerio de Salud Pública.

Por otro lado, es importante destacar que la DSEC de manera trimestral gestiona el seguimiento al avance de las metas de los indicadores de los objetivos institucionales del nivel estratégico, conforme lo establecido en el artículo 119 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas.

7.1.2. Seguimiento de Indicadores a nivel Estratégico

El seguimiento permite efectuar un análisis de los resultados alcanzados, a partir de lo cual, es posible identificar desviaciones y generar alertas para la toma de acciones correctivas. En tal virtud, para el seguimiento de los indicadores que se encuentren

sistematizados en la herramienta Gobierno por Resultados (GPR) a nivel N1, se analiza la información con base a los resultados obtenidos en relación a sus metas programadas, en un determinado período fiscal.

Para lo cual, se establece categorías o semaforización al nivel de avance de las metas, con base en umbrales de valoración establecidos en la herramienta antes señalada, lo que permite contrastar el desempeño observado con relación al programado.

7.1.3. Informe de seguimiento Plan Estratégico Institucional

Con la finalidad de comprobar la efectividad de la ejecución del plan estratégico institucional, la DSEC genera de manera anual el *“Informe de seguimiento Plan Estratégico Institucional”*, con lo cual se evidencia la necesidad de documentar los avances realizados en el cumplimiento del mismo, con base al análisis de información cuantitativa y cualitativa a través de los reportes de las direcciones que conforman las Subsecretarías y Coordinaciones Generales; y, con base a la metodología definida por la DSEC.

7.1.4. Seguimiento a Programas y Proyectos de Inversión

Las alertas hacia los resultados del presupuesto ejecutado se obtienen comparando el monto devengado con el monto codificado (Devengado/Codificado) de los proyectos señalados en el Plan Estratégico Institucional, de acuerdo al reporte de ejecución presupuestaria histórica o reporte de ejecución presupuestaria mensual, información extraída del eSigef.

En modo similar, se realizará una comparación entre el listado de los proyectos de inversión planificados en el PEI, el listado de proyectos de inversión del Plan Anual de Inversiones (PAI), así como la revisión de la información disponible en los sistemas y/o herramientas de seguimiento como GPR y el Sistema Integrado de Planificación e Inversión Pública (SIPeIP), respectivamente.

Para mejor comprensión, se genera representaciones gráficas o tablas resumen con los resultados.

7.2. EVALUACIÓN A LA PLANIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Conforme el Acuerdo Nro. SNP-SNP-2023-0073-A, publicado mediante Registro Oficial No.478 de 16 de Enero 2024 se establece la “Norma Técnica de Evaluación” en la cual se señala que “[...] la evaluación constituye un eje fundamental en el ciclo de la planificación y la política pública, ya que permite generar información y construir evidencia para la identificación de logros y debilidades, así como retroalimentar dichos procesos, la toma de decisiones, rendición de cuentas y la transparencia [...]” por lo cual, resulta indispensable realizar evaluaciones.

Por otra parte, la *Guía de Evaluación de Políticas Públicas de la SNP (2021)* destaca que, la importancia de la evaluación radica en la utilidad de sus resultados, los cuales permiten mejorar la calidad y el desempeño de las políticas públicas, facilitar la rendición de cuentas e impulsar nuevos ciclos de planificación.

7.2.1. Evaluación en el marco de políticas públicas

En el marco de las políticas públicas, el ciclo comprende las fases de formulación, coordinación, implementación, seguimiento y evaluación. Estas fases se desarrollan de manera lógica y secuencial para identificar las necesidades prioritarias y orientar la acción del Estado hacia el cumplimiento de sus objetivos.

Por lo que, la evaluación constituye un componente transversal que puede aplicarse en cualquier etapa, dado que, aporta insumos para el diseño, permite realizar ajustes durante la ejecución y facilita la valoración de los resultados e impactos; contribuyendo así a la mejora continua de las políticas públicas.

7.2.2. Evaluación del Objeto/Intervención

Conforme lo establece la *Guía de Evaluación de Políticas Públicas*, la evaluación se concibe como un proceso objetivo y estructurado que permite analizar el diseño, la implementación, los resultados y los impactos del objeto de evaluación o de las intervenciones públicas. En este sentido, el objeto de evaluación corresponde al accionar gubernamental a ser analizado,

que puede incluir 'políticas', 'planes', 'programas' o 'proyectos', entre otros, y cuyo tipo de evaluación deberá seleccionarse en función de los objetivos específicos y de la información necesaria.

En este contexto, la evaluación del Plan Estratégico Institucional (PEI) y, en términos generales, cualquier intervención pública, debe seguir un proceso estructurado que comprende las siguientes fases:

- **Programación de la evaluación:** Define qué se va a evaluar, quiénes participan en el proceso y qué medidas se evaluarán, incluyendo la revisión de información, identificación de actores y análisis de evaluabilidad.
- **Diseño de la evaluación:** Establece el alcance, objetivos, criterios, preguntas de evaluación, fuentes de información, indicadores y metodología de análisis.
- **Ejecución de la evaluación:** Implica el levantamiento y análisis de información, identificación de hallazgos y formulación de conclusiones y recomendaciones.
- **Socialización de resultados:** Consiste en comunicar los resultados a las áreas pertinentes para que sirvan de base en la toma de decisiones.
- **Uso de resultados:** Comprende la elaboración de planes de acción e implementación de mejoras según los hallazgos y recomendaciones obtenidas.

7.2.3. Informe de Evaluación

Con la finalidad de plasmar una evaluación y en este caso, del **Plan Estratégico Institucional (PEI)**, este podrá realizarse mediante un Informe, que permite sistematizar los hallazgos y asegurar que el tipo de evaluación seleccionado responda de manera adecuada a los objetivos y necesidades de información del proceso evaluativo, conforme los lineamientos de la *Guía de Evaluación de Políticas Públicas*.

8. ANEXOS

Añadir nueva pregunta

Preguntas en esta encuesta

Buscar:

Grupo:

(Cualquier grupo)

Buscar

Reiniciar

	ID pregunta	Orden de la pregunta	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Sección	Obligatoria	Otro	
☐	79766	1	NG001	Seleccione el nivel de gestion en el que desarrolla sus actividades	Lista (Desplegable)	Nivel de Gestión			☐ ☐ ☐
☐	79762	1	NA001	Seleccione el nivel en el que desarrolla sus actividades.	Lista (Desplegable)	Nivel de atención			☐ ☐ ☐
☐	80024	1	BL4	¿Se siente motivado para realizar su trabajo?	Lista (botones radiales) con comentarios	Bienestar Laboral	*	⊗	☐ ☐ ☐
☐	79779	1	GL02	¿Considera que su directivo conoce la problemática y necesidades de la unidad que gerencia?	Elegir del 1 al 5	Gerencia / Liderazgo		⊗	☐ ☐ ☐
☐	79788	1	P01	¿Su unidad de salud cuenta con objetivos?	Sí/No	Procesos		⊗	☐ ☐ ☐
☐	79802	1	E03	¿Cómo califica el estado de infraestructura de su unidad de salud?	Elegir del 1 al 5	Entorno		⊗	☐ ☐ ☐
☐	79808	1	FUS01	¿Cómo calificaría la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud en su unidad?	Elegir del 1 al 5	Funciones Primer Nivel Atención		⊗	☐ ☐ ☐

Buscar por nombre de sección:			
<input type="text"/>			
<input type="button" value="Buscar"/> <input type="button" value="Reiniciar"/>			
ID del grupo:	Orden	Nombre de la sección	Descripción
9983	1	Nivel de atención	Seleccione el nivel en el que desarrolla sus actividades.
9984	2	Nivel de Gestión	En donde se definen decisiones, estrategias y acciones que permiten que el sistema de salud opere correctamente.
9985	3	Bienestar Laboral	Se refiere a una situación de equilibrio entre todos los aspectos que condicionan la opinión que un empleado se forma sobre su entorno de trabajo.
9986	4	Gerencia / Liderazgo	La Gerencia es un tipo especial de liderazgo en el cual lo principal es el logro de los objetivos de la organización.
9987	5	Procesos	Actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado.
9988	6	Entorno	Espacio que rodea las operaciones de las unidades y con el cual se interactúa.
9989	7	Funciones Primer Nivel Atención	Las actividades que se desarrollan permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles de forma inmediata a la población
9990	8	Funciones Segundo Nivel de Atención	Las actividades están orientadas a atender los eventos menos frecuentes pero más complejos y que requieren habilidades y tecnologías de tipo medio
9991	9	Funciones Tercer Nivel de	Las actividades para atender eventos altamente complejos de menor ocurrencia y

154

Anexo 2. Mapa y catálogo de procesos y Listado de procesos documentados hasta la fecha.

Anexo 3. Plan de simplificación de trámites del año 2025 y Cuatro Informes de cumplimiento de cada trámite mejorado:

Anexo 3.1. Informe de cumplimiento Ayudas Técnicas

Anexo 3.2. Informe de cumplimiento Notificación de precios

Anexo 3.3. Informe de cumplimiento Régimen de medicamentos

Anexo 3.4. Informe de cumplimiento Registro Directivas

Anexo 4. Certificación

BIBLIOGRAFÍA

- (s.f.). Recuperado el 23 de October de 2025, de Ecuador Circular – Plataforma Nacional: <https://ecuadorcircular.org/>
- ALDEA, F. (s.f.). <https://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/segundomapa2024>. Obtenido de <https://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/segundomapa2024>
- AMBIENTE, M. D. (s.f.). MAE. (2019). PRIMERA CONTRIBUCIÓN DETERMINADA A NIVEL NACIONAL PARA EL ACUERDO DE PARÍS BAJO LA CONVENCIÓN MARCO DE NACIONES UNIDAS SOBRE CAMBIO CLIMÁTICO. <https://unfccc.int/sites/default/files/NDC/2022-06/Primera%20NDC%20Ecuador.pdf>. Obtenido de <https://connect.cedia.edu.ec/movilidad-sostenible-innovaciones-y-retos-para-un-futuro-limpio/>
- BCG, K. I. (s.f.). Nuevas vacunas y la eliminación de la tuberculosis. *Med B Aires [Internet]*. febrero de 2019 [citado 26 de septiembre de 2025]; en: 79(1):71-3. Disponible. Obtenido de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0025-76802019000100012
- CEDIA. (s.f.). *Movilidad Sostenible: Innovaciones y Retos para un Futuro Limpio*. Obtenido de <https://connect.cedia.edu.ec/movilidad-sostenible-innovaciones-y-retos-para-un-futuro-limpio/>
- Ecuador analizó retos y oportunidades para su transición energética en *Power & Renewable Energies* 2025. (21 de October de 2025). Recuperado el 23 de October de 2025, de El Productor: <https://elproductor.com/2025/10/ecuador-analizo-retos-y-oportunidades-para-su-transicion-energetica-en-power-renewable-energies-2025/>
- ENERGÍA, M. D. (s.f.). PLAN DE ACCIÓN REDD+ ECUADOR. Obtenido de https://reddecuador.ambiente.gob.ec/redd/?page_id=380
- INEC. (2010 - 2024). Registro Estadístico de Nacidos Vivos 2025.
- INEC. (2025). Boletín Técnico N°01-2025-ECEH Registros Estadísticos de Camas y Egresos Hospitalarios, 2024.
- INEC. (s.f.). Instituto Nacional de Estadística y Censos - ACTIVIDADES Y RECURSOS DE SALUD. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
- INEC. (s.f.). Instituto Nacional de Estadística y Censos - Boletín Técnico N° 12-2024-ENEMDU. Recuperado el 23 de October de 2025, de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2024/Junio/202406_Boletin_pobreza_ENEMDU.pdf
- MERCADO, E. D. (s.f.). Mercado Latinoamericano de Telemedicina. Obtenido de <https://www.informesdeexpertos.com/informes/mercado-latinoamericano-de-telemedicina>
- MINTEL. (s.f.). https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/wp-content/uploads/2025/03/INSTRUMENTO-Politica-Publica-para-la-Transformacion-Digital-Ecuador-2025-2030-MINTEL-signed_f.pdf. Obtenido de https://www.gobiernoelectronico.gob.ec/wp-content/uploads/2025/03/INSTRUMENTO-Politica-Publica-para-la-Transformacion-Digital-Ecuador-2025-2030-MINTEL-signed_f.pdf
- MSP. (2013). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]*. Quito; 2013. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf. Obtenido de Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS

- [Internet]. Quito; 2013. Available from:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- MSP. (2020-2024). Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) Plataforma de registro en atenciones de salud (PRAS), 2020-2024). Quito.
- MSP. (2025). *Dirección de Promoción de la salud. Ficha Técnica para el reporte de indicadores GPR*.
- MSP. (s.f.). *Gacetas semanales de reporte de vigilancia de enfermedades epidemiológicas*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/gacetas-vectoriales/>
- MUNDIAL, B. (s.f.).
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099028101262416449/pdf/IDU1814d30001e2a814b741bbf711771cfdc3a0b.pdf>. Obtenido de <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099028101262416449/pdf/IDU1814d30001e2a814b741bbf711771cfdc3a0b.pdf>
- OMS, O. I. (s.f.). *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030*.
- OMS, O. I. (s.f.). *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030>
- OMS, O. I. (s.f.). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49510?locale-attribute=es>. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49510?locale-attribute=es>
- OMS, O. I. (s.f.). *Informe final de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/cuerpos-directivos/conferencia-sanitaria-panamericana/29a-conferencia-sanitaria-panamericana>
- OMS, O. I. (s.f.). *Tuberculosis en las Américas 2018*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49510?locale-attribute=es>
- Perfil de país - Ecuador | Salud en las Américas*. (19 de September de 2024). Recuperado el 23 de October de 2025, de Health in the Americas: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>
- PRODUCTOR. (21 de October de 2025). Ecuador analizó retos y oportunidades para su transición energética en Power & Renewable Energies 2025. Recuperado el 23 de October de 2025, de El Productor: <https://elproductor.com/2025/10/ecuador-analizo-retos-y-oportunidades-para-su-transicion-energetica-en-power-renewable-energies-2025/>
- QUITO, C. D. (s.f.). <https://ccq.ec/las-brechas-salariales-persisten-en-ecuador-mujeres-aspiran-a-sueldos-hasta-un-23-mas-bajos-que-los-hombres/>. Obtenido de <https://ccq.ec/las-brechas-salariales-persisten-en-ecuador-mujeres-aspiran-a-sueldos-hasta-un-23-mas-bajos-que-los-hombres/>
- QUITO, C. D. (s.f.). <https://ccq.ec/las-brechas-salariales-persisten-en-ecuador-mujeres-aspiran-a-sueldos-hasta-un-23-mas-bajos-que-los-hombres/>. Obtenido de <https://ccq.ec/las-brechas-salariales-persisten-en-ecuador-mujeres-aspiran-a-sueldos-hasta-un-23-mas-bajos-que-los-hombres/>
- SCIELO, F. (s.f.). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00392025000100172. Obtenido de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00392025000100172

SCIELO, F. (s.f.). https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00392025000100172. Obtenido de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2739-00392025000100172

SNP. (2024). *GUIA METODOLOGICA DE PLANIFICACION INSTITUCIONAL*. QUITO.

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica corresponde al Acuerdo Nro. 00002-2026, de 04 de agosto de 2026, por parte y en calidad de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, al Mgs. Juan Carlos Aveiga Parra, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 446 de 10 de julio de 2026.

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00002-2026, de 04 de agosto de 2026.

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

Nota: El Acuerdo Nro. 00002-2026, de 04 de agosto de 2026, conforme el artículo 1: *“Aprobar la actualización del “Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025 – 2029”, mismo que cuenta con la validación metodológica del ente rector de la planificación, de conformidad a la normativa legal vigente, anexo al presente Acuerdo Ministerial.”*, se compone de: fojas 1 a la 5, Acuerdo; y, fojas 6 a la 157, Anexo del *“Plan Estratégico Institucional 2025 - 2029”*.

Quito, D.M., a 06 de agosto de 2026



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**DIANA SOLEDAD
FERNANDEZ PARRA**

Tlga. Diana Fernandez Parra

**DIRECTORA DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y ATENCIÓN AL USUARIO, ENCARGADA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www.registroficial.gob.ec

MG/AM

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.