

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



**MINISTERIO
DE SALUD PÚBLICA**

ACUERDO No. 00007-2026

**POLÍTICA NACIONAL DE SALUD
SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA
2026 - 2030**

REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Púb

No. 00007-2026

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3, numeral 1, determina 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 del Ecuador, en el artículo 32, ordena: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*;

Que la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 66, reconoce y garantiza a las personas: *"(...) 9 El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras."*;

Que la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 85, prevé que la formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas y servicios públicos que garanticen los derechos reconocidos por la Constitución, observarán lo siguiente: *"1. Las políticas públicas y la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos, y se formularán a partir del principio de solidaridad."*;

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

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

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

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

Que la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 7, establece los derechos de las personas en relación con la salud, entre ellos: *“d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;”;*

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 369 de 27 de abril de 2026, el Presidente Constitucional de la República, designó al especialista Jaime Otton Bernabé Erazo, Ministro de Salud Pública;

Que mediante Oficio Nro. PR-SSDP-2026-0439-O, de 18 de marzo de 2026, el Subsecretario de Planificación de la Secretaría Nacional de Planificación, informó a la Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Encargada, en funciones a la fecha, lo siguiente: *“(...) En virtud de la revisión de la documentación remitida, se determina la validación metodológica del proceso, razón por la cual se anexa el informe de validación de la política. Es importante señalar que, corresponde al Ministerio de Salud Pública continuar con la aprobación y posterior implementación de la política.”;*

Que el Informe Técnico para la Emisión del Acuerdo Ministerial de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026–2030 No. MSP-DNPS-2026-GISSYSR-027, de fecha 27 de abril de 2026, elaborado por la Gestión Interna de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobado por la Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, señala: *“(...) El país ha desarrollado múltiples esfuerzos orientados a garantizar condiciones adecuadas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, fortaleciendo las capacidades individuales y colectivas de las personas para mejorar su calidad de vida. Desde el Ministerio de Salud se ha impulsado la transformación estructural del sector salud mediante la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI), el cual prioriza la integralidad, calidad, equidad, y accesibilidad de los servicios de salud para dar respuesta a las demandas diferenciadas de mujeres y hombres en todo su ciclo de vida, considerando su diversidad étnica cultural, sexogenérica, de procedencia geográfica, de discapacidad y movilidad humana. La atención integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva*

implica un abordaje de la sexualidad de manera integral, superando la mirada de los programas verticales centrados en nociones y prácticas materno infantiles, que han generado brechas de inequidad para las mujeres que han decidido no tener hijos, para los hombres que no tienen espacios de atención adecuados a sus necesidades y realidades; para las personas de otra orientación sexo genérica que no encuentran en el sistema de salud una respuesta a sus necesidades diferenciadas de atención. En este contexto, contar con una "Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva" actualizada constituye una herramienta estratégica fundamental para orientar la gestión sectorial, fortalecer la planificación y contribuir al mejoramiento de los indicadores prioritarios, garantizando el ejercicio pleno de los derechos de la población(...); y concluye: "(...) • La política fue construida de manera participativa, incorporando aportes de la Red Pública Integral de Salud, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, academia y áreas técnicas del Ministerio de Salud Pública. (...) • La implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva contribuirá al fortalecimiento de la promoción, prevención y acceso oportuno a servicios de salud, en condiciones ordinarias y en contextos de emergencia, priorizando a poblaciones en situación de vulnerabilidad, por lo cual, la emisión de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026-2030 es de fundamental importancia para el SNS."; y recomienda: • "Expedir el acuerdo ministerial para expedición y oficialización de la publicación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 - 2030.";y,

Que con memorando Nro. MSP-VGS-2026-0670-M, de 07 de mayo de 2026, la Viceministra de Gobernanza de la Salud, solicitó a la Coordinación General de Asesoría Jurídica, proceder con el trámite de expedición y oficialización correspondiente, de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026-2030.

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,

ACUERDAN:

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la emisión de la "**Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 - 2030**".

Artículo 2.- Disponer que la "**Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 - 2030**", sea aplicada nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar la "**Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 - 2030**" en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA:

ÚNICA. - Deróguense todas las normas de igual o menor jerarquía que se opongan a lo previsto en el presente Acuerdo Ministerial, expresamente el Acuerdo Ministerial 00033-2017, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial Nro. 989 de 31 de marzo de 2017, a través

del cual se aprobó y autorizó la publicación del "Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021".

DISPOSICIÓN FINAL:

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese; en el Ministerio de Salud Pública a la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, a la Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud, a la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, a la Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, a la Subsecretaría de Atención de Salud Móvil Hospitalaria y Centros Especializados, a través de las siguientes direcciones: Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas, Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, Dirección Nacional de Hospitales o quienes hagan sus veces; y a las Instituciones de la Red Pública Integral de Salud - RPIS y de la Red Privada Complementaria, a través de sus áreas competentes.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito a, **05 JUN 2026**



Validar Únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
**JAIME OTTON BERNABÉ
ERAZO**

Espc. Jaime Otton Bernabé Erazo
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Firma
Revisado:	Ing. Álvaro Adrián Molina Galárraga	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ÁLVARO ADRIÁN MOLINA GALARRAGA
	Mgs. Stalin Santiago Andino González	Viceministerio de Atención Integral en Salud	Viceministro	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: STALIN SANTIAGO ANDINO GONZALEZ

Nombre	Área	Cargo	Firma
Mgs. Eliana Sofía Espín Vaca	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria (E)	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: ELIANA SOFIA ESPIN VACA
Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez	Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados	Subsecretaria	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ
Mgs. Hugo Enrique Armendáriz Pinos	Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud	Subsecretario	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: HUGO ENRIQUE ARMENDARIZ PINOS
Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
Esp. Ruvi Paola Guzmán Naranjo	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretaria (E)	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: RUVI PAOLA GUZMAN NARANJO
Mgs. Romel Leonardo Gonzalez Orlando	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador General	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: ROMEL LEONARDO GONZALEZ ORLANDO
Mgs. Luis Javier Cedeño Tovar	Dirección de Asesoría Jurídica	Director	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: LUIS JAVIER CEDEÑO TOVAR
Mgs. Sofía Isabel Paredes Arizaga	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Directora	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: SOFIA ISABEL PAREDES ARIZAGA
Abg. Mauro Antonio Andrade Viteri	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Director	 Validar Únicamente en FirmaSC. Firmado electrónicamente por: MAURO ANTONIO ANDRADE VITERI

	Nombre	Área	Cargo	Firma
	Mgs. María Belén Araujo	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA BELEN ARAUJO PAZMINO
	Mgs. Alexandra Arteaga	Dirección de Asesoría Jurídica	Analista	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALEXANDRA DEL ROCIO ARTEAGA LOPEZ
Elaborado:	Mgs. Gabriela Saldaña	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GABRIELA FERNANDA SALDANA BELTRAN



POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2026 – 2030



Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 - 2030. Política. Quito: Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad. Dirección Nacional de Promoción de la Salud; MSP 2026

1. Política Nacional

2. Salud Sexual

3. Salud Reproductiva

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Av. Amaru Ñan y Quitumbe Ñan – 170146

Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social

Teléfono: (593) 238 14400

www.salud.gob.ec

Edición General Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud

Como citar este documento:

Ministerio de Salud Pública. “Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030”. Quito. Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad. Dirección Nacional de Promoción de la Salud. MSP; 2026. <http://salud.gob.ec>

Hecho en Ecuador

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Esp. Jaime Otton Bernabé Erazo, Ministro de Salud Pública.

Ing. Álvaro Adrián Molina Galarraga, Viceministro de Gobernanza de la Salud.

Mgs. Stalin Santiago Andino González, Viceministro de Atención Integral en Salud.

Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache, Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad.

Mgs. Hugo Enrique Armendáriz Pinos, Subsecretario de Vigilancia Prevención y Control de la Salud.

Mgs. Eliana Sofia Espín Vaca, Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud (E).

Esp. Ruví Paola Guzmán Naranjo, Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel (E).

Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez, Subsecretaria de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.

Abg. Mauro Antonio Andrade Viteri, Director Nacional de Promoción de la Salud.

Abg. Adrián Joshua Mora Yeroivi, Director Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.

Med. Ana Judith Sánchez, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles (E).

Dra. Ana Patricia Gutiérrez López, Directora Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas (E).

Mgs. Sofia Isabel Paredes Arizaga, Directora Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.

Ing. Evelyn Patricia Montenegro, Director Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria (E).

Mgs. Glenda María Gutiérrez Carrión, Directora Nacional de Atención Integral en Salud.

Esp. Gabriela Lizzet Gallegos Delgado, Directora Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos.

Dr. Alejandro Vladimir Diaz Sorto, Director Nacional de Hospitales (E).

Equipo de redacción y autores

Gabriela Saldaña Beltrán, magister en salud sexual y salud reproductiva, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito.

Belén Araujo Pazmiño, magister en gerencia clínica en salud sexual y salud reproductiva, especialista, Dirección nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud, Quito.

Equipo de colaboradores

Patricia Costales, Médica. Consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.

Equipo de revisión y validación

Norma Oña, psicóloga clínica, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito.

Marivel Illapa, magister, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito.

Ana Inga, obstetriz, especialista, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Quito.

Daniela Lisintuña, magister, especialista, Proyecto para el Abordaje Integral de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Adolescente, Quito.

Verónica Simbaña, licenciada, especialista, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión, Quito.

Carolina Garzón, ingeniera, especialista, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del SNS, Quito.

Lisbeth Cuasapaz, doctora en medicina, especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Quito.

Fernanda Vélez Cevallos, economista, especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles, Quito.

Diego Duta, médico, especialista, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas, Quito.

Karin Puente, médico especialista en medicina interna, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas, Quito.

Silvia Álvarez, especialista. Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Quito.

María José Merino, magister, especialista, Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria, Quito.

Wilma Calle, obstetriz, analista, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud, MSP, Quito.

Diana Barreno, magister. Dirección Nacional de Hospitales, Quito.

Romina Acevedo, magister, especialista, Dirección Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Bienes Estratégicos en Salud, Quito.

Vilma Escobar, psicóloga, especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito.

Rosa Proaño, magíster, especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud,

Esteban Andrade, magíster, Especialista, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito.

Lilian Elizabeth López Chávez, psicóloga, Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos, IESS, Quito.

Amelia Samaniego, psicóloga, Coordinación Nacional de Promoción y Prevención de Salud, IESS, Quito.

Mónica Sánchez, magister, Coordinación Nacional de Centros de Primer Nivel de Atención, IESS, Quito.

Mayra Merino, magister, Coordinación Nacional de Centros de Primer Nivel de Atención, IESS, Quito.

Julio Yunga, ingeniero, Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Seguro de Salud. IESS, Quito.

Ana Santos, ingeniera, Coordinación Nacional de Estadística de Salud. IESS, Quito.

María Salas, enfermera, Subdirección Nacional de Prestaciones de Salud del Seguro Social Campesino, Quito.

Mario Gómez, gineco obstetra, Director Administrativo de Salud del CIEC, Dirección Nacional de Atención Integral de Salud, Policía Nacional, Quito.

José Ivañez, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Quito.

Ketherine Ojeda, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Quito.

Adriana Vasquez, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Quito.

Anisabel Salto, Ministerio de Defensa Nacional, Dirección General de Sanidad de las Fuerzas Armadas, Quito.

Byron Cuesta, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Quito.

Verónica Jiménez, Ministerio del Trabajo, Quito.

Sandra Ruiz, Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, Quito.

Irina Almeida Mariño, Consejo Nacional de Salud, Quito.

Mercedes Allauca, Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito, Quito.

Efraín Soria, Fundación Ecuatoriana EQUIDAD, Quito.

Ana Vera Sánchez, magister, Centro de Apoyo y Protección de los Derechos, Quito.

Octavio Miranda Ruíz, doctor, Comité de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva, Quito.

Nela Vargas, Psicóloga, Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer, Quito.

Virginia Gómez, Fundación Desafío, Quito.

Marcia Elena Álvarez, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Quito.

Daniela Alvarado, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Quito.

Aimee Dubois, Organización Panamericana de la Salud, Quito.

Eréndira Betancourt Vinuesa, obstetriz. Federación Nacional de Obstetrices del Ecuador, Quito.

Jenny Valencia, obstetriz, Universidad Central del Ecuador - Carrera de Obstetricia, Quito.

Índice de contenidos

PRESENTACIÓN	
1. INTRODUCCIÓN.....	
2. MARCO NORMATIVO	
2.1 NORMATIVA NACIONAL	
2.2 NORMATIVA INTERNACIONAL	
3. MARCO CONCEPTUAL	
3.1 LA SEXUALIDAD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS.....	
3.2 DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD, LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	
3.3 ENFOQUES APLICADOS A LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA .	
3.3.1 ENFOQUE DE INTERSECCIONALIDAD	
3.3.2 ENFOQUE DE DERECHOS	
3.3.3 ENFOQUE DE GÉNERO, SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	
3.3.4 ENFOQUE INTERCULTURAL	
3.3.5 ENFOQUE INTERGENERACIONAL	
4. ETAPA PREPARATORIA	
4.1 IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
4.2 CONFORMACIÓN DE EQUIPOS PARA LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA	
4.3 ACTORES E INSTANCIAS DE COORDINACIÓN	
4.4 ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	
4.5 HOJA DE RUTA	
5. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	
5.1 CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y SOCIOECONÓMICO	
5.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
5.1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS.....	
5.1.2.1 EDUCACIÓN	
5.1.2.2 POBREZA.....	
5.1.2.3 MERCADO LABORAL.....	
5.2 SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR	
5.2.1 TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	
5.2.2 TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD	
5.2.3 EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES	
5.2.4 DEMANDA, ACCESO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
5.2.5 DATOS DE ABORTO	
5.2.6 ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO	
5.2.7 MORTALIDAD MATERNA.....	
5.2.8 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS).....	
5.2.8.1 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	
5.2.8.2 OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - ITS	

5.2.9 ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	
5.2.9.1 CÁNCER DE CUELLO UTERINO	
5.2.9.2 CÁNCER DE MAMA	
5.2.9.3 CÁNCER DE PRÓSTATA	
5.2.10 VIOLENCIA DE GÉNERO	
5.2.11 SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	
5.2.12 SALUD SEXUAL EN LA PERSONA ADULTA MAYOR	
5.2.13 SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN DE LAS DIVERSIDADES SEXOGENÉRICAS.....	
5.2.14 SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN EN MOVILIDAD HUMANA	
5.2.15 SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD	
5.2.16 SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL ..	
5.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS DETERMINANTES DEL PROBLEMA PÚBLICO	
5.3.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	
5.4 PRIORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	
5.5 IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.....	
5.5.1 GRUPO DESTINATARIO PRINCIPAL.....	
5.5.2 CARACTERÍSTICAS TERRITORIALES.....	
5.5.3 NECESIDADES Y PROBLEMÁTICAS ESPECÍFICAS.....	
6. PROPUESTA	
6.1 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	
6.2 PRIORIZACIÓN DE ALTERNATIVAS	
6.3 OBJETIVOS Y LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DE LA POLÍTICA.....	
OBJETIVO GENERAL.....	
OBJETIVO ESPECÍFICO 1.....	
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.....	
OBJETIVO ESPECÍFICO 3.....	
OBJETIVO ESPECÍFICO 4.....	
OBJETIVO ESPECÍFICO 5.....	
6.4 ÁMBITO DE APLICACIÓN	
6.7 METAS E INDICADORES.....	
6.8 ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES.....	
6.9 PRESUPUESTO REFERENCIAL.....	
7. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	
8. VINCULACIÓN CON EL SNDPP	
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS	
10. SIGLAS Y ACRÓNIMOS	
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
12.1 ANEXO 1: MATRIZ ESTRATÉGICA	

ANEXO 2: FICHAS METODOLÓGICAS DE INDICADORES.....

Índice de tablas

TABLA 1. NIVELES DE INFLUENCIA O INTERÉS SEGÚN CRITERIOS.....	
TABLA 2. MATRIZ DE ACTORES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	
TABLA 3. ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	
TABLA 4. HOJA DE RUTA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	
TABLA 5. TASA DE PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA LABORAL GLOBAL MASCULINA EN VARIOS PAÍSES LAC	
TABLA 6. TASA DE PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA LABORAL GLOBAL FEMENINA EN VARIOS PAÍSES LAC	
TABLA 7. PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL MÉDICO EN VARIOS PAÍSES LAC	
TABLA 8. ATENCIÓN EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO POR VIOLENCIA DE GÉNERO 2022, COORDINACIONES ZONALES MSP	
TABLA 9. NOTIFICACIONES REALIZADAS A LA AUTORIDAD COMPETENTE POBLACIÓN GENERAL MSP 2023	
TABLA 10. DETERMINANTES IDENTIFICADOS.....	
TABLA 11. MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES DEL PROBLEMA PÚBLICO.....	
TABLA 12. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA POLÍTICA.....	
TABLA 13. RELACIÓN ENTRE DETERMINANTES PRIORIZADOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN DE LA POLÍTICA	
TABLA 14. PRIORIZACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	
TABLA 15. INDICADORES Y METAS DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	
TABLA 16. ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES PARA EL REPORTE DE INDICADORES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	
TABLA 17. PRESUPUESTO REFERENCIAL GASTO NO PERMANENTE	
TABLA 18. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA.....	
TABLA 19. VINCULACIÓN DE LA POLÍTICA CON LA SNDPP	

Índice de gráficos

GRÁFICO 1. MAPA DE RELACIONAMIENTO DE ACTORES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.....	
GRÁFICO 2. TASA NETA DE MATRÍCULA A EDUCACIÓN BÁSICA Y BACHILLERATO ECUADOR 2024	
GRÁFICO 3. INSCRITOS A EDUCACIÓN SUPERIOR POR ETNIA 2022	
GRÁFICO 4. POBREZA POR NBI POR ÁREA DE RESIDENCIA. ECUADOR DICIEMBRE 2018 – 2024	
GRÁFICO 5. TASA DE PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA LABORAL POR SEXO EN ECUADOR, 2010 - 2021..	
GRÁFICO 6. INDICADORES DE EMPLEO ADECUADO ECUADOR 2024.....	

GRÁFICO 7. INDICADORES DE PORCENTAJE DE EMPLEO ADECUADO ECUADOR, HOMBRES VS MUJERES 2024	
GRÁFICO 8. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD. SUBREGIÓN ANDINA 2017 - 2024.....	
GRÁFICO 9. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS SEGÚN LUGAR DE OCURRENCIA ECUADOR 2024.....	
GRÁFICO 10. TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD 10 A 14 AÑOS Y DE 15 A 19 AÑOS (VARIAS FUENTES Y PERÍODOS).....	
GRÁFICO 11. TASA ESPECÍFICA DE FECUNDIDAD EN NIÑAS 10 – 14 AÑOS Y ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS. ECUADOR 2012 – 2024	
GRÁFICO 12. EVOLUCIÓN DEL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MEF DE 15 A 49 AÑOS CASADAS O UNIDAS).....	
GRÁFICO 13. PORCENTAJE DE COBERTURA DE ATENCIONES DE ASESORÍAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA RPIS.....	
GRÁFICO 14. ABORTOS EN MUJERES POR GRUPO DE EDAD ECUADOR 2023.....	
GRÁFICO 15. PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS SEGÚN ASISTENCIA DEL PARTO. ECUADOR 2012 – 2024	
GRÁFICO 16. PARTO INSTITUCIONALIZADO ECUADOR 2024.....	
GRÁFICO 17. RAZÓN DE MUERTE MATERNA POR 100.000 NACIDOS VIVOS LAC, AÑO 2017	
GRÁFICO 18. PRINCIPALES CAUSAS DIRECTAS DE MORTALIDAD MATERNA EN LA REGIÓN.....	
GRÁFICO 19. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA, ECUADOR 2012 – 2023	
GRÁFICO 20. CASOS DE MM HASTA LOS 42 DÍAS POSPARTO ECUADOR 2017 – 2023	
GRÁFICO 21. PRINCIPALES CAUSAS DIRECTAS DE MUERTES MATERNAS ECUADOR 2023 - 2024	
GRÁFICO 22. GRUPO ÉTNICO DE CASOS DE MUERTE MATERNA ECUADOR 2024	
GRÁFICO 23. MUERTES MATERNAS POR GRUPOS DE EDAD ECUADOR 2024.....	
GRÁFICO 24. NÚMERO DE CASOS DE VIH/SIDA 1984 - 2022	
GRÁFICO 25. CONSULTAS MSP DE VIH ECUADOR 2018 - 2022	
GRÁFICO 26. TAMIZAJE MSP VIH EN PPL Y TRABAJADORES SEXUALES 2020-2023.....	
GRÁFICO 27. CASOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NOTIFICADOS ECUADOR 2019 – 2023	
GRÁFICO 28. PORCENTAJE Y NÚMERO DE ITS, NOTIFICADOS POR PROVINCIA EN EL PERÍODO 2019 - 2023	
GRÁFICO 29. INDICADORES DE VIOLENCIA EN ECUADOR 2019.....	
GRÁFICO 30. PREVALENCIA HISTÓRICA DE LA DISCAPACIDAD EN ECUADOR 2014 - 2024	
GRÁFICO 31. PREVALENCIA POR TIPO DE DISCAPACIDAD EN ECUADOR 2024	
GRÁFICO 32. INFECCIONES GENITALES, ITS, INCLUIDO EL VIH EN LA POBLACIÓN GENERAL Y ADULTA MAYOR 2018 - 2022	
GRÁFICO 33. PRIMERAS CONSULTAS POR VIH EN POBLACIÓN GENERAL Y ADULTOS MAYORES 2018 - 2022	
GRÁFICO 34. PRIMERAS CONSULTAS POR VIH POBLACIÓN ADULTOS MAYORES, DISTRIBUCIÓN HOMBRES Y MUJERES 2018 - 2022.....	
GRÁFICO 35. TIPO DE VIOLENCIA QUE EXPERIMENTÓ LA POBLACIÓN LGBTIQ+ ECUADOR 2021	
GRÁFICO 36. PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD SEGÚN GRUPOS DE EDAD ECUADOR 2022.....	
GRÁFICO 37. CONSULTAS MSP A PPL EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA, 2018 - 2022.....	
GRÁFICO 38. CONSULTAS MSP TRABAJADORES SEXUALES, EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA. 2018 - 2022	

Presentación

La Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR), así como los derechos sexuales y derechos reproductivos, han recorrido un proceso histórico para su reconocimiento como derechos humanos en la legislación internacional, lo que constituye un avance significativo en la comprensión integral de los derechos individuales y colectivos.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, tiene el compromiso constitucional de garantizar el derecho a la salud, promoviendo la construcción de políticas públicas mediante procesos participativos. La Constitución de la República, el Plan Nacional de Desarrollo y, las políticas públicas emitidas por esta Cartera de Estado constituyen los principales lineamientos para los actores del Sistema Nacional de Salud, tanto públicos como privados.

En este contexto, en enero de 2017 se emitió el “Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021”, el cual promovía la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos como fundamentos esenciales para el ejercicio pleno de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR).

Concluida la vigencia de dicho Plan y en el ejercicio de sus competencias, el MSP ha identificado la necesidad de contar con una Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva actualizada, que considere indicadores de impacto que permitan medir los resultados, fortalecer la gestión institucional y garantizar el acceso universal a servicios integrales en salud sexual y salud reproductiva.

Esta política tiene como objetivo dar respuesta a problemáticas prioritarias como la violencia sexual, la salud materna y neonatal, el aborto legal, la prevención, atención y tratamiento del cáncer relacionado con el aparato reproductivo, el VIH; así como garantizar el acceso efectivo a promoción de la salud, métodos anticonceptivos, asesoría para la toma de decisiones informadas y la atención integral, amigable y oportuna para adolescentes y jóvenes.

Contar con esta política permite avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo, equitativo y centrado en el respeto de los derechos humanos.

Esp. Jaime Otton Bernabé Erazo
Ministro de Salud Pública

1. Introducción

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026–2030 surge como una respuesta estratégica del Estado ecuatoriano para garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población, mediante la implementación de lineamientos y acciones basadas en el enfoque de derechos, equidad, género, interculturalidad e interseccionalidad. Esta política tiene como propósito orientar el accionar del sistema nacional de salud en la promoción, protección y cuidado integral de la salud sexual y salud reproductiva, respondiendo a las diversas necesidades de las personas en todo el ciclo de vida y desde sus contextos particulares.

Su construcción se fundamenta en un proceso participativo y multisectorial, en el cual se han integrado voces de actores institucionales, organizaciones sociales y representantes de diversos grupos poblacionales. Se reconoce que la salud sexual y la salud reproductiva no son conceptos estáticos, sino realidades complejas que involucran factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y políticos que deben ser abordados desde una visión integral, inclusiva y con enfoque de determinación social.

Esta política reconoce a la sexualidad como un componente central del ser humano, que debe ser vivido con libertad, autonomía y sin discriminación, y a los derechos sexuales y derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales, indivisibles e interdependientes. Por tanto, busca transformar estructuras de desigualdad históricas, visibilizar las necesidades específicas de mujeres, adolescentes, personas LGBTIQ+, personas con discapacidad, pueblos y nacionalidades, personas en movilidad humana, privadas de la libertad, entre otros grupos en situación de mayor vulnerabilidad.

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026–2030 incorpora una visión integral, basada en la evidencia científica, los saberes diversos y las realidades territoriales, permitiendo así la articulación efectiva de acciones entre los distintos niveles del Estado, la sociedad civil y la cooperación internacional. A través de esta herramienta se busca garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a servicios de salud sexual y salud reproductiva, promover la autonomía en las decisiones sobre el cuerpo y la vida reproductiva.

2. Marco Normativo

2.1 Normativa Nacional

- **Constitución de la República del Ecuador (1)**

Art. 1.- El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada.

Art. 3.- Son deberes, primordiales del Estado 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. 4. Garantizar la ética laica como sustento del quehacer público y el ordenamiento jurídico. 5. Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al buen vivir.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios: (...)

2. Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades. Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socioeconómica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación. El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad (...).

4. Ninguna norma jurídica podrá restringir el contenido de los derechos ni de las garantías constitucionales.

5. En materia de derechos y garantías constitucionales, las servidoras y servidores públicos, administrativos o judiciales, deberán aplicar la norma y la interpretación que más favorezcan su efectiva vigencia.

6. Todos los principios y los derechos son inalienables, irrenunciables, indivisibles, interdependientes y de igual jerarquía.

7. El reconocimiento de los derechos y garantías establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos, no excluirá los demás derechos derivados de la dignidad de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades, que sean necesarios para su pleno desenvolvimiento.

8. El contenido de los derechos se desarrollará de manera progresiva a través de las normas, la jurisprudencia y las políticas públicas. El Estado generará y garantizará las condiciones necesarias para su pleno reconocimiento y ejercicio. Será inconstitucional cualquier acción u omisión de carácter regresivo que disminuya, menoscabe o anule injustificadamente el ejercicio de los derechos.

9. El más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos garantizados en la Constitución.

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

garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

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. 39.- Señala que el Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público (...).

Art. 40.- Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria.

Art. 42.- Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios.

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 posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Art. 46.- Con relación a las personas con discapacidad, señala que el Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas, que aseguren a las niñas, niños y adolescentes: 3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad (...). 4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.

Art. 51.- Se reconoce a las personas privadas de la libertad los siguientes derechos: 4. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de

privación de libertad. 6. Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad. 7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.

Art. 56.- Las comunidades, pueblos, y nacionalidades indígenas, el pueblo afroecuatoriano, el pueblo montubio y las comunas forman parte del Estado ecuatoriano, único e indivisible.

Art. 57.- Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la Constitución y con los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos: (...). 2. No ser objeto de racismo y de ninguna forma de discriminación fundada en su origen, identidad étnica o cultural. 12. Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora.

Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas (...). 9. El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras. 10. El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

Art. 358.- Establece que 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 (...).

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 (...).

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.- Manda que 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 (...).

Art. 363.- El Estado será responsable de: 6. 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.

- **Ley Orgánica de Salud (2)**

Art. 7.- Establece que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud; d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos.

Capítulo III. De la salud sexual y la Salud Reproductiva

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello.

Art. 25.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona.

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

Art. 29.- Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.

Art. 30.- La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones.

Capítulo IV de la violencia

Art. 31.- El Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública. Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud.

Art. 32.- En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas. El personal de los servicios de salud tiene la obligación de atender los casos de violencia intrafamiliar y sexual. Deberán suministrar, entre otros, anticoncepción de emergencia, realizar los procedimientos y aplicar los esquemas profilácticos y terapéuticos necesarios, para detectar y prevenir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, especial ente el VIH y hepatitis B, previa consejería y asesoría a la persona afectada, con su consentimiento informado expresado por escrito.

• Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (3)

Define los enfoques que guían este instrumento legal y los diversos tipos de violencia entre ellas la violencia sexual y la violencia gineco obstétrica (Art.10). Crea el Sistema Nacional Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, articulando las diferentes instancias estatales y las atribuciones de cada una.

Art. 26.- Establece que el ente rector de Salud. Sin perjuicio de las facultades establecidas en la respectiva normativa vigente, tendrá las siguientes atribuciones: d) Garantizar la protección de la salud integral a las mujeres embarazadas, víctimas de violencia. De manera prioritaria se protegerá la salud integral de las niñas y adolescentes embarazadas, víctimas de violencia y el acceso a todos los servicios de salud sexual y reproductiva existentes en el Sistema; e) Desarrollar e implementar programas de sensibilización y formación continua sobre derechos humanos de las mujeres con enfoque de género respecto de los derechos sexuales y reproductivos, entre otros, dirigidos a profesionales de la salud y personal administrativo, con el fin de mejorar e impulsar la adecuada atención de las mujeres víctimas de violencia; i) Coordinar con la Fiscalía General del Estado el fortalecimiento de todos los procesos periciales en los distintos tipos de violencia y delitos sexuales; (...).

- **Código Orgánico Integral Penal – (COIP) (4)**

Define tipos de violencia, tipifica y establece las sanciones respecto a los delitos de femicidio, trata y delitos contra la integridad sexual y reproductiva.

Art. 150.- Aborto no punible. - El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.

- **Código de la Niñez y Adolescencia (5)**

Dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de garantizar su desarrollo integral y el disfrute de sus derechos bajo los principios de libertad, dignidad y equidad.

Art. 11.- El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento.

Art. 15.- Titularidad de derechos. - Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derechos y garantías y, como tales, gozan de todos aquellos que las leyes contemplan en favor de las personas, además de aquellos específicos de su edad.

Art. 23.- Protección prenatal. - Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso (...).

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna. - Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo.

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto. - El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Art. 27.- Derecho a la salud. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

Art. 50.- Derecho a la integridad personal. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes.

Art. 55.- Derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades o necesidades especiales. - Además de los derechos y garantías generales que la ley contempla a favor de los niños, niñas y adolescentes, aquellos que tengan alguna discapacidad o necesidad especial gozarán de los derechos que sean necesarios para el desarrollo integral de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades y para el disfrute de una vida plena, digna y dotada de la mayor autonomía posible, de modo que puedan participar activamente en la sociedad, de acuerdo a su condición.

Art. 56.- Derecho de los hijos de las personas privadas de libertad. - Los niños; niñas y adolescentes que no gocen de su medio familiar por encontrarse uno o ambos progenitores privados de su libertad, deberán recibir protección y asistencia especiales del Estado, fuera de los centros de rehabilitación, mediante modalidades de atención que aseguren su derecho a la convivencia familiar y comunitaria y a las relaciones personales directas y regulares con sus progenitores.

- **Ley orgánica de discapacidades (6)**

Establece que el Estado a través de sus organismos y entidades reconoce y garantiza a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales.

Art. 19.- Establece que el Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

- **Ley orgánica que garantiza la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación (7)**

Regula la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación.

Art. 8.- Las niñas, adolescentes, mujeres cuyo embarazo sea producto de violación no podrán ser penalizadas por acceder a la práctica de aborto consentido.

Art. 9.- En el numeral 2 se consagra, entre otros derechos de las mujeres. 2. A recibir información científica, profesional, objetiva, completa y oportuna sobre los métodos para interrumpir el embarazo, de acuerdo a los más altos estándares en salud, así como recibir información acerca de las alternativas al aborto y sistemas de apoyo a la maternidad.

Art. 18.- Plazo. - A efectos de garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo por violación, salvo el caso de las personas con discapacidad mental, el plazo para realizarlo será hasta las doce (12) semanas de gestación.

- **Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029 “Ecuador no se detiene” (8)**

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.

Política 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.

Política 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

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

- **Agenda nacional para la igualdad de género 2021- 2025 (9)**

La Agenda establece propuestas de políticas públicas, líneas de acción y metas orientadas al logro de la igualdad de género en los diferentes ámbitos de la vida de los grupos sociales y de las personas y de manera específica los relacionados a la salud sexual y salud reproductiva, erradicación de la violencia de género y la atención a grupos prioritarios así como la erradicación del embarazo en niñas y adolescentes, el acceso universal, inclusivo, de calidad a servicios integrales de salud para la población LGBTIQ+ garantizando la no discriminación y la privacidad. Atención integral a las mujeres de pueblos y nacionalidades y personas en situación de movilidad humana.

- **Plan decenal de salud 2022 – 2031 (PDS) (10)**

El objetivo 1 del Plan establece: *“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”*. Entre las estrategias para el logro de este objetivo están: la integración de acciones intersectoriales de protección social para grupos de atención prioritarios y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades sociales y el fortalecimiento de las acciones que permitan la prevención y contención de la violencia social, de género e intrafamiliar.

En el objetivo 3 señala: *“Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables”*. Entre las estrategias están: 3.1 Fortalecimiento de planes de intervención de salud pública para la prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas y la estrategia 3.3. Fortalecimiento del plan de reducción de mortalidad materna.

- **Plan nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 – 2021 (11)**

El objetivo del plan es: Garantizar a toda la población del territorio ecuatoriano una atención integral y de calidad, a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura de Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR) en el Sistema Nacional de Salud del Ecuador. Promueve la inclusión, la igualdad y el respeto de los derechos humanos en el marco de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SS y SR) y establece lineamientos de gestión, procesos de producción y actualización del conocimiento, asignación de recursos, y estrategias para mejorar los indicadores de SS y SR priorizados en el país.

- **Política Intersectorial para el Abordaje Integral del Embarazo en Adolescentes 2025 - 2035 (12)**

Tiene como objetivo general reducir el embarazo en adolescentes mediante la implementación de estrategias enfocadas a favorecer el acceso a educación, educación integral de la sexualidad, servicios de salud sexual y salud reproductiva, inclusión social y protección integral, para el desarrollo positivo de las y los adolescentes y el ejercicio pleno de sus derechos.

2.2 Normativa Internacional

- **Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer 1979 (13)**

Art. 5.- Los Estados Parte tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres.

Art. 12.- Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 2. Los Estados Parte garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y aseguran una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Art. 16.- Los Estados Partes adoptarán las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres.

- **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). Programa de Acción. El Cairo 1994 (14)**

En la declaración de principios ratifica que todos los seres humanos son portadores de los Derechos Humanos y elemento central del desarrollo, el principio 4 señala la equidad e igualdad de los sexos y la eliminación de todo tipo de violencia contra la mujer, el principio 8 establece que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental incluida la salud reproductiva que incluye la salud sexual y la planificación familiar. El principio 12 hace referencia a los derechos de la población migrante y el principio 14 a los derechos de la población indígena.

En el capítulo sobre derechos y salud reproductiva, (7.3). Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En relación, al aborto señala la responsabilidad de atender los efectos en la salud de la mujer que producen los abortos realizados en condiciones no adecuadas y ofrecer información y servicios a fin de prevenir abortos. Respecto a la población adolescente, el derecho y responsabilidad de los padres de proporcionar orientación en materia de sexualidad, y exhorta a los países a que los adolescentes tengan acceso a información y servicios apropiados.

- **Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém Do Pará” 1994 (15)**

Art. 3.- Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Art. 4.- Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros: a. el derecho a que se respete su vida; b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; d. el derecho a no ser sometida a torturas.

Art. 8. literal d.- Suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado, inclusive refugios, servicios de orientación para toda la familia, cuando sea del caso, y cuidado y custodia de los menores afectados.

- **Plataforma de Acción de Beijing 1995 (16)**

Establece la obligación de los Estados de implementar acciones tales como proporcionar servicios de salud de atención primaria, incluidos aquellos relativos a la salud sexual y salud reproductiva y

priorizar programas de educación que apoyen a la mujer en la toma de decisiones responsables sobre su salud, entre otras.

Los derechos reproductivos se basan en (...) el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello.

También incluye y concibe como un derecho la posibilidad de adoptar las decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se involucra el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos para la regulación de la fecundidad, seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

- **Comité de derechos económicos, sociales y culturales de NNUU, en la observación general realizada sobre el art. 12 del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales 2000 (17)**

El Comité manifiesta que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano.

El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Art. 12 (apartado a. párrafo 2). - Entiende que la salud reproductiva significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2007 (18)**

Art. 25 Salud. - Los Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso

en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado; (...).

- **Convención Iberoamericana de los derechos de los jóvenes 2008 (19)**

Art. 23.- Derecho a la educación sexual. 1. Los Estados Parte reconocen que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como fuente de desarrollo personal, afectividad y expresión comunicativa, así como la información relativa la reproducción y sus consecuencias.

Art. 25.- Derecho a la salud.

1. Los Estados Parte reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad.
2. Este derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de los problemas de salud que se presentan en la edad juvenil, la información y prevención contra el alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas.
3. Tienen igualmente derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva.

- **Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (20)**

Acuerdos y recomendaciones para garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres, hombres, población adolescente, personas con discapacidad:

11. Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, desde la primera infancia respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;

12. Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad (...);

16. Garantizar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes las oportunidades y capacidades para una sana convivencia y una vida libre de violencia (...);

D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

33. Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia;

37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos;

41. Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres;

42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados (...);

43. Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida;

44. Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia;

87. Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil, considerando sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho;

95. Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos.

- **Objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (21)**

Objetivo 3. Salud y bienestar. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

Meta 3.1 para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Meta 3.7 para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Objetivo 5. Igualdad de género. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.

Meta 5.6 asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos 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.

- **Convenio Número 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (22)**

Art. 3, literal 1.- Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación.

Art. 25, literal 1.- Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

3. Marco Conceptual

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva plantea lineamientos estratégicos orientados a la promoción y al cuidado de la salud sexual y salud reproductiva de la población, con la finalidad de generar condiciones que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, considerando los principios fundamentales de no discriminación, igualdad, privacidad, integridad, autonomía, dignidad y bienestar de las personas.

Esta política se enmarca en los mandatos y principios establecidos en la Constitución de la República del Ecuador, así como en los compromisos asumidos por el Estado ecuatoriano frente a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, entre otros. Además, se

adhiera a los tratados internacionales y a las conclusiones de conferencias mundiales, en particular la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la importancia de diferenciar el análisis y las intervenciones relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva, señalando que, si bien ambas están estrechamente vinculadas, algunos aspectos cruciales de la salud sexual pueden pasar desapercibidos cuando se incluyen únicamente dentro del ámbito de la salud reproductiva. En este sentido, se busca promover una mayor conciencia sobre la necesidad de intervenciones integrales en la esfera de la salud sexual, garantizando que tanto esta como la salud reproductiva reciban la atención necesaria en la formulación de políticas, la investigación y la programación operativa (23).

3.1 La sexualidad y los derechos sexuales y derechos reproductivos

Las concepciones y prácticas de la sexualidad son productos históricos y culturales la sexualidad rebasa al cuerpo y el individuo, es un complejo de procesos biosocioculturales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones y a las concepciones del mundo; es decir, a los sistemas de representaciones, los simbolismos, la subjetividad, las diversas éticas, los lenguajes y las relaciones de poder (24).

Los conceptos sobre el cuerpo y la sexualidad han ido cambiando a través de la historia de la humanidad y pueden ser diferentes en cada cultura y sociedad. No existe un concepto unívoco sobre la sexualidad, ya que es una construcción social y cultural dinámica, compleja y en permanente cambio que incide sobre las vivencias de la sexualidad de las personas y está marcada por relaciones de poder y valoraciones que pueden conducir a situaciones de desigualdad, discriminación, violencia e incluso graves problemas de salud (25).

El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, cada uno con su especificidad y como derechos humanos fundamentales, ha sido un proceso histórico y político complejo impulsado desde los movimientos feministas que han permitido por un lado superar la visión androcéntrica de las primeras declaraciones de los derechos humanos y por otro superar las visiones que se centraban fundamentalmente en los derechos reproductivos invisibilizando los derechos sexuales. Este proceso ha recuperado el carácter progresivo e interdependiente de los derechos humanos, así como la primacía de la igualdad y no discriminación, el respeto a la libertad y dignidad, el derecho a la participación de las personas y los grupos sociales en la determinación de los temas que los afectan, contribuyendo a posicionar no solo los derechos de las mujeres sino también los derechos de grupos poblacionales que tienen condiciones y necesidades particulares de acuerdo con el momento del ciclo vital, la pertenencia étnica, las orientaciones sexuales e identidades de género, las discapacidad entre otros (26).

La OMS define a la sexualidad como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad,

la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (23).

Desde el enfoque de derechos humanos la normativa legal y jurídica en la mayoría de los países del mundo, establece que el bien protegido en el campo de la sexualidad es la libertad de las personas para ejercer su sexualidad a plenitud, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia, estigma o discriminación. El derecho a decidir de manera autónoma sobre el cuerpo, las relaciones sexuales, las relaciones afectivas. Los derechos sexuales se fundamentan en la autodeterminación humana para el ejercicio de la sexualidad, sana y placentera, en sus dimensiones físicas, emocionales y espirituales, ligada o no a la procreación (25).

Los derechos sexuales garantizan que las personas tengan control sobre su cuerpo y sexualidad. Entre los componentes de la sexualidad que deben ser protegidos están la identidad de género, la orientación sexual, la elección de la pareja y la ausencia de actividad sexual coercitiva. De esta forma, se protegen la actividad sexual no procreativa o no heterosexual y se proscriben la violencia sexual, la mutilación genital, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, la discriminación por orientación sexual, identidad y expresión de género, entre otros (26).

En el caso de los derechos reproductivos, el bien protegido es la libertad de la persona a decidir si quiere o no procrear, el número de hijos, cuando tenerlos, y con quién (26). Se fundamenta en el reconocimiento básico del derecho de las personas a decidir de forma libre e informada sobre su vida reproductiva y ejercer el control voluntario y seguro de su fecundidad, que incluye el derecho a optar por la no reproducción (27).

3.2 Determinación social de la salud, la salud sexual y salud reproductiva

Desde el enfoque de la salud colectiva, los perfiles epidemiológicos de los grupos poblacionales se configuran en el marco de las condiciones de vida, en la interacción dialéctica entre procesos deteriorantes o potenciadores de la salud que se presentan en los diferentes niveles de la realidad social, a nivel general determinados por las condiciones estructurales de organización social y su relación con la naturaleza (modelo de desarrollo), a nivel particular (modos de organización y vida de los grupos sociales) y el nivel singular (estilos de vida individual y familiar). Estos ámbitos sociales están marcados por relaciones de poder que inciden en el acceso a oportunidades o a diversas formas de dominación/subordinación/explotación, exclusión e inequidad. La salud y la enfermedad son procesos históricos sociales que se configuran en la dinámica de las relaciones sociales y la matriz biológica de los seres humanos. En tanto, las relaciones sociales son procesos políticos en los que los sujetos colectivos e individuales actúan reproduciendo las condiciones de inequidad o transformándose (28).

Desde el enfoque de la determinación social de la salud, los territorios son espacios

ecológicos en los que los grupos organizados, las relaciones de poder, las formas de producción y reproducción social, la cultura, los modos de consumo y la construcción de las identidades transforman sus naturalezas y en este proceso también son transformados por ellas (29).

Desde esta perspectiva el análisis de las condiciones de salud y particularmente la salud sexual y salud reproductiva, implica reconocer cómo las condiciones estructurales del modelo de producción imperante, la organización patriarcal y la colonialidad global de la sociedad actual, inciden sobre la vida colectiva e individual de los grupos sociales según su pertenencia de género, étnica y cómo éstas a su vez se articulan a condiciones específicas de acuerdo al ciclo de vida, situación de movilidad humana, condición de salud, entre otras particularidades.

En este marco, la construcción de políticas públicas y específicamente las políticas en el campo de la salud sexual y salud reproductiva deben incorporar los enfoques de la determinación social de la salud, la interseccionalidad, el enfoque de derechos, el enfoque de género e intercultural así como la participación de los sujetos sociales diversos que desde su realidad contribuyan a identificar en contextos históricos concretos los problemas y las estrategias necesarias para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la construcción de condiciones saludables.

3.3 Enfoques aplicados a la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

En concordancia con el marco normativo vigente que incluye la Constitución de la República y las normativas internacionales y nacionales aplicables y con el fin de asegurar el acceso a salud sexual y salud reproductiva, se establecen los subsiguientes enfoques los cuales se aplicarán de transversalmente en todas las fases de implementación de la Política.

3.3.1 Enfoque de interseccionalidad

El enfoque de interseccionalidad se fundamenta en las corrientes feministas y coincide con los planteamientos de la epidemiología crítica en el sentido de analizar la articulación de las determinaciones sociales y las diversas relaciones de poder en el marco de los contextos históricos de la sociedad. Plantean el análisis de las intersecciones de las relaciones de género, la clase social, la etnia, la edad en la configuración de las condiciones de vida de los grupos humanos y su rol de resistencia y transformación. Desde el feminismo se planteó la importancia de analizar en cada contexto histórico la interacción de las otras formas de opresión a las que están sujetas las mujeres e incluso los hombres que se expresan a nivel macro y micro social (30).

En el marco de las reflexiones sobre la interseccionalidad se van incorporando otras categorías sociales que también se constituyen en fuentes de opresión y discriminación. La necesidad de reconocer la complejidad y articulación de los diferentes sistemas de subordinación que generan desigualdades e inequidades sociales basadas en el sexo, la identidad de género, la orientación

sexual, la etnia, la situación socioeconómica, condiciones de discapacidad, condiciones de movilidad humana, entre otros, que, en su interconexión, contribuyen a la creación, mantenimiento y refuerzo de las inequidades formales e informales (31).

3.3.2 Enfoque de derechos

La norma técnica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para la Atención Integral a *Víctimas de Violencia Basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos – 2019*, menciona que: *“El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de estos”*. El objetivo de este enfoque es potenciar el ejercicio de derechos y su exigibilidad contribuyendo a fortalecer la institucionalidad de los derechos humanos como un lineamiento fundamental del accionar de los servicios de salud (32).

3.3.3 Enfoque de género, sexualidad, salud sexual y salud reproductiva

El enfoque de género permite analizar cómo se construyen social, histórica y culturalmente las identidades de género, que se estructuran en un sistema social que jerarquiza a las personas según sus marcas corporales y sustentan relaciones desiguales de poder que se expresan en condiciones de discriminación, exclusión, marginación y conculcación de derechos (32).

Los roles y estereotipos de género conducen a modelos de feminidad y de masculinidad que afectan la construcción de identidades, las relaciones entre las personas y sus vivencias en el campo de la sexualidad. Se reconoce como lo “normal” o como un valor social únicamente las relaciones heterosexuales, sancionando y discriminando a las personas de diversidades sexogenéricas (33).

Por otro lado, las construcciones de la feminidad y la masculinidad implican riesgos diferentes en relación con las condiciones de bienestar y salud. Los mandatos tradicionales y hegemónicos de masculinidades, se constituyen en un riesgo para la salud de los hombres a través del curso de su vida, sobre todo a partir de la adolescencia en la que la consolidación de su identidad masculina se asocia a prácticas de riesgo, el ejercicio de la violencia y la negación de prácticas de autocuidado de la salud (34).

Los mandatos de la masculinidad hegemónica generan condiciones de privilegio, pero también riesgos para el bienestar y la salud. El mandato de ser proveedor, si no se puede cumplir, se asocia a graves problemas de depresión; el mandato de demostración de su “virilidad” frente a problemas como la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, la impotencia o esterilidad, generan un grave impacto en la autopercepción de su hombría y sensaciones de vergüenza que limitan la búsqueda de atención en salud. Por otra parte, las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH, son riesgos que se potencian en relación con los mandatos de la masculinidad hegemónica y ponen en riesgo a la salud sexual del hombre y a la de sus parejas sexuales (34).

La masculinidad hegemónica se caracteriza también porque el varón tiene que asumir riesgos, someterse a situaciones peligrosas y violentas, demostrar actitudes heroicas, lo que se traduce en una alta mortalidad por causas violentas (34).

En el caso de las mujeres, los patrones de feminidad conducen a la pérdida o limitaciones de la autonomía para tomar decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y capacidad reproductiva con graves impactos en la salud y el riesgo de ser víctimas de violencia en sus diversas expresiones. En el campo de la salud sexual y salud reproductiva uno de los aspectos claves es trabajar por el derecho a la autonomía y el empoderamiento, por la igualdad de oportunidades, por transformar esos estereotipos de género y prácticas culturales que conducen a situaciones de desventaja, discriminación y exclusión.

3.3.4 Enfoque intercultural

La Constitución de la República del Ecuador, reconoce que *“el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico”* (1).

Este reconocimiento demanda ampliar la visión frente a las diferentes formas de vivir de cada sector poblacional según su edad, etnia, género, religión, identidad de género y orientación sexual, ideología o posición política; lo cual implica un diálogo intercultural, cuyo fundamento es el reconocimiento del otro sin barreras, ni jerarquías sociales (11).

El modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural establece que la interculturalidad en salud responde a hacer operativo el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental con los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión y proyectando las prácticas saludables (35).

El enfoque intercultural en el campo de la salud constituye una herramienta metodológica y política para analizar el impacto que tiene en las condiciones de vida y en las manifestaciones de la salud-enfermedad, las relaciones asimétricas de poder, el acceso y control de los recursos, así como la riqueza de concepciones y prácticas que potencian la vida, el cuidado y relación con la naturaleza. Es superar visiones y prácticas discriminatorias, excluyentes que ponen en riesgo la salud y originar un diálogo y aprendizaje conjunto para promover la salud y la vida (33).

3.3.5 Enfoque intergeneracional

Reconocer que en cada momento del ciclo vital las personas tienen necesidades, intereses, sueños, condiciones físicas y sociales diferentes. En el campo de la salud sexual y salud reproductiva considerar la especificidad de la edad y el momento vital de las personas es clave porque cambia de manera importante sus necesidades (36).

En nuestras sociedades y desde un enfoque adultocéntrico, la edad y el momento del ciclo vital también están marcados por relaciones de poder inequitativas que inciden en negar o invisibilizar la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su cuerpo, sexualidad y sobre el cuidado de la salud; por ejemplo, en la población adolescente y las personas adultas mayores.

El enfoque generacional establece la necesidad de identificar las relaciones de poder entre las distintas etapas de la vida, reconociendo sus particularidades y los diversos niveles de vulnerabilidad. Las acciones deben considerar las especificidades de cada período dentro del ciclo de vida de los sujetos y el enfoque intergeneracional según el cual el Estado debe reconocer la protección integral de los derechos de las personas. Este enfoque implica el reconocimiento de los derechos específicos propios de cada grupo etario, las interrelaciones y las necesidades existentes en las diferentes edades (32).

4. ETAPA PREPARATORIA

4.1 Identificación de la necesidad de la política pública

El Estado ecuatoriano reconoce la salud como un derecho fundamental y obligatorio de garantizar, conforme a la Constitución de la República. En este marco, la salud sexual y la salud reproductiva (SS y SR) constituyen componentes esenciales del derecho a la salud y de la autonomía personal. Además, el país mantiene compromisos internacionales que establecen la obligación de asegurar el acceso universal a servicios integrales y de calidad en SS y SR.

En este sentido, se han desarrollado acciones en materia de la SS y SR; sin embargo, estas han sido parciales, con un enfoque predominante maternoinfantil y sin una articulación interinstitucional sostenida. Esta situación ha permitido la persistencia de brechas que limitan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, generando inequidades territoriales, culturales y socioeconómicas, y afectando de manera desproporcionada a mujeres, adolescentes y personas de las diversidades sexogenéricas.

Este enfoque parcial ha limitado la planificación integral, así como los procesos de seguimiento y la evaluación, dando lugar a respuestas fragmentadas y con baja efectividad para abordar las causas estructurales del problema. Estas limitaciones se reflejan en indicadores críticos relacionados con la mortalidad materna, embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, y la violencia sexual y de género, reflejando un problema de salud pública prioritario para el Estado.

En consecuencia, se identifica la necesidad de contar con una Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva basada en evidencia y con enfoque de derechos, género, interculturalidad y curso de vida, que unifique lineamientos, fortalezca la rectoría, optimice la respuesta institucional, la coordinación intersectorial e impulse intervenciones integrales que reduzcan inequidades, garanticen el acceso efectivo a servicios de salud sexual y salud reproductiva, contribuyendo al cumplimiento de los ODS 3 y 5.

4.2 Conformación de equipos para la formulación de la Política

Para la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el Ministerio de Salud Pública conformó equipos políticos y técnicos, en cumplimiento de las disposiciones y lineamientos establecidos para la gestión de políticas públicas.

La conformación de estos equipos se realizó mediante un proceso participativo y articulado, considerando la experiencia, competencias e intereses comunes de los actores involucrados, con el propósito de garantizar un abordaje integral, equitativo y de calidad de la salud sexual y salud reproductiva de la población que reside en el territorio ecuatoriano.

4.2.1 Equipo político

Conformado por la autoridad o su delegado.

Ministro de Salud Pública

- Viceministerio de Gobernanza de la Salud.
- Viceministerio de Atención Integral en Salud.
- Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad.
- Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.
- Subsecretaría de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud.
- Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.
- Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel.

Red Pública Integral de Salud

- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social General
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Campesino
- Ministerio del Interior
- Ministerio de Defensa

4.2.2 Equipo técnico

Conformado por las autoridades o sus delegados de las siguientes instancias:

Ministerio de Salud Pública

- Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
- Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.
- Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles.
- Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas.

- Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.
- Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria.
- Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.
- Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidados Paliativos.
- Dirección Nacional de Hospitales.
- Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C.
- Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes.

Red Pública Integral de Salud

- Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar del Instituto del Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Dirección del Seguro Social Campesino.
- Subsecretaría de Apoyo al Desarrollo Sector Defensa del Ministerio de Defensa Nacional.
- Dirección Nacional de Atención Integral de Salud de la Policía Nacional.

4.3 Actores e instancias de coordinación

El proceso de mapeo y análisis de actores permitió identificar a las instituciones, organizaciones y sectores que intervienen o influyen en los ámbitos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva. Este análisis consideró el nivel de competencia, interés e influencia de cada actor en los procesos de promoción, prevención, atención y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, con el fin de orientar mecanismos de coordinación que fortalezcan la rectoría, la gobernanza y la sostenibilidad de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (PNSSySR).

En concordancia con la Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública de la Secretaría General de la Administración Pública, Planificación y Gabinete, se establecieron criterios para la determinación de los niveles de influencia e interés de los actores, los cuales fueron contextualizados en el ámbito de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, considerando las particularidades del sector salud, el rol del Ministerio de Salud Pública y la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Estos criterios constituyen el marco de referencia para la clasificación de los actores identificados en la presente política.

Tabla 1. Niveles de influencia o interés según criterios

Niveles	Influencia					Interés			
	Capacidad de decisión	Recurso disponible	Red de relaciones	Legitimidad y credibilidad	Capacidad de movilización	Grado de impacto directo	Afinidad con la misión	Prioridad en la agenda	Presión externa
Alta	Toma de decisiones normativas, técnicas y operativas que inciden directamente en la rectoría, regulación e implementación de la PNSSySR	Administra y asigna recursos financieros, humanos y técnicos para acciones de promoción, prevención y atención en SS y SR	Mantiene articulación permanente con instituciones del Sistema Nacional de Salud y actores estratégicos del sector	Cuenta con reconocimiento o institucional y legitimidad técnica en la conducción de políticas públicas de salud	Pueden movilizar recursos, personal y capacidades institucionales a nivel nacional y territorial	Impacto directo en la implementación, seguimiento y sostenibilidad de la política	Alta correspondencia con los objetivos y enfoques de la política	La SS y SR constituyen un eje prioritario de su gestión institucional	Alta presión social, política y normativa asociada al cumplimiento de derechos
Media	Incide en la implementación o coordinación de acciones vinculadas a la política, sin ejercer rectoría directa	Dispone de recursos técnicos y operativos limitados o complementarios	Mantiene relaciones de coordinación sectorial o intersectorial	Reconocimiento o en ámbitos específicos relacionados con la política	Puede movilizar capacidades institucionales de manera focalizada	Impacto indirecto en el cumplimiento de los objetivos de la política	Afinidad parcial con los objetivos de la política	Tema importante, dentro de su agenda institucional	Presión moderada asociada a compromisos sectoriales
Baja	No participa en la toma de decisiones, pero puede incidir mediante recomendaciones o demanda social	Recursos limitados o no destinados específicamente a la política	Relaciones puntuales o de alcance restringido	Legitimidad limitada al ámbito local	Poca capacidad de movilización	Impacto mínimo indirecto en la política	Baja afinidad con la misión institucional de la política	No constituye un tema prioritario	No enfrenta presión externa significativa

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2025 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

A partir de los criterios descritos, se identificaron y clasificaron los actores relevantes para la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, considerando su tipo, nivel de incidencia territorial, niveles de influencia e interés, así como las instancias de coordinación definidas para su participación en los procesos de formulación, implementación y seguimiento de la política.

Tabla 2. Matriz de actores de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Nombre del actor	Tipo de actor	Nivel de incidencia en territorio	Nivel de influencia	Nivel de interés	Instancia de coordinación
Ministerio de Salud Pública	Institución Pública	Nacional	Alta	Alta	Coordinación

*Ministerio de Defensa Nacional	Institución Pública	Nacional	Medio	Medio	Talleres de trabajo
*Ministerio del Interior	Institución Pública	Nacional	Medio	Medio	Talleres de trabajo
Ministerio de Desarrollo Humano	Institución Pública	Nacional	Medio	Medio	Coordinación Intersectorial
Ministerio del Trabajo	Institución Pública	Nacional	Medio	Medio	Coordinación Intersectorial
Seguro General de Salud Individual y Familiar	Institución Pública	Local	Medio	Alta	Talleres de trabajo
Seguro Social Campesino	Institución Pública	Local	Medio	Alta	Talleres de trabajo
Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas	Institución Pública	Local	Medio	Alta	Talleres de trabajo
Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional	Institución Pública	Local	Medio	Alta	Talleres de trabajo
Consejo Nacional de Salud	Institución Pública	Local	Alta	Alta	Talleres de trabajo
Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional	Institución Pública	Nacional	Medio	Medio	Coordinación Intersectorial
Universidad Central del Ecuador – Facultad de Medicina – Escuela de Obstetricia	Academia	Local	Medio	Medio	Talleres de trabajo

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2025 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

* **Nota técnica:** En el marco de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), el Ministerio de Defensa Nacional y el Ministerio del Interior constituyen el equipo político, en su calidad de instancias rectoras y de conducción estratégica; mientras que el Seguro Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Seguro Social de la Policía Nacional (ISSPOL) conforman el equipo técnico, responsable de la gestión operativa y ejecución de las prestaciones de seguridad social.

El mapeo permitió clasificar a los actores/instituciones según su naturaleza, alcance territorial y capacidad de incidencia en la formulación e implementación de la política, así como identificar los mecanismos de coordinación más adecuados para su involucramiento. Esta caracterización facilita la planificación de una gestión participativa e integral entre el Ministerio de Salud Pública, como ente rector, la Red Pública Integral de Salud, instituciones del Ejecutivo, la academia y otros actores clave del sistema, constituyendo al fortalecimiento de la gobernanza y sostenibilidad de la política pública (gráfico1).



Gráfico 1. Mapa de relacionamiento de actores de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

4.4 Espacios de participación ciudadana

En el marco del proceso de formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el Ministerio de Salud Pública impulsó espacios amplios de participación ciudadana, diálogo intersectorial y validación técnica, con el objetivo de garantizar la transparencia, legitimidad y pertinencia social de la política.

Estos espacios se desarrollaron mediante la articulación entre actores públicos, privados, de la sociedad civil y de organismos internacionales, asegurando la representación de diversos sectores relacionados con la promoción, garantía y defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

El proceso participativo se llevó a cabo bajo criterios de inclusión, equidad de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos, permitiendo recoger experiencias, aportes técnicos y percepciones ciudadanas que fortalecieron los lineamientos estratégicos de la política.

Tabla 3. Espacios de participación ciudadana de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Tipo de actor	Actor participante	Espacio de participación	Tipo de contribución
Sector privado	Federación Nacional de Obstetras y Obstetras del Ecuador	Talleres participativos	Aporte técnico y recomendaciones sobre fortalecimiento de la atención obstétrica y servicios de SS y SR
	Fundación DESAFÍO	Mesas técnicas temáticas	Propuestas orientadas a mejorar el acceso a servicios de salud sexual salud reproductiva con enfoque de derechos
Organización de la sociedad civil	Fundación Ecuatoriana EQUIDAD	Talleres participativos	Aportes en temas de igualdad de género y diversidad sexual
	Surkuna, Centro de Apoyo y Protección a los Derechos Humanos		Aportes en temas de protección de derechos y atención a violencia basada en género
	Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos del Ecuador – CODESER	Mesas técnicas temáticas	Aporte técnico sobre derechos sexuales y derechos reproductivos
	Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer – CEPAM		Aportes en temas de atención integral y servicios diferenciados para mujeres
Organismos internacionales	Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA	Acompañamiento técnico y mesas de validación	Asistencia técnica y asesoría metodológica para la formulación de la política
Organismos internacionales	Organización Panamericana de la Salud – OPS		Aporte técnico en la formulación de la política
Actores de apoyo	Secretaría de Salud del Distrito Metropolitano de Quito	Talleres participativos Mesas técnicas temáticas	Aporte técnico en la formulación e implementación local de la política

Fuente: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

La participación de los diversos actores permitió consolidar una visión integral, inclusiva y basada en derechos sobre la salud sexual y salud reproductiva en el país. Los aportes técnicos y sociales recopilados en los diferentes espacios contribuyeron a fortalecer la coherencia y la legitimidad de la política, garantizando que sus lineamientos respondan a las necesidades reales de la población.

4.5 Hoja de ruta

De acuerdo con las directrices establecidas para la formulación de políticas públicas, la presente hoja de ruta detalla las etapas, actividades, responsables, plazos y productos definidos para el proceso de elaboración de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Este instrumento constituyó una guía operativa que orientó el desarrollo ordenado y participativo del proceso, permitiendo su seguimiento, validación y actualización continua por parte del equipo político y técnico, en función del avance y cumplimiento de los hitos establecidos.

Tabla 4. Hoja de ruta formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Nro.	Actividad	Fecha inicio	Fecha fin	Responsables	Producto
1	Preparación	20/11/2022	26/01/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Inclusión en agenda regulatoria
1.1.	Identificación de la Necesidad de la Política	20/11/2022	30/11/2022	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Informe técnico suscrito Baremo Solicitud y aprobación de Inclusión en Agenda Regulatoria
1.2	Conformación de equipos	11/01/2023	18/01/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Inventario equipo técnico y político Fichas de actores
1.3	Espacios de participación ciudadana	19/01/2023	26/01/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Invitación para la identificación de delegados
2	Diagnóstico	01/02/2023	15/09/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Análisis situacional final
2.1	Identificación de los determinantes del problema público	01/02/2023	19/05/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Equipo Técnico de la RPIS	Definición del problema
2.2	Identificación de la población objetivo	20/05/2023	16/06/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Equipo Técnico de la RPIS	Definición de población objetivo
2.3	Priorización de los determinantes	17/07/2023	15/09/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Equipo Técnico de la RPIS	Problemáticas diferenciadas por población, grupo etario y grupos prioritarios
3	Propuesta	15/09/2023	29/07/2025	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Propuesta
3.1	Alternativas de solución	15/09/2023	30/09/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Matriz de las mejores prácticas de la política pública
3.2	Priorización de				

	alternativas			Equipo Técnico de la RPIS Organizaciones y Academia	Árbol de problemas y árbol de objetivos
3.3	Objetivos, líneas estratégicas y lineamientos de acción	0/10/2023	05/10/2023	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Equipo Técnico de la RPIS Organizaciones y Academia	Objetivos y estrategias definidas
3.4	Elaboración de fichas de indicadores de líneas de acción	05/10/2023	06/11/2024	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Equipo Técnico de la RPIS Organizaciones y Academia	Propuesta con escenarios futuros según las estrategias identificadas.
3.5	Indicadores y Metas de cumplimiento	07/11/2024	25/04/2025	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información MSP Equipo Técnico y Estadístico de la RPIS Organizaciones y Academia	Propuesta con escenarios futuros
3.6	Asignación de responsabilidades	26/04/2025	31/05/2025	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Equipo Técnico de la RPIS Organizaciones y Academia	Delegación de responsables para evaluación de indicadores de la política
3.7	Presupuesto referencial	10/01/2025	08/04/2025	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Dirección Nacional de Economía de la Salud MSP	Definición de presupuesto para la implementación de la política
4	Validación y aprobación	28/07/2025	30/11/2025	Dirección Nacional de Promoción de la Salud Dirección Nacional de Políticas Normatividad y Modelamiento de la Salud	Documento final oficializado y expedido con Acuerdo Ministerial
4.1	Validación Interna	28/07/2025	28/07/2025	Dirección Nacional de Promoción de la Salud	Documento validado por el MSP
4.2	Validación externa	29/07/2025	29/07/2025	Dirección Nacional de Políticas Normatividad y Modelamiento de la Salud	Documento validado por la RPIS, Organizaciones y Academia

4.3	Validación por el ente de planificación y gestión	30/01/2026	19/03/2026	Secretaría General de la Administración Pública, y Gabinete.	Documento validado por la Secretaría General de la Administración Pública, y Gabinete.
4.4	Emisión de documento	04/05/2026	10/06/2026	Ministerio de Salud Pública	Documento oficializado

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la Secretaría General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

5. Diagnóstico Situacional de la Salud Sexual y Salud Reproductiva

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos fundamentales, su vulneración incide en un deterioro marcado de la salud sexual y salud reproductiva lo que se expresa en la frecuencia y magnitud de la morbilidad y mortalidad de la población.

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se orienta a establecer lineamientos que, basados en evidencia científica, permitan contribuir en la generación de estrategias para la promoción y cuidado de la salud sexual y salud reproductiva de la población. Considerando las condiciones y necesidades específicas de los diferentes grupos poblacionales según su edad, la pertenencia étnica, la condición socioeconómica, la ubicación geográfica, la diversidad sexo genérica y de los grupos que de acuerdo a la constitución ecuatoriana en su artículo 35, son grupos con mayor vulnerabilidad y requieren una atención prioritaria y especializada como las personas con discapacidad, personas privadas de la libertad, personas que realizan trabajo sexual, personas en situación de movilidad humana, las mujeres embarazadas y las mujeres víctimas de violencia basada en género.

El país ha suscrito diversos convenios internacionales de derechos humanos que reconocen y promueven los derechos sexuales y derechos reproductivos. Estos documentos se alinean con los principios fundamentales de no discriminación, igualdad, privacidad, integridad, autonomía, dignidad y bienestar, reafirmados en tratados, convenios y conferencias mundiales. Tales principios orientan las acciones del Estado para garantizar el ejercicio pleno de estos derechos como parte integral de los derechos humanos universales.

5.1 Contexto sociodemográfico y socioeconómico

5.1.1 Características sociodemográficas

Ecuador, al igual que el resto de los países de América Latina y el Caribe, ha experimentado en la última década una transición demográfica caracterizada por la disminución progresiva de la población menor de 30 años y el crecimiento sostenido de la población de personas adultas mayores de 60 años (37). Este cambio en la estructura etaria de la población plantea nuevos desafíos para las políticas públicas y, de manera particular, para el sistema de salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva, al generar demandas diferenciadas a lo largo del curso de vida.

En el país, la esperanza de vida al nacer (EVN) ha mostrado una tendencia sostenida al incremento de acuerdo con los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). En 1991, la EVN fue de 71,4 años para mujeres y 66,9 años para los hombres; en 2020, estos valores aumentaron a 80,1 y 74,5 años respectivamente. No obstante, para el 2022, último dato disponible, la EVN alcanzó 76,7 años para ambos sexos, reflejando el impacto de factores estructurales, sanitarios y sociales (37).

En cuanto a la distribución por sexo, la población ecuatoriana mantiene una ligera mayoría femenina, lo cual adquiere relevancia para el análisis de la salud sexual y reproductiva, considerando las brechas de género persistentes en el acceso a recursos, servicios y toma de decisiones (31).

Respecto al área de residencia, los resultados del Censo de Población y Vivienda 2022 evidencian que el 63,1% de la población reside en zonas urbanas, mientras que el 36,9% habita en áreas rurales. Esta distribución territorial constituye un determinante clave para el acceso efectivo a los servicios de salud sexual y reproductiva, dadas las desigualdades existentes en infraestructura, disponibilidad de servicios y personal de salud entre lo urbano y lo rural (38).

Ecuador es un país multiétnico y pluricultural donde el 77,4% de la población se autoidentifica como mestiza; el 7,7% como montubia e indígena, y el 4,9% como afro ecuatoriana (38). La pertenencia étnica continúa siendo un factor estructural asociado a desigualdades sociales, económicas y culturales que inciden directamente en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (39).

El nivel educativo de la población constituye un determinante estructural de la salud sexual y reproductiva. En el país se ha evidenciado un incremento progresivo en el acceso a la educación, particularmente entre las mujeres; sin embargo, persisten brechas importantes asociadas al área de residencia, la autoidentificación étnica y la condición socioeconómica, lo que limita el acceso a información, servicios de salud y la autonomía para la toma de decisiones informadas sobre la sexualidad y la reproducción (40, 41).

Desde la perspectiva socioeconómica, la distribución de la población por quintiles de ingreso refleja profundas desigualdades estructurales. De acuerdo con información del INEC, los hogares ubicados en los quintiles más bajos concentran mayores privaciones en acceso a servicios básicos, educación y salud, mientras que los quintiles superiores presentan mejores condiciones de vida y mayores oportunidades. Estas desigualdades influyen de manera directa en el acceso oportuno, continuo y de calidad a los servicios de salud sexual y salud reproductiva (39, 42).

Adicionalmente, la migración y la movilidad humana constituyen fenómenos relevantes en el contexto nacional. En los últimos años, el Ecuador ha experimentado un incremento sostenido de población en situación de movilidad humana, tanto interna como internacional. De acuerdo con estimaciones oficiales, esta población enfrenta mayores condiciones de vulnerabilidad social, económica y legal, lo que limita su acceso efectivo a servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva, especialmente en mujeres, adolescentes y población joven (43).

5.1.2 Características socioeconómicas

5.1.2.1 Educación

El acceso a la educación constituye un determinante clave en relación con la salud sexual y salud reproductiva de la población, constituyéndose como un bien público y un derecho humano fundamental, formando una herramienta para el logro de la igualdad, el desarrollo y el empoderamiento de las personas, especialmente de las mujeres. El acceso a la educación inclusiva y de calidad se vincula a las posibilidades de acceder a mejores oportunidades laborales, a disminuir la pobreza, acceso a salud sexual y salud reproductiva, contribuyendo a la autonomía en la toma de decisiones (40).

En el Ecuador, si bien hay una tendencia a mayor acceso a la educación de la población general y particularmente de las mujeres, aún persisten brechas al considerar el área de residencia y la autoidentificación étnica. Según el Censo de 2022, la tasa nacional de analfabetismo se situó en el 3,7%. Al desagregar por sexo, se observa una reducción significativa desde 2010: el analfabetismo femenino descendió del 7,7% al 4,3%, mientras que en los hombres disminuyó del 5,8% al 3,1% (41). Estos datos representan un avance crucial para el desarrollo de las mujeres, dado que niveles educativos más altos facilitan su inserción en el mercado laboral, el acceso a puestos directivos y la generación de mayores ingresos.

La tasa neta de matrícula en la Educación General Básica (EGB), correspondiente al año lectivo 2023–2024, fue del 91,71%. Por su parte, la tasa neta de matrícula en el bachillerato mostró un incremento sostenido entre 2011 y 2024, pasando del 50,01% al 85,01%, con una mayor participación de las mujeres en comparación con los hombres. Esta diferencia se evidencia de forma más marcada en el año 2020, cuando la tasa femenina alcanzó el 79,6% frente al 73,3% en los hombres (gráfico 2) (44). No obstante, resulta importante señalar que, mientras el acceso al bachillerato asciende desde 2010, la matrícula en EGB ha descendido desde 2015. Este fenómeno requiere un análisis sus causas, pues la reducción de la base educativa constituye una señal de alerta; dado que la población que culmina la EGB es la que sustenta al bachillerato, su disminución compromete la sostenibilidad del acceso a la educación media y, posteriormente, a la superior. De acuerdo con información del Ministerio de Educación, para el período 2022–2023 la tasa de deserción escolar en el grupo de niñas, niños y adolescentes fue del 1,88% (44).

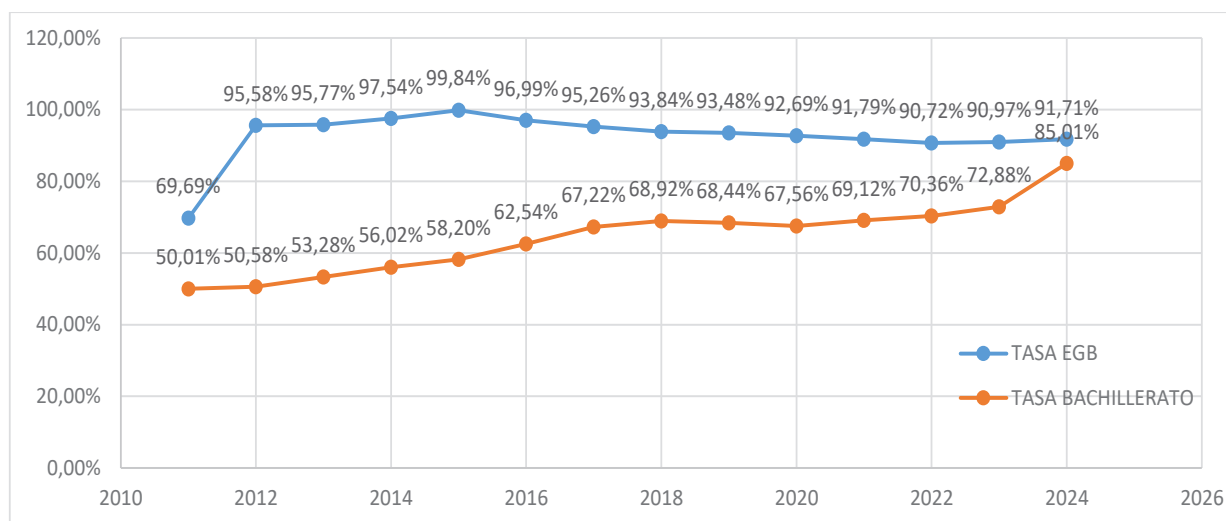


Gráfico 2. Tasa neta de matrícula a educación básica y bachillerato Ecuador 2024

Tomado de: MINEDUC. Estadística Educativa 2024.

Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

El porcentaje de mujeres inscritas en universidades y escuelas politécnicas es superior al de los hombres, según datos del visualizador de información de la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación. Durante el año 2022, se inscribieron 148.924 (55%) mujeres en comparación a 121.821 (45%) hombres a nivel nacional; en relación a la etnia de los estudiantes en 77% registro ser mestizo, 6,9% indígena, 5,9% montubio y 4,7% afroecuatoriano (gráfico 3) (45).

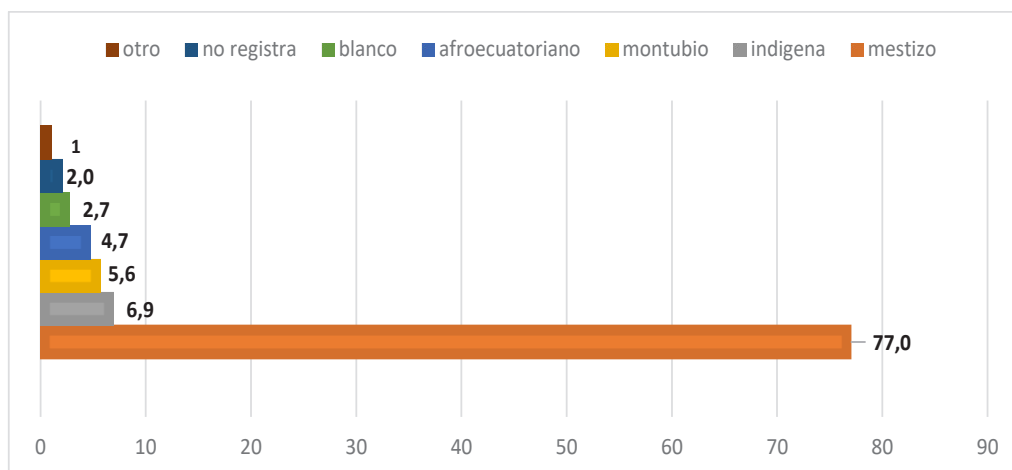


Gráfico 3. Inscritos a educación superior por etnia 2022

Tomado de: Visualizador acceso a educación superior 2025

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Según el estudio de consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Ecuador 2020, realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, señala que ue las mujeres con mayor nivel educativo perciben ingresos significativamente superiores en comparación con aquellas sin educación formal. En este sentido, las mujeres que culminaron la educación secundaria registran un ingreso promedio anual de USD 3.233; aquellas que

completaron educación superior técnica o universitaria alcanzan un promedio de USD 9.002 anuales, mientras que las mujeres con estudios de posgrado presentan los mayores ingresos, con un promedio anual de USD 16.746 (46).

Los cambios que ha experimentado la vida de las mujeres en cuanto al acceso a la educación, al mercado laboral y a espacios de participación política; han incidido en algunos indicadores de salud reproductiva como la mayor posibilidad de acceso a métodos anticonceptivos y a la toma de decisiones respecto a la reproducción. Sin embargo, persisten condiciones de inequidad ancladas en las relaciones y concepciones inequitativas de género sobre todo en lo relacionado a los derechos sexuales y a la violencia de género. Los indicadores dan cuenta también de condiciones de inequidad en el acceso a la educación en las mujeres en situación de pobreza o de acuerdo con la pertenencia étnica (31).

5.1.2.2 Pobreza

La situación de pobreza que afecta a gran parte de la población del Ecuador constituye una de las expresiones de un modelo de desarrollo excluyente e inequitativo, con impactos en distintos ámbitos de la vida de los grupos sociales y las personas, entre ellos la salud (43). No existe un concepto particular de pobreza ni de sus manifestaciones; no obstante, uno de los enfoques más relevantes para su comprensión es su carácter multidimensional, el cual no puede explicarse únicamente desde la perspectiva monetaria. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la pobreza es el resultado de un proceso social y económico con componentes culturales y políticos, en el que las personas y los hogares se encuentran privados de activos y oportunidades esenciales por diversas causas y procesos, tanto de carácter individual como colectivo, lo que le otorga un carácter multidimensional (47).

Desde la perspectiva de la salud colectiva, la situación de pobreza es la expresión de procesos estructurales y relaciones de poder que se sustentan en la propiedad de los medios de producción, el acceso y distribución de los bienes materiales, sociales y culturales, según la pertenencia de clase social, género, étnica que expone a los grupos humanos y a las personas a nivel individual a elementos protectores o destructivos de la salud (48).

El reporte de Panorama Social de América Latina y el Caribe de CEPAL señala que la incidencia de la pobreza afecta en mayor proporción a grupos poblacionales de acuerdo con la edad, género, pertenencia étnica y zona de residencia; en este sentido, el 45% de la población infantil y adolescente viven en situación de pobreza. Respecto al género, la pobreza es más elevada en mujeres de 20 a 59 años, que en hombres; a nivel regional, por cada 100 hombres en situación de pobreza hay aproximadamente 118 mujeres. De la misma manera la incidencia es considerablemente más alta en la población indígena (46,6%) o afrodescendiente (30%) (39).

Por otra parte, el acceso a la educación incide de manera significativa en los índices de pobreza, en hogares donde la principal persona receptora de ingresos y su cónyuge tienen niveles de educación primaria incompleta la pobreza alcanza a un 46,8% y la pobreza extrema a un 20,4%;

en contraste con hogares en los que los principales perceptores de ingresos han alcanzado educación terciaria completa donde la pobreza llega al 9% y la pobreza extrema al 4,9% (39).

En el Ecuador, la pobreza medida por necesidades básicas insatisfechas (NBI), en la última década se evidencia una tendencia a la disminución, teniendo que a nivel nacional para diciembre del 2024 se ubicó en 32,4%. Sin embargo, en los últimos cinco años no hay cambios importantes y persisten profundas brechas según zona de residencia; a nivel rural la pobreza afecta al 50,8% de la población y a nivel urbano al 23,38% (gráfico 4) (42).

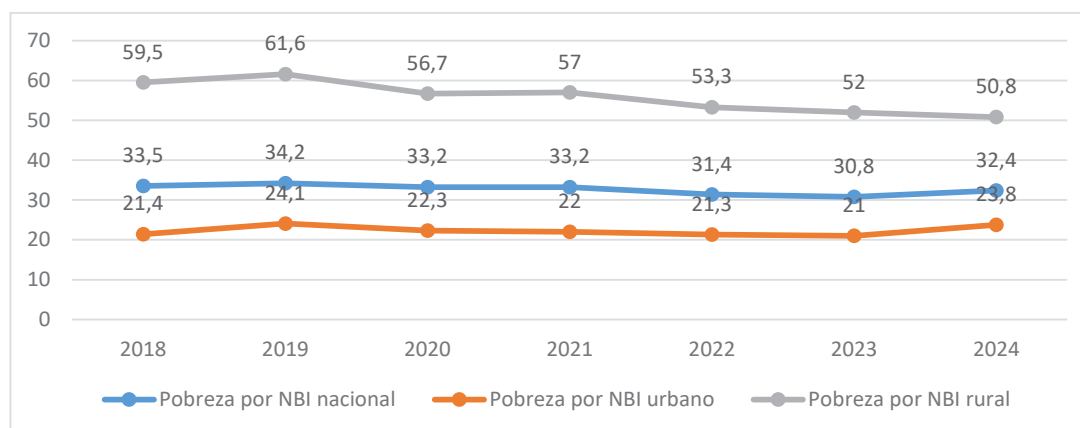


Gráfico 4. Pobreza por NBI por área de residencia. Ecuador diciembre 2018 – 2024

Tomado de: INEC. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), diciembre 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

El indicador de pobreza evidencia las profundas brechas de inequidad y desigualdad que afecta a la población en el territorio ecuatoriano, quienes enfrentan múltiples limitaciones y barreras para acceder a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Estas barreras están relacionadas no solo con la pobreza, sino también con patrones socioculturales vinculados al género, la edad o la etnia, lo que repercute negativamente en la salud sexual y salud reproductiva de las personas.

5.1.2.3 Mercado laboral

En Ecuador, al igual que en los países de la región andina, persiste una brecha importante entre la tasa de participación en la fuerza laboral entre hombres y mujeres como puede verse en las Tablas 4 y 5. De acuerdo con los datos del Banco Mundial, durante la década entre el 2010-2021 las tasas de ocupación en Ecuador han mostrado un ligero incremento, particularmente en las mujeres, quienes pasaron del 48% en 2010 al 56,2% en el 2021. No obstante, pese a este avance, la brecha de participación entre hombres y mujeres se mantiene de forma persistente (gráfico 5) (49).

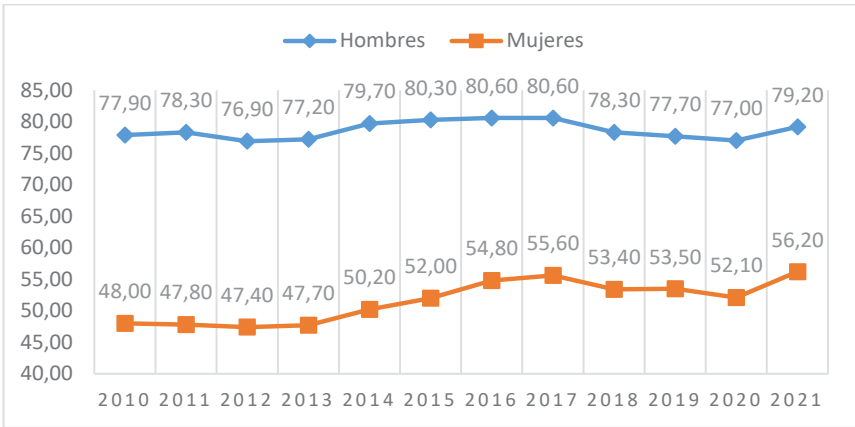


Gráfico 5. Tasa de participación en la fuerza laboral por sexo en Ecuador, 2010 - 2021

Tomado de: Grupo Banco Mundial.
Elaborado: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud 2026.

Tabla 5. Tasa de participación en la fuerza laboral global masculina en varios países LAC

País/Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bolivia	80.0	80.8	79.0	78.7	80.8	77.8	75.6	75.8	77.5	79.4	75.3	80.8
Chile	67.0	68.3	68.1	68.1	67.3	67.4	66.9	66.8	66.1	65.4	60.4	62.6
Colombia	74.0	75.1	75.7	75.5	76.0	76.3	75.5	75.2	74.8	73.4	66.6	69.2
Perú	83.8	83.4	83.6	82.8	82.3	81.5	80.2	81.7	81.9	82.2	72.4	75.4
Ecuador*	77.9	78.3	76.9	77.2	79.7	80.3	80.6	80.6	78.3	77.7	77.0	79.2

Tomado de: Grupo Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial. Tasa de participación en la fuerza laboral, hombres año 2023.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Tabla 6. Tasa de participación en la fuerza laboral global femenina en varios países LAC

País/Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bolivia	60.3	60.2	56.0	57.0	59.4	52.6	54.7	56.8	61.3	58.1	49.3	61.0
Chile	41.0	43.3	43.9	44.5	45.1	45.0	44.7	45.1	45.4	45.5	39.5	40.0
Colombia	47.5	48.9	50.4	50.8	51.3	51.9	51.4	51.1	50.3	48.9	40.7	42.6
Perú	69.6	69.1	68.3	67.5	67.0	65.5	66.3	66.7	67.2	67.4	52.9	62.3
Ecuador*	48.0	47.8	47.4	47.7	50.2	52.0	54.8	55.6	53.4	53.5	52.1	56.2

Tomado de: Indicadores de Desarrollo Mundial. Tasa de participación en la fuerza laboral, mujeres, año 2023.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

En el año 2024 el Ecuador presentó una tasa de empleo bruto del 61,8%, que a nivel urbano fue de 58,0% mientras que en el área rural fue de 70,6%, en cuanto a los datos de empleo adecuado la tasa nacional se ubicó en el 35,9%, con una mayor incidencia en el área urbana (44,5%) en comparación con el área rural (19,4%) (gráfico 6) (38).

Al desagregar por sexo, la tasa de empleo adecuado fue mayor en los hombres que en las mujeres: a nivel nacional, el 41,4% de los hombres de la Población Económicamente Activa (PEA) contaba con empleo adecuado, frente al 28,4% de las mujeres. Por su parte, la tasa de subempleo se ubicó en el 21,0%. El empleo no remunerado alcanzó una tasa nacional del 9,5%, con una marcada diferencia territorial: 3,9% en el área urbana y 20,1% en el área rural (gráfico 7) (38).

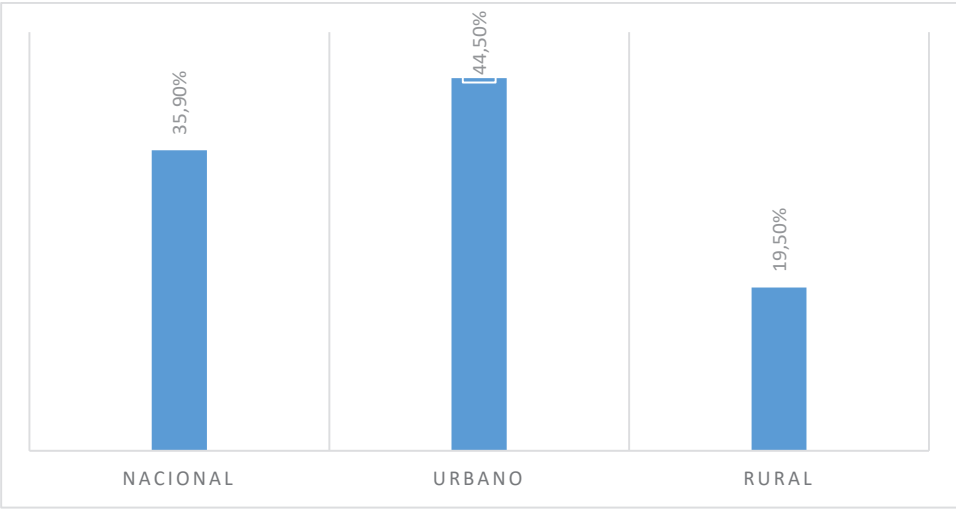


Gráfico 6. Indicadores de empleo adecuado Ecuador 2024

Tomado de: INEC. Encuesta Nacional de empleo, desempleo y subempleo – ENEMDU anual 2024.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

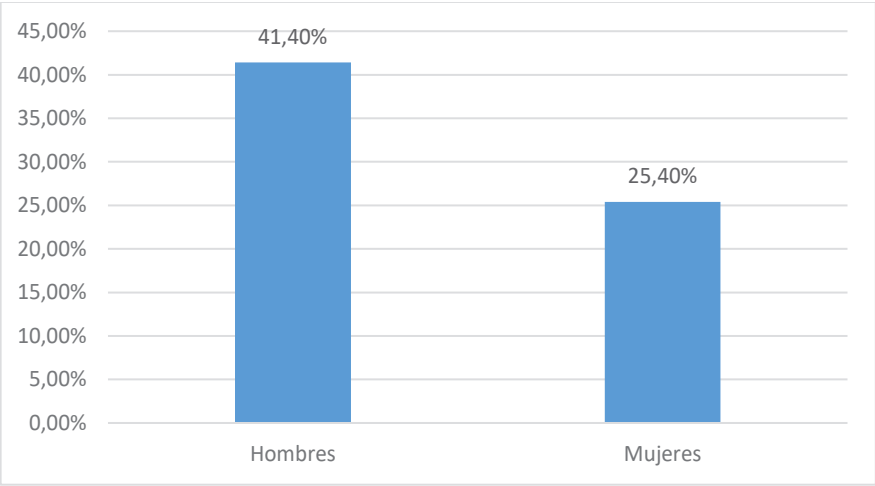


Gráfico 7. Indicadores de porcentaje de empleo adecuado Ecuador, Hombres vs mujeres 2024

Tomado de: INEC. Encuesta Nacional de empleo, desempleo y subempleo – ENEMDU anual 2024.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

En 2024, la Población en Edad de Trabajar (PET) representó el 71,1% del total nacional, equivalente a 13,3 millones de personas. De este grupo, la Población Económicamente Activa (PEA) corresponde al 64,4%, lo que representa 8,6 millones de personas (38).

Según los datos estadísticos del registro de empleo en la seguridad social (REESS) del INEC, para abril 2025 el total de personas registrado con seguridad social fue de 3.319.783, de estos el 67,68% pertenecen al sector privado y 19,57% al sector público, mientras que el seguro social campesino

abarcó el 10,77% y el empleo doméstico el 1,98%; de estos afiliados el 57,65% son hombres y el 42,35% son mujeres (50).

Los indicadores analizados dan cuenta de las condiciones de inequidad y desigualdad que vive la población ecuatoriana según la zona de residencia (urbano-rural), así como las desigualdades de género. Si bien, en la actualidad las mujeres tienen un mayor acceso a la educación formal, persisten condiciones de desigualdad de género en cuanto a la división sexual del trabajo, menor acceso al mercado laboral, vinculación a trabajos en condiciones de precariedad y mayores índices de pobreza.

5.2 Salud sexual y salud reproductiva en el Ecuador

La salud sexual y la salud reproductiva están estrechamente vinculadas; sin embargo, es necesario reconocer la especificidad de cada uno de estos ámbitos, ya que generan problemáticas y necesidades de atención particulares. Desde esta perspectiva los conceptos de salud sexual y salud reproductiva se han ido revisando a través del tiempo con el objetivo de superar las visiones que incorporan la complejidad de la sexualidad al vincularla exclusivamente a la reproducción. En esta misma línea se reconocen los derechos sexuales y los derechos reproductivos con su especificidad lo que contribuye a desarrollar estrategias y acciones para su garantía, protección y cuidado de la salud (23).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad es un componente transversal de la experiencia humana que comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales, e incluye la identidad de género, la orientación sexual y el erotismo, influenciados por factores éticos y sociales. En este marco, la salud sexual y salud reproductiva se concibe como un estado de bienestar físico, mental y social, más allá de la ausencia de enfermedad, que implica vivir una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de decidir libre e informadamente sobre la reproducción y el acceso a información y métodos seguros, efectivos y aceptables, en entornos que garanticen el respeto de los derechos y la ausencia de coerción o violencia (23, 27).

Desde un enfoque de derechos, la normativa legal y jurídica vigente en la mayoría de los países establece que el bien jurídico protegido en el ámbito de la sexualidad es la libertad de las personas para ejercerla plenamente, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación (28).

La promoción y el cuidado de la salud sexual comprenden el acceso a información y a educación integral en sexualidad, considerando la especificidad de cada etapa del ciclo de vida; la prevención de la violencia de género y la atención integral a las personas que la han sufrido, incluidos los casos de violencia sexual; así como la información, educación, prevención, control y atención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, junto con la orientación psicosexual y la atención integral de las disfunciones sexuales. De manera complementaria, la promoción y el cuidado de la salud reproductiva implican garantizar información y acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar; la atención integral durante el embarazo, el parto y el puerperio; el tratamiento de la infertilidad y el acceso a servicios de aborto seguro, conforme a la normativa vigente.

De acuerdo con el estudio de Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador, el costo estimado de la omisión para el año 2015 ascendió a USD 472,9 millones, cifra que supera en más de diecisiete veces el costo de la prevención. Este resultado evidencia una problemática asociada a las limitaciones de la oferta de planificación familiar, la atención de embarazos y de complicaciones obstétricas, así como, de manera indirecta, a la falta de prevención de embarazos en adolescentes y a la ocurrencia de muertes maternas. El costo de omisión en salud sexual y salud reproductiva incluye tanto los costos médicos directos derivados de la provisión parcial de planificación familiar, la atención de embarazos no intencionados, las complicaciones obstétricas y las complicaciones posteriores a abortos inseguros como los costos sociales, entre ellos las muertes maternas y la deserción escolar asociada a embarazos en adolescentes, los cuales reflejan los gastos en los que incurre el país debido a las limitaciones en la prevención de estos problemas de salud (51, 52).

5.2.1 Tasa global de fecundidad

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se define como el número promedio de hijos que tendría una mujer en edad fértil a lo largo de su vida reproductiva, si su comportamiento reproductivo se ajustara al patrón de fecundidad observado en un determinado año (53). En este sentido, las variaciones en los patrones de fecundidad están estrechamente vinculadas a los cambios en las condiciones de vida, al mayor acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, así como a las expectativas y decisiones individuales y familiares en torno a la maternidad y la paternidad. No obstante, estos cambios no se producen de manera homogénea, ya que persisten brechas asociadas a la situación de pobreza, la pertenencia étnica y, en general, a patrones estructurales de desigualdad de género (54, 55).

En el caso del Ecuador, al igual que en otros países de la subregión andina, se observa una tendencia sostenida a la disminución de la TGF en los últimos años, asociada a factores como el mayor acceso a la educación, la incertidumbre económica especialmente entre la población joven, la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, las transformaciones en las relaciones de pareja y en las expectativas de vida, que influyen en la decisión de no procrear o de postergar el inicio de la fecundidad, así como al mayor acceso a métodos anticonceptivos. Esta dinámica se inscribe en una tendencia global de reducción de la fecundidad: según datos del Banco Mundial, la tasa de fecundidad mundial descendió de 4,6 hijos por mujer en 1961 a 2,2 en 2023; de igual manera, en América Latina y el Caribe, de acuerdo con estimaciones de la CEPAL, la tasa de fecundidad en 2024 fue de 1,8 nacidos vivos por mujer en edad reproductiva. En los países de la subregión andina la tendencia descendente también se mantiene, aunque en la última década la reducción ha sido menos pronunciada; en Ecuador, específicamente, la TGF alcanzó un valor de 1,79 en 2024 (gráfico 8) (55, 56).

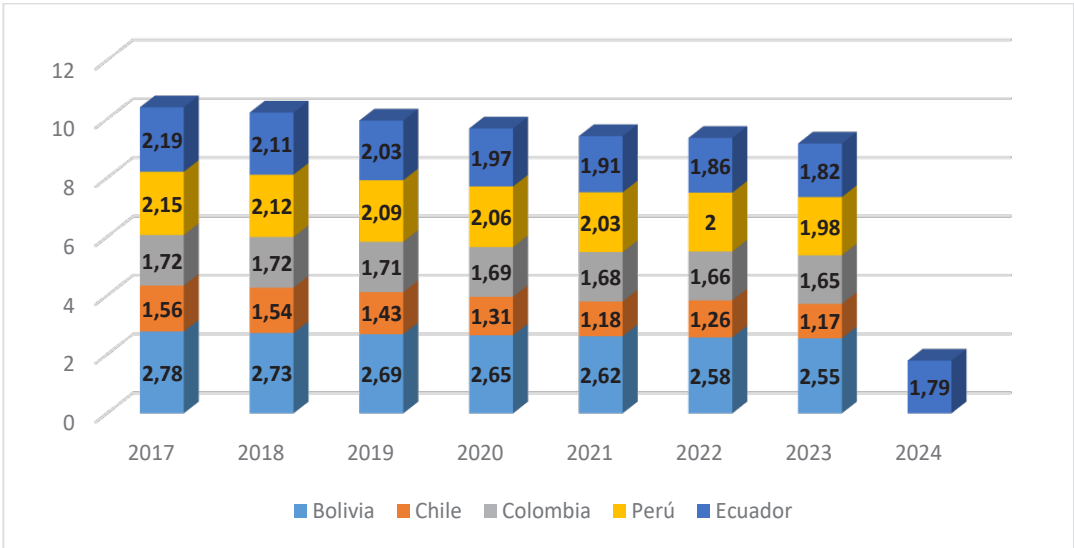


Gráfico 8. Tasa global de Fecundidad. Subregión Andina 2017 - 2024

Tomado de: CEPALSTAT. Bases de Datos y publicaciones estadísticas
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De igual manera la Tasa de natalidad por cada mil en el Ecuador entre el año 2012 y 2024 ha disminuido, pasando de 20,8 en el año 2012 a 12,0 en el año 2024 por cada 1000 habitantes, se observa incremento de 5,1 puntos porcentuales de nacidos vivos con asistencia médica, pasando de 92,1% en el 2012 a 97,2% en el 2024, en cuanto a los partos ocurridos en casa y otros lugares han disminuido teniendo que los establecimientos del sector público atendieron el 59,9 % del total de partos, como se evidencia en el (gráfico 9) (57).

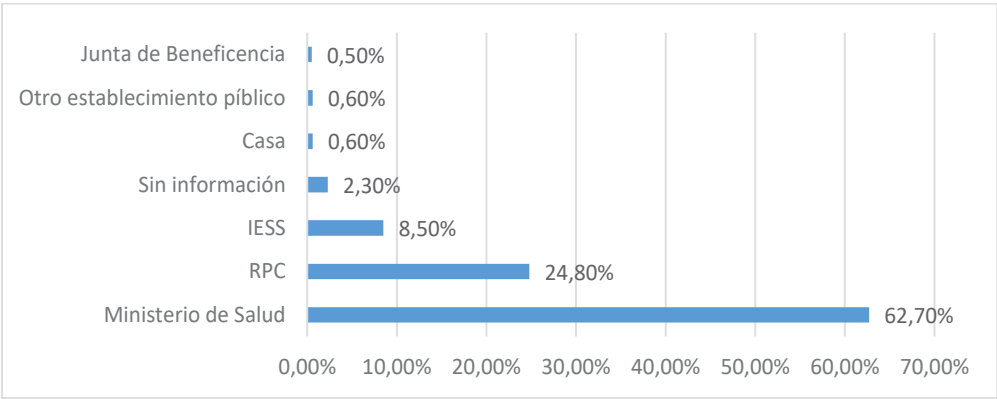


Gráfico 9. Porcentaje de nacidos vivos según lugar de ocurrencia Ecuador 2024

Tomado de: INEC. Registro estadístico de nacidos vivos 2023.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

5.2.2 Tasa específica de fecundidad

La tasa específica de fecundidad por edad o por grupo etario se calcula como la razón entre el número anual de nacimientos en mujeres de determinada edad o grupo etario y la población de

mujeres de la misma edad o grupo etario, en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica.

Las Tasas Específicas de Fecundidad en el país, al igual que a nivel mundial, mantienen una tendencia sostenida a la disminución en mujeres en edad reproductiva; sin embargo, la tasa específica de fecundidad en niñas menores de 15 años en varios países constituye un problema de salud pública por su frecuencia e impacto en la salud y condiciones de vida de este grupo poblacional ya que a pesar de los esfuerzos por disminuir esta tasa de embarazos estos se siguen presentando (gráfico 10).

Según datos del INEC en el año 2024 se registraron 32.201 nacidos vivos de madres entre 10 a 19 años, de los cuales 1.621 correspondieron a hijos de niñas de 10 a 14 años, lo que equivale a 2 nacidos vivos por cada 1.000 niñas en ese rango de edad (57).

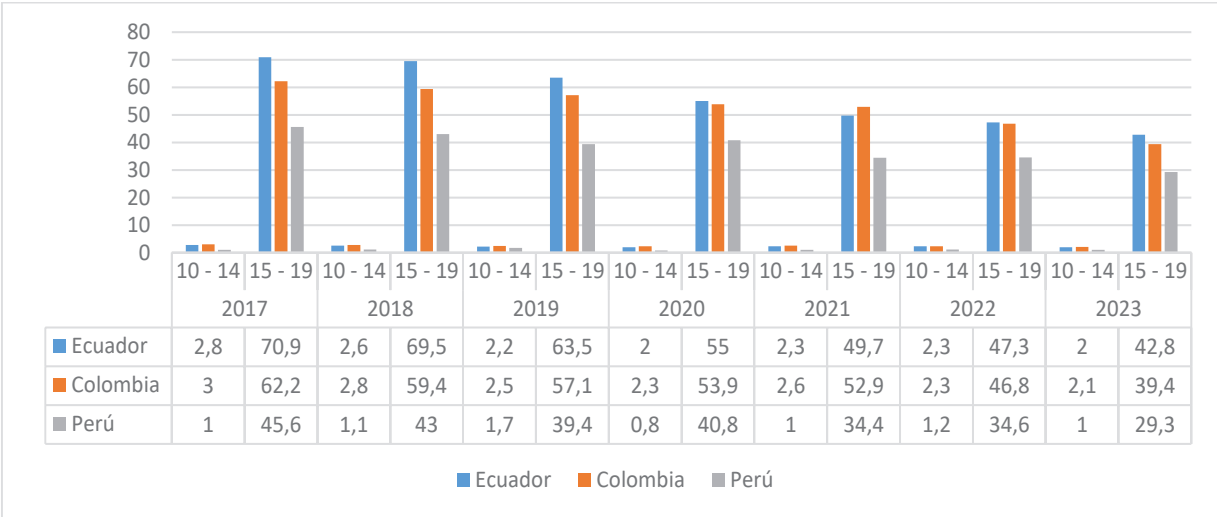


Gráfico 10. Tasa específica de fecundidad 10 a 14 años y de 15 a 19 años (varias fuentes y períodos)
Tomado de: INEC. Registro estadístico de nacidos vivos 2022 CEPALSTAT Bases de Datos y publicaciones estadísticas.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De la misma manera el INEC, reporta que, de los nacidos vivos registrados en el año 2024, el 50,9% corresponde a mujeres entre 20 y 29 años, el 0,75% a niñas de 10 a 14 años, el 14,2 % a adolescentes entre 15 y 19 años, el 32,8% a mujeres entre 30 a 44 años y el 0,24% a mujeres de 45 años o más (57).

5.2.3 Embarazo en niñas y adolescentes

El embarazo en niñas y adolescentes constituye un importante problema social y de salud pública especialmente en la Subregión andina, conlleva un impacto social, económico y cultural debido a los vínculos entre pobreza, exclusión y fecundidad temprana. Tiene un efecto profundo en la trayectoria de la vida de las mujeres y obstaculiza su desarrollo humano y psicosocial, asociado con resultados deficientes en materia de salud tanto para ellas como para sus hijos e hijas.

Además, repercute negativamente en las oportunidades educativas y laborales y perpetúa los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud (46, 12).

A pesar de la tendencia a la disminución de la fecundidad general a nivel global, los países de América Latina y el Caribe - LAC ocupan el segundo lugar a nivel mundial respecto al embarazo en niñas de 10 a 14 años. Según información de la OMS, es la única región en el mundo en la que se incrementa el número de nacimientos en niñas menores de 15 años. En adolescentes de 15 a 19 años el ritmo de descenso de la fecundidad se ha mantenido, pasando de 73,1 en el año 2010 a 42,8 en 2023. Cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y 2 millones de adolescentes menores de 15 años en el mundo (58).

A nivel mundial, las complicaciones del embarazo y el parto están entre las principales causas de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años, por otra parte, estudios demuestran que las madres adolescentes (entre los 10 y los 19 años) enfrentan un mayor riesgo de tener endometriosis puerperal e infecciones sistémicas que las mujeres en el grupo de edad entre los 20 y los 24 años, y los bebés de madres adolescentes enfrentan riesgos más elevados de nacer de manera prematura y tener bajo peso al nacer o trastornos neonatales graves (58).

Además de las consecuencias físicas, el embarazo precoz tiene diversas implicaciones para la salud mental, como ansiedad, depresión, estrés postraumático (especialmente cuando el embarazo es el resultado de un acto de violencia sexual), pensamientos e ideas de suicidio, y muerte por suicidio consumado. A nivel mundial, el embarazo en adolescentes es mayor en niñas que viven en situación de pobreza, con menos acceso al sistema educativo, en zonas rurales y en la población indígena y afrodescendientes (58, 59).

En el país, según información del INEC, la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) en el grupo etario de 10 a 14 años, desde el periodo 2012 al 2024, presenta una tendencia a la disminución; sin embargo, en los años 2015 y 2017 presenta los picos más altos, para el año 2024 se reporta una TEFA de 2.0 nacidos vivos por cada 1000 niñas de este grupo etario. De acuerdo con la normativa legal del país, el Código Orgánico Integral Penal (COIP), los embarazos en este grupo de edad son considerados producto de violencia sexual. Estos embarazos tienen un grave impacto en la vida y salud de las niñas y son considerados embarazos de alto riesgo (60).

En cuanto a la tasa específica de nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años se ha registrado un descenso sostenido pasando de 84,0 en 2012 a 39.5 nacidos vivos por cada 1000 adolescentes de este grupo etario en el año 2024 (gráfico 11) (34).

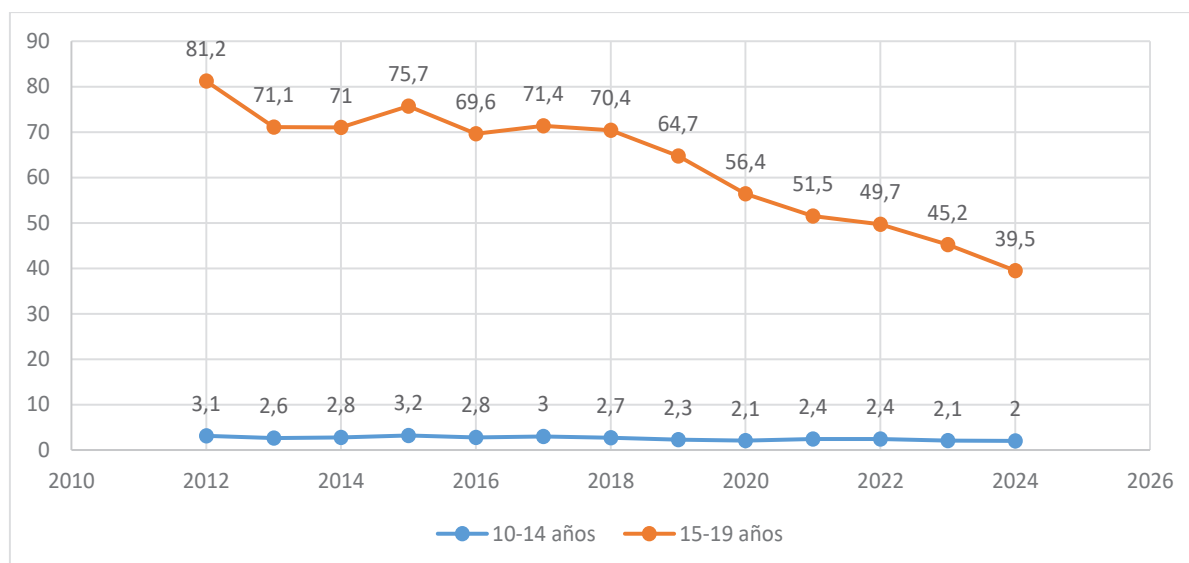


Gráfico 11. Tasa específica de Fecundidad en niñas 10 – 14 años y adolescentes de 15 a 19 años. Ecuador 2012 – 2024

Tomado de: INEC. Registro estadístico de nacidos vivos 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Según el estudio del UNFPA sobre la implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente - MILENA, las mujeres que son madres en la vida adulta, tienen una probabilidad del 6% de terminar la escolaridad (primaria y secundaria), y es aún más alta de llegar al nivel de educación superior (11% más), en relación con las mujeres que son madres en la adolescencia (46).

Al considerar la zona de residencia, se puede evidenciar que hay diferencias marcadas en cuanto a la TEFA en niñas y adolescentes, para el año 2024, en el grupo de niñas de 10 a 14 años las tasas más altas en relación al promedio nacional, se presentan en las provincias de la Región Amazónica, siendo estas: Morona Santiago es de 5,85, Napo 4,41, Orellana 4,64, Zamora Chinchipe 4,47 y Sucumbíos 4,06 ; ocurriendo de manera similar en las adolescentes de 15 a 19 años con los siguientes datos: Napo 85,64, Morona Santiago 72,65, Pastaza con 67,81 y Sucumbíos 61,51 (57).

La mayor parte de los embarazos en adolescentes, están centrados en el grupo de edad de 15 a 19 años. Sin embargo, el grupo poblacional más vulnerable y que enfrenta mayor riesgo de muerte debido a complicaciones obstétricas durante el embarazo y el parto, así como abortos inseguros son aquellas menores de 15 años; evidenciando que el embarazo en las niñas y adolescentes compromete el desarrollo de una vida digna, además de tener múltiples consecuencias en distintos niveles, como el personal, familiar, comunitario y social a las que se suman las consecuencias legales registradas en el COIP (61).

Los hijos de adolescentes tienen de dos a siete veces más riesgo de sufrir bajo peso para la edad gestacional, complicaciones perinatales, neonatales y mayor riesgo de muerte, el que va un aumento a medida que disminuye la edad materna (61).

A nivel mundial, la prevención del embarazo en niñas y adolescentes constituye una prioridad de salud pública por el grave impacto en la vida y salud de las mujeres y sus hijos/as, desarrollando políticas y herramientas normativas orientadas a la prevención del embarazo en niñas y adolescentes y para la garantía de una atención integral con enfoque y articulación intersectorial.

En el año 2025 se emite la Política Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2026-2035, desarrollada en conjunto desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Educación (MINEDUC), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de la Mujer y Derechos Humanos (MMDH) (12).

El Ministerio de Salud Pública en respuesta a la PIPENA, implementó el Proyecto de Inversión Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes PPENA 2019 – 2022, una vez que cumplió su vida útil y con la finalidad de dar continuidad y fortalecer su intervención, se encuentra en ejecución el Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes (PAISSRA) 2023 – 2025, cuyo objetivo es “contribuir al desarrollo integral de las y los adolescentes brindando acceso a información, educación integral de la sexualidad y servicios de salud sexual y salud reproductiva, a través del ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos”.

Por otra parte, en el país en el año 2018 se promulgó la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia de Género contra las mujeres (3).

En cumplimiento de la sentencia No. 34-19-IN/21 de la Corte Constitucional que declaró la inconstitucional por el fondo del artículo 150 numeral 2 del Código Orgánico Integral Penal en la frase “en una mujer que padezca de discapacidad mental” y dispone a la Defensoría de Pueblo la elaboración del proyecto de Ley para la despenalización del aborto en casos de violación para la presentación a la Asamblea Nacional. En abril de 2022, se expide la Ley Orgánica que regula la interrupción voluntaria del embarazo en niñas, adolescentes y mujeres en caso de violación (7).

5.2.4 Demanda, acceso y uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar

Uno de los derechos fundamentales de las personas es la posibilidad de tomar decisiones libres y autónomas sobre la procreación y la planificación familiar, lo que implica contar con información adecuada y acceso a métodos anticonceptivos modernos. Está ampliamente demostrado que el uso de anticonceptivos, además de garantizar el ejercicio de este derecho, contribuye a ampliar las oportunidades de bienestar y a reducir los riesgos para la salud de las mujeres, especialmente aquellos asociados a embarazos no intencionados y a complicaciones durante el embarazo. El uso de condones, tanto femeninos como masculinos, contribuye adicionalmente a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (11).

Según OMS, cuando el intervalo entre nacimientos es inferior a dos años, la tasa de mortalidad infantil es un 45 % mayor que cuando el intervalo es de dos a tres años, y un 60 % mayor cuando es de cuatro años o más. En este contexto, la planificación familiar no solo aporta beneficios

directos para la salud, sino que también genera beneficios sociales y económicos, como mayores oportunidades educativas, mayor autonomía para las mujeres y un crecimiento demográfico y desarrollo económico más sostenibles para los países (62).

A nivel mundial, el acceso a métodos anticonceptivos ha aumentado de manera significativa. Según información del UNFPA, en 2022 el 82 % de la demanda de métodos anticonceptivos modernos en mujeres de 15 a 49 años fue satisfecha; el uso de cualquier método anticonceptivo en este grupo etario alcanzó el 60 %, y en mujeres casadas o en unión consensual el 82 %. Asimismo, la tasa de necesidad insatisfecha de planificación familiar en mujeres de 15 a 49 años se situó en el 6 %. Este concepto se refiere a la brecha entre las intenciones reproductivas de las mujeres y su comportamiento anticonceptivo y, para el monitoreo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se expresa como un porcentaje basado en mujeres casadas o en unión consensual (63, 64).

La vasectomía constituye uno de los métodos más seguros, sencillos y económicos de anticoncepción masculina; sin embargo, su uso sigue siendo limitado en la mayoría de los países. A nivel mundial, alrededor de 45 millones de parejas utilizan la vasectomía como método anticonceptivo, en comparación con aproximadamente 150 millones de mujeres esterilizadas, pese a que se trata de un procedimiento más seguro y menos invasivo. Esta situación se asocia a concepciones y prácticas de género inequitativas que atribuyen a las mujeres la responsabilidad principal de la reproducción, así como a la persistencia de mitos y creencias erróneas, como la supuesta disminución del deseo sexual (65).

La evidencia internacional demuestra que satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos y de planificación familiar constituye una intervención altamente efectiva para reducir los embarazos no planificados, los abortos inseguros y, en consecuencia, la mortalidad materna (11).

A pesar de estos avances, persisten a nivel mundial importantes barreras de acceso a métodos anticonceptivos modernos, situación que se vio agravada durante la pandemia de COVID-19. Como señala el Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2022 del UNFPA, la capacidad de decisión de las mujeres y las niñas se ve comprometida cuando la información y los servicios de SS y SR no son priorizados, evidenciándose que, durante el inicio de la pandemia, los servicios de distribución de anticonceptivos fueron los más afectados. Según estimaciones del UNFPA, en 2020 cerca de 12 millones de mujeres en 115 países no pudieron acceder a servicios de planificación familiar, lo que dio lugar a aproximadamente 1,4 millones de embarazos no planificados (63, 43).

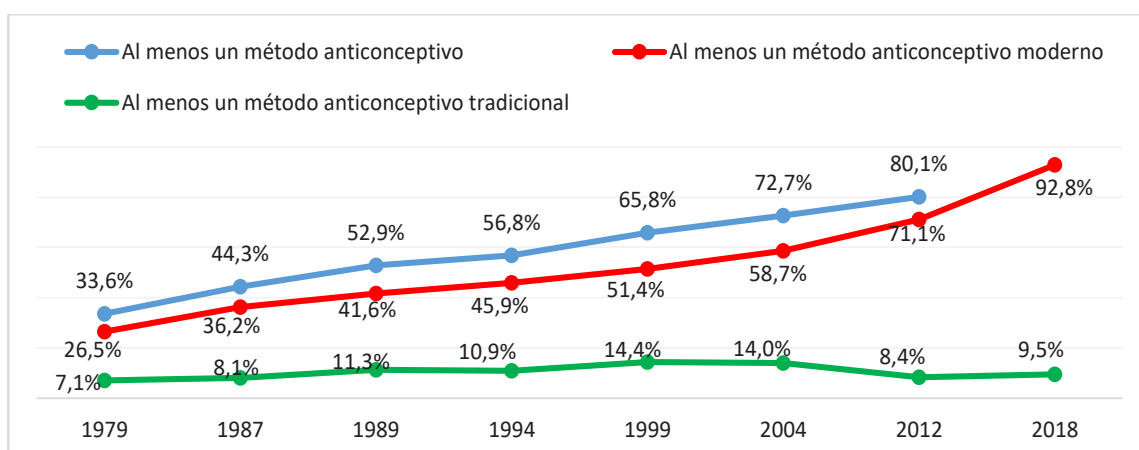


Gráfico 12. Evolución del uso de métodos anticonceptivos (MEF de 15 a 49 años casadas o unidas)

Tomado de: INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT 2018.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De acuerdo con la información de ENSANUT 2018 (66)

- El 43,7 % de mujeres de 12 a 24 años usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual.
- El 53,8 % de hombres entre 12 a 24 años usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual
- La mayoría de mujeres utilizan al menos un tipo de método anticonceptivo dependiendo de su estado civil, la ligadura sobresale en el caso de las mujeres viudas con el 80,4%. Las mujeres solteras usan más los métodos hormonales como la píldora y la inyección (24,0% y 20,1% respectivamente); las separadas usan la píldora (16,3%) y métodos de esterilización como la ligadura (47,9%) y las divorciadas el dispositivo intrauterino - DIU (23,8%) y la esterilización por ligadura con el 58,1% (gráfico 12).
- El 81,1% de mujeres de 12 a 14 años tiene conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, comparado con el 98,5% de mujeres entre 15 y 49 años.
- El porcentaje de mujeres en edad fértil con necesidad insatisfecha de planificación familiar es de 7,5%, siendo más alta en mujeres solteras con un 10,4%. De igual manera es mayor en mujeres indígenas con 14,3%, mientras que por nivel de instrucción es más marcada en mujeres con educación básica y corresponde a 8,3%

Si bien en el país, se ha incrementado de manera importante tanto el conocimiento como el uso de métodos anticonceptivos modernos, todavía persisten brechas al considerar la zona de residencia en cuanto a la necesidad insatisfecha de planificación familiar. De acuerdo a la encuesta ENSANUT 2018, la necesidad insatisfecha de planificación familiar a nivel urbano fue de 6.9% y a nivel rural de 8,8%, siendo la población indígena la que tiene el porcentaje más alto 14,3% (66).

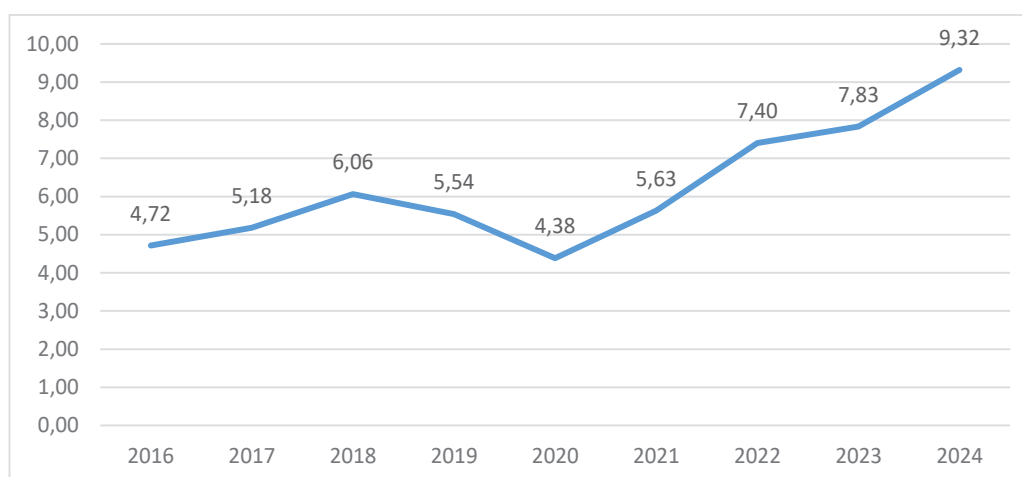


Gráfico 13. Porcentaje de Cobertura de atenciones de asesorías de planificación familiar en la RPIS

Tomado de: Registros estadístico de la Red Pública Integral de Salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

En el país, los servicios de planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos siguen recayendo fundamentalmente en la mujer a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública y la normativa de planificación familiar que incorpora el enfoque de género y promueve el uso de la vasectomía como un procedimiento gratuito y seguro. El estudio representaciones sociales sobre la vasectomía en parejas de pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el año 2019, concluye que existe un limitado conocimiento e información en relación a la vasectomía como método de esterilización para el hombre. Las percepciones socioculturales en torno a la vasectomía se relacionan con el vigor, desempeño sexual, el cambio en el semen y el aumento de peso. Señala también que el machismo es un condicionante que deja a un lado al hombre dado que los programas de salud se dirigen principalmente a la mujer (67).

En este contexto, el MSP expidió el Reglamento para Regular el Acceso y la Disponibilidad a Métodos Anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud, expedido mediante Acuerdo Ministerial 2490, publicado en el Registro Oficial No. 919 de 25 de marzo de 2013, que tiene por objeto poner a disposición de las personas del territorio nacional, servicios para atención integral de calidad así como toda información que sea requerida sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de ITS, incluido el VIH, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud sexual y salud reproductiva y prevención de embarazos en la adolescencia o no planificados (68).

Con el objeto de operativizar el Reglamento, se elaboró el Instructivo de Implementación del Reglamento para Regular el Acceso a Métodos Anticonceptivos" publicado en diciembre de 2014, que brinda lineamientos claros a los profesionales de los establecimientos de salud para garantizar el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), planificación familiar y asesoría en salud sexual y salud reproductiva (68).

5.2.5 Datos de Aborto

Todas las personas tienen el derecho a decidir de manera libre y responsable, sin discriminación, coerción ni violencia, el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, así como a disponer de información y de los medios necesarios para ejercer este derecho y alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual y salud reproductiva (69).

El acceso a una atención legal, segura e integral del aborto voluntario, incluida la atención posterior al procedimiento, es un componente esencial para garantizar el más alto nivel posible de salud sexual y salud reproductiva. El aborto seguro constituye un derecho humano y una medida fundamental de protección de la salud, la integridad y la vida de las mujeres y las niñas.

Desde el punto de vista sanitario, el aborto es una intervención segura y de baja complejidad que puede realizarse mediante el uso de medicamentos o a través de procedimientos quirúrgicos, los cuales pueden llevarse a cabo en diversos entornos de atención. Cuando se practica de forma segura y conforme a los métodos recomendados por la OMS, las complicaciones son poco frecuentes, tanto en el aborto médico como en el quirúrgico (70, 71).

Según la OMS, a nivel mundial aproximadamente el 25 % de los embarazos culminan en abortos inducidos; sin embargo, cerca del 45 % de estos procedimientos se realizan en condiciones de riesgo, y más de un tercio son practicados por personas sin la formación adecuada y mediante métodos peligrosos o cruentos. La mayoría de los abortos inseguros ocurren en países en desarrollo (72, 73).

El aborto inseguro incrementa significativamente el riesgo de morbilidad y constituye una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. De acuerdo con la OMS, cada año entre el 4,7 % y el 13,2 % de las muertes maternas pueden atribuirse a este tipo de procedimientos (72).

De acuerdo con el Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2022 del UNFPA, entre 2015 y 2019 se registraron anualmente alrededor de 121 millones de embarazos no intencionados a nivel mundial, lo que representó el 48 % del total de embarazos. De estos, el 61 % terminó en abortos inducidos, realizados tanto en condiciones seguras como inseguras. Aunque se observa una tendencia a la disminución de la tasa de embarazos no intencionados, la tasa de abortos se ha mantenido prácticamente estable: durante el período analizado se estimaron 39 abortos por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años; tres de cada diez embarazos culminaron en aborto inducido, proporción que se elevó a seis de cada diez cuando el embarazo no fue deseado (63).

El mismo informe señala que satisfacer plenamente las necesidades anticonceptivas de las mujeres en los países de ingresos bajos y medianos, junto con la provisión de servicios de atención prenatal y neonatal conforme a los estándares recomendados por la OMS, permitiría reducir los abortos en condiciones de riesgo en un 72 % y las muertes maternas en un 62 %. No obstante, aun con estos avances, es probable que persistan muertes y lesiones maternas evitables en contextos donde existen barreras para el acceso a servicios seguros de aborto (63).

En Ecuador, al igual que en otros países, existe un subregistro significativo de los casos de aborto, asociado a barreras culturales, religiosas, legales y económicas que limitan el acceso a servicios seguros, lo que conduce a la realización de procedimientos en la clandestinidad y en condiciones de riesgo. De acuerdo con la normativa nacional, el aborto es legal en los casos de riesgo para la vida o la salud física, mental y social de la mujer, así como en casos de violación, conforme a lo establecido en el artículo 150 del COIP, la sentencia de la Corte Constitucional Nro. 31-19-IN/21 y la Ley Orgánica que regula la interrupción voluntaria del embarazo para niñas, adolescentes y mujeres en casos de violación, vigente desde 2022 (7).

Según el informe sobre acceso al aborto en Ecuador, elaborado por el Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos (SURKUNA), en 2020 se registraron 18.520 ingresos hospitalarios relacionados con aborto, cifra que representó una reducción del 26,87 % en comparación con 2019, año en el que se reportaron 25.327 ingresos. Asimismo, las atenciones por aborto médico (CIE-10 O04) disminuyeron en un 22,72 % en 2020 respecto de 2019, registrándose 704 atenciones por aborto terapéutico frente a 911 casos en el año previo (74).

Finalmente, según el Anuario de Egresos Hospitalarios 2023 del INEC, en Ecuador se registraron 12.652 abortos. La mayor proporción correspondió a mujeres de 20 a 29 años, con 5.624 casos (44,5 %), seguida de mujeres de 30 a 39 años, con 4.182 casos (33,1 %). En el grupo de 15 a 19 años se registraron 1.658 casos (13,1 %), en mujeres de 40 a 49 años 978 casos (7,7 %), en niñas menores de 15 años 204 casos (1,6 %) y en mujeres mayores de 50 años se reportaron 6 casos (0,05 %) (gráfico 14) (75).

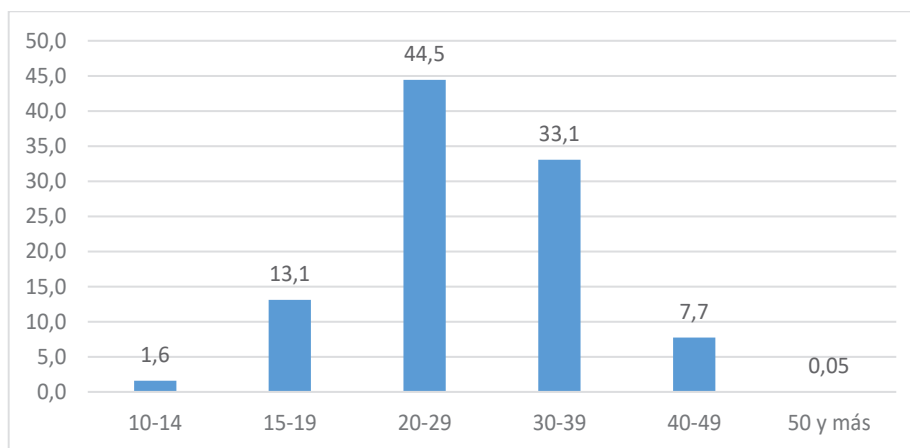


Gráfico 14. Abortos en mujeres por grupo de edad Ecuador 2023

Tomado de: INEC. Registro de camas y egresos hospitalarios 2023.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Durante el año 2021 la Corte Constitucional del Ecuador, emitió una sentencia en el marco de una acción de inconstitucionalidad respecto a las causales legales de aborto declarando inconstitucional la frase “en una mujer que padezca de una discapacidad mental”, contenida en el artículo 150 numeral 2 del COIP, por ser contraria a la Constitución de la República del Ecuador. Así, la Corte decidió que es inconstitucional criminalizar y sancionar con privación de libertad a las mujeres que han interrumpido un embarazo producto de una violación y estableció que la

Defensoría del Pueblo con la participación de la sociedad civil formulen un proyecto de Ley que regule la interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación (76).

La Asamblea Nacional en el mes de abril mayo del 2022 se aprobó la Ley Orgánica que regula la Interrupción voluntaria del embarazo por violación, la ley fue expedida en el registro oficial 053. La Corte ordenó la emisión de esta ley para garantizar el derecho a la integridad, el libre desarrollo personal, la igualdad y la no discriminación, y desde esa fecha hasta la actualidad ha emitido 5 medidas cautelares que cambian varias reglas de la ley para mejorar el acceso de las mujeres al aborto por causal violación (7).

El MSP como autoridad Sanitaria Nacional emitió los Lineamientos Operativos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a Interrupción Voluntaria del Embarazo por violación en el mes de febrero del 2023, los cuales tienen como objetivo “Establecer directrices a los profesionales de la salud para dar una atención prioritaria, integral, gratuita, ágil, oportuna, de calidad y confidencial, conforme la evidencia científica actual, basada en derechos, en el respeto a la dignidad, y los enfoques de derechos, género, de discapacidad, intercultural e intergeneracional para niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes que requieren servicios de interrupción voluntaria del embarazo en casos de violación” (77).

5.2.6 Atención del embarazo, parto y postparto

El embarazo y el parto son procesos fisiológicos, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de tecnología y procedimientos apropiados. Es fundamental reconocer la importancia que estos procesos tienen en la vida de la mujer, en su bienestar físico y emocional, así como en el establecimiento del vínculo con su hijo o hija, el éxito de la lactancia materna y garantizar los derechos de la mujer a ser informada y a tomar decisiones sobre estos procesos (78).

La mayoría de las defunciones derivadas a la maternidad son evitables, por lo que la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto y el postparto es una violación de sus derechos a la vida y la salud. La atención debe tener un enfoque holístico, centrada en la mujer y basada en el respeto de los derechos humanos, es decir garantizar el acceso universal a la atención humanizada, respetuosa, integral, el acceso a la atención por personal calificado y en el caso de complicaciones a la atención oportuna de las emergencias obstétricas (79, 80).

Como señala la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y, por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las mujeres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita (81, 82).

En Ecuador según la Encuesta ENSANUT 2018, la proporción de mujeres que recibieron al menos 5 controles prenatales es mayor en el área urbana (86,36%) que en el área rural (75,15%); en consecuencia, el nivel de riesgo de las mujeres rurales es más alto, en la relación establecida por

menor número de controles prenatales, menor probabilidad de detección y prevención oportuna de los factores de riesgo obstétrico y perinatal. Las mujeres indígenas son las que presentan el menor porcentaje cumplir con 5 controles prenatales con un 63,37% (66).

La atención del parto por personal calificado, contribuye a evitar complicaciones y a actuar de manera oportuna en el caso de presentarse emergencias obstétricas, lo cual incide en la disminución de muertes maternas. En cuanto a la atención del parto por personal de salud calificado, a nivel global según información del UNFPA, en el período 2014 – 2020 se estima que un 82% de mujeres recibieron atención del parto por personal calificado en América Latina y en el Caribe, en el mismo período, el 95% de los partos fueron atendidos por personal calificado (83).

En el año 2019, según registros del Banco Mundial, en la subregión andina, en promedio más del 95% de los partos fueron atendidos por personal calificado, Bolivia presenta el porcentaje más bajo con el 81.1%, Perú 94.4%, Ecuador 97,2%, Colombia 98,8%, Chile 99,8% (83).

Tabla 7. porcentaje de partos atendidos por personal médico en varios países LAC

País / Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bolivia	-	84.0	82.1	84.2	83.9	88.8	89.8	99.5	71.5	81.1	-	-
Chile	99.8	99.9	99.8	99.8	99.8	99.7	99.7	99.8	99.8	99.8	-	-
Colombia	95.6	99.2	98.7	98.7	98.9	95.9	95.9	99.3	98.4	98.8	-	-
Perú	83.8	85.0	86.7	89.1	90.0	91.6	92.4	93.6	93.7	94.4	95.7	-
Ecuador	87.4	89.7	91.7	93.3	94.7	94.2	94.1	95.6	95.9	97.2	96.4*	96.8*

Tomado de: Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial 2021.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Según información del INEC, entre 2012 y 2024 se observa un incremento de 5,1 puntos porcentuales de nacidos vivos con asistencia médica (profesionales médicos, obstetras y enfermeras). Según la misma fuente, en el 2024, el 97,2% de los partos fueron atendidos por profesionales y el 2,8 por personas no médico (Auxiliares de enfermería, parteras calificadas, parteras no calificadas, comadronas, entre otros) (gráfico 15) (57).

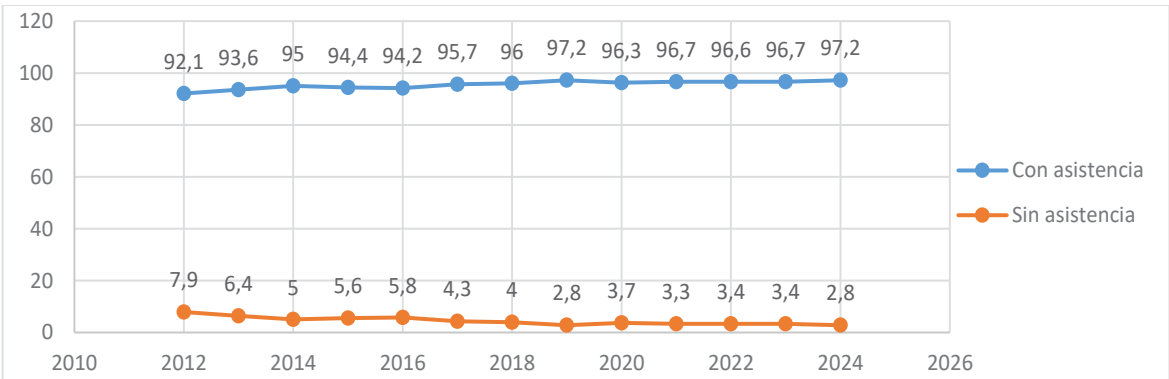


Gráfico 15. Porcentaje de nacidos vivos según asistencia del parto. Ecuador 2012 – 2024

Tomando de: INEC. Registro estadístico de nacidos vivos 2024.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

La atención del parto en establecimientos de salud (parto institucionalizado) también se ha incrementado de manera importante, según la encuesta ENSANUT 2018, el 80,2% fueron atendidos en el sector público y 19,80% en el sector privado (82). Para el año 2024, de acuerdo con información del INEC de los partos que ocurrieron en establecimientos de salud, el 71,8% corresponden al sector público, el 24,8 % en instituciones privadas (gráfico 16) (57).

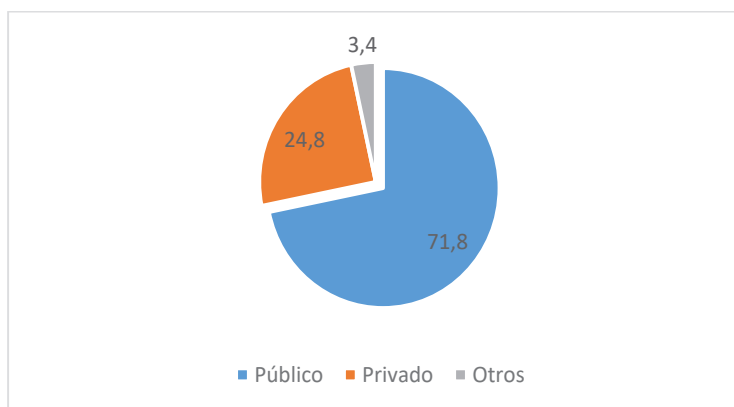


Gráfico 16. Parto Institucionalizado Ecuador 2024

Tomado de: INEC. Registro estadístico de nacidos vivos 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Como recomienda la OMS y el panel de expertos a nivel mundial, la cesárea es un procedimiento que debe implementarse exclusivamente cuando desde el punto de vista médico es eficaz para prevenir la morbilidad materna y neonatal. Desde 1985, la comunidad internacional ha considerado que la "*tasa ideal*" para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%. Estudios nuevos revelan que cuándo la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoren estas tasas, al ser un procedimiento quirúrgico tiene un mayor riesgo que el parto eutócico vaginal y puede acarrear complicaciones inmediatas o a largo plazo para las mujeres y sus hijos (84).

La alta incidencia de cesáreas en el Ecuador se considera un problema de salud pública, si bien las causas son diversas en muchos casos se relacionan con una valoración inadecuada del riesgo obstétrico, el bajo índice de control prenatal y la inadecuada valoración del riesgo fetal. El incremento de cesáreas en el país puede conducir a una mayor morbilidad y mortalidad materna futura, ya que se incrementa el riesgo de problemas como placenta previa y acretismo placentario, hemorragia obstétrica, además del aumento de los riesgos quirúrgicos y anestésicos. Por otra parte, se ha comprobado que la disminución de la tasa de cesáreas no ha afectado negativamente a la morbilidad perinatal ni ha incidido en la reducción de problemas neurológicos infantiles (85).

Según datos del INEC, en el periodo 2013 - 2024, se evidencia un porcentaje mayor de partos eutócicos en el sector público, mientras que, en el sector privado, el parto por cesárea es más elevado que el parto normal. En el sector público en el año 2024 el 59,9% de los partos fueron

eutócicos y el 40,1% fueron por cesáreas. En el mismo año, en el sector privado el 89,1 % fueron por cesárea y el 10,9 % fueron partos eutócicos (57).

En cuanto al control postparto dentro de los primeros 7 días, en general se mantienen niveles muy bajos a pesar de su importancia para prevenir riesgos para la madre y el niño, así como brindar una atención oportuna en el caso de presentarse complicaciones. En el país, el acceso a atención del postparto dentro de los primeros 7 días es más alto a nivel rural con un 8.1% y urbano 6,5% (66).

Una adecuada y oportuna atención durante el embarazo y el parto es clave para garantizar la salud de niños y niñas y evitar riesgos para su salud. En el año 2024, los nacidos vivos con bajo peso al nacer tuvieron la siguiente distribución el 10,8 % región Sierra, 10,9%, Región Costa el 8,9% y región amazónica 6,7% (57).

5.2.7 Mortalidad materna

La mortalidad materna (MM) se la define como la defunción de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o después del parto en los 42 días siguientes a la terminación del embarazo. La muerte es debida a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por él, o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales, independientemente de la duración y el sitio del embarazo (86).

La OMS afirma que este indicador es el más sensible ante diferencias socioeconómicas entre los habitantes de un país (87). La mortalidad materna permite evidenciar la relación directa existente entre pobreza e indicadores de salud sexual y salud reproductiva, lo cual implica que no sólo son las malas condiciones socioeconómicas son las que determinan una inadecuada salud sexual y salud reproductiva, sino que también una condición desfavorable en este ámbito condiciona una situación socioeconómica precaria. En este sentido, la muerte materna, representa pérdidas individuales para la mujer y su entorno y para la sociedad en su conjunto. A esto se suma el efecto intergeneracional que se traduce en mayores riesgos para los descendientes sobre todo en consecuencias nutricionales, de menor rendimiento y deserción escolar, así como uniones y procreaciones a edades tempranas (52).

Se ha demostrado que el acceso a cuidados maternos de calidad podría prevenir el 54% de muertes maternas y el acceso universal a la planificación familiar podría prevenir un 29% adicional de defunciones maternas (87).

Según información de la OMS, a nivel mundial a pesar de una tendencia a la disminución de muertes maternas, de un 40% entre 2000 y 2023, sigue siendo un grave problema de salud pública más aún si se considera que estas muertes son prevenibles. A nivel global, el número de mujeres y niñas que mueren cada año por complicaciones del embarazo y parto se redujo de 451.000 en el 2000 a 287.000 en el 2020, y a 260.000 en el 2023, a pesar de estos avances, se estima que casi 712 mujeres mueren cada día por complicaciones en el embarazo y parto, es decir que cada dos minutos muere una mujer (88, 89). El 94% de estas muertes se produjeron en países de

ingresos bajos; la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel de América Latina y el Caribe ha experimentado una reducción del 16,8% del 2020 al 2023, a en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los países han aunado esfuerzos para alcanzar la meta de acelerar la disminución de la mortalidad materna para 2030. El ODS 3 incluye una ambiciosa meta: reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacimientos (21).

De acuerdo a información del UNFPA y OMS, en los países de la subregión andina la RMM ha mantenido una tendencia a la disminución, para el año 2017, la RMM por cada 100.000 nacidos vivos, en Bolivia fue de 155, Perú de 88 Colombia de 83 y Ecuador de 42,8 (gráfico 17) (63, 90).

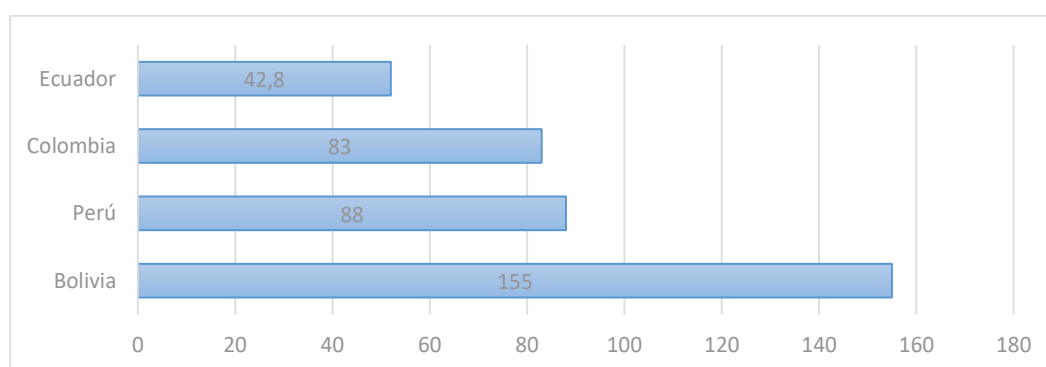


Gráfico 17. Razón de muerte materna por 100.000 nacidos vivos LAC, año 2017

Tomado de: UNFPA Visibilizar lo Invisible. INEC registro estadístico de defunciones 2017.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Entre las principales causas directas de mortalidad materna en la región están: la hemorragia 27% (en su mayoría tras el parto), hipertensión gestacional que genera preeclampsia y eclampsia con 14%, sepsis 11%, aborto 8% otras causas directas el 13%. Las causas indirectas representaron el 28% de las muertes maternas (gráfico 18) (91, 92).

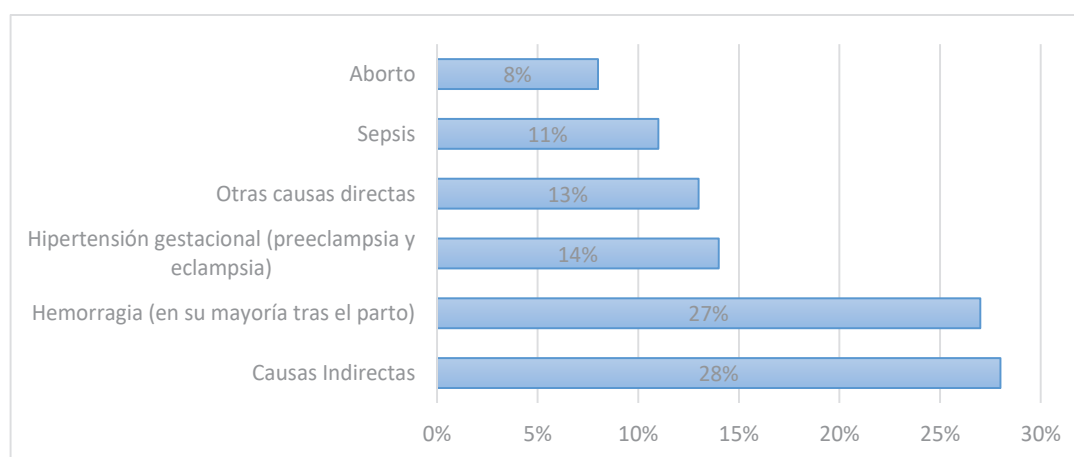


Gráfico 18. Principales causas directas de mortalidad materna en la región

Tomado de: UNICEF mortalidad materna causas directas de la región.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Las causas indirectas de mortalidad materna han aumentado desproporcionadamente en algunos países, lo que puede relacionarse con el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, con una cobertura y calidad de atención prenatal insuficiente y a la falta de acceso a anticonceptivos modernos. Las complicaciones del embarazo y parto pueden dejar graves secuelas de salud en las mujeres. Según estimaciones del UNFPA, por cada mujer que muere por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio en la región, otras 20 (alrededor de 1.2 millones de mujeres) cada año sufren complicaciones que tienen impacto a largo plazo y que pueden eventualmente costarles la vida (87).

En América Latina y el Caribe, las mujeres indígenas tienen tres veces más probabilidad de morir por complicaciones en embarazo, parto y puerperio por menores oportunidades de acceder a servicios de planificación familiar y a una atención calificada del parto, es decir se transgrede el derecho a la salud y a una maternidad segura (87).

En Ecuador en los últimos años han disminuido los casos de muerte materna, en el 2011 la RMM fue de 70.4 por cada 100 mil nacidos vivos y en el 2019 se redujo a 37 por cada mil nacidos vivos; a pesar de esta mejora significativa, en el año 2020 en el marco de la pandemia COVID 19 en el que hubo una reducción del acceso a de los servicios de salud materna y neonatal, se presentó 163 muertes maternas, es decir, un incremento importante, 40 muertes más que las registradas en 2019, lo que representa una tasa de 57,6 por cada 100.000 nacidos vivos, para el año 2021 la RMM se ubicó en 43,5 (gráfico 19) (89).

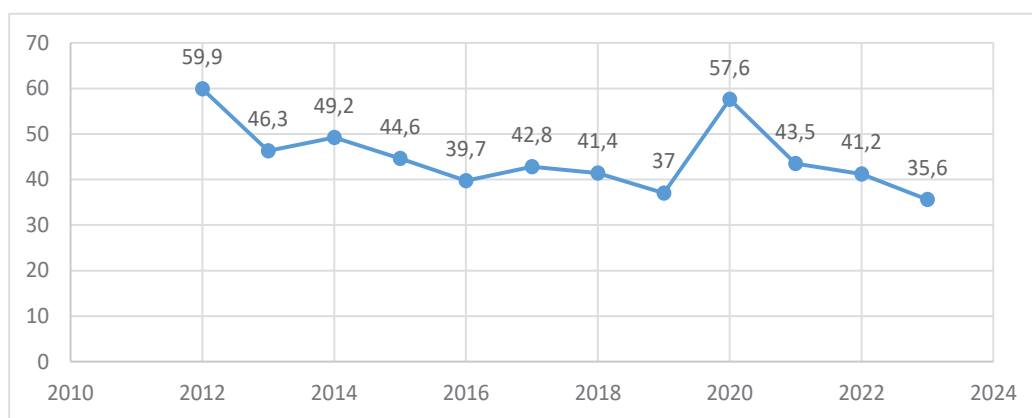


Gráfico 19. Razón de mortalidad materna, Ecuador 2012 – 2023

Tomado de: INEC. Estadísticas vitales 2023.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De acuerdo con información de la gaceta de muerte materna, hasta la semana 52 del año 2023 se reportaron 117 MM, de las cuales el 81,2% (95) corresponden a defunciones ocurridas hasta los 42 días del puerperio. Al comparar el número de MM del año 2022 con los datos de la semana 52 del 2023 hay una disminución de 38 muertes maternas (gráfico 20) (89).

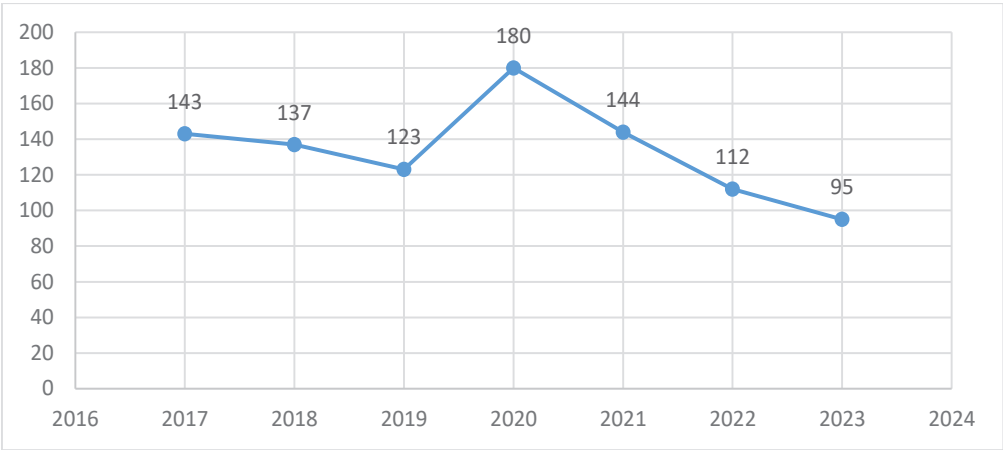


Gráfico 20. Casos de MM hasta los 42 días posparto Ecuador 2017 – 2023

Tomado de: MSP. Gaceta epidemiológica de muerte materna 2023.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

En el año 2023 se reportaron 95 muertes maternas, de las cuales 61 correspondieron a causas directas (64,2%) y 34 a causas indirectas (35,8%). Para el año 2024, la cifra total descendió a 90 casos, aunque se observó un cambio en la distribución: las causas directas bajaron a 53 casos (58,9%), mientras que las indirectas ascendieron a 37 muertes (41,1%). Respecto a las causas directas, los trastornos hipertensivos se mantuvieron como la principal causa (23 casos en 2023 y 21 en 2024), seguidos por la hemorragia obstétrica (16 y 14 casos, respectivamente). Por su parte, los embarazos terminados en aborto registraron 8 casos en 2023 y 7 en 2024, mientras que las infecciones relacionadas con la gestación sumaron 6 y 5 casos en los mismos periodos (gráfico 21) (87).

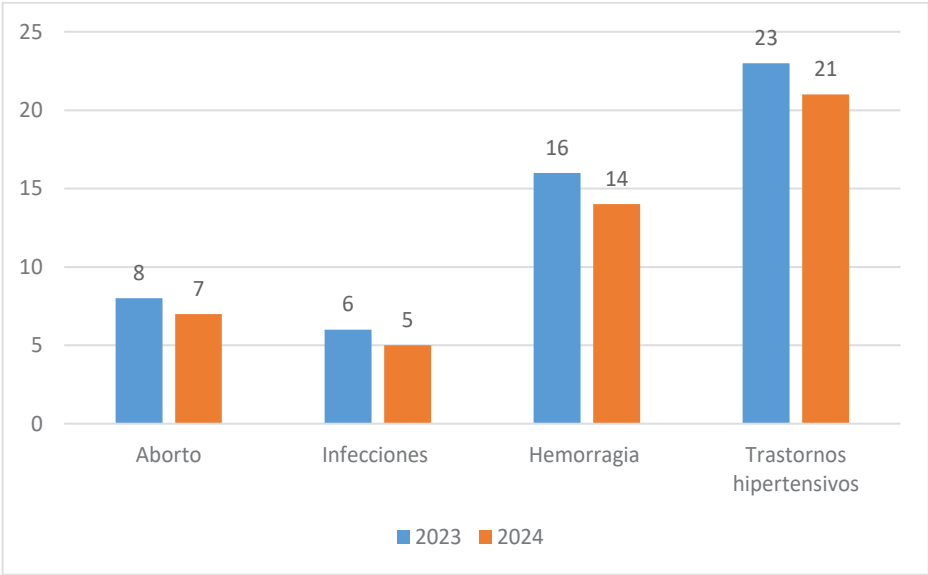


Gráfico 21. Principales causas directas de muertes maternas Ecuador 2023 - 2024

Tomado de: MSP. Gaceta epidemiológica de muerte materna 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Al considerar el período del fallecimiento, el reporte de la semana 52 del año 2024, el 34% en el puerperio mediano (1 día hasta 10 días del post parto), el 31% de MM se presentó en el puerperio inmediato (hasta las 24 horas después del parto), el 17% durante el puerperio tardío (11 días hasta 42 días del post parto), el 14% durante el embarazo y el 2% durante el parto. Es decir, el mayor porcentaje de las muertes maternas se presentó en el período de post parto. Es preocupante el hecho de que las coberturas de atención del postparto en los 7 primeros días sean muy bajas en el país (86).

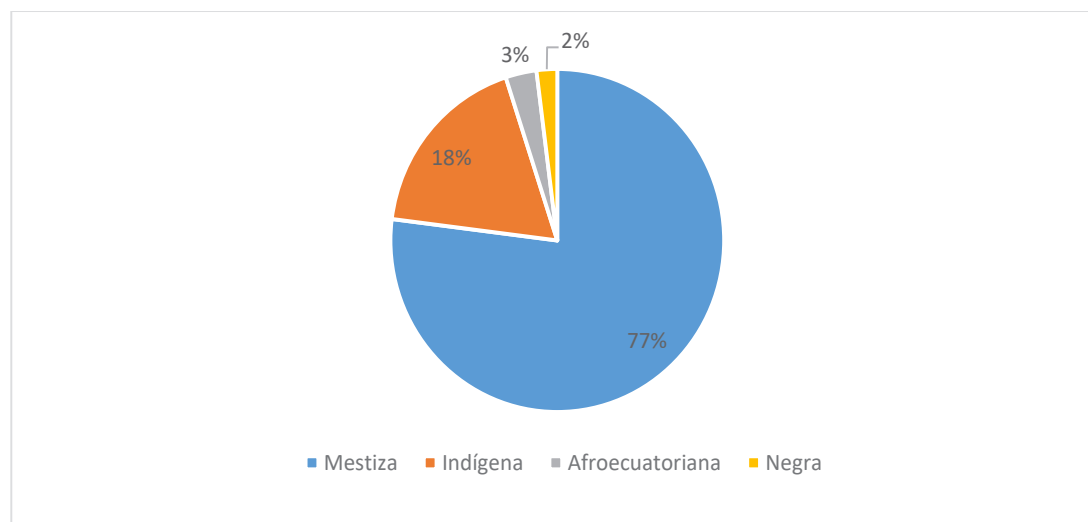


Gráfico 22. Grupo étnico de casos de Muerte Materna Ecuador 2024

Tomado de: MSP. Gaceta epidemiológica de muerte materna 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

En cuanto a la autoidentificación étnica, la información de la Gaceta Epidemiológica Semana 52 del año 2024, el 77% corresponden a mujeres que se definen como mestizas, 18% en mujeres indígenas, 3% en mujeres afroecuatorianas y 2% mujer negra (gráfico 22) (86).

El control prenatal es clave para la detección de problemas y prevención de la muerte materna, según la Guía Práctica Clínica (GPC) de control prenatal, 2016, las embarazadas deben tener al menos 5 controles prenatales (82). Sin embargo, la OMS, desde el 2016, recomienda modelos de atención prenatal con un mínimo de 8 contactos para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia asistencial de las mujeres (93).

De acuerdo con la información del MSP, del total de muertes presentadas hasta la semana 52 de 2024, el 12,22% de las mujeres que fallecieron no tuvieron ni un solo control (11 MM), el 77,78% si tuvieron controles prenatales (70 MM). De las mujeres que tuvieron controles prenatales, 33 tuvieron menos de 5 controles prenatales y 37 tuvieron entre 5 y 10 controles prenatales, esta situación debe considerarse en la formulación de la política implementando estrategias para garantizar el acceso a las mujeres a controles prenatales de calidad (86).

Al considerar el grupo de edad, el mayor número de casos de MM se presentaron en mujeres de 25 a 29 años con 23 casos, seguido el grupo de 30 a 34 años con 21 casos, de 35 a 39 años con 17 casos, se presentó 11 casos en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años y 1 caso en niñas de 10 a 14 años (gráfico 23) (86).

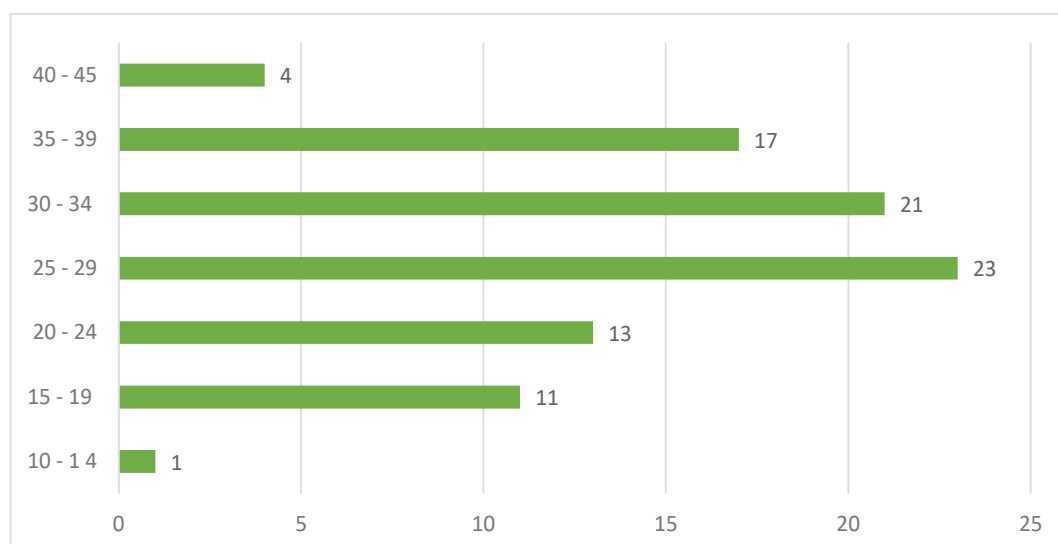


Gráfico 23. Muertes Maternas por grupos de edad Ecuador 2024

Tomado de: MSP. Gaceta epidemiológica de muerte materna 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

Según la evidencia para lograr reducir la mortalidad materna, es fundamental contar con una política que contemple la cobertura de servicios de salud a las mujeres en edad fértil y el efectivo acceso a planificación familiar. Para el caso de las mujeres embarazadas, es fundamental contemplar como temas a cubrir: la ampliación de la cobertura efectiva del control prenatal, atención calificada del parto, reconocimiento y manejo adecuado de las emergencias obstétricas y neonatales, atención del aborto en condiciones de seguridad, asesoría y acceso a planificación familiar y anticoncepción posterior a un evento obstétrico (93).

5.2.8 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública de alta relevancia, debido a su elevada morbilidad y a las múltiples consecuencias que generan en las personas, sus familias y la sociedad. Son causadas por más de 30 microorganismos, cuya principal vía de transmisión es el contacto sexual (oral, vaginal o anal); también pueden adquirirse por vías no sexuales, como transfusiones sanguíneas, trasplantes de órganos o tejidos, y la transmisión vertical de madre a hijo. Factores como el desconocimiento, el inicio temprano de la vida sexual, múltiples parejas, consumo problemático de sustancias y desigualdades sociales y de género incrementan el riesgo de infección y reinfección.

Las ITS afectan a toda la población, con mayor prevalencia en adolescentes y jóvenes, generan complicaciones como cáncer cervicouterino, embarazos ectópicos y, en el caso de ciertas

infecciones transmitidas durante el embarazo, malformaciones congénitas y otras afectaciones perinatales. Asimismo, suponen una alta carga económica y sanitaria.

5.2.8.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Mundialmente, las estrategias desarrolladas para la prevención, detección y acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) han tenido un impacto muy importante, de acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), millones de vidas se han salvado y millones de nuevas infecciones por el VIH han sido prevenidas, especialmente con la ampliación de la terapia antirretroviral y las estrategias de prevención; sin embargo, los avances no son iguales entre regiones y países (94).

En los últimos años la pandemia del COVID 19 y las crisis a nivel mundial han incidido en el estancamiento de los avances y han profundizado las brechas entre regiones y países. En los últimos dos años, las crisis múltiples y simultáneas que han sacudido al mundo han tenido un impacto devastador en las personas que viven y están afectadas por el VIH, y ha retrocedido la respuesta mundial a la pandemia del sida.

A nivel mundial, de acuerdo con información de UNUSIDA, tanto las nuevas infecciones como las muertes relacionadas al sida han disminuido en las últimas décadas, así en el año 2023, 1.3 millones de personas se infectaron con VIH, en relación a 3.2 millones de casos nuevos en el año 1996, lo que representa una disminución significativa. Del total de casos nuevos en el año 2023, el 53% fueron en mujeres y niñas. También las muertes relacionadas con el sida se han reducido en un 62% desde el año 2010 en el que se presentaron 1.4 millones de fallecimientos y en el año 2023 se presentaron 630.000 fallecimiento (95).

A pesar de los avances alcanzados a nivel mundial, en 2023 aproximadamente 39,0 millones de personas vivían con VIH (95). De este total, 38,6 millones correspondían a personas adultas mayores de 15 años y 1,3 millones a niños y niñas de 0 a 14 años (95).

El acceso a la terapia antirretroviral (TARV) ha aumentado de manera sostenida a nivel global, pasando de 7,8 millones de personas en tratamiento en 2010 a 30,7 millones en diciembre de 2023. No obstante, persisten brechas relevantes según grupo etario y sexo: solo el 52 % de los niños y niñas de 0 a 14 años accedieron a TARV, mientras que entre las personas mayores de 15 años la cobertura fue mayor en mujeres que en hombres (83 % frente a 72 %, respectivamente). Asimismo, el 84 % de las mujeres embarazadas que viven con VIH recibió tratamiento antirretroviral con el fin de prevenir la transmisión vertical (95).

El riesgo de contraer VIH es más alto en Grupos de Población Clave (GPC), que se definen como grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local los cuales están conformados por personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que se inyectan drogas y, personas transgéneros. En el año 2024 a nivel mundial, el 27,3% de las nuevas infecciones fueron en este GPC. En todo el

mundo la media de prevalencia de VIH entre adultos de 15 a 49 años fue de 0,7%, sin embargo, la prevalencia fue mayor entre los GPC (95).

A nivel mundial, en el año 2023, del total de personas que viven con VIH, el 86% conocían su estado serológico, entre las personas que conocían su estado serológico el 77% accedía a TARV (95).

En el período del 2010 al 2021, en la región de las Américas, los nuevos casos disminuyeron en un 3,6%, en América Latina y el Caribe en un 0,3% y la única subregión que presenta un incremento de nuevos casos es América Latina con un 4,7% (100.000 nuevos casos en el 2010 a 110.000 casos en el 2021. En jóvenes y hombres mayores de 15 años para el 2021 se registraron 79.000 nuevas infecciones y en mujeres 25.000 (94, 95).

La mortalidad por sida también ha disminuido en la región de las Américas, en el período del 2010 al 2021, las muertes por causas relacionadas al sida bajaron de 65.000 a 43.000 es decir una disminución del 34,5%, en la subregión del Caribe la disminución fue del 50,3% y el menor porcentaje de disminución se presentó en América Latina con un 27,6% (de 40.000 a 29.000. En el 2021, en América Latina, murieron 9300 mujeres en relación a 17.000 hombres mayores de 15 años. Estos avances, se relacionan con el mayor acceso a la TARV, para el año 2021, en América Latina y el Caribe, 1.700.000 personas recibieron TARV, lo que significa un incremento del 69%, respecto del año 1995 (96, 97).

En cuanto a la cascada de atención (metas 95-95-95), según las estimaciones de ONUSIDA/OMS, en América Latina y el Caribe, para el año 2021, el 82% de las personas que viven con VIH conocen su estado, el 69% reciben TAR y el 63% de personas que viven con VIH tienen una carga viral suprimida. Estos avances contribuyen o son logrados por la estrategia de prevención y disminución de nuevos casos (95).

Al igual que a nivel mundial, en América Latina la población con mayor riesgo son los grupos de población clave, el mayor porcentaje de casos nuevos para el 2021 fue en HSH con un porcentaje de 48%, seguido de un 29% en clientes y parejas sexuales de población clave, trabajadoras sexuales 6%, mujeres transgénero 6%, personas que se inyectan drogas 4%, resto de la población 7% (94).

En Ecuador, la evolución de la epidemia de VIH, se muestra con una tendencia creciente de casos hasta el año 2009, en el cual se observa un repunte de casos notificados con 5.336, atribuido a los esfuerzos realizados en tamizajes para VIH a la población. A partir de ese año empieza una disminución de nuevos casos hasta el año 2013; en el año 2016 hay un nuevo repunte de casos en respuesta a la inclusión del tamizaje en actividades de promoción y prevención desde establecimientos de salud de primer nivel de atención y durante el año 2022 se notificaron 5.142 casos nuevos (gráfico 24) (96).

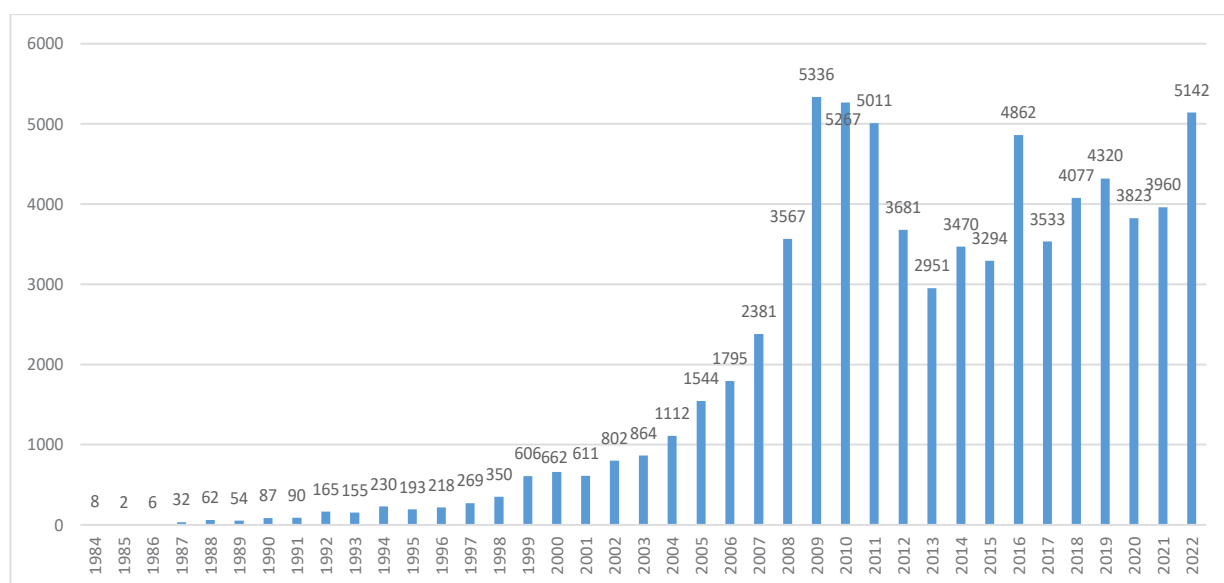


Gráfico 24. Número de casos de VIH/sida 1984 - 2022

Tomado de: MSP. Informe anual de la situación epidemiológica del VIH Ecuador 2022.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De acuerdo a información del Registro Diario Automatizado de Consultas del MSP, en el período 2018 - 2022 incrementó el número de consultas de personas que viven con el virus - PVV, sin embargo, en el 2020 por la pandemia COVID 19 el número de atenciones disminuyeron de manera muy importante (gráfico 25).

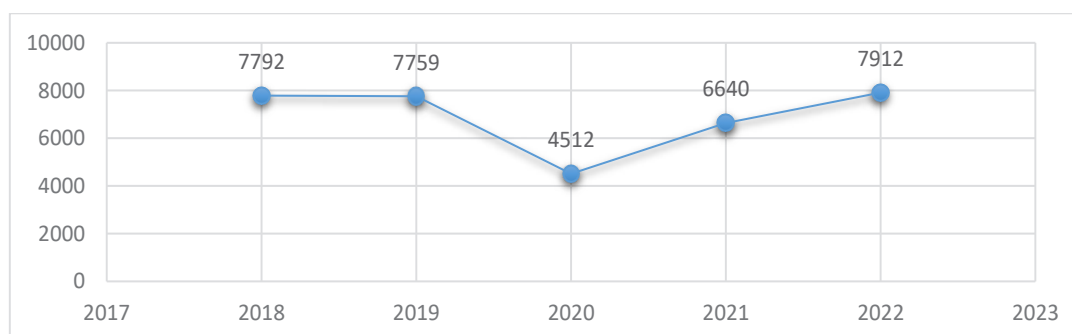


Gráfico 25. Consultas MSP de VIH Ecuador 2018 - 2022

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

En el año 2022 se notificaron 5.142 casos de VIH/sida, de los cuales el 75% desde el punto de vista geográfico se ubicaron en las provincias del Guayas representada por la mayor cantidad de casos nuevos con el 32,01%, seguido por Pichincha con 19,56%, Manabí con 8,46%, Esmeraldas 4,86%, El Oro 4,45% y Los Ríos 4,36%, de los cuales el 70,9% fueron hombres y el 29,1% mujeres, teniendo que la proporción de hombres a mujeres con la enfermedad es de 2,4 a 1 (96).

La prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en el Ecuador durante el año 2021 fue del 0,12 %, es decir, se registraron 644 con VIH; en el año 2022 este número aumentó ligeramente a 656

casos y se registraron 376 expuestos prenatales menores de 18 meses y 11 niños con diagnóstico de VIH. La tasa de transmisión materno infantil es de 1,60 %. En cuanto a las defunciones por VIH/sida han disminuido entre los años 2018 y 2022, así, 831 fallecimientos en el año 2018, 580 en el año 2021 y 226 en el año 2022 (98).

La cascada de atención VIH corresponde al objetivo 95-95-95 y la meta del 0% discriminación de la declaración Política de Naciones Unidas - ONUSIDA para poner fin al SIDA para el año 2030, la cual propone llegar a cada país miembro 95% de las personas con VIH estén diagnosticadas; que el 95% de ellas esté en tratamiento; que el 95% de ellas cuente con carga viral indetectable y, por tanto, intransmisible. Según información del MSP en el Ecuador en el año 2020, las personas estimadas que viven con VIH son 46.888, de estos el 83% (42.503) son personas con VIH que conocen su estado, el 80% (33.894) de personas viviendo con VIH se encuentran con tratamiento antirretroviral y el 80% (27.264) tienen carga viral suprimida bajo el umbral (99).

La Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida del año 2016, refleja la estrategia de respuesta al VIH propone poner fin a la epidemia del sida para 2030. En esta declaración se establecen metas ambiciosas para el escalamiento de prevención, tratamiento y abordajes estructurales del VIH para superar la epidemia en los próximos años. Para dar cumplimiento a los acuerdos internacionales respecto a la epidemia del VIH/sida en el Ecuador, los actores involucrados se han planteado retos en conjunto que se manifiestan en el Plan Estratégico Nacional Multisectorial VIH/sida-ITS 2018-2022 (PENM 2018-2022), que establece las líneas estratégicas y acciones concretas frente a la epidemia del VIH/sida, de manera multidisciplinaria y corresponsable (99).

En el MSP como una de las estrategias para prevenir y controlar la transmisión de VIH/sida cuenta con el tamizaje a personas vulnerables. PPL y personas que ejercen el trabajo sexual (gráfico 26).

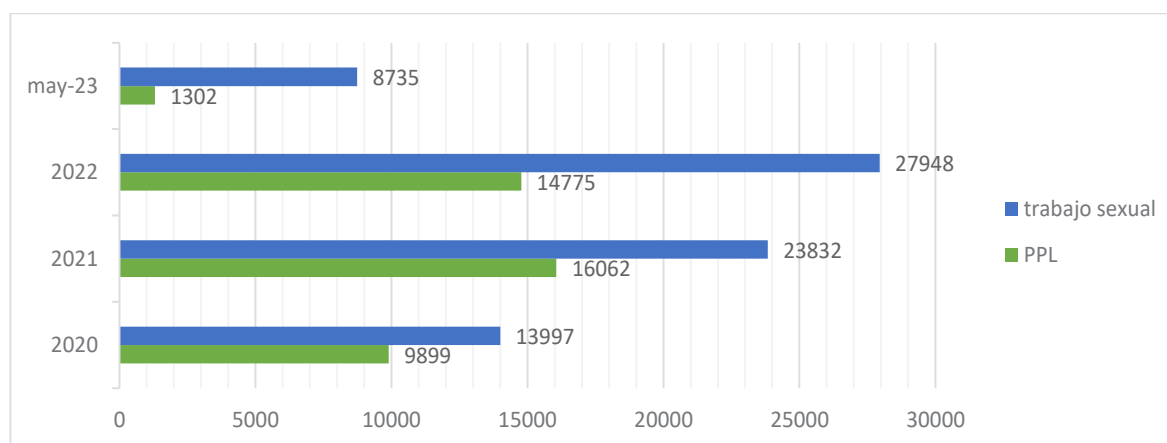


Gráfico 26. Tamizaje MSP VIH en PPL y trabajadores sexuales 2020-2023

Tomado de: MSP. Consolidado de Laboratorio SVE- SIDA 004. Director Nacional De Estrategias De Prevención Y Control Para Enfermedades / Estrategia Nacional de VIH / sida - ITS.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

5.2.8.2 Otras Infecciones de Transmisión Sexual - ITS

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan una importante carga de enfermedad que ha quedado a la zaga de la respuesta en salud pública por la falta de visibilidad y asignación de recursos para enfrentar este problema. El impacto de las ITS puede ser muy grave y dejar secuelas irreversibles e incluso llevar a la muerte, lo cual dependerá de un diagnóstico y tratamiento oportuno. Es así, que, en caso de no identificarlas oportunamente, múltiples consecuencias pueden generarse, tales como dolor pélvico crónico, algunos tipos de cáncer, problemas relacionados a la gestación como embarazos ectópicos, infertilidad, muerte neonatal y anomalías congénitas, entre otras. Estas secuelas no solo afectan la integridad biológica, sino que imponen barreras físicas y emocionales que anulan el derecho de las personas a una sexualidad segura y placentera, al transformar el ejercicio de la autonomía sexual en un evento de riesgo, dolor que dificulta el derecho de las personas al ejercicio de una sexualidad segura y placentera (97).

Son reconocidos factores de riesgo para adquirir una ITS el desconocimiento, el inicio de vida sexual activa a edades tempranas, las múltiples parejas sexuales, el consumo problemático de drogas, la desigualdad social y de género. La susceptibilidad es general y a excepción de las hepatitis víricas, las exposiciones sexuales pasadas no dejan inmunidad, por lo que persiste la posibilidad de reinfección ante una nueva exposición, incluyendo la reinfección desde la propia pareja por lo que es de vital importancia el tratamiento farmacológico a la pareja. Entre las formas de prevención efectivas están el conocimiento y uso correcto de los métodos anticonceptivos de barrera (condón masculino y femenino) (100).

En el país hay un subregistro muy importante respecto a las ITS. Conforme la información sobre casos de infección reportados del MSP, en el período 2019 – 2023, en el año 2019, Ecuador reportó un total de 24.218 casos de ITS. Esta cifra representó una alta carga de enfermedad en la población, lo que puso de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y control. El año 2020, se observó una notable disminución en el número de casos, con un total de 10.868 infecciones, reducción que podría atribuirse a múltiples factores, entre ellos, las medidas de confinamiento y restricciones de movilidad implementadas debido a la pandemia de COVID-19.

El año 2021 se mostró un incremento significativo, con 27.154 casos reportados, este aumento pudo deberse a la reanudación de actividades de los servicios de salud y a un aumento en el acceso a pruebas y diagnósticos postpandemia, reflejando el subregistro en el año anterior.

Para el año 2022, el número de casos reportados de ITS fue de 16.573, indicando una disminución respecto al año anterior, pero manteniéndose en niveles altos. Este patrón sugiere que, aunque se ha mejorado el acceso a diagnósticos, aún persisten desafíos en la prevención y control de ITS en el país.

Finalmente, en el año 2023 se reportaron 38.065 casos, siendo este el número más alto de todo el periodo analizado; este incremento notable podría ser consecuencia de campañas más agresivas de detección y reporte, así como de un posible aumento en la incidencia real de ITS.

En resumen, los datos evidencian fluctuaciones en el reporte de ITS en Ecuador durante los años 2019 a 2023, con una tendencia en incremento. Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer y continuar las intervenciones de salud pública dirigidas a la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual.

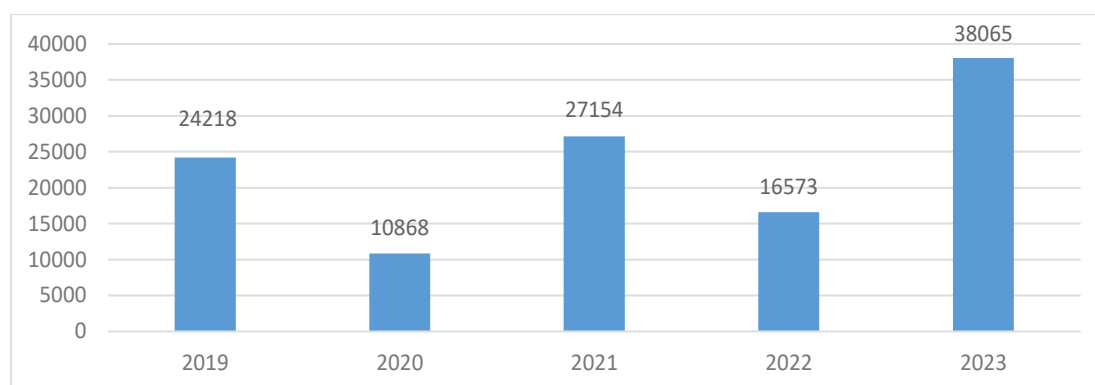
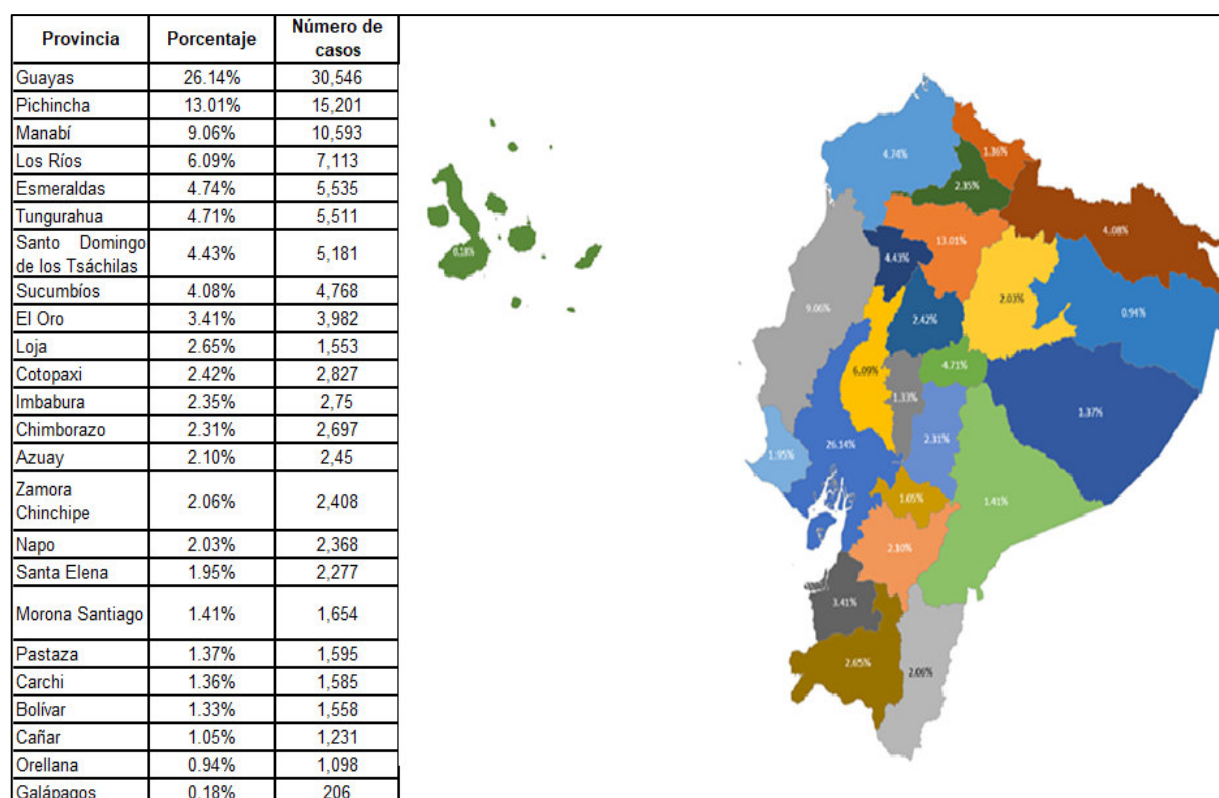


Gráfico 27. Casos de Infecciones de Transmisión Sexual notificados Ecuador 2019 – 2023

Tomado de: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y Plataforma de registro en atenciones de salud (PRAS).

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Durante los cinco años analizados (2019-2023), se reportaron 116.878 casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Ecuador, siendo la provincia de Guayas la que sostiene un mayor caso de reporte con el 26.14%, seguida por Pichincha con el 13.01%. Estas dos provincias, juntas, representan más del 39% de los casos reportados en todo el país, lo que indica una alta concentración de ITS en estas áreas urbanas y altamente pobladas (gráfico 27 y 28).

**Gráfico 28. Porcentaje y número de ITS, notificados por provincia en el período 2019 - 2023**

Tomado de: Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA 1.6 y RDACAA 2.0) y Plataforma de registro en atenciones de salud (PRAS).

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Como parte de las acciones realizadas desde el MSP como ente rector en salud, en el año 2006, se implementó en Ecuador el manejo sindrómico de las ITS, que representa una alternativa de abordaje eficiente de este problema en la atención primaria de salud, en el año 2011 se publicó la primera guía de atención integral del manejo de las infecciones de transmisión sexual.

5.2.9 Enfermedades oncológicas relacionadas con la salud sexual y salud reproductiva

En la región de las Américas, el cáncer es la segunda causa más frecuente de morbilidad y mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares, siendo este dato una base importante para dar a conocer las desigualdades en salud (101).

Según los datos reflejados en el observatorio global de cáncer, GLOBOCAN en el 2022 se presentaron un total de 15.625 casos nuevos de cáncer en mujeres registrados a nivel nacional, de los cuales el 25,4% corresponde a cáncer de mama, 9,7% cáncer de cuello de útero, 2,7% cuerpo uterino, 4,4% ovario, 9,9%, vagina 0,69% y vulva 0,61%. En hombres se registraron un total de 13.634 casos de cáncer, siendo el tumor con mayor incidencia el de próstata 26,9%, el de testículo 4,2% y el de pene 1,2% (102).

En el Ecuador, dentro de las tasas de mortalidad por cáncer estandarizadas relacionados a órganos sexuales y reproductivos por edad por 100.000 habitantes en ambos sexos, en primer lugar, se encuentra el cáncer de próstata con el 11,7, en segundo lugar, el cáncer de mama 7,8 y en tercer lugar el cáncer de cérvix 4,2 (102).

5.2.9.1 Cáncer de cuello uterino

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad que se puede prevenir y curar, si se detecta de manera temprana y se maneja de forma efectiva. Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de la OMS a nivel mundial, este tipo de cáncer es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Para el año 2020 tuvo una incidencia estimada en 604.000 casos nuevos y 342.000 muertes por esta causa. Alrededor del 90% de los casos nuevos y muertes se presentaron en países de ingresos bajos y medios (103).

En la estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública adoptada por la Asamblea de la Salud en 2020 se recomienda un enfoque integral para prevenir y controlar el cáncer del cuello uterino. El conjunto de acciones recomendadas incluye intervenciones a lo largo de la vida con un enfoque multidisciplinar que incluya componentes como la educación de la comunidad, la movilización social, la vacunación, el cribado, el tratamiento y los cuidados paliativos (104).

Según la OMS, se calcula que más del 95% de casos se debe a los virus de papiloma humanos (VPH) cuya transmisión es sexual, las mujeres con VIH tienen seis veces más probabilidades de padecer cáncer del cuello uterino que las mujeres sin VIH, y se estima que el 5% de todos los casos de cáncer del cuello uterino son atribuibles al VIH (103).

La Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer Cérvico Uterino, plantea tres intervenciones claves: 1. Vacunación contra el virus de papiloma humano en niñas de 9 a 14 años (prevención primaria); 2. La detección y el tratamiento de lesiones precancerosas a partir de los 30 años en todas las mujeres y de los 25 años en mujeres viviendo con VIH e inicio inmediato de tratamiento (prevención secundaria); y, 3. El tratamiento del cáncer de cuello uterino invasivo en todas las mujeres diagnosticadas (prevención terciaria) y garantizar el acceso a cuidados paliativos (104).

En América Latina, es el segundo cáncer más frecuente; las tasas de mortalidad son tres veces más altas en América Latina y el Caribe que en América del Norte, y se prevé que el número de muertes en las Américas aumente un 45% para 2030. En el 2020, Sudamérica evidenció una tasa de mortalidad e incidencia de 7.8 y 14.4 (por cada 100.000 habitantes) respectivamente (105).

En el país, según información del INEC, para el año 2023, en Ecuador fallecieron 561 mujeres por cáncer cérvico uterino lo que representa el 8% de todos los cánceres presentados en mujeres, de ellas 330 en edades comprendidas entre 35 y 64 años, en el grupo de más de 65 años fallecieron 201 y en menores de 35 años fallecieron 30. Del total de defunciones por esta causa, el mayor

número se presentó a nivel urbano 406 casos y a nivel rural 155 casos. El mayor número de casos se presentó en las provincias de Guayas con 127 casos y Pichincha con 106 casos (89).

El tamizaje de cáncer cérvico uterino utiliza la prueba molecular para genotificación del virus papiloma humano y citología cervical y el tratamiento de lesiones precancerosas constituyen intervenciones costo efectivas para la disminución de la muerte por este tipo de cáncer. En general en el país según la encuesta ENSANUT 2018, más del 45% de mujeres de 12 a 49 años no se ha realizado nunca una citología cervical. En las mujeres comprendidas entre los 30 y 49 años, en promedio más del 85% se han realizado al menos una citología cervical, este porcentaje disminuye en las mujeres más jóvenes. Al considerar el nivel de instrucción las mujeres que se han realizado al menos un examen citológico en primer lugar están las que tienen educación superior (67,8%), seguida de las mujeres que no tienen ningún nivel de instrucción o han asistido a un centro de alfabetización (65,1%), bachillerato 52% y educación básica 49.9% (89).

En el periodo de 1990-2015 la mortalidad por Ca de cuello uterino aumentó en 46% y morbilidad en 36%, en el año 2020 presentó una tasa de mortalidad e incidencia de 8.2 y 16.0 (por cada 100 000 habitantes) respectivamente, lo que representa un valor superior a la tasa presentada en Sudamérica. La supervivencia para las mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer cervical en Ecuador, en el 2020, fue del 52%, colocándose por detrás de países como Chile y Colombia. Además, entre los años 2015 y 2020 se perdieron 94.511 años de vida saludable (AVAD) en Ecuador, de los cuales 68% forma parte de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y 32% representa los años vividos con discapacidad (AVD). La tasa de mortalidad del cáncer cervical en Ecuador por 100.000 habitantes es de 12.9 y a nivel provincial, Carchi (22.1), Bolívar (21.9), Orellana (21.14) e Imbabura (20.35) son las provincias con las cifras más altas (89).

En Ecuador, el cáncer cervical es la segunda causa de muerte por cáncer ginecológico en mujeres a pesar de la implementación de estrategias de salud pública como la vacunación contra el VPH en niñas desde los 9 años, implementada en 2019. En la estrategia conjunta de realización de pruebas gratuitas para el tamizaje de cáncer cervical a través de Papanicolaou y pruebas moleculares para VPH en mujeres mayores a 30 años de edad.

De acuerdo con la información de atenciones del MSP, en el año 2020 hubo una disminución muy significativa de atenciones de los principales tipos de cáncer del sistema reproductor femenino y masculino en el marco de la pandemia COVID 19, año en el que disminuyó en general las atenciones de salud particularmente las de salud sexual y salud reproductiva. Como se evidencia en el gráfico en los años 2021 y 2022 se recupera la atención de este tipo de problemas.

5.2.9.2 Cáncer de mama

A nivel mundial, según información de la OMS, en el 2020 se diagnosticaron a 2.261.419 mujeres con cáncer de mama y se reportaron 684.996 muertes por esta causa. A fines del mismo año, 7,8 millones de mujeres a las que en los anteriores cinco años se les había diagnosticado cáncer de mama seguían con vida, lo que hace que este cáncer sea el de mayor prevalencia en el mundo. Asimismo, se estima que los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al cáncer

de mama en mujeres superan a los generados por cualquier otro tipo de cáncer. En términos comparativos, el cáncer de mama presenta un valor de AVAD de 20,6, cifra superior a la observada en el cáncer de cuello uterino (13,1) y en el cáncer de ovario (5,3), lo que evidencia su alto impacto en la carga global de enfermedad. El cáncer de mama afecta a las mujeres de cualquier edad después de la pubertad, en todos los países del mundo, pero las tasas aumentan en su vida adulta (102, 106).

En la región de las Américas, en el 2022 se reportaron 525.000 casos nuevos de cáncer de mama; de estos 220.00 fueron diagnosticados en América Latina y el Caribe, registrando 60.000 fallecimientos por esta causa, teniendo que el 50% de estas muertes ocurre en mujeres menores de 65 años (106).

Según la OMS “Alrededor de la mitad de los casos de cáncer de mama corresponden a mujeres sin ningún factor de riesgo identificable, a excepción de su género y la edad de más de 40 años. Algunos factores aumentan el riesgo de padecer esa enfermedad, como son el envejecimiento, la obesidad, el consumo perjudicial de alcohol, los antecedentes familiares de cáncer de mama, el historial de exposición a radiación, el historial reproductivo (como la edad de inicio de los períodos menstruales y la edad al primer embarazo), el consumo de tabaco y la terapia hormonal posterior a la menopausia” (107).

En el Ecuador el tamizaje de cáncer de mama se encuentra enfocado en realizar la mamografía y ecografía mamaria a mujeres sin síntomas de 50 a 69 años e individualizar el tamizaje en menores de 49 años (107).

Según la encuesta ENSANUT 2018, a nivel nacional el 84% de mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años) ha oído hablar de cáncer de mama, al 35% le han examinado los senos, al 53% le han enseñado a auto examinarse los senos y un 15% se hizo una mamografía (66).

En el país, en el año 2023 se registraron 817 fallecimientos por cáncer de mama, 422 en mujeres de 40 a 64 años, 337 en mujeres mayores a 65 años y 58 casos en mujeres menores de 40 años. El mayor número de casos se reportó a nivel urbano 665 casos y en el nivel rural 152 fallecimientos. En Guayas 255 fallecimientos, Pichincha 174, Manabí 87 (89).

5.2.9.3 Cáncer de próstata

A nivel mundial, en el año 2020, se registraron 1`414.259 nuevos casos de cáncer de próstata y 375.304 fallecimientos por esta causa. El mayor número de casos se presentó en Europa (373 344) y el mayor número de muertes en Asia (120 593) (105).

En las Américas durante el año 2022 el cáncer de próstata fue el más común en los varones con un 21,8%, registrándose en este año unos 4.2 millones de casos nuevos en la región y 1.4 millones de muertes (105).

En Ecuador, de acuerdo con el Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN), en 2022 se registraron 3.674 nuevos casos de cáncer de próstata (26,9%) y 1.515 fallecimientos (104). Esta patología y sus abordajes terapéuticos impactan severamente la salud sexual y salud reproductiva masculina, pues frecuentemente derivan en disfunción eréctil, reducción de la libido y alteraciones en el orgasmo, además de la ausencia de eyaculación tras intervenciones quirúrgicas. Por otro lado, las terapias de deprivación hormonal disminuyen los niveles de testosterona, lo que suele comprometer la fertilidad de forma permanente. Estas secuelas físicas pueden alterar las dimensiones psicológicas las cuales deterioran la autoestima y la percepción de la masculinidad, en conjunto, estos factores repercuten de forma integral en la calidad de vida y en el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos de los hombres.

En el año 2023, según información del INEC, se produjeron 1.084 muertes por cáncer de próstata, en hombres mayores a 35 años con 92 fallecimientos y 992 muertes fueron en hombres adultos mayores con más de 65 años. En Guayas con 260 casos, Pichincha con 191 casos y Manabí con 98 casos en las tres provincias se presentaron el mayor número de fallecimientos (89).

El MSP recomienda en la estrategia Nacional para la atención de cáncer realizar, el cribado oportunista en personas bien informadas, el cual consta de Antígeno Prostático Específico – PSA, examen digital rectal y biopsia endorrectal con guía ecográfica en casos seleccionados.

5.2.10 Violencia de género

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “cualquier acto de violencia de género que tenga como resultado, o pueda tener como resultado, un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada” (108).

La violencia de género, conceptualizada como “los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género”, en sus diferentes expresiones constituye una violación de los derechos humanos y por su frecuencia e impacto en la vida y salud de las personas es un grave problema de salud pública (109). Las mujeres expuestas a situaciones de violencia presentan tasas más altas de depresión, ansiedad, embarazos no intencionados e infecciones de transmisión sexual. Por otro lado, las secuelas no son solamente inmediatas, sino que pueden tener consecuencias permanentes (110).

A nivel global, según reportes de los países sobre violencia física y sexual unos 736 millones de mujeres han estado sujetas a estas situaciones alguna vez en su vida y generalmente los agresores han sido su pareja o expareja sentimental. Alrededor de 81.000 mujeres y niñas fueron asesinadas en el 2020, de ellas 47.000 (es decir, el 58%), el agresor fue su pareja, expareja o familiares. A nivel global, el 6% de las mujeres declaran que fueron objeto de violencia sexual por parte de alguien que no es su pareja (110).

A nivel mundial, las adolescentes de 15 a 19 años son el grupo de mayor riesgo frente a la violencia sexual, se estima que 15 millones de adolescentes han experimentado relaciones sexuales

forzadas como violaciones u otros actos sexuales forzados. Otra de las expresiones de violencia es la trata de personas con fines de exploración sexual. Según información de ONU MUJERES, en el año 2018, de cada diez víctimas de trata de personas que se detectaron a nivel mundial aproximadamente cinco eran mujeres adultas y dos eran niñas (110).

En el 2021, entre el 60% y 76% de mujeres y niñas de América Latina y el Caribe han sido víctimas de diferentes expresiones de violencia de género, 1 de cada 4 mujeres de 15 a 49 años ha sido víctimas de violencia física o sexual por parte de su pareja, entre el 74% - 79% de las víctimas de trata de personas son mujeres y niñas. En las personas de la diversidad sexo genérica 375 fueron asesinadas en el 2021 y el 70% de estos asesinatos fueron en América Latina y el Caribe. En el 2020, 4091 mujeres murieron a causa de feminicidios (110).

Según el informe de OPS sobre la violencia de género en la región de las Américas, los países con la mayor prevalencia de violencia hacia la mujer en el grupo de edad de 15 a 49 años son: Bolivia (42%), Perú (38%) y Ecuador (33%) (111).

En Ecuador, 2019, el 64,9% de las mujeres de 15 años o más ha experimentado algún tipo de violencia a lo largo de sus vidas. La violencia psicológica es la más frecuente (56.9%), seguida por la violencia física (35,4%), por la violencia sexual (32,7%) y la violencia patrimonial o económica (16,4%). El 76,8% de mujeres separadas han vivido algún episodio de violencia de género. La violencia de género contra las mujeres es más alta entre las mujeres de 25 a 29 años (69,3%) y de 30 a 34 años (71,4%). El 53,1% de las adolescentes de 15 a 19 años refieren haber vivido algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida (gráfico 28) (112).

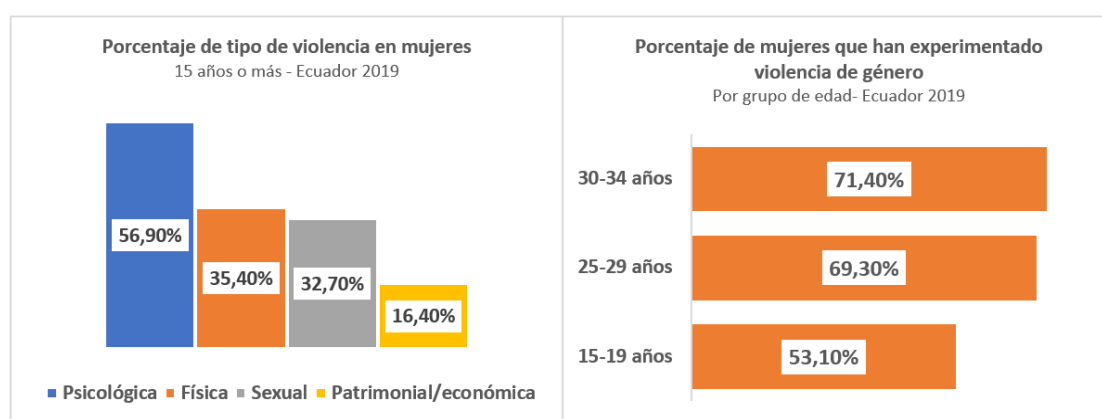


Gráfico 29. Indicadores de violencia en Ecuador 2019

Tomado de: INEC. Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

La violencia de género afecta al 65,5% de las mujeres urbanas y al 62,8% de las rurales en el país; la incidencia de estos hechos fue del 33,3% a nivel nacional. Las provincias con mayor prevalencia acumulada son Azuay (79,2%), Morona Santiago (78,9%), Napo (77,7%), Cañar (74,9%) e Imbabura (73,6%), según los datos de la ENVIGMU aplicados a mujeres de 15 años en adelante (112).

Al considerar la pertenencia étnica, las mujeres afroecuatorianas son las que presentan un mayor porcentaje de algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida, el 71,8%, esto es 6,7 puntos porcentuales por encima de las mujeres mestizas y 7,8 puntos porcentuales por encima de las mujeres indígenas. Por otra parte, la violencia física es mayor en las mujeres indígenas (45%). La violencia psicológica es recurrente en las mujeres afrodescendientes (66%) así como la violencia patrimonial o económica (21%) (112).

Desde la perspectiva del enfoque interseccional, la mayor prevalencia de violencia en mujeres afroecuatorianas e indígenas es uno de los resultados concretos de la matriz de dominación en la que se cruzan las opresiones de género, clase y etnia. “La discriminación por razones de género tiene muchas facetas y está entrelazada a otras formas de discriminación y violencia, como aquellas vinculadas a cuestiones raciales y condición socioeconómica, entre otras. Estos factores, al actuar de manera conjunta, hacen mucho más difícil la tarea de lograr la igualdad de las mujeres afroecuatorianas, de allí que resulte fundamental lograr la acción decidida por parte del Estado y la sociedad en su conjunto” (113).

Las mujeres con alguna discapacidad permanente sufren más violencia de género que las mujeres que no se encuentran en esta condición, 1 de cada 4 mujeres con discapacidad ha vivido algún tipo de violencia sexual y el 71,5% de las mujeres con discapacidad reportan que ha vivido algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida (112).

La violencia gineco obstétrica constituye también un grave problema de conculcación de los derechos sexuales y derechos reproductivos, según la ENVIGMU 2019, 48 de cada 100 mujeres mayores de 15 años, en el Ecuador, han experimentado por lo menos un hecho de violencia gineco obstétrica a lo largo de su vida. Las mujeres que viven en zonas rurales e indígenas son las más afectadas por este tipo de violencia, así, a nivel rural el 54,8% de mujeres refirieron diferentes expresiones de violencia gineco obstétrica y el 70% de mujeres indígenas estuvieron expuestas a esta situación. A nivel rural es el 54.8%. 70 de cada 100 mujeres indígenas, han experimentado por lo menos un hecho de violencia gineco- obstétrica (112).

Los femicidios en general son la expresión de una cadena de situaciones de violencia de género a la que están expuestas las mujeres. Del total de homicidios intencionales en el período 2014-enero 2022, 519 fueron femicidios, lo cual representa el 39,6%, de éstos, en el 84,2% de los casos los victimarios fueron sus parejas o exparejas. El mapeo de femicidio en Ecuador año 2022 lo señala como el año más violento para las mujeres, 332 mujeres fueron asesinadas (114).

El Ecuador, tiene avances importantes en relación a la normativa legal orientada a la eliminación y prevención de la violencia de género, la protección y restitución de derechos de las personas víctimas de violencia de género y los mecanismos de denuncia y sanción. Estos avances son el resultado de la lucha y movilización de los movimientos de mujeres del país que han logrado visibilizar la violencia hacia la mujer y la violencia de género como un grave problema social y de salud pública por su frecuencia e impacto en la vida de las personas, la familia y la sociedad.

En el año 2018, la Asamblea Nacional del Ecuador expidió la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (3). En el año 2019 el Ministerio de Salud del Ecuador expidió la Norma Técnica de Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos con Acuerdo Ministerial 040, y Registro Oficial 082, 2019, de aplicación obligatoria en todo el Sistema Nacional de Salud, misma que establece lineamientos operativos y flujos de atención en salud, que permitirán garantizar la atención integral en salud a personas víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos según el ciclo de vida, grupos prioritarios y vulnerables (32).

Con Acuerdo Ministerial 267 y Registro Oficial 598, el MSP expide la Norma Técnica de Atención Integral en Salud Sexual y Salud Reproductiva que regula el Servicio de Primera Atención que en la actualidad cuenta con 237 establecimientos de salud en los tres niveles de atención y el Formulario obligatorio de notificación de casos de presunta violencia de género y graves violaciones a los derechos humanos 094 y su Modelo de gestión de la información, a través de esta normativa se notifica los casos de presunta violencia de género, en todos los establecimientos de salud, en apego a lo que establece el COIP sobre el “Deber de Notificación por parte de los profesionales de la salud de los establecimientos públicos o privados (Art. 276 y 422)” notificarán a la Fiscalía, Policía, ECU 911 y en el caso de protección informarán a la Juntas de Protección de Derechos (115).

De acuerdo a la información obtenida del sistema de Registro Diario de Consultas de Atenciones Ambulatorias -RDACAA y Plataforma de Registro de Atenciones en Salud PRAS del MSP, se ha realizado la atención integral en salud por violencia de género a 17494 personas durante el año 2022, de las cuales el mayor número son realizadas en la coordinación zonal 4.

Tabla 8. Atención en diagnóstico y tratamiento por violencia de género 2022, Coordinaciones zonales MSP

Coordinación Zonal	Violencia física		Violencia psicológica		Violencia sexual		Total
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
CZ1	374	136	778	172	374	31	1.865
CZ2	370	121	297	58	329	18	1.193
CZ3	479	165	514	86	448	30	1.722
CZ4	234	74	480	61	255	29	1.133
CZ5	293	115	254	63	230	13	968
CZ6	790	176	1.863	319	1.073	94	4.315
CZ7	308	69	407	81	390	48	1.303
CZ8	246	64	531	144	328	31	1.344
CZ9	548	87	1.296	210	1.479	31	3.651
Total, por sexo	3.642	1.007	6.420	1.194	4.906	325	17.494

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión 2026.

De la misma manera según los datos estadísticas del MSP, desde el año 2018 al primer semestre del año 2023 se ha realizado atención integral en violencia de género a 39.250 niñas, niños y adolescentes de 0 a 19 años.

En cuanto a las notificaciones realizadas a través del formulario 094 por los diferentes tipos de violencia, el MSP registró durante el año 2023, 14.475 notificaciones a las autoridades competentes, concentrándose el mayor porcentaje de las mismas a nivel de la Coordinación zonal 9 (15,66%).

Tabla 9. Notificaciones realizadas a la autoridad competente población general MSP 2023

Zona	Notificaciones	Porcentaje
1	2209	15,26
2	1862	12,86
3	1800	12,44
4	1144	7,9
5	1415	9,78
6	1772	12,24
7	1573	10,87
8	433	2,99
9	2267	15,66
Total	14475	100%

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión 2026.

Estos son algunos de los avances del país para la prevención y erradicación de la violencia de género. Sin embargo, como se puede constatar en la información presentada en la práctica este tipo de violencia sigue afectando de manera desproporcionada especialmente a las mujeres, las niñas, las personas de orientación sexual e identidad de género diversas, las personas con discapacidad y en situación de movilidad humana. Rodos estos grupos representados constituyen una violencia sistemática de sus derechos humanos con un grave impacto en la salud en general y particularmente en la SS y SR.

5.2.11 Salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad

La discapacidad es parte de la condición humana, su concepto es dinámico y contextual; la forma de comprender y abordar la discapacidad en las sociedades está incidida por la cultura, las creencias y los prejuicios respecto a la discapacidad. Así como incurren la desigualdad de género y las desigualdades económicas y sociales que inciden en profundas barreras para el ejercicio de sus derechos con un grave impacto en las condiciones de vida y salud de estos grupos poblacionales (116).

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) establece que las personas con discapacidad “son aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas

barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (117).

A pesar de los avances en cuanto a la mayor visibilidad estadística, el reconocimiento de sus derechos y la generación de estrategias, normativa legal y acciones para una mayor inclusión de las personas con discapacidad en espacios educativos, laborales, de salud y de participación social y política, que han sido en gran medida conquistas de las organizaciones sociales de las personas con discapacidad, persiste tanto a nivel global como en América Latina y el Caribe limitaciones en cuanto al acceso oportuno a información adecuada y comparable sobre las características sociodemográficas y condiciones de vida, sobre todo de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial y especialmente en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva (116, 117).

De acuerdo a información de la OMS 1.300 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, lo que representa el 16% de la población mundial. En América Latina se estima que 58 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, el 14,7% de la población de la región. Por las características del desarrollo de los países, la transición demográfica y los factores de riesgo de la modernidad, se considera que en los próximos años el número de personas con discapacidad se incrementará de manera sostenida (118).

El reporte del Banco Mundial del año 2021 señala que en alrededor de 1 de cada cinco hogares latinoamericanos en situación de pobreza extrema (medido por ingresos diarios de 3,2 dólares) vive una persona con discapacidad y cerca de 7 de cada 10 hogares con personas con discapacidad son vulnerables a caer en la pobreza. Por otra parte, señala que la vulnerabilidad se incrementa en las zonas rurales y en las minorías étnicas. En situaciones de crisis socioeconómico o sanitaria como la pandemia del COVID-19, la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad es aún mayor (119).

Si bien, la discapacidad es parte de la condición humana y puede presentarse en toda la población, la información existente da cuenta de que las situaciones de riesgo que pueden conducir a la discapacidad se presentan en mayor proporción según la edad, pertenencia étnica, orientación sexual e identidad de género, condición socioeconómica, en las zonas rurales y se incrementa la severidad de sus efectos excluyentes, es decir, se genera un círculo vicioso con la mayor exposición a condiciones que pueden llevar a la discapacidad y por las condiciones de discriminación y exclusión a las que están sujetas las personas con alguna discapacidad tienen menores oportunidades y barreras que limitan el acceso a educación, oportunidades laborales, acceso a servicios de salud de calidad, acceso a la recreación, a condiciones ambientales saludables y seguros (119).

La discapacidad es parte de la condición humana y puede presentarse en toda la población, la información existente da cuenta de las situaciones de riesgo que pueden conducir a la discapacidad y que se presentan en mayor proporción según la edad, la pertenencia étnica, la orientación sexual e identidad de género y la condición socioeconómica en las zonas rurales. La discapacidad también incrementa la severidad de sus efectos excluyentes, donde se genera un círculo vicioso que inicia desde una mayor exposición a condiciones que pueden llevar a la

discapacidad y sigue hasta generar condiciones de discriminación y exclusión en la sociedad. Las personas con discapacidad tienen menores oportunidades y se presentan barreras que limitan el acceso a educación, a oportunidades laborales, a servicios de salud de calidad, a la recreación y a condiciones ambientales saludables y seguras (119).

En el campo de la salud sexual y salud reproductiva, como señala el UNFPA, “El concepto de desexualización de las personas con discapacidad ha contribuido a su falta de acceso a los servicios sexuales y reproductivos. Por otra parte, las personas con discapacidad tienen hasta tres veces más probabilidades de experimentar violencia física, sexual y emocional. Además, los embarazos no planificados e ITS, incluido el VIH, son amenazas importantes para su desarrollo personal, su salud y su calidad de vida” (120).

La situación y necesidades relacionadas a la salud sexual y la salud reproductiva de las personas con discapacidad (PCD) ha sido invisibilizada y cargada de concepciones erróneas y perjuicios, marcadas por preconceptos que infantilizan, desconocen el derecho a decidir con autonomía sobre el ejercicio de la sexualidad y capacidad reproductiva lo que se traduce en diversas expresiones de estigmatización, discriminación, vulneración de los derechos sexuales y derechos reproductivos con graves consecuencias para la salud, así como en barreras para el acceso a los servicios de salud (120).

Las mujeres, las y los adolescentes y niñas con discapacidad son especialmente vulnerables frente a los problemas relacionados a la salud sexual y salud reproductiva, la marginación aumenta ya que se enfrentan a importantes obstáculos para acceder a la información, la educación y servicios de salud sexual y salud reproductiva adecuados, completos y sin perjuicios. Las mujeres con discapacidad tienen hasta 10 veces más probabilidades de experimentar violencia de género. Por otra parte, se les niega de manera sistemática su derecho a la autonomía corporal, en muchos casos son objeto de esterilización forzada, negación y barreras para el acceso a métodos anticonceptivos, atenuación del crecimiento u otros procedimientos médicos forzados para controlar la menstruación, y retirada de la custodia de sus hijos (117).

Los niños con discapacidades tienen cuatro veces más probabilidades de convertirse en víctimas de violencia que los niños sin discapacidades. Las niñas y niños con discapacidad tienen casi tres veces más probabilidades de ser sometidos a violencia sexual, estando las niñas en un riesgo más alto. Teniendo un mayor riesgo las niñas y adolescentes que viven en situación de pobreza y son parte de minorías étnicas (121).

En el país, el registro nacional de discapacidad del Consejo Nacional para la Igualdad Discapacidades (CONADIS) registra para mayo de 2024, 487.542 personas con discapacidad. De la población con discapacidad, 276.602 son del género femenino, 210.940 del género masculino (gráfico 29) (122).

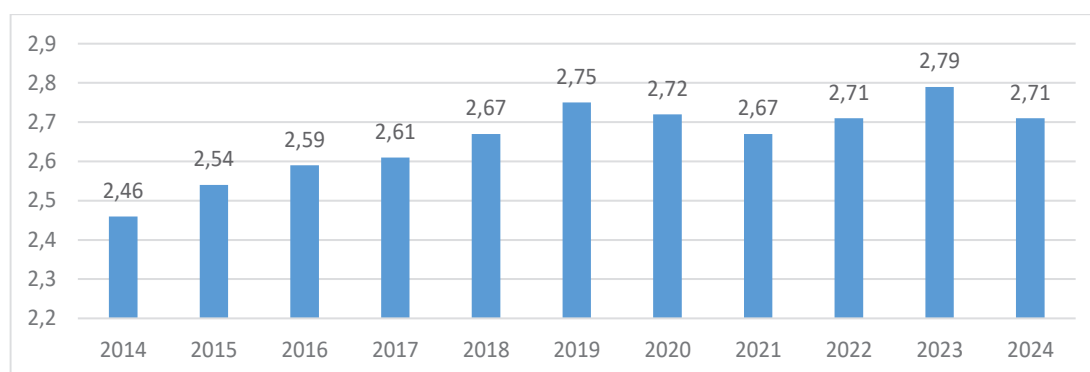


Gráfico 30. Prevalencia histórica de la discapacidad en Ecuador 2014 - 2024

Tomado de: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador. 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De las personas con discapacidad el 42,20% tienen discapacidad física, 23,27% intelectual, 12,88% auditiva, 11,62% visual y 6,94% psicosocial. Además, el mayor porcentaje 45,72% de todas las personas con discapacidad registradas, de acuerdo a la clasificación de la discapacidad por gravedad están en el rango de 30% a 49% de discapacidad, que corresponde a discapacidad moderada (gráfico 30) (122).

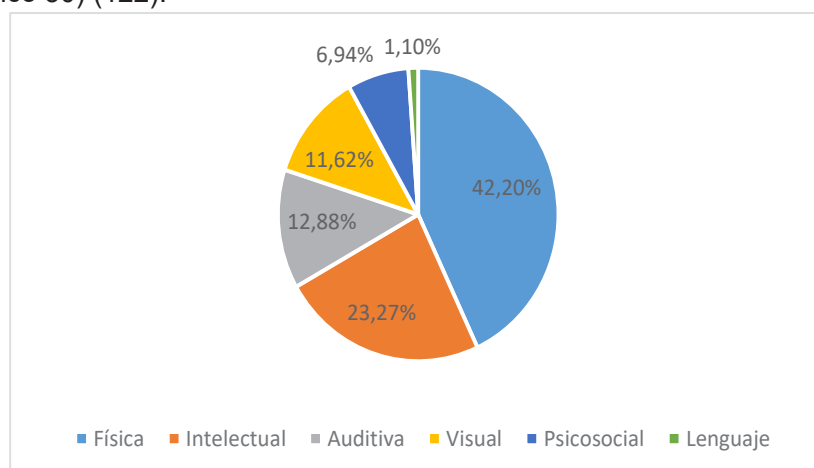


Gráfico 31. Prevalencia por tipo de discapacidad en Ecuador 2024

Tomado de: Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador. 2024.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De acuerdo a los datos de la ENSANUT 2018, se estima que 168.744 (61,1%) de las mujeres con discapacidad están en el grupo de edad de 15 a 49 años, es decir en edad reproductiva. De este grupo el 41% no han tenido hijos, el 56% tuvo entre 1 y 4 hijos y el 3%, tuvo 5 y más hijos. Se tiene evidencia que el embarazo en la adolescencia tiene repercusiones graves en la vida presente y futura de las mujeres, poniendo en riesgo su salud y limitando seriamente sus posibilidades de concluir la educación formal e insertarse laboralmente. Esta situación se agrava en las mujeres con discapacidad exponiéndose a una mayor prevalencia de la violencia física o sexual por parte de las parejas o personas responsables de su cuidado (66).

En las últimas décadas, el Estado ecuatoriano ha consolidado avances significativos en el reconocimiento y garantía de los derechos de las personas con discapacidad, en concordancia

con los principios de igualdad, no discriminación y atención prioritaria. La Constitución de la República del Ecuador establece que las personas con discapacidad forman parte de los grupos de atención prioritaria, por lo que el Estado tiene la obligación de garantizar una atención específica y especializada, conforme al tipo y grado de discapacidad (1).

En concordancia con la Constitución, la Ley Orgánica de Discapacidades, dispone que las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva adecuados, accesibles confidenciales y culturalmente pertinentes, libres de discriminación, con respeto a su autonomía y dignidad; estableciendo además que los profesionales de la salud deberán estar capacitados y seguir protocolos adecuados para garantizar una atención integral y con enfoque de derechos para esta población (6).

El país es suscriptor de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad que establece estrategias y acciones prioritarias para la garantía de los derechos humanos y la superación de barreras sociales, culturales, arquitectónicas y de información que limitan el cumplimiento de sus derechos (1).

En el año 2017 el Ministerio de Salud del Ecuador expidió el Manual de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para personas con Discapacidad, mediante Acuerdo Ministerial 0117-2017, el cual tiene como objetivo contribuir a mejorar la atención integral de salud sexual y salud reproductiva para personas con discapacidad en el Sistema Nacional de Salud (123).

Hasta diciembre del año 2022, a través del sistema de calificación de discapacidades 619.135 personas accedieron a calificación según tipo de discapacidad, adicional el MSP cuenta con 110 establecimientos de salud acreditados para calificación de discapacidades a nivel nacional. El MSP cuenta con una línea gratuita 171 opción 4, a través de la cual se facilita información a personas con discapacidad sobre requisitos para calificación, recalificación, visitas domiciliarias y ayudas técnicas, adicional se cuenta con un sistema de video llamada para agendamiento de turno en el caso de personas con discapacidad auditiva.

Es un compromiso de todo el personal de salud garantizar la atención integral a las personas con discapacidad. Los establecimientos de salud están preparados para responder a las necesidades particulares en materia de salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad, entregando información de manera sencilla, con conocimientos actualizados basados en la mejor evidencia científica disponible, a fin de que puedan tomar decisiones libres e informadas.

5.2.12 Salud sexual en la persona adulta mayor

En el libro de CEPAL del 2023, se hace referencia a que la OMS define el envejecimiento saludable como “el proceso que fomenta la capacidad funcional, entendida como los atributos relacionados con la salud que permiten a la persona ser y hacer lo que valore. Ello supone generar entornos adaptados a las personas mayores, adecuar los sistemas de salud a sus necesidades y reducir las desigualdades que afectan a las más desfavorecidas, que tienen una peor salud y una esperanza de vida más baja” (124).

Los procesos de transición demográfica producto de la disminución de la fecundidad, la mortalidad, incremento de la esperanza de vida al nacer, a nivel mundial han tenido tiempos y dinámicas marcadamente diferentes entre regiones, subregiones y países, no obstante, se evidencia un proceso de envejecimiento de la población, lo que incide en retos importantes para los países en términos de políticas públicas que garanticen los derechos de las personas adultas mayores y un proceso de envejecimiento digno y saludable (124).

Según estimaciones del Banco Mundial, para el año 2021, la población de 65 años y más representó el 10% de la población total, en términos absolutos son más de 758.631.369 personas en este grupo de edad. Según estimaciones de la CEPAL, en América Latina y el Caribe la población mayor a 60 años en el año 2022 son más de 88,6 millones de personas quienes representan el 14,4% de la población total de la región, con una marcada tendencia al incremento (125).

En el Ecuador, de acuerdo a la normativa legal la población adulta mayor se considera a las personas desde los 65 años. Este grupo de poblacional, al igual que en el resto del mundo, ha mantenido una tendencia en incremento importante, de acuerdo a estimaciones poblacionales realizadas por el INEC el Ecuador pasó de 212.533 personas adultas mayores en el año 1960 a 1'520.590 en el año 2023, representando un 9% de la población total en este año, siendo el 54% mujeres y el 46% hombres (126).

Al igual que en muchos países de América Latina, la mayoría de la población adulta mayor en el país, está expuesta a diferentes expresiones de inequidad y discriminación, según su condición económica, zona de residencia, pertenencia étnica, identidad de género y orientación sexual. En lo referente a la condición de igualdad y ejercicio de derechos las personas mayores han seguido una trayectoria muy semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados, como las mujeres o las personas con discapacidad. Esta coincidencia tiene su base en el estándar de normalidad sobre el cual se ha instituido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir, en condiciones dignas e iguales, a aquellos que son diferentes (124).

En salud, en la población adulta mayor toman mayor importancia las enfermedades crónicas como principal causa de muerte y morbilidad. Según la OMS, en 2017, el 75% de las muertes en la región América Latina y el Caribe (ALC), se debe a problemas crónicos con un incremento del 20% respecto del 1990. La principal causa de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores en ALC son las enfermedades cardiovasculares (incluidas la isquemia cardíaca y los accidentes cerebrovasculares). Estas condiciones representan el 25% de la carga total de enfermedades, entre la población de 60 años y más en la región, seguida de la diabetes. A medida que la población envejece, también aumenta el porcentaje de la población con limitaciones funcionales – motrices, cognitivas, sensoriales o de comunicación; que son una potencial causa de discapacidad. Por otra parte, se incrementan los niveles de dependencia al presentarse limitaciones para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (127).

Una de las expresiones de las condiciones de discriminación, en los adultos mayores, es la invisibilización de su situación y sus necesidades. En el país es escasa la información sobre los indicadores socioeconómicos de este grupo poblacional y sobre sus condiciones de salud menos aún sobre las necesidades de atención en el campo de la salud sexual y salud reproductiva.

A pesar de la tendencia al envejecimiento de la población en el país y sus mayores necesidades en cuanto a protección y atención de salud, según información del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), en el 2021, apenas 433.087 personas mayores de 65 años recibieron jubilación por vejez (128).

La OMS propone que, para el siglo XXI, se debe asegurar la óptima calidad de vida para este grupo. En este sentido se debe aceptar que como parte importante de este propósito se incluya la sexualidad, por ser una condición humana presente durante todo el ciclo vital. Si bien la función reproductiva en las mujeres de este grupo ya ha terminado y la de los varones ha disminuido, la sexualidad sigue presente en los dos, con algunos cambios en la expresión de la conducta, pero presente en todas sus dimensiones las cuales necesitan atención y cuidado al igual que en las etapas vitales precedentes. Los fármacos para mejorar el ejercicio de la sexualidad usados especialmente por varones también pueden favorecer su función fecundante, lo cual debe ser prevenido para evitar paternidades no deseadas a estas edades (129).

Los derechos sexuales del adulto mayor son los mismos que los de las demás personas, el derecho al disfrute de la sexualidad es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, a la libertad, a la equidad y a la justicia social, a la salud, a la educación y al trabajo. Si bien algunos problemas de salud pueden alterar la actividad sexual en todas las personas, estas dificultades se acentúan en la población adulta mayor (130).

Uno de los aspectos que afectan profundamente el derecho de las personas adultas mayores a vivir una sexualidad placentera y sana, son los prejuicios y estereotipos negativos sobre el envejecimiento, y la creencia de que las personas en esta etapa de la vida no tienen deseos sexuales, los estudios sobre la sexualidad de las personas adultas mayores señalan que a pesar de las modificaciones en cuanto a las respuestas sexuales por los cambios fisiológicos de la edad, estos no significan incapacidad sexual o disminución del deseo sexual, de la misma manera las personas adultas mayores no se encuentran exentas de presentar ITS incluido el VIH/sida, estas falsas creencias desarrolladas en la sociedad provocan falta de información y aumento en la exposición de las personas adultas mayores a contraer las infecciones (131).

Según el reporte del registro automatizado del MSP en cuanto a consultas por infecciones de los órganos genitales masculinos y femeninos e ITS incluido VIH, del 2018 al 2022 se ha reportado que las personas adultas mayores representan al rededor del 3% de la población general que presentan estas infecciones (gráfico 31).

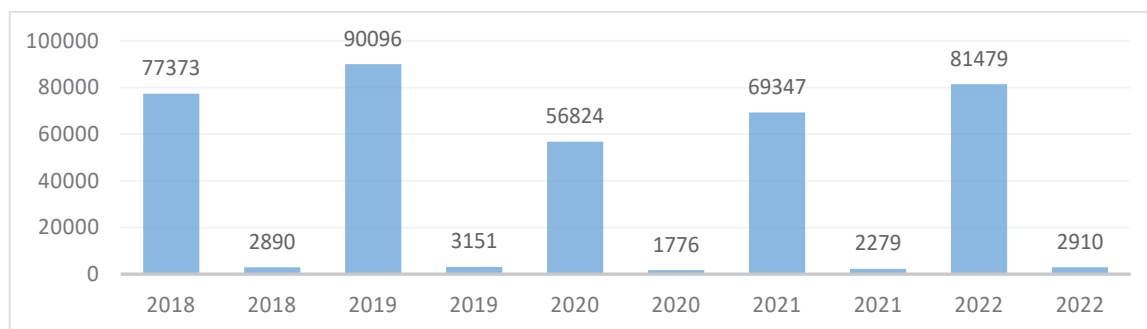


Gráfico 32. Infecciones genitales, ITS, incluido el VIH en la población general y adulta mayor 2018 - 2022

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De la misma manera los datos estadísticos del MSP demuestran que del total de primeras consultas realizadas por VIH, alrededor del 2% - 3%, son de personas adultas mayores de 65 años; de la misma manera se observa que la mayor proporción son hombres en relación con mujeres (gráficos 32 y 33).

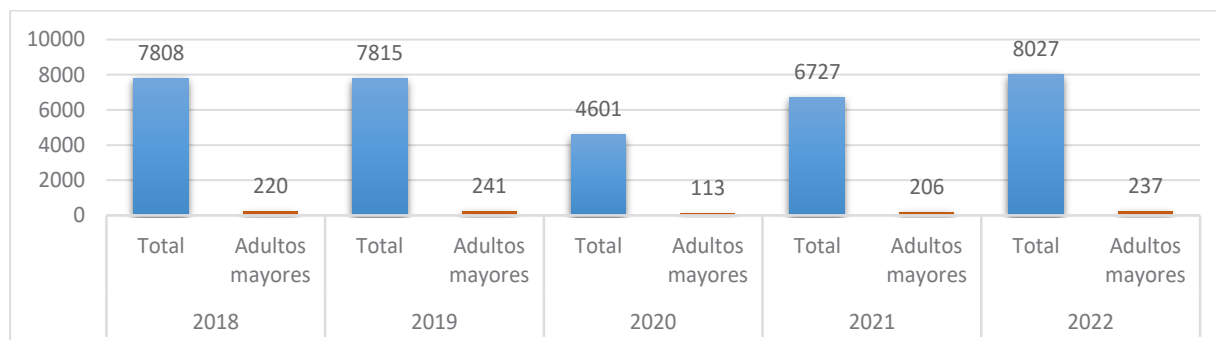


Gráfico 33. Primeras consultas por VIH en población general y adultos mayores 2018 - 2022

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

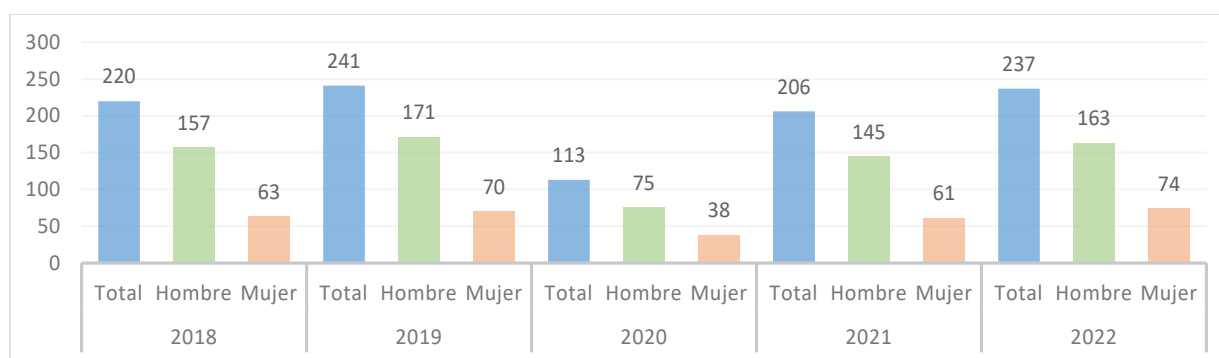


Gráfico 34. Primeras consultas por VIH población adultos mayores, distribución hombres y mujeres 2018 - 2022

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

En el año 2019, la Asamblea Nacional expidió la Ley Orgánica de las personas Adultas Mayores, que promueve, regula y garantiza la plena vigencia y cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores, en la que en el ámbito de salud “El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, en las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, con enfoque de género, generacional e intercultural” (132).

Uno de los aspectos que deben contemplar las políticas públicas que se orientan a garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos, la salud sexual y salud reproductiva es implementar estrategias que contribuyan a superar percepciones estereotipadas sobre la vejez y la sexualidad, así como generar información en el campo de la sexualidad y la salud de la población adulta mayor.

5.2.13 Salud sexual y salud reproductiva de la población de las diversidades sexogenéricas

La población de las diversidades sexogenéricas ha experimentado avances en el reconocimiento de los derechos humanos, tanto a nivel internacional como nacional; sin embargo, a pesar de estos progresos, continúa experimentando diversas formas de estigma, discriminación y exclusión que afectan todos los ámbitos de su vida, particularmente en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. La vulneración de los derechos humanos de las personas, basada en su orientación sexual e identidad de género, real o percibida, constituye un patrón global que se traduce como un mayor riesgo de violencia social y de género, invasión a la privacidad, detenciones arbitrarias, exclusión de los espacios laborales, educativos, sociales, así como en múltiples expresiones de discriminación en el entorno familiar y en los espacios públicos. A ello se suma un menor acceso y una mayor discriminación en la atención de salud. Una de las expresiones

más claras de la vulneración de derechos fundamentales es la vigilancia y el control de la sexualidad, que se traduce en diversas formas de violencia de género (133).

Estos principios se sustentan en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y que los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes, complementarios y progresivos. Asimismo, reconoce que la orientación sexual y la identidad de género son esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben constituir motivo de discriminación o abuso (134).

Entre los principios establecidos por la Declaración de los Derechos Humanos se encuentran el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a la protección contra abusos médicos, así como el derecho a la seguridad y a la privacidad, y a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Se establece que ninguna persona puede ser obligada a someterse a tratamientos, procedimientos o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento de salud, por motivos relacionados con su orientación sexual o identidad de género. Estas no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser objeto de tratamiento, atención médica ni supresión (134).

La marginalización, los prejuicios y las concepciones erróneas en torno al ejercicio de la sexualidad de la población LGBTIQ+ generan barreras para el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos y para el cuidado de su salud. Diversos estudios evidencian que las minorías sexuales, al estar expuestas a estigmatización y presiones sociales, tienen menor acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, a métodos anticonceptivos, y enfrentan un mayor riesgo de embarazos no intencionados (63).

En relación con los actos de violencia contra personas LGBT, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) señala que estos se caracterizan por altos niveles de ensañamiento y crueldad. Dichos hechos suelen ser calificados como “crímenes de odio”, actos homofóbicos o transfóbicos; sin embargo, la CIDH plantea el concepto de violencia por prejuicio contra orientaciones sexuales e identidades de género no normativas. Estos grupos poblacionales son particularmente vulnerables a la violencia sexual debido a concepciones que consideran que transgreden la “normalidad” en el ámbito de la sexualidad, entendiendo la violencia como una forma de sanción social. En el caso de las personas intersex, la violencia sexual se produce bajo la creencia de que constituye una forma de “curar” lo que erróneamente se considera una enfermedad (135).

Persisten prácticas que vulneran los derechos de las personas intersex, como cirugías irreversibles de asignación de sexo y de “normalización” de genitales, esterilización involuntaria, exposición excesiva a exámenes médicos, fotografías y exhibición de los genitales, falta de acceso a información médica e historias clínicas, retrasos en el registro de nacimiento, y negación de servicios o seguros de salud, entre otras. De igual manera, las personas LGBTIQ+ continúan siendo sometidas de forma clandestina a los llamados “tratamientos de deshomosexualización”, lo que transgrede su autonomía y sus derechos fundamentales (135).

En el país, en el año 1997 se logró la despenalización de la homosexualidad, eliminándola de la tipificación de delitos en el Código Penal ecuatoriano. La Constitución reconoce y garantiza los derechos de todas las personas y establece que nadie podrá ser discriminado, entre otras razones, por su identidad de género u orientación sexual. Asimismo, determina que la ley sancionará toda forma de discriminación y que el *“Estado adoptará medidas de acción afirmativa para promover la igualdad real de las personas en situación de desigualdad”* (1)

El *“Estudio sobre condiciones de vida, inclusión social y cumplimiento de derechos humanos de la población LGBTI en el Ecuador”*, que entrevistó a 2.850 personas de dieciocho años y más, identifica diversas formas de discriminación y exclusión. Entre ellas, destaca la necesidad de ocultar la identidad sexual debido a estigmas y prejuicios, especialmente por el rechazo familiar. Mientras que el 89% de las amistades conoce y acepta la orientación sexual de las personas encuestadas, solo el 13% de los padres la conoce y acepta. El entorno familiar se caracteriza como adverso: más del 70% de las personas entrevistadas reportó situaciones de control e imposición, y el 61,4% haber vivido violencia. Además, el 8% fue sometido a tratamientos para cambiar su identidad, y el 25,9%, es decir, más de 500 personas, recibió algún tipo de terapia con ese fin (133).

En cuanto a los indicadores sociales y económicos, la encuesta realizada para identificar vulnerabilidades de la población LGBTIQ+ en el marco de la Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2021–2025 señala que el 41% de las personas entrevistadas cuenta con educación universitaria, el 21% culminó el bachillerato y el 11% cursaba una maestría al momento del estudio. Las dificultades en el sistema educativo se relacionan con actitudes discriminatorias y situaciones de violencia, lo que conduce al ausentismo y a la deserción escolar, especialmente en la población trans, en la que la falta de apoyo familiar incrementa la necesidad de incorporarse tempranamente al trabajo (9).

La población LGBTIQ+ en el país está expuesta de manera sistemática a diversas formas de violencia de género. El 85% ha experimentado violencia psicológica, de manera presencial o a través de medios virtuales, que incluye burlas, insultos, amenazas e intentos de modificar su orientación sexual; el 23% ha sido víctima de acoso, abuso sexual o relaciones sexuales forzadas; y el 11% ha sufrido violencia física, que va desde empujones y golpes hasta intentos de asfixia o ahorcamiento. Frente a estas vulneraciones, solo el 15,2% denunció o solicitó ayuda. El entorno familiar es el espacio donde con mayor frecuencia se presentan estas situaciones, las cuales se intensificaron durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 (gráfico 34) (9).

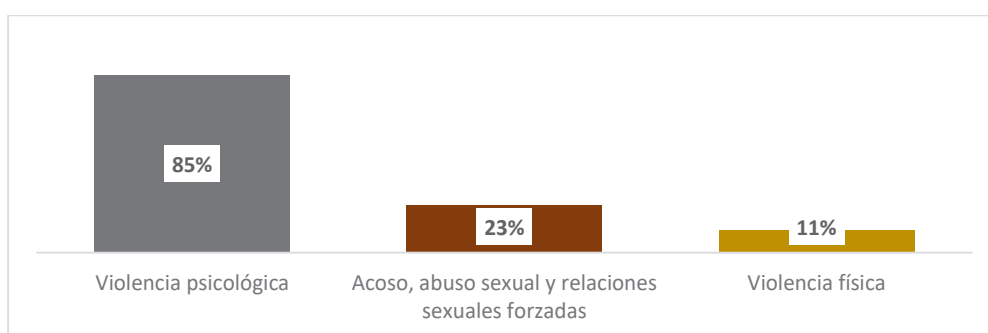


Gráfico 35. Tipo de violencia que experimentó la población LGBTIQ+ Ecuador 2021

Tomado de: ONUMUJERES. UNFPA. Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2021-2025 Mujeres y Personas LGBTIQ+

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del INEC 2022, en Ecuador existen 270.970 personas mayores de 18 años (2,4%) que se identifican como parte de la diversidad sexogenérica; de ellas, el 60% tiene menos de 45 años. En cuanto a la distribución geográfica, las provincias con mayor población LGBTI son Guayas (24,8%), Pichincha (18%) y Manabí (10%) (136).

En el país, 221.721 personas se identificaron como lesbianas (55%), gays (36,1%), bisexuales (7,1%) y no binarias (1,6%). Asimismo, 110.519 personas se identificaron como trans, de las cuales el 58,3% son transmascullinas y el 40,1% transfemeninas. En relación con el nivel de instrucción, la población LGBTIQ+ alcanza educación inicial (0,6%), educación básica (35,7%), bachillerato (29,6%), educación superior (28,7%) y ninguna instrucción (5,4%) (136).

La mayoría de las personas LGBTIQ+ que acceden a los servicios de salud lo hacen por los mismos problemas de salud que la población general. No obstante, existen aspectos específicos de la salud sexual que deben ser considerados para garantizar una atención integral acorde con las necesidades de cada persona usuaria. Algunas personas se abstienen de revelar su orientación sexual o de discutir sus prácticas sexuales con el personal de salud por temor al rechazo, lo que puede afectar el seguimiento de su salud sexual y la efectividad de los tratamientos (133).

El MSP ha logrado avances significativos en la formulación de lineamientos de política y normas de atención integral para la población LGBTIQ+. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) propone un enfoque biopsicosocial y familiar, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, reconociendo las necesidades específicas de esta población. Asimismo, el Manual de Atención a Personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersex (LGBTI) adopta un enfoque de derechos y centrado en la persona. Otro avance relevante es la incorporación de las variables de orientación sexual, identidad de género e intersexualidad en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA), lo que permite disponer de información sobre las condiciones de salud de estos grupos poblacionales (35).

A pesar de la existencia de un marco normativo emitido por el ente rector del sector salud, persisten prejuicios y limitaciones en el conocimiento sobre las necesidades de atención integral de estos

grupos, tanto en los equipos de salud como en el ámbito académico. En este sentido, no se trata de atribuir determinadas prácticas sexuales a un grupo específico, sino de promover prácticas sexuales seguras. Además, es fundamental reconocer que todas las personas tienen derecho a la libertad sexual, la autonomía, la integridad, la seguridad corporal, la equidad y el placer sexual. Resulta indispensable romper con la idea de que los derechos sexuales están asociados exclusivamente a la sexualidad heterosexual (137).

5.2.14 Salud sexual y salud reproductiva de la población en movilidad humana

La movilidad humana, es decir, “la movilización de personas de un lugar a otro en ejercicio de su derecho a la libre circulación” se encuentra reconocido en normativas internacionales y en la Constitución Ecuatoriana. Sin embargo, cuando estos procesos migratorios son masivos por razones de emergencias, desastres o razones políticas que constituyen una migración forzada, genera una crisis humanitaria a la que los Estados deben dar respuesta garantizando los derechos humanos de las personas en esta situación. Uno de los aspectos más sensibles es el cuidado de la salud y el acceso a servicios integrales de salud, particularmente de los servicios de salud sexual y salud reproductiva (138).

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), en 2020 existían 281 millones de migrantes internacionales en el mundo (3,6 % de la población), de los cuales 135 millones eran mujeres y 146 millones hombres. Ese mismo año, el desplazamiento forzoso alcanzó a 89,4 millones de personas, incluyendo 26,4 millones de refugiados, entre ellos 4,1 millones de solicitantes de asilo, 3,9 millones de personas venezolanas desplazadas y 55 millones de desplazados internos por conflictos, violencia o desastres (139). A mediados de 2024, la plataforma R4V (OIM-ACNUR) registró más de 7,7 millones de personas venezolanas refugiadas y migrantes, de las cuales 84 % residía en LAC. En Ecuador se estima la presencia de 440.000 a 500.000 personas venezolanas, consolidando al país como uno de los principales receptores de la región (140).

De acuerdo al Censo de población 2022 realizado en el Ecuador, en el país ha existido una transformación significativa de la población migrante desde el 2010, teniendo que para ese año el 48% de migrantes eran colombianos y solo el 2% eran venezolanos, para el año 2022 existe un cambio drástico de esta realidad contando con un 55% (231.686 personas) de población migrante de origen venezolano, colombianos en 23% (91.832 personas) y de otras nacionalidades 22% (95.527) (141).

En cuanto a las características demográficas de la población migrante venezolana el 66,2% tienen un rango de edad de 20 a 64 años, 32% menores de 19 años, 1,7% adultos mayores de 65 años, evidenciando que la mayor parte de la población se encuentran en edad reproductiva (141).

A nivel mundial se ha demostrado que las crisis humanitarias y la interrupción de los servicios de salud sexual y salud reproductiva inciden en el incremento desmedido de embarazos no intencionados, limitaciones de acceso a métodos anticonceptivos, incremento de problemas de morbilidad relacionadas al embarazo, parto y/o postparto, incremento de la incidencia de ITS,

incluido el VIH/SIDA, mayor vulnerabilidad frente a la violencia de género y violencia sexual y mayor riesgo de enfermar y morir por abortos en condiciones de riesgo; por esto, la importancia de trabajar en medidas que contribuyan a dar continuidad a los servicios esenciales en salud sexual y salud reproductiva (142).

Según datos presentados en el estudio diagnóstico situacional sobre Violencia Basada en Género (VBG) y Salud Sexual y Salud Reproductiva realizado en Quito, Manta, Machala, Guayaquil y Lago Agrio y su vinculación con las personas en situación de movilidad humana, en el año 2021, el 52% de las personas entrevistadas están en situación irregular y viven en condiciones de muchas limitaciones económicas y sociales. Señalan que, del total de población venezolana en Ecuador, el 46% son mujeres, de ellas el 89% son mujeres en edad reproductiva (16 a 45 años), el 2% son niñas y adolescentes que estaban embarazadas o en período de lactancia (143).

En el estudio realizaron una revisión de las estadísticas de atenciones del MSP (Registro automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) relacionadas a atenciones de SS y SR, evidenciando que los porcentajes de atención a la población extranjera en los cantones analizados en el período 2017 - 2019 fue de 2,9%, la mayor demanda fue en atenciones de control prenatal (4%), y en segundo lugar primeras consultas de planificación familiar. En cuanto a la atención de partos vaginales y cesáreas, la atención a mujeres extranjeras representó el 2% y en emergencias obstétricas el 3%. Del total de pruebas diagnósticas de VIH realizadas en el país en ese período el 5% corresponde a personas extranjeras y atenciones a embarazadas portadoras de VIH, el 13% corresponde a mujeres en situación de movilidad (143).

De acuerdo con la información reportada en el Plan de respuesta para refugiados y migrantes (GTRM), la población migrante meta para el 2023 fue de 523.500 personas, de las cuales, 294.400 estarían con vocación de permanencia, 145.100 en tránsito, 32% son hombres, 31,5% mujeres, 18,9% niños y 17,6% niñas. El 73% de estas personas se encontraban en situación irregular en el país (144).

El Sistema de Monitoreo de Fronteras y Caracterización de Flujos registra cifras relativamente estables tanto en entradas como en salidas migratorias. Una menor cantidad en ingresos y salidas podría estar relacionado a cambios en la dinámica de flujos y las políticas migratorias implementadas por Perú y Chile; así como una estabilización en los flujos de entrada desde Colombia. La proyección para el 2024 es de 536.500 migrantes en el país (144).

Con la presunción de que las personas venezolanas, así como las personas refugiadas y migrantes de otras nacionalidades; continuarán llegando y transitando por Ecuador, principalmente a través de canales irregulares; se estima que aproximadamente 519.000 personas refugiadas y migrantes de Venezuela estarán viviendo en Ecuador en diciembre de 2023, mientras que unas 368.000 estarán transitando a terceros países a lo largo del año (144).

Aun cuando el marco legal de Ecuador establece que todas las personas, independientemente de su nacionalidad o estado migratorio tienen derechos a acceder a los servicios de salud pública, la realidad es que existen múltiples barreras que lo impiden como el desconocimiento de la población

migrante sobre la normativa del país que les garantiza la atención de salud en la red de servicios del MSP, actitudes xenofóbicas de algunas personas de los servicios de salud, limitaciones económicas para movilizarse y acceder a los servicios. Las desigualdades y condiciones preexistentes por las relaciones inequitativas de género sobre todo en el caso de las mujeres, en conclusión, la situación migratoria limita el acceso a información y atención en salud (144).

5.2.15 Salud sexual y salud reproductiva de personas privadas de libertad

Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos que garantizan a todas las personas sin ninguna distinción bajo los principios de integridad, autonomía, igualdad. En el campo de la sexualidad y la reproducción estos principios deben ser protegidos y garantizados por el Estado. Uno de los elementos más tensos y generadores de conflicto es la insatisfacción sexual de las personas privadas de libertad (PPL), tanto en hombres como mujeres. Las necesidades sanitarias de las personas reclusas se han abordado poco en investigaciones científicas, no obstante, se describe que en general la atención de salud que reciben los prisioneros/as no cumple con los estándares de salud pública, y en aspectos de salud sexual y salud reproductiva, a pesar de los instrumentos internacionales de derechos humanos que establecen las condiciones de protección de la población privada de la libertad, en general a nivel mundial no se cumplen y persisten brechas muy marcadas entre países (145).

La normativa y organización de los sistemas penitenciarios tienen una visión androcentrista lo que invisibiliza la realidad y necesidades de las mujeres privadas de la libertad relacionadas a la salud sexual y salud reproductiva, ni condiciones básicas como la privacidad, la higiene y la atención ginecológica. Por otro lado, están doblemente estigmatizadas ya que desde el punto de vista de la sociedad no solo es el cometimiento del delito, sino que transgrede los estereotipos de lo que la sociedad considera que debe ser la mujer, buena esposa, madre, sumisa, dócil. Una de las preocupaciones y dolor de las mujeres privadas de la libertad es la separación de sus hijos/as, el sentimiento de culpa de que afecta su bienestar, con un impacto en su salud emocional y mental (146).

Según la Comisión Interamericana de Mujeres, a nivel mundial, las mujeres representan un promedio de 2% de la población carcelaria y en la región de las Américas representan el 8,4%. Del año 2000 al 2017 la población de mujeres privadas de la libertad se ha incrementado en 53% a nivel global y en la región de las Américas un acelerado incremento tres veces superior al de los varones (147).

En el Ecuador según datos del INEC del censo penitenciario, contabilizó 31.321 PPL en el año 2022 de los cuales el 93,7% son hombres (29.356) y el 6,3% mujeres (1.965). De las mujeres PPL el 75.1% reportan tener un hijo menor de edad, más del 50% de los PPL reportó un nivel de educación básica y un 7,7% cuenta con un nivel de instrucción superior (gráfico 35) (148).

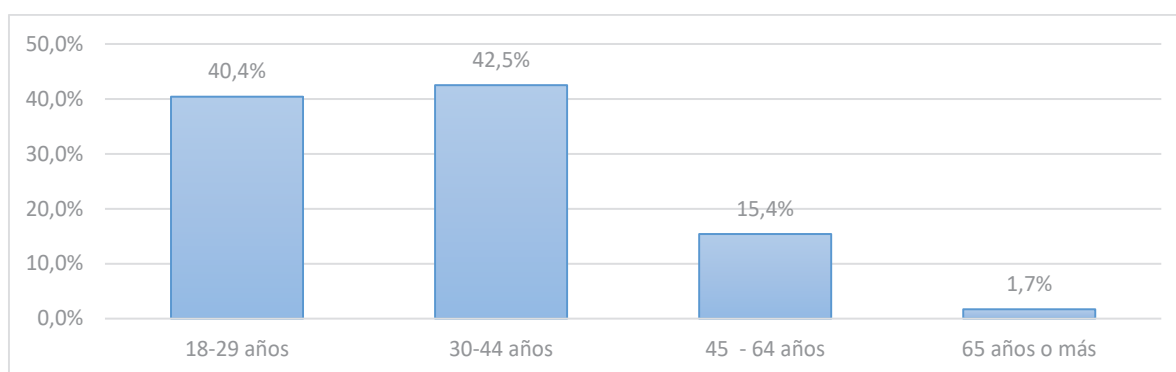


Gráfico 36. Personas privadas de la libertad según grupos de edad Ecuador 2022

Tomado de: INEC. Censo penitenciario 2022.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

El MSP como garante de derechos brinda atención a las personas privadas de la libertad, según datos estadísticos del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de registro en atenciones de salud (PRAS), realizando consultas en centro penitenciarios y en establecimientos de salud de todos los niveles en temas de salud sexual y salud reproductiva, tales como asesorías, planificación familiar, consultas de ITS incluido VIH, consultas de embarazo, parto, aborto y cáncer de órganos genitales masculinos y femeninos (gráfico 36).

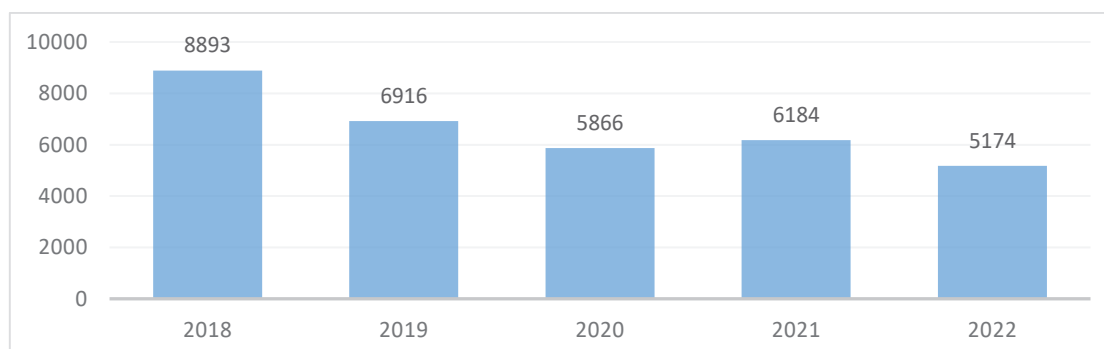


Gráfico 37. Consultas MSP a PPL en salud sexual y salud reproductiva, 2018 - 2022

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

La protección de los derechos humanos, y en especial el derecho a la salud de los prisioneros, es una obligación del Estado, independiente del tiempo o la situación judicial del individuo. El Estado debe garantizar las acciones individuales y colectivas que permitan mantener la salud, prevenir la enfermedad, tratar eficaz y oportunamente las enfermedades que padezcan los individuos en prisión y mejorar la calidad de vida. La situación de salud que hoy viven las PPL, requiere un abordaje más integral que permita entenderla como resultante de la interacción entre los determinantes del orden estructural, institucional y personal. La situación de salud de las PPL es un problema de salud pública susceptible de transformación prioritaria.

5.2.16 Salud sexual y salud reproductiva de personas que ejercen el trabajo sexual

En todo el mundo, las personas que ejercen el trabajo sexual están expuestas constantemente a sufrir abusos, son un grupo de personas sumamente marginado, obligadas a menudo a vivir fuera de la ley, que sufre estigma, discriminación, violencia psicológica, física y sexual, hostigamiento; con frecuencia se les niega el acceso de servicios básicos de salud y vivienda.

Los datos de la OMS y diversas organizaciones defensoras de los derechos humanos, indican que, existen distintas circunstancias para el ejercicio del trabajo sexual, con características y problemáticas diversas, una gran mayoría proviene del tráfico sexual migratorio, controlado por las mafias del sexo, que mantienen a las y los trabajadores sexuales en condiciones inhumanas. Un bajo porcentaje de esta población, afirma que ha elegido libremente esta actividad porque le gusta y lo considera un trabajo como otro cualquiera. El resto argumenta que lo hace por necesidad, porque no tiene otra salida para ganarse la vida y afirman que no les gusta ni lo quieren para sus hijas e hijos (149).

El trabajo sexual en el Ecuador se ha regulado a través del marco normativo y acciones desde el Estado, como el Reglamento para el control y funcionamiento de los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual expedido con Acuerdo Ministerial 4911 y publicado en Registro Oficial 301 del 2014; la emisión de tarjeta integral en salud para el uso de las personas que ejercen el trabajo sexual y requieren atención en el MSP, el Manual de Atención Integral en salud a personas que ejercen el trabajo sexual expedido con Acuerdo Ministerial 0109-2017, cuyo objetivo es proporcionar a los profesionales de la salud lineamientos adecuados para brindar atención integral en salud a las personas que ejercen el trabajo sexual con un enfoque de derechos humanos y promoción de la salud (149).

De acuerdo a los datos obtenidos del Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA) y Plataforma de registro en atenciones de salud (PRAS) del MSP, se ha brindado atención integral en salud sexual y salud reproductiva a personas que ejercen el trabajo sexual, en temas de asesoría, planificación familiar, embarazo, parto, aborto, ITS incluido el VIH, y cáncer de órganos sexuales femeninos y masculinos (gráfico 37).

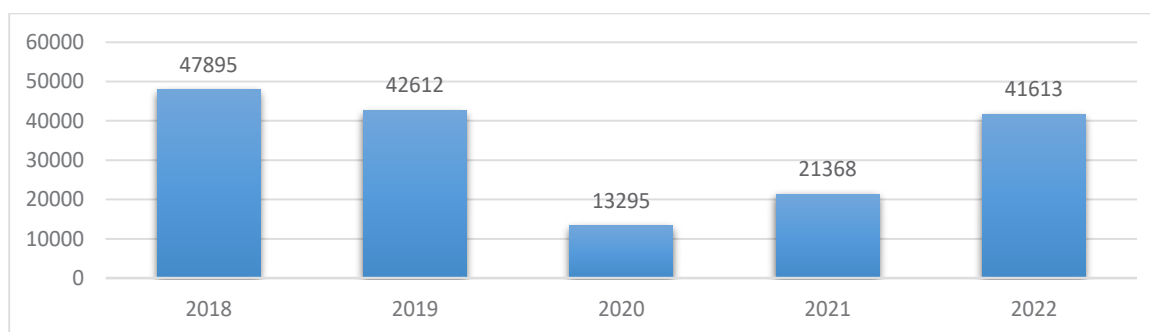


Gráfico 38. Consultas MSP trabajadores sexuales, en salud sexual y salud reproductiva. 2018 - 2022

Tomado de: MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias y Plataforma de registro en atenciones de salud.

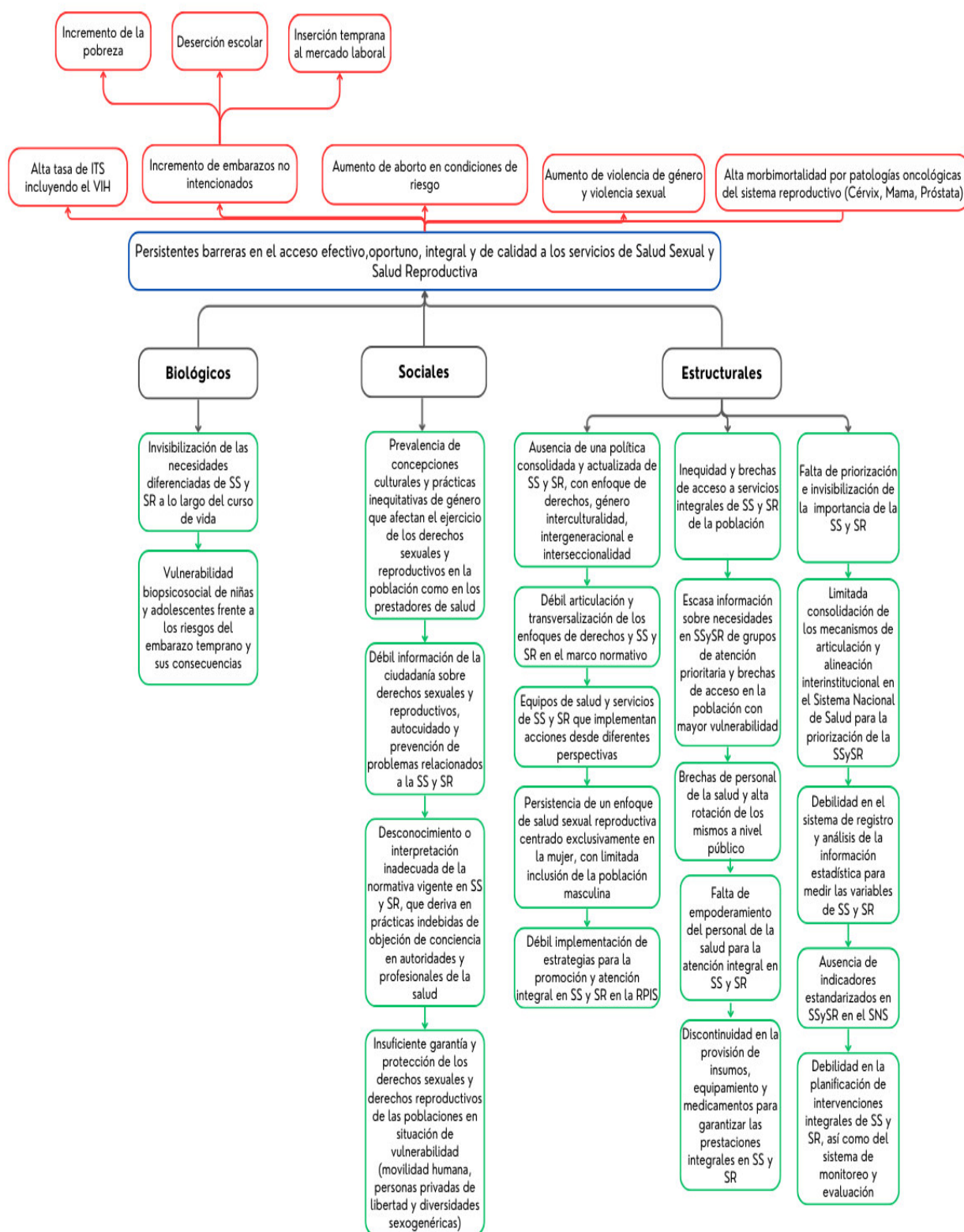
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva direcciona al país hacia el desarrollo de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población, en forma igualitaria y libre de discriminación; como una acción prioritaria la cual se encuentra incluida en el Plan Decenal de Salud 2022-2031 (PDS 2022-2031), cuyo objetivo principal es mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población y hacer efectivo el derecho a la salud, alineándose de esta manera a los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 (11).

5.3 Identificación de los determinantes del problema Público

A partir del diagnóstico situacional y del análisis de causa efecto, se procedió a clasificar los determinantes identificados según su naturaleza y su nivel de incidencia en el problema público, considerando factores estructurales, sociales, institucionales, culturales y biológicos que afectan directamente el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población. Esta identificación integral posibilita una comprensión más profunda de las brechas, desigualdades y barreras que limitan el acceso a servicios de SS y SR, especialmente en los grupos de atención prioritaria.

5.3.1 Árbol de Problemas



Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

5.4 Priorización de los determinantes de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

La priorización de los determinantes de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se fundamenta en el análisis del árbol de problemas, herramienta metodológica que permite identificar de manera estructurada las causas que originan y perpetúan las brechas en el acceso efectivo, oportuno e integral y de calidad a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Este análisis constituye la base técnica para orientar la intervención pública hacia los factores causales prioritarios sobre los causales el Estado posee mayor capacidad de intervención, conforme a lo establecido en la Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas de la General de la Administración Pública y Gabinete.

El problema central identificado corresponde a las persistentes brechas en el acceso a los servicios de SS y SR por parte de la población, lo cual limita el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos y se traduce en efectos sanitarios y sociales adversos, tales como el incremento de embarazos no intencionados, abortos en condiciones de riesgo, infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, violencia de género y violencia sexual, así como impactos sociales como la deserción escolar, la inserción temprana al mercado laboral y el incremento de la pobreza.

A partir del análisis del árbol de problemas, se identificaron veinte (20) determinantes, los cuales explican las causas del problema público. Estos determinantes fueron clasificados según su naturaleza en determinantes asociados al ciclo de vida, determinantes sociales y determinantes estructurales e institucionales, conforme se presenta en la tabla 10.

Tabla 10. Determinantes identificados

N.º	Determinante identificado	Tipo de determinante	Rama del árbol de problemas	Relación con las brechas de SS y SR
1	Invisibilización de las necesidades diferenciadas de SS y SR a lo largo del curso de vida	Ciclo de vida	Causas	Atención no diferenciada y acceso inequitativo
2	Vulnerabilidad biopsicosocial de niñas y adolescentes frente a los riesgos del embarazo temprano y sus consecuencias	Ciclo de vida / Social	Causas	Limitación del desarrollo integral
3	Concepciones culturales y prácticas inequitativas de género que afectan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en la población como en los prestadores de salud	Social	Causas	Barreras socioculturales de acceso

4	Débil información de la ciudadanía sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, autocuidado y prevención de problemas relacionados a la SS y SR	Social	Causas	Uso inadecuado de servicios
5	Desconocimiento o interpretación inadecuada de la normativa vigente en SS y SR, que deriva en prácticas indebidas de objeción de conciencia en autoridades y profesionales de la salud	Social / Institucional	Causas	Objeción de conciencia indebida
6	Insuficiente garantía y protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las poblaciones en situación de vulnerabilidad (movilidad humana, personas privadas de libertad y diversidades sexogenéricas)	Social	Causas	Inequidades en el acceso
7	Ausencia de una política consolidada y actualizada de SS y SR, con enfoque de derechos, género interculturalidad, intergeneracional e interseccionalidad	Estructural	Rama estructural	Acciones fragmentadas
8	Débil articulación y transversalización de los enfoques de derechos y SS y SR en el marco normativo	Estructural	Rama estructural	Calidad desigual de la atención
9	Enfoque de salud sexual y salud reproductiva centrado exclusivamente en la mujer, con limitada inclusión de la población masculina	Estructural / Social	Rama estructural	Atención incompleta
10	Débil implementación de estrategias para la promoción y atención integral en SS y SR en la RPIS	Estructural	Rama estructural	Persistencia de brechas
11	Inequidad y brechas de acceso a servicios integrales de SS y SR de la población	Estructural	Rama estructural	Acceso limitado
12	Escasa información sobre necesidades en SS y SR de grupos de atención prioritaria y brechas de acceso en la población con mayor vulnerabilidad	Estructural	Rama estructural	Intervenciones no focalizadas

13	Brechas y alta rotación del talento humano en salud	Estructural	Rama estructural	Disminución de la calidad
14	Falta de empoderamiento del personal de salud en SS y SR	Estructural	Rama estructural	Atención no integral
15	Discontinuidad en la provisión de insumos, equipamiento y medicamentos para garantizar las prestaciones integrales en SS y SR	Estructural	Rama estructural	Imposibilidad de garantizar prestaciones
16	Falta de priorización institucional de la SS y SR	Estructural	Rama estructural	Invisibilización programática
17	Limitada consolidación de los mecanismos de articulación y alineación interinstitucional en el Sistema Nacional de Salud para la priorización de la SSySR	Estructural	Rama estructural	Desarticulación del sistema
18	Debilidades en los sistemas de información y registros estadísticos	Estructural	Rama estructural	Decisiones no basadas en evidencia
19	Ausencia de indicadores estandarizados de SS y SR	Estructural	Rama estructural	Limitaciones en el seguimiento
20	Debilidades en la planificación, monitoreo y evaluación	Estructural	Rama estructural	Bajo impacto de las intervenciones

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Posteriormente, los veinte (20) determinantes identificados fueron categorizados mediante la aplicación de la metodología de Importancia y Gobernabilidad, conforme a la Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública. La importancia se evaluó según el nivel de incidencia de cada determinante sobre el problema público, mientras que la gobernabilidad consideró la capacidad de intervención del Estado. Los resultados se presentan en la Tabla 11, en la cual todos los determinantes fueron clasificados en niveles de prioridad alta, media o baja.

Tabla 11. Matriz de categorización de los determinantes del problema público

N.º	Determinante	Importancia (1 – 15)	Gobernabilidad (1 – 5)	Priorización
1	Invisibilización de necesidades por curso de vida	10	3	Media
2	Vulnerabilidad biopsicosocial en adolescentes	15	3	Alta
3	Prácticas culturales y de género inequitativas	12	3	Media
4	Débil información ciudadana sobre DSDR	9	3	Media

5	Objeción de conciencia indebida	10	5	Alta
6	Insuficiente garantía de derechos en poblaciones vulnerables	10	3	Media
7	Ausencia de política consolidada de SS y SR	15	5	Alta
8	Débil transversalización de enfoques	12	5	Alta
9	Enfoque centrado exclusivamente en mujeres	4	3	Baja
10	Débil implementación de estrategias en la RPIS	12	5	Alta
11	Inequidad y brechas de acceso a servicios	15	5	Alta
12	Escasa información sobre grupos prioritarios	9	3	Media
13	Brechas y rotación del talento humano	8	3	Media
14	Falta de empoderamiento del personal de salud	8	3	Media
15	Discontinuidad de insumos y medicamentos	8	3	Media
16	Falta de priorización institucional de la SS y SR	12	5	Alta
17	Limitada consolidación de los mecanismos de articulación y alineación interinstitucional en el Sistema Nacional de Salud para la priorización de la SSySR	12	5	Alta
18	Debilidades en sistemas de información	10	5	Alta
19	Ausencia de indicadores estandarizados	9	5	Alta
20	Debilidades en planificación, monitoreo y evaluación	9	5	Media

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Con base en los resultados obtenidos a través de la metodología de Importancia y Gobernabilidad, se identificaron como determinantes priorizados aquellos que alcanzaron un nivel de prioridad alta, debido a su impacto directo sobre el problema público y a la elevada capacidad de intervención desde la política nacional. Estos determinantes priorizados se presentan en la Tabla 12, los cuales derivan de manera directa y coherente de la categorización presentada en la Tabla 11.

Tabla 12. Matriz de priorización de los determinantes de la Política

Determinante	Priorización
--------------	--------------

Vulnerabilidad biopsicosocial en adolescentes	Alta
Objeción de conciencia indebida	Alta
Ausencia de política consolidada de SS y SR	Alta
Débil transversalización de enfoques	Alta
Débil implementación de estrategias en la RPIS	Alta
Inequidad y brechas de acceso a servicios	Alta
Falta de priorización institucional de la SS y SR	Alta
Limitada consolidación de los mecanismos de articulación y alineación interinstitucional en el Sistema Nacional de Salud para la priorización de la SSySR.	Alta
Debilidades en sistemas de información	Alta
Ausencia de indicadores estandarizados	Alta

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Los determinantes con nivel de prioridad media y baja, si bien son relevantes para la comprensión integral del problema público, no fueron priorizados en esta fase de la Política debido a su menor impacto directo o a una capacidad de intervención más limitada desde el ámbito de acción de la política nacional. No obstante, estos determinantes podrán ser abordados de manera complementaria a través de estrategias intersectoriales, normativas específicas u otros instrumentos de política pública.

En este contexto, la priorización de los determinantes orienta la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva hacia el fortalecimiento del rol rector del Ministerio de Salud Pública, la reducción de las inequidades en el acceso a servicios integrales de SS y SR, la consolidación de una política pública actualizada y coherente, el fortalecimiento de los sistemas de información, monitoreo y evaluación, y la transversalización efectiva de los enfoques de derechos, género, interculturalidad e interseccionalidad, con énfasis en poblaciones en situación de vulnerabilidad.

5.5 Identificación de la población objetivo

La población objetivo de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva está conformada por los grupos poblacionales en mayor situación de vulnerabilidad y exclusión, quienes enfrentan barreras estructurales, culturales y de acceso a servicios. Su identificación precisa permite diseñar intervenciones focalizadas que promuevan igualdad

de oportunidades, autonomía y ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos

Esta población se determinó a partir del diagnóstico situacional, el cual evidencia desigualdades estructurales, barreras de acceso y vulneración de derechos en materia de salud sexual y salud reproductiva.

5.5.1 Grupo destinatario principal

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva está dirigida a la población ecuatoriana en general, con énfasis en aquellos grupos que presentan mayores brechas de acceso, desigualdades y condiciones de vulnerabilidad en el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. En este marco, se consideran como grupos destinatarios prioritarios los siguientes:

- **Mujeres en edad fértil**, con énfasis en aquellas que habitan en zonas rurales, rurales dispersas y fronterizas, debido a las persistentes brechas de acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
- **Hombres**, como actores clave en la promoción de la corresponsabilidad en la salud sexual y salud reproductiva, con el fin de fortalecer prácticas de autocuidado, prevención y ejercicio de derechos, y contribuir a la reducción de embarazos no intencionados, infecciones de transmisión sexual y violencia de género.
- **Poblaciones en situación de movilidad humana**, por las barreras administrativas, sociales y culturales que limitan su acceso efectivo a los servicios de salud.
- **Personas privadas de libertad**, debido a condiciones estructurales que restringen el acceso oportuno y continuo a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva.
- **Personas con discapacidad y personas de las diversidades sexogenéricas**, por la persistencia de barreras culturales, sociales e institucionales que afectan el acceso a servicios de salud pertinentes y de calidad.
- **Pueblos y nacionalidades**, considerando las brechas culturales, geográficas y lingüísticas que inciden en el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva con pertinencia intercultural.

En relación con niñas, niños, adolescentes, la presente Política se articula y complementa con la Política intersectorial para el Abordaje Integral del Embarazo Adolescente 2026-2035 orientada, evitando duplicidades y fortaleciendo la coherencia de la acción pública.

5.5.2 Características territoriales

El diagnóstico evidencia que las mayores brechas en salud sexual y salud reproductiva no se distribuyen de manera homogénea en el territorio nacional, sino que presentan comportamientos diferenciados según condiciones geográficas, socioeconómicas, culturales y de acceso a servicios, lo que incide de forma distinta en los diversos subgrupos de la población objetivo.

En este sentido, las principales brechas se concentran en:

- Zonas rurales y de difícil acceso, especialmente en las regiones de la Amazonía y Sierra Centro y Norte del país, donde la dispersión poblacional, las barreras geográficas, la limitada disponibilidad de servicios de salud y las brechas interculturales afectan con mayor intensidad a mujeres, niñas, adolescentes, pueblos y nacionalidades indígenas y población en situación de pobreza.
- Áreas urbanas marginales, caracterizadas por condiciones de exclusión social, informalidad y limitada cobertura de servicios de salud y educación sexual integral, lo que impacta de manera diferenciada a adolescentes, jóvenes, población migrante y personas de la diversidad sexogenérica.

La Política Pública reconoce estas diferencias territoriales y plantea intervenciones diferenciadas que permitan reducir las brechas existentes, evitando soluciones homogéneas que podrían profundizar las inequidades entre territorios y grupos poblacionales.

5.5.3 Necesidades y problemáticas específicas

De acuerdo a lo planteado en el Diagnóstico situacional, así como en el análisis del árbol de problemas las necesidades y problemáticas específicas en salud sexual y salud reproductiva que afectan de manera diferenciada a los distintos subgrupos de la población objetivo, en función de su edad, sexo, identidad de género, condición socioeconómica, pertenencia étnica, situación migratoria y lugar de residencia.

Entre las principales problemáticas identificadas se destacan:

- Débil acceso a servicios integrales de planificación familiar, control prenatal y prevención de ITS, que impacta con mayor intensidad a mujeres en zonas rurales, adolescentes, población en situación de pobreza y personas en movilidad humana, debido a barreras geográficas, económicas, culturales e institucionales.
- Alta prevalencia de violencia sexual y de género, que afecta de manera desproporcionada a niñas, adolescentes, mujeres y personas de la diversidad sexogenérica, limitando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos y profundizando situaciones de vulnerabilidad y exclusión.
- Embarazo adolescente y salud materno infantil, particularmente en contextos de pobreza, exclusión social y territorios con limitada oferta de servicios, lo que genera impactos diferenciados en la trayectoria educativa, social y económica de las adolescentes y sus familias.
- Falta de educación sexual integral con enfoque de género, interculturalidad e intergeneracionalidad, lo que incide de forma distinta en niñas, niños y adolescentes de zonas rurales, pueblos y nacionalidades indígenas y contextos urbanos marginales.

- Estigmatización y discriminación hacia grupos de la diversidad sexogenérica y población en movilidad humana, que se traduce en barreras de acceso a servicios de salud, atención no oportuna y prácticas institucionales excluyentes.

Frente a estas problemáticas, la Política Pública incorpora un enfoque de diferenciación poblacional e interseccional, orientado a asegurar que las medidas, estrategias y acciones respondan a las necesidades específicas de cada subgrupo, promoviendo la inclusión, la equidad territorial y la no discriminación, y evitando la generación o profundización de inequidades en el acceso y uso de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

6. Propuesta

La propuesta de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se construye a partir de un proceso metodológico secuencial y coherente que articula el diagnóstico situacional, el análisis del árbol de problemas y la priorización de los determinantes del problema público, conforme a la Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas de la General de la Administración Pública y Gabinete.

A partir del árbol de problemas, se identificaron las relaciones de causa–efecto que explican las brechas en el acceso, la calidad y la equidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SS y SR). Posteriormente, los determinantes identificados fueron priorizados mediante la metodología de Importancia y Gobernabilidad, lo que permitió establecer aquellos factores causales con mayor impacto sobre el problema público y con mayor capacidad de intervención desde la política nacional.

Con base en los determinantes priorizados con nivel de prioridad alta, se formularon las alternativas de solución, las cuales responden de manera directa a las causas estructurales, sociales e institucionales identificadas. De esta manera, la propuesta mantiene una correspondencia explícita entre diagnóstico, priorización de determinantes y alternativas de intervención, asegurando la coherencia metodológica y evitando acciones aisladas o desvinculadas de las problemáticas detectadas.

6.1 Alternativas de solución

Las alternativas de solución se orientan a modificar las condiciones que originan y perpetúan las brechas en salud sexual y salud reproductiva, conforme a la lógica causa–efecto identificado en el árbol de problemas y a los determinantes priorizados mediante la metodología de Importancia y Gobernabilidad. Cada alternativa responde a uno o más determinantes priorizados, garantizando un enfoque integral, territorial y de derechos.

Las alternativas de solución propuestas son las siguientes:

1. Fortalecimiento de la articulación y gestión del Sistema Nacional de Salud en salud sexual y salud reproductiva.

Esta alternativa responde al determinante priorizado relacionado con la necesidad de consolidar la articulación, alineación técnica y coordinación operativa en el Sistema Nacional de Salud para garantizar la priorización efectiva de la salud sexual y salud reproductiva (SSySR).

Se orienta al fortalecimiento de los mecanismos de planificación conjunta, regulación, coordinación interinstitucional, monitoreo y evaluación entre las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, a fin de asegurar una implementación homogénea de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el territorio nacional.

Esta intervención contribuirá a optimizar la integración funcional del sistema, reducir la heterogeneidad en la prestación de servicios y garantizar una respuesta oportuna, integral y con estándares de calidad para la población.

2. Armonización y fortalecimiento del sistema de medición de indicadores en salud sexual y salud reproductiva.

Derivada de los determinantes priorizados vinculados a las debilidades en los sistemas de información y a la ausencia de indicadores estandarizados, esta alternativa tiene como objetivo mejorar la disponibilidad, calidad y uso de información para la toma de decisiones, el seguimiento de la Política y la reducción de brechas territoriales y poblacionales en SS y SR.

3. Fortalecimiento de las redes y microredes de servicios de salud sexual y salud reproductiva en el territorio

Esta alternativa responde a los determinantes priorizados relacionados con la inequidad y brechas de acceso a servicios integrales de SS y SR, así como a la débil implementación de estrategias en la RPIS, y se orienta a mejorar la cobertura, capacidad resolutive y continuidad de la atención, especialmente en zonas rurales, de difícil acceso y territorios con población en situación de vulnerabilidad.

4. Integración y fortalecimiento de la atención en salud sexual y salud reproductiva en los tres niveles de atención.

Derivada de la problemática asociada a la fragmentación de la atención y la provisión no integral de servicios, esta alternativa busca garantizar la continuidad del cuidado, la referencia y contrarreferencia efectiva y la atención integral en SS y SR a lo largo del curso de vida, en el primer, segundo y tercer nivel de atención.

5. Articulación interinstitucional y con organizaciones sociales y académicas para el fortalecimiento del marco normativo y la generación de evidencia.

Esta alternativa se vincula con los determinantes priorizados relacionados con la débil transversalización de los enfoques de derechos, género e interculturalidad, así como con la escasa información sobre poblaciones prioritarias, y se orienta al fortalecimiento del marco normativo, la generación de estudios y la producción de evidencia con pertinencia intercultural, interseccional y territorial.

6. Estrategia de fortalecimiento continuo de capacidades del talento humano en salud sexual y salud reproductiva.

Derivada de los determinantes relacionados con las brechas y alta rotación del talento humano y la falta de empoderamiento del personal de salud, esta alternativa busca mejorar las competencias técnicas, éticas y actitudinales del personal de salud, con el apoyo de la academia, promoviendo una atención integral, basada en derechos y libre de estigma y discriminación.

7. Implementación de acciones para la reducción del estigma y la discriminación y el fortalecimiento de servicios amigables e interculturales.

Esta alternativa responde a los determinantes priorizados asociados a las barreras socioculturales, prácticas discriminatorias y concepciones de género inequitativas, y se orienta a garantizar servicios de SS y SR inclusivos, respetuosos de la diversidad sexo-genérica, cultural y generacional, especialmente para poblaciones en situación de vulnerabilidad.

8. Fortalecimiento de centros y estrategias de atención integral para adolescentes

Derivada del determinante priorizado relacionado con la vulnerabilidad biopsicosocial de niñas y adolescentes, esta alternativa busca consolidar servicios integrales, confidenciales y amigables que respondan a las necesidades específicas de este grupo poblacional y contribuyan a la prevención del embarazo adolescente y al ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

9. Fortalecimiento de los procesos de adquisición, distribución y disponibilidad de insumos estratégicos en planificación familiar

Esta alternativa se vincula con el determinante relacionado con la discontinuidad en la provisión de insumos, equipamiento y medicamentos, y tiene como objetivo garantizar la disponibilidad oportuna y sostenida de métodos anticonceptivos y otros insumos esenciales para la atención integral en salud sexual y salud reproductiva.

La correspondencia entre los determinantes priorizados y las alternativas de solución propuestas se presenta en la Tabla 13, la cual evidencia de manera explícita la relación causa solución, conforme a la metodología aplicada.

Tabla 13. Relación entre determinantes priorizados y alternativas de solución de la Política

N.º	Determinante priorizado	Alternativa de solución relacionada
1	Inequidad y brechas de acceso a servicios integrales de SS y SR	3. Fortalecimiento de redes y microneles. 4. Integración de la atención en los tres niveles.
2	Ausencia de una política consolidada y actualizada de SS y SR	1. Fortalecimiento de la articulación y gestión del SNS en SSySR. 5. Articulación interinstitucional y normativa.
3	Vulnerabilidad biopsicosocial de niñas y adolescentes	8. Fortalecimiento de centros y estrategias de atención integral para adolescentes.
4	Objeción de conciencia indebida en la provisión de servicios de SS y SR	1. Fortalecimiento de la articulación y gestión del SNS en SSySR. 6. Fortalecimiento de capacidades del talento humano.
5	Débil transversalización de enfoques de derechos, género e interculturalidad	5. Articulación interinstitucional. 7. Reducción del estigma y fortalecimiento de servicios amigables.
6	Débil implementación de estrategias de SS y SR en la RPIS	3. Fortalecimiento de redes y microneles. 4. Integración de la atención en los tres niveles.
7	Falta de priorización institucional de la SS y SR	1. Fortalecimiento de la articulación y gestión del SNS en SSySR.
8	Limitada consolidación de los mecanismos de articulación y alineación interinstitucional en el Sistema Nacional de Salud para la priorización de la SSySR	1. Fortalecimiento de la articulación y gestión del SNS en SSySR.
9	Debilidades en los sistemas de información y registros estadísticos	2. Armonización y fortalecimiento del sistema de información de indicadores.
10	Discontinuidad en la provisión de insumos estratégicos	9. Fortalecimiento de procesos de adquisición y distribución.

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

En conjunto, la propuesta garantiza la coherencia entre el diagnóstico, la priorización de los determinantes del problema público y las alternativas de solución, conforme a la metodología del árbol de problemas, la metodología de Importancia y Gobernabilidad y la validación técnica desarrollada durante el proceso de formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, asegurando intervenciones pertinentes, inclusivas y orientadas a la reducción de inequidades.

6.2 Priorización de alternativas

La priorización de las alternativas de solución se realiza con base en los resultados del diagnóstico situacional, el análisis del árbol de problemas y la priorización de los determinantes del problema público desarrollados en los acápites previos de la Política.

En este marco, las alternativas formuladas en el apartado 6.1 fueron sometidas a un proceso de priorización técnica, conforme a los lineamientos establecidos en la Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas de la Secretaría General de la Administración Pública, Planificación y Gabinete, con el fin de determinar su nivel relativo de prioridad para la implementación de la Política.

La priorización consideró criterios técnicos de factibilidad, eficiencia, equidad, sostenibilidad y decisión política, los cuales fueron valorados en una escala de 1 a 5, de acuerdo con su impacto esperado, viabilidad de implementación y coherencia con los objetivos estratégicos de la Política. Con base en este ejercicio, las alternativas fueron clasificadas en cuatro niveles de prioridad: muy alta, alta, media y baja.

En este contexto, el fortalecimiento del ejercicio del rol rector del MSP en salud sexual y salud reproductiva se prioriza como una alternativa estratégica transversal, en tanto constituye una condición habilitante para la implementación efectiva del resto de alternativas de la Política. Este fortalecimiento permite mejorar la regulación, articulación interinstitucional, estandarización de la atención, seguimiento y evaluación de las acciones en SS y SR a nivel nacional y territorial.

Asimismo, se priorizan alternativas relacionadas con la integración y fortalecimiento de la atención en los tres niveles, la armonización y fortalecimiento de los sistemas de información e indicadores, y la reducción de brechas de acceso a servicios, en concordancia con los determinantes priorizados vinculados a inequidades territoriales, debilidades institucionales y limitaciones en la gestión de la información.

Las alternativas con niveles de prioridad media y baja no responden a una menor relevancia frente al problema público, sino a criterios asociados a la viabilidad técnica, alcance poblacional, sostenibilidad o capacidad institucional de implementación en el corto plazo. Estas alternativas se mantienen como componentes complementarios y progresivos, necesarios para garantizar un abordaje integral, inclusivo y sostenible de la Política.

Las alternativas priorizadas se presentan en la Tabla 14, evidenciando la coherencia entre los determinantes priorizados del problema público, las alternativas de solución y los objetivos estratégicos de la Política.

Tabla 14. Priorización de alternativas de solución

Alternativa de Solución	Factibilidad	Eficiencia	Equidad	Sostenibilidad	Decisión Política	Nivel de Prioridad
Fortalecimiento de la articulación y gestión del SNS en SSySR.	5	5	5	5	5	Muy alta
Armonización y fortalecimiento de la medición de indicadores en salud sexual y salud reproductiva	5	4	4	4	5	Muy alta
Fortalecimiento de las redes y microredes de servicios de salud sexual y salud reproductiva en el territorio	3	3	4	4	3	Media
Integración y fortalecimiento de la atención en salud sexual y salud reproductiva en los tres niveles de atención	5	4	4	4	5	Muy alta
Articulación interinstitucional para el fortalecimiento del marco normativo y la generación de estudios en salud sexual y salud reproductiva con pertinencia intercultural	3	3	3	3	3	Baja
Estrategia de fortalecimiento continuo de capacidades del talento humano en salud sexual y salud reproductiva con apoyo de la academia	3	3	3	4	3	Media
Acciones y estrategias para la reducción del estigma, fortalecimiento de servicios amigables e interculturales	3	3	4	3	3	Media

Fortalecimiento de centros y estrategias de atención integral para adolescentes	3	3	3	3	3	Baja
---	---	---	---	---	---	------

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.
Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

6.3 Objetivos y lineamientos estratégicos de la política

Los objetivos y lineamientos estratégicos de la presente Política se formularon a partir del análisis del diagnóstico situacional de la salud sexual y salud reproductiva, la identificación de los principales determinantes del problema público y los aportes recogidos durante el proceso participativo de construcción de la política. Estos elementos permitieron definir orientaciones estratégicas coherentes con las necesidades de la población, las realidades territoriales y los enfoques de derechos, género, interculturalidad e interseccionalidad.

En este marco, los lineamientos estratégicos responden a la necesidad de fortalecer la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional, garantizar la articulación del Sistema Nacional de Salud y asegurar la provisión oportuna, equitativa y con enfoque de derechos de los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Asimismo, se sustentan en la evidencia técnica disponible, los compromisos nacionales e internacionales asumidos por el Estado ecuatoriano y la importancia del talento humano en salud como eje clave para la implementación efectiva de las acciones en el territorio.

Objetivo General

Incrementar el acceso a una atención integral, equitativa, digna y de calidad en salud sexual y salud reproductiva a la población residente en el territorio ecuatoriano, promoviendo el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, contribuyendo a la mejora de la cobertura y reducción de brechas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo específico 1

Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.

Lineamiento estratégico 1

Promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población en general a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Líneas de acción:

- Prevención, detección y atención de manera integral de las Infecciones de Transmisión Sexual.
- Prevención, detección y atención de manera integral del VIH.
- Prevención, detección y atención de manera integral a personas víctimas de violencia de género sin revictimizarlas.
- Prevención y detección del cáncer relacionado con la salud sexual y salud reproductiva.

Objetivo específico 2

Reducir inequidades y barreras sociales y comunitarias que limitan el acceso a SS y SR, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad.

Lineamiento estratégico 2

Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva como una prioridad de salud pública.

Líneas de acción:

- Impulsar la gobernanza y priorización de la salud sexual y salud reproductiva, a través del marco normativo y la transversalización de los enfoques interseccional, intercultural de los grupos poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad.

Objetivo específico 3

Optimizar la provisión, distribución continua y eficiente de recursos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos que posibiliten las prestaciones de salud sexual y salud reproductiva.

Lineamiento estratégico 3

Viabilizar la continuidad y acceso efectivo a planificación familiar que contribuya a la toma de decisiones de la población respecto a la reproducción a través del fortalecimiento de los procesos de asesoría, atención, adquisición y distribución, de insumos estratégicos en planificación familiar.

Líneas de acción:

- Mejorar la asesoría en los momentos de la planificación familiar, de acuerdo los enfoques del MAIS - FCI.
- Potenciar el acceso a prestaciones planificación familiar, de acuerdo a los enfoques del MAIS -FCI.

Objetivo específico 4

Fortalecer la calidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva para una atención integral, amigable y diferenciada a lo largo del curso de vida.

Lineamiento estratégico 4

Reforzar la atención integral, amigable, diferenciada y de calidad en salud sexual y salud reproductiva para los y las adolescentes.

Líneas de acción:

Implementar servicios de atención integral, diferenciada, amigable y de calidad en salud sexual y salud reproductiva dirigidos a adolescentes.

Objetivo específico 5

Facilitar el acceso permanente de la población a los avances científicos y legales disponibles, orientado al ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, con mecanismos de confidencialidad, integridad física y psicológica, y fortalecimiento de vínculos de confianza entre la población y las instituciones del Estado.

Lineamiento estratégico 5

Proteger la salud materna, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, lo cual incluye brindar atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto o de sus complicaciones.

Líneas de acción:

- Promover una atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres para atención de pérdidas gestacionales y sus complicaciones.
- Impulsar la promoción, prevención y atención integral de las gestantes para garantizar una maternidad segura.

6.4 Ámbito de aplicación

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva es de aplicación obligatoria para todo el Sistema Nacional de Salud y otros actores intersectoriales e interinstitucionales de apoyo tales como el sector público del Estado ecuatoriano, organizaciones civiles, organizaciones internacionales, academia, los cuales se encuentren involucrados en la ejecución de acciones que contribuyan al cumplimiento de las metas planteadas en este documento.

6.7 Metas e indicadores

Las metas e indicadores de la presente Política se orientan a medir el avance progresivo en el fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional, la capacidad resolutoria del SNS y el acceso equitativo a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, con enfoque de derechos. En este marco, se reconoce el rol estratégico del talento humano en salud, cuya contribución ha sido ampliamente respaldada por la evidencia internacional para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, el acceso efectivo a la planificación familiar, la prevención de infecciones de transmisión sexual y la provisión de una atención respetuosa, oportuna y culturalmente pertinente a lo largo del ciclo de vida. En consecuencia, los indicadores permiten evaluar el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales y el fortalecimiento de la implementación territorial de la política.

Con respecto a la obtención de información estadística para el levantamiento de líneas base y metas de los indicadores, cada instancia responsable del MSP y de las instituciones de la RPIS reportó información de sus subsistemas. En cuanto a la proyección de metas, las áreas responsables del reporte de las diferentes instituciones realizaron un análisis minucioso de cada indicador estableciendo la proyección de metas por indicador 2025 – 2030.

Tabla 15. Indicadores y metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

OBJETIVOS	LINEAMIENTO ESTRATÉGICO	LÍNEA DE ACCIÓN	INDICADOR	META DEL INDICADOR 2030
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.	Promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población en general a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.	Prevención, detección y atención de manera integral de las Infecciones de Transmisión Sexual.	Porcentaje de atenciones de primera consulta con diagnóstico de ITS en establecimientos de salud.	Incrementar el porcentaje de primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud de la RPIS de 0,42% en el año 2024 a 0,50% al 2030.
		Prevención, detección y atención de manera integral del VIH.	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida.	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y que reciben tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida de 77,89% en el año 2024 a 81,38% al 2030.
		Prevención, detección y atención de manera integral a personas	Porcentaje de funcionarios/as de la Red Pública de Salud (RPIS) capacitados en la	Incrementar el porcentaje de funcionarios públicos capacitados en la Norma Técnica de Atención integral en violencia de género de

		víctimas de violencia de género sin revictimizarlas.	Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género.	28,59% en el año 2024 a 62,71% al 2030.
			Porcentaje de atenciones por primera consulta a mujeres que se han sometido a una prueba de alta precisión de detección de VPH en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de atenciones realizadas a mujeres entre 30 a 65 años que se han sometido a una prueba de alta precisión de detección de VPH en la RPIS de 5,94% en el 2024 a 7,53% al 2030.
		Prevención y detección del cáncer relacionado con la salud sexual y salud reproductiva.	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en población de 35 a 65 años en el SNS.	Reducir la tasa de mujeres de 35 a 65 años, que fallecen por cáncer de cuello uterino por 100.000 habitantes de 11,37% en el año 2024 a 11,29% en el 2030.
			Tasa de mortalidad por cáncer de mama en población de 30 a 69 años en el SNS.	Reducir la tasa de personas (hombres y mujeres) de 30 a 69 años, que fallecen por cáncer mama por 100.000 habitantes de 7,18% en el año 2024 a 6,69% al 2030.
			Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en población de 50 a 75 años en el SNS.	Reducir la tasa de hombres de 50 a 75 años, que fallecen por cáncer próstata por 100.000 habitantes de 23,75% en el año 2024 al 22,14% al 2030.
Reducir inequidades y barreras sociales y comunitarias que limitan el acceso a SSySR, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad	Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva como una prioridad de salud pública.	Impulsar la gobernanza y priorización de la salud sexual y salud reproductiva, a través del marco normativo y la transversalización de los enfoques interseccional, intercultural de los grupos	Tasa de obstetrices/tras que brindan atención en salud en la RPIS.	Incrementar la proporción de obstetrices/tras que brindan atención en salud en el SNS por cada 10.000 habitantes de 2,44 en el 2024 a 2,59 al 2030.

		poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad		
Optimizar la provisión, distribución continua y eficiente de recursos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos que posibiliten las prestaciones de salud sexual y salud reproductiva.	Viabilizar la continuidad y acceso efectivo a planificación familiar que contribuya a la toma de decisiones de la población respecto a la reproducción a través del fortalecimiento de los procesos de asesoría, atención, adquisición y distribución, de insumos estratégicos en planificación familiar.	Mejorar la asesoría en los momentos de la planificación familiar, de acuerdo los enfoques del MAIS - FCI.	Cobertura de atenciones en asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años en los establecimientos salud de la RPIS.	Incrementar la cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar de la población de 10 a 49 años (hombres y mujeres) en los establecimientos de salud de la RPIS de 9,32% en el 2024 a 10,50% al 2030.
		Potenciar el acceso a prestaciones planificación familiar, de acuerdo a los enfoques del MAIS -FCI.	Cobertura de atenciones en planificación familiar en los establecimientos salud de la RPIS.	Incrementar la cobertura de atenciones en planificación familiar brindada a mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS de 17,39% en el año 2024 a 19,58% al 2030.
Fortalecer la calidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva para una atención integral, amigable y diferenciada a lo largo del curso de vida.	Reforzar la atención integral, amigable, diferenciada y de calidad en salud sexual y salud reproductiva para los y las adolescentes.	Implementar servicios de atención integral, diferenciada, amigable y de calidad en salud sexual y salud reproductiva dirigidos a adolescentes.	Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes – SSIAA de 56,16% en el año 2024 a 63,25% al 2030.
Facilitar el acceso permanente de la población a los avances científicos y legales disponibles, orientado al ejercicio pleno	Proteger la salud materna, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, lo cual incluye brindar atención oportuna, integral y de calidad a las	Promover una atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres para atención de pérdidas gestacionales y sus	Porcentaje de atenciones de aborto realizado al grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS.	Incrementar el porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que accedieron por atención de aborto en establecimientos de salud de la RPIS de 0,22% en el año 2024 a 0,26% al 2030.

de los derechos sexuales y derechos reproductivos, con mecanismos de confidencialidad, integridad física y psicológica, y fortalecimiento de vínculos de confianza entre la población y las instituciones del Estado.	mujeres en situación de aborto o de sus complicaciones.	complicaciones .	Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud	Incrementar el porcentaje de mujeres de 10 a 49 años que accedieron por atención de aborto hospitalario en establecimientos de salud de la RPIS de 3,40% en el año 2024 a 4,01% al 2030.
		Impulsar la promoción, prevención y atención integral de las gestantes para garantizar una maternidad segura	Porcentaje de atenciones por primera consulta posparto que accedieron a un método anticonceptivo.	Incrementar el porcentaje de atenciones por primera consulta de mujeres posparto que accedieron a un método anticonceptivo de 14,23% en el 2024 a 16,99% al 2030.
			Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS	Incrementar la concentración de controles prenatales realizados a gestantes en establecimientos de salud de la RPIS de 3,41 en el año 2024 a 4,15 al 2030.

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Nota técnica: los indicadores establecidos en la Política adoptan como línea base el año 2024, con el propósito de contar con un punto de referencia actualizado y homogéneo para la medición de resultados y el seguimiento de metas al 2030. La definición de la línea base responde a criterios técnicos de consistencia metodológica y comparabilidad estadística. En consecuencia, el primer reporte oficial de avance se efectuará con información correspondiente al año 2025.

6.8 Asignación de responsabilidades

La responsabilidad del cumplimiento de las metas e indicadores recae en las entidades de la Red Pública Integral de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública. La coordinación interinstitucional garantiza la implementación integral y coherente de la política.

Respecto al seguimiento, el reporte de los 15 indicadores de la Política se realizará de manera anual, con la información consolidada de acuerdo a lo estipulado en las fichas metodológicas de cada indicador. La información estadística será remitida en formato informe por cada una de las entidades que conforman la RPIS, al área responsable del MSP, donde se consolidarán los datos, generando un reporte nacional de cumplimiento de indicadores y metas.

Tabla 16. Asignación de responsabilidades para el reporte de indicadores de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Indicador	Responsable reporte consolidado RPIS
Porcentaje de atenciones de primera consulta con diagnóstico ITS en establecimientos de salud	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles o quien haga sus veces
Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida	
Porcentaje de funcionarios/as de la Red Pública de Salud (RPIS) capacitados en la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género	Dirección Nacional de Derechos Humano Género e Inclusión o quien haga sus veces
Porcentaje de primera atención a mujeres que se han sometido a una prueba de alta precisión de detección de VPH en la RPIS	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles o quien haga sus veces
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en población de 35 a 65 años en el SNS	
Tasa de mortalidad por cáncer de mama en población de 30 a 69 años	
Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en población de 50 a 75 años	
Tasa de obstetrices/tras que brindan atención en salud en la RPIS.	Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria o quien haga sus veces
Cobertura de atenciones en asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años en los establecimientos salud de la RPIS	Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces
Cobertura de atenciones en planificación familiar en los establecimientos salud de la RPIS	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces
Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS	Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces
Porcentaje de atenciones de aborto realizado al grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS	Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces
Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud	Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces
Porcentaje de atenciones por primera consulta posparto que accedieron a un método anticonceptivo de planificación familiar	Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces
Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS	Dirección Nacional de Atención Integral Dirección Nacional de Promoción de la Salud o quien haga sus veces

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

6.9 Presupuesto referencial

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

Por lo que, el presupuesto de trece indicadores corresponde a gasto corriente y permanente asignado a talento humano para la ejecución de atenciones en salud; mientras que el presupuesto de dos indicadores es financiado mediante proyectos de inversión instaurados en el Ministerio de Salud Pública, conforme se detalla en la tabla 13.

Tabla 17. Presupuesto referencial gasto no permanente

Entidad responsable	Indicador	Tipo de presupuesto	Fuente de Financiamiento	2025	2026	2027	2028	2029	2030
RPIS	13 indicadores	Gasto corriente	PGE – MSP	Permanente					
MSP	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida	Gasto no permanente Proyecto de Inversión	Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C, Ministerio de Salud Pública	\$ 131.647,09	\$ 132.406,32	\$ 133.165,55	\$ 133.924,77	\$ 134.697,09	\$ 135.469,40
MSP	Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS	Gasto no permanente Proyecto de Inversión	Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes	\$ 3'345.771,90	\$ 3'383.822,11	\$ 3'422.534,07	\$ 3'461.907,77	\$ 3'502.274,09	\$ 3'543.302,14

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

7. Plan de implementación

La implementación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se orienta a operativizar los lineamientos estratégicos y sus líneas de acción, fortaleciendo los sistemas de gestión y asegurando la continuidad del seguimiento y evaluación durante la vigencia de la Política.

En este marco, la Tabla 15 presenta un resumen ejecutivo del Plan de Implementación, identificando las principales acciones, responsables, plazos y productos esperados, con el fin de brindar una visión sintética del esquema general de ejecución de la Política.

Tabla 18. Plan de Implementación de la Política

Acción	Responsables	Plazo	Producto Esperado
Revisión, adecuación, actualización y armonización de la normativa en SS y SR	MSP; RPIS; Academia; Cooperación, Organizaciones civiles	Vigencia de la Política	Marco normativo actualizado y armonizado, conforme a los lineamientos estratégicos definidos en la matriz estratégica
Capacitación y fortalecimiento de capacidades del personal de salud en el marco normativo, enfoques de derechos, género, interculturalidad y curso de vida	MSP; RPIS	Permanente	Personal de salud capacitado, conforme a las actividades y metas definidas en la matriz estratégica
Generación de evidencia mediante estudios técnicos en poblaciones prioritarias para la toma de decisiones	MSP; Cooperación	2 años	desarrollados y utilizados para el seguimiento de la Política
Fortalecimiento institucional para la formación continua en Salud Sexual y Salud Reproductiva	MSP; Academia	Vigencia de la Política	Mecanismos y espacios de formación continua implementados, conforme a las actividades previstas
Articulación intersectorial e interinstitucional para la implementación territorial de la Política	MSP; RPIS; GAD; Consejos de Planificación	Permanente	Mecanismos de coordinación intersectorial operativos en territorio

Integración de la Política en los instrumentos de planificación y presupuesto institucional (PEI, POA y presupuesto)	MSP; RPIS	Permanente	Instrumentos de planificación institucional alineados a la Política
--	-----------	------------	---

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

Las acciones contenidas en la Tabla 15 se desarrollan y detallan de manera integral en la Matriz Estratégica (anexo 1), en la cual se especifican de forma desagregada los lineamientos estratégicos, las líneas de acción, los indicadores, las metas, el presupuesto referencial y las actividades definidas para cada línea de acción, constituyéndose en el principal instrumento operativo para la implementación, el monitoreo y la evaluación de la Política.

8. Vinculación con el SNDPP

La Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se articula de manera coherente con los instrumentos de planificación nacional, sectorial e institucional vigentes, en particular con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Sectorial de Salud 2025–2029, el Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública 2025–2029, el Plan Decenal de Salud 2022–2031 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030.

La alineación de los objetivos y metas de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva se realizó de manera exhaustiva y textual con los instrumentos de planificación nacional, sectorial e institucional vigentes, considerando que la contribución de una política pública puede ser directa o indirecta.

En este marco, los objetivos, líneas de acción, metas e indicadores de la Política contribuyen a la garantía del derecho a la salud y al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, en concordancia con las prioridades del sector salud, la reducción de brechas e inequidades, el fortalecimiento de la rectoría sanitaria y la mejora de la calidad y oportunidad de los servicios, aportando al cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales del Estado ecuatoriano.

Tabla 19. Vinculación de la Política con la SNDPP

Relacionamiento con el Plan Sectorial de Salud 2025 - 2029						
Política Nacional de SSySR				Plan Sectorial de Salud 2025 - 2029		
Objetivo	Línea de acción	Indicador	Meta	Objetivo relacionado	Indicador relacionado	Meta relacionada
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva,	Prevención, detección y atención de manera integral del VIH.	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y que reciben tratamiento	Incrementar la Prevención y reducción de la Carga de enfermedades en la Población.	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y

con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.		antirretroviral y tienen carga viral suprimida.	antirretroviral con carga viral suprimida de 77,89% en el año 2024 a 81,38% al 2030.		tienen carga viral suprimida.	tienen carga viral suprimida, del 78,22% en el 2024 a 87,21% al 2029.
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.	Prevención y detección del cáncer relacionado con la salud sexual y salud reproductiva.	Porcentaje de primera atención a mujeres que se han sometido a una prueba de alta precisión de detección de VPH en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de atenciones realizadas a mujeres entre 30 a 65 años que se han sometido a una prueba de alta precisión de detección de VPH en la RPIS de 5,94% en el 2024 a 7,53% al 2030.	Incrementar la Prevención y reducción de la Carga de enfermedades en la Población	Porcentaje de tamizajes de cáncer cervicouterino realizado a mujeres de 21 a 65 años, en los establecimientos de salud del primer nivel del Ministerio de Salud Pública.	Incrementar el porcentaje de tamizajes de cáncer cervicouterino realizado a mujeres de 21 a 65 años en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de 3,60% en el 2024 a 8,10% al 2029.
Facilitar el acceso permanente de las personas a los beneficios de los avances científicos y legales disponibles, para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre la población y las instituciones del Estado.	Impulsar la promoción, prevención y atención integral de las gestantes para garantizar una maternidad segura.	Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS.	Incrementar la concentración de controles prenatales realizados a gestantes en establecimientos de salud de la RPIS de 3,41 en el año 2024 a 4,15 al 2030.	Incrementar el acceso Equitativo, integral y universal a Servicios de salud.	Cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo.	Incrementar la cobertura de control prenatal durante el primer trimestre del embarazo de 44,28% en 2024 a 48,14% al 2029.
Relacionamiento con el Plan Sectorial de Salud 2025 - 2029						
Política Nacional de SSySR				Plan Estratégico Institucional 2025 - 2029		
Objetivo	Línea de acción	Indicador	Meta	Objetivo relacionado	Indicador relacionado	Meta relacionada
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.	Prevención, detección y atención de manera integral del VIH.	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida.	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y que reciben tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida de 77,89% en el año 2024 a 81,38% al 2030.	Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control.	Porcentaje de personas que viven con VIH y conocen su estado serológico.	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH y conocen su estado serológico de 92,26% en 2024 a 95% al 2029.

Optimizar la provisión, distribución continua y eficiente de recursos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos que posibiliten las prestaciones de salud sexual y salud reproductiva.	Mejorar la asesoría en los momentos de la planificación familiar, de acuerdo los enfoques del MAIS - FCI.	Cobertura de atenciones en asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años en los establecimientos de salud de la RPIS.	Incrementar la cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar de la población de 20 a 49 años (hombres y mujeres) en los establecimientos de salud de la RPIS de 9,32% en el 2024 a 10,50% al 2030.	Incrementar la promoción de la salud en la población.	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.	Incrementar la 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.
Fortalecer la calidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva para una atención integral, amigable y diferenciada a lo largo del curso de vida.	Implementar servicios de atención integral, diferenciada, amigable y de calidad en salud sexual y salud reproductiva dirigidos a adolescentes.	Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA de 56,16% en el año 2024 a 63,25% al 2030.	Incrementar la promoción de la salud en la población.	Cobertura de atenciones en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 15 a 19 años	Incrementar la 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.
Relacionamiento con el Plan Decenal de Salud 2022 - 2031						
PNSSYSR				Plan Decenal de Salud 2022 - 2031		
Objetivo	Línea de acción	Indicador	Meta del indicador	Estrategia relacionada	Acción relacionada	Meta relacionada
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.	Prevención, detección y atención de manera integral del VIH.	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida.	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y que reciben tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida de 77,89% en el año 2024 a 81,38% al 2030.	Fortalecimiento de planes de intervención de salud pública para la prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas.	Actualizar e implementar de manera articulada con el SNS, el plan de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.	Incrementar el porcentaje de la población que conoce su estado serológico y se encuentra en tratamiento para VIH con carga viral suprimida, del 89% al 95%.
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.	Prevención, detección y atención de manera integral a personas víctimas de violencia de género sin revictimizarlas.	Porcentaje de funcionarios/as de la Red Pública de Salud (RPIS) capacitados en la Norma Técnica de Atención Integral en	Incrementar el porcentaje de funcionarios públicos capacitados en la Norma Técnica de Atención integral en violencia de género de 28,59% en el año 2024 a 62,71% al 2030.	Fortalecimiento de las acciones que permitan la prevención y contención de la violencia social, de género e intrafamiliar.	Coordinar intersectorialmente, con énfasis en el sector social, seguridad y justicia y los distintos niveles de gobierno, políticas, normativas y	Implementar una estrategia sectorial de salud para apoyar las políticas de prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar.

		Violencia de Género.			acciones de prevención, atención integral y reparación de derechos a víctimas de la violencia social, violencia de género e intrafamiliar.	
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.	Prevención y detección del cáncer relacionado con la salud sexual y salud reproductiva.	Porcentaje de primera atención a mujeres que se han sometido a una prueba de alta precisión de detección de VPH en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de atenciones realizadas a mujeres entre 30 a 65 años que se han sometido a una prueba de alta precisión de detección de VPH en la RPIS de 5,94% en el 2024 a 7,53% al 2030.	Promoción de hábitos de vida que permitan a las personas a lo largo del curso de la vida ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno; considerando los enfoques: intercultural, intergeneracional, de género y la medicina tradicional, complementaria e integrativa.	Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a lo largo del ciclo de la vida, garantizando el acceso a la educación en salud sexual y reproductiva libre de violencias, y el acceso a métodos anticonceptivos.	Incrementar la proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido a una prueba de detección de cáncer cervicouterino.
Reducir inequidades y barreras sociales y comunitarias que limitan el acceso a SSySR, con énfasis en grupos en situación de vulnerabilidad	Impulsar la gobernanza y priorización de la salud sexual y salud reproductiva, a través del marco normativo y la transversalización de los enfoques interseccional, intercultural de los grupos poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad	Tasa de obstetrices/tras que brindan atención en salud en la RPIS.	Incrementar la proporción de obstetrices/tras que brindan atención en salud en el SNS por cada 10.000 habitantes de 2,44 en el 2024 a 2,59 al 2030.	Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del sistema nacional de salud.	Asegurar la disponibilidad y distribución adecuada, equitativa y con pertinencia cultural de personal de salud calificado en todo el SNS.	Incrementar al 44,5 trabajador/as de la salud por cada 10.000 habitantes, para alcanzar la tasa estándar.
Optimizar la provisión, distribución continua y eficiente de recursos, medicamentos, insumos y dispositivos médicos que posibiliten las prestaciones de	Potenciar el acceso a prestaciones planificadas familiar, de acuerdo a los enfoques del MAIS -FCI.	Cobertura de atenciones en planificación familiar en los establecimientos salud de la RPIS.	Incrementar la cobertura de atenciones en planificación familiar brindada a mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS de 17,39%	Implementación de modelo de atención integral de salud comunitario, familiar e intercultural basado en la atención primaria de salud y redes de	Realizar un proceso de integración territorial de redes de servicios de salud plurales de la RPIS que garanticen la calidad de la atención y	Incrementar al menos al 69% el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyas necesidades de anticoncepción se encuentran satisfechas.

salud sexual y salud reproductiva.			en el año 2024 a 19,58% al 2030.	servicios integrales para garantizar la continuidad, calidad y eficiencia.	fortalezcan el primer nivel de atención.		
Fortalecer la calidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva para una atención integral, amigable y diferenciada a lo largo del curso de vida.	Implementar servicios de atención integral, diferenciada, amigable y de calidad en salud sexual y salud reproductiva dirigidos a adolescentes.	Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes – SSIAA de 56,16% en el año 2024 a 63,25% al 2030.	Promoción de hábitos de vida que permitan a las personas a lo largo del curso de la vida ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno; considerando los enfoques: intercultural, intergeneracional, de género y la medicina tradicional, complementaria e integrativa.	Fomentar la vinculación interinstitucional y comunitaria para garantizar la adopción de enfoques transversales en temas de salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural y de género	Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en niñas (10-14 años) del 2,0 al 0,52 por cada 1.000 nacidos vivos	
Facilitar el acceso permanente de las personas a los beneficios de los avances científicos y legales disponibles, para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre la población y las instituciones del Estado.	Impulsar la promoción, prevención y atención integral de las gestantes para garantizar una maternidad segura	Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS	Incrementar la concentración de controles prenatales realizados a gestantes en establecimientos de salud de la RPIS de 3,41 en el año 2024 a 4,15 al 2030.	Fortalecimiento del plan de reducción de mortalidad materna.	Incrementar la cobertura de servicios integrales con pertinencia cultural de salud sexual y reproductiva, materno infantiles y planificación familiar.	Incrementar a 80% las mujeres embarazadas que cuentan con al menos 4 controles prenatales.	
Relacionamiento con el Plan Nacional De Desarrollo							
Política Nacional de SSySR				Plan Nacional De Desarrollo Ecuador No Se Detienen 2025 - 2029			
Objetivo	Línea De Acción	Indicador	Meta del indicador	Objetivo	Política relacionada	Meta relacionada	LA META ODS
Mejorar las condiciones de salud de la población para la prevención de	Prevención, detección y atención de manera	Porcentaje de personas que viven con VIH que encuentran en	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que	Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la	Fortalecer la prevención y control de enfermedades	Incrementar el porcentaje de personas que viven	Objetivo 3 Para 2030, poner fin a las epidemias

riesgos asociados a la salud sexual y salud reproductiva, con énfasis en la reducción de eventos adversos prioritarios.	integral del VIH.	tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida.	conocen su estado serológico y que reciben tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida de 77,89% en el año 2024 a 81,38% al 2030.	población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades	transmisibles y no transmisibles, incluyendo vigilancia sanitaria e implementación de sistemas de calidad en los servicios de salud.	con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento antirretroviral de 88,79% en el 2024 a 94,24% al 2029.	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
Fortalecer la calidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva para una atención integral, amigable y diferenciada a lo largo del curso de vida.	Implementar servicios de atención integral, diferenciada, amigable y de calidad en salud sexual y salud reproductiva dirigidos a adolescentes.	Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de la RPIS reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA de 56,16% en el año 2024 a 63,25% al 2030.		Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	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.	Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Facilitar el acceso permanente de las personas a los beneficios de los avances científicos y legales disponibles, para el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de mecanismos que aseguren la confidencialidad y la integridad física y psicológica, así como el establecimiento de vínculos de confianza entre la población y las instituciones del Estado.	Impulsar la promoción, prevención y atención integral de las gestantes para garantizar una maternidad segura	Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS	Incrementar la concentración de controles prenatales realizados a gestantes en establecimientos de salud de la RPIS de 3,41 en el año 2024 a 4,15 al 2030.		Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.	Objetivo 3 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
--	--	---	--	--	--	---	--

Tomado de: Talleres de construcción de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030, con base en Guía Metodológica para la Formulación de la Política Pública 2025 de la General de la Administración Pública y Gabinete.

Elaborado: Dirección Nacional de Promoción de la Salud 2026.

9. Glosario de términos

Aborto Terapéutico o Interrupción terapéutica: es la terminación médica del embarazo, cuando es necesaria para preservar la salud o vida, o en caso de embarazo producto de violación, sin límite de edad gestacional y de acuerdo al análisis de cada caso (70).

Adolescencia: periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Es una etapa única del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de una buena salud, en la adolescencia existe un rápido crecimiento físico, cognitivo y psicosocial (150).

Analfabetismo funcional: se denomina analfabetismo funcional a la incapacidad de un individuo para utilizar su capacidad de lectura, escritura y cálculo de forma eficiente en las situaciones habituales de la vida (151).

Androcentrismo: organización de las estructuras económicas, socioculturales y políticas a partir de la imagen del hombre, con un enfoque que fundamenta las experiencias humanas y el desarrollo de la historia desde la perspectiva masculina, invisibilizando a las mujeres y ocultando las aportaciones realizadas desde la mirada femenina (152).

Cascada de atención VIH: la cascada de atención VIH corresponde al objetivo 95 95 95 de la declaración Política de Naciones Unidas - ONUSIDA para poner fin al SIDA para el

año 2023, la cual propone llegar a cada País miembro al 95% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, el 95% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y el 95% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral (97).

Crímenes de odio: el delito de odio es una modalidad de crimen de lesa humanidad, ya que quien lo comete considera que su víctima carece de valor humano a causa de su color, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, origen, etnia, estatus civil, nacimiento, impedimento físico o mental, condición social, religión, edad, creencias religiosas o políticas (153).

Colonialidad: es la formación de un sistema social basado en la expansión del poder, siendo un constructo cultural que busca, la legitimación de las relaciones de opresión y la expansión de un centro de poder (154).

Demanda insatisfecha de planificación familiar: el concepto de demanda insatisfecha de planificación familiar alude a la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento anticonceptivo. Para monitoreo de los ODS, la necesidad insatisfecha se expresa como un porcentaje basado en las mujeres que están casadas o en unión consensual (62).

Diagnóstico de VIH tardío: el número y porcentaje de adultos y niños con un diagnóstico reciente de VIH, con un recuento inicial de células CD4 <200 células/mm³ y <350 células/mm³ durante el período de notificación (155).

Diversidad sexo genérica: hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir su sexualidad, así como de asumir expresiones, preferencias u orientaciones e identidades sexuales. Parte del reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse, sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas (156).

Edad fértil: es el periodo que se extiende desde la menarca o primera menstruación hasta la menopausia, cuyas edades pueden estar comprendidas entre 10 a 54 años, estas pueden variar según la edad de inicio y final de estas etapas (157).

Edad reproductiva: la etapa reproductiva de la mujer se define como el período que va de los 15 a 49 años de edad en las mujeres y en los hombres transcurre entre la pubertad (10 a 14 años) y los 60 años (158).

Empleo no remunerado: lo conforman aquellas personas con empleo en la semana de referencia y que, en el mes anterior a la encuesta, no percibieron ingresos laborales. En esta categoría están los trabajadores del hogar no remunerado, trabajadores no remunerados en otro hogar y los ayudantes no remunerados de asalariados y jornaleros (159).

Enseñanza básica se aprobó en la última Constitución y comprende 10 años de educación. Equivale al nivel jardín de infantes, primario y los tres primeros años de educación secundaria del anterior sistema, por ello, la población de referencia para esta medida son los niños/as de 5 a 14 años. La enseñanza media o bachillerato, se aprobó en la última Constitución y comprende 3 años de educación. Equivale a los tres últimos años de educación secundaria del anterior sistema, por ello, la población de referencia para esta medida son los niños/as de 15 a 17 años (1).

Estereotipo de género: las Naciones Unidas indica que, los estereotipos de género se refieren a la práctica de atribuir a un individuo, mujer u hombre, atributos, características o roles específicos por la sola razón de su pertenencia al grupo social de mujeres u hombres (160).

Femicidio: la persona que, como resultado de relaciones de poder manifestadas en cualquier tipo de violencia, dé muerte a una mujer por el hecho de serlo o por su condición de género, será sancionada con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años (4).

Feminismo: el feminismo es un movimiento social, político y cultural que surgió en el siglo XIX con el propósito de defender y promover los derechos de las mujeres. Su objetivo principal es cuestionar y transformar las estructuras sociales que perpetúan la desigualdad y la subordinación de las mujeres. Este movimiento busca visibilizar y garantizar la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres, en los ámbitos social, económico, político y cultural, permitiendo que todas las personas, especialmente las mujeres, puedan desarrollar plenamente su potencial en condiciones de equidad y justicia (161).

Identidad de género: la identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (156).

Interseccionalidad: es una herramienta analítica que reconoce que las desigualdades sistémicas se configuran a partir de la superposición de diferentes factores sociales como el género, la etnia y la clase social (156).

Intersex: persona que nace con características biológicas de ambos sexos. En algunos casos los intersexuales presentan combinaciones en sus cromosomas y genitales. No se ubican dentro del binarismo sexual hombre/mujer (156).

Medición de la pobreza multidimensional: la pobreza multidimensional en una medida de la pobreza que considera la observación de diversos factores presentes en los hogares,

desde su nivel de vida básico hasta el acceso a escolaridad, agua limpia y atención de salud (162).

Orientación sexual: se refiere a la atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como a las relaciones íntimas y/o sexuales con estas personas. La orientación sexual es un concepto amplio que crea espacio para la autoidentificación. Las orientaciones sexuales son diversas y las más conocidas son: heterosexual, homosexual, bisexual, asexual y pansexual (156).

Patriarcado: es un sistema social y cultural basado en la dominación masculina, que asigna roles desiguales a hombres y mujeres, reproduciendo jerarquías que subordinan a las mujeres y limitando su derecho a libertad (163).

Personal de la salud: son todas las personas involucradas en actividades para mejorar la salud los cuales ostentan un título de tercer nivel y proporcionen sus servicios (médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, personal de laboratorio, gabinete, farmacéuticos, personal administrativo); esto difiere de los trabajadores de la salud los cuales no presentan un título de tercer nivel pero proporcionan y promueven una atención digna, socioculturalmente sensible y de calidad basada en los derechos humanos (parteras, trabajadores comunitarios) (164).

Pobreza de aprendizaje: significa no poder leer y comprender un texto simple a los 10 años. Este índice reúne indicadores de escolaridad y aprendizaje: comienza con la proporción de niños que no han alcanzado la competencia mínima en lectura (medida en las escuelas) y se ajusta por la proporción de niños que no asisten a la escuela (y se supone que no saben leer con soltura) (165).

Pobreza multidimensional: según la CEPAL, la pobreza es “el resultado de un proceso social y económico con componentes culturales y políticos en el cual las personas y los hogares se encuentran privados de activos y oportunidades esenciales por diferentes causas y procesos, tanto de carácter individual como colectivo, lo que le otorga un carácter multidimensional (47).

Tasa de abandono escolar: número de estudiantes contabilizados al final de un período escolar que abandonan un determinado grado o curso de estudios, expresado como porcentaje del total de estudiantes matriculados al final del mismo grado o curso de estudios y periodo escolar (166)

Tasa de empleo adecuado: el empleo adecuado según el INEC es una condición en la cual las personas satisfacen condiciones laborales mínimas, desde un punto de vista normativo, y los conforman aquellas personas con empleo que, durante la semana de referencia trabajan igual o más de 40 horas y que, en el mes anterior al levantamiento de la encuesta, percibieron ingresos laborales iguales o superiores al salario mínimo, independientemente del deseo y la disponibilidad de trabajar horas adicionales. También forman parte de esta categoría, las personas con empleo que, durante la semana de

referencia, trabajan menos de 40 horas a la semana; que en el mes anterior al levantamiento de la encuesta percibieron ingresos laborales mensuales iguales o superiores al salario mínimo, pero no desean trabajar horas adicionales (159).

Tasa neta de asistencia escolar: número de alumnos/as que asisten a establecimientos de enseñanza de un determinado nivel y que pertenecen al grupo de edad que, según las normas reglamentarias o convenciones educativas, corresponde a dicho nivel, expresado como porcentaje del total de la población del grupo de edad respectivo (167).

Violencia física: todo acto u omisión que produzca o pudiera producir daño o sufrimiento físico, dolor o muerte. Incluye cualquier forma de maltrato o agresión, como los castigos corporales, que afecten la integridad física de la persona, con o sin presencia de lesiones, ya sean internas, externas o ambas. Se considera violencia física al uso de la fuerza o de cualquier objeto que se utilice con la intencionalidad de causar daño y de sus consecuencias, independientemente del tiempo que se requiera para su recuperación (3).

Violencia gineco obstétrica: se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres, a recibir servicios de salud gineco - obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, no establecida en protocolos, guías o normas. Las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y posparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y salud reproductiva de mujeres en toda su diversidad a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (3).

Violencia psicológica: cualquier acción, omisión o patrón de conducta dirigido a causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, provocar descrédito, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural, expresiones de identidad juvenil o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, encierros, aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro acto que afecte su estabilidad psicológica y emocional (3).

Violencia sexual: toda acción que implique la vulneración o restricción del derecho a la integridad sexual y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso o acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas análogas (3).

Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH): la Organización Mundial de la Salud define al VIH como el “Virus de Inmunodeficiencia Humana” (VIH), que infecta a las células del

sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia (97).

10. Siglas y Acrónimos

ABVD	Realización de actividades básicas de la vida diaria.
AMIE	Archivo Maestro de Instituciones Educativas.
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad.
BMP	indicador de nivel mínimo de rendimientos (BMP, por sus siglas en inglés).
CDH	Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas.
COIP	Código Orgánico Integral Penal.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
ENEMDU	Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo.
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
GLOBOCAN	Observatorio mundial de cáncer.
SENESCYT	Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología.
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
LGBTIQ+	Lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales, queer y con orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales diversas.
LAYS	Años de Escolaridad Ajustados por Aprendizaje (Learning-Adjusted Yearsof Schooling).
MINEDUC	Ministerio de Educación.
MILENA	Metodología para estimar el impacto económico del embarazo y la maternidad adolescente.
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
OMS/OPS	Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.
PPL	Personas Privadas de la Libertad.
SS y SR	Salud Sexual y Salud Reproductiva.
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

11. Referencias bibliográficas

1. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Quito; 2008. Disponible en: https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf
2. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006. Última reforma consultada en línea. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
3. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica Integral Para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. Registro Oficial Suplemento 175; 2018. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf.
4. Asamblea Nacional del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal - COIP. Volumen. 20, Edición Constitucional del Registro Oficial 20. Quito 2022. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic5_ecu_ane_con_judi_c%C3%B3d_org_int_pen.pdf#:~:text=El%20C%C3%B3digo%20Org%C3%A1nico%20Integral%20Penal%20respecto%20del,de%20libertad%2C%20al%20ser%20un%20grupo%20de
5. Asamblea Nacional del Ecuador. Código de la Niñez Y Adolescencia. Edición Constitucional del Registro Oficial 262. 2022.
6. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Discapacidades. 2022.
7. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica que Regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en Caso de Violación. Ley Orgánica; 2022.
8. Secretaría Nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029: Ecuador no se detiene. Quito: Secretaría Nacional de Planificación; 2025. Disponible en: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2025/08/PlanNacionalDeDesarrollo25-29_EcuadorNoSeDetiene.pdf
9. Consejo Nacional para la Igualdad de Género, ONUMUJERES, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Agenda Nacional para la Igualdad de Género 2021-2025 Mujeres y Personas LGBTIQ+. 2022. Disponible en: https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/221129-AGENDA-CNIG-ONU_V6-2_compressed.pdf
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Decenal de salud 2022 - 2031. Año 2022. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC-00083-2022 JUL 04.pdf>
11. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública. Quito; 2017. Disponible en: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN NACIONAL DE SS Y SR 2017-2021.pdf>
12. Ministerio de Salud del Ecuador, Ministerio de Educación del Ecuador, Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador. Política Intersectorial para el Abordaje Integral del Embarazo en Adolescentes 2026 - 2035. 2025; Disponible en: https://strapi.lexis.com.ec/uploads/Registro_Oficial_Ano_I_Primer_Suplemento_No_191_d_el_24_de_diciembre_de_2025_LEXIS_ECUADOR_eab9bff34d.pdf

13. Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf
14. Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Cairo 1994. Nueva York, 1995. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
15. Convención de los Estados Americanos - OEA. Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar Y Erradicar La Violencia Contra La Mujer. Convención de Belém Do Pará” 1994. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
16. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing Declaración política y documentos resultados de Beijing. 1995. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>
17. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales período de sesiones Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000. Tema 3 del programa, Cuestiones Sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
18. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas Con Discapacidad Guía de formación Serie de capacitación profesional No 19. 2014. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PT_S19_sp.pdf
19. Naciones Unidas. Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes. 2008. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6258.pdf>
20. Naciones Unidas. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Montevideo; 2013. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
21. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile; Naciones Unidas 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
22. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. 2014. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
23. Organización Mundial de la Salud, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Ginebra; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274656>
24. Lagarde M y de los Ríos. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Siglo XXI. Editores México; 2016. Disponible en: <https://www.traslashuellasdesophia.com/post/los-cautiverios-de-las-mujeres-madresposas-monjas-putas-presas-y-locas-marcela-lagarde-y-de-los>

25. Costales P, Páez G, Valencia B. Escuela de Familias. “Protejamos toda una vida sin Violencia”. Módulo Sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Quito; 2018. Disponible en: <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2020/07/2.pdf>
26. Flores RV. Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2008. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08060-11.pdf>
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Asesoría en salud sexual y reproductiva. Manual. Quito; 2017. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Manual-asesoria-en-SSSR.pdf>
28. Bareiro L. Los derechos reproductivos y los derechos humanos universales. In: Promoción y defensa de los derechos reproductivos. San José; 2003. p. 119–33. Disponible en: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/47929>
29. Soliz-Torres F. La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida. Rev. Ciencias la Salud. 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732020000400001
30. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. 2016. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>
31. La Barbera M. Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. 2016; Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2016.8.54971>
32. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica para la Atención Integral a Víctimas de Violencia basada en Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos. 2019.
33. Rosero Garcés Rocío, Farina Manuela. Estudio sobre el matrimonio infantil y las uniones precoces en el Ecuador. 2021. Disponible en: <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2021/04/Practicas-nocivas-web.pdf>
34. Keijzer B, Cuellar AC, Mayorga Valenzuela A, Hommes C, Caffé S, Mendoza F. Masculinidades y salud de los hombres en la Región de las Américas. Revista Panamá Salud Pública. 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.93>
35. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS). Quito: Registro Oficial; 2012. Disponible en: https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
36. CARE. Guía Reaprendiendo sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. 2021.
37. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. Proyecciones de la Población de la República del Ecuador revisión 2024. Boletín Técnico. Agosto 2024 Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/censo_2022/revision_2024/Boletin_tecnico_proy_rev2024.pdf
38. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ecuador en cifras. Ecuador Creció en 2.5 millones de personas entre 2010 y 2022. Septiembre 2023. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/>
39. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina y el Caribe: la transformación de la educación como base para el desarrollo sostenible. Santiago; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/48518>

40. Naciones Unidas Ecuador. Perfil de País Ecuador Según Igualdad de Género - Ecuador. 2022. Disponible en: <https://ecuador.unwomen.org/sites/default/files/2022-12/Perfil%20Nacional%20sobre%20Igualdad%20de%20G%C3%A9nero%20ECUADOR.pdf>
41. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Ecuador en cifras – INEC. Reducción del analfabetismo en Ecuador: más de 199.000 personas libres de esta condición desde 2010. 13 de diciembre del 2023. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/reduccion-del-analfabetismo-en-ecuador-mas-de-199-000-personas-libres-de-esta-condicion-desde-2010/>
42. Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – ENEMDU. Indicadores de pobreza y desigualdad. Diciembre 2024. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2024/Diciembre/202412_PobrezayDesigualdad.pdf
43. Naciones Unidas, Paz, Dignidad e igualdad en un planeta sano. Acabar con la pobreza. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ending-poverty#:~:text=Entre%20las%20distintas%20manifestaciones%20de,la%20educaci%C3%B3n%20o%20la%20salud.>)
44. Ministerio de Educación – MINEDUC. Estadísticas Educativas volumen 5. 2024. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/10/Estadistica-Educativa-Vol-5.pdf>
45. Secretaria de Educación Superior, Ciencia y Tecnología e Innovación. Estadística de Educación Superior. Servicios Senescyt. Visualizador acceso a educación superior. Disponible en: <https://siau.senescyt.gob.ec/acceso-educacion-superior/>
46. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0. Quito; 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/media/5606/file/MILENA-Consecuencias-socioeconomicas-del-Embarazo-Adolescente-en-Ecuador.pdf.pdf>
47. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, UNIFEM. Entender la pobreza desde la perspectiva de género. 2004. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/5918>
48. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Salud Pública 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
49. Grupo Banco Mundial. Tasa de participación en la fuerza laboral, mujeres (% de la población femenina mayor de 15 años) (estimación nacional). 2023. Indicadores de Desarrollo Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.CACT.NE.ZS?locations=S1>
50. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. Registro estadístico de empleo en la seguridad social REESS. Junio 2025. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Estadistica_empleo_seguridad_social/2025/abril/04_2025_Boletin_REESS.pdf

51. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, SENPLADES, UNFPA, SENDAS. Estudio Costos de Omisión en Salud Sexual y Salud Reproductiva en Ecuador. Quito; 2017. Disponible en: <http://sendas.org.ec/documentos/informe002.pdf>
52. Organización Mundial de la Salud - OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
53. Instituto Nacional de Estadística y censo Panamá. Glosario de términos. Disponible en: https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/glosario/WebHelp/glosario.htm#Tasa_global_de_fecundidad.htm
54. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Wanda Cabella, Mathias Nathan. Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe. 2018. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Baja%20fecundidad%20en%20ALC%20-%20version%20web%20espa%C3%B1ol.pdf>
55. Grupo Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial. Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer). 2020. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN>
56. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. Informe Observatorio Demográfico 2024, Perspectivas Poblacionales y Cambios demográficos acelerados en el primer cuarto de siglo XXI en América Latina y el Caribe. 2024. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/crecimiento-poblacional-america-latina-caribe-cae-debajo-expectativas-la-poblacion-total#:~:text=En%201950%2C%20alrededor%20del%2041%20de%20la,1950%20a%20representar%20el%2067%2C6%20en%202024>
57. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y censos – INEC. Boletín técnico Nro. 01-2025 - RENV Registro estadístico de nacidos vivos 2024. Junio 2025. Ecuador. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>
58. Organización Panamericana de la Salud - OPS, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
59. Organización Panamericana de la Salud - OPS, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes/acelerar-el-progreso-hacia-la-reduccion-del-embarazo-adolescente-en-america-latina-y-el>
60. Nueva Organización Mundial de la Salud – OMS. Embarazo en la adolescencia. 10 de abril del 2024. Datos y cifras. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20\(de%2010,premature%20y%20afect%C3%B3n%20neonatal%20grave.\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy#:~:text=Las%20madres%20adolescentes%20(de%2010,premature%20y%20afect%C3%B3n%20neonatal%20grave.))
61. Ministerio de Salud Pública. Atención integral a niñas y adolescentes embarazadas menores de 15 años de edad. Manual. 2022.
62. Organización Mundial de la Salud - OMS. Planificación familiar. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

63. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Estado de población mundial 2022. Visibilizar lo invisible. La necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionados. 2022. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_swp22_report-web-_24_march.pdf
64. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. Observatorio de Igualdad de Género. 2020. Demanda insatisfecha de planificación familiar. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/demanda-insatisfecha-planificacion-familiar>
65. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Nuevos datos del UNFPA revelan que casi 12 millones de mujeres perdieron el acceso a métodos anticonceptivos debido a interrupciones causadas por la pandemia, lo que originó 1,4 millones de embarazos no planificados. 2021. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/nuevos-datos-del-unfpa-revelan-que-casi-12-millones-de-mujeres-perdieron-el-acceso-métodos>
66. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT 2018. 2018. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
67. Molina Cevallos GA. Representaciones sociales sobre la vasectomía en parejas de pacientes multíparas que acudieron al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el año 2019. Quito–Ecuador. 2020.
68. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Instructivo de Implementación del Reglamento para regular el acceso a métodos anticonceptivos. Acuerdo Ministerial 2490. 2014.
69. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 13 de septiembre de 1994. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
70. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento, página 20. Ginebra España febrero 2000. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/36997/9243544691_spa.pdf?sequence=1
71. Inter Agency Stnding Committee. Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual. 2005;10. Disponible en: [www.unocha.org/sites/dms/Documents/GBV_Guidelines_\(Spanish\).pdf](http://www.unocha.org/sites/dms/Documents/GBV_Guidelines_(Spanish).pdf)
72. Organización Mundial de la Salud - OMS. Aborto: Datos y cifras. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
73. Ganatra B, Gerdt C, Rossier C, Johnson Jr BR, Tunçalp Ö, Assifi A. Clasificación mundial, regional y subregional de abortos por seguridad. Estimaciones de un modelo jerárquico bayesiano. Volumen 390, edición 10110. 25 de noviembre de 2017. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext)
74. Surkuna Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos. Informe Acceso al Aborto en Ecuador. 2021. Disponible en: <https://surkuna.org/wp-content/uploads/2021/09/FINAL-informe-acceso-al-aborto-2021.pdf>
75. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios. 2023. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
76. Corte Constitucional del Ecuador. Sentencia: No. 34-19-IN/21. Quito; 2021. Disponible en: https://www.fielweb.com/App_Themes/InformacionInteres/Sentencia34-19-IN-21fw.pdf

77. Lineamientos Operativos para la Atención Integral y Acceso Efectivo a Interrupción Voluntaria del Embarazo por violación. Febrero 2023.
78. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Quito: Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2015. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
79. Ministerio de Salud del Ecuador. Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones-para-manejo-de-mujeres-embarazadas_2020.pdf
80. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Mortalidad materna – actualización 2004. El parto en buenas manos. 2004. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mmupdate05_spa.pdf
81. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica. Quito; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
82. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN. Quito; 2021. Disponible en: <https://www.hgdz.gob.ec/wp-content/uploads/2022/05/2021-DIC-16-ESAMYN.pdf>
83. Grupo Banco Mundial. Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (% del total). 2021. Indicadores de Desarrollo Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.BRTC.ZS>
84. Organización Panamericana de la Salud - OPS. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. 2015. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
85. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Atención del Parto por Cesárea. Quito: Dirección Nacional de Normatización - MSP; 2015. Disponible en:
86. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Gaceta epidemiológica de muerte materna. Quito. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/informacion-de-muerte-materna/>
87. Grupo de trabajo regional para la reducción de la mortalidad materna GRT. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. 2017. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
88. Organización Mundial de la Salud – OMS. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Salud Materna 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
89. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. Registro Estadístico de Defunciones Generales. Quito; 2023. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/#:~:text=En el año 2023.>
90. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Maternal Mortality Ratio, (maternal deaths per 100,000 live births). 2021. Maternal mortality.

91. Organización Mundial de la Salud - OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Población - UNFPA. Trends in maternal mortality 2000 to 2020. 2023. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2020/>
92. Organización Mundial de la Salud - OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who#:~:text=Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal&text=Una atención prenatal con un mínimo de cuatro visitas>
93. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51963>
94. Organización Panamericana de Salud - OPS. Panorama de la epidemia del VIH en las Américas a fines del 2021. 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/epidemia-vih-respuesta-america-latina-caribe-octubre-2022>
95. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA. Actualización mundial sobre el Sida 2024. Ginebra; 2025. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
96. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Informe Anual de la Situación Epidemiológica del VIH Ecuador 2022. Ecuador 2024. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/INFORME-ANUAL-DE-VIH-2022_MSP.pdf
97. Organización Mundial de la Salud - OMS. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779>
98. Ministerio Salud Pública del Ecuador. Boletín Anual de VIH/sida Ecuador -2020 Estrategia Nacional de VIH/sida-ITS. 2021; Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/06/Boletin-anual-VIH-Ecuador-2020.pdf>
99. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida - ONUSIDA. La Declaración política de las Naciones Unidas de 2016 pone en buen camino al mundo para acelerar el objetivo de poner fin a la epidemia del sida para el año 2030. 2016. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/20160608_PS_HLM_Political_Declaration_final_es.pdf
100. Ministerio de Salud Pública - MSP. Guía de atención integral de las infecciones de transmisión sexual. Quito 2011. Disponible en: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/vigi/MANUALES/GU%C3%8DAS%20VIH/Guia%20ITS.pdf>
101. Organización Panamericana de la Salud- OPS. Día mundial contra el cáncer 2024. Por unos cuidados más justos. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2024-por-unos-cuidados-mas-justos>
102. Organización Mundial de la Salud - OMS. Globocan. Ecuador Cancer Fact Sheet. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheet.pdf>
103. Organización Mundial de la Salud - OMS. Cáncer cervicouterino. 2022. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheet.pdf>

104. 73.a Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema mundial de salud pública y sus objetivos y metas conexos para el periodo 2020-2030. 2020. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R2-sp.pdf
105. Global Center Observatory. Estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021 Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et. Global cancer statistics 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/en>
106. Organización Mundial de la Salud - OMS. The Global Cancer Observatory. 2023. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
107. Organización Mundial de la Salud – OMS. Cáncer de mama. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
108. Naciones Unidas, Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. 1993. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
109. Organización de las Naciones Unidas - ONU MUJERES. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas. 2023. Violencia de género. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence#:~:text=>
110. Organización de las Naciones Unidas - ONU Mujeres. Hechos y cifras: Poner fin a la violencia contra las mujeres. 2022. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
111. Organización Mundial de la Salud - OMS. Prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres. 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55197/OPSNMHNV210024_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
112. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES. Quito; 2019. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
113. Coordinación Nacional de Mujeres Negras - CONAMUNE, Fundación Afroecuatoriana Azúcar, GIZ. Haciendo Visible y Enfrentando La Violencia Contra las Mujeres Afroecuatorianas. 2014. Disponible en: <https://www.bivica.org/files/violencia-mujeres-afroecuatorianas.pdf>
114. ALDEA. Publicaciones etiquetadas Feminicidios. 2022. Disponible en: <http://www.fundacionaldea.org/noticias-aldea/tag/Feminicidios>
115. Ministerio de Salud Pública. Acuerdo Ministerial 0267-2018. Modelo de Gestión de la Información del Formulario Obligatorio de notificación de Casos de Presunta Violencia de Género y Graves Violaciones a los Derechos Humanos, septiembre 2018. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_0267_2018%2014%20SEPT.pdf.
116. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Sistematización Proyecto Decidimos Ecuador. 2020. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sistematizacion_proyecto_decidimos_final.pdf

117. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Nosotros importamos. Nosotros pertenecemos. Nosotros decidimos. Estrategia de Inclusión de la Discapacidad del UNFPA 2022-2025. 2021. Disponible en: [https://www.unfpa.org/es/publications/nosotros-importamos-nosotros-pertenecemos-nosotros-decidimos-estrategia-de-inclusion#:~:text=Nosotros pertenecemos.](https://www.unfpa.org/es/publications/nosotros-importamos-nosotros-pertenecemos-nosotros-decidimos-estrategia-de-inclusion#:~:text=Nosotros%20pertenecemos.)
118. Organización Mundial de la Salud - OMS. 2023. Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
119. Banco Mundial. Inclusión de las Personas con Discapacidad en América Latina y el Caribe: Un Camino Hacia el Desarrollo Sostenible. García Mora ME, Schwartz Orellana S, Freire G. Washington, DC; 2021. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099015112012126833/pdf/P17538305622600c00bf3f09659df1f2f79.pdf>
120. Organización Mundial de la Salud – OMS, Organización Panamericana de la Salud – OPS. Cattaneo V, Leone C, Musacchio O, Wasyluk Fedyszak MS. Derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad. 2017. Disponible en: <https://www.rehueong.com.ar/sites/default/files/2023-03/Derechos%20sexuales%20y%20derechos%20reproductivos%20de%20las%20personas%20con%20discapacidad.pdf>
121. Agencia Española de Cooperación Internacional - AECID, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Jóvenes con discapacidad: estudio global sobre cómo poner fin a la violencia de género y hacer realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos. 2018; Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Global_Study_on_Disability_Report_SP.pdf
122. Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades del Ecuador - CONADIS. Estadísticas de Discapacidad. 2024. Disponible en: <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
123. Ministerio de Salud Pública. Atención Integral den Salud sexual y reproductiva para personas con discapacidad. Manual. Primera edición. 2017.
124. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3). Santiago; 2022. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48567/S2201043_es.pdf?sequence=3
125. Grupo Banco Mundial. Población de 65 años de edad y más, total. 2021. Indicadores de Desarrollo Mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO>
126. Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC. Desafíos y oportunidades para el ecuador ante el envejecimiento poblacional. Ecuador 2024. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/>
127. Banco Interamericano de Desarrollo. Aranco N, Stampini M, Ibarrarán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. 2018. Disponible en: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2019/03/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

128. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS. Boletín estadístico número 26. 2022. Disponible en: https://www.iesgob.ec/documents/10162/8421754/09_BOLETIN_ESTADISTICO_26_2021
129. Revista Clínica del Cuidado volumen 10. Quevedo León L. Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. Colombia 2013. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>
130. Universidad de Zulia. Revista de Trabajo Social Volumen 2. Roque RR. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. Interacción 2012.
131. Organización Panamericana de la Salud - OPS. La salud de los adultos mayores: Una visión compartida. Quintero Osorio M, editor. Vol. 2, Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social. Washington, D.C.; 2012.
132. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley orgánica de las personas adultas mayores. Quito; 2019.
133. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. Primera Investigación (estudio de caso) sobre Condiciones de Vida, Inclusión Social y Derechos Humanos de la población LGBTI en Ecuador. 2013. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Presentacion-LGBTI.pdf
134. Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos. Principios de YOGYAKARTA principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. 2007.
135. Comisión Interamericana de Derechos Humanos - CIDH. Violencia contra personas lesbianas, gay, bisexuales, trans e intersex en América. Washington D.C.; 2015. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/violenciapersonaslgbti.pdf>
136. Instituto Nacional de Estadística y Censos –INEC. Ecuador en cifras mayo 2024. En Ecuador, 2.4% de personas mayores de 18 años se identificaron como parte de la población LGBTI+. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/en-ecuador-2-4-de-personas-mayores-de-18-anos-se-identificaron-como-parte-de-la-poblacion-lgbti/#:~:text=En%20Ecuador%2C%20270.970%20personas%20mayores%20de%2018,como%20transfemeninos%20y%201.6%25%20como%20no%20binari>
137. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI). Quito; 2016.
138. Organización Internacional para las Migraciones – OIM. Herrera MJ. La gestión de la movilidad humana. El pacto mundial sobre migración desde la perspectiva de la OIM. España – Madrid 2017. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6882118>
139. Organización Internacional para las Migraciones - OIM. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024. McAuliffe M, A. Triandafyllidou, editors. Ginebra 2024. Disponible en: <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/?lang=ES>
140. Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes Venezolanos. 2024. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
141. Instituto Nacional de Estadística y Censos – INEC; Grupo Banco Mundial; La Agencia de la ONU para los refugiados – UNHCR ACNUR. Cruzando Fronteras. Una Mirada a la población venezolana y colombiana en Ecuador, según el censo 2022. Disponible en:

- https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Reportes/Cruzando_fronteras.pdf#:~:text=En%20el%20agregado%2C%20el%20Censo%20revel%C3%B3%20que%2C,total%2C%20en%20contraste%20con%20las%20195.175%20personas
142. Plataforma para la Cooperación Internacional sobre los Migrantes Irregulares - PICUM. Los derechos sexuales y reproductivos de los migrantes en situación administrativa irregular cerrando la brecha entre sus derechos y la realidad en la unión europea. 2016. Disponible en: http://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/Sexual-and-Reproductive-Health-Rights_ES.pdf
 143. Ministerio de Salud Pública del Ecuador - MSP, Organización Internacional para las Migraciones - OIM. Diagnóstico situacional sobre Violencia Basada en Género (VBG) y Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSR) en Quito, Manta, Machala, Guayaquil y Lago Agrio y su vinculación con las personas en situación de movilidad humana. Quito; 2022. Disponible en: https://ecuador.iom.int/sites/g/files/tmzbd1776/files/documents/Diagnostico_situacional_COMPLETO.pdf
 144. ACNUR, UNFPA, IPPFRHO, CEPAM Guayaquil. Acceso de mujeres migrantes, refugiadas y personas en situación de vulnerabilidad a los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la pandemia por Covid-19 en Ecuador: Pichincha, Guayaquil y El Oro. 2021. Disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fin_resumen_ejecutivo_final_acnur_cepamg_ippfrho_final_1_3.pdf
 145. Revista de Gerencia y Políticas Salud. Lopera MM, Hernández PJ. Situación de salud de la población privada de la libertad en Colombia. 2020.
 146. Antony C. Las cárceles femeninas en América Latina. Nueva Soc – NUSO. 2007. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/las-carceles-femeninas-en-america-latina/>
 147. Enfoque de género en materia de mujeres privadas de su libertad. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/sitios/observaciones/OC-29/12_CIM.pdf
 148. Instituto Nacional de Estadísticas y censos INEC. Boletín técnico Nro. 02-203-CP censo penitenciario 2022. Mayo 2023. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Censo_penitenciario%20/2023/Boletin_Tecnico_CP2022.pdf
 149. Ministerio de Salud Pública. Manual De Atención Integral en salud a personas que ejercen el trabajo sexual. Ecuador 2017.
 150. Ministerio de Salud Pública. Manual de Atención Integral de salud en adolescentes. Quito; 2023.
 151. Unesco IIEP Learning Portal. Alfabetización funcional. Educación para todos: la alfabetización, un factor vital: informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2006.
 152. Sindicato de Trabajadores de la Universidad Autónoma de México – STUNAM. Comisión Especial de Equidad de Género, subcomisión de difusión. 2012. Glosario de definiciones, concepto androcentrismo. Disponible en: <https://www.stunam.org.mx/41consejouni/14comisionequidadgenero/160614/16%20Definiciones+Glosario+sub-dif+CEEG.29-10-2012.pdf>
 153. Fiscalía General del Estado - Ecuador. Delitos de odio: Un reconocimiento a la igualdad y dignidad. El delito de odio y la tutela del derecho a la igualdad y a la no discriminación.

- Quito: Unidad de Estudios Criminológicos y Análisis Delincuencial de la Dirección de Política Criminal; 2013.
154. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO CL de CS. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Buenos Aires 2014. Disponible en: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20140507042402/eje3-8.pdf>
155. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida -ONUSIDA. Monitoreo Global del SIDA 2023. Indicadores y preguntas para el seguimiento de los progresos de la Declaración Política sobre el VIH y el SIDA de 2023. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf
156. Consejo Nacional para la Igualdad de Género - CNIG. Intersexuales. Glosario de diversidades sexuales. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/glosario-de-diversidades-sexuales/#:~:text=Intersexuales%3A,del binarismo sexual hombre%2Fmujer.>
157. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales División de Población. Fecundidad en adolescentes jóvenes de 10 a 14 años una evaluación global. Nueva York 2020.
158. Organización Mundial de la Salud – OMS. Salud de la mujer - Datos y Cifras. 2018.
159. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. Metodología de la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo – ENEMDU 2021 – 2024. Ecuador. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/EMPLEO/2024/Trimestre_IV/2024_IV_Metodologia_ENEMDU.pdf
160. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del alto comisionado. Estereotipos de género. El ACNUDH y los derechos humanos de las mujeres y la igualdad de género. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/women/gender-stereotyping#:~:text=Los%20estereotipos%20de%20g%C3%A9nero%20se,social%20de%20mujeres%20u%20hombres.>
161. Consejo Nacional para la Igualdad de Género - CNIG. Glosario Feminista para la igualdad de género. Ecuador, abril 2017. Disponible en: <https://www.igualdadgenero.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/06/GLOSARIO-FEMINISTA-CNIG-2017.pdf>
162. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. Biblioteca CEPAL - Biblioguias. 2021. Medición multidimensional de la pobreza: Recursos de información. Disponible en: <https://biblioguias.cepal.org/medicionpobreza>
163. Observatorio de género. Susana B. Gamba y Tania Diz Nuevo diccionario de estudios de género y feminismos - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Bib, septiembre 2021. Disponible en: https://observatoriodegenero.poder-judicial.go.cr/images/Biblioteca/Tesis/Nuevo_diccionario_de_estudios_de_gnero_y_feminismos.pdf
164. Banco Interamericano de Desarrollo. Ricardo Pérez Cuevas SD. Los retos del personal de la salud ante la pandemia COVID 19. Disponible en: <http://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
165. Grupo Banco Mundial. ¿Qué es la pobreza de aprendizaje? 2021. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/topic/education/brief/what-is-learning-poverty>
166. Ministerio de Educación del Ecuador - MINEDUC. Ficha metodológica abandono escolar. 2017. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/06/Ficha-Metodologica-Abandono-Escolar.pdf>

167. Ministerio de Educación del Ecuador - MINEDUC. Tasa neta de asistencia a Educación General Básica. 2013. Disponible en: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/03/TNA_Basica.pdf

12.1 Anexo 1: Matriz estratégica

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 1: Promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población en general a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.																											
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Responsable	Presupuesto Referencial					Presupuesto Subtotal													
									2025	2026	2027	2028	2029	2030	2025	2030											
Prevención, detección y atención de la enfermedad de VIH.	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida	Es un indicador que expresa el porcentaje de personas que viven con VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida (bajo umbral de ≤ 1000 copias/ml).	PAPCDGITSES = Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida Número de personas que viven con VIH X 100.	Porcentaje	0.42%	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 0.42% al 0.50% las primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud.	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles.	0.43 %	0.45 %	0.46 %	0.47 %	0.49 %	0.50 %													
									Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	
									Mejorar la detección oportuna de ITS (primera consulta), mediante la actualización del marco normativo para la atención integral de ITS, con énfasis e la detección oportuna en la primera consulta																		
									Implementación de tamizaje sistemático de ITS en las primeras consultas de SSYSR, control prenatal, planificación familiar, atención a adolescentes y población clave.																		
									Fortalecimiento de las capacidades del talento humano																		
									Desarrollo de material educacional para promover los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población que reside en el Ecuador por ciclo de vida																		
									Elaboración de campaña educacional sobre ITS por ciclo de vida																		
									Fortalecimiento del registro, monitoreo y calidad de la información																		
									Prevención, detección y atención de la enfermedad de VIH.	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida	Es un indicador que expresa el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida (bajo umbral de ≤ 1000 copias/ml).	PVTAR/CVS = Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida Número de personas que viven con VIH X 100.	Porcentaje	77.89 %	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 77.89% al 81.38% las personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y que reciben tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida.	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades Transmisibles.	78.46 %	79.04 %	79.62 %	80.20 %	80.79 %	81.38 %				
\$131.647,09	\$132.406,32	\$133.165,55	\$133.924,77	\$134.697,09	\$135.469,40																						\$801.310,22
Ampliar la detección temprana de la enfermedad del VIH a establecimientos de salud.																											
Vinculación oportuna del usuario/a diagnosticado con VIH a establecimientos de salud.																											
Fortalecer el proceso de estimación de necesidades de medicamentos antirretrovirales en la RPIIS.																											
Fortalecimiento del acceso oportuno y continuo a Tratamiento anti retroviral TARV.																											
Promover en inicio oportuno a TARV.																											
Impulsar la disponibilidad continua y oportuna de TARV.																											
Implementar estrategias de dispensación diferenciada de TARV para mejorar la adherencia.																											
Actividades	Desarrollar procesos de sensibilización para operativizar la adherencia al tratamiento.																										
	Generar estrategias de reducción del estigma y barreras de acceso.																										
	Implementar la Atención Farmacéutica en los pacientes polimedicados y personas viviendo con VIH Sida, etc.																										

Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Responsable	Presupuesto Referencial					Presupuesto Subtotal	
																2025	2026	2027	2028		2029
Prevención y atención de la violencia de género sin revictimizarlas.	Porcentaje de funcionarios públicos de la Red Pública Integra en la Norma Técnica de Atención Integral de Violencia Basada en Género.	Total, de funcionarios públicos de la Red Pública Integra en la Norma Técnica de Atención Integral de Violencia Basada en Género, para la atención oportuna a las presuntas víctimas de violencia de género, expresado en porcentaje del total de funcionarios públicos de la RPIS.	PFCVGBRPIS= Porcentaje de funcionarios de la Red Pública Integral de Salud capacitados en la Norma Técnica de Atención Integral de Violencia Basada en Género. NFCVGBRPIS = Número de funcionarios de la Red Pública Integral de Salud capacitados en la Norma Técnica de Atención Integral de Violencia Basada en Género. TFRPIS = Total de funcionarios de la Red Pública Integral de Salud vinculados con la atención de violencia basada en género. La constante multiplicado por 100	Porcentaje	28,59 %	Matriz de recolección de información de personal de salud capacitados en violencia de género, de la RPIS.	Al 2030, incrementar de 28,59% al 62,71% de funcionarios públicos capacitados en la Norma Técnica de Atención integral en violencia de género.	32,59 %	37,15 %	42,34 %	48,26 %	55,01 %	62,71 %	Dirección Nacional de Derechos Humano e Inclusión	Valor de la formulación del curso \$27 024,65					\$27024,65Pr- esupuesto no variable ya que se toma en cuenta el valor utilizado en el desarrollo del curso	
	Implementar procesos de capacitación continua (presencial, virtual o mixta).																				
	Planificación y priorización de la capacitación.																				
	Fortalecimiento de las capacidades del TTHH.																				
	Generar estrategias de capacitación en cascada.																				
Actividades	Formar equipos multiplicadores y referentes institucionales en violencia de género.																				
	Desarrollar procesos de asistencia técnica y supervisión para verificar la correcta aplicación de la Norma Técnica en los servicios.																				
	Implementar acciones de sensibilización institucional para la prevención de la violencia de género y el cambio de prácticas culturales.																				
	Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Responsable	Presupuesto Referencial					Presupuesto Subtotal
																	2025	2026	2027 <td>2028</td> <td>2029</td> <td>2030</td>	2028	
Prevención y atención de la violencia de género sexual y reproductiva.	Porcentaje de atenciones realizadas a mujeres por primera consulta a los 65 años de edad que se han sometido a una prueba de alta precisión de VIH	Define el total de primeras atenciones realizadas a mujeres entre 30 a 65 años de edad que se han sometido a una prueba de alta precisión de VIH de detección de VIH cervicouterino, expresado en porcentaje.	PAMPVPHRPIS= Porcentaje de primeras atenciones a mujeres que se han sometido a una prueba de alta precisión de VIH en la RPIS. AMPAPVPHRPIS (30 a 65 años) = Número de primeras atenciones a mujeres entre 30 a 65 años de edad que se han sometido a una prueba de alta precisión de VIH de detección de VIH en la RPIS. PAM (30 a 65 años) = Número de primeras atenciones a mujeres entre 30 y 65 años. X 100	Porcentaje	5,94	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 5,94% al 7,53% de atenciones realizadas a mujeres entre 30 a 65 años que se han sometido a una prueba de alta precisión de VIH en la RPIS.	6,19 %	6,44 %	6,69 %	6,96 %	7,24 %	7,53 %	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades transmisibles	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente		

Actividades	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en población de 35 a 65 años en el SNS.	Define el número de mujeres de 35 a 65 años que fallecen por de cáncer de cuello uterino por 100.000 habitantes.	TMCCU = Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en población de 35 a 65 años. NFCU= Número de fallecidos por cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 65 años. EPAE= Población femenina total anual expuesta de 35 a 65 años. X 100.000 habitantes.	Tasa	11,37	Registro Estadístico de Defunciones Generales, generado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)	Al 2030, reducir de 11,37% al 11,29% la tasa de mujeres de 35 a 65 años, que fallecen por cáncer de cuello uterino por 100.000 habitantes.	11,35% 11,34% 11,32% 11,31% 11,30% 11,29%	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no transmisibles	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
	Tasa de mortalidad por cáncer de mama en población de 30 a 69 años en el SNS.	Define el número de personas (hombres y mujeres) de 30 a 69 años que fallecen por de cáncer de mama por 100.000 habitantes.	TMCM = Tasa de mortalidad por cáncer de mama en población de 30 a 69 años. NFCM= Número de fallecidos por cáncer de mama en población de hombre y mujeres de 30 a 69 años. EPAE= Población total anual expuesta de 30 a 69 años. X 100.000 habitantes.	Tasa	7,18	Registro Estadístico de Defunciones Generales, generado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)	Al 2030, reducir de 7,18% al 6,69% la tasa de personas (hombres y mujeres) de 30 a 69 años, que fallecen por cáncer de mama por 100.000 habitantes.	7,04% 6,97% 6,90% 6,83% 6,76% 6,69%	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no transmisibles	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
	Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en población de 50 a 75 años en el SNS.	Define el número de hombres de 50 a 75 años que fallecen por cáncer de próstata por 100.000 habitantes.	TMCP= Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en población de 50 a 75 años. NFCP= Número de hombres de 50 a 75 años que fallecen por cáncer de próstata. EPAE= Población total anual expuesta de 50 a 75 años. X 100.000 habitantes.	Tasa	23,75	Registro Estadístico de Defunciones Generales, generado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)	Al 2030, reducir de 23,75% al 22,14% la tasa de hombres de 50 a 75 años, que fallecen por cáncer de próstata por 100.000 habitantes.	23,28% 23,04% 22,81% 22,59% 22,36% 22,14%	Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades no transmisibles	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
	Fortalecimiento del tamizaje y detección temprana en la RPIS.															
Promover el acceso a pruebas diagnósticas y confirmación oportuna.																
Fortalecimiento del seguimiento clínico y tratamiento oportuno.																
Fortalecimiento de capacidades del talento humano.																
Desarrollar estrategias de educación y comunicación en SSSYSR para: promover el tamizaje oportuno y reducir barreras culturales y estigma asociados al cáncer.																
Estandarizar el registro del tamizaje, diagnóstico y tratamiento de cáncer relacionado con SSSYSR en los sistemas de información.gh																

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 2: Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva como una prioridad de salud pública.														
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Presupuesto Referencial						Presupuesto Subtotal
								2025	2026	2027	2028	2029	2030	
Impulsar la gobernanza y priorización de la salud sexual y salud reproductiva, a través del marco normativo o y la transversalización de los enfoques interseccional, intercultural de los grupos poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad.	Tasa de obstetricidad que brindan atención en salud en la RPIS.	Es un indicador que define el número de obstetricidad que brindan atención en salud a la población (mujeres) por cada 10.000 habitantes en un periodo determinado.	$TOSNS = \frac{\text{Tasa de obstetricidad/tras brindan atención en salud en la RPIS}}{\text{Número de obstetricidad en un periodo determinado (t)}} \times 10.000$ $NOPDt = \frac{\text{Número de obstetricidad en un periodo determinado (t)}}{\text{Proyección de la Población (mujeres) total en un periodo determinado (t)}} \times 10.000$	Tasa	2,44	Matriz de profesionales de la salud de la RPIS. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC: Proyecciones de Población de la República del Ecuador.	Al 2030, incrementar de 2,44% al 2,59% por cada 10.000 habitantes la proporción de obstetricidad/tras que brindan atención en salud en el SNS.	2,46	2,49	2,51	2,54	2,56	2,59	Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria
								Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
Actividades														
Revisar, elaborar y actualizar el marco legal existente y vigente en SS y SR, con alcance para el Sistema Nacional de Salud de cumplimiento obligatorio.														
Incluir en la evaluación de desempeño profesional las actividades ejecutadas en el marco de SS y SR.														
Planificación y redistribución del talento humano en obstetricidad en los tres niveles de atención.														
Actualización del manual de puestos del SNS para incluir al personal obstetrica en todos los niveles de atención para promoción, prevención y atención en SS y SR.														
Fortalecimiento de capacidades con enfoque interseccional e intercultural.														

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 3: Viabilizar la continuidad y acceso efectivo a planificación familiar que contribuya a la reproducción a través del fortalecimiento de los procesos de asesoría, atención, adquisición y distribución, de insumos estratégicos en planificación familiar.														
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	Responsable	Presupuesto Referencial					Presupuesto Subtotal
									2025	2026	2027	2028	2029	
Mejorar la asesoría en los momentos de planificación familiar, de acuerdo a los enfoques del MAIS - FCI.	Cobertura de atención en asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años en los establecimientos de salud de la RPI.	Es un indicador que define el total de atenciones por primera consulta de asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años en los establecimientos de salud de la RPI.	CAAPFESRPI (10-49 años) = Cobertura de atenciones en asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años en los establecimientos de salud de la RPI.	Porcentaje	9,32%	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 9,32% al 10,50% la cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar de la población de 20 a 49 años (hombres y mujeres) en los establecimientos de salud de la RPI.	Dirección Nacional de Promoción de la Salud.	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
Fortalecimiento de la oferta de asesoría en planificación familiar.														
Mejora de la calidad de la asesoría con enfoque MAIS–FCI.														
Fortalecimiento de capacidades del talento humano para el registrar de la asesoría en planificación familiar en sus diferentes momentos.														
Registrar y medir el nivel de satisfacción de la población que accede a los servicios de atención en planificación familiar.														
Garantía de disponibilidad de métodos anticonceptivos.														
Asegurar el acceso a prestaciones planificadas familiar, de acuerdo a los enfoques del MAIS.	Cobertura de atención en planificación familiar en los establecimientos de salud de la RPI.	Total, de mujeres de 10 a 49 años atendidas por primeras consultas en planificación familiar en establecimientos de salud de la RPI, expresado como porcentaje de proyección de mujeres en edad fértil.	CUP (10-49años) = Cobertura de atenciones en planificación familiar en los establecimientos de salud de la RPI.	Porcentaje	17,39%	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 17,39% al 19,58% la cobertura de atenciones en planificación familiar brindada a mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPI.	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
Crear una estrategia de evaluación de competencias y destrezas a los profesionales que laboran en los servicios de atención en planificación familiar mediante un proceso de capacitación continua interinstitucional con la academia.														
Fortalecer la facturación de las atenciones en planificación familiar de la RPI.														
Impulsar la existencia del personal calificado en atención de planificación familiar en la RPI.														

LINEAMIENTO ESTRATÉGICO 5: Proteger la salud materna, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, lo cual incluye brindar atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situación de aborto o de sus complicaciones.																										
Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad de medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Presupuesto Referencial					Presupuesto Subtotal							
														2025	2026	2027	2028	2029		2030						
Promover una atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres para atención de pérdidas gestacionales y sus complicaciones	Porcentaje de atención de aborto realizado al grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. Es indicador que define el número de atenciones de aborto realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. AACEESRPIS=(atenciones de aborto realizado al grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS, AACEESRPIS(10 a 49 años) = Número de atenciones de aborto expresado en porcentaje.	Es un indicador que define el número de atenciones de aborto realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS, AEPESRPIS (10 a 49 años) = Número de atenciones de embarazo, parto y puerperio en el grupo de edad de (10 a 49 años) en establecimientos de salud de la RPIS. X 1000.	PAACEESRPIS= Porcentaje de atenciones de aborto realizado al grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. MIS – AS 400 IESS Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Porcentaje	0,22%	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 0,22% al 0,26% de mujeres de 10 a 49 años que accedieron por atención de aborto en establecimientos de salud de la RPIS.	0,23%	0,23%	0,24%	0,25%	0,26%	0,26%			Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Atención Integral	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
	Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en el grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. Es indicador que define el número de egresos hospitalarios por aborto realizado a mujeres en edad fértil (10 a 49 años) en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud. EHM RPIS (10 a 49 años) = Total de egresos hospitalarios en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de la Red Pública Integral de Salud. PEHAESNS= Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en el grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. X 1000.	Es un indicador que define el número de egresos hospitalarios por aborto realizado a mujeres en edad fértil (10 a 49 años) en establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud. EHM RPIS (10 a 49 años) = Total de egresos hospitalarios en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de la Red Pública Integral de Salud. PEHAESNS= Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en el grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. X 1000.	PEHAESNS= Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en el grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. X 1000.	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	3,40%		Al 2030, incrementar de 3,40% al 4,01% de mujeres de 10 a 49 años que accedieron por atención de aborto en establecimientos de salud de la RPIS.	3,50 %	3,59 %	3,69 %	3,80 %	3,90 %	4,01 %			Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Atención Integral	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
Promover una atención oportuna, segura y de calidad a mujeres que acuden por pérdidas gestacionales y sus complicaciones en los establecimientos de la RPIS.																										
Actividades	Fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel para la atención ambulatoria de aborto conforme a normativa vigente.																									
	Impulsar la atención continua en el segundo nivel para casos que requieren hospitalización.																									
Capacitar y fortalecer las competencias técnicas para la atención integral del aborto y sus complicaciones																										

Línea de acción	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Unidad medida	Línea base	Medios de verificación	Metas generales	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Responsable	Presupuesto Referencial					Presupuesto Subtotal
															2025	2026	2027	2028	2029	
Impulsar la promoción, prevención y atención integral de las gestantes para garantizar una maternidad segura.	Porcentaje de atención por primera consulta posparto que accedieron a un método anticonceptivo.	Es un indicador que define el número de primeras consultas posparto que accedieron a un método anticonceptivo, en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS.	PAPCPMAC = $\frac{\text{Porcentaje de atención por primera consulta posparto que accedieron a un método anticonceptivo}}{\text{UAPMAC}} \times 100$	Porcentaje	14,23%	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 14,23 % al 16,99 % las atenciones por primera consulta de mujeres posparto que accedieron a un método anticonceptivo.	14,66%	14,74%	15,55%	15,27%	15,54%	16,99%	Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Atención Integral	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
	Concentración de control prenatal en gestante de la RPIS.	Es un indicador cuantitativo que mide el total de las consultas primeras y subsiguientes por control prenatal brindadas a gestantes (10 a 49 años), expresado como número total de controles prenatales en los establecimientos de salud de la RPIS.	CCP (10 a 49 años) = $\frac{\text{Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS}}{\text{NPCCP (10 a 49 años)}} \times 100$	Número	3,41	MSP PRAS RDAACA. IESS MIS – AS 400 Unidades de Sanidad Militar ISSFA: Base de datos de atenciones médicas Policía Nacional: RDAACA, INTEGRASALUD, HosVital y POLIHIS.	Al 2030, incrementar de 3,41 a 4,15 la concentración de controles prenatales realizados a gestantes en establecimientos de salud de la RPIS.	3,52	3,64	3,76	3,89	4,02	4,15	Dirección Nacional de Hospitales Dirección Nacional de Atención Integral	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente	Gasto corriente
Promover la concentración adecuada de controles prenatales mediante la captación temprana de gestantes.																				

	Integrar el enfoque de riesgo obstétrico en la atención prenatal para la identificación oportuna de complicaciones.
	Implementar acciones de educación prenatal dirigidas a gestantes y sus familias sobre: signos de alarma, nutrición materna, salud mental y bienestar emocional, derechos sexuales y reproductivos.
	Capacitar al personal de salud de la RPIS en: atención integral prenatal, parto y posparto, enfoque de derechos, género e interculturalidad, consejería en planificación familiar durante el embarazo y posparto.
	Impulsar la oferta y acceso inmediato a métodos anticonceptivos posparto, conforme a la elección informada.
	Integrar la planificación familiar posparto como parte de la atención estándar.
	Promover la disponibilidad de insumos esenciales para el control prenatal y atención posparto.
	Estandarizar el registro de: controles prenatales, atenciones posparto, acceso a métodos anticonceptivos posparto.
	Integrar la atención prenatal y posparto a los servicios de SSYSR y planificación familiar.

Anexo 2: Fichas Metodológicas de Indicadores

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Febrero 2024
Fecha de la última actualización:	Marzo 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de atenciones por primera consulta con diagnóstico de ITS en establecimientos de salud.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que define el número de primeras consultas de atenciones a personas diagnosticadas de ITS en establecimientos de salud, expresado en porcentaje.
1.4 Formula de cálculo:	$PAPCDGITSE = \frac{CDGITSES}{EPAESRPIS} \times 100$ PAPCDGITSES = Porcentaje de atenciones por primera consulta con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud. CDGITSES= Número de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud. EPAESRPIS= Total de atenciones por primeras atenciones en los establecimientos de salud de la RPIS. X 100.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Primera consulta: Es la consulta brindada a un paciente por primera vez en el año, por una determinada enfermedad o acción de salud y en un determinado servicio. ITS: El término Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) cubre las patologías de transmisión predominantemente sexual, siendo una substitución a la expresión Enfermedades de Transmisión Sexual (EST), ya que resalta la posibilidad de una persona tener y transmitir una infección incluso sin tener síntomas. Establecimientos de Salud: Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud son los ambientes sanitarios compuestos por servicios que cuentan con la infraestructura, equipamiento y talento humano necesarios para brindar prestaciones de salud a la población en general, en cumplimiento de la normativa legal vigente. Estos establecimientos pueden ser asistenciales, de apoyo diagnóstico y terapéutico, y móviles, de acuerdo con los servicios que prestan.
1.6 Método de cálculo:	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS, Registro

	Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDACAA. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en establecimientos de salud de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: del MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Formación del profesional: RDACAA 1.6: Médico/a, Médico rural, Obstetrix y Obsteriz rural, odontólogo, odontólogo rural. • Especialidad del médico: RDACAA 2.0 y PRAS todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. Códigos CIE – 10: • A510: Sífilis genital primaria. • A511: Sífilis primaria anal. • A512: Sífilis primaria en otros sitios. • A513: Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas. • A514: Otras sífilis secundarias. • A515: Sífilis precoz, latente. • A519: Sífilis precoz, sin otra especificación. • A520: Sífilis cardiovascular. • A521: Neurosífilis sintomática. • A522: Neurosífilis asintomática. • A523: Neurosífilis no especificada. • A527: Otras sífilis tardías sintomáticas. • A528: Sífilis tardía, latente. • A529: Sífilis tardía, no especificada. • A530: Sífilis latente, no especificada como precoz o tardía. • A539: Sífilis, no especificada. • A664: Goma y úlceras de frambuesa. • K672: Peritonitis sifilítica. • N742: Enfermedad inflamatoria pélvica femenina por sífilis. • O981: Sífilis que complica el embarazo, el parto y el puerperio.
--	--

	• A540: Infección Gonocócica del tracto genitourinario inferior sin absceso peri uretral y de glándula accesoria. • A541: Infección Gonocócica del tracto genitourinario inferior con absceso peri uretral y de glándulas accesorias. • A542: Pelvi peritonitis gonocócica y otras infecciones gonocócicas genitourinarias. • A543: Infección gonocócica del ojo. • A545: Faringitis gonocócica. • A546: Infección gonocócica del ano y del recto. • A548: Otras infecciones gonocócicas. • A549: Infección gonocócica, no especificada. • K671: Peritonitis gonocócica. • N743: Enfermedad inflamatoria pélvica femenina por gonococos. • O982: Gonorrea que complica el embarazo, el parto y el puerperio. • A55X: Linfogranuloma (venéreo) por clamidias. • A560: Infección del tracto genitourinario inferior debida a clamidias. • A561: Infección del pelvi peritoneo y otros órganos genitourinarios debida a clamidias. • A562: Infecciones del tracto genitourinario debidas a clamidias, sin otra especificación. • A563: Infección del ano y del recto debida a clamidias. • A564: Infección de faringe debida a clamidias. • A568: Infección de transmisión sexual de otros sitios debida a clamidias. • A740: Conjuntivitis por clamidias. • K670: Peritonitis por clamidias. • N744: Enfermedad inflamatoria pélvica femenina por clamidias. • A57X: Chancro blando. • A58X: Granuloma Inguinal. • A590: Tricomoniasis urogenital. • A598: Tricomoniasis de otros sitios. • A599: Tricomoniasis, no especificada. • A600: Infección de genitales y trayecto urogenital debida a virus del herpes (herpes simple). • A601: Infección de la piel perianal y recto por virus del herpes simple. • A609: Infección ano genital por virus del herpes simple, sin otra especificación. • O264: Herpes gestacional. • A630: Verrugas (venéreas) ano genitales.
--	---

	• A638: Otras enfermedades de transmisión predominantemente sexual, especificadas. • A64X: Enfermedad de transmisión sexual no especificada. • O983: Otras infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual que complican el embarazo, parto y puerperio. • B07X: Verrugas víricas. • B24X: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación. • O987: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio. • Z21X: Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]. • B20: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en enfermedades infecciosas y parasitarias. • B200: Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias. • B201: Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones bacterianas. • B202: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus. • B203: Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales. • B204: Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis. • B205: Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis. • B206: Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por pneumocystis carinii. • B207: Enfermedad por VIH, resultante en infecciones múltiples. • B208: Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias. • B209: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada. • B21: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en tumores malignos. • B210: Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi. • B211: Enfermedad por VIH, resultante en linfoma de burkitt. • B212: Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no hodgkin.
--	---

- B213: Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos del tejido linfoide, hematopoyético y tejidos relacionados.
- B217: Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples.
- B218: Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos.
- B219: Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos no especificados.
- B22: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades especificadas.
- B220: Enfermedad por VIH, resultante en encefalopatía.
- B221: Enfermedad por VIH, resultante en neumonitis linfoide intersticial.
- B222: Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquético.
- B227: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte.
- B23: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras afecciones.
- B230: Síndrome de infección aguda debida a VIH.
- B231: Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente).
- B232: Enfermedad por VIH, resultante en anormalidades inmunológicas y hematológicas, no clasificadas en otra parte.
- B238: Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas.
- B160: Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (confección), con coma hepático.
- B161: Hepatitis aguda tipo B, con agente delta (confección), sin coma hepático.
- B162: Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta, con coma hepático.
- B169: Hepatitis aguda tipo B, sin agente delta y sin coma hepático.
- B170: Infección (superinfección) aguda por agente delta en la hepatitis B crónica.
- B178: Otras hepatitis virales agudas especificadas.
- B179: Hepatitis viral aguda no especificada.
- B180: Hepatitis viral tipo B crónica, con agente delta.
- B181: Hepatitis viral tipo B crónica, sin agente delta.

	Denominador: Total de atenciones por primeras atenciones en los establecimientos de salud de la RPIS. De acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: del MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Formación del profesional: RDACAA 1.6: Médico/a, Médico rural, Obstetiz y Obsteriz rural, odontólogo, odontólogo rural. • Especialidad del médico: RDACAA 2.0 y PRAS todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador se multiplica por 100. CALCULO IESS GENERAL E IESS CAMPESINO Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de registro de datos MIS AS- 400. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en establecimientos de salud de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: del IESS General e IESS Campesino. • Especialidad del médico: todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. Código cie- 10: mismos del MSP. Denominador: Total de atenciones por primeras atenciones en los establecimientos de salud de la RPIS. De acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención.
--	---

	• Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: del IESS General e IESS Campesino. • Especialidad del médico: todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador se multiplica por 100. CALCULO FUERZAS ARMADAS Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en establecimientos de salud a nivel nacional, de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: Fuerzas Armadas. • Formación del profesional: Médico/a, Obstetrix, odontólogo. • Especialidad del médico: todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. Códigos CIE 10: mismos que el MSP. Denominador: Total de atenciones por primeras atenciones en los establecimientos de salud de la RPIS. De acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de las Fuerzas Armadas. • Formación del profesional: Médico/a, Obstetrix, odontólogo.
--	--

	• Especialidad del médico: todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador se multiplica por 100. CALCULO POLICÍA NACIONAL Para el cálculo del indicador se utiliza como fuentes de información la plataforma de registro de información RDACCA, la Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de ITS en establecimientos de salud a nivel nacional, de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional. • Formación del profesional: Medico/a, Obstetriz, odontólogo. • Especialidad del médico: todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. Códigos CIE 10: mismos que el MSP. Denominador: Total de atenciones por primeras atenciones en los establecimientos de salud de la RPIS. De acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional. • Formación del profesional: Medico/a, Obstetriz odontólogo. • Especialidad del médico: todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería.
--	--

	El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	No aplica.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. IESS General MIS – AS 400. IESS Campesino MIS – AS 400. Fuerzas Armadas Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Policía Nacional Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias RDAACA, Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública.

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA																	
2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.																
2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 0,42% al 0,50% las primeras consultas con diagnóstico de ITS en los establecimientos de salud.																
2.3 Proyección de metas:	<table><tr><th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr><tr><td>2024 (Año Base)</td><td>0,42</td></tr><tr><td>2025</td><td>0,43</td></tr><tr><td>2026</td><td>0,45</td></tr><tr><td>2027</td><td>0,46</td></tr><tr><td>2028</td><td>0,47</td></tr><tr><td>2029</td><td>0,49</td></tr><tr><td>2030</td><td>0,50</td></tr></table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024 (Año Base)	0,42	2025	0,43	2026	0,45	2027	0,46	2028	0,47	2029	0,49	2030	0,50
Año	Dato de la Meta (*)																
2024 (Año Base)	0,42																
2025	0,43																
2026	0,45																
2027	0,46																
2028	0,47																
2029	0,49																
2030	0,50																
(*) Datos con 2 decimales																	

2.4 Periodicidad de la meta por cada año

(Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual.

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

3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.4 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.
3.4 Meta del PND:	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.

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

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

4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 3: incrementar la prevención y reducción de la carga de enfermedades en la población.
4.2 Meta del PS:	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida, del 78,22% en el 2024 a 87,21% al 2029.

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

4.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.
4.2 Meta del PI:	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico del 92,6% en el año 2025 a 95,0% en el 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD**Elaborado por:**

Cargo: Analista Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C.

Revisado por:

Cargo: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control Para Enfermedades Transmisibles.

Revisado por:

Cargo: Gerencia del Proyecto de Fortalecimiento de la Promoción, Prevención y Atención del VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis virales B y C en el Ecuador.

Aprobado por:

Cargo: Subsecretaría de Vigilancia Prevención y Control de la Salud. Subrogante.

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Febrero 2024
Fecha de la última actualización:	Marzo 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que expresa el porcentaje de personas que viven con VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tiene carga viral suprimida (bajo umbral de ≤ 1000 copias/ml).
1.4 Formula de cálculo:	$PVVTARVCVS = \frac{NPVVTARVCVS}{NPVVTARV} \times 100$ PVVTARVCVS = Porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida. NPVVTARVCVS= Número de personas que viven con VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y que tienen carga viral suprimida. NPVVTARV= Número de personas que viven con VIH con tratamiento antirretroviral. X 100.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, es un retrovirus que ataca al sistema inmunitario de la persona infectada. Tratamiento antirretroviral para VIH: La terapia antirretroviral ha mostrado también reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH entre las personas que viven con el VIH y detener la futura transmisión del VIH. Los estudios también muestran que su temprana iniciación, independientemente del recuento de células CD4 de cada persona, puede potenciar los beneficios del tratamiento y salvar vidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda actualmente el tratamiento para todas las personas que viven con el VIH. Carga Viral suprimida: La carga viral a nivel individual de las personas que viven con VIH, es la medición recomendada sobre la eficacia de la terapia antirretroviral e indica el nivel de adherencia al tratamiento y el riesgo de transmisión del VIH. Un umbral de carga viral de ≤ 1000 copias/ml define el éxito del tratamiento de acuerdo con las Directrices consolidadas de 2016 sobre el uso de

	medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Deberá considerarse que las personas con resultados en las pruebas de carga viral que estén por debajo de ese umbral tienen la carga viral suprimida.
1.6 Método de cálculo:	Calculo Ministerio de Salud Pública, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS General e IESS Campesino Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS. Numerador: Número de personas que viven con VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y que tienen carga viral suprimida. Se contabiliza el número de personas que viven con VIH, que se encuentran en tratamiento y tienen carga viral suprimida, bajo el umbral de ≤ 1000 copias/ml, en el año de reporte. Los criterios para obtener la información son: • Establecimientos de salud/ Unidad de atención integral - UAI: del MSP, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, IESS General e IESS Campesino. • Especialidad del médico: PRAS todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. • Tipo de diagnóstico: definitivo. • PVV vinculado a unidad de atención integral – UAI. • PVV en tratamiento antirretroviral. • PVV en tratamiento antirretroviral y con medición de carga viral y tienen supresión viral, bajo el umbral de ≤ 1000 copias/ml. Códigos CIE - 10: • B24X: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación. • B200: Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias. • B209: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada. • B222: Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquético. • B227: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte. • B231: Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente).

	• B238: Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas. • B202: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus. Denominador: Número de personas que viven con VIH con tratamiento antirretroviral. • Establecimientos de salud/ Unidad de atención integral - UAI: del MSP, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, IESS Campesino. • Especialidad del médico: PRAS todas las especialidades a excepción de enfermería, enfermería rural y auxiliar de enfermería. • Tipo de diagnóstico: definitivo. • PVV vinculado a unidad de atención integral – UAI. • PVV en tratamiento antirretroviral. Códigos CIE - 10: • B24X: Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación. • B200: Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias. • B209: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada. • B222: Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquético. • B227: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte. • B231: Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente). • B238: Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas. • 202: Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	No aplica.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, IESS General e IESS Campesino Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.

1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública
--------------------------	-----------------------------

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA																	
2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.																
2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 77,89% al 81,38% las personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y que reciben tratamiento antirretroviral con carga viral suprimida.																
2.3 Proyección de metas:	<table><tr><th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr><tr><td>2024 (Año Base)</td><td>77,89</td></tr><tr><td>2025</td><td>78,46</td></tr><tr><td>2026</td><td>79,04</td></tr><tr><td>2027</td><td>79,62</td></tr><tr><td>2028</td><td>80,20</td></tr><tr><td>2029</td><td>80,79</td></tr><tr><td>2030</td><td>81,38</td></tr></table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024 (Año Base)	77,89	2025	78,46	2026	79,04	2027	79,62	2028	80,20	2029	80,79	2030	81,38
Año	Dato de la Meta (*)																
2024 (Año Base)	77,89																
2025	78,46																
2026	79,04																
2027	79,62																
2028	80,20																
2029	80,79																
2030	81,38																
(*) Datos con 2 decimales																	
2.4 Periodicidad de la meta por cada año	(Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual.																

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.4 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.
3.4 Meta del PND:	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.

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

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 3: incrementar la prevención y reducción de la carga de enfermedades en la población.
4.2 Meta del PS:	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen carga viral suprimida, del 78,22% en el 2024 a 87,21% al 2029.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE2 Incrementar la calidad de la vigilancia, prevención y control sanitario en el Sistema Nacional de Salud.

4.2 Meta del PI:	Incrementar el porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico del 92,6% en el año 2025 a 95,0% en el 2029.
------------------	---

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD	
Elaborado por:  Firmado digitalmente por: ANDREA LISBETH CUASAPAZ ROSERO Validez del documento con FirmadE Cargo: Analista Proyecto de Reducción de las Enfermedades Crónico - Transmisibles de Mayor Impacto en el Ecuador: VIH/SIDA, ITS, Tuberculosis y Hepatitis Viral B y C.	Revisado por:  Firmado digitalmente por: MONICA AMPARO GARCIA GARCIA Validez del documento con FirmadE Cargo: Gerencia del Proyecto de Proyecto de Fortalecimiento de la Promoción, Prevención y Atención del VIH/sida, ITS, coinfección TB/VIH, hepatitis virales B y C en el Ecuador.
Revisado por:  Firmado digitalmente por: MARITZA GERDANIA PAETZ LLERENA Validez del documento con FirmadE Cargo: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control Para Enfermedades Transmisibles.	Aprobado por:  Firmado digitalmente por: JESSICA XIMENA SARAMILLO MONTAÑO Validez del documento con FirmadE Cargo: Subsecretaría de Vigilancia Prevención y Control de la Salud. Subrogante.

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Febrero 2024
Fecha de la última actualización:	Marzo 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Tasa de obstetrices/tras que brindan atención en salud en la RPIS.
1.2 Unidad de Medida:	Tasa por 10.000 habitantes.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que define el número de obstetrices/tras que brindan atención en salud a la población (mujeres) por cada 10.000 habitantes en un periodo determinado.
1.4 Formula de cálculo:	$TOASNS = \frac{NOPDt}{PPTDt \text{ (mujeres)}} \times 10.000$ TOSNS = Tasa de obstetrices/tras que brindan atención en salud en la RPIS. NOPDt = Número de obstetras en un período determinado (t). PPTDt (mujeres)= Proyección de población de mujeres en un periodo determinado t. X 10.000 habitantes.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Obstetriz/tra: Es un profesional de la salud con tercer nivel de estudios, que se especializa en la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer, la familia y la comunidad. Su labor se extiende a lo largo del ciclo vital de las personas, desde la vida intrauterina hasta la edad adulta y adulta mayor Es reconocido por sus fortalezas, competencias técnicas y científicas en el área clínica, pública y privada, siendo pioneros en el sector de las Ciencias de la Salud, integrando equipos multidisciplinarios de salud, por su capacidad resolutive y de gestión en el campo institucional, por promover estilos de vida saludable, cuya ocupación fundamental es la atención, curación, recuperación y rehabilitación integral de la salud sexual y salud reproductiva, embarazo, parto y puerperio, climaterio y menopausia y recién nacido; además atiende aspectos psicológicos, sociales relacionados con la mujer, la familia y la comunidad.
1.6 Método de cálculo:	Calculo Ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS General y Campesino, Fuerzas Armadas, Policía Nacional Para el cálculo de este indicador se utiliza la matriz de profesionales de la salud de la RPIS.

	Numerador: Número de obstetrix/obstetras en un período determinado (t). Para este cálculo se debe considerar lo siguiente: • Todos los niveles de atención de la RPIS. • Formación profesional: Título de tercer nivel en Obstetricia. Denominador: Proyección de población de mujeres en un periodo determinado t. Tasa: El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, multiplicado por 10.000 habitantes.
1.7 Limitaciones técnicas:	No aplica.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, IESS General e IESS Campesino Matriz de profesionales de la salud de la RPIS. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC: Proyecciones de Población de la República del Ecuador.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública.

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.																
2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 2,44% al 2,59% por cada 10.000 habitantes la proporción de obstetrix/tras que brindan atención en salud en el SNS.																
2.3 Proyección de metas:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2024</td><td>2,44</td></tr> <tr><td>2025</td><td>2,46</td></tr> <tr><td>2026</td><td>2,49</td></tr> <tr><td>2027</td><td>2,51</td></tr> <tr><td>2028</td><td>2,54</td></tr> <tr><td>2029</td><td>2,56</td></tr> <tr><td>2030</td><td>2,59</td></tr> </tbody> </table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024	2,44	2025	2,46	2026	2,49	2027	2,51	2028	2,54	2029	2,56	2030	2,59
Año	Dato de la Meta (*)																
2024	2,44																
2025	2,46																
2026	2,49																
2027	2,51																
2028	2,54																
2029	2,56																
2030	2,59																
(*) Datos con 2 decimales.																	
2.4 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual):	Anual																

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.3 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.
3.4 Meta del PND:	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.

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

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

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo Estratégico del PI:	OES Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
4.2 Meta del PI:	Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del MSP de 71,13% en el año 2024 al 78,54% en el 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD	
Elaborado por:  Firmado digitalmente por: MARIA JOSE MERINO TORRES Validar documento con Firmad Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria.	Revisado por:  Firmado digitalmente por: SARA GABRIELA MALDONADO ESPINOSA Validar documento con Firmad Cargo: Dirección Nacional de Fortalecimiento Profesional y Carrera Sanitaria.
Aprobado por:  Firmado digitalmente por: EVELYN PATRICIA MONTENEGRO NAVAS Validar documento con Firmad Cargo: Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.	

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Febrero 2024
Fecha de la última actualización:	Abril 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Cobertura de atenciones en asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años en los establecimientos salud de la RPIS.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que define el total de atenciones por primera consulta de asesoría en planificación familiar en la población de 10 a 49 años (hombres y mujeres) en establecimientos de la RPIS, expresado como porcentaje, de la proyección de hombres y mujeres de 10 a 49 años.
1.4 Formula de cálculo:	$CAAPFESRPIS (10 - 49 años) = \frac{NAPCAPFESRPIS_{(10-49 años)}}{EPPEF_{(10-49 años) t}} \times 100$ CAAPFESRPIS (10 - 49 años)= Cobertura de atenciones en asesoría planificación familiar en la población de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. NAPCAPFESRPIS_(10-49 años)= Número de atenciones por primera consulta de asesoría en planificación familiar brindadas a la población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. EPPEF_{(10-49 años) t} = Proyección de población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años en un periodo determinado t. X 100.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Anticonceptivo: Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Los métodos anticonceptivos. Asesoría: La asesoría en salud es un proceso que promueve la toma de decisiones informadas que un usuario/a hace frente al cuidado de su salud y bienestar. Esto se logra a través del suministro de información veraz, oportuna, científica y libre de prejuicios sobre un procedimiento o demanda de salud que se proporcione al usuario/a, además de la posibilidad de contar con un espacio propicio que le permita clarificar pensamientos, emociones y valorar los pro y contras que una determinada acción puede generar en momentos particulares de su vida. Planificación familiar: La planificación familiar permite a las personas tomar decisiones frente al número de hijos que desean o no tener; así como determinar el intervalo entre embarazos. Se

	logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Cobertura: Acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas por ello. La cobertura sanitaria universal abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Proyección de población: Es el resultado de un conjunto de estimaciones demográficas, matemáticas o de otro tipo, por medio de las cuales se busca establecer las tendencias más plausibles de las variables determinantes de la dinámica poblacional y, con ello, la derivación de los volúmenes de población y de sus principales características hacia el futuro. Establecimiento de Salud: Son ambientes sanitarios compuestos por servicios que cuentan con la infraestructura, equipamiento y talento humano necesarios para brindar prestaciones de salud a la población en general, en cumplimiento de la normativa legal vigente.
1.6 Método de cálculo:	CALCULO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. Numerador: Número de atenciones por primera consulta de asesoría en planificación familiar brindadas a la población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de asesoría en planificación familiar en población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años, de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Formación del profesional RDACAA 1.6: Médico/a, Médico rural, Obstetriz/tra, Obstetriz/tra rural. • Especialidad del profesional RDACAA 2.0, PRAS: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia y obstetricia rural.

	Códigos CIE – 10: • Z300: Consejo y asesoramiento general sobre la anti concepción. • Z3001: Inserción Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI – Prescripción inicial de anticonceptivos orales combinados. • Z3002: Otra Consejo y asesoramiento general sobre la anti concepción Asesoría en planificación familiar SAI – Prescripción inicial de anticonceptivos orales solo o progesterona. • Z3003: Consejo y asesoramiento general sobre la anti concepción Asesoría en planificación familiar SAI – Prescripción inicial de anticonceptivos inyectables. • Z3004: Consejo y asesoramiento general sobre la anti concepción Asesoría en planificación familiar SAI – Prescripción inicial de anticonceptivos oral de emergencia. • Z316: Consejo y asesoramiento general sobre la procreación. • Z318: Otra atención especificada para la procreación. • Z319: Atención no especificada relacionada con la procreación. Denominador: Proyección de población de 10 a 49 años (hombres y mujeres) en un periodo determinado t. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100. CALCULO IESS GENERAL E IESS CAMPESINO Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de registro de datos MIS AS- 400. Numerador: Número de atenciones por primera consulta de asesoría en planificación familiar brindadas a la población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de asesoría en planificación familiar en población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años, de acuerdo a las siguientes consideraciones: Todos los niveles de atención. • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: IESS General e IESS Campesino • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y
--	--

	Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Códigos CIE – 10: - Mismos que el MSP. CALCULO FUERZAS ARMADAS Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Numerador: Número de atenciones por primera consulta de asesoría en planificación familiar brindadas a la población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de asesoría en planificación familiar en población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años, de acuerdo a las siguientes consideraciones: - Todos los niveles de atención. - Primera consulta: dentro del año de reporte. - Con todas las condiciones de diagnóstico. - Establecimientos de salud fuerzas armadas. - Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Códigos CIE – 10: - Mismos que el MSP. CALCULO POLICÍA NACIONAL Para el cálculo del indicador se utiliza como fuentes de información la plataforma de registro de información RDACCA, la Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS. Numerador: Número de atenciones por primera consulta de asesoría en planificación familiar brindadas a la población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de asesoría en planificación familiar en población (hombres y mujeres) de 10 a 49 años, de acuerdo a las siguientes consideraciones: - Todos los niveles de atención. - Primera consulta: dentro del año de reporte. - Con todas las condiciones de diagnóstico.
--	--

	• Establecimientos de salud: de la Policía Nacional. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Código CIE – 10: • Mismos del MSP. NOTA: las instituciones enviarán solo numerador ya que el denominador es la proyección de población y esta proviene del INEC.
1.7 Limitaciones técnicas:	Instituciones de la RPIS IESS General, IESS Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional no disponen de información de códigos CIE – 10 de métodos anticonceptivos a 5 dígitos.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. Proyección Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC: Proyecciones de Población de la República del Ecuador. IESS General e IESS Campesino MIS – AS 400. Fuerzas Armadas Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Policía Nacional Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias RDAACA, Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública.
1.11 Desagregación	Por ciclo de edad: 10 – 14 15 – 19 20 – 49

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.
---	--

2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 9,32% al 10,50% la cobertura de atenciones de asesoría en planificación familiar de la población de 10 a 49 años (hombres y mujeres) en los establecimientos de salud de la RPIS.																
2.3 Proyección de metas:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024 (Año Base)</td><td>9,32</td></tr> <tr> <td>2025</td><td>9,51</td></tr> <tr> <td>2026</td><td>9,70</td></tr> <tr> <td>2027</td><td>9,89</td></tr> <tr> <td>2028</td><td>10,09</td></tr> <tr> <td>2029</td><td>10,29</td></tr> <tr> <td>2030</td><td>10,50</td></tr> </tbody> </table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024 (Año Base)	9,32	2025	9,51	2026	9,70	2027	9,89	2028	10,09	2029	10,29	2030	10,50
Año	Dato de la Meta (*)																
2024 (Año Base)	9,32																
2025	9,51																
2026	9,70																
2027	9,89																
2028	10,09																
2029	10,29																
2030	10,50																
(*) Datos con 2 decimales																	
2.4 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual):	Anual.																

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta del PND:	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.

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

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 2: Promover entornos y hábitos de vida saludables y seguros a la población en todo su ciclo de vida.
4.2 Meta del PS:	Incrementar 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.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población
5.2 Meta del PI:	Incrementar la 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 al 13,13% en el 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:



Calificar documento en FirmasE:
Firmado digitalmente por:
**GABRIELA FERNANDA
SALDAÑA BELTRAN**

Cargo: Mgs. Gabriela Saldaña B.
Especialista de la Dirección Nacional de
Promoción de la Salud.

Revisado por:



Calificar documento en FirmasE:
Firmado digitalmente por:
**PABLO SIXTO CUVI
SANTIAGO**

Cargo: Lcdo. Pablo Cuvi S.
Director Nacional de Promoción de la
Salud (E).

Aprobado por:



Calificar documento en FirmasE:
Firmado digitalmente por:
**ANDREA ELIZABETH
BRAVO REMACHE**

Cargo: Mgs. Andrea Bravo R.
Subsecretaria de Promoción, Salud
Intercultural e Igualdad.

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Mayo 2024
Fecha de la última actualización:	Abril 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Cobertura de atenciones en planificación familiar en los establecimientos salud de la RPIS.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Total, de mujeres de 10 a 49 años atendidas por primeras consultas en planificación familiar en establecimientos de salud de la RPIS, expresado como porcentaje de la proyección de mujeres en edad fértil.
1.4 Formula de cálculo:	$CUPF_{(10-49años)} = \frac{NPAPF_{(10-49 años)}}{PMEF_{(10-49 años)}} \times 100$ CUPF_(10-49años) = Cobertura de atenciones en planificación familiar en los establecimientos salud de la RPIS. (t). NPAPF_(10-49 años) = Número de atenciones por primera consulta preventiva en planificación familiar brindada a mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS en un tiempo determinado (t). PMEF_(10-49 años) = Proyección de mujeres en edad fértil de 10 a 49 años en un tiempo determinado. X 100.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Planificación familiar: La planificación familiar permite a las personas tomar decisiones frente al número de hijos que desean o no tener; así como determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Cobertura: Acceso al conjunto de servicios de salud de calidad que necesiten, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas por ello. La cobertura sanitaria universal abarca todo el espectro de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Proyección de población: Es el resultado de un conjunto de estimaciones demográficas, matemáticas o de otro tipo, por medio de las cuales se busca establecer las tendencias más plausibles de las variables determinantes de la dinámica poblacional y, con ello,

	la derivación de los volúmenes de población y de sus principales características hacia el futuro. Establecimiento de Salud: Son ambientes sanitarios compuestos por servicios que cuentan con la infraestructura, equipamiento y talento humano necesarios para brindar prestaciones de salud a la población en general, en cumplimiento de la normativa legal vigente.
1.6 Método de cálculo:	CALCULO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. Numerador • RDACAA El numerador se lo obtiene de la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de planificación familiar brindadas a mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, en un período (t). de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Nivel de atención: Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: MSP, Fiscomisionales y SNAI. • Formación del profesional: Médico/a, Médico rural, Obstetriz, obstetriz rural. Códigos CIE – 10: • Z301: Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino). • Z302: Esterilización. • Z308: Otras atenciones especificadas para la anticoncepción. • Z309: Asistencia para la anticoncepción no especificada. • Z310: Tuboplastia o vasoplastia posterior a esterilización. • Z3001: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos orales combinados. • Z3002: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos orales solo progesterona. • Z3003: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos inyectables. • Z3004: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivo oral de emergencia.

	• Z3010: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Anillo vaginal. • Z3011: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Parche transdérmico. • Z3012: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación implante Subdérmico. • Z3013: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación DIU. • Z3911: Atención y examen de madre en periodo de lactancia Supervisión de la lactancia Amenorrea de la lactancia (MELA). PRASS • Nivel de atención: Todos los niveles • Primera consulta: dentro del año de reporte • Con todas las condiciones de diagnóstico • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia y obstetricia rural. • Códigos CIE – 10 detallados en el RDACAA. DENOMINADOR: El denominador es la estimación de la población de mujeres en edad fértil en un período (t). CALCULO IESS GENERAL E IESS CAMPESINO Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de registro de datos MIS AS- 400. Numerador: Se lo obtiene de la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de planificación familiar brindadas a mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, en un período (t). de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: IESS General e IESS Campesino. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia. Códigos CIE – 10: • Mismos que el MSP. CALCULO FUERZAS ARMADAS
--	---

	Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Numerador: Se lo obtiene de la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de planificación familiar brindadas a mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, en un período (t). de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud Fuerzas Armadas. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Códigos CIE – 10: • Mismos que el MSP. CALCULO POLICÍA NACIONAL Para el cálculo del indicador se utiliza como fuentes de información la plataforma de registro de información RDACCA, la Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS. Numerador: Se lo obtiene de la sumatoria de atenciones por primera consulta preventiva de planificación familiar brindadas a mujeres en edad fértil de 10 a 49 años, en un período (t). de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Código CIE – 10: Mismos del MSP NOTA: las instituciones enviarán solo numerador ya que el denominador es la proyección de población y esta proviene del INEC.
1.7 Limitaciones técnicas:	Instituciones de la RPIS IESS General, IESS Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional no disponen de información de códigos CIE – 10 de métodos anticonceptivos a 5 dígitos.

1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. Proyección Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC: Proyecciones de Población de la República del Ecuador. IESS General e IESS Campesino MIS – AS 400. Fuerzas Armadas Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Policía Nacional Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias RDAACA, Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS.
	1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):
	Continuo.
	1.10 Unidad responsable:
	Ministerio de Salud Pública.
1.11 Desagregación	Por ciclo de edad: 10 – 14 15 – 19 20 – 49

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA																	
2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.																
2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 17,39% al 19,58% la cobertura de atenciones en planificación familiar brindada a mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS.																
2.3 Proyección de metas:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024 (Año Base)</td><td>17,39</td></tr> <tr> <td>2025</td><td>17,74</td></tr> <tr> <td>2026</td><td>18,09</td></tr> <tr> <td>2027</td><td>18,45</td></tr> <tr> <td>2028</td><td>18,82</td></tr> <tr> <td>2029</td><td>19,20</td></tr> <tr> <td>2030</td><td>19,58</td></tr> </tbody> </table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024 (Año Base)	17,39	2025	17,74	2026	18,09	2027	18,45	2028	18,82	2029	19,20	2030	19,58
Año	Dato de la Meta (*)																
2024 (Año Base)	17,39																
2025	17,74																
2026	18,09																
2027	18,45																
2028	18,82																
2029	19,20																
2030	19,58																
(*) Datos con 2 decimales																	

2.4 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual
--

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta del PND:	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.

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

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 4: Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población.
4.2 Meta del PS:	Incrementar el porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS de 72,85% en el 2024 a 89,67 % al 2029.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE3 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud
4.2 Meta del PI:	Porcentaje de entidades operativas (EODS) con abastecimiento de medicamentos contenidos en la Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos- CNMB, en el Ministerio de Salud Pública – MSP de 75,15% en el año 2024 al 77,51% al 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD	
Elaborado por:  Firmado electrónicamente por: WILMA PILAR CALLE ZAMBRANO Válida electrónicamente con FirmasRC Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.	Revisado por:  Firmado electrónicamente por: GLENDIA MARIA GUTIERREZ CARRION Válida electrónicamente con FirmasRC Cargo: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.
Aprobado por:  Firmado electrónicamente por: RUVI PAOLA GUZMAN NARANJO Válida electrónicamente con FirmasRC Cargo: Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel.	

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Abril 2024
Fecha de la última actualización:	Abril 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que define el total de establecimientos de salud de la RPIS, que cumplen con los requisitos establecidos en la normativa para ser reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes – SSIAA, expresado en porcentaje.
1.4 Formula de cálculo:	$PESRSSIAARPIS = \frac{ESRPISRSSIAA}{ESRPIS} \times 100$ PESRSSIAARPIS= Porcentaje de establecimientos de en salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la RPIS. ESRPISRSSIAA= Número de establecimientos de los 3 niveles de atención en salud de la RPIS reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes – SSIAA. ESRPIS= Total de establecimientos de salud de los 3 niveles de atención de la RPIS. X 100.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Establecimiento de Salud: Son ambientes sanitarios compuestos por servicios que cuentan con la infraestructura, equipamiento y talento humano necesarios para brindar prestaciones de salud a la población en general, en cumplimiento de la normativa legal vigente. Servicios de Atención Integrales y Amigables para Adolescentes (SAIAA): La atención integral a favor de los y las adolescentes se centrará en la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, de acuerdo a sus factores biológicos y psicosociales: el estilo de vida, el ambiente físico, educativo y cultural, la familia, la interacción con sus pares y pareja en caso de tenerla, y el proyecto de vida. Las características que deben cumplir los establecimientos de salud para asegurar la atención de los servicios integrales y amigables para adolescentes son:

	Amigable: Reconoce los derechos de la población adolescente, cuenta con personal sensibilizado, capacitado y competente para brindar atención biopsicosocial, en equipo y en red con los enfoques de diversidad, intercultural, de género, intergeneracional y de derechos. Integral: Considera a la población adolescente en su totalidad biopsicosocial, tomando en cuenta los diferentes aspectos determinantes de su vida. Efectivos: Proporcionan atención de manera adecuada, y eficiente para contribuir al estado de salud de los y las adolescentes. Accesibles: Pensado y organizado para que los y las adolescentes puedan obtener los servicios ofrecidos sin barrera de acceso, sobre todo de tipo administrativo, actitudinal u otro similar, que limiten su acceso al mismo. Equitativos: Ofrece a los y las adolescentes, una atención que promueva su potencial biopsicosocial.
1.6 Método de cálculo:	Cálculo: Ministerio de Salud Pública, IESS General e IESS Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional Para el cálculo de este indicador se utiliza los registros administrativos del área técnica de salud sexual y salud reproductiva – Proyecto para el abordaje integral de la salud sexual y salud reproductiva del adolescente de cada Coordinación Zonal reportados en la Matriz nacional de servicios de salud integral y amigable – SSIAA. Numerador: Número de establecimientos de los 3 niveles de atención en salud de la RPIS reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes – SSIAA. Denominador: Total de establecimientos de salud de los 3 niveles de atención de la RPIS. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	No aplica.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Matriz nacional de servicios de salud integral y amigable – SSIAA.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública.

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA																	
2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.																
2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 56,16% al 63,25% de establecimientos de salud de la RPIS reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes – SSIAA.																
2.3 Proyección de metas:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2024</td><td>56,16</td></tr> <tr><td>2025</td><td>57,28</td></tr> <tr><td>2026</td><td>58,43</td></tr> <tr><td>2027</td><td>59,60</td></tr> <tr><td>2028</td><td>60,79</td></tr> <tr><td>2029</td><td>62,01</td></tr> <tr><td>2030</td><td>63,25</td></tr> </tbody> </table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024	56,16	2025	57,28	2026	58,43	2027	59,60	2028	60,79	2029	62,01	2030	63,25
Año	Dato de la Meta (*)																
2024	56,16																
2025	57,28																
2026	58,43																
2027	59,60																
2028	60,79																
2029	62,01																
2030	63,25																
(*) Datos con 2 decimales																	
2.4 Periodicidad de la meta por cada año	(Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual																

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025-2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: mejorar las condiciones de vida de la población de forma integral, promoviendo el acceso equitativo a salud, vivienda y bienestar social.
3.3 Política del PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta del PND:	1.5.2 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. 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.

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

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025-2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 2: Promover entornos y hábitos de vida saludables y seguros a la población en todo su ciclo de vida
4.2 Meta del PS:	Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud reconocidos como Servicios de Salud Integrales y Amigables para Adolescentes - SSIAA en la Red Pública Integral de Salud de 56,16% en el 2024 a 62,01% al 2029.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025-2029	
4.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE3 Incrementar la promoción de la salud en la población.

4.2 Meta del PI:	3.4 Incrementar la cobertura de atenciones en salud sexual y salud reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años de 14,39% en el año 2024 al 19,48% al 2029. 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.
------------------	---

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD	
Elaborado por:  Firmado digitalmente por: DANIELA FERNANDA LIGISTUNA JAGUACO Firmado digitalmente con Firmado Cargo: Analista del Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes	Revisado por:  Firmado digitalmente por: MARIA FERNANDA ALCIWAR GOMEZ Firmado digitalmente con Firmado Cargo: Responsable del Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes
Revisado por:  Firmado digitalmente por: PABLO GINTO COVI SANTIAGO Firmado digitalmente con Firmado Cargo: Director Nacional de Promoción de la Salud (E).	Aprobado por:  Firmado digitalmente en Firmado: ANDREA ELIABETH BRAVO SEMACHE Cargo: Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad.

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Abril 2024
Fecha de la última actualización:	Marzo 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de atenciones de aborto realizado al grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que define el número de atenciones de aborto realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS, expresado en porcentaje.
1.4 Formula de cálculo:	$PATCAESRPIS = \frac{AATMEFESRPIS \text{ (10 a 49 años)}}{AMEFESRPIS \text{ (10 a 49 años)}} \times 100$ PAACEESRPIS= Porcentaje de atenciones de aborto realizado al grupo de 10 a 49 años de edad en el servicio de consulta externa de establecimientos de salud de la RPIS. AACEESRPIS (10 a 49 años) = Número de atenciones de aborto en el servicio de consulta externa realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en establecimientos de salud de la RPIS. AEPPESRPIS (10 a 49 años) = Número de atenciones a mujeres embarazadas el grupo de edad de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. X 1000.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Aborto terapéutico: Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Aborto: es una intervención sanitaria segura y sin complejidad que puede gestionarse eficazmente con medicamento o mediante un procedimiento quirúrgico que puede realizarse en diversos entornos. Las complicaciones son poco frecuentes, tanto en el aborto médico como en el aborto quirúrgico, cuando el aborto se realiza de forma segura, es decir, con un método recomendado por la OMS, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios. Establecimientos de Salud: Son instalaciones esenciales que ofertan servicios de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o

	restablecer el estado de salud de las personas. Se clasifican según su capacidad resolutoria en tres niveles de atención.
1.6 Método de cálculo:	CALCULO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. Numerador: Número de atenciones de aborto en el servicio de consulta externa realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Grupo prioritario: embarazada. • Establecimientos de salud: MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Formación del profesional RDACAA 1.6: Médico/a, Médico/a Rural, Obstetrix/tra, Obstetrix/ra Rural. Especialidad del profesional RDACAA 2.0, PRAS: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Medicina Rural, Obstetricia, Obstetricia Rural. Códigos CIE – 10: • O021: Aborto retenido. • O028: Otros productos anormales especificados de la concepción. • O030: Aborto espontaneo incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O031: Aborto espontaneo incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O032: Aborto espontaneo incompleto, complicado por embolia. • O033: Aborto espontaneo incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O034: Aborto espontaneo incompleto, sin complicación. • O035: Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana. • O036: Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O037: Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado por embolia. • O038: Aborto espontaneo completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O039: Aborto espontaneo completo o no especificado, sin complicación.

	• O040: Aborto medico incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O041: Aborto medico incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O042: Aborto medico incompleto, complicado por embolia. • O043: Aborto medico incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O044: Aborto medico incompleto, sin complicación. • O045: Aborto medico completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana. • O046: Aborto medico completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O047: Aborto medico completo o no especificado, complicado por embolia. • O048: Aborto medico completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O049: Aborto medico completo o no especificado, sin complicación. • O050: Otro aborto incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O051: Otro aborto incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O052: Otro aborto incompleto, complicado por embolia. • O053: Otro aborto incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O054: Otro aborto incompleto, sin complicación. • O055: Otro aborto completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana. • O056: Otro aborto completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O057: Otro aborto completo o no especificado, complicado por embolia. • O058: Otro aborto completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O059: Otro aborto completo o no especificado, sin complicación. • O060: Aborto no especificado incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O061: Aborto no especificado incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O062: Aborto no especificado incompleto, complicado por embolia. • O063: Aborto no especificado incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O064: Aborto no especificado incompleto, sin complicación. • O065: Aborto no especificado completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana. • O066: Aborto no especificado completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía.
--	---

	• O067: Aborto no especificado completo o no especificado, complicado por embolia. • O068: Aborto no especificado completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O069: Aborto no especificado completo o no especificado, sin complicación. • O070: Falla de la inducción medica del aborto, complicado por infección genital y pelviana. • O071: Falla de la inducción medica del aborto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O072: Falla de la inducción medica del aborto, complicado por embolia. • O073: Falla de la inducción medica del aborto, con otras complicaciones y las no especificadas. • O074: Falla de la inducción medica del aborto, sin complicación. • O075: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por infección genital y pelviana. • O076: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por hemorragia excesiva o tardía. • O077: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por embolia. • O078: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, con otras complicaciones y las no especificadas. • O079: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, sin complicación. • Denominador: Número de atenciones a mujeres embarazadas el grupo de edad de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Grupo prioritario: embarazada. • Establecimientos de salud: MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Formación del profesional RDACAA 1.6: Médico/a, Obstetriz/tra. Especialidad del profesional RDACAA 2.0, PRAS: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.
--	---

CALCULO IESS GENERAL E IESS CAMPESINO

Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de registro de datos MIS AS- 400.

Numerador: Número de atenciones de aborto en el servicio de consulta externa realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en establecimientos de salud de la RPIS.

- Todos los niveles de atención.
- Con todas las condiciones de diagnóstico.
- Grupo prioritario: embarazada.
- Establecimientos de salud: IESS General e IESS Campesino
- Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia.

Códigos CIE – 10

- Mismos MSP.

Denominador: Número de atenciones a mujeres embarazadas el grupo de edad de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS.

- Todos los niveles de atención.
- Grupo prioritario: embarazada.
- Con todas las condiciones de diagnóstico.
- Establecimientos de salud: IESS General e IESS Campesino
- Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia.

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

CALCULO FUERZAS ARMADAS

Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa.

Numerador: Número de atenciones de aborto en el servicio de consulta externa realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en establecimientos de salud de la RPIS.

- Todos los niveles de atención.
- Con todas las condiciones de diagnóstico.
- Grupo prioritario: embarazada.
- Establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas.

	• Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Códigos CIE – 10 • Mismos MSP. Denominador: Número de atenciones a mujeres embarazadas el grupo de edad de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Grupo prioritario: embarazada. • Establecimientos de salud Fuerzas Armadas. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100. CALCULO POLICÍA NACIONAL Para el cálculo del indicador se utiliza como fuentes de información la plataforma de registro de información RDACCA, la Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS. Numerador: Número de atenciones de aborto en el servicio de consulta externa realizado en el grupo de 10 a 49 años de edad en establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Grupo prioritario: embarazada. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Códigos CIE – 10 • Mismos MSP.
--	--

	Denominador: Número de atenciones a mujeres embarazadas el grupo de edad de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Grupo prioritario: embarazada. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	No aplica
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. ESS General e IESS Campesino MIS – AS 400. Fuerzas Armadas Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Policía Nacional: Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias RDAACA, Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública
1.11 Desagregación	Por ciclo de edad: 10 – 14 15 – 19 20 – 49

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.
---	--

2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 0,22% al 0,26% de mujeres de 10 a 49 años que accedieron por atención de aborto en establecimientos de salud de la RPIS.																
2.3 Proyección de metas:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2024</td><td>0,22</td></tr> <tr><td>2025</td><td>0,23</td></tr> <tr><td>2026</td><td>0,23</td></tr> <tr><td>2027</td><td>0,24</td></tr> <tr><td>2028</td><td>0,25</td></tr> <tr><td>2029</td><td>0,26</td></tr> <tr><td>2030</td><td>0,26</td></tr> </tbody> </table> (*) Datos con 2 decimales	Año	Dato de la Meta (*)	2024	0,22	2025	0,23	2026	0,23	2027	0,24	2028	0,25	2029	0,26	2030	0,26
Año	Dato de la Meta (*)																
2024	0,22																
2025	0,23																
2026	0,23																
2027	0,24																
2028	0,25																
2029	0,26																
2030	0,26																
2.4 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual):	Anual																

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral, mediante la promoción, prevención, atención primaria, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con talento humano suficiente y fortalecido, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.
3.4 Meta del PND:	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.

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

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 4: Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población.
4.2 Meta del PS:	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.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	Porcentaje de entidades operativas (EODS) con abastecimiento de medicamentos contenidos en la Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos- CNMB, en el Ministerio de Salud Pública – MSP de 75,15% en el año 2024 al 77,51% al 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

Elaborado por:



Firmado digitalmente por:
WILMA PILAR CALLE
LAMBRANO
Validar documento con FirmasE

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

Elaborado por:



Firmado digitalmente por:
DIANA JACQUELINE
BARRETO TIXE
Validar documento con FirmasE

Cargo: Especialista Dirección Nacional de Hospitales

Revisado por:



Firmado digitalmente por:
GLENDA MARIA
GUTIERREZ CARRION
Validar documento con FirmasE

Cargo: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.

Revisado por:



Firmado digitalmente por:
CARLOS DJALMAR
LAMBRANO VERA
Validar documento con FirmasE

Cargo: Dirección Nacional de Hospitales.

Aprobado por:



Firmado digitalmente por:
OMAR ESNEIBER
TORRES CARVAJAL
Validar documento con FirmasE

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

Aprobado por:



Firmado digitalmente por:
WENDY BRASILIA
SAVICA VASQUEZ
Validar documento con FirmasE

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

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Abril 2024
Fecha de la última actualización:	Marzo 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que define el número de egresos hospitalarios por aborto realizado a mujeres en edad fértil (10 a 49 años) en establecimientos de salud de la Sistema Nacional de Salud, expresado en porcentaje.
1.4 Formula de cálculo:	$PEHAESNS = \frac{EHAES \text{ (10 a 49 años)}}{EHM \text{ (10 a 49 años)}} \times 100$ PEHAESNS= Porcentaje de egresos hospitalarios por atención de aborto en establecimientos de salud de la Sistema Nacional de Salud. EHAES (10 a 49 años) = Número de egresos hospitalarios por aborto realizado al grupo de 10 a 49 años en establecimientos de la Sistema Nacional de Salud. EHM (10 a 49 años) = Total de egresos hospitalarios en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de la Sistema Nacional de Salud. X 100.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Aborto terapéutico: Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Egreso hospitalario: Es la salida del establecimiento de salud de un paciente hospitalizado. El egreso puede darse por alta médica, traslado a otro establecimiento de salud, defunción, retiro voluntario del paciente u otro. Aborto: es una intervención sanitaria segura y sin complejidad que puede gestionarse eficazmente con medicamento o mediante un procedimiento quirúrgico que puede realizarse en diversos entornos. Las complicaciones son poco frecuentes, tanto en el aborto médico como en el aborto quirúrgico, cuando el aborto se realiza de forma segura, es decir, con un método recomendado por

	la OMS, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios.
1.6 Método de cálculo:	Calculo Sistema Nacional de Salud Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información el Registro Estadístico de Egresos Hospitalarios, generado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), tomando en cuenta el total de defunciones, clasificadas por edad y causas de muerte. Numerador: Número de egresos hospitalarios por aborto realizado al grupo de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. • Edad a considerar de 10 a 49 años. • Cie-10. Códigos CIE – 10 • O021: Aborto retenido. • O028: Otros productos anormales especificados de la concepción. • O030: Aborto espontaneo incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O031: Aborto espontaneo incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O032: Aborto espontaneo incompleto, complicado por embolia. • O033: Aborto espontaneo incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O034: Aborto espontaneo incompleto, sin complicación. • O035: Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana. • O036: Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O037: Aborto espontaneo completo o no especificado, complicado por embolia. • O038: Aborto espontaneo completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O039: Aborto espontaneo completo o no especificado, sin complicación. • O040: Aborto medico incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O041: Aborto medico incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O042: Aborto medico incompleto, complicado por embolia. • O043: Aborto medico incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O044: Aborto medico incompleto, sin complicación. • O045: Aborto medico completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana.

	• O046: Aborto medico completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O047: Aborto medico completo o no especificado, complicado por embolia. • O048: Aborto medico completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O049: Aborto medico completo o no especificado, sin complicación. • O050: Otro aborto incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O051: Otro aborto incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O052: Otro aborto incompleto, complicado por embolia. • O053: Otro aborto incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O054: Otro aborto incompleto, sin complicación. • O055: Otro aborto completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana. • O056: Otro aborto completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O057: Otro aborto completo o no especificado, complicado por embolia. • O058: Otro aborto completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O059: Otro aborto completo o no especificado, sin complicación. • O060: Aborto no especificado incompleto, complicado con infección genital y pelviana. • O061: Aborto no especificado incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O062: Aborto no especificado incompleto, complicado por embolia. • O063: Aborto no especificado incompleto, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O064: Aborto no especificado incompleto, sin complicación. • O065: Aborto no especificado completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana. • O066: Aborto no especificado completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía. • O067: Aborto no especificado completo o no especificado, complicado por embolia. • O068: Aborto no especificado completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y las no especificadas. • O069: Aborto no especificado completo o no especificado, sin complicación. • O070: Falla de la inducción medica del aborto, complicado por infección genital y pelviana. • O071: Falla de la inducción medica del aborto, complicado por hemorragia excesiva o tardía.
--	--

	• O072: Falla de la inducción medica del aborto, complicado por embolia. • O073: Falla de la inducción medica del aborto, con otras complicaciones y las no especificadas. • O074: Falla de la inducción medica del aborto, sin complicación. • O075: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por infección genital y pelviana. • O076: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por hemorragia excesiva o tardía. • O077: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, complicados por embolia. • O078: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, con otras complicaciones y las no especificadas. • O079: Otros intentos fallidos de aborto y los no especificados, sin complicación. Denominador: Total de egresos hospitalarios en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud. El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	No aplica.
1.8 Fuente de datos:	Instituto Nacional de Estadística y Censos Registro Estadístico de Defunciones Generales.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública.
1.11 Desagregación	Por ciclo de edad: 10 – 14 15 – 19 20 – 49

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA					
2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.				
2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 3,40% al 4,01% de mujeres de 10 a 49 años que accedieron por atención de aborto hospitalario en establecimientos de salud de la RPIS.				
2.3 Proyección de metas:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2024</td><td>3,40</td></tr> </tbody> </table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024	3,40
Año	Dato de la Meta (*)				
2024	3,40				

	2025	3,50	
	2026	3,59	
	2027	3,69	
	2028	3,80	
	2029	3,90	
	2030	4,01	
(*) Datos con 2 decimales			
2.4 Periodicidad de la meta por cada año			
(Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual): Anual.			

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral, mediante la promoción, prevención, atención primaria, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con talento humano suficiente y fortalecido, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.
3.4 Meta del PND:	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.

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

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 4: Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población.
4.2 Meta del PS:	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.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud.
4.2 Meta del PI:	Porcentaje de entidades operativas (EODS) con abastecimiento de medicamentos contenidos en la Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos- CNMB, en el Ministerio de Salud Pública – MSP de 75,15% en el año 2024 al 77,51% al 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD	
Elaborado por:  Firmado digitalmente por: DIANA JACQUELINE BARRENO TIXE Salida de documento con Firmas Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Hospitales.	Revisado por:  Firmado digitalmente por: CARLOS DUJAMAR ZAMBRANO VERA Salida de documento con Firmas Cargo: Dirección Nacional de Hospitales.

Aprobado por:



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

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Febrero 2024
Fecha de la última actualización:	Marzo 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Porcentaje de atenciones por primera consulta posparto que accedieron a un método anticonceptivo.
1.2 Unidad de Medida:	Porcentaje.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador que define el número de primeras consultas posparto que accedieron a un método anticonceptivo, en establecimientos de salud de la RPIS, expresado en porcentaje.
1.4 Formula de cálculo:	$PAPCPMAC = \frac{UAPMACSRPIS \text{ (10 A 49 años)}}{TPAESRPIS} \times 100$ PAPCPMAC = Porcentaje de atenciones por primera consulta posparto que accedieron a un método anticonceptivo. UAPMACSRPIS (10 a 49 años) = Número de atenciones por primeras consultas posparto que accedieron a un método anticonceptivo en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. TPAESRPIS (10 a 49 años) = Total de atenciones por primera consulta posparto en los establecimientos de salud de la RPIS. X 100.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Primera consulta: Es la consulta brindada a un paciente por primera vez dentro del año de reporte, por una determinada enfermedad o acción de salud y en un determinado servicio. Posparto: El postparto es el período de empieza después del parto y se termina cuando aparece de nuevo menstruación Este período necesita un seguimiento particular porque pueden aparecer numerosos problemas de tipo físico, psicológico u hormonal: la relación madre-hijo que se construye, el útero que recupera su tamaño original, las hormonas normales del ciclo que se secretan de nuevo. Anticoncepción: Sustancia, fármaco, dispositivo o método que se opone o impide la concepción. Métodos anticonceptivos: Los métodos anticonceptivos incluyen las píldoras anticonceptivas por vía oral, las implantaciones contraceptivas subcutáneas, las inyecciones, los parches, los anillos

	vaginales, los dispositivos intrauterinos, los preservativos, la esterilización masculina y femenina, el método de la amenorrea de la lactancia, el coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fecundidad. Estos métodos tienen diferentes mecanismos de acción y distintos grados de eficacia a la hora de prevenir embarazos no deseados. Establecimientos de Salud: Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud son los ambientes sanitarios compuestos por servicios que cuentan con la infraestructura, equipamiento y talento humano necesarios para brindar prestaciones de salud a la población en general, en cumplimiento de la normativa legal vigente. Estos establecimientos pueden ser asistenciales, de apoyo diagnóstico y terapéutico, y móviles, de acuerdo con los servicios que prestan.
1.6 Método de cálculo:	CALCULO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas posparto que accedieron a un método anticonceptivo en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de consulta posparto y anticoncepción en establecimientos de salud de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta: dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: del MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Establecimientos de salud: del MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Formación del profesional RDACCA 1.6: Médico/a /a, Médico/a rural, Obstetrix y Obstetrix rural. • Especialidad profesional RDACAA 2.0 y PRAS: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, medicina rural, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia y obstetricia rural. Códigos CIE – 10: Posparto • Z390: Atención y examen inmediatamente después del parto.

	• Z391: Atención y examen de madre en periodo de lactancia. • Z392: Seguimiento postparto, de rutina. • Z3911: Atención y examen de madre en periodo de lactancia supervisión de la lactancia amenorrea de la lactancia (MELA). Códigos CIE – 10: Anticoncepción • Z301: Inserción de dispositivo anticonceptivo (intrauterino). • Z302: Esterilización. • Z304: Supervisión del uso de drogas anticonceptivas. • Z308: Otras atenciones especificadas para la anticoncepción. • Z309: Asistencia para la anticoncepción no especificada. • Z310: Tuboplastia o vasoplastia posterior a esterilización. • Z3001: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos orales combinados. • Z3002: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos orales solo progesterona. • Z3003: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos inyectables. • Z3004: Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción Asesoría en planificación familiar SAI Prescripción inicial de anticonceptivos anticonceptivo oral de emergencia. • Z3010: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Anillo vaginal. • Z3011: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Parche transdérmico. • Z3012: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación implante Subdérmico. • Z3013: Inserción de dispositivo anticonceptivo (Intrauterino) Colocación DIU. Denominador: Total de atenciones por primera consulta posparto en los establecimientos de salud de la RPIS., de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: del MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI. • Establecimientos de salud: del MSP, Fiscomisionales y Servicio Nacional de Atención Integral – SNAI.
--	---

	• Formación del profesional RDACCA 1.6: Médico/a /a, Médico/a rural, Obstetrix y Obstetrix rural. • Especialidad profesional RDACAA 2.0 y PRAS: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, medicina rural, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia y obstetricia rural. Códigos CIE – 10: Posparto • Z390: Atención y examen inmediatamente después del parto. • Z391: Atención y examen de madre en periodo de lactancia. • Z392: Seguimiento postparto, de rutina. • Z3911: Atención y examen de madre en periodo de lactancia supervisión de la lactancia amenorrea de la lactancia (MELA). Porcentaje: El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100. CALCULO IESS GENERAL E IESS CAMPESINO Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información el sistema de información médica AS400. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas posparto que accedieron a un método anticonceptivo en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de consulta posparto y anticoncepción en establecimientos de salud de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de todos los niveles de atención del IESS General e IESS Campesino. • Especialidad profesional: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia. Códigos CIE – 10: Posparto • Mismos MSP Códigos CIE – 10: Anticoncepción
--	---

	• Mismos MSP Denominador: Total de atenciones por primera consulta posparto en los establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Primera consulta dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de todos los niveles de atención del IESS General e IESS Campesino. • Especialidad profesional: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia. Códigos CIE – 10: Posparto • Mismos MSP Porcentaje: El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100. CALCULO FUERZAS ARMADAS Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas posparto que accedieron a un método anticonceptivo en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de consulta posparto y anticoncepción en establecimientos de salud de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de las Fuerzas Armadas. • Especialidad profesional: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia. Códigos CIE – 10: Posparto • Mismos MSP Códigos CIE – 10: Anticoncepción
--	--

	• Mismos MSP Denominador: Total de atenciones por primera consulta posparto en los establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Primera consulta dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de las Fuerzas Armadas. • Especialidad profesional: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia. Códigos CIE – 10: Posparto • Mismos MSP Porcentaje: El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100. CALCULO POLICÍA NACIONAL Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información, de la plataforma de registro de información RDACCA, la Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS. Numerador: Número de atenciones por primeras consultas posparto que accedieron a un método anticonceptivo en el grupo de mujeres de 10 a 49 años en establecimientos de salud de la RPIS. Se identifica y cuantifica la sumatoria de atenciones por primeras consultas con diagnóstico de consulta posparto y anticoncepción en establecimientos de salud de acuerdo a las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Primera consulta dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional • Especialidad profesional: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia. Códigos CIE – 10: Posparto • Mismos MSP Códigos CIE – 10: Anticoncepción • Mismos MSP
--	--

	Denominador: Total de atenciones por primera consulta posparto en los establecimientos de salud de la RPIS. • Todos los niveles de atención. • Primera consulta dentro del año de reporte. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional Especialidad profesional: Medicina general integral, medicina familiar y comunitaria, Ginecología y obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, obstetricia. Códigos CIE – 10: Posparto • Mismos MSP Porcentaje: El resultado obtenido del numerador dividido para el denominador, se multiplica por 100.
1.7 Limitaciones técnicas:	Instituciones de la RPIS IESS General, IESS Campesino, Fuerzas Armadas y Policía Nacional no disponen de información de códigos CIE – 10 de métodos anticonceptivos a 5 dígitos.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. IESS General e IESS Campesino Sistema de información médica AS400. Calculo Fuerzas armadas Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa Calculo Policía Nacional Plataforma de registro de información RDACCA, la Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.
---	--

2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 14,23 % al 16,99 % las atenciones por primera consulta de mujeres posparto que accedieron a un método anticonceptivo.																
2.3 Proyección de metas:	<table><tr><th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr><tr><td>2024</td><td>14,23</td></tr><tr><td>2025</td><td>14,66</td></tr><tr><td>2026</td><td>15,10</td></tr><tr><td>2027</td><td>15,55</td></tr><tr><td>2028</td><td>16,02</td></tr><tr><td>2029</td><td>16,50</td></tr><tr><td>2030</td><td>16,99</td></tr></table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024	14,23	2025	14,66	2026	15,10	2027	15,55	2028	16,02	2029	16,50	2030	16,99
Año	Dato de la Meta (*)																
2024	14,23																
2025	14,66																
2026	15,10																
2027	15,55																
2028	16,02																
2029	16,50																
2030	16,99																
(*) Datos con 2 decimales																	
2.4 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual):	Anual																

3. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2025 - 2029	
3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta del PND:	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.

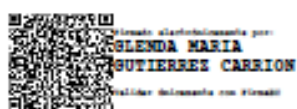
Nota: Se deberá completar la información solo con un eje, objetivo, política y meta, en casos excepcionales esta alineación se aceptará hasta política.

4. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN SECTORIAL 2025 - 2029	
4.1 Objetivo del PS:	Objetivo 4: Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población.
4.2 Meta del PS:	Incrementar el porcentaje de abastecimiento de medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, contenidos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB vigente y autorizados para su adquisición, en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud – RPIS de 72,85% en el 2024 a 89,67 % al 2029.

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	OE4 Incrementar la calidad en la prestación de los servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	Porcentaje de entidades operativas (EODS) con abastecimiento de medicamentos contenidos en la Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos- CNMB, en el Ministerio de Salud Pública – MSP de 75,15 en el año 2024 al 77,51% al 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD**Elaborado por:**

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

Revisado por:

Cargo: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud.

Aprobado por:

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

Elaborado por:

Cargo: Especialista Dirección Nacional de Hospitales

Revisado por:

Cargo: Dirección Nacional de Hospitales.

Aprobado por:

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

FICHA DE INDICADORES Y METAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Entidad Responsable:	Ministerio de Salud Pública
Fecha de elaboración de la Ficha:	Febrero 2024
Fecha de la última actualización:	Marzo 2026

1. INDICADOR DE LA POLÍTICA PÚBLICA	
1.1 Nombre del Indicador:	Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS.
1.2 Unidad de Medida:	Número.
1.3 Descripción del indicador:	Es un indicador cuantitativo que mide el total de las consultas primeras y subsecuentes por control prenatal brindadas a gestantes (10 a 49 años), expresado como número total de controles prenatales en los establecimientos de salud de la RPIS.
1.4 Formula de cálculo:	$CCP = \frac{NPCCP + NCSCP_{(10\text{ a }49\text{ años})}}{NPCCP_{(10\text{ a }49\text{ años})}}$ CCP _(10 a 49 años) = Concentración de control prenatal en gestantes de la RPIS. NPCCP (10–49 años)t = Número de primeras consultas de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años, en los establecimientos de salud de la RPIS. NCSCP (10–49 años)t = Número de consultas subsecuentes de controles prenatales brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años, en los establecimientos de salud de la RPIS.
1.5 Definición de variables relacionadas:	Las variables que forman parte de este indicador son: Concentración: Mide el promedio de consultas realizadas por cada consulta de primera vez en el establecimiento de salud. Control Prenatal: Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Según el “Componente Normativo Materno”, toda mujer embarazada de bajo riesgo debe completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento). Nivel Mínimo Eficiente de controles: • Uno en las primeras 12 semanas. • Uno entre las 22 y 27 semanas. • Uno entre las 28 y 33 semanas. • Uno entre las 34 y 37 semanas. • Uno entre las 38 y 40 semanas.

	Primera consulta de control prenatal: Es la consulta médica u obstétrica realizada a una mujer embarazada por primera vez en su periodo de gestación como parte de su control prenatal en las unidades de primer nivel. (Independientemente de la semana de gestación en la que se encuentre). Se excluye a la atención odontológica debido a que es una atención de referencia complementaria al control prenatal. Consulta Subsecuente de control prenatal: Comprende los controles posteriores a la primera vez, brindados por el médico u obstetra hasta que concluya el embarazo.
1.6 Método de cálculo:	CALCULO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS, Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. Numerador: El numerador se lo obtiene de la sumatoria de las consultas preventivas primeras y subsecuentes por control prenatal de los tres diagnósticos, brindadas a mujeres embarazadas. • Todos los niveles de atención. • Grupo prioritario: embarazadas. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: MSP, Fiscomisionales, Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores – SNAI. • Formación del profesional RDACAA 1.6: Médico/a, Médico rural, Obstetrix/tra, Obstetrix/tra rural. Especialidad del profesional RDACAA 2.0, PRAS: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia y obstetricia rural. Códigos CIE – 10: • Z340: Supervisión de primer embarazo normal. • Z348: Supervisión de otros embarazos normales. • Z349: Supervisión de embarazo normal no especificado. • Z350: Supervisión de embarazo con historia de esterilidad. • Z351: Supervisión de embarazo con historia de aborto. • Z352: Supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva. • Z353: Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal. • Z354: Supervisión de embarazo con gran multiparidad. • Z355: Supervisión de primigesta añosa. • Z356: Supervisión de primigesta muy joven.

- Z357: Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales.
- Z358: Supervisión de otros embarazos de alto riesgo.
- Z359: Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación.
- Z321: Embarazo confirmado.

Denominador: Número de primeras consultas por control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de salud del MSP, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

- Todos los niveles de atención.
- Primera consulta del embarazo.
- Grupo prioritario: embarazadas.
- Establecimientos de salud: MSP, Fiscomisionales, Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores – SNAI.
- Formación del profesional RDACAA 1.6: Médico/a, Médico rural, Obstetrix/tra, Obstetrix/tra rural. Especialidad del profesional RDACAA 2.0, PRAS: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia y obstetricia rural.
- Códigos CIE 10 descritos en el numerador

CALCULO IESS GENERAL E IESS CAMPESINO

Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información el sistema MIS AS 400.

Numerador: El numerador se lo obtiene de la sumatoria de las consultas preventivas primeras y subsecuentes por control prenatal, brindadas a gestantes, con las siguientes consideraciones:

- Todos los niveles de atención.
- Grupo prioritario: embarazadas.
- Con todas las condiciones de diagnóstico.
- Establecimientos de salud: del IESS General e IESS Campesino.
- Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia.

Códigos CIE – 10:

- Mismos MSP

Denominador: Número de primeras consultas por control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los

	establecimientos de salud del IESS General e IESS Campesino, de acuerdo a las siguientes consideraciones. • Todos los niveles de atención. • Primera consulta del embarazo. • Con todas las condiciones de diagnóstico • Grupo prioritario: embarazadas. • Establecimientos de salud: del IESS General e IESS Campesino • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia y obstetricia rural. • Códigos CIE 10 descritos en el numerador CALCULO FUERZAS ARMADAS Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa. Numerador: El numerador se lo obtiene de la sumatoria de las consultas preventivas primeras y subsecuentes por control prenatal, brindadas a gestantes, con las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Grupo prioritario: embarazadas. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de las Fuerzas Armadas • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Códigos CIE – 10: • Mismos MSP. Denominador: Número de primeras consultas por control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas, de acuerdo a las siguientes consideraciones. • Todos los niveles de atención. • Primera consulta del embarazo. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Grupo prioritario: embarazadas. • Establecimientos de salud: de las Fuerzas Armadas • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia y obstetricia rural.
--	--

	• Códigos CIE 10 descritos en el numerador. CALCULO POLICÍA NACIONAL Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información, de la plataforma de registro de información RDACCA, la Plataforma INTEGRASALUD, plataforma HosVital y POLIHIS. Numerador: El numerador se lo obtiene de la sumatoria de las consultas preventivas primeras y subsecuentes por control prenatal, brindadas a gestantes, con las siguientes consideraciones: • Todos los niveles de atención. • Grupo prioritario: embarazadas. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional. • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia. Códigos CIE – 10: • Mismos MSP. Denominador: Número de primeras consultas por control prenatal brindadas a mujeres embarazadas de 10 a 49 años en los establecimientos de salud de la Policía Nacional, de acuerdo a las siguientes consideraciones. • Todos los niveles de atención. • Primera consulta del embarazo. • Con todas las condiciones de diagnóstico. • Grupo prioritario: embarazadas. • Establecimientos de salud: de la Policía Nacional • Especialidad del profesional: Medicina General Integral, Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Rural, Ginecología y Obstetricia, Atención Primaria en Salud, medicina general, Obstetricia y obstetricia rural. • Códigos CIE 10 descritos en el numerador
1.7 Limitaciones técnicas:	No aplica.
1.8 Fuente de datos:	Ministerio de Salud Pública Plataforma de Registros de Atenciones de Salud – PRAS. Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias – RDAACA. IESS General e IESS Campesino MIS – AS 400

	Fuerzas Armadas Para el cálculo del indicador se utiliza como fuente de información la Base de datos de atención, ESPE Innovativa Policía Nacional Registro diario automatizado de consultas y atenciones ambulatorias RDAACA, Plataforma INTEGRASALUD, plataforma Hospital y POLIHIS.
1.9 Comportamiento de datos del indicador (Discreto / Continuo):	Continuo.
1.10 Unidad responsable:	Ministerio de Salud Pública.

2. META DEL INDICADOR DE POLÍTICA PÚBLICA

2.1 Objetivo de la política pública:	Asegurar a la población que resida en el territorio ecuatoriano una atención integral, igualitaria, digna y de calidad a través del pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la ampliación de la cobertura en salud sexual y salud reproductiva en el sistema nacional de salud.																
2.2 Nombre de la meta:	Al 2030, incrementar de 3,41 a 4,15 la concentración de controles prenatales realizados a gestantes en establecimientos de salud de la RPIS.																
2.3 Proyección de metas:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th><th>Dato de la Meta (*)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>2024</td><td>3,41</td></tr> <tr><td>2025</td><td>3,52</td></tr> <tr><td>2026</td><td>3,64</td></tr> <tr><td>2027</td><td>3,76</td></tr> <tr><td>2028</td><td>3,89</td></tr> <tr><td>2029</td><td>4,02</td></tr> <tr><td>2030</td><td>4,15</td></tr> </tbody> </table>	Año	Dato de la Meta (*)	2024	3,41	2025	3,52	2026	3,64	2027	3,76	2028	3,89	2029	4,02	2030	4,15
Año	Dato de la Meta (*)																
2024	3,41																
2025	3,52																
2026	3,64																
2027	3,76																
2028	3,89																
2029	4,02																
2030	4,15																
(*) Datos con 2 decimales																	
2.4 Periodicidad de la meta por cada año (Anual/Semestral/Cuatrimstral/Trimestral/Bimensual/Mensual):	Anual																

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

3.1 Eje del PND:	Eje Social.
3.2 Objetivo del PND:	Objetivo 1: Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.
3.3 Política del PND:	1.5 Garantizar el acceso y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, que incluya educación integral de la sexualidad.
3.4 Meta del PND:	Reducir la razón de mortalidad materna de 35,62 en el 2023 a 33,06 al 2029.

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

5. ALINEACIÓN DE LA META AL PLAN INSTITUCIONAL 2025 - 2029	
5.1 Objetivo Estratégico del PI:	OES Incrementar la cobertura de las prestaciones de servicios de salud.
5.2 Meta del PI:	Incrementar la cobertura de atenciones en salud en establecimientos del primer nivel del MSP de 71,13% en el año 2024 al 78,54% al 2029.

6. FIRMAS DE RESPONSABILIDAD	
Elaborado por:  Firmado digitalmente por: WILMA PILAR CÁLLE ZAMBRANO Validez del documento con FirmasC Cargo: Especialista de la Dirección Nacional de Atención Integral en Salud. Revisado por:  Firmado digitalmente por: SLENDA MARIA BOUTIERREY CARRION Validez del documento con FirmasC Cargo: Dirección Nacional de Atención Integral en Salud. Aprobado por:  Firmado digitalmente por: OMAR BENEFIER TORRES CARVAJAL Validez del documento con FirmasC Cargo: Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel.	Elaborado por:  Firmado digitalmente por: DYANA JACQUELINE BARRERO TIXE Validez del documento con FirmasC Cargo: Especialista Dirección Nacional de Hospitales Revisado por:  Firmado digitalmente por: CARLOS DUALMAR ZAMBRANO VERA Validez del documento con FirmasC Cargo: Dirección Nacional de Hospitales. Aprobado por:  Firmado digitalmente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ Validez del documento con FirmasC Cargo: Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud_ec

www.salud.gob.ec

Coordinación General Administrativa Financiera
Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica corresponde al Acuerdo Nro. 00007-2026, de 05 de junio de 2026, por parte y en calidad de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, al Esp. Jaime Otton Bernabé Erazo, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 369 de 27 de abril de 2026.

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00007-2026, de 05 de junio 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. 00007-2026, de 05 de junio de 2026, conforme el artículo 1: *“Aprobar y autorizar la emisión de la “Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2026 – 2030”, se compone de: fojas 1 a la 6, Acuerdo; y, fojas 7 a la 232, Anexo de la “POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA 2026 – 2030”.*

Quito, D.M., a 08 de junio de 2026



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

JL/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.