

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO No. 00006-2026

**SE APRUEBA Y SE AUTORIZA LA
PUBLICACIÓN DEL “MANUAL DE
PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD”**

Nro. 00006 - 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, dispone: *"La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional."*

Que la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 61, prevé como derechos de las ecuatorianas y ecuatorianos, entre otros: "(...) 2.- Participar en los asuntos de interés público. (...) 5.- Fiscalizar los actos del poder público (...)";

Que el artículo 95, de la Constitución de la República del Ecuador, establece: *"Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano. La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad. La participación de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho, que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria."*

Que la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 361, ordena 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 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 la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 7, inciso k, establece que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, entre otros derechos: *"Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida."*

Que la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, en el artículo 45, prevé que las distintas funciones del Estado

establecerán mecanismos para garantizar la transparencia de sus acciones, así como los planes y programas que faciliten la participación activa de la ciudadanía en su gestión. Estas funciones del Estado establecerán una agenda pública de consulta a la ciudadanía, grupos y organizaciones sociales en todos los temas;

Que el Código Orgánico Administrativo, establece: *"Art. 130.- Competencia normativa de carácter administrativo. Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea esta competencia para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley";*

Que el artículo 99, del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva-ERJAFE, sobre la extinción y reforma de los actos normativos, prevé: *"Los actos normativos podrán ser derogados o reformados por el órgano competente para hacerlo cuando así se lo considere conveniente. (...)";*

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

Que con Acuerdo Ministerial Nro. 0044-2017 de 04 de abril de 2017, el Ministerio de Salud Pública aprobó y autorizó la publicación del Manual *"Implementación de la estrategia de participación ciudadana en salud en el Ministerio de Salud Pública"*, de aplicación obligatoria para el Ministerio de Salud Pública y sus niveles desconcentrados;

Que el Informe Técnico Nro. MSP-SPSII-DNPSS-2026-00001, de 19 de marzo de 2026, elaborado por la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, aprobado por la Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Encargada, señaló: *"(...) La aprobación y autorización de la publicación del Manual de Participación Social en Salud del MSP es necesaria para implementar los mecanismos de participación social en salud inclusivos y eficientes, hacia la promoción de la salud, la incidencia en los determinantes sociales de la salud, procesos de seguimiento y evaluación, y propuestas para la construcción y/o articulación de política pública, creando un puente para la vinculación activa de la ciudadanía con la salud, la misma que se fortalece a partir de:*
a. Activar diversos mecanismos de participación a nivel nacional y en los niveles territoriales: Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, Comités Ciudadanos Subnacionales, intermedios y Locales de Salud, además de otros espacios propios de las comunidades, barrios, recintos, pueblos, nacionalidades y los propiciados por otras instituciones. b. Visibilizar las formas de participación que existen en los barrios, recintos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades. c. Generar productos concretos desde los procesos de participación (agendas, foros, mesas intersectoriales, planes, actividades de incidencia, propuestas, entre otros). d. Articular a la Dirección Nacional de Participación Social en Salud con las gestiones territoriales de promoción, salud intercultural e igualdad mediante procesos de formación, acompañamiento, seguimiento mediante un sistema de indicadores con medición de resultados, y estrategias de monitoreo y evaluación. e. Articular a nivel intersectorial e interinstitucional en los diferentes niveles de gestión con los diversos actores, a fin de incidir en los determinantes de la salud, en el marco de las diferentes competencias de cada uno." Y concluyó: *"La actualización del Manual de Participación Social en Salud reviste una importancia fundamental en la estructuración eficiente del trabajo con la ciudadanía en distintos territorios. Este proceso no solo tiene como objetivo fortalecer, sino también mantener de manera sostenible los procesos de participación social en el Sistema Nacional de Salud".* Recomendando: *"Concluido el proceso de elaboración del documento borrador del "Manual de Participación Social en Salud", y considerando que su contenido ha sido revisado, consensuado y validado por las distintas instancias del Ministerio de Salud Pública, entre el Viceministerio de Gobernanza de la Salud y el Viceministerio de Atención Integral en Salud. Se recomienda la expedición del Acuerdo Ministerial correspondiente para su publicación.";* y,

Que a través de memorando Nro. MSP-VGS-2026-0372-M de 23 de marzo de 2026, la Viceministra de

Gobernanza de la Salud, solicitó a la Coordinación General de Asesoría Jurídica, proceder con el trámite correspondiente para la oficialización y expedición del "Manual de Participación Social en Salud".

**EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONFERIDAS POR LOS ARTÍCULOS 154 NUMERAL 1 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR Y 130 DEL CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO,
ACUERDA:**

Artículo 1.- Aprobar y autorizar la publicación del "Manual de Participación Social en Salud".

Artículo 2.- Disponer que el "Manual de Participación Social en Salud", sea de cumplimiento obligatorio para todas las instancias del Ministerio de Salud Pública; y, referencial para los miembros de la Red Pública Integral de Salud y de la Red Privada Complementaria.

Artículo 3.- Publicar el "Manual de Participación Social en Salud" en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA:

ÚNICA. - Deróguese todas las normas de igual o menor jerarquía que se oponga a las disposiciones del presente Acuerdo, expresamente el Acuerdo Ministerial Nro. 0044-2017, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 1009, de 26 de abril de 2017, a través del cual se aprobó y autorizó la publicación del Manual "Implementación de la Estrategia de Participación Ciudadana en Salud en el Ministerio de Salud Pública".

DISPOSICIÓN FINAL:

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad a través de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o quienes hagan sus veces.

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



Validar únicamente en FirmasEC.
Firmado electrónicamente por:
JAIME OTTON BERNABÉ BRAZO

Espc Jaime Otton Bernabé Brazo
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Firma
Revisado:	Ing. Alvaro Adrian Molina Galárraga	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: ALVARO-ADRIAN MOLINA GALARRAGA

	Nombre	Área	Cargo	Firma
	Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
	Mgs. Eliana Sofia Espín Vaca	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria (E)	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ELIANA SOFIA ESPIN VACA
	Mgs. Romel Leonardo González Orlando	Coordinador General de Asesoría Jurídica	Coordinador	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ROMEL LEONARDO GONZALEZ ORLANDO
	Mgs. Sofia Isabel Paredes Arízaga	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Directora	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: SOFIA ISABEL PAREDES ARIZAGA
	Mgs. Edwin Rogelio Echeverría Morales	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Director	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDWIN ROGELIO ECHEVERRIA MORALES
	Mgs. Luis Javier Cedeño Tovar	Dirección de Asesoría Jurídica	Director	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: LUIS JAVIER CEDEÑO TOVAR
	Mgs. María Belén Araujo Pazmiño	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA BELEN ARAUJO PAZMINO
	Mgs. Alexandra del Rocío Arteaga López	Dirección de Asesoría Jurídica	Analista	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALEXANDRA DEL ROCIO ARTEAGA LOPEZ
Elaborado:	Econ. Jorge Rodrigo Espinosa Oñate	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Especialista	 Validar Únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE RODRIGO ESPINOSA ONATE

	Nombre	Área	Cargo	Firma
	Mgs. Solange Leslie Zurita Yandún	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmadEC. Firmado electrónicamente por: SOLANGE LESLIE ZURITA YANDUN
	Mgs. Karla Viviana Chiliquinga Ramírez	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmadEC. Firmado electrónicamente por: KARLA VIVIANA CHILIKUINGA RAMIREZ



MANUAL

Participación Social en Salud

2026



Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública. “Manual de Participación Social en Salud”. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, Dirección Nacional de Participación Social en Salud, 2026.

1. Manual

2. Participación Ciudadana

3. Políticas Públicas

4. Contraloría Social

5. Poder Ciudadano

6. Articulación Social

Ministerio de Salud Pública
Av. Quitumbe Ñan y, Av. Lira Ñan, Quito 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social
Teléfono: 3814400 1800 643 884
www.salud.msp.gob.ec

Edición general: Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. “Manual de Participación Social en Salud”. Quito: Dirección Nacional Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, MSP, 2026. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Hecho en Ecuador

Autoridades

Espc. Jaime Otton Bernabé Erazo. Ministro de Salud Pública.
Ing. Alvaro Adrián Molina Galarraga. Viceministro de Gobernanza de la Salud.
Mgs. Stalin Santiago Andino González. Viceministro de Atención Integral en Salud.
Mgs. Eliana Sofia Espin Vaca. Subsecretaria de Rectoría del Sistema Nacional de Salud.
Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache. Subsecretaria de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad.
Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez. Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados.
Espc. Ruví Paola Guzmán Naranjo. Subsecretaria de Redes de Atención Integral en Primer Nivel, Encargada.
Mgs. Sofía Paredes Arizaga. Directora Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud.
Mgs. Edwin Rogelio Echeverría Morales. Director Nacional de Participación Social en Salud.
Dr. Alejandro Vladimir Díaz Sorto. Director Nacional de Hospitales, Encargado.
Mgs. Glenda María Gutiérrez Carrión. Directora Nacional de Atención Integral en Salud.

Equipo de redacción y autores

Mgs. María Belén Araujo Pazmiño. Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva. Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud, Quito.
Mgs. Rosa Isabel Clavijo Ullrich. Antropóloga. Privada, Quito.
Mgs. Solange Leslie Zurita Yandún. Obstetriz. Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Quito.
Mgs. Karla Viviana Chiliquinga Ramírez. Socióloga. Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Quito.
Mgs. Luis Fernando Cevallos Quintana. Psicólogo Clínico. Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Quito.
Econ. Jorge Rodrigo Espinosa Oñate. Economista. Dirección Nacional de Participación Social en Salud, Quito.

Equipo de revisión y validación

Pablo Sixto Cuvi Santiago. Licenciado. Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Quito.
Daniela Fernanda Lisintuña Jaguaco. Magíster. Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes. Quito.
Edwin Edgar Morocho Aguagallo. Doctor. Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad, Quito.
Ximena Janeth Castillo Narváez. Médico. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Quito.
Fausto Edwin Cruz Llumiquinga. Magíster. Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral, Detección, Prevención, Rehabilitación y Habilidadación de Personas con Discapacidad a Nivel Nacional, Quito.

María Fernanda Alcívar Gómez. Magíster. Proyecto para el Abordaje Integral de la Salud Sexual y Salud Reproductiva en Adolescentes, Quito.

Gabriela Soledad Burneo Espinosa. Magíster. Dirección Nacional de Hospitales. Quito.

Jorge Andrés Salas Heredia. Magíster. Dirección Provincial DP15 / Gestión Provincial de Promoción de la Salud e Igualdad, MSP.

Mónica Paulina Peralta Nogales. Doctora. Dirección Provincial DP06 / Gestión Provincial de Derechos Humanos, Género, Inclusión y Participación Ciudadana en Salud, MSP.

Stefanía Villafañe Quintero. Médico. Oficina Técnica 09OT20 - Salitre / Gestión de la Oficina Técnica De Promoción, Salud Intercultural e Igualdad, MSP.

Nancy Fabiola Almeida Toral. Magíster. Dirección Provincial DP01 / Gestión Provincial de Operaciones y Logística en Salud, MSP.

María Soledad León Contento. Magíster. Dirección Provincial DP11 / Gestión Interna Provincial de Participación Social en Salud, MSP.

Roberto Fabrizio Anchaluiza Guzmán. Licenciado. Dirección Provincial DP09 / Gestión Interna Provincial de Derechos Humanos, Género, Inclusión y Participación Ciudadana en Salud, MSP.

Néstor Raúl Quilo Otavalo. Licenciado. Dirección Provincial DP17 / Gestión Interna Provincial de Salud Intercultural, MSP.

Contenido

1.	Presentación	
2.	Introducción	
3.	Antecedentes y justificación	
4.	Objetivos	
4.1.	Objetivo General	
4.2.	Objetivos específicos	
5.	Alcance	
6.	Glosario de términos académico-científicos	
7.	La participación social en salud en el Ministerio de Salud Pública	
7.1.	Análisis del punto de partida	
7.2.	Propuesta actual, vinculación de los niveles territoriales	
7.3.	Empoderamiento y corresponsabilidad vinculada a la implementación del Manual de Participación Social en Salud	
7.3.1.	Entorno del empoderamiento a nivel nacional	
7.3.2.	Proceso para el empoderamiento ciudadano	
7.4.	Instancias de participación	
7.4.1.	El Comité Ciudadano Local de Salud (CCLS)	
7.4.2.	Comité Ciudadano de nivel intermedio de Salud (CCIS)	
7.4.3.	Comité Ciudadano del nivel subnacional de Salud (CCSNS)	
7.4.4.	El Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS)	
7.4.5.	Espacios organizativos propios de pueblos y nacionalidades (Otras formas de organización territorial)	
7.4.6.	Comités Ciudadanos en Hospitales (CCH)	
7.4.7.	Clubes y grupos de apoyo	
7.4.8.	Mesas Intersectoriales	
7.5.	Lineamientos de funcionamiento de los mecanismos de participación	
7.5.1.	Convocatoria a los procesos de elección	
7.5.2.	Anulación de los procesos de elección	
7.5.3.	Impugnación del proceso de elección	
7.5.4.	Prohibiciones	
7.5.5.	Causales de exclusión de los espacios de participación	
7.5.6.	Renuncia a las instancias de participación del Ministerio de Salud Pública	
7.5.7.	Desintegración de las instancias de participación del Ministerio de Salud Pública	

8.	Otros mecanismos de participación social	
8.1.	Veedurías ciudadanas.....	
8.2.	Observatorios	
8.3.	Comités de Usuarios	
8.4.	Los Consejos Consultivos de Salud.....	
8.5.	Vigilantes Comunitarios Voluntarios	
8.6.	Rendición de cuentas	
9.	Herramientas para la participación social en salud.....	
9.1.	Planificación y comprensión de roles.....	
9.2.	Procesos de formación y capacitación	
10.	Transversalización de la participación social en salud	
10.1.	Programas, planes y proyectos.....	
10.2.	Dimensión territorial, niveles de gobierno (Gobiernos Autónomos Descentralizados - GAD).....	
11.	Evaluación de los procesos	
	Abreviaturas	
	Referencias.....	
	Anexos.....	
	Anexo 1.- Mapeo de Actores.....	
	Anexo 2.- Formato Acta de Conformación de Comités Ciudadanos Locales, Niveles Intermedios o Niveles Subnacionales de Salud	
	Anexo 3.- Matriz de Priorización	
	Anexo 4.- Análisis de Problemas	
	Anexo 5.- Plan Local de Salud.....	

Gráficos

Gráfico 1.	Escalera de la participación
Gráfico 2.	Ciclo de la política pública
Gráfico 3.	Estructura de la participación ciudadana en salud
Gráfico 4.	Estructura del Comité Ciudadano Local de Salud
Gráfico 5.	El CCSS en el ciclo de la política pública

1. Presentación

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

Para garantizar el derecho a la salud de la población en el territorio, desde la Dirección de Participación Social en Salud se fomenta el adecuado funcionamiento de las instancias, espacios, modalidades y mecanismos de participación, en las diferentes fases del diseño, seguimiento, evaluación y gestión de la política pública en salud.

El “Manual de Participación Social en Salud” permite garantizar y promover la participación social en salud; generar espacios en los que la población trabaje en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, y establezca actividades para abordar los determinantes de la salud con la asesoría técnica del MSP y en coordinación con las demás instituciones del Estado, fomentando una participación incluyente y democrática de todas las personas, organizaciones sociales, pueblos y nacionalidades en Ecuador.

Se destacan los mecanismos de participación social en la toma de decisiones de la autoridad sanitaria, subrayando el poder ciudadano como parte esencial del derecho a la salud. El manual detalla cómo articular esta participación en todos los niveles del MSP y colaborar con otros actores territoriales, integrando la participación en planes, programas y proyectos, y midiendo los resultados mediante indicadores.

El documento también aborda los enfoques de derechos humanos, interculturalidad e inclusión para implementar la Participación Social en Salud.

Espc. Jaime Otton Bernabé Erazo
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

2. Introducción

Uno de los aspectos principales de la reforma del Estado en los ejes de inclusión, igualdad y equidad es el fortalecimiento a la participación ciudadana y control social. A través de esta, la ciudadanía forma parte del proceso de toma de decisiones en asuntos públicos, genera aportes e incide en políticas públicas, posicionando a la participación y al ejercicio del control social como un derecho (1).

En concordancia con dicha reforma, el MSP, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) basado en los postulados de Atención Primaria de Salud Renovada APS-R y de conformidad con lo dispuesto en el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del MSP, a través de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud (DNPSS), se organizan y articulan todos los espacios, gestiones y propuestas de la participación ciudadana vinculadas a la salud, en todos sus niveles territoriales.

El MSP garantiza el cumplimiento del derecho a la participación ciudadana en salud mediante la creación y fortalecimiento, de diversos mecanismos de participación y en la toma de decisiones vinculadas a los niveles de gestión y atención en salud, así como la proyección hacia todo el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el ciclo de la política pública.

A nivel territorial, todas las instancias responsables de participación del Ministerio de Salud Pública (MSP), correspondientes al nivel subnacional, nivel intermedio y nivel local (establecimientos de salud), o quienes hagan sus veces en los diferentes niveles territoriales, elaboran su planificación de manera participativa, junto con la población y sus organizaciones sociales, orientando sus acciones a la promoción de la salud, en la que se refleja las acciones priorizadas por la ciudadanía en cada territorio; su implementación debe ser acompañada por el personal territorial del MSP.

Esta planificación se articula a la política pública establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional, procurando implementar un proceso de retroalimentación continua, en coordinación permanente de esfuerzos para su ejecución, a su vez la estructuración se ajusta a los principios establecidos en la Constitución del Ecuador, artículo 95 y en la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, convirtiéndose las instancias a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud, sus determinantes y la calidad de vida.

La Participación Social en Salud del Ministerio de Salud Pública se operacionaliza mediante procesos permanentes de organización social, acceso a información, fortalecimiento de conocimientos y actitudes, y la promoción de una participación activa, informada y deliberante de la ciudadanía y sus organizaciones.

Estos procesos permiten fortalecer la corresponsabilidad social, el ejercicio del derecho a la salud y la incidencia de la población en la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas de salud, en concordancia con la rectoría del MSP.

El presente manual aborda los principales aspectos teóricos y metodológicos de la participación social en salud, y describe de manera general el proceso de relacionamiento desarrollado por el Ministerio de Salud Pública con la población a lo largo del tiempo.

En este recorrido se consideran diversas formas de organización social vinculadas al ámbito de la salud, tales como agrupaciones de pacientes, espacios comunitarios de apoyo y

mecanismos de participación ciudadana promovidos desde el MSP, que han permitido fortalecer el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad, así como la corresponsabilidad en la garantía del derecho a la salud.

Profundiza el proceso de conformación y funcionamiento de los Comités Ciudadanos de Salud en los distintos niveles territoriales del Ministerio de Salud Pública, comprendiendo los niveles subnacional, intermedio y local, o quien haga sus veces.

Asimismo, se detalla el rol del Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, así como los mecanismos de articulación y coordinación con otros espacios de participación ciudadana reconocidos en la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, tales como observatorios, veedurías, comités de usuarios y otras instancias de control social y participación organizada.

En este marco, se establecen de manera clara los procesos de conformación, la temporalidad, los roles y funciones de estas instancias de participación, así como las formas de relacionamiento institucional con el Ministerio de Salud Pública. De igual manera, se definen las prohibiciones, los motivos de exclusión y los principios éticos que rigen su accionar, con el fin de garantizar una participación transparente, autónoma y orientada al interés público.

Finalmente, se precisan las responsabilidades de las y los funcionarios del MSP en los distintos niveles territoriales, respecto a la provisión de asesoramiento técnico, acompañamiento permanente y apoyo operativo, necesarios para el adecuado funcionamiento y fortalecimiento de las instancias de participación social en salud, en coherencia con la rectoría del MSP y el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

3. Antecedentes y justificación

El Ministerio de Salud Pública ha tenido numerosas experiencias importantes en procesos de participación social, sin embargo, estas no han sido sistematizadas. Por ello, es indispensable estandarizar un proceso de intervención con métodos y procedimientos adecuados que provea de herramientas para canalizar su aporte hacia el seguimiento y evaluación a la implementación de la política pública en salud y su incidencia en los determinantes de la salud (1).

Sherry Arnstein estudió la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y generó una figura metafórica a la que llamó escalera de participación que consta de ocho peldaños y contribuye a determinar las características de los diversos niveles o grados de participación:

- a. Peldaño 1: Manipulación; representa la distorsión de la participación como herramienta de quienes detentan el poder. Se engaña a la población en un supuesto proceso de participación en el que no se les informa correctamente y tampoco se les consulta de forma adecuada.
- b. Peldaño 2: Terapia; se crea un entorno donde la ciudadanía se desahogue sin atender sus requerimientos.

- c. Peldaño 3: Información; se establece un canal unidireccional en el que se facilita información, pero sin dar opción a la réplica. Informar a la ciudadanía de sus derechos, responsabilidades y opciones puede ser el primer y más importante paso para legitimar su participación. Sin embargo, si se trata de un canal unidireccional, en el que no hay lugar a la negociación, la participación no se completa.
- d. Peldaño 4: Consulta; se crea un entorno de expresión de la ciudadanía y atención a la misma, aunque sin tener en cuenta e incorporar sus opiniones a las decisiones finales.
- e. Peldaño 5: Aplacador; se aceptan algunas propuestas de la ciudadanía que sirvan como muestra de las intenciones de quienes ostentan el poder, pero sin permitirles ser partícipes reales de las decisiones globales.
- f. Peldaño 6: Colaboración; es un proceso de negociación derivado de las demandas ciudadanas pero conducido por una minoría poderosa en todos sus ámbitos.
- g. Peldaño 7: Delegación de poder; en este peldaño, la ciudadanía cuenta con ámbitos en los que su opinión prevalece sobre la minoría poderosa.
- h. Peldaño 8: Control ciudadano; En el que la ciudadanía participa sin tutelaje alguno del gobierno (5).

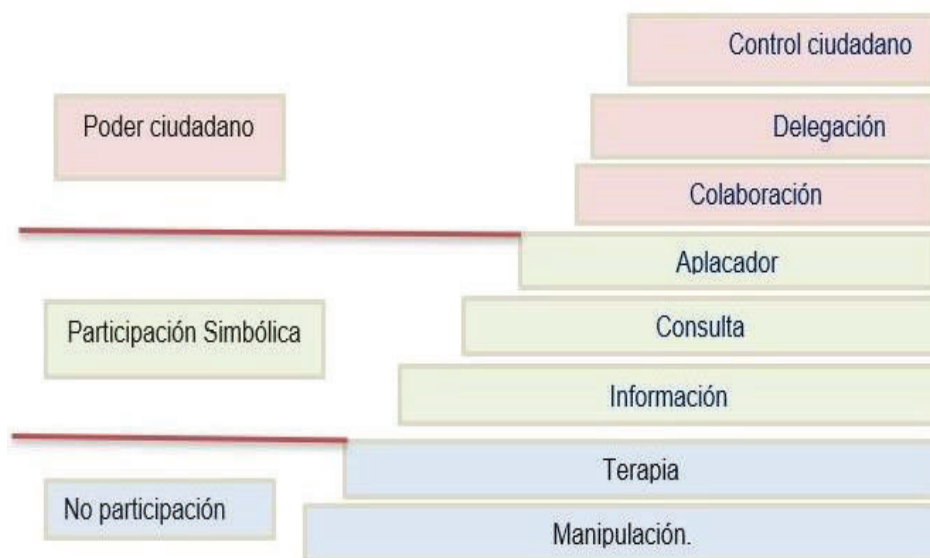


Gráfico 1. Escalera de la participación

Fuente: Arnstein (1969).

Elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

El enfoque de la salud en Ecuador se había orientado casi en su totalidad al aspecto curativo. Sin embargo, desde los años 70 se fortalece el concepto de promoción de la salud y de las actividades orientadas a una vida sana y con estilos de vida saludable; en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma Ata se establece que la Atención Primaria en Salud (APS), es la asistencia en salud esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente

aceptables, al alcance de todas las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación (6).

Así, a partir de la implementación de este nuevo enfoque la participación social en salud se enfoca a la promoción de la salud, a la incidencia en los determinantes sociales de la salud, al seguimiento, evaluación y propuesta de política pública, creando un puente para la vinculación activa de la ciudadanía con la salud, la misma que se fortalece a partir de:

- a. Activar diversos mecanismos de participación a nivel nacional y en los niveles territoriales. Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, Comités Ciudadanos subnacional, intermedio y local (establecimientos de salud), o quienes hagan sus veces en los diferentes niveles territoriales, además de otros espacios propios de las comunidades, barrios, recintos, pueblos, nacionalidades y los propiciados por otras instituciones.
- b. Visibilizar las formas de participación que existen en los barrios, recintos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades.
- c. Generar productos concretos desde los procesos de participación (agendas, foros, mesas intersectoriales, planes, actividades de incidencia, propuestas y otros).
- d. Articular a la Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces con las gestiones en los niveles territoriales (subnacional) de promoción, salud intercultural e igualdad mediante procesos de formación, estrategias de monitoreo, acompañamiento, seguimiento y sistema de indicadores de medición de los resultados.
- e. Articular a nivel intersectorial e interinstitucional en los diferentes niveles de gestión con los diversos actores, a fin de incidir en los determinantes de la salud, en el marco de las diferentes competencias de cada uno (1).

En dicho contexto, es fundamental para el Ministerio de Salud Pública que la participación social en salud esté enmarcada en la Constitución del Ecuador, la Ley Orgánica de Participación Ciudadana y el Manual de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), instrumentos que contienen los lineamientos básicos para comprender este manual.

● Constitución de la República del Ecuador

Artículo 61.- *Los derechos de los que gozan las ecuatorianas y ecuatorianos; entre ellos:*

- *Participar en los asuntos de interés público.*
- *Presentar proyectos de iniciativa popular normativa.*
- *Ser consultados.*
- *Fiscalizar los actos del poder público (3).*

Artículo 95.- *“Las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, participarán de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano. La participación se orientará por los principios de igualdad, autonomía, deliberación pública, respeto a la diferencia, control popular, solidaridad e interculturalidad. La participación de la ciudadanía en todos los asuntos de interés público es un derecho, que se ejercerá a través de los mecanismos de la democracia representativa, directa y comunitaria” (3).*

- **Ley Orgánica de Participación**

Artículo 1.- Objeto.- *“La presente Ley tiene por objeto propiciar, fomentar y garantizar el ejercicio de los derechos de participación de las ciudadanas y los ciudadanos, colectivos, comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, pueblos afroecuatoriano y montubio, y demás formas de organización lícitas, de manera protagónica, en la toma de decisiones que corresponda, la organización colectiva autónoma y la vigencia de las formas de gestión pública con el concurso de la ciudadanía; instituir instancias, mecanismos, instrumentos y procedimientos de deliberación pública entre el Estado, en su diferentes niveles de gobierno y la sociedad, para el seguimiento de las políticas públicas y la prestación de servicios públicos; fortalecer el poder ciudadano y sus formas de expresión; y, sentar las bases para el funcionamiento de la democracia participativa, así como, de las iniciativas de rendición de cuentas y control social” (4).*

- **Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS-FCI)**

3.3.3 La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud

La Atención Primaria en Salud renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos. La posibilidad de generar espacios democráticos deliberativos y asociativos de poder ciudadano pueden convertirse a corto y mediano plazo en la oportunidad de generar procesos de transformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida.

El Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural se orienta a generar condiciones y mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales tengan el control sobre los determinantes sanitarios, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención. La organización local se constituye en la contraparte de veeduría del ejercicio del derecho a la salud y el funcionamiento de la red de servicios.

Integralidad en la participación de la comunidad: el Modelo de Atención Integral MAIS-FCI condiciones de vida de la población; lo cual implica que deben superarse los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas institucionales.

Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud, concierten sobre los procesos de identificación de problemas, el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

Para ello, se debe establecer de manera sistemática en todos los niveles del sistema la relación servicio de salud-población, mediante:

- La participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.
- El apoyo a la conformación y/o fortalecimiento de grupos u organizaciones comunitarias vinculadas con el cuidado de la salud.
- Fortalecer los procesos de capacitación tanto a nivel comunitario como institucional, así como el fortalecimiento de conocimientos y experiencia en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud.
- El establecimiento de mecanismos de referencia y contrareferencia que incluya como puntos de partida y de llegada a la comunidad. Al respecto se debe trabajar conjuntamente con la comunidad en la conformación de redes que vigilen el flujo de la atención desde la comunidad, pasando por las unidades de salud, hasta su regreso a la localidad de origen.
- La creación y/o fortalecimiento de las redes de vigilancia epidemiológica comunitaria que constituyan elementos operativos indispensables para potenciar la atención que se brinde a la población.

A partir de estas experiencias y sustentados en el marco legal vigente, el Ministerio de Salud Pública genera el presente manual para fomentar la participación social en salud, tanto desde el nivel central, así como en todos los niveles territoriales.

Considerando que las dinámicas en cada territorio son distintas, el vínculo con la ciudadanía debe enfocarse en unir esfuerzos para fortalecer las capacidades de las personas, familias, comunidades y mejorar su calidad de vida.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Garantizar el derecho a la participación social en salud a la población, fortaleciendo su capacidad de incidencia, articulación y vinculación en la toma de decisiones para lograr una gestión pública participativa con equidad e inclusión social que proteja este derecho y fomente la corresponsabilidad en los espacios de participación.

4.2. Objetivos específicos

- a. Fortalecer el conocimiento de los/las funcionarios/as del MSP en relación a los mecanismos de participación, además de metodologías e instrumentos que faciliten su trabajo en territorio.
- b. Facilitar la participación social en salud para incidir sobre los determinantes de la salud y fomentar la articulación intersectorial e interinstitucional.
- c. Promover la transparencia, el control social, la rendición de cuentas en la gestión del Ministerio de Salud Pública.

- d. Fomentar mecanismos de participación e interlocución para fortalecer el seguimiento y evaluación de la política pública en salud.
- e. Generar un diálogo equitativo de saberes, reconociendo la diversidad de las personas, los colectivos, pueblos y nacionalidades y de sus prácticas particulares sobre su salud y el proceso de la enfermedad y recuperación.
- f. Asegurar la inclusión de los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad, intergeneracional, interseccional, ambiental, territorial y de movilidad humana en el ejercicio de la participación ciudadana en salud.

5. Alcance

El presente manual es de cumplimiento obligatorio para todas las instancias del Ministerio de Salud Pública, y puede ser utilizado de manera referencial por el resto de la Red Pública Integral de Salud, así como la Red Privada Complementaria.

6. Glosario de términos académico-científicos

Autonomía: es la independencia política y autodeterminación de la ciudadanía y las organizaciones sociales para participar en los asuntos de interés público del país (3).

Comunidad: concepto de niveles múltiples que abarca desde entidades definidas local, política y geográficamente, hasta ciudades, naciones. También se refiere a un grupo de personas relacionadas por un asunto específico (1).

Control Social en Salud: es el derecho y deber de los ciudadanos de participar en la vigilancia de la gestión pública de los servicios de salud. Esto incluye la supervisión de la prestación de servicios, la gestión financiera y los resultados de la gestión pública (7).

Corresponsabilidad: es el compromiso legal y ético asumido por las ciudadanas y los ciudadanos de manera individual o colectiva, en la búsqueda del buen vivir. Se refiere a la responsabilidad compartida (2).

Derechos: referido a los derechos humanos, según la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas, estos son inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. Estos incluyen también obligaciones (2).

Determinantes de la salud: son los factores ambientales, económicos, culturales, sociales y biológicos, así como los factores protectores que influyen en el estado de salud de los individuos o poblaciones (2).

Empoderamiento: proceso individual o colectivo por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión y protagonismo como grupo social para impulsar cambios positivos de las situaciones que viven. La definición de empoderamiento tiene una

connotación diferente para cada actor social, en el caso de la ciudadanía frente a la salud, el empoderamiento enfrenta una visión tradicional de la salud en el ámbito curativo exclusivamente, versus la promoción de la salud como práctica para mantener una vida sana; el empoderamiento en salud se orienta más a la capacidad individual de ser más autónomo, autosuficiente y corresponsable de su salud (2).

Enfoque Intercultural: es el reconocimiento de las diferencias culturales, sin discriminar ni excluir, buscando generar una relación recíproca entre los distintos grupos étnico- culturales que cohabitan en un determinado espacio (8).

Gobernanza: son todos los procesos de gobierno, instituciones, procedimientos y prácticas mediante los que se deciden y regulan los asuntos que atañen al conjunto de la sociedad; las relaciones entre diversos actores involucrados en el proceso de decidir, ejecutar y evaluar asuntos de interés público (8).

Participación ciudadana: es principalmente el derecho de las ciudadanas y ciudadanos, en forma individual y colectiva, de participar (ser parte de, incidir) de manera protagónica en la toma de decisiones, planificación y gestión de los asuntos públicos, y en el control popular de las instituciones del Estado y la sociedad, y de sus representantes, en un proceso permanente de construcción del poder ciudadano (8).

Participación social y ciudadana en salud: es un derecho conformado por un conjunto de instancias, relaciones, herramientas y mecanismos de participación que interactúan de manera articulada para garantizar la participación social y ciudadana, control social, rendición de cuentas, transparencia y lucha contra la corrupción en la gestión pública de salud, incidiendo directamente hacia los determinantes sociales de la salud con igualdad y equidad, incorpora la corresponsabilidad del poder pero a la vez genera responsabilidad de la ciudadanía hacia la efectividad del modelo, activado desde la formación ciudadana y el fortalecimiento del tejido social, el trazado de un plan articulado a las acciones de la instancia rectora en salud y la ejecución de las mismas en todo el territorio nacional (8).

Políticas públicas: se definen como un curso de acción de la gestión pública que institucionaliza la intervención pública en respuesta a un problema social identificado como prioritario o a una potencialidad de desarrollo, y que se convierte de esta manera en materia de política de Estado (8).

Promoción de la salud: la combinación de educación en salud e intervenciones organizativas, políticas y económicas diseñadas para facilitar cambios en la conducta, y adaptaciones medioambientales que mejorarán o protegerán la salud (8).

7. La participación social en salud en el Ministerio de Salud Pública

La Constitución ecuatoriana del 2008, consagra a la participación como:

- a. Un derecho ciudadano de todas y todos, que puede ejercerse de forma individual y/o colectiva.
- b. Un ejercicio de soberanía.
- c. Un principio constitucional.
- d. Puede ejercerse en los ámbitos político, social, cultural, educativo y económico.

- e. Una herramienta que se apoya en los criterios de la población para las decisiones de las autoridades públicas.
- f. Un actor fundamental en el ciclo de la política pública (formulación, ejecución, evaluación y control de políticas públicas).
- g. Un proceso de intervención conjunta para incidencia en la toma de decisiones públicas.

En el MSP, la participación ciudadana está fundamentada en el MAIS – FCI que genera condiciones, instancias y mecanismos que contribuyen a que las personas y organizaciones sociales tengan control e incidan sobre los determinantes de la salud, a través de procesos de información, educación permanente y activa participación, facilitando el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud (3).

Ciclo de la política pública

El ciclo de la política pública contiene las fases que siguen para transformar la realidad de la población, que son cuatro: preparación y diagnóstico, formulación, implementación y evaluación.

Se caracteriza por ser continuo, flexible y permanente, debe estar transversalizado por la visión de derechos y garantías, por tal motivo la participación ciudadana debe buscar los mecanismos adecuados para generar incidencia, aportar y monitorear todo el ciclo de la política pública (1).



Gráfico 2. Ciclo de la política pública

Fuente: MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS.
Elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Para lograr este objetivo los equipos locales de salud deben tener conocimiento de los procesos de planificación de territorio, metodologías, técnicas y dinámicas participativas de trabajo con la población para incentivar su participación y lograr incidencia en la propuesta e implementación de la política pública.

7.1. Análisis del punto de partida

Para la implementación del Manual de Participación Social en Salud se debe contar un diagnóstico situacional, el mismo que debe incluir un mapeo completo de actores territoriales y organizaciones existentes, que tengan actividades o interés de trabajar en el ámbito de la salud; esto permite articular y coordinar acciones en el ámbito de lo local (Anexo 1) (2).

7.2. Propuesta actual, vinculación de los niveles territoriales

La metodología propuesta por el MSP para trabajar en el nivel local es el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS), coordinado por el equipo de salud, de acuerdo a lo establecido en el MAIS-FCI, cuyo primer paso es la producción de un diagnóstico situacional, proceso que acerca a la ciudadanía y población en general a la Autoridad Sanitaria, así el trabajo parte de un conocimiento cabal de la salud en el territorio y permite fortalecer las acciones planteadas, desde los siguientes niveles: (2)

- a) **A nivel Intermedio:** los responsables de las diferentes gestiones de acuerdo con sus competencias consolidan la información de los Establecimientos de Salud, realizan acompañamiento, seguimiento y evaluación.
- b) **Nivel Subnacional:** los responsables de las diferentes gestiones de acuerdo a sus competencias consolidarán la información de las instancias institucionales a nivel Intermedio y Subnacionales, o quienes hagan sus veces, brindando procesos de acompañamiento, seguimiento y evaluación.
- c) **Nivel Nacional:** la Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces apoya y realiza el acompañamiento y seguimiento a territorio; además coordinar con el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, mecanismo de participación sectorial que aporta a la formulación de la política pública y genera estrategias de seguimiento de la misma de forma coordinada con el MSP.

7.3. Empoderamiento y corresponsabilidad vinculada a la implementación del Manual de Participación Social en Salud

7.3.1. Entorno del empoderamiento a nivel nacional

El MSP propone una estructura participativa que fomente la corresponsabilidad de la población en la promoción de la salud a través del análisis de los determinantes de la salud y la toma de decisiones en un proceso de empoderamiento continuo, como se expresa en el gráfico Nro. 3.

El empoderamiento en salud propicia el poder ciudadano, la construcción de sujetos sociales que aportan efectivamente a la transformación social de la salud desde una mirada individual y comunitaria (2).

- a. Para trabajar en el empoderamiento de la población, el Ministerio de Salud Pública fortalece el poder ciudadano posicionándoles como un actor fundamental en la resolución de los problemas de salud.
- b. Fomenta una relación circular, inclusiva, equitativa, progresiva y principalmente participativa.
La población no forma parte de las jerarquías institucionales de tal forma que no se le puede disponer u obligar a realizar ningún tipo de acción. La relación se enmarca en la cortesía y el apoyo mutuo.
- c. Considera a la población organizada como sujeto político con poder de decisión sobre su propio futuro que cuenta con una propuesta propia y con capacidad de generar cambios en su localidad y no como recurso para suplir necesidades institucionales del Ministerio de Salud Pública.

La participación social no debe suplir las acciones de competencia estatal, ni ser utilizada para fines que no sean estipulados en el marco normativo o que atenten contra el bien de la comunidad.

7.3.2. Proceso para el empoderamiento ciudadano

Los equipos de todos los niveles del MSP cumplen un rol de facilitadores en este proceso. Para ello deben desarrollar fortalezas teórico metodológicas y de habilidades blandas como comunicación asertiva, trabajo en equipo, liderazgo, empatía, resolución de conflictos, pensamiento crítico, creatividad, etc.

Estas condiciones tienen las siguientes etapas progresivas: (2)

- a) Fomento a la inclusión y participación: las convocatorias que se realicen para conformar los diferentes espacios de participación, deben ser masivas e inclusivas, con pertinencia intercultural; de tal forma que exista representatividad de toda la población de la localidad.
- b) Fortalecimiento de la organización y democracia: cada instancia participativa, debe proponer una forma de organización y gobernanza, que implique la elección de sus representantes y elaboración del plan local, intermedio y subnacional (o quien hiciera sus veces en los diferentes niveles territoriales), respectivamente, de acuerdo a como lo señala este manual.
- c) Facilitación de recursos materiales: las instancias territoriales del MSP, dentro de sus posibilidades, facilitarán los recursos para garantizar los espacios de reunión, sean presenciales o virtuales.
- d) Formación y capacitación permanente que permita fortalecer los conocimientos y capacidades de la población para desarrollar su propia planificación para abordar la problemática de salud de su localidad.

- e) Concienciación: en esta etapa se espera que se lleven a cabo procesos de exigibilidad de derechos y propuestas de política pública o su aplicación como iniciativa ciudadana.
- f) Construcción del plan de incidencia en el marco del ciclo de la política pública: a través del análisis de la realidad y los insumos con los que cuenta la ciudadanía para generar alternativas que incluyan recursos necesarios para conseguirlos.

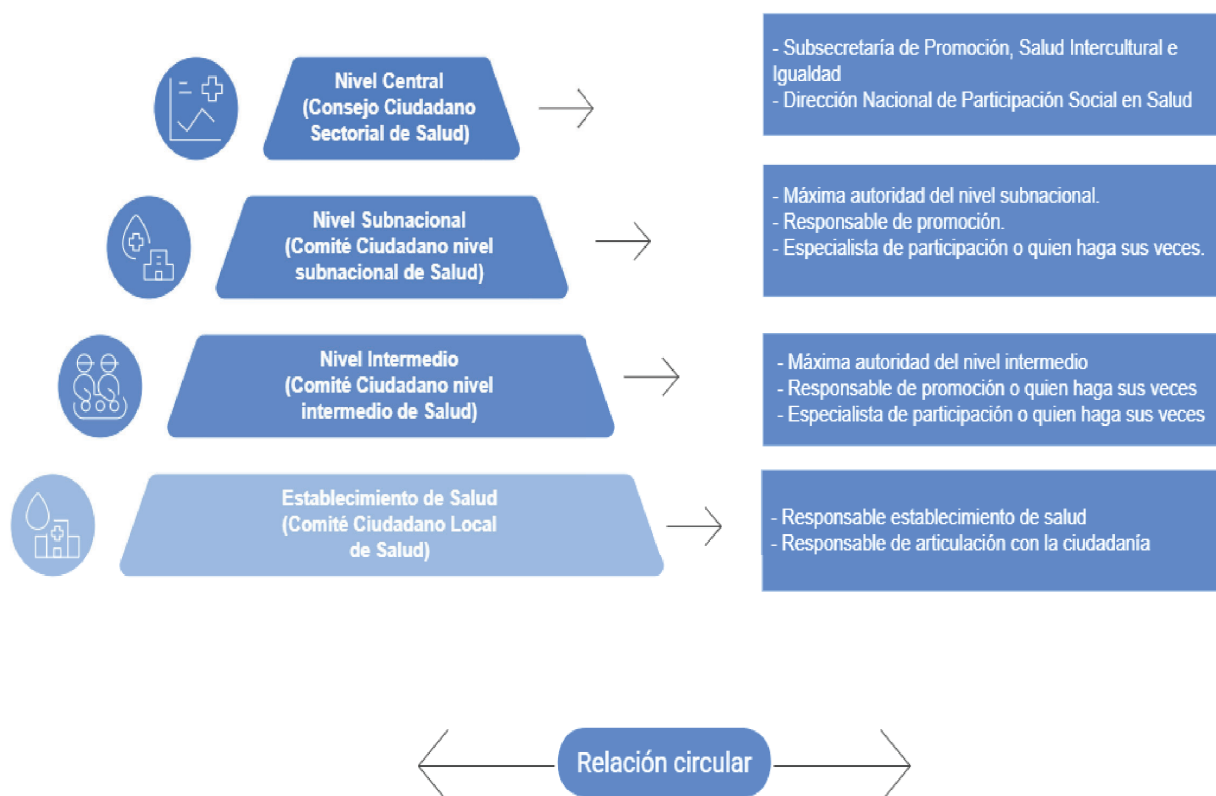


Gráfico 3. Estructura de la participación ciudadana en salud

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

7.4. Instancias de participación

La implementación de la participación social en salud del MSP incluye las siguientes instancias:

- a. Comité Ciudadano Local de Salud.
- b. Comité Ciudadano Nivel Intermedio de Salud.
- c. Comité Ciudadano Nivel Subnacional de Salud.
- d. Consejo Ciudadano Sectorial de Salud.
- e. Organizaciones sociales de pueblos y nacionalidades.
- f. Comités Ciudadanos en Hospitales.
- g. Clubes y grupos de apoyo.
- h. Mesas Intersectoriales.

- i. Consejos Consultivos.
- j. Observatorios.
- k. Veedurías.
- l. Comités de usuarios.

7.4.1. El Comité Ciudadano Local de Salud (CCLS)

Es una instancia de participación conformada por representantes de las y los actores locales y organizaciones comunitarias afines al tema de salud, elegidos de manera democrática y que cuentan con el aval de la comunidad, grupo u organización, de esta manera se garantiza su legitimidad; además debe ser representativo, incluyendo a los diferentes actores de la sociedad (con inclusión de género, cultural, étnica, y de grupos de edad) (2).

Es un espacio integrador de la comunidad, cuyas acciones de gestión y autogestión buscan el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, está anclado a cada establecimiento de Salud del primer nivel de atención y es el punto del trabajo entre la ciudadanía y los profesionales de la salud (2).

I. Funciones del Comité Ciudadano Local de Salud (CCLS)

El CCLS es un espacio ciudadano cuyas funciones son:

- a. Participar activamente en la fase del diagnóstico del ASIS, así como en la elaboración, implementación y seguimiento del Plan Local de Salud (PLS).
- b. Aportar al ciclo de políticas públicas para incidir sobre los determinantes sociales de la salud a nivel local.
- c. Coordinar con los equipos de salud y participar en las actividades de promoción de hábitos y estilos de vida saludables en la comunidad, así como proponer iniciativas que contribuyan a mejorar las prácticas de vida saludable que aporten para el mejoramiento de la calidad de vida.
- d. Fortalecer y/o apoyar la constitución de organizaciones locales enfocadas al cuidado de la salud como por ejemplo de organizaciones juveniles, de personas adultas mayores, comités de usuarios/as y otras.
- e. Participar con un/a representante en el Comité Ciudadano Nivel Intermedio de Salud (CCIS) y en las instancias de participación parroquial y/o cantonal; como las asambleas locales implementadas por los Gobiernos Autónomos Descentralizados.
- f. Incidir en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (PDOT) con la incorporación de los lineamientos de los Planes Locales e Intermedios de Salud.
- g. Apoyar la coordinación y articulación intersectorial para incidir sobre el desarrollo local y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- h. Realizar acciones de control social a la gestión e implementación de la política pública de salud (2).

II. Conformación del Comité Ciudadano Local de Salud (CCLS)

El Comité Ciudadano Local de Salud se vinculará a cada Establecimiento de Salud de primer nivel de atención y se conformará con los/las representantes de la población y de las organizaciones sociales locales interesadas en trabajar en el cuidado de la salud y el bienestar de la comunidad (2).

Para su conformación se seguirán los pasos establecidos en el Instructivo del Análisis Situacional Integral de Salud – ASIS, y se deberá garantizar los principios de pluralidad, interculturalidad, inclusión, equidad de género y generacional (2).

Los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), son responsables de prestar el asesoramiento técnico necesario para el cumplimiento de los objetivos establecidos por los CCLS, basándose en la metodología establecida en el ASIS para tal efecto, la conformación del CCLS comprende dos fases:

Fase 1:

- Los EAIS desarrollan de manera participativa el Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS), analizan con la población la información de base sobre la situación de salud en el territorio, identificando los factores sociales, ambientales, culturales que inciden en las condiciones de vida de la comunidad.
- Se realizarán reuniones informativas, de relacionamiento y sensibilización con los líderes y lideresas de la comunidad; y ciudadanía en general interesada en conocer el diagnóstico situacional y de formar parte del CCLS (2).
- Con el apoyo activo de la comunidad se realiza el mapeo de actores (Anexo 1).

Fase 2:

- Se realiza un primer taller informativo, con los actores sociales mapeados, para dar a conocer el diagnóstico situacional y el perfil epidemiológico de la población.
- Se convoca a un segundo taller (asamblea) para la conformación del CCLS.
- Se elabora el acta de conformación del CCLS (ver Anexo 2).
- A partir de este momento, el CCLS puede autoconvocarse y planificar la periodicidad de reuniones, en coordinación con el profesional del nivel desconcentrado del MSP (EAIS) encargado del seguimiento del CCLS (2).

Los equipos de salud y demás servidores públicos del MSP cumplen un rol exclusivo de facilitación y acompañamiento del CCLS. Este espacio es de la sociedad civil y no forman parte de él las autoridades locales, representantes de instituciones, ONG, ni funcionarios del MSP (2).

El CCLS identifica y prioriza los problemas (matriz de priorización de problemas que se encuentra en el ASIS, (Anexo 3 y Anexo 4) para la elaboración del PLS, mismo que será elaborado con apoyo del EAIS (2).

III. Estructura del Comité Ciudadano Local en Salud

En función de las dinámicas diversas de cada territorio, la estructura del CCLS será definida en cada localidad, sin embargo, deberá tener una directiva con al menos un/a coordinador/a y un/a secretario/a, los demás integrantes serán propuestos como vocales; la directiva estará en funciones por dos (2) años.

El número de integrantes del CCLS depende de la realidad de cada territorio, sin embargo, debe tener un número que permita su funcionalidad (de acuerdo a la densidad poblacional, se sugiere que en sectores rurales sean 5, y 10 en las zonas urbanas); los EAIS u otros profesionales del nivel territorial del Ministerio de Salud Pública que dan seguimiento a los CCLS, informarán al/la Responsable del nivel intermedio de tener dificultades en la

conformación y/o con el número de integrantes de los CCLS para definir soluciones y alternativas, previa consulta con la Coordinación de nivel subnacional y el Nivel Central (2).



Gráfico 4. Estructura del Comité Ciudadano Local de Salud

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

IV. Convocatoria del Comité Ciudadano Local de Salud

El CCLS se conforma con los representantes de la población perteneciente a cada Establecimiento de Salud de Primer Nivel de Atención y de las organizaciones sociales en territorio; el/la Administrador/a técnico/a del establecimiento de salud realiza la convocatoria, garantizando que sea representativa e inclusiva con participación de los diferentes actores de territorio (pueblos, nacionalidades, diversidades sexo genéricas, etnias y grupos etarios). Las reuniones pueden ser presenciales, virtuales o híbridas (2).

El CCLS puede autoconvocarse, a reuniones o asambleas las veces que consideren necesario, por pedido de la mayoría de sus integrantes o cuando el /la coordinador/a general así lo considere para abordar temas referentes a su planificación anual (2).

Para que se instalen las reuniones o asambleas se deberá contar con un quórum al menos de la mitad más uno de sus integrantes para legitimar el proceso.

Todas las reuniones y asambleas deberán elaborar un acta de reunión, la misma que será levantada por el personal del Ministerio de Salud Pública, en conjunto con el/la secretario/a del CCLS, quienes socializarán a los miembros para el cumplimiento de compromisos.

V. Productos del Comité Ciudadano Local en Salud

Junto con los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS) de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, el CCLS participará activamente en la elaboración de los productos determinados por el ASIS:

- a. Diagnóstico Situacional participativo del área de influencia del establecimiento de salud.
- b. Plan Local de Salud (Anexo 5).
- c. Hoja de ruta para seguimiento y matriz de identificación de nudos críticos.
- d. Actas de reunión (2).

VI. Niveles de articulación del Comité Ciudadano Local de Salud

La articulación de este nivel de participación se realiza en los siguientes espacios:

Nivel Institucional

- a. El establecimiento de salud acompaña y asesora en las acciones de participación con la población, en el marco de la implementación de la política pública y coordina con las instancias institucionales a través de los distintos procesos (planificación, provisión, talento humano, vigilancia de la salud, financiero, infraestructura, jurídico y otras direcciones y procesos a este nivel) el apoyo al cumplimiento del Plan Local de Salud y otras actividades planificadas por los CCLS, de acuerdo a sus competencias y la articulación entre CCLS y CCIS (2).
- b. El establecimiento de salud y los CCLS articulan con las organizaciones en territorio, a través de las mesas intersectoriales, para definir las actividades encaminadas a la resolución de los problemas de salud de la comunidad (Ejecutivo en territorio, ONG, GAD, etc.) en el espacio de las Mesas intersectoriales y ejecuta el seguimiento a la implementación y evaluación de la política pública en salud (2).
- c. El establecimiento de salud coordina la planificación de las actividades ciudadanas en salud conjuntamente con las instancias institucionales de nivel intermedio, o quien haga sus veces.

Nivel Intermedio

El equipo técnico del nivel intermedio, de las diferentes gestiones, de acuerdo con su competencia, brinda apoyo a los equipos de los establecimientos de salud en el seguimiento, a la armonización de las herramientas de planificación, revisión y seguimiento de los Planes Locales de Salud, así como la implementación de diversas acciones conjuntas para el fortalecimiento de las actividades planificadas en territorio.

Nivel Subnacional

El equipo del nivel subnacional consolida la información que remiten los equipos del nivel intermedio sobre los procesos de conformación, desarrollo de plan local de salud y seguimiento a la planificación de los Comités del Nivel Intermedio y Nivel Local de Salud.

Nivel Central

La Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces elabora la normativa y realizará los procesos de coordinación con entidades rectoras en el ámbito de la participación, capacitación; acompañamiento, seguimiento y evaluación de los procesos en territorio y análisis de información.

Espacios ciudadanos

- a. El CCLS con el apoyo de los técnicos responsables de participación del establecimiento de Salud y de la instancia institucional a nivel intermedio, coordina actividades con el Comité Ciudadano del nivel intermedio de Salud para establecer un trabajo conjunto de apoyo al cumplimiento de los objetivos y metas de los Planes locales y del nivel intermedio de salud.
- b. Participará de procesos de diálogo con diversas instancias como GAD provinciales, cantonales, parroquiales, entre otras.
- c. Se relaciona con las demás instancias de participación en la localidad para posicionar su plan de trabajo y coordinar actividades conjuntas para su cumplimiento.

Actores Externos

- a. Asistir a las delegaciones oficiales; y, además, procurará iniciar espacios de diálogo con diversas instancias como GAD provinciales, cantonales entre otras.
- b. Debe relacionarse con las demás instancias de participación con el nivel intermedio con el objeto de posicionar la temática de salud (2).

VII. Seguimiento y evaluación

El Comité Ciudadano Local de Salud, como representante de la población y organizaciones locales, se relaciona directamente con el Ministerio de Salud Pública a través de los establecimientos de salud.

Los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS) y los profesionales vinculados a los establecimientos de salud, apoyarán a que los CCLS cumplan los objetivos de trabajo establecidos en el Plan Local de Salud de acuerdo a sus competencias.

Las actividades realizadas por el CCLS, deben ser reportadas en actas y ayudas memoria con verificables y deberán reflejar el accionar sobre los determinantes de la salud (2).

7.4.2. Comité Ciudadano de nivel intermedio de Salud (CCIS)

Es un espacio de representación de la ciudadanía para la deliberación, concertación, toma de decisiones y control social de la gestión de salud en el nivel intermedio, está conformado por representantes de todos los Comités Ciudadanos Locales de Salud (2).

Los Comités Ciudadanos de nivel intermedio de Salud (CCIS), hacen el seguimiento a la implementación de la política pública en salud, apoya en las acciones a los CCLS para el cumplimiento del en el Plan Local de Salud y constituyen un espacio de asesoría al Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, con el cual coordinan y articulan temas de control social en relación a implementación de la política pública en salud en los territorios.

I. Funciones

Su principal función es promover y acompañar la participación social en salud a nivel intermedio, articular información con los Comités Ciudadanos Locales de cada nivel intermedio, con los Comités de nivel subnacional, Consejo Sectorial de Salud y otras instancias de participación del territorio.

El Comité Ciudadano de nivel intermedio de Salud debe cumplir las siguientes funciones:

- a) Apoyar las acciones a los CCLS para el cumplimiento de los objetivos del Plan Local de Salud.
- b) Desarrollar el Plan de nivel intermedio de Salud con insumos de los Planes Locales y en base a la realidad territorial.
- c) Dar seguimiento al cumplimiento de las acciones contempladas en el Plan de nivel intermedio de Salud.
- d) Procurar el relacionamiento y articulación con los GAD y con las instancias sectoriales y diversos actores territoriales.
- e) Delegar a un/una representante a espacios de reunión, talleres o asambleas convocadas en el nivel territorial (2).
- f) Incidir en los PDOT para la incorporación, en los mismos, de los objetivos del Plan del nivel intermedio de Salud (PNIS).
- g) Articular acciones con el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud.

II. Conformación

Se conforma con delegados/as de los CCLS de los establecimientos de salud de cada nivel intermedio, cuyo número puede variar de acuerdo a la realidad territorial de cada localidad.

El proceso de conformación del CCIS es liderado por las instancias institucionales de nivel intermedio de Salud, en coordinación con las instancias institucionales de nivel subnacional de Salud, con el seguimiento de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces. La conformación se realizará de la siguiente manera:

- a. Convocatoria: las instancias institucionales de nivel intermedio realizan la convocatoria a través de la máxima autoridad del nivel intermedio o el responsable de la Gestión de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad del nivel intermedio. Podrán asistir quienes porten la convocatoria del nivel intermedio o delegación del representante convocado, debidamente firmada y presenten la cédula de identidad.
- b. Reunión informativa: es un espacio de diálogo, en el cual se convoca a dos (2) representantes por cada Comité Local de Salud de cada nivel intermedio. En este espacio, se explican los lineamientos de la Participación Ciudadana en Salud a nivel intermedio, se construirá una primera hoja de ruta de actividades para la

conformación del CCIS, elaborada en conjunto entre las Direcciones de nivel intermedio y el/la responsable de Participación de nivel intermedio, u otro delegado.

- c. Verificación de Asistencia: el /la responsable de Participación de nivel intermedio u otro delegado de la de la entidad máxima del nivel intermedio, tomará lista a las personas convocadas y verificará los documentos de convocatoria y delegación respectivos con la cédula de identidad de los/las asistentes.
- d. Desarrollo de la reunión: en la cual se abordan los siguientes temas:
- Las competencias de la entidad máxima del nivel intermedio.
 - La normativa que ampara la participación ciudadana y el papel del CCIS.
 - Roles y funciones de los CCIS.
 - El Modelo de Atención Integral en Salud MAIS y la participación ciudadana integral.
 - La metodología de construcción del ASIS.
 - Las instancias de participación y control social de los demás niveles.
 - Herramientas para coordinación con los Comités Ciudadanos Locales de Salud, esto permite consolidar la participación en el espacio (2).

III. Estructura del Comité Ciudadano de nivel intermedio de Salud

El número de integrantes del Comité de nivel intermedio dependerá de los establecimientos de salud que conformen cada nivel intermedio. La directiva del CCIS se elige de entre los representantes (coordinadores/as y secretarios/as) de los CCLS y se constituye al menos por un/una Coordinador/coordinadora y un/una secretario/a los demás representantes que participaron en la elección, pueden ser propuestos como vocales (2); la directiva estará en funciones por dos años.

La máxima autoridad del nivel intermedio, los equipos del nivel intermedio de Promoción de la Salud y demás responsables de los procesos, cumplirán los roles de asesoramiento técnico, apoyo logístico, facilitación y apoyo del proceso del CCIS.

Este espacio es de participación ciudadana y no forman parte las autoridades locales ni representantes de las instituciones de la mesa intersectorial, ni de ONG, ni funcionarios públicos del sector salud (2).

IV. Convocatoria

Las Asambleas y reuniones pueden ser convocadas por la máxima autoridad del nivel intermedio, responsable de la Gestión de Promoción de la Salud e Igualdad a nivel intermedio o por el/la Coordinador/a del Comité a nivel intermedio. Deben tener acompañamiento de los técnicos de Promoción, Provisión, Planificación, Vigilancia de la Salud y Administrativo Financiero a nivel intermedio.

Después de la primera reunión, el Comité de nivel intermedio, podrá auto convocarse las veces que considere necesario, por pedido de la mayoría de sus integrantes o cuando el Coordinador General así lo considere en base a la planificación de trabajo establecida en el Plan del nivel intermedio de Salud.

Para que se instalen las reuniones o asambleas se deberá contar con un quórum de al menos de la mitad más uno de sus integrantes para legitimar el proceso.

Todas las reuniones y asambleas tendrán como producto final un acta de reunión con acuerdos y compromisos, esta actividad es responsabilidad conjunta del equipo del Ministerio de Salud Pública con el/la secretario/a del CCIS.

V. Productos

- a. Plan del nivel intermedio de Salud, el mismo que debe tener como insumos los Planes Locales de Salud de los CCLS que conforman el nivel intermedio (2).
- b. Cronograma de actividades planificadas construido con la asesoría técnica de la entidad máxima de salud del nivel intermedio correspondiente (2).
- c. Ejecución de Asambleas del nivel intermedio bimensuales (registro de asistencia, acta de cada asamblea y medios de verificación) (2).
- d. Reporte de acciones de articulación con el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, actividad que será apoyada por las instancias institucionales del nivel subnacional y Planta Central.
- e. Informe de fin de gestión.

VI. Niveles de articulación

La articulación de este nivel intermedio de participación es de la siguiente forma:

En el espacio institucional:

Nivel Subnacional

- La instancia institucional del nivel subnacional acompaña la conformación del CCIS, consolida la información de este nivel y realiza el seguimiento a la planificación de los CCIS (2).

Nivel Intermedio

Las instancias institucionales del nivel intermedio tendrán las siguientes acciones de articulación:

- Asesoramiento, acompañamiento, seguimiento a las actividades.
- Convocar a reuniones y facilitar el desarrollo de las actividades de participación que han sido planificadas y coordinadas con el CCDS.

Nivel Central

- La Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces establece normativa, procesos de coordinación con entidades rectoras en el ámbito

de la participación, capacitación; además acompañamiento, seguimiento y evaluación de los procesos en territorio y análisis de información.

Espacios Ciudadanos

- Articulación con otras instancias de participación a nivel intermedio.
- Coordinación con GAD, para incorporación de Planes Locales de Salud y Planes del nivel intermedio de Salud en los Planes de Desarrollo y Ordenamiento Territorial.
- Participará de procesos de diálogo con diversas instancias como GAD provinciales, cantonales, parroquiales, entre otras.
- Se relaciona con las demás instancias de participación en la localidad para posicionar la temática de salud y hacer el seguimiento correspondiente para su cumplimiento.

Con Actores externos

- Asistir a las delegaciones oficiales y además procurará iniciar espacios de diálogo con diversas instancias como GAD provinciales, cantonales, parroquiales, entre otras.
- Debe relacionarse con las demás instancias de participación a nivel intermedio con el objeto de posicionar la temática de salud.

VII. Seguimiento y evaluación

El Comité Ciudadano del nivel intermedio de Salud tendrá el acompañamiento técnico de la máxima entidad del nivel intermedio de Salud a través del equipo de promoción de la salud o quien haga sus veces y de las demás gestiones del nivel intermedio relacionadas con el cumplimiento de la planificación desarrollada por el CCIS, de acuerdo a sus competencias (2). La instancia institucional territorial procurará el cumplimiento de objetivos y actividades, tanto diálogo periódico sobre la incidencia en políticas públicas y aporte a diversos temas.

7.4.3. Comité Ciudadano del nivel subnacional de Salud (CCSNS)

Es el espacio de representación de la ciudadanía para la deliberación, concertación, toma de decisiones y control social de la gestión de salud a nivel subnacional, conformado por representantes de los Comités Ciudadanos del nivel intermedio de Salud.

Los CCSNS promueven el involucramiento en la toma de decisiones a nivel subnacional, hace el seguimiento a la implementación de la política pública en salud, apoya en las acciones a los Comités Ciudadanos del nivel intermedio de Salud, basados en el Plan del nivel intermedio de Salud.

Se constituyen, también, en espacios de asesoría al Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, con el cual coordinan y articulan acciones que busquen realizar el seguimiento a la implementación de la política pública y aporte al ciclo de la política pública en salud en los territorios.

I. Funciones del Comité Ciudadano del nivel subnacional de Salud

- a) Acompañar la participación social en salud a nivel subnacional.
- b) Articular espacios de intercambio de información con los Comités Ciudadanos del nivel subnacional, con los demás Comités de niveles subnacionales, Consejo Sectorial de Salud y otras instancias de participación del territorio.
- c) La coordinación de actividades con los actores de nivel subnacional incluye la articulación con los representantes de GAD provinciales, cantonales y parroquiales, instituciones sectoriales y de ser necesario con instancias binacionales.

II. Conformación

El CCSNS estará conformado por los delegados/as de todos los Comités Ciudadanos de niveles intermedios de Salud al igual que en los demás niveles de participación, su integración deberá garantizar los principios de pluralidad, interculturalidad e inclusión con equidad de género y generacional. El proceso de conformación del CCSNS lo inician las instancias institucionales del nivel subnacional de Salud, con el seguimiento de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud.

- a) Convocatoria: Se convoca a dos (2) representantes por cada Comité del nivel intermedio de Salud (coordinador/a y secretario/a), en este espacio, se explican los lineamientos de la Participación Ciudadana en Salud a nivel Subnacional, se construirá una primera hoja de ruta de actividades para la conformación del CCSNS (2).
- b) Reunión Informativa: las reuniones podrán ser por medios telemáticos o híbridos, en concordancia con el factor determinante que puede ser la dispersión territorial.
- c) Verificación de Asistencia: El/la responsable de Participación en el nivel subnacional u otro delegado de las instancias institucionales del nivel subnacional, tomará lista a las personas convocadas y verificará los documentos de convocatoria y delegación respectivos con la cédula de identidad de los/las asistentes.
- d) Desarrollo de la reunión:
 - Las competencias de las instancias institucionales del nivel subnacional.
 - La normativa que ampara la participación ciudadana y el papel del CCSNS.
 - Roles y funciones de los CCSNS.
 - El Modelo de Atención Integral en Salud MAIS-FCI y la participación ciudadana integral.
 - Las instancias de participación y control social de los demás niveles (2).
 - Herramientas para coordinación con los Comités Ciudadanos del nivel intermedio de Salud, esto permite consolidar la participación.

III. La estructura del Comité Ciudadano del nivel subnacional de Salud

El número de integrantes del CCSNS dependerá del Número de Comités de los niveles intermedios conformados en cada entidad del nivel subnacional.

La directiva se conformará al menos con un/a coordinador/a y un/a secretario/a; los demás representantes que participaron en la elección, pueden ser propuestos como vocales, este equipo coordinará con el personal del MSP de la entidad del nivel subnacional.

Los miembros del CCSNS durarán en sus funciones 2 años, una vez finalizado este período se llamará a nuevas elecciones.

Los equipos de los niveles subnacionales de la gestión de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad y demás responsables de los procesos, cumplirán los roles de asesoramiento técnico, logístico, facilitación y apoyo del proceso del CCSNS. Este espacio es de participación ciudadana y no forman parte las autoridades locales ni representantes de otras instituciones públicas, ni de ONG, ni funcionarios públicos del sector salud (2).

IV. Convocatorias

Convocatoria a asambleas y reuniones: pueden ser convocadas por la autoridad máxima del nivel subnacional responsables subnacionales de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad o por requerimiento del presidente del Comité Subnacional.

Las Asambleas o reuniones pueden ser presenciales, virtuales y/o híbridas en concordancia con el factor determinante que puede ser la dispersión territorial; en ellas se debe tener acompañamiento de técnicos de las instancias institucionales del nivel subnacional y de ser posible de la DNPSS o quien haga sus veces. Se debe convocar al menos cuatro veces al año para facilitar la realización de estos espacios (2). Luego de la primera convocatoria, podrán autoconvocarse las veces que consideren necesario, por pedido de la mayoría de sus integrantes o cuando el Coordinador General así lo considere (2).

Para que se instalen las reuniones o asambleas se deberá contar con un quorum al menos de la mitad más uno de sus integrantes para legitimar el proceso. Todas las reuniones y asambleas tendrán como producto final un acta de reunión con acuerdos y compromisos, esta actividad es responsabilidad conjunta del equipo del Ministerio de Salud Pública y el/la secretario/a del CCSNS.

V. Productos

En concordancia con sus funciones, los productos del Comité Ciudadano del nivel subnacional de Salud son:

- a. Cronograma de actividades planificadas por el CCSNS basado en los procesos de seguimiento, evaluación y propuesta de la política pública en salud.
- b. Ejecución de Asambleas del nivel subnacional presenciales, virtuales y/o híbridas (registro de asistencia, acta de cada asamblea y medios de verificación).
- c. Reporte de acciones de articulación con el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud
- d. Informe final, al terminar su gestión.
- e. Relacionamiento con el CCSS.

VI. Niveles de articulación

Espacio institucional

- **Planta Central:** la Dirección Nacional de Participación Ciudadana en Salud o quién haga sus veces acompaña y articula con las diferentes instancias del Ministerio de Salud Pública para generar información y coordinación de actividades enmarcadas en el Diagnóstico Situacional de cada entidad de nivel subnacional, en la priorización

de problemas de salud y en los requerimientos institucionales encaminados a fortalecer la política pública de salud en territorio, en el marco del ciclo de la política pública.

- **Consejo Sectorial:** articulación de propuestas y criterios con el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud.
- **Nivel Subnacional:** el equipo del nivel subnacional realizará asesoramiento técnico oportuno a los delegados del CCIS, apoyará con la logística y materiales para las actividades de los CCSNS.
- **Nivel Intermedio:** aporta información y retroalimentación para fortalecer las acciones del CCSNS.

Espacios Ciudadanos

Coordinación con las instancias de participación territorial, Comités Ciudadanos en los niveles intermedios de Salud, Comités Ciudadano Locales de Salud, quienes aportan con asesoramiento e información de calidad, para las actividades de seguimiento de la política pública en salud, y con las instancias de Gobierno en territorio, Organizaciones No Gubernamentales, Gobiernos Autónomos Descentralizados; en este contexto se encargará del relacionamiento intersectorial en el ámbito de participación ciudadana en coordinación con los niveles Intermedios y Locales, de ser necesario (2).

VII. Seguimiento y evaluación

El Comité Ciudadano del nivel subnacional de Salud trabaja para visibilizar las dinámicas y realidades subnacionales, principalmente desde la visión de articulación con otros actores. La relación directa con el Ministerio de Salud Pública se establece a través de la entidad máxima del nivel subnacional.

Las actividades de participación a nivel subnacional deberán ser programadas trimestralmente con el acompañamiento del equipo técnico de las instancias pertinentes de la entidad máxima del nivel subnacional de Salud correspondiente, y guardando conformidad con la Ley de participación ciudadana realizarán un informe de gestión, detallando las acciones realizadas (1).

7.4.4. El Consejo Ciudadano Sectorial de Salud (CCSS)

La Ley Orgánica de Participación Ciudadana, en el Artículo 52, define a los CCSS como *“instancias sectoriales de diálogo, deliberación y seguimiento de las políticas públicas de carácter nacional y sectorial; son un mecanismo para la discusión de los lineamientos y seguimiento de la evolución de las políticas ministeriales, son impulsados por la Función Ejecutiva y se desempeñan como redes de participación de la sociedad civil articuladas a los ministerios sectoriales; y los recursos para el funcionamiento de estas instancias deberán estar incluidos en el presupuesto ministerial respectivo”* (4).

Como cita el Decreto Ejecutivo 656, *“los Ministerios garantizarán los recursos necesarios y suficientes para cumplir los gastos de alimentación, hospedaje, transporte, movilización, materiales de oficina, capacitación, acompañamiento técnico, asesoramiento y otros, para*

el funcionamiento del CCSS, de acuerdo a la planificación operativa anual y a las respectivas convocatorias; así mismo brindarán las facilidades del espacio físico, equipos y muebles para reuniones” (4).

I. Funciones

El alcance del Consejo Ciudadano Sectorial está enfocado en el ciclo de la política pública sectorial de salud y en diversas acciones. Sus funciones están establecidas en la Ley Orgánica de Participación ciudadana y en el Decreto Ejecutivo Nro. 656 del 13 de abril de 2015:

- a) Intervenir como instancia de consulta en la formulación e implementación de las políticas de salud de alcance nacional.
- b) Proponer al MSP agendas de políticas públicas de salud.
- c) Monitorear que las decisiones de las políticas y los planes del MSP se concreten en las partidas presupuestarias respectivas y se implementen en los programas y proyectos gubernamentales respectivos.
- d) Hacer el seguimiento y la evaluación participativa de la ejecución de las políticas públicas de salud en las instancias estatales correspondientes.
- e) Coordinar con las diferentes instituciones públicas y privadas en el tema de su responsabilidad para la concreción sectorial de la agenda pública de salud.
- f) Elegir delegada/o del Consejo ciudadano sectorial a la Asamblea Ciudadana Plurinacional e Intercultural para el Buen Vivir.
- g) Articular redes de participación entre los diversos Consejos Ciudadanos Sectoriales.
- h) Generar debates públicos sobre temas del sector salud y la intersectorialidad del mismo.
- i) Elaborar el plan anual de trabajo a ser presentado a la correspondiente cartera de Estado para su consideración e inclusión en la planificación institucional.
- j) Elaborar el reglamento interno de funcionamiento, con asesoramiento y en coordinación con el MSP, observando las normas vigentes.
- k) Rendir cuentas de las actividades realizadas a los ciudadanos y ciudadanas de las organizaciones a las cuales representan (4).



Gráfico 5. El CCSS en el ciclo de la política pública

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

7.4.5. Espacios organizativos propios de pueblos y nacionalidades (Otras formas de organización territorial)

Las organizaciones de pueblos y nacionalidades en el Ecuador, tienen en su estructura delegados o comisiones de salud, que deben ser convocadas a ser parte de los diferentes espacios de participación del Ministerio de Salud Pública, o, a su vez, constituirse como la representación oficial ante el MSP, con las mismas funciones y responsabilidades que tienen los CCLS, CCIS, CCSNS, dependiendo del nivel de la organización (primero, segundo, tercer, y, cuarto grado); las organizaciones de quinto grado pueden postularse al Consejo Ciudadano Sectorial de Salud.

Estas formas de organización territorial, deben ser incorporadas especialmente en los territorios de pueblos y nacionalidades y con mayor énfasis en los territorios de difícil acceso a nivel nacional.

7.4.6. Comités Ciudadanos en Hospitales (CCH)

Se han constituido comités de ciudadanos organizados para hacer el seguimiento implementación de la política pública en salud en el nivel hospitalario y apoyo a la gestión de los hospitales.

I. Conformación

Se conforma con representantes de las organizaciones sociales (CCLS, CCIS, CCSNS, Organizaciones barriales, otros) y población interesada del área de influencia de los hospitales, delegados en asamblea general para tal efecto.

II. Funciones

- a. Ejercer el derecho de participación social.
 - b. Defender los derechos de los y las pacientes en el segundo y tercer nivel de atención como también de los Centros Especializados.
 - c. Involucrarse en actividades de promoción de la salud en el marco de la Atención Primaria de Salud renovada.
 - d. Coordinar actividades de control social con las autoridades de los hospitales encaminado al seguimiento en la prestación de servicios.
- **Convocatoria:** las autoridades de los hospitales (gerente o director médico) o/y los representantes de las organizaciones sociales realizarán la convocatoria al menos con una semana de anticipación; el proceso contará con el apoyo de los responsables de participación social del nivel subnacional.
 - **Reunión informativa:** el /la responsable de Participación a nivel subnacional u otro delegado de la entidad del nivel subnacional tomará lista a las personas convocadas y verificará los documentos de convocatoria y delegación respectivos con la cédula de identidad de los/las asistentes; las personas convocadas pueden ser parte de los CCLS, CCIS, CCSNS y de las organizaciones sociales; este es un espacio de diálogo en el que inicialmente se explican los lineamientos de la Participación Ciudadana en Salud y se construirá de manera conjunta una primera hoja de ruta de actividades para la conformación del Comité.
 - **Verificación de Asistencia:** el /la responsable de Participación a nivel subnacional u otro delegado de la entidad del nivel subnacional, tomará lista a las personas convocadas y verificará los documentos de convocatoria y delegación respectivos con la cédula de identidad de los/las asistentes.

En la primera asamblea se elige de entre los/las asistentes, por mayoría simple, a la directiva quienes durarán en sus funciones de 2 años, una vez finalizado este período se llamará a nuevas elecciones.

Este espacio es de participación ciudadana y no forman parte las autoridades locales ni funcionarios públicos del sector salud.

No podrán ser parte del comité aquellas personas que presenten conflicto de interés con la institución, a fin de garantizar transparencia, imparcialidad y objetividad en la gestión. Se considerarán en conflicto de interés, entre otros: Contratistas o proveedores actuales de bienes y servicios, personas que mantengan relación de dependencia laboral, familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, personas que mantengan vínculos económicos, profesionales o de asesoría directa, quienes tengan procesos judiciales, administrativos o reclamos pendientes contra la institución.

7.4.7. Clubes y grupos de apoyo

En el MAIS - FCI se reconoce a los clubes dentro del conjunto de prestaciones por ciclos de vida, así mismo, los diferentes tipos de clubes se encuentran contemplados en varias políticas del Ministerio de Salud Pública, tales como el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el modelo de Certificación de Servicios de Salud Inclusivos, la Norma

Técnica de Educación Prenatal, entre otras. En la práctica, en gran parte de los establecimientos de salud tipo A y B existen clubes de adolescentes, de adultos mayores; y en los establecimientos de salud tipo C existen clubes de pacientes crónicos (1).

En diversos establecimientos de salud y hospitales de tercer nivel se ha identificado la necesidad de conformar grupos de apoyo, concebidos como espacios de acompañamiento e intercambio, en los que personas que comparten una condición o situación de salud específica pueden apoyarse mutuamente y fortalecer sus conocimientos sobre su estado de salud.

Los clubes y grupos de apoyo se tornan en espacios propicios para el desarrollo de actividades de promoción de la salud, debido a que:

- a. Los clubes son un espacio de aprendizaje grupal y entre pares.
- b. En los grupos de apoyo los participantes comparten experiencias, intercambian conocimientos y reciben información adecuada en relación a temáticas específicas.
- c. Las personas que participan en clubes o grupos de apoyo pasan a ser un público cautivo con el que se pueden posicionar temas de interés del Ministerio de Salud Pública.
- d. Las actividades que se desarrollan inciden en cambios positivos de comportamiento de las personas y sus familias (1).

Si bien los clubes y los grupos de apoyo tienen diferentes objetivos, técnicamente son similares en cuanto reúnen a grupos de personas que se encuentran en situaciones similares y que tienen intereses comunes y, por tanto, se encuentran agrupados bajo el nombre de *“espacios comunitarios de aprendizaje”* (1).

Estos espacios de trabajo son coordinados por la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y la Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces.

7.4.8. Mesas Intersectoriales

La Ley Orgánica de Participación Ciudadana, en el Artículo 55, describe a la planificación participativa intersectorial como *“los espacios de coordinación interministerial promoverán la realización de diálogos periódicos de deliberación sobre políticas públicas intersectoriales para favorecer la participación de organizaciones sociales y ciudadanía especializada en una o varias de las temáticas”*.

La acción Intersectorial en salud es definida como la relación y proceso, entre un actor del sector salud con uno o más actores de otros sectores, que se ha constituido para llevar a cabo acciones en un tema con el fin de conseguir resultados en salud de una forma más efectiva y sostenible (9).

Este espacio de participación social en salud tiene como objetivo articular, coordinar y dar seguimiento a las acciones e iniciativas implementadas por los niveles territoriales de las carteras de Estado, organizaciones de la sociedad civil y actores locales claves para el abordaje de los determinantes de la salud. Dichos espacios son coordinados por la Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces y se los implementa en diferentes niveles como: local, parroquial, intermedio, Subnacional u otros.

7.5. Lineamientos de funcionamiento de los mecanismos de participación

Los presentes lineamientos se aplicarán en las instancias de participación del Ministerio de Salud Pública, y serán de cumplimiento obligatorio.

7.5.1. Convocatoria a los procesos de elección

- La convocatoria a elecciones se realizará con una semana de anticipación, a través de los medios disponibles de cada Establecimiento de Salud, las instancias institucionales del nivel intermedio y del nivel subnacional, de acuerdo a las directrices establecidas en el numeral 8.4. de este documento. Estos procesos deben ser sistematizados y enviados a la Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces a través de las instancias institucionales del nivel subnacional de salud.
- Los procesos electorales son de convocatoria universal, garantizando la libre participación de la ciudadanía y guardarán las directrices establecidas.
- Las elecciones en todas las instancias de participación serán con la modalidad de “voto secreto”, con la finalidad de garantizar el voto libre e incondicionado, en el que solo cuente la voluntad real del votante.
- Los resultados deben ser difundidos a través de los diferentes medios disponibles; esto con la finalidad de que toda la población tenga conocimiento del proceso.

7.5.2. Anulación de los procesos de elección

La Dirección Nacional de Participación Social en Salud (DNPSS), o a quien haga sus veces, podrá declarar la nulidad de las elecciones de los Comités Ciudadanos Locales, del nivel intermedio y del nivel subnacional de Salud, ya sea de oficio o mediante denuncias, y emitir resoluciones al respecto, con un informe técnico sustentando el accionar de los funcionarios que estuvieron como responsables del proceso de elección. Este informe será remitido a la Dirección de Administración del Talento Humano, para, desde su competencia, intervenir en las investigaciones necesarias para la aplicación de régimen disciplinario según corresponde.

Así mismo, esta dirección o a quien haga sus veces, delegará a los funcionarios de del nivel subnacional, sin que exista la intervención de ningún otro funcionario del Ministerio de Pública que no haya sido delegado, para que realicen el acompañamiento en los procesos de: conformación, convocatoria y elección, siguiendo los pasos de acuerdo con la normativa vigente.

De la Nulidad: La Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o quien hiciera sus veces podrá declarar la nulidad de las elecciones únicamente en los siguientes casos:

- a) Si se hubiere realizado en día distinto al señalado en la convocatoria o fuera del horario dispuesto en la respectiva convocatoria.
- b) Si se comprobare la manipulación indebida o no autorizada de las papeletas de votación, sistemas informáticos dispuestos para el proceso de elecciones o el medio utilizado para el efecto, de tal manera que impidan garantizar la fiabilidad de los resultados o determinar la voluntad de los votantes.

- c) Si se comprobare que se hubiesen efectuado, sin la concurrencia del quórum establecido.
- d) Si se comprobare suplantación, alteración o falsificación del acta de instalación o de los resultados.
- e) Si se evidencia que no se cumplió con las fases respectivas del proceso electoral.

De manera inmediata a la declaratoria de nulidad de las votaciones la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o quien hiciera sus veces, emitirá su resolución, y en caso de que sea declarada la nulidad, se convocará a un nuevo proceso electoral a celebrarse en un plazo no mayor a 15 días de emitida la resolución.

7.5.3. Impugnación del proceso de elección

De la impugnación: cuando la declaratoria de nulidad sea iniciada a petición de parte, se deberá presentar una denuncia dirigida a la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o quien hiciera sus veces, la misma que contendrá los siguientes requisitos:

1. Los nombres y apellidos de él o los denunciantes, en el cual deberán fundamentar su legitimación.
2. La dirección domiciliaria y el correo electrónico donde los denunciantes recibirán notificaciones.
3. Relato del hecho denunciado, determinando la causal de nulidad prevista en el acápite anterior. De ser posible se señalará el lugar, día y hora de la comisión de la causal.
4. Los nombres y apellidos de las personas denunciadas y la dirección física o electrónica en la cual se deba notificarles con la denuncia.
5. El anuncio de las pruebas que sirvan para fundamentar la causal de nulidad alegada.
6. La firma de él o los denunciantes.

La denuncia podrá ser presentada por el denunciante dentro de los 20 días siguientes a la ocurrencia de la causal de nulidad invocada.

De la calificación de la denuncia: una vez presentada la denuncia, la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o quien hiciera sus veces, verificará que el escrito cumpla con los requisitos de forma establecidos en el acápite precedente.

En caso de que la denuncia no reúna los requisitos de forma, se dispondrá que la misma sea aclarada o ampliada en el término de tres días. Si el denunciante no acatare el requerimiento dentro del término concedido, se ordenará el archivo de la denuncia.

De la notificación al denunciado: luego de que la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o a quien haga sus veces, calificará la denuncia, se notificará al denunciado con la misma, otorgándole el plazo de siete días para contestarla. De no contestar en este plazo, se considerará negativa pura y simple.

De la contestación: la contestación de la denuncia, además de todas las alegaciones de las que se crea asistido el denunciado, deberá contener: nombres y apellidos y calidad en la que comparece; el anuncio de los medios probatorios para desvirtuar las alegaciones determinadas en la denuncia; y, la contestación a los hechos expuestos por el denunciante.

De la resolución: una vez que se haya dado contestación a la denuncia, la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o quien hiciera sus veces, emitirá su resolución motivada en un plazo de quince (15) días. Esta resolución incluirá un análisis detallado de los hechos presentados y las razones que fundamentan la decisión adoptada.

7.5.4. Prohibiciones

- Divulgar o utilizar la información con fines ajenos a sus funciones o para intereses particulares.
- Los miembros de las instancias de participación del Ministerio de Salud Pública, no podrán mantener vínculos formales con esta Cartera de Estado como: contratos, relaciones de dependencia, entre otros, los cuales evidencien conflicto de intereses con las funciones asignadas para el efecto.
- Incurrir en comportamientos que propicien actos de desorden e irrespeto, que atenten la dignidad de sus compañeros, asistentes, servidores públicos.
- Propagar rumores que atenten contra la dignidad y buen nombre de las personas o instituciones, en general ejercer cualquier actitud dolosa.
- Tomar la vocería oficial sin haber sido designados previamente en asamblea.
- Incumplir con las resoluciones definitivas a las que se llegue en los espacios de reunión (4).
- Usar el nombre del espacio de participación social en salud, para fines partidistas y electorales.
- Los miembros de las instancias de participación no pueden tener distintivos o uniformes con logotipos del MSP, pues estos son exclusivos de funcionarios del MSP, en vista de que pueden generar relación de dependencia laboral; se deben utilizar los diseños empleados en los carnets de los distintos espacios de participación.

7.5.5. Causales de exclusión de los espacios de participación

- Incurrir en uno o varios de los incumplimientos y prohibiciones establecidos en el presente documento.
- Faltar injustificadamente a tres (3) sesiones consecutivas, legalmente convocadas por el establecimiento de salud, o auto convocadas, sin ninguna justificación (4).

La exclusión procederá previo conocimiento y votación de los integrantes de las instancias de participación del MSP (CCLS, CCIS, CCSNS, CCH) y será registrada en actas, el proceso tendrá el acompañamiento técnico del equipo del MSP de territorio. En lo referente al CCSS, se registrará conforme lo determina el reglamento interno que rige sus funciones.

7.5.6. Renuncia a las instancias de participación del Ministerio de Salud Pública

Si un miembro de alguna de las instancias de participación manifiesta su intención de desvincularse voluntariamente a estos espacios deberá presentar un oficio a la Asamblea general con copia a los /las representantes del MSP (Director Establecimiento, Autoridad máxima del nivel intermedio, Autoridad máxima del nivel subnacional o Director Nacional de Participación Social en Salud, o a quien haga sus veces, respectivamente) indicando su decisión.

De acuerdo con el nivel territorial al que pertenezca el establecimiento de salud, los responsables del MSP o quién haga sus veces, convocarán a una reunión ordinaria con el fin de informar a la Asamblea y definir un reemplazo, la convocatoria deberá diligenciarse en un plazo no menor a veinte (20) días (4).

En el caso del CCSS, se regirá conforme lo determina el reglamento interno que rige sus funciones.

7.5.7. Desintegración de las instancias de participación del Ministerio de Salud Pública

En caso de que en los espacios de participación del MSP se vean disminuidos notablemente, es decir, que conlleve al incumplimiento de la planificación establecida, se dará por desintegrado el espacio y se deberá realizar una nueva convocatoria (4).

En casos de renuncia, las personas que soliciten reingresar deberán esperar un período de funciones para volver a integrarlo.

8. Otros mecanismos de participación social

Conforme lo establece la Ley Orgánica de Participación Ciudadana, existen varios mecanismos a través de los cuales los ciudadanos y las ciudadanas pueden participar en los procesos de auditoría o control social; mencionamos a continuación algunos de ellos que tienen un accionar directo con el MSP:

- Veedurías.
- Observatorios.
- Comités de usuarios.
- Rendición de cuentas.
- Consejos Consultivos.
- Vigilantes comunitarios.

Dicha Ley define que el accionar de estos es una facultad del Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, quien se encarga de su constitución, seguimiento y reporte de resultados.

El control social es el espacio en que la ciudadanía, ejerce su derecho de libre acceso a la información generada en entidades públicas o que manejen recursos del Estado. Mediante estos; se realiza seguimiento a un proyecto, acción u objeto en particular, con el fin de identificar si cumple o no con las competencias dispuestas, si existe alguna falencia o irregularidad que deba ser reportada y corregida. Además, es un espacio deliberativo en el que se pone en práctica la exigibilidad individual y colectiva del derecho a la transparencia en el ámbito de la salud (4).

8.1. Veedurías ciudadanas

De acuerdo con la ley de Participación Ciudadana, en el Artículo 78, se las define como veedurías a la gestión pública, como la destinada al control de todas las funciones del Estado, en todos los niveles de gobierno, a las instituciones privadas que manejen fondos públicos, y a las personas naturales o jurídicas del sector privado que presten servicios o desarrollen actividades de interés público, se regirán por lo señalado en esta Ley (4).

8.2. Observatorios

Según la Ley de Participación Ciudadana el Artículo 79 define a los observatorios como instancias constituidas por grupos de personas u organizaciones ciudadanas que no tengan conflicto de intereses con el objeto observado. Tendrán como objetivo elaborar diagnósticos, informes y reportes con independencia y criterios técnicos, para impulsar, evaluar, monitorear y vigilar el cumplimiento de las políticas públicas (2).

Deben incluir representantes de la académica y/o expertos para realizar seguimiento técnico, evaluaciones, varios aportes y otras atribuciones en el marco legal del control social en vista que son de carácter técnico y reciben el acompañamiento permanente del CPCCS (2).

8.3. Comités de Usuarios

Los Comités de Usuarios y Usuarías (CU), son formas organizativas que efectivizan el mecanismo de control social, de carácter permanente, cuyo espacio sirve para interlocutar entre los prestadores del servicio y los usuarios/as; están anclados al Consejo de Participación y Control Social (2).

Se constituyen en una instancia receptora de quejas y denuncias, ciudadanas respecto al servicio que reciben los usuarios y usuarias. Están conformados por personas naturales o jurídicas, representantes de organizaciones sociales, de hecho, o de derecho, que se encuentren en goce de sus derechos de ciudadanía y derechos de participación; su accionar es autónomo e independiente respecto a las instituciones del Estado (2).

Su función es aportar para mejoramiento permanente de la calidad de los servicios, de instituciones públicas como privadas, que manejan fondos públicos y se desempeñará en sus funciones por dos años.

8.4. Los Consejos Consultivos de Salud

Según el Artículo 80 de la Ley de Participación Ciudadana, los Consejos Consultivos son mecanismos de asesoramiento compuestos por ciudadanos y ciudadanas, o por organizaciones civiles que se constituyen en espacios y organismos de consulta. Las autoridades o las instancias mixtas o paritarias podrán convocar en cualquier momento a dichos consejos. Su función es meramente consultiva (2).

Los Consejos Consultivos son creados en función de una petición o requerimiento del MSP o sus entidades adscritas o instancias territoriales, se conforma con personas expertas en el tema de la convocatoria y debe incluir a la ciudadanía (2).

El Consejo Consultivo, estará formado por consejeros/as principales con un/a suplente. El acta especificará el número de consejeros/as que se requieren y su representación; El seguimiento lo hará la Dirección Nacional de Participación Social en Salud o quien haga sus veces, en conjunto con la unidad requirente y la instancia territorial respectiva. Los productos y funciones serán coordinados internamente y su accionar se realizará en el marco de la ley vigente (2).

8.5. Vigilantes Comunitarios Voluntarios

La Ley Orgánica de Acción Voluntaria, en el Artículo 4, define al voluntariado de acción social y desarrollo como una forma de participación social, como una actividad de servicio social y participación libre de la ciudadanía y las organizaciones sociales en diversos temas de interés público, con independencia y autonomía del Estado. La ciudadanía y las organizaciones sociales también podrán establecer acuerdos con las autoridades de los diversos niveles de gobierno para participar de manera voluntaria y solidaria en la ejecución de programas, proyectos y obra pública, en el marco de los planes institucionales (2).

La participación de los Vigilantes Comunitarios Voluntarios se articula institucionalmente a través de la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, o a quien haga sus veces, y se implementa operativamente en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, consolidándose como un mecanismo complementario y estratégico para el fortalecimiento del sistema nacional de salud.

Los Vigilantes Comunitarios Voluntarios cumplen un rol clave como actores comunitarios de apoyo al sistema de salud, enmarcados en la acción voluntaria y la participación social.

Siendo sus principales funciones las que se detallan:

- Vínculo entre la comunidad y el sistema de salud: Al ser personas pertenecientes a sus propias comunidades, los VCV facilitan la comunicación y articulación entre la población y los establecimientos de salud, actuando como un puente de confianza y cercanía territorial.
- Identificación señales de riesgos en salud: Identifican señales o condiciones relacionadas con los determinantes sociales y ambientales de la salud que pueden representar riesgos para la población, de acuerdo con la realidad social, cultural y territorial.
- Generación de alertas comunitarias: Reportan las señales identificadas a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, esto para que el personal de salud tome las decisiones adecuadas.

- Apoyo a acciones de promoción y prevención: Participan en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, fortaleciendo prácticas de autocuidado, corresponsabilidad y protección colectiva de la salud.
- Participación voluntaria, solidaria y no remunerada: Su accionar se fundamenta en el ejercicio libre del voluntariado, sin relación laboral con el Ministerio de Salud Pública, manteniendo autonomía, solidaridad y compromiso social, conforme a la Ley Orgánica de Acción Voluntaria.

La importancia de los Vigilantes Comunitarios Voluntarios radica en que:

- Fortalecen la participación social en salud, como una expresión organizada de la ciudadanía en asuntos de interés público.
- Contribuyen a la detección temprana de señales de interés en salud, especialmente en territorios con limitada presencia institucional.
- Mejoran la oportunidad y pertinencia de las respuestas del sistema de salud, al incorporar información generada desde la comunidad.
- Promueven la corresponsabilidad social, al involucrar activamente a la población en el cuidado de su salud y la de su entorno.
- Refuerzan el enfoque intercultural y territorial, al actuar desde el conocimiento local y el respeto a las dinámicas comunitarias.

8.6. Rendición de cuentas

Según el Artículo 89 de la Ley de participación ciudadana la rendición de cuentas es un proceso sistemático, deliberado, interactivo y universal, que involucra a autoridades, funcionarias/os o sus representantes y representantes legales, según sea el caso, que estén obligadas/os a informar y someterse a evaluación de la ciudadanía por las acciones u omisiones en el ejercicio de su gestión y en la administración de recursos públicos (2).

La rendición de cuentas tiene mandato legal contemplado en la Constitución y en la Ley Orgánica de Participación en el capítulo segundo, Artículos del 88 al 95. Los objetivos de este proceso, son los siguientes:

- Garantizar a la ciudadanía el acceso a la información de manera periódica y permanente, con respecto a la gestión pública.
- Facilitar el ejercicio del derecho a ejecutar el control social de las acciones u omisiones de los gobernantes, funcionarias/os, o de quienes manejen fondos públicos.
- Vigilar el cumplimiento de las políticas públicas.
- Prevenir y evitar la corrupción y el mal gobierno (10).

En el Artículo 225 de la Constitución, menciona que las instituciones del sector público que deberán rendir cuentas son:

- Los organismos y dependencias de las funciones Ejecutiva, Legislativa, Judicial, Electoral y de Transparencia y Control Social.
- Las entidades que integran el régimen autónomo descentralizado.
- Los organismos y entidades creados por la Constitución o la ley para el ejercicio de la potestad estatal, para la prestación de servicios públicos o para desarrollar actividades económicas asumidas por el Estado.

- Las personas jurídicas creadas por acto normativo de los gobiernos autónomos descentralizados para la prestación de servicios públicos (10).

9. Herramientas para la participación social en salud

El MSP impulsa la participación social en los procesos de planificación, implementación y evaluación de acciones; procurando el fortalecimiento de toda la estructura de participación social en todos los niveles del MSP ya que los mecanismos de participación social constituyen un importante paso hacia la construcción de incidencia real en la gestión pública desde la propuesta hasta su implementación (10).

9.1. Planificación y comprensión de roles

Es función de los equipos que dan seguimiento a las instancias de participación, procurar la participación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud; estas pueden ser planificadas a corto, mediano o largo plazo (10).

Los roles de la ciudadanía en cuanto a la participación en salud son:

- Ejercer el derecho a la participación social.
- Motivar a su comunidad a intervenir en procesos participativos en salud.
- Promover acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de su comunidad, mediante actividades que permitan actuar sobre los determinantes de la salud, esto en coordinación con los equipos locales del MSP y la mesa intersectorial.
- Trabajar de forma seria, pertinente y cumplida en una propuesta para aportar a todo el ciclo de la política pública (10).

9.2. Procesos de formación y capacitación

Los procesos de formación y capacitación deben ser planificados, sostenidos y permanentes para los equipos del MSP que brindan apoyo técnico a los espacios de participación; se deben fortalecer procesos en la profundización de conocimientos y experiencias en temas de participación y comunicación social, al mismo tiempo que en promoción, prevención y atención de los problemas de salud; estos conocimientos deben también ser parte de los procesos de capacitación de la población en general y particularmente de las instancias de participación vinculadas al MSP (10).

Parte importante de los espacios de formación es la participación en talleres, asambleas, reuniones o foros y en intercambios de experiencias ya que aportan elementos para la gestión; propiciar el diálogo y el intercambio de saberes, entre otros (10).

10. Transversalización de la participación social en salud

10.1. Programas, planes y proyectos

Las instancias de participación ciudadana del MSP, participarán, en los procesos de evaluación de la ejecución los planes, programas y proyectos planteados por el MSP y propuesta de mejoramiento que serán priorizados de acuerdo a la problemática de territorio que estén interesados en analizar los actores sociales.

Para implementar la transversalización se requiere que el personal de salud sea capacitado en mediación pedagógica con la finalidad de abordar los temas de salud de manera sencilla, evitando el metalenguaje, utilizando habilidades técnicas de síntesis y generación de conceptos claros y comprensibles, para ello se debe capacitar a los profesionales en los aspectos mencionados (10).

10.2. Dimensión territorial, niveles de gobierno (Gobiernos Autónomos Descentralizados - GAD)

Para articular con los procesos participativos en los diversos niveles de gobierno, el Código Orgánico de Ordenamiento Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) propone la conformación de sistemas de participación ciudadana, para el ejercicio de este derecho (10).

Esto plantea actividades clave que deben realizar los técnicos locales:

- a. Sensibilizar a la ciudadanía que es su derecho formar parte de estos espacios, proponer y ser consultados sobre las decisiones de cada GAD.
- b. Revisión de toda la normativa sobre el tema de participación ciudadana expedida por el GAD.
- c. Recolección de todos los insumos y productos existentes relacionados a la participación ciudadana, esta información parte del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de cada GAD.
- d. Respetar la independencia de los espacios de participación y sus propios procesos.
- e. Conocer si desde alguna instancia ciudadana vinculada al MSP se están realizando acercamientos a los GAD y acompañar en el proceso (10).

Los GAD generan procesos de planificación participativa, elaboración de presupuestos participativos, mecanismos para rendir cuentas, procesos que facilitan el ejercicio del control social, articulación de todos los temas que forman parte de la realidad del territorio y de los cuales deben ser parte las instancias de participación del MAS en el marco de la articulación intersectorial; este proceso debe ser acompañado por los respectivos equipos técnicos (2).

En estos espacios, las instancias de participación en salud deberán:

- a. Participar en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de los Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial y presupuestos participativos.
- b. Formar parte de la convocatoria al proceso y el posicionamiento del tema de salud en el presupuesto de cada territorio.
- c. Aportar a la elaboración de presupuestos participativos de los GAD.

- d. Participar en la definición de políticas públicas desde los GAD, es decir construcción y puesta en marcha de proyectos, ordenanzas y demás instrumentos de política pública que se relacionen con la salud.
- e. Generará las condiciones y mecanismos de coordinación para el tratamiento de temas específicos de salud (2).

11. Evaluación de los procesos

Una parte fundamental de los procesos de participación constituye su evaluación, ya que retroalimenta los procesos y permite mejorar la gestión y ayuda a identificar y resolver nudos críticos que se pueden dar en la aplicación de los mecanismos de participación en salud (2).

Inicialmente, la evaluación recogerá en su mayoría indicadores cuantitativos, que permitan medir el impacto en cifras de la participación en salud y en un inicio no serán más de 5 y deben permitir una medición sencilla en cuanto al impacto. Entre estos se sugieren:

1. Número de personas que conforman los CCLS.
2. CCLS conformados.
3. CCLS funcionando realizando actividades que aporten al Plan Local de Salud y/o actividades que aporten a la promoción de la salud en general.
4. Planes Locales de Salud elaborados participativamente.
5. CCIS conformados.
6. CCIS funcionando, realizando actividades que aporten al Plan del nivel intermedio de Salud y/o actividades que aporten a la promoción de la salud en general.
7. Procesos de capacitación e intercambio con la ciudadanía.
8. Mesas intersectoriales trabajando sobre los determinantes de la salud.
9. Número de Vigilantes Comunitarios Voluntarios identificando y notificando factores de riesgo a los establecimientos de salud.
10. Documentos de aporte a las políticas públicas entregados oficialmente.
11. Sostenibilidad de Comités y Consejos, tiempo de duración, participantes y actividades propuestas y desarrolladas.

Una vez acordadas las metas e indicadores éstas se reportarán en la matriz de seguimiento de la Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad (2).

Abreviaturas

APS-R:	Atención Primaria de Salud Renovada
ASIS:	Análisis Situacional Integral de Salud
CCH:	Comité Ciudadano de Hospitales
CCIS:	Comité Ciudadano de Nivel Intermedio de Salud
CCLS:	Comité Ciudadano Local de Salud
CCSNS:	Comité Ciudadano Subnacional de Salud
CCSS:	Consejo Ciudadano Sectorial de Salud
COOTAD:	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización
CPCCS:	Consejo de Participación Ciudadana y Control Social
CUS:	Comités de Usuarios y Usuarías
DNPSS:	Dirección Nacional de Participación Social en Salud
EAIS:	Equipos de Atención Integral de Salud
GAD:	Gobierno Autónomo Descentralizado
MAIS-FCI:	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
MSP:	Ministerio de Salud Pública
ONG:	Organismo No Gubernamental
PDOT:	Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial
PLS:	Plan Local de Salud
PNIS:	Plan del Nivel Intermedio de Salud
POA:	Planificación Operativa Anual

Referencias

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Quito; 2018.
2. Ministerio de Salud Pública. Implementación estrategia de participación ciudadana en salud [Internet]. Ecuador; 2017. Disponible en: www.salud.gob.ec
3. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Vol. 1. Quito; 2008.
4. Ley Orgánica de Participación Ciudadana [Internet]. 2010. Disponible en: www.lexis.com.ec
5. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. Vol. 35, Journal of the American Institute of Planners. 1969.
6. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978 Sep.
7. Gobierno de Colombia. Control social al derecho a la salud. 2018.
8. Clara Murguialday. Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo [Internet]. [cited 2025 Mar 27]. Disponible en: <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/>
9. Jaime G, Castro O. La acción intersectorial por la salud: una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/317887158>
10. Muñoz Torres T de J, Almazán García AC, Rocha Rodríguez M del R, Ramírez Cruz M de J. Grupo de Ayuda Mutua y su relación con la calidad de vida en pacientes crónicos. Unidad Académica Multidiscip Zo Media la UASLP. 2021 Jun 12; 14:16–22.

Anexos

Anexo 1.- Mapeo de Actores

I. Introducción

El mapeo de actores nos permite identificar a toda organización o individuo que pueda incidir en los objetivos de la institución, de un proyecto o de una estrategia de intervención.

Nos permite establecer las relaciones entre los ciudadanos, la sociedad civil organizada, las instituciones estatales del nivel central y local, las instituciones privadas, las agencias de cooperación y sus implementadores en territorio, así como todo actor social que nos permita realizar un trabajo articulado y coordinar acciones, tras identificar los niveles de poder y la posición respecto a “objetivos comunes de trabajo”.

Con este instrumento se espera no tener únicamente un listado de los actores que participan en el sector salud, sino conocer sus acciones y los objetivos de su participación. Por este motivo, es fundamental resaltar que en el mapeo de actores se debe identificar roles y poderes de los actores sociales más relevantes.

II. Objetivo

Identificar a los actores públicos, privados y sociales que están involucrados en el desarrollo del espacio territorial asignado, sus proyectos y relaciones, acordando con quiénes de ellos sería favorable concertar y coordinar las acciones locales.

Objetivos específicos:

- Identificar a los distintos actores públicos, privados y sociales que están involucrados en los procesos de salud en el espacio de cobertura.
- Conocer las relaciones y acciones que desempeñan los actores en el ámbito territorial prevaleciendo la sinergia y cooperación.
- Realizar un análisis que permita toma de decisiones concertadas, con respecto a mejorar la calidad de vida de la población.
- Fortalecer la rectoría en salud, a través de la conformación de la red de actores locales.

III. Metodología

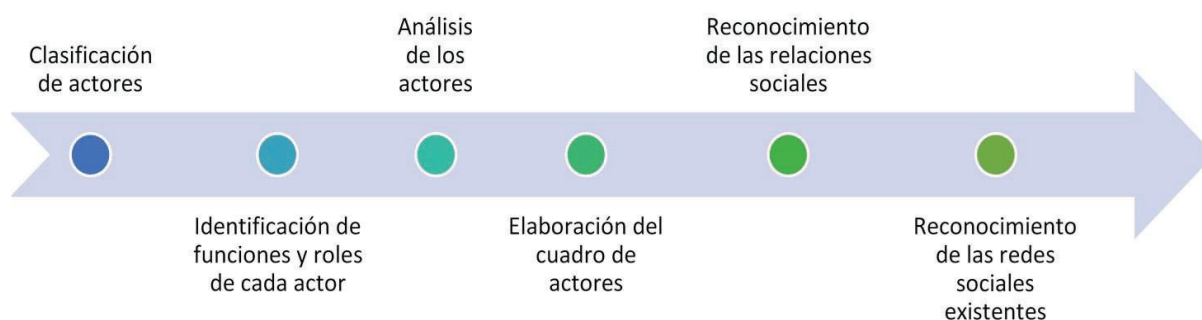
Para la elaboración del mapeo de actores debemos partir de la definición de un actor social. Se entiende como actor social a aquel “individuo, grupos o instituciones que son afectados o afectan el desarrollo de determinadas actividades, aquellos que poseen información, recursos, experiencia y alguna forma de poder para influenciar la acción de otros” (ECFAO, 2006; en Tapella, 2007, p.3).

Para realizar un mapa de actores y relaciones se debe:

- Socializar y sensibilizar la participación activa y empoderamiento de acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- Identificar funciones, roles y mandatos de los principales actores públicos, privados y sociales involucrados en los procesos de salud del territorio para conformar una red con lineamientos enfocados al desarrollo común de la población en su ámbito geográfico. No olvide incluirse y/o incluir a su organización en el mapa

El Equipo Integral de Salud debe reflexionar sobre: ¿Para qué quiero tener un mapeo de actores? ¿Cuál es la finalidad de tener un mapeo de actores? ¿Cuál será la función de este mapeo de actores?

Con estas preguntas en mente, se inicia el trabajo de elaboración de mapeo de actores, para el cual se cumplirán con 6 pasos:



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 1: Clasificación de actores

Descripción	Pasos	Posibles clasificaciones
Consiste en identificar las instituciones, grupos organizados o personas que podrían ser relevantes en las intervenciones. Resulta clave identificar en forma concreta los posibles actores con las que se vincularán, que tipo de relaciones se establecerá con ellos y cuál será el nivel de	–Reunir a un pequeño grupo de informantes con diferentes perspectivas y experiencias. –Lluvia de ideas para hacer un listado de los diferentes actores –Clasificación por grupos de actores (clúster), para	–Instituciones públicas (nacional, provincial o local) con incidencia en el territorio –Instituciones privadas, empresas –Organizaciones sin fines de lucro –Organizaciones sociales –Entidades religiosas –Actores individuales vinculados a la salud

participación de cada uno de los actores.	reconocer los más importantes	
--	-------------------------------	--

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

En este paso se llenarán las 2 primeras columnas de la matriz de actores (Anexo 1.1).

Grupo de actores sociales	Actor o Representante	Rol/ Función en el proyecto	Posible acción o intereses	Relación predominante	Jerarquización de su poder
Clasificación de los diferentes actores sociales existentes en el territorio de implementación de las actividades desarrolladas.	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE				

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 2: Identificación de funciones y roles de cada actor

Descripción	Pasos
Reconocer las principales funciones de los actores respecto de la intervención, así como identificar las posibles acciones que podrían desarrollar los actores sociales e institucionales perfilando una red de alianzas interinstitucionales en relación con la propuesta de intervención.	– Reunir a un pequeño grupo de informantes con diferentes perspectivas y experiencias. – Reflexión sobre roles y acciones que cada actor tiene o podría tener

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

En este paso se llenarán la tercera y cuarta columna de la matriz de actores (Anexo 1.1).

Grupo de actores sociales	Actor o Representante	Rol/ Función en el proyecto	Posible acción o intereses	Relación predominante	Jerarquización de su poder
Clasificación de los diferentes actores sociales existentes en el territorio de implementación de las actividades desarrolladas.	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE	Funciones que desempeña a cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones	Cuáles serían sus intereses y sus acciones frente a esos intereses		

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 3: Análisis de los actores

Descripción	Pasos	Clasificaciones
Se busca realizar un análisis cualitativo de los diferentes actores de cara al proceso participativo iniciado. Se pueden adoptar dos categorías: a) relaciones predominantes entre los actores, con énfasis en el nivel de interés, y b) niveles de poder o influencia sobre otros actores.	–Reunir a un pequeño grupo de informantes con diferentes perspectivas y experiencias. –Reflexión sobre el nivel de relacionamiento y las situaciones de poder de los actores en el territorio.	Relación predominante: Se definen como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto), en la conformación de la Red Pública y Complementaria en Salud. Se considera los siguientes aspectos: –A favor: predominan las relaciones de confianza y colaboración mutua. –Indeciso/indiferente: Predomina las relaciones de afinidad, pero existe una mayor incidencia de las relaciones antagónicas –En contra: el predominio de relaciones es de conflicto. Jerarquización del poder Se define como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones que se emprendan con la intervención. Se considera los siguientes niveles de poder:

		-Alto: predomina una alta influencia sobre los demás -Medio: La influencia es medianamente aceptada -Bajo: no hay influencia sobre los demás actores.
--	--	---

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

En este paso se llenarán la quinta y sexta columna de la matriz de actores (Anexo 1.1).

Grupo de actores sociales	Actor o Representante	Rol/ Función en el proyecto	Posible acción o intereses	Relación predominante	Jerarquización de su poder
Clasificación de los diferentes actores sociales existentes en el territorio de implementación de las actividades desarrolladas.	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE	Funciones que desempeña a cada actor y el objetivo que persigue con sus acciones	Cuáles serían sus intereses y sus acciones frente a esos intereses	Se define como las relaciones de afinidad (confianza) frente a los opuestos (conflicto) 1. A favor 2. Indiferente 3. En contra	Capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones 1. Alto 2. Medio 3. Bajo

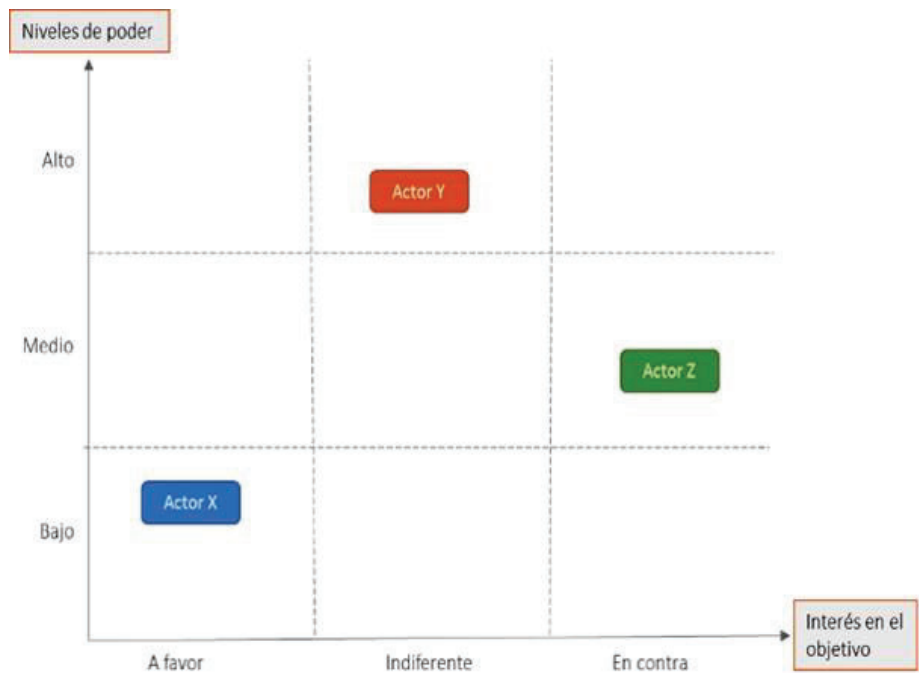
Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 4: Elaboración del cuadro de actores

Descripción	Pasos
Se elabora un cuadro de doble entrada donde se ubican a los actores según su grado de poder (alto, medio, bajo) y su posición respecto a la propuesta de intervención (a favor, indiferentes y opuestos).	-A partir de la matriz finalizada, se ubica dentro del cuadro a cada actor identificado de acuerdo con la relación predominante y la jerarquía de poder.

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Se elabora el siguiente gráfico (Anexo 1.2):



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 5: Reconocimiento de relaciones sociales

Descripción	Pasos	Categorías
identificar y analizar el tipo de relaciones que existen entre los diferentes actores del territorio	–A partir de la matriz finalizada se realiza la evaluación del tipo de relación que la instancia (centro de salud, instancia institucional intermedia, oficina técnica, instancia institucional subnacional, etc.) tiene con el resto de actores en territorio. Esto se puede evidenciar en una matriz o un gráfico.	Relación fuerte de coordinación y trabajo conjunto. Relación débil con poca o casi ninguna coordinación Relación de conflicto.

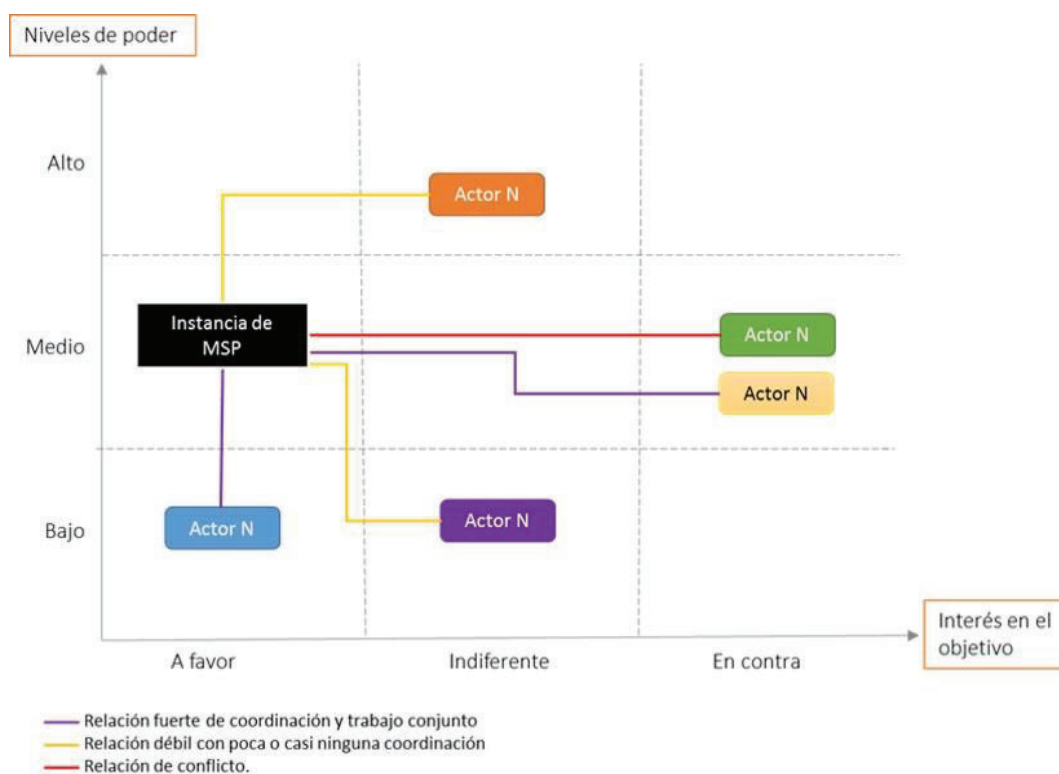
Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

La información se puede desarrollar en la siguiente matriz (Anexo 1.3):

Grupo de actores sociales	Actor o Representante	Relación predominante Se define como la relación de afinidad frente a las acciones del MSP
Clasificación de los diferentes actores sociales existentes en el territorio de implementación de las actividades desarrolladas.	Conjunto de personas con intereses homogéneos que participan en un proyecto o propuesta NOMBRE	Consignar qué tipo de relación tiene el actor con la instancia a la que pertenece: relación fuerte de coordinación y trabajo conjunto/ relación débil con poca o casi ninguna coordinación/relación de conflicto.

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Opción gráfica (Anexo 1.3):



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 6: Reconocimiento de redes sociales existentes

Se identifican las redes existentes y el conjunto de acciones que deben tomar. Por ejemplo, se puede identificar redes sociales que coordinan actividades en común para la gestión de riesgos en su comunidad, grupos que presentan relaciones que requieren ser fortalecidos

y los que presentan relaciones de conflicto. A partir de ello se puede plantear estrategias para trabajar con las redes consolidadas y para fortalecer las relaciones entre los grupos que presentan relaciones débiles (Anexo 1.4).

Espacios de coordinación	Sí	No	Objetivo del espacio	Participantes
GAD - Gobierno central				
Niveles territoriales del gobierno central				
GAD-gobierno central - sociedad civil				
GAD - sociedad civil				
Niveles territoriales del gobierno central - sociedad civil				

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Anexo 1.1 Matriz de Actores



Ministerio de Salud Pública

MAPEO DE ACTORES

Zona:	
Distrito:	
Parroquia:	
Responsable:	

N.	Grupo de actores sociales	Actor o representante - Nombre y Apellido	Rol/ Función que desempeña	Posible acción o intereses	Relación predominante Se define como la relación de afinidad frente a las acciones del MSP			Jerarquización de su poder (capacidad de convocatoria y referencia para facilitar las acciones)			Dirección/comunidad/barrio/recinto donde se encuentra la organización o institución	Número de contacto	Correo electrónico
					A favor	Indiferente	En contra	Alto	Medio	Bajo			

Dirección: Quitumbie Nan y Amaru Nan
Código postal: 77016 / Quito-Ecuador
Teléfono: 02-22214468
www.salud.gob.ec



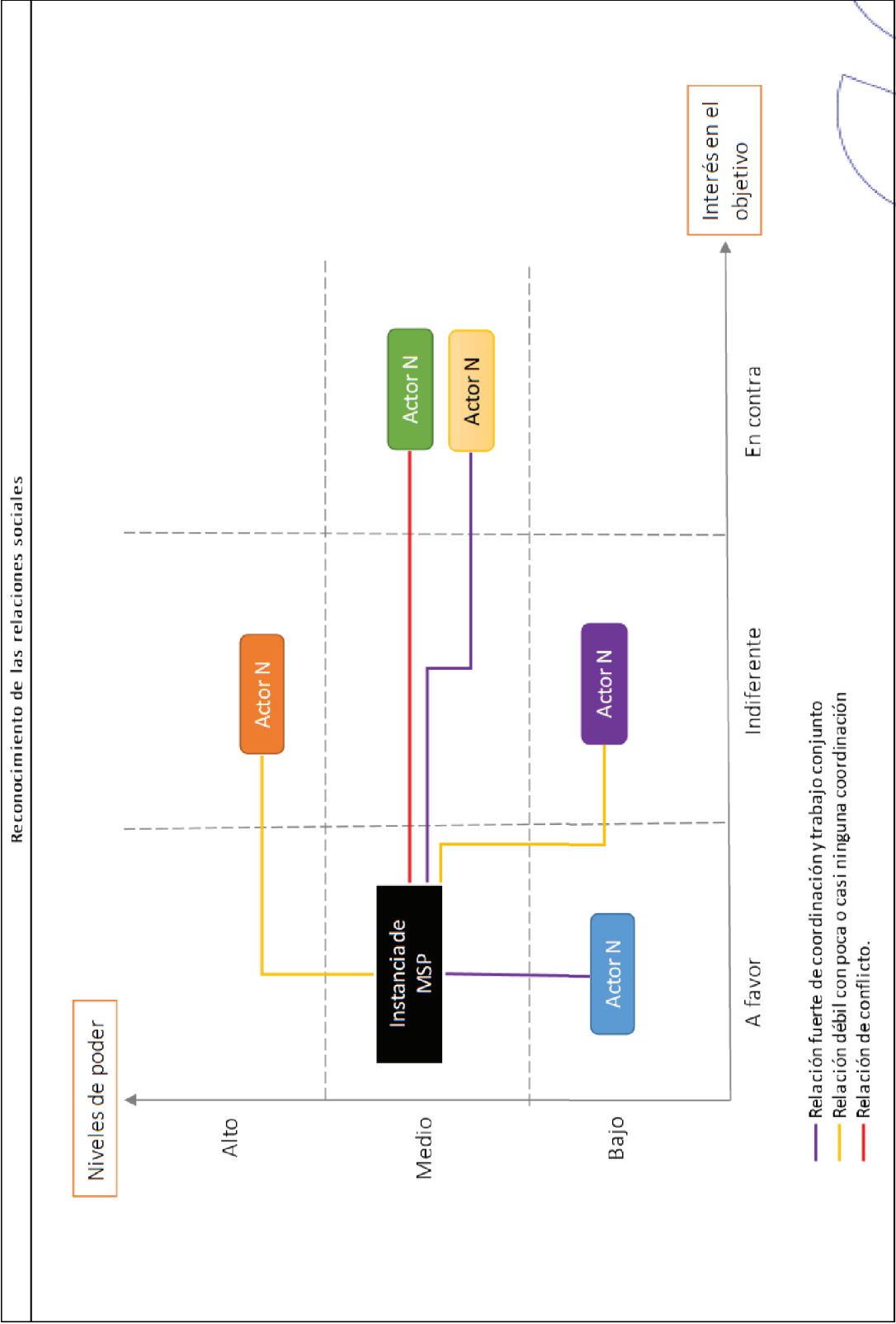
Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Anexo 1.2 Esquema de Actores



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Anexo 1.3 Reconocimiento de las relaciones sociales



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Anexo 1.4 Redes Sociales Territoriales



Ministerio de Salud Pública

Redes sociales territoriales					
Espacios de coordinación	Sí	No	Objetivo del espacio	Participantes	
GAD - instituciones de la función ejecutiva (ministerios, secretarías, etc. en territorio)					
Niveles desconcentrados del gobierno central					
GAD - instituciones de la función ejecutiva (ministerios, secretarías, etc. en territorio) y sociedad civil					
GAD-sociedad civil					
Instituciones de la función ejecutiva (ministerios, secretarías, etc. en territorio) y sociedad civil					

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Anexo 2.- Formato Acta de Conformación de Comités Ciudadanos Locales, Niveles Intermedios o Niveles Subnacionales de Salud

En la provincia _____, cantón _____, parroquia _____ ubicado _____ a los _____ días del mes _____ del año _____ siendo las _____ horas, previa convocatoria formal del Ministerio de Salud Pública (Establecimiento de salud: nombre, ubicado _____ teléfono de referencia _____, correo electrónico de referencia _____), se reúnen en Asamblea General las y los miembros que conformarán el COMITÉ CIUDADANO _____ DE SALUD _____, cuyos nombres y firmas se detallan enlistados al final de la presente acta constitutiva.

El COMITÉ CIUDADANO _____ DE SALUD _____, tendrá como domicilio permanente _____, del cantón _____, Provincia de _____.

Orden del día:

1. Constatación del quórum;
2. Instalación de la Asamblea
3. Manifestación de voluntades para la constitución del Comité;
4. Establecer el objeto y fines de constituir la organización de hecho;
5. Elección de la Directiva del COMITÉ CIUDADANO _____ DE SALUD _____

PRIMERO. - Constatación del Quórum:

Los/las participantes cuyos nombres y apellidos completos, con sus respectivos números de cédula son:

Nombres completos del representante	No. De cédula

Constatado el quórum los integrantes del COMITÉ CIUDADANO _____ DE SALUD _____, se declara instalada la sesión.

SEGUNDO. - Manifestación de voluntades de la constitución de la organización de hecho:

Los miembros que conforman la presente Asamblea, tienen a bien manifestar de forma conjunta su voluntad de conformar la Organización COMITÉ CIUDADANO _____ DE SALUD _____, a fin de promover los fines planteados para la misma.

TERCERO. - Con el fin de establecer el objetivo y los fines de la organización se procede a un intercambio de opiniones entre todos los y las asistentes, se decide que los objetivos y fines para asociarse son:

Objetivo general: (propuesta)

Afianzar la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, del Ministerio de Salud Pública desde la perspectiva comunitaria siendo principales protagonistas para el cambio de la salud en el territorio de influencia y ejemplo del fortalecimiento de los procesos participativos a nivel nacional.

Objetivos específicos: (propuesta)

1. Liderar en territorio los procesos sociales organizativos donde confluyen personas interesadas en el bien común de la colectividad.
2. Generar espacios deliberativos de diálogo, de aprendizaje, reflexión, crítica propositiva sobre la salud y sus determinantes de salud;
3. Trabajar en coordinación con los equipos de atención integral en salud en la ejecución del Plan local elaborado participativamente con los líderes de diferentes organizaciones que conforman el Comité Ciudadano Local de Salud.

CUARTO. - Elección de la directiva:

Siguiendo el punto de orden del día, se designa un escrutador para el proceso de elección de los miembros de la Directiva del COMITÉ CIUDADANO _____ DE SALUD _____, escogiéndose al/la señor/a _____, para que realice el conteo de los votos de la elección (elección voto público)

La Asamblea propone y aprueba, se elija las siguientes dignidades: coordinador/a, secretario/a y señala como candidatos para las dignidades de

Coordinador/a, _____
 Secretario _____

Una vez que se han puesto a consideración del Pleno los nombres de las/los candidatos, democráticamente, y una vez que se ha realizado la verificación y conteo de los votos se eligen las siguientes dignidades:

Cargo a ocupar	Nombres y apellido	Cédula ciudadanía	de	Firma
Coordinador				
Secretario				

La/el presidenta/e electo en esta asamblea será quien represente al COMITÉ CIUDADANO _____ DE SALUD _____ a no ser que exista delegación expresa.

Las dignidades electas tendrán un período de duración en sus cargos de dos años.

Posesionada la nueva directiva, rinden promesa de ley, ofreciendo cumplir fiel y lealmente los deberes que imponen el ejercicio de las respectivas designaciones.

Para constancia de aceptación de todos los puntos tratados en esta Asamblea, firman los presentes.

N°	Nombres y apellidos	N° de cédula	Firma
1			
2			
3			
n			

Siendo las ____ horas ____ minutos y habiéndose tratado los puntos acordados en el Orden del día, se declara clausurada la sesión, firma la presente acta el/la Coordinador/a y Secretario /a que lo certifica.

Coordinador/a

Secretario/a

Siento por tal para los fines legales consiguientes que, la presente Acta es una fiel reproducción del Acta de Acuerdo de voluntades del COMITÉ CIUDADANO ____ DE SALUD ____, suscrita el día ____, la que consta en los libros de actas del Comité, y a la que me remito en caso de ser necesario.

Quito. -

Certifico

Secretario/a Adhoc

Nota: El cargo de secretario/a *Adhoc* en la primera asamblea y por única vez deberá ser ejercido por el /la funcionario/a público/a que haya realizado la convocatoria.

5. Elección de la Directiva del COMITÉ CIUDADANO ____ DE SALUD ____

Anexo 3.- Matriz de Priorización

I. Introducción

La salud de la población está determinada por las condiciones de vida de las personas; las circunstancias en que nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto de fuerzas y sistemas que influyen sobre su cotidianidad; es decir, los determinantes de la salud, entre los que se incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos.

En este sentido, el Análisis Situacional Integral en Salud permite realizar la priorización de problemas de salud con la participación de los actores sociales como factor clave para la interpretación de la realidad social.

Para construir la matriz de problemas en el contexto del Análisis Situacional de Salud, se debe fortalecer el desarrollo de habilidades de los/las funcionarios/as y de la población en la formulación y conducción de las estrategias que permitan la identificación y resolución de los problemas locales prioritarios, para ello se emplea enfoques e instrumentos prácticos y sencillos, que permiten construir, analizar, interpretar y modificar de manera favorable y dinámica su situación de salud local.

Los problemas son organizados y jerarquizados desde la perspectiva de los actores sociales; esto permite conocer la situación de salud de la población, y los determinantes que intervienen en su producción, utilizando la información proveniente de las comunidades como, por ejemplo, los problemas priorizados a través de los comités de salud.

II. Desarrollo

La matriz de priorización de problemas es una herramienta en la que se analizan los criterios que permiten definir los problemas prioritarios de la comunidad/barrio/recinto, en este caso en salud, que la población quiere abordar para cuidar mejorar su vida.

Para seleccionar los problemas, se puede considerar la información del diagnóstico participativo desarrollado en la primera fase del ASIS, el perfil epidemiológico, la información proporcionada por el Comité Ciudadano Local de Salud, entre otros.

Los problemas son seleccionados por el Comité Ciudadano Local de Salud a través de lluvia de ideas u otra técnica que permita recoger los criterios generales de la población; para ello se puede emplear la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los problemas que afectan a la salud de la comunidad?

Después de establecer el listado de problemas se presentan los criterios que van a permitir definir el o los problemas que van a ser abordados. Priorizar significa poner los criterios en orden; los diferentes métodos de priorización utilizan criterios basados en la importancia del problema y la capacidad real de intervención sobre el mismo.

Los criterios tomados en cuenta son:

- **Magnitud:** Tiene que ver con la cantidad de personas afectadas por el problema.
- **Frecuencia:** Son las veces que se repite o presenta el problema (recurrencia).
- **Gravedad:** Cuánto afecta o compromete el problema a la población.
- **Factibilidad:** Condiciones políticas, socioculturales y administrativas que influyen en la resolución del problema.

Estos criterios deben ser conocidos por todos los participantes análisis y deben estar definidos de manera clara para que todos los entiendan de la misma forma:

Matriz de Priorización del problema (ejemplo)

Problema	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad	Valor Total
<i>Recurrencia de morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda EDA, por mala calidad de agua en Imantag</i>	3	3	3	2	11
<i>Violencia social (conflicto entre pandillas) en las comunidades de la parroquia de Imantag</i>	3	2	3	2	10

Valoración: 1. Baja. 2. Media. 3. Alta

Fuente: MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Análisis situacional de salud - ASIS

Elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Para cuantificar a los criterios establecidos se establece una escala de valor en la que:

- 1 - Es un valor muy bajo
- 2 - Valor medio
- 3 - Es un valor muy alto

La priorización permite hacer una evaluación de criterios, para ello se realiza la cuantificación del problema, tal como se detalla en la tabla anterior; la sumatoria de los criterios establecidos genera una priorización.

Los problemas priorizados pueden ser sencillos que se pueden resolver en corto plazo o complejos que tendrán un proceso entre mediano y largo plazo.

El Comité Local de Salud decidirá el número de problemas que va a seleccionar para desarrollar su planificación anual, en base a la complejidad de los mismos, de su capacidad de gestión y del conocimiento de su territorio; en base a esto se construye el Plan Local de Salud.

Los equipos del MSP cumplen el papel de asesoramiento técnico y de acompañamiento en los procesos.

Anexo 4.- Análisis de Problemas

Diagrama de Ishikawa

I. Introducción

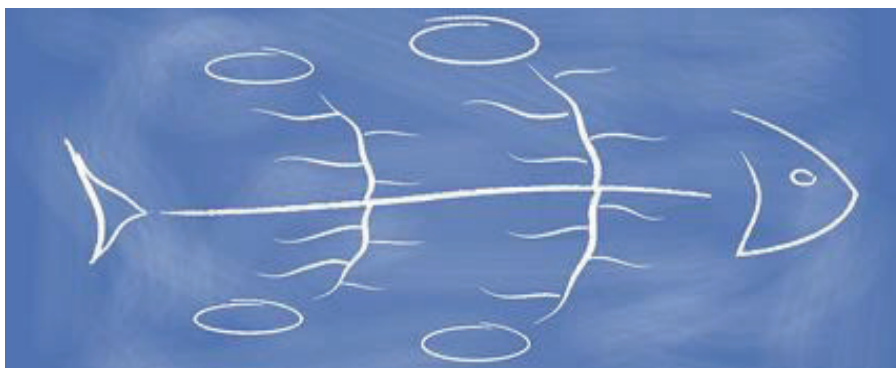
El diagrama de Ishikawa, conocido como diagrama de causa y efecto o de espina de pescado, es un organizador gráfico que se emplea para:

- **Encontrar la causa raíz de un problema:** Es una herramienta visual que añade estructura y claridad a la resolución de problemas. Indica el problema y sus posibles causas en un solo lugar, facilita la búsqueda de la causa.
- **Prevenir nuevos problemas:** Al encontrar la causa del problema, se encuentra la solución en su origen y se mitigan los problemas futuros.
- **Identificar el mismo problema en diferentes procesos:** Permite identificar si los mismos problemas surgen en diferentes procesos, así se puede racionalizar los esfuerzos de resolución de problemas y mejorar varios procesos simultáneamente.

II. Estructura

El nombre de "diagrama de pescado" proviene del parecido del diagrama con el esqueleto de un pez.

- **Cabeza.** Se encuentra a la derecha, puede tener la forma de una cabeza de pez, un círculo o un rectángulo, es la parte en la que se escribe el problema.
- **Espinas principales.** De la columna vertebral se desprenden líneas diagonales que contienen las causas, las categorías o los factores principales del problema.
- **Espina central.** La columna vertebral es una línea horizontal que parte de la cabeza del diagrama.
- **Espinas secundarias.** Son líneas que se desprenden de las espinas principales y que contienen las subcausas o los factores secundarios.



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

III. Pasos para desarrollar el diagrama

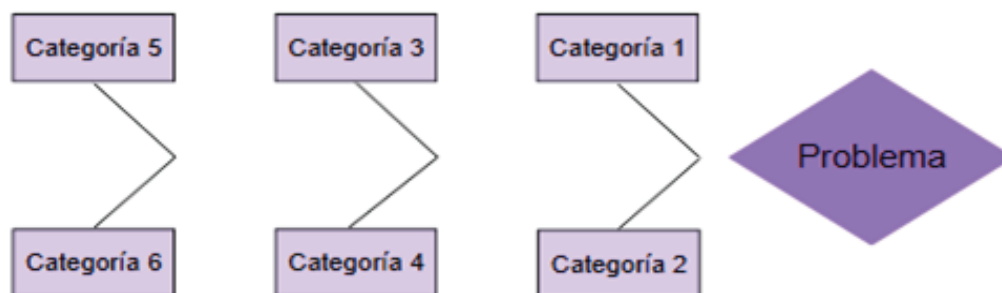
1. **Identificar el problema:** (Ya se identificó en la matriz de priorización de problemas)
2. **Formar un equipo:** El equipo es el CCLS que tiene el conocimiento de su territorio con el asesoramiento técnico del EAIS.
3. **Dibujar el diagrama:**

- Línea horizontal en el centro del papelote, al final de la línea se coloca a el problema en la cabeza del pez.



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

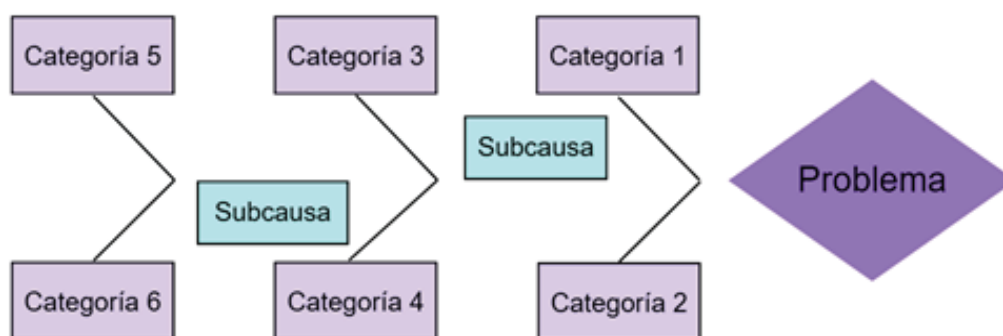
- Añadir las categorías principales que se ramifican desde la espina dorsal.



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Identificar causas

- Lluvia de ideas para identificar las causas del problema.
- Se coloca cada causa en la categoría correspondiente.
- Subdividir causas, de ser necesario se colocan subcausas.



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Revisar el diagrama completo con el equipo.

Discute cada causa y subcausa para determinar cuáles son las más probables y significativas, esto ayuda a priorizar las áreas que necesitan atención.

4. Desarrollar un plan de acción. - Basado en el análisis se desarrolla un plan de acción para abordar las causas identificadas.

Se Asigna responsabilidades y plazos para implementar las soluciones

5. Ejemplo

Problema: Carencia de agua potable en comunidades rurales

Causas Principales:

a. Infraestructura

- Falta de sistemas de distribución de agua
- Pozos y fuentes de agua no protegidos
- Equipos de tratamiento de agua insuficientes

b. Recursos Naturales

- Sequías prolongadas
- Contaminación de fuentes de agua
- Degradación de cuencas hidrográficas

c. Gobierno y Políticas

- Falta de inversión en infraestructura hídrica
- Políticas de gestión de agua
- Corrupción y mala administración de recursos.

d. Educación y consciencia

- Bajo nivel de educación sobre la importancia del agua potable
- Falta de programas de capacitación comunitaria
- Prácticas inadecuadas de conservación de agua.

e. Tecnología

- Tecnologías de purificación de agua no accesibles.
- Falta de innovación en soluciones de bajo costo
- Dependencia tecnológica.



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

6. Ventajas del diagrama de Ishikawa

- Detectar posibles causas de un problema, incluso aquellas que no son obvias.
- Organiza y clasifica la información
- Aporta a encontrar soluciones.
- Promueve el intercambio de ideas.
- Es muy versátil, porque se puede utilizar para analizar problemas o eventos del presente, pero también del pasado o del futuro.

7. Posibles desventajas:

- Puede producir sesgo y error de análisis o medición.
- Puede no contar con todas las clasificaciones necesarias y dejar afuera factores importantes.
- Analiza un problema en un momento determinado, no permite ver cambios.

Árbol de problemas

El Árbol de Problemas es una técnica participativa que ayuda a definir problemas, causas y efectos de manera organizada; generando un modelo de relaciones causales en torno a un problema.

Se emplea para identificar la naturaleza y contexto de la problemática que se pretende resolver. En su desarrollo se identifican tanto las causas que originan el problema como los efectos directos e indirectos que ocasiona en el mediano y largo plazo.

Pasos para elaborar el árbol de problemas

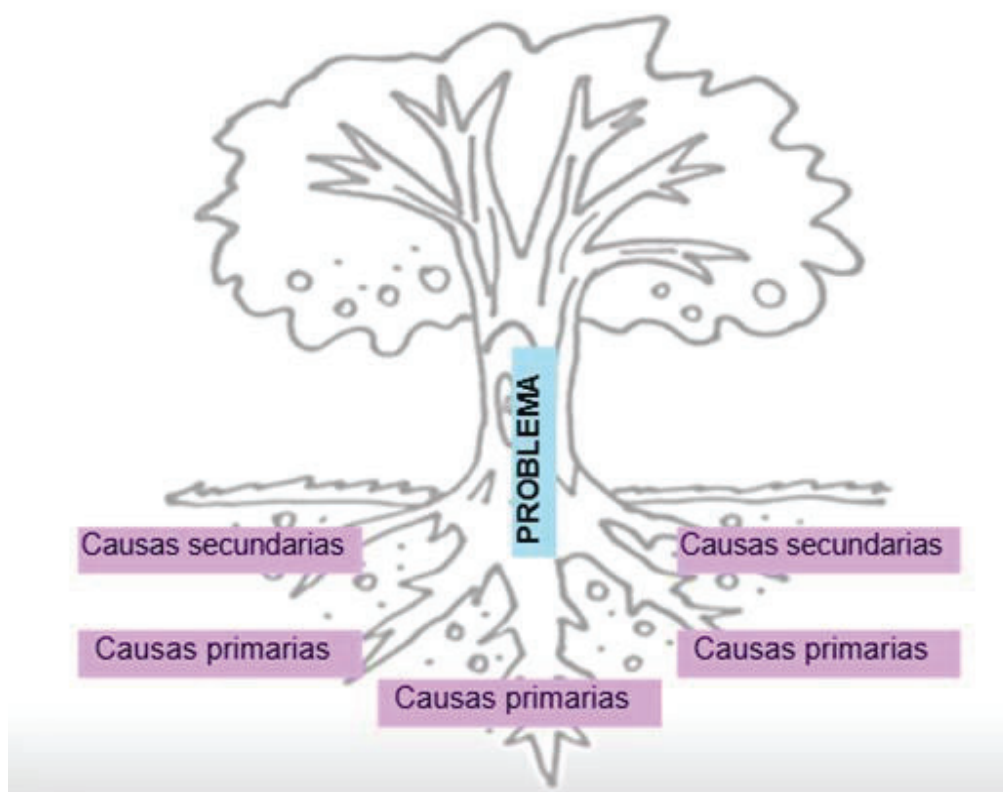


Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 1: Identificar el problema principal de acuerdo a la matriz de priorización de problemas.

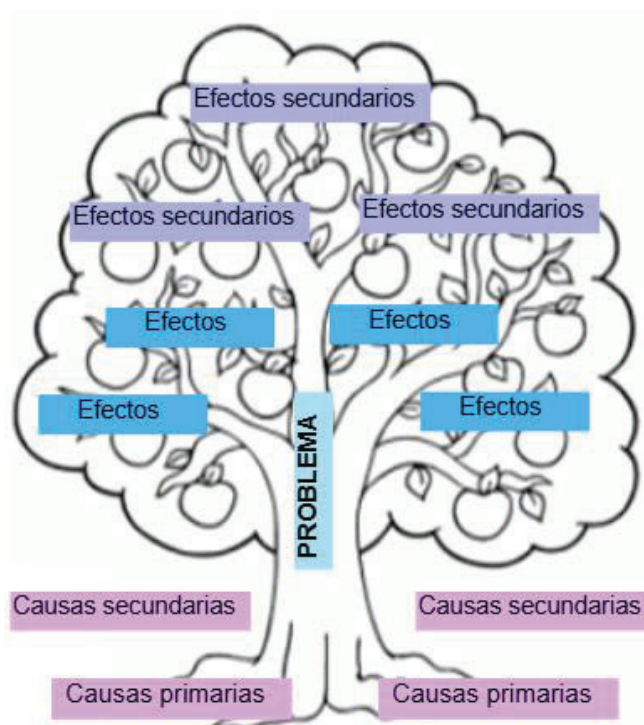
PASO 2: Dibujar el tronco del árbol, en el cual se grafica el tronco del árbol en el que se ubica el problema central. El problema debe ser concreto y formularse en pocas palabras.

PASO 3: Dibujar las raíces del árbol, en ellas se escriben las causas del problema, es decir, los orígenes del problema central; pueden estar jerarquizadas, ordenándose en causas principales y secundarias, expresan las causas y orígenes del problema central



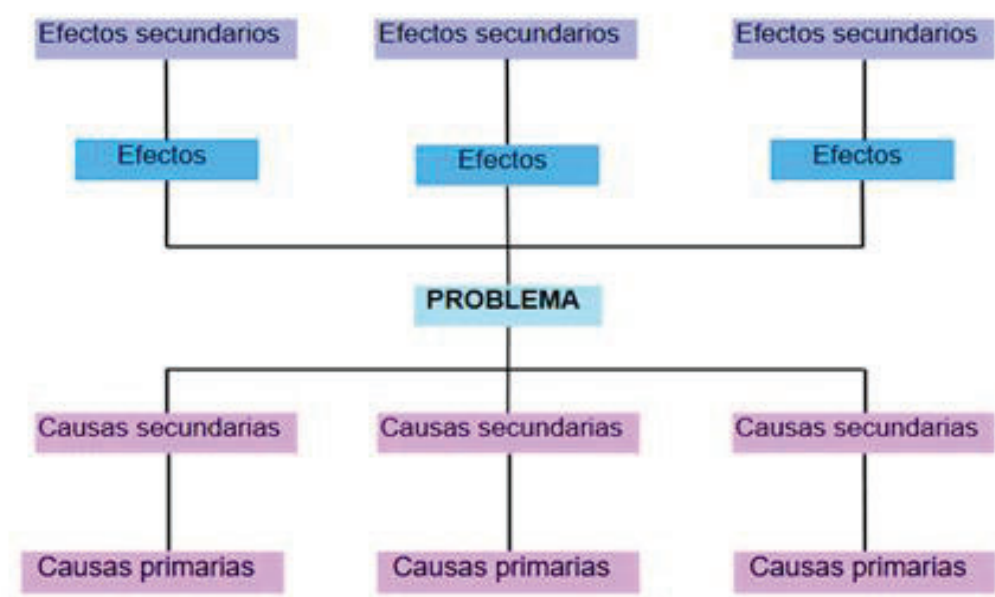
Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 4: Anotar los efectos provocados por el problema central, esto se lo hace en la copa del árbol, representados en las hojas o frutos



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 5: Elaborar un esquema que muestre las relaciones de un Árbol de Problemas.



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

PASO 6: Revisar el esquema completo y verificar su lógica e integridad

PASO 7: Plantear soluciones y propuestas.

Ejemplo

Problema: Carencia de agua potable en comunidades rurales

Causas Primarias y Secundarias

a. Contaminación fuentes de agua

- Uso de pesticidas y fertilizantes en la agricultura
- Vertidos industriales no tratados
- Contaminación por residuos sólidos
- Infiltración de aguas residuales

a. Infraestructura inadecuada

- Red de tuberías obsoleta o en mal estado
- Falta de plantas de tratamiento
- Insuficiencia de mantenimiento y reparaciones

b. Gestión deficiente

- Falta de políticas efectivas de gestión de agua
- Corrupción y mala administración de recursos
- Carencia de personal capacitado

c. Factores naturales

- Sequías prolongadas
- Cambios climáticos
- Degradación de cuencas hidrográficas

Consecuencias

Las consecuencias son una secuencia de lo que se identifica como causado por el problema central. Ellos van de lo más inmediato o directamente relacionado con el problema central hasta niveles más generales de efectos. Se debe Identificar las relaciones entre las distintas causas que produce el problema central.

a. Salud Pública

- Aumento de enfermedades transmitidas por agua debido a la presencia de parásitos, cólera, etc.).
- Desnutrición.
- Incremento de enfermedades crónicas debido a contaminantes químicos.

b. Económicas

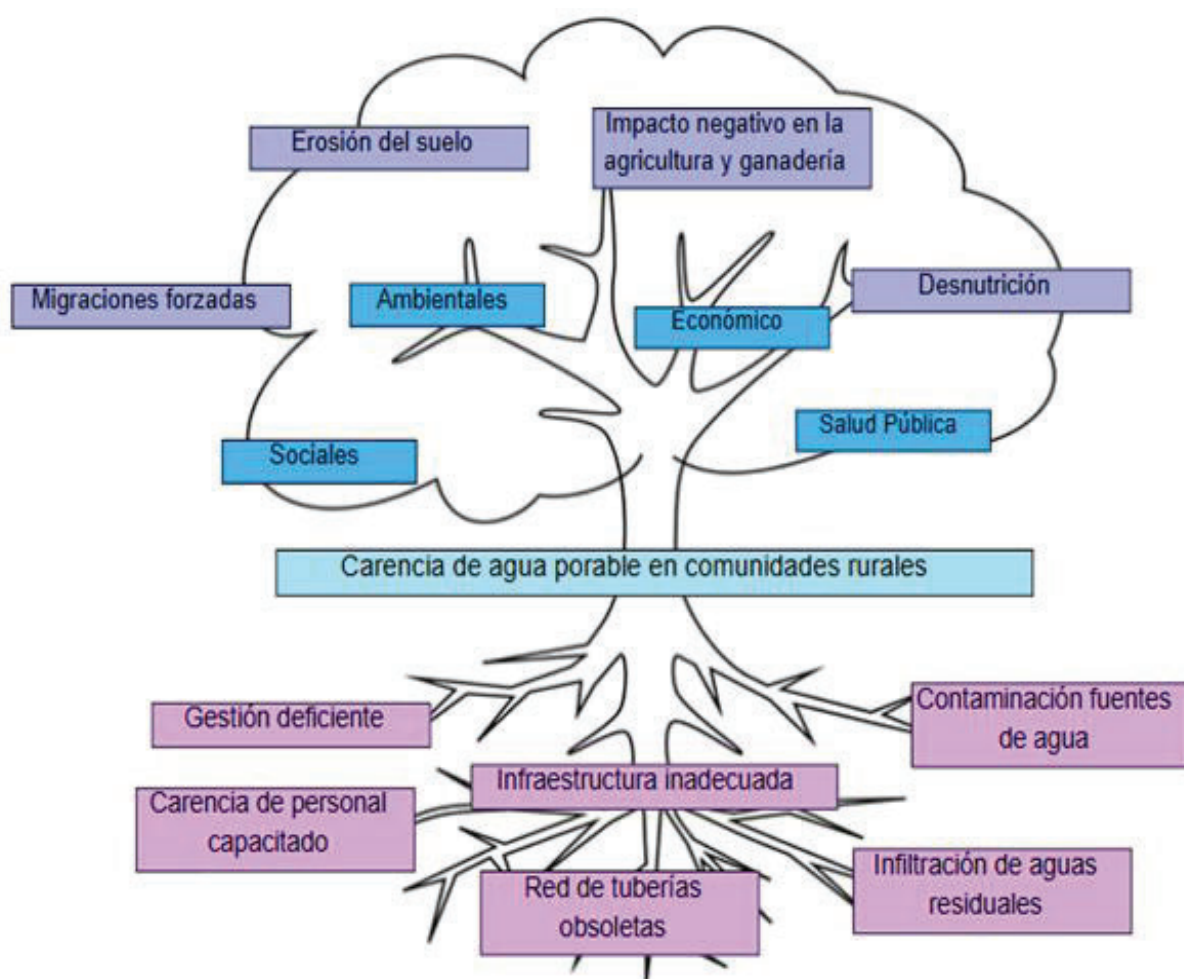
- Pérdida de productividad laboral debido a enfermedades.
- Impacto negativo en la agricultura y ganadería.

c. Sociales

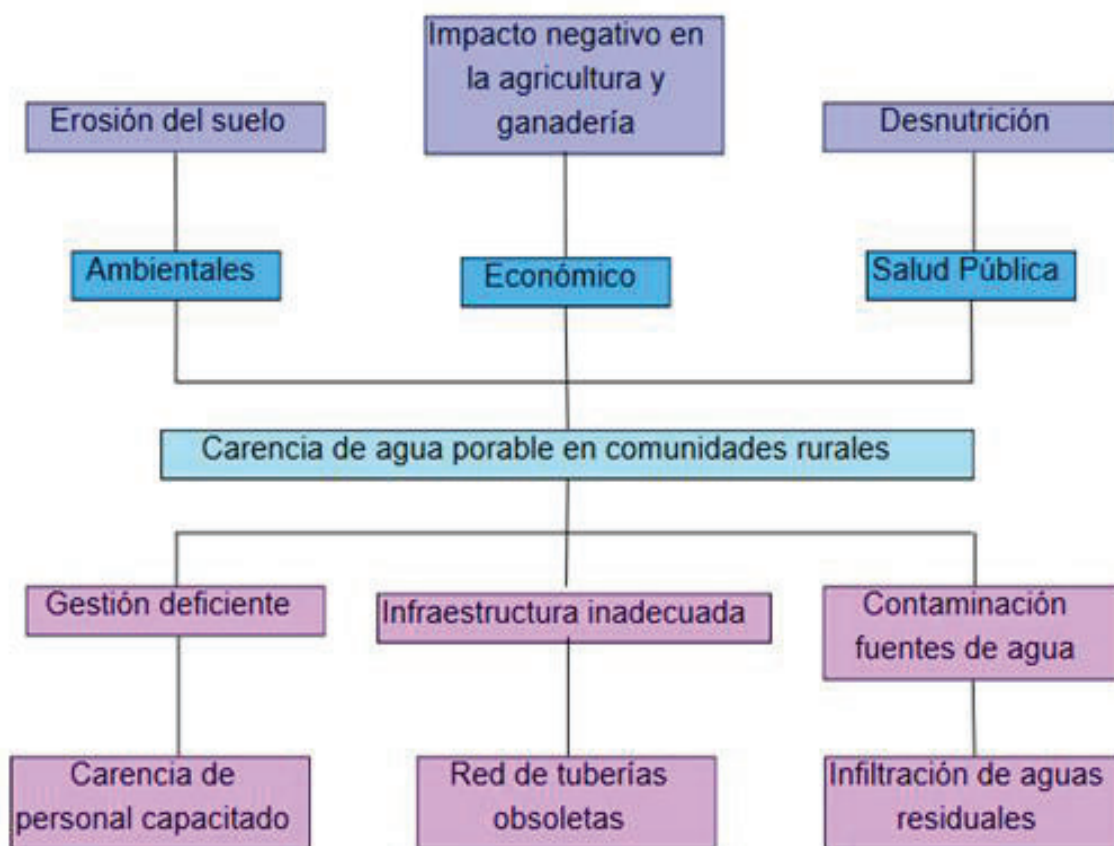
- Desigualdades en el acceso al agua entre comunidades.
- Migraciones forzadas debido a escases de agua.
- Conflictos sociales por el acceso al agua.

d. Ambientales

- Degradación de ecosistemas acuáticos.
- Reducción de biodiversidad.
- Erosión del suelo.



Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Esquema:

Fuente y elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

Soluciones y propuestas**a. Mejora de infraestructura**

- Construcción y mantenimiento de plantas de tratamiento de agua.
- Actualización y ampliación de la red de distribución del agua.

b. Gestión y políticas

- Implementación efectiva de políticas educativas de gestión de agua.
- Promoción de la participación comunitaria en la gestión del agua.

c. Protección de fuentes de agua

- Regulación estricta de los vertidos industriales y agrícolas
- Fomento a prácticas agrícolas sostenibles
- Restauración de cuencas hidrográficas y ecosistemas acuáticos.

d. Educación y concienciación

- Programas educativos sobre la importancia del agua potable.
- Campañas de sensibilización para el uso racional y la conservación del agua.

En el presente ejemplo, el árbol de problemas ayuda a visualizar y entender las complejas interrelaciones entre las causas y efectos de la falta de acceso a agua potable y segura y es una herramienta útil para el diseño de intervenciones efectiva.

Las dos herramientas presentadas, tanto el esquema del árbol de problemas como el diagrama están resumidos, por la disponibilidad de espacio no se colocaron todas las causas y efectos primarios y secundarios; cuando se trabaje con los CCLS y CCIS, se debe hacer el proceso completo, en papelotes o directamente en una pantalla, de acuerdo a las posibilidades y recursos.

Anexo 5.- Plan Local de Salud

Elaboración del Plan Local de Salud

El Plan Local de Salud es un instrumento basado en información de cada localidad, contiene los siguientes ejes temáticos, mismos que se detallan minuciosamente en el documento Análisis Situacional de Salud (ASIS) (1):

1. Caracterización de la unidad geográfica – histórica de la población (contexto general)
2. Características demográficas de la población
3. Características económicas de la población (por sexo, edad, pertenencia étnica)
4. Características del perfil educativo formal de la población (por sexo y etnia)
5. Características del perfil de salud – enfermedad en la población (sexo, edad, etnia)
6. Vivienda, infraestructura básica y servicios (sexo, edad, etnia)
7. Protección social en la población
8. Participación social y articulación intersectorial

Basados en esta información, el equipo EAIS realiza el diagnóstico situacional, mismo que debe ser validado por la ciudadanía, ya que contiene datos históricos y es de suma importancia para definir el Plan Local de Salud.

Plan Local de Salud

1. Priorización de problemas (Base al perfil epidemiológico y sus determinantes)

Basándonos en el análisis del perfil epidemiológico, información recopilada con las visitas EAIS y datos aportados por los miembros del comité ciudadano local de salud, se pudieron identificar 3 problemas fundamentales que se presentan en los recintos y/o localidades.

Problema 1...

Problema 2...

Problema 3...

2. Matriz de priorización de problemas

Problema	Magnitud	Frecuencia	Gravedad	Factibilidad	Valor Total
1 Alta incidencia de enfermedades respiratorias	3	3	3	2	11
2. Desnutrición en niños y niñas	3	3	3	1	10
3.....					

Fuente: MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Análisis situacional de salud - ASIS

Elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

2.1 Problema 1.-Alta incidencia de enfermedades respiratorias

2.1.1 Definición del problema 1. Se especifican todas las variables del problema, colocando su alcance y definición.

3. Matriz de consolidación actividades del plan local de salud con base en los problemas priorizados

Problema -Eje temático del plan-	Solución (¿Qué vamos a hacer?)	¿Con quién? (actores e institucio nes)	Activida des	Recursos	Tiemp os	Responsa bles
1. Alta incidencia de infeccione s de vías respiratori a – contamina ción ambiental	Gestionar en base al informe proporcionado por el equipo de salud, la intervención del GAD correspondiente en la formulación de la reglamentación de las aspersiones y fumigaciones.	EAIS GAD MAATE	Solicitud escrita de informe técnico sobre la temática priorizada.	Materiales de oficina, presentaciones Power Point.	20 días	EAIS, CCLS
	Gestionar con el Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica de la zona determinada la adecuada		Gestionar cita con autoridades del GAD para socialización de informe.		15 días	
			Seguimiento a acuerdos		45 días	

	intervención sobre el uso de plaguicidas. Incidir en el GAD correspondiente el asfaltado de las vías a sus posibles soluciones.					
2.						
3.						

Fuente: MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Análisis situacional de salud - ASIS

Elaboración: Equipo de redacción DNPSS 2026.

	Nombre	Área	Cargo	Firma
Aprobado:	Ing. Alvaro Adrián Molina Galarraga	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALVARO ADRIAN 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
Revisado y Validado:	Mgs. Eliana Sofia Espin Vaca	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria Encargada	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ELIANA SOFIA ESPIN VACA
	Mgs. Andrea Elizabeth Bravo Remache	Subsecretaría de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad	Subsecretaria	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ANDREA ELIZABETH BRAVO REMACHE
	Mgs. Wendy Brasilia Gavica Vásquez	Subsecretaría de Atención de Salud Móvil, Hospitalaria y Centros Especializados	Subsecretaria	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: WENDY BRASILIA GAVICA VASQUEZ
	Espc. Ruvi Paola Guzmán Naranjo	Subsecretaría de Redes de Atención Integral en Primer Nivel	Subsecretaria Encargada	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: RUVI PAOLA GUZMAN NARANJO
	Mgs. Sofia Isabel Paredes Arizaga	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Directora Nacional	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: SOFIA ISABEL PAREDES ARIZAGA
	Mgs. Edwin Rogelio Echeverría Morales	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Director Nacional	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDWIN ROGELIO ECHEVERRIA MORALES
	Dr. Alejandro Vladimir Díaz Sorto	Dirección Nacional de Hospitales	Director Nacional Encargado	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALEJANDRO VLADIMIR DIAZ SORTO

	Mgs. Glenda María Gutiérrez Carrión	Dirección Nacional de Atención Integral en Salud	Directora Nacional	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: GLENDA MARIA GUTIERREZ CARRION
Elaborado:	Mgs. María Belén Araujo Pazmiño	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA BELEN ARAUJO PAZMIÑO
	Mgs. Solange Leslie Zurita Yandún	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: SOLANGE LESLIE ZURITA YANDUN
	Mgs. Karla Viviana Chiliquinga Ramírez	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: KARLA VIVIANA CHILIKUINGA RAMIREZ
	Econ. Jorge Rodrigo Espinosa Oñate	Dirección Nacional de Participación Social en Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: JORGE RODRIGO ESPINOSA ONATE



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud_ec

www.salud.gob.ec

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica corresponde al Acuerdo Nro. 00006-2026, 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. 00006-2026, 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. 00006-2026, de 05 de junio de 2026, conforme el artículo 1: *“Aprobar y autorizar la publicación del “Manual de Participación Social en Salud”, se compone de: fojas 1 a la 5, Acuerdo; y, fojas 6 a la 87, Anexo del “Manual de Participación Social en Salud 2026”.*

Quito, D.M., a 08 de junio de 2026



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

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



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

Quito:
Calle Mañosca 201 y Av. 10 de Agosto
Atención ciudadana
Telf.: 3941-800
Ext.: 3134

www.registroficial.gob.ec

MG/FA

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.