



REPÚBLICA DEL ECUADOR

VICEPRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD

Ecuador. Ministerio de Salud Pública
Plan Decenal de Salud 2022-2031 / por Ministerio de Salud Pública y
Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Quito: Ministerio de
Salud Pública, 2022
235 páginas: ilustraciones, gráficos, mapas, tablas.
ISBN: 978-9942-7027-0-8
Bibliografía: p. 177-183

SALUD PÚBLICA; ADMINISTRACIÓN PÚBLICA; POLÍTICAS
PÚBLICAS; ASPECTOS SOCIALES; OBJETIVOS DE DESARROLLO
SOSTENIBLE; AGENDA 2030; BIENESTAR SOCIAL; EQUIDAD;
ECUADOR. I. VICEMINISTERIO DE GOBERNANZA Y VIGILANCIA
DE SALUD.

353.69866 - CDD

Primera Edición: 2022

© Ministerio de Salud Pública – MSP

Comité coordinador:

Ximena Garzón Villalba MSP
 José Leonardo Ruales Estupiñán MSP
 María Gabriela Aguinaga Romero MSP
 Francisco Enríquez Bermeo MSP
 Raúl Francisco Pérez Tasigchana MSP
 José Andrés Corral Aguilar MSP
 José Francisco Javier Vallejo Flores MSP
 Aquiles Rodrigo Henríquez MSP
 Sonia Quezada Bolaños OPS/OMS
 Marcelo Paredes Molina OPS/OMS

Equipo colaborador:

Juan Pablo Piedra MSP
 Natalia Álvaro MSP
 Yuridia Torres MSP
 Yahaira Rivadeneira MSP
 Ricardo Yajamín MSP
 Andrés Viteri MSP
 Verónica Inuca MSP
 Evelyn Portilla MSP
 Vilma Escobar MSP
 Belén Araujo MSP
 Rosy Proaño MSP
 Andrea Tapia MSP
 Meitner Cadena MSP
 Carmen Estacio MSP

Vladimir Díaz MSP
 Yessenia Toapanta MSP
 María José Falconi MSP
 María Delia Luna MSP
 Pablo Analuisa MSP
 Dirección Nacional de Comunicación MSP
 Ruth Jimbo Vicepresidencia de la República
 Jorge Albán CONASA
 EpiSIG
 Oscar Barreneche OPS
 Adrián Díaz OPS
 Aida Soto OPS
 Álvaro Whitembury OPS
 Gustavo Giler OPS
 Gabriela Pertuz OPS
 Nilda Villacrés OPS
 David Palacios OPS
 Francisco León OPS
 Estefanía Andrade OPS
 Camila Pérez OPS

ISBN: 978-9942-7027-0-8

**Con el apoyo de:**



Desde que se inició la gestión del Gobierno del presidente Guillermo Lasso, la salud se convirtió en una prioridad de la política pública. Todos los recursos y esfuerzos se enfocaron en dar una respuesta integral a la pandemia causada por la COVID-19.

A partir del 24 de mayo de 2021, se puso en marcha un plan masivo de vacunación que permitió proteger a más de 9 millones de personas en menos de 100 días. Este hito, inédito en la historia del Ecuador, nos convirtió en un referente mundial en el control de la COVID-19 y fue el primer gran paso para la reactivación social y económica.

De forma paralela, el Ministerio de Salud Pública construyó el Plan Decenal de Salud 2022-2031 para enfrentar los problemas sanitarios estructurales del país y que pueda ser ejecutado a mediano y largo plazo. Es el resultado de un proceso participativo e incluyente, en el que varios sectores compartieron sus aportes, a través de mesas técnicas.

Este plan, que no le pertenece a un Ministerio sino a todo el Estado ecuatoriano, se ha integrado con una visión intersectorial para intervenir en los determinantes sociales de la salud. Identifica las acciones de los distintos sectores gubernamentales, el sector privado, la academia, las organizaciones sociales, entre otros.

También, define las estrategias que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud deben desarrollar para contar con un sistema equitativo, eficiente y transparente; priorizando siempre la prevención de la enfermedad y el aseguramiento del acceso a los servicios integrales de salud para la población.

Con este Plan, el sector salud contribuye a la creación de oportunidades para el crecimiento y desarrollo del país. Juntos, trabajando bajo un mismo objetivo, tal como lo hicimos en el Plan de Vacunación contra la COVID-19, lograremos el mejor sistema de salud pública de la historia.

Tabla de contenido

1.	Presentación.....	14
2.	Metodología, proceso de consulta, enfoques y valores del PDS 2022 - 2031.....	19
2.1	Metodología.....	19
2.2	Enfoques y valores del Plan Decenal de Salud 2022 - 2031.....	21
2.3	Proceso de participación y consulta.....	23
3.	Base constitucional y legal.....	26
4.	Alineación a políticas públicas internacionales, regionales y nacionales de salud.....	32
4.1	Agenda 2030: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	33
4.2	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030 (ASSA 2030).....	34
4.3	Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025.....	35
5.	Diagnóstico situacional de las condiciones de salud en el Ecuador.....	36
5.1	Efectos de los determinantes sociales y ambientales sobre la salud.....	37
5.1.1	Tendencias socioeconómicas.....	37
5.1.2	Tendencias demográficas.....	38
5.1.3	Educación y analfabetismo.....	41
5.1.4	Efectos de los determinantes ambientales sobre la salud.....	42
5.2	Efectos de los hábitos y entornos poco saludables en la salud.....	46
5.2.1	Salud mental.....	46
5.2.2	Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.....	47
5.2.3	Sedentarismo y falta de actividad física.....	47
5.2.4	Dieta malsana.....	48
5.2.5	Sobrepeso y obesidad.....	48
5.2.6	Desnutrición Crónica Infantil (DCI).....	50
5.2.7	Violencia basada en género.....	50
5.2.8	Suicidio.....	51
5.2.9	Embarazo en niñas y mujeres adolescentes.....	53

5.3	Carga de la enfermedad.....	56
5.3.1	Enfermedades transmisibles.....	56
5.3.1.1	Pandemia COVID-19.....	56
5.3.1.2	Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	61
5.3.1.3	Tuberculosis (TB).....	62
5.3.1.4	Lepra.....	63
5.3.1.5	Malaria.....	63
5.3.2	Prevalencias de enfermedades no transmisibles (ENT).....	65
5.3.3	Accidentes y lesiones.....	66
5.4	Limitaciones en el acceso y cobertura de servicios de salud.....	67
5.5	Sistema Nacional de Salud.....	72
5.5.1	Funciones de rectoría y gobernanza del Sistema Nacional de Salud.....	73
5.5.2	Provisión de servicios de salud.....	73
5.5.3	Recursos estratégicos en salud.....	77
5.5.3.1	Recursos humanos para la salud.....	77
5.5.3.2	Infraestructura de salud.....	81
5.5.3.3	Medicamentos y dispositivos médicos.....	83
5.5.4	Gestión de la información y agenda digital.....	85
5.5.5	Financiamiento del Sistema de Salud.....	86
5.5.5.1	Mecanismos de pago.....	101
6.	Plan Decenal de Salud 2022 – 2031.....	102
Objetivo 1.	Equidad en salud.....	104
Objetivo 2.	Promoción de la salud.....	122
Objetivo 3.	Medicina preventiva.....	134
Objetivo 4.	Atención oportuna y de calidad.....	146
Objetivo 5.	Sistema de salud integrado y eficiente.....	158

7.	Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Decenal de Salud 2022-2031 1.....	168
7.1	Metodología de seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud 2022-2031.....	170
8.	Referencias bibliográficas.....	176
9.	Anexos.....	184
9.1	Ubicación del caso ecuatoriano en el contexto regional de la salud (Anexo 1).....	185
9.2	Metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades (Anexo 2).....	194
9.3	Alineación a metas de los ODS 1, 2 ,5 ,6 ,8 ,11 y 16 (Anexo 3).....	196
9.4	Objetivos y metas de la ASSA 2030 (Anexo 4).....	199
9.5	Metas del Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025 (Anexo 5).....	204
9.6	Listados de actores institucionales y organizaciones asistentes a proceso participación y consulta (Anexo 6).....	206
9.7	Listado de indicadores para seguimiento, monitoreo y evaluación del PDS 2022 – 2031 (Anexo 7).....	212
9.7.1	Objetivo 1.....	212
9.7.2	Objetivo 2.....	218
9.7.3	Objetivo 3.....	222
9.7.4	Objetivo 4.....	227
9.7.5	Objetivo 5.....	232

Índice de tablas

Tabla 1.	Actores, fecha y número de participantes al proceso de consulta del PDS 2022 – 2031.....	24
Tabla 2	Concentración de la población por edades (Comparación 1990 – 2019).....	40
Tabla 3.	Notificaciones de casos confirmados y fallecidos del SIVE a nivel nacional, según grupo de edad 2020 - 2022	60
Tabla 4.	Incidencia de cáncer en Ecuador	65

Tabla 5. Distribución de establecimientos de salud de la RPIS por proveedor a nivel de zona de planificación.....	74
Tabla 6. Red pública integral, atenciones en establecimientos de su propia red, y en la RPIS y RPC, año 2016.....	76
Tabla 7. Número y tasa de profesionales que trabajan en establecimientos de salud, 2018.....	78
Tabla 8. Financiamiento de la producción de actividades características de salud por fuente y monto 2007-2019.....	88

Índice de figuras

Figura 1. Esquema del Plan Decenal de Salud 2022-2031.....	20
Figura 2. Pobreza y pobreza extrema por ingreso (2006-2021).....	39
Figura 3. Distribución de población 2020 del Ecuador, según cantones.....	35
Figura 4. Cobertura nacional de servicios de agua y manejo de desechos.....	44
Figura 5. Cobertura nacional de servicio de agua por red pública rural / urbano, sistema de tratamiento de agua e Índice Verde Urbano (IVU).....	45
Figura 6. Mapa de la tasa de suicidios por 10 mil habitantes, según cantón (2021).....	52
Figura 7. Tasa específica de fecundidad de adolescentes de 10 a 14 años.....	54
Figura 8. Tasa específica de nacidos vivos de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.....	55
Figura 9. Casos confirmados por COVID-19 por semana epidemiológica, Ecuador 2021.....	57
Figura 10. Casos confirmados y notificados por COVID-19, según grupo de edad, Ecuador 2022.....	58
Figura 11. Muestras tomadas PCR, antígenos y porcentaje de positividad de COVID-19, Ecuador 2021- 2022.....	59
Figura 12. Cascada de atención de VIH (2016-2020).....	61
Figura 13. Estimaciones de la carga TB 2020 e incidencia TB en VIH positivos.....	62
Figura 14. Morbilidad malárica en Ecuador, por origen de la infección 2014-2020.....	64
Figura 15. Número de siniestros de tránsito a nivel nacional (2008 – 2020).....	66
Figura 16. Indicadores de salud sexual y reproductiva en Ecuador. Cambio porcentual en el periodo 2008 - 2015.....	68

Figura 17. Tasa de mortalidad materna (2010 – 2020).....	69
Figura 18. Tasa de incidencia y mortalidad ajustada por edad por los 10 tipos de cáncer Ecuador 2021.....	70
Figura 19. Tasa de médicos por 10 mil habitantes, por provincia, año 2018.....	79
Figura 20. Camas por cada 1000 habitantes (1997-2020).....	80
Figura 21. Número de establecimientos de salud por tipo, según región, año 2018.....	81
Figura 22. Ambientes físicos de los establecimientos de salud por región, año 2018.....	82
Figura 23. Esquemas de ingresos, financiamiento y proveedores basado en la metodología del Sistema de Cuentas de SALUD (SHA 2011) en el Ecuador.....	87
Figura 24. Financiamiento de la producción de actividades características de salud del Gobierno central.....	89
Figura 25. Financiamiento de la producción de actividades características de salud del Gobierno local.....	90
Figura 26. Financiamiento de la producción de actividades características de salud de los Fondos de la Seguridad Social.....	91
Figura 27. Financiamiento de la producción de actividades características de salud de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.....	92
Figura 28. Financiamiento de la producción de actividades características de salud de los hogares.....	93
Figura 29. Estructura porcentual del financiamiento de los productos de salud, según agentes de financiamiento, año 2019.....	89
Figura 30. Gasto de consumo público en salud respecto al Producto Interno Bruto.....	95
Figura 31. Evolución del presupuesto devengado de la RPIS (2008-2020).....	96
Figura 32. Evolución del porcentaje del MSP en relación al Presupuesto General del Estado (2001-2021).....	97
Figura 33. Evolución del gasto en personal, medicamentos y dispositivos médicos del MSP (2008-2021).....	98
Figura 34. Variación del porcentaje de gasto de bolsillo en salud (2000-2019).....	99
Figura 35. Variación del gasto en salud por fuente de financiamiento.....	100
Figura 36. Esquema de monitoreo de la gestión y evaluación de resultado.....	171
Figura 37. Indicadores y metas de impacto globales del Plan Decenal de Salud 2022-2031.....	173
Figura 38. Línea del tiempo del Plan Decenal de Salud.....	175

Abreviaturas

ASSA 2030	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2030	DCI	Desnutrición Crónica Infantil
ARCSA	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria	DNARPCS	Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud
ACCESS	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada	DNSPN	Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional
ANT	Agencia Nacional de Tránsito	DPA	División Político Administrativa
APD	Años perdidos por discapacidad	DTP3	Difteria, tétanos y tos ferina (tercera dosis)
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad	ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
BCE	Banco Central del Ecuador	EAIS	Equipos de Atención Integral de Salud
BDE	Banco de Desarrollo del Ecuador	ENPCTB	Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis
BDH	Bono de Desarrollo Humano	ENIGHUR	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales
CIIC	Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer	EPV	Enfermedades Prevenibles por Vacunación
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
CONASA	Consejo Nacional de Salud	ENEMDU	Encuesta Nacional Empleo, Desempleo y Subempleo
CONEPIA	Comisión Especial de Estadística de Pueblos Indígenas, Afroecuatorianos y Montubios	ENT	Enfermedades No Transmisibles
COIP	Código Orgánico Integral Penal	EPISIG	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
COS	Código Orgánico de la Salud	ETMI plus	Eliminación de la transmisión materno infantil de la infección por VIH, sífilis, chagas congénita e infección perinatal por el virus de la hepatitis B
COOTAD	Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización		
COVID-19	Enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2		
CSS	Consejo Sectorial de Salud		

FA	Agentes de Financiamiento	ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
FGE	Fiscalía General del Estado	IVU	Índice Verde Urbano
FR	Factores de Riesgo	LGBTTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Transgéneros, Intersexuales, Queer, Plus
FS	Esquemas de Financiamiento	MAATE	Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica
GABA	Guías Alimentarias Basadas en Alimentos	MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud - Familiar, Comunitario e Intercultural
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado	MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
GCO	Global Cancer Observatory	MDT	Ministerio de Trabajo
GHED	Global Health Expenditure Database	MDG	Ministerio de Gobierno
GIZ	Cooperación Técnica Alemana	MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
GRD	Grupos Relacionados por Diagnóstico	MIDENA	Ministerio de Defensa Nacional
HF	Esquemas de Financiamiento	MIDUVI	Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
HP	Esquemas de Proveedores	MINEDUC	Ministerio de Educación
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención de Salud	MINTEL	Ministerio de Telecomunicaciones
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
INDOT	Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células	MPCEIP	Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos	MSP	Ministerio de Salud Pública
INSPI	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública	MTCI	Medicina Tradicional Complementaria e Integrativa
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas	MTOP	Ministerio de Transporte y Obras Públicas
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas		

NNA	Niños, niñas y adolescentes	RISS	Red Integral de Servicios de Salud
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible	RPIS	Red Pública Integral de Salud
OIM	Organización Internacional para las Migraciones	RSI	Reglamento Sanitario Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud	SDH	Secretaría de Derechos Humanos
ONG	Organizaciones no Gubernamentales	SHA	System Health Account, por sus siglas en inglés
OPS	Organización Panamericana de la Salud	SIVE	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
OIT	Organización Internacional del Trabajo	SNGR	Servicio Nacional de Gestión de Riesgos
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones	SNS	Sistema Nacional de Salud
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa	SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
PDNA	Evaluación de Necesidades de Recuperación Post Desastre	SRP	Sarampión, Rubéola y Parotiditis
PDS	Plan Decenal de Salud	STEPS	Encuesta sobre Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo
PGE	Presupuesto General del Estado	TB	Tuberculosis
PIB	Producto Interno Bruto	TEFA	Tasa Específica de Fecundidad Adolescente
PIPENA	Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PRAS	Plataforma de Registro de Atención en Salud	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
RPC	Red Privada Complementaria	SIDA	Síndrome de Inmuno deficiencia Adquirida
RDCAA	Registro de Consultas y Atenciones Ambulatorias	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

1. PRESENTACIÓN

El Ecuador se ha caracterizado por constantes reformas en la legislación sanitaria y cambios estructurales en su sistema de salud pública, los que se han visto condicionados por diversos factores de índole político, económico y social de su historia reciente. La inestabilidad política y rupturas del orden democrático, así como los cambios en los modelos de desarrollo fueron determinantes en el establecimiento de las políticas sanitarias en el país que, no siempre, encaminaron los beneficios del desarrollo y de la salud pública a las grandes mayorías. Las condiciones sociales de la población han generado demandas y resistencias los movimientos sociales, los profesionales y trabajadores en favor de la cobertura universal de servicios de calidad y gratuita para los habitantes del territorio ecuatoriano.

Producto de la acción pendular en las políticas sanitarias, el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano ha pasado por ciclos en los que ha debido maximizar los recursos escasos, mediante una limitada atención a la morbilidad prevalente y a poblaciones vulnerables. Además transitar hacia un modelo progresivo de acceso al derecho a la salud y el seguro de salud universal, a partir de la Constitución de la República de 2008. Lo que implicó ingentes recursos asignados

a la recuperación del sector, que no lograron cambios estructurales en la articulación de las redes de atención, la capacidad resolutive del primer nivel, la reducción de la fragmentación del sistema y que, por el contrario, dieron continuidad a sistemas de gestión de salud poco transparentes e ineficientes y condiciones para la corrupción en la administración de los recursos de la salud. Esto implicó que dicha inversión no tenga mayor impacto en la mejora de las condiciones de salud y vida de su población.

Ante este panorama, y en medio de una pandemia que llegó para recordarnos que no es posible alcanzar el desarrollo sin abordar primero los desafíos de la salud y sus determinantes, nos hemos planteado la necesidad de avanzar en una propuesta seria y decidida de transformación del sector de la salud para el mediano plazo. Esta debe recuperar la visión y la comprensión de la salud individual y colectiva como una política pública para el desarrollo, que está socialmente determinada y en la que la distribución del poder, la riqueza, las desigualdades, la democracia y los procesos de producción inciden directamente. Pero, además, la transformación del sector salud debe abordar las transiciones demográficas, epidemiológicas, nutricionales, tecnológicas, culturales, organizacionales,

económicas, científicas y de innovación, hasta construir una sociedad con conciencia política del valor de la salud como un derecho y no como un bien de consumo que se puede adquirir, en el que el ingreso económico determina su acceso.

Con este antecedente, el Plan Decenal de Salud (PDS) que se presenta a continuación es la propuesta del Gobierno Nacional para mejorar la salud y las condiciones de vida de las personas que habitan en Ecuador.

Procura abordar integralmente problemas multicausales, como la desnutrición crónica infantil, la mortalidad materna e infantil, el embarazo adolescente, y servicios como la vacunación infantil, la planificación familiar o la salud mental. Estos se vieron exponencialmente afectados por la pandemia ocasionada por la COVID-19 y han develado el fracaso del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el Ecuador y de los modelos basados en la atención de la enfermedad. Además, es una propuesta que busca convertirse en una política de Estado, de consenso social, permitiendo la continuidad de ésta, más allá de los distintos periodos de Gobierno.

Este plan toma como visión la construcción de una sociedad equitativa, una visión de justicia social. Pero, también, se basa en un presupuesto teórico de la protección de la salud, el bienestar y la prevención de la enfermedad, como un conjunto de métodos basados en el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, que integran diversas prácticas y actores sociales, además del Estado.

Este plan considera los aportes desde las vertientes del desarrollo humano y sostenible que proponen enfoques de capacidades individuales y colectivas, y el respeto de las cuestiones ambientales, interculturales, de género y derechos humanos, presentes en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Ahí lo importante es la expansión de los derechos individuales y colectivos, la consecución de la calidad de vida, considerando los límites del crecimiento económico y productivo, así como la necesidad de preservar el medio ambiente y vivir en armonía con la naturaleza.

Con esta propuesta, buscamos romper con el enfoque clásico de la dicotomía salud/enfermedad o de la “enfermología pública” y recuperar la función de rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional; y proponer un enfoque de atención integral en salud, a

través de una serie de intervenciones científicamente comprobadas, sobre la base de las mejores prácticas y un conjunto de métricas realistas y medibles con relación con la intervención sobre los determinantes de la salud, promoción y protección, prevención de la enfermedad, atención, recuperación y rehabilitación. El PDS 2022 - 2031 ha construido con la perspectiva de avanzar a la garantía efectiva a este derecho, mejorar las condiciones de vida que determinan la situación de la población, la creación de entornos ambientales, sociales y económicos que promuevan el potencial de la salud; así como, lograr la equidad, disminuir la carga de enfermedad existente abordando a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable, y el fortalecimiento de la respuesta del SNS, para mejorar funcionalidad a través del establecimiento de metas y objetivos mensurables.

También, se proponen una serie de intervenciones para abordar los desafíos del sistema de salud respecto a su eficiencia, gestión administrativa, estrategias gerenciales, desarrollo digital y procesos de provisión de servicios. Tendrá con énfasis el fortalecimiento del primer nivel de atención, de redes integrales y plurales de alta capacidad resolutive y articulación entre los subsistemas de provisión y aseguramiento que reduzca la fragmentación y duplicación en la provisión de servicios, el financiamiento y aseguramiento de la salud y segmentación de la población que determina su acceso a los subsistemas de salud según su capacidad de pago o relación laboral. Se abordan discusiones serias sobre el futuro del SNS, gobernanza, coexistencia

de los modelos de salud pública y seguridad social, la necesidad de avanzar en una legislación coherente con el desafío planteado en la Constitución, los alcances del derecho a la salud, la importancia de las redes y la gestión del financiamiento, la prestación de los servicios, la participación social y la racionalidad normativa, como partes constitutivas.

Para la formulación del PDS, desde mayo de 2021 hasta enero de 2022, se ha profundizado el análisis de la situación de salud de Ecuador con información disponible hasta la fecha, y se realizaron una serie de talleres con representantes de diferentes instancias del Ministerio de Salud Pública (MSP), Vicepresidencia de la República, académicos y especialistas, representantes de sociedades científicas, del Consejo Nacional de Salud (CONASA), Incluyó a representantes de la seguridad social, facultades de ciencias de la salud, gremios de GAD, OSC, red privada complementaria, organismos de cooperación internacional, sociedad civil representada en el Consejo de Participación Ciudadana de Salud, organizaciones de pueblos, nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios, instituciones de Educación Superior, sector privado y varias carteras

- 1. Equidad en salud:** Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.

2. **Promoción de la salud:** Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.
3. **Medicina preventiva:** Reducir la carga de la enfermedad a través del abordaje integral de salud pública que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables.
4. **Atención oportuna y de calidad:** Acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes del primer nivel de atención, con modelos de gestión eficientes y transparentes.
5. **Sistema de salud integrado y eficiente:** Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud.

de Estado de la Función Ejecutiva. En estas mesas se analizaron y establecieron cinco grandes objetivos de trabajo:

Si bien la rectoría del proceso le corresponde al MSP, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional; la construcción del plan y su ejecución demanda la participación articulada y el compromiso de todos

los sectores y actores públicos y privados y de la sociedad civil, que contribuirán en su ejecución. Como resultado, el presente documento de formulación del Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 persigue la integración permanente y dinámica de todos los actores anteriormente mencionados y sobre todo de la ciudadanía en general para su mejoramiento, implementación y seguimiento de las metas nacionales que se han fijado.

Juntos lograremos la transformación del SNS que demanda el Ecuador, por lo que invitamos a sumarse a este encuentro por la salud y la vida que representa el PDS, a la realización de una propuesta que impulse el derecho a la salud para todos, que busca empoderar a las personas sobre sus decisiones, eliminar las inequidades y desigualdades. Además que logre cambios radicales en el modo de gestionar la salud de las personas, los establecimientos y las instituciones de salud que financian y administran el sistema, de manera oportuna y eficiente; así como trascender en el tiempo y dejar en el olvido las ineficiencias y la corrupción en el sistema, construir e instituir la conciencia política sobre la importancia de la salud y fortalecer el movimiento sanitarista en el país. En fin, un PDS que persigue crear el mejor sistema de salud de la historia, un sistema construido por todos y para todos.

2.

METODOLOGÍA,
PROCESO DE CONSULTA,
ENFOQUES Y VALORES
DEL PDS 2022 - 2031

2.1 METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente PDS se utilizaron varias metodologías para la planificación de políticas públicas de mediano y largo plazo. La primera corresponde al análisis de tendencias sociales, económicas, demográficas y del hábitat y medio ambiente como determinantes de la salud. A esto se suman las tendencias de morbilidad, mortalidad, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles y salud materno infantil en el contexto global y regional. Lo que permitió el posterior desarrollo de un diagnóstico situacional a profundidad de las condiciones de salud y de la institucionalidad del SNS en el Ecuador con base en las variables e indicadores analizados previamente.

Una vez realizado el diagnóstico situacional se utilizó la metodología Delphi de consulta a expertos/as del sector, pertenecientes al MSP, CONASA, OMS, academia e instituciones de otros sectores de política pública, a través de varios talleres realizados entre septiembre y diciembre de 2021. La metodología utilizada para el diagnóstico cualitativo se basó en la realización de un árbol de problemas para la identificación de causas, como determinantes de la salud y efectos de los principales problemas de salud. Mientras que la formulación de propuestas de política pública se realizó a través de la adaptación de la metodología denominada marco lógico (1) y

teoría del cambio, para el abordaje de problemáticas que requieren cambios de comportamiento social y patrones socioculturales relacionados con hábitos de la salud (2).

Con este antecedente, se ubicaron 5 problemas principales descritos a continuación:

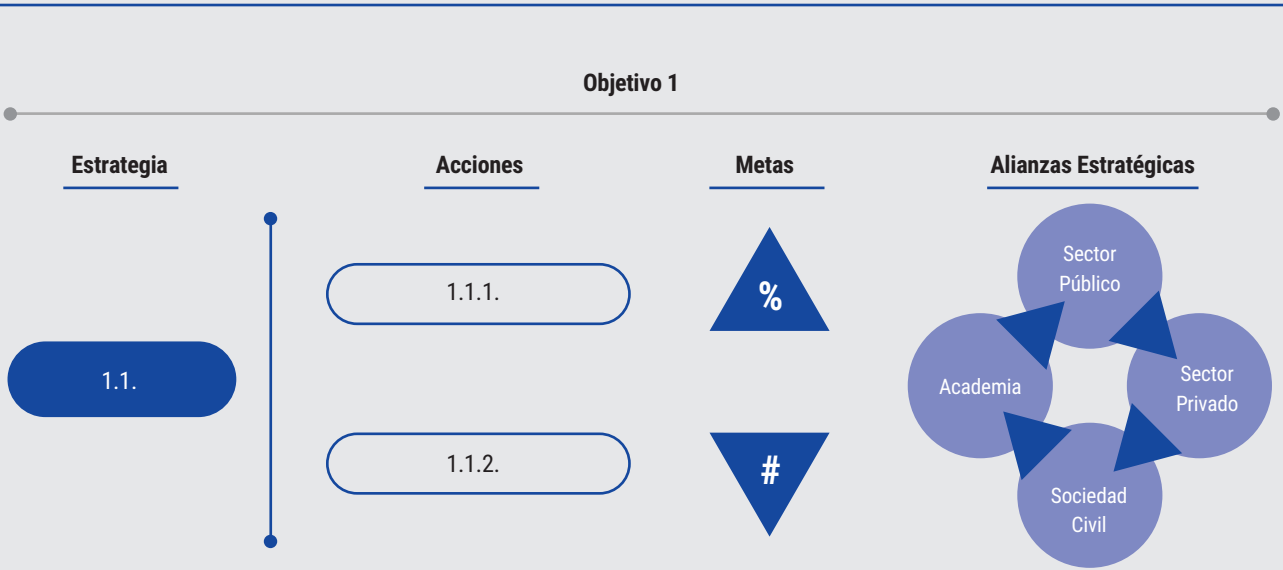
- 1) Desigualdades e inequidades en torno a la salud.
- 2) Hábitos de vida poco saludables y exposición a riesgos.
- 3) Incremento de la carga de enfermedad.
- 4) Falta de acceso equitativo a redes de servicios de salud integradas y de calidad, así como un ineficiente modelo de gestión de los servicios de salud.
- 5) Sistema Nacional de Salud fragmentado y segmentado que no garantiza el acceso y cobertura universal de salud.

Una vez definidas las principales causas y efectos de estos problemas se establecieron 5 objetivos generales que incorporan estrategias, acciones y metas de gestión, resultado e impacto para la superación de dichos problemas; más las alianzas estratégicas con las demás instituciones del sector público y organizaciones de la sociedad civil, academia y sector privado.

Es importante mencionar que en el documento se incluyen instituciones y actores del sector público y la sociedad civil que se ubican tradicionalmente

fuera del SNS, ya que se considera indispensable la participación y acción intersectorial como sustantiva en la implementación del presente plan.

Figura 1. Esquema del Plan Decenal de Salud 2022-2031



Elaborado por: MSP/OPS

Las estrategias, acciones y metas se formularon a partir del análisis y alineación con la base constitucional y legal del Ecuador (Capítulo 3); más las agendas de política pública para el desarrollo sostenible y en el ámbito de la salud a nivel internacional y nacional (Capítulo 4).

La definición de metas de impacto y resultado en los casos en los que se cuenta con línea base se realizó a

través de proyecciones estadísticas conforme el análisis de sus tendencias en los últimos años. Para aquellos casos en los que se cuenta con metas cuantitativas no valoradas, el PDS 2022 - 2031 contempla la formulación de líneas base a partir del primer año de su implementación y el esfuerzo estadístico necesario para la proyección de metas.

2.2 ENFOQUES Y VALORES DEL PLAN DECENAL DE SALUD 2022 - 2031

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 constituye la política nacional del SNS para el próximo decenio, cuyo objetivo principal es mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población del país y hacer efectivo el derecho a la salud.

Reconoce al Modelo de Atención Integral de Salud basado en intervenciones del nivel Comunitario, Familiar, Individual e Intercultural (MAIS-FCI), aplicado a condiciones poblacionales y territoriales diversas; es un elemento fundamental para garantizar un enfoque territorial, que permita la superación de las desigualdades no solo sociales sino territoriales expresadas en zonas con déficits de cobertura de servicios públicos como agua, saneamiento y barreras de acceso a servicios de salud.

Por otro lado, el PDS considera la atención a los Grupos de Atención Prioritaria contemplados en la Constitución de la República del Ecuador 2008 (Capítulo III, Arts.35-55); así como los enfoques de igualdad de género, intergeneracional, de pueblos y nacionalidades, de discapacidades y de movilidad humana conforme el artículo 156 de la Constitución y la Ley Orgánica de los Consejos Nacionales para la Igualdad.

En este marco, no menos importante es el enfoque de derechos humanos que permita entender al derecho a la salud como vinculado a otros derechos sociales, políticos, culturales y económicos. Permite a los individuos el ejercicio integral de estos.

Los valores en los que se basa el actual plan son:

Derecho a la salud: En la Constitución del Ecuador se reconoce a la “salud como 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”.

Universalidad: Los derechos humanos, entre ellos el derecho al grado máximo de salud, son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del país, deben poder ejercerlos y disfrutarlos, sin discriminación alguna, por motivos de etnia, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, lugar de nacimiento o cualquier otra condición (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2009).



Equidad: El esfuerzo colectivo para eliminar las desigualdades en materia de salud que son evitables, injustas y remediabiles entre poblaciones o grupos dentro del país. Estas desigualdades se deben a los determinantes sociales y ambientales que es necesario abordar.

Solidaridad: Promover intereses y responsabilidades comunes, así como la facilitación de esfuerzos colectivos para alcanzar las metas compartidas, principalmente, en los ámbitos de financiamiento del sistema de salud como asegurar la seguridad sanitaria durante las crisis,

las emergencias y los desastres.

Inclusión social: Para cumplir con los objetivos establecidos en el plan se contempla promover una representativa participación social en el diseño, formulación, implementación, acompañamiento y evaluación.

Para alcanzar el propósito de este plan se han definido 5 objetivos, con sus respectivas estrategias y metas.

2.3 PROCESO DE PARTICIPACIÓN Y CONSULTA

Con la finalidad de consultar los contenidos propuestos en el Plan Decenal de Salud 2022 - 2031, el MSP realizó un proceso de consulta a distintas organizaciones y actores del sector de la salud en el Ecuador, a través de talleres de trabajo en el que participaron miembros de la sociedad civil con representatividad nacional a través del Consejo Sectorial de la Salud (CSS), la academia y sociedades científicas, trabajadores y trabajadoras del sector público, organizaciones no gubernamentales (ONG), agencias de cooperación internacional y del sistema de Naciones Unidas, representantes del CONASA, a través de sesión del Directorio realizada el 13 de diciembre de 2021 y sus organizaciones e instituciones además, actores de la Medicina Tradicional, Complementaria e Integrativa

(MTCI) y de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud, autoridades y funcionarios de las distintas carteras del Estado cuyas competencias y atribuciones institucionales guardan relación con el cumplimiento del presente plan¹.

Este proceso de consulta se realizó entre el 17 de noviembre de 2021 y el 27 de enero de 2022 con un total de 695 participantes. En este sentido, se incorporaron al presente plan las propuestas y observaciones específicas de cada objetivo, realizadas por los distintos participantes. Servirá como referencia para su mejoramiento e implementación.

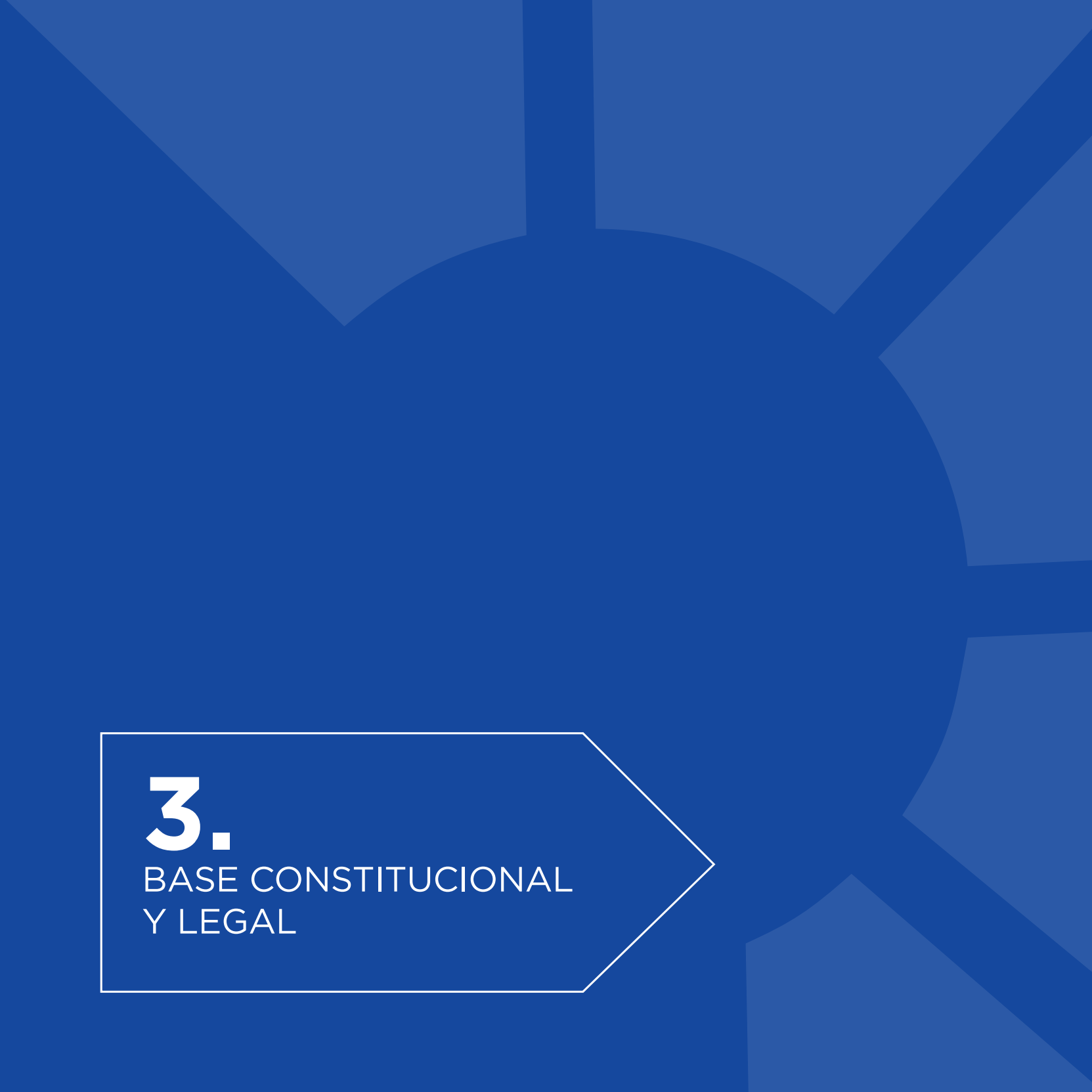
1 Adicionalmente se recibió el aporte de la Industria Farmacéutica de Investigación

Tabla 1. Actores, fecha y número de participantes al proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Actor	Fecha	No. de participantes
Consejo Sectorial de Salud	17 de noviembre de 2021	24
Academia y sociedad científica	19 de noviembre de 2021	67
Trabajadores/as de la salud	24 de noviembre de 2021	122
Agencias de cooperación, del Sistema de Naciones Unidas y Organizaciones no Gubernamentales (ONG)	26 de noviembre de 2021	12
Miembros del Consejo Nacional de Salud (Directorio del CONASA)	13 de diciembre de 2021	14
Organizaciones e instituciones representadas en el CONASA	4 y 5 de enero de 2022	90
Actores de la Medicina Tradicional, Complementaria e Integrativa (MTCI) y de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud	7 de enero de 2022	318
Autoridades y funcionarios de instituciones de la función ejecutiva relacionadas con la implementación del PDS	27 de enero de 2022	48
Número total de participantes		695

Fuente: Sistematización del proceso de consulta, entre el 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022, posteriormente se dieron más reuniones de consulta alcanzando a más de 1000 mil participantes.





3.

BASE CONSTITUCIONAL
Y LEGAL

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 se basa en la Constitución de la República del Ecuador, primordialmente, en su artículo 32 que plantea la salud como un derecho cuyo garante es el Estado. Está vinculado al ejercicio de otros derechos, como el agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

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

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

En el artículo 37 de la Carta Magna se plantea que el Estado garantizará a las personas adultas mayores la atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso a medicinas, considerando las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades. Asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. Además, brindará protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Con relación a mujeres embarazadas, el artículo 43 garantiza durante el embarazo y el periodo de lactancia, el derecho a no ser discriminadas en los ámbitos educativo, social y laboral. Adicionalmente la atención gratuita de los servicios de salud materna, a una protección prioritaria y de cuidado de su salud integral y de vida durante el embarazo, parto y posparto, y a disponer de facilidades para su recuperación.

Sobre los niños, niñas y adolescentes, el artículo 46 de la Constitución señala que el Estado adoptará medidas que aseguren la atención a menores de 6 años; así como medidas que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos. Además brinden protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

A las personas con discapacidad, el Estado deberá garantizar la ejecución de políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Reconoce además a las personas con discapacidad el derecho a una atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas. Incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida (3).

Con relación a quienes tienen enfermedades catastróficas, el Estado en su artículo 50 garantiza a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

Las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas conforme el artículo 57 de la Constitución y en concordancia con los pactos, convenios, declaraciones y demás instrumentos internacionales de derechos humanos, gozarán: del derecho colectivo a conservar y desarrollar sus propias formas de convivencia y organización social; del derecho a mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos, sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; de los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; de sus medicinas y prácticas de salud tradicionales, con inclusión del derecho a

recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora.

En relación a la medicina ancestral y alternativa, conforme a los artículos 360, 363 y 385 de la Constitución 2008, el Estado tiene la obligación de recuperar, fortalecer, potenciar y promover la complementariedad de las medicinas ancestrales y alternativas desde su propia lógica, de manera que se garantice el ejercicio de sus prácticas.

Sobre el SNS, en los artículos 358, 359, 360 y 361 de la Constitución, establece su creación, los principios, los componentes, las características y garantías que debe cumplir para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Establece también las características del Modelo Atención Integral de Salud (MAIS) y la estructuración de la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

En esta línea, el artículo 360 de la Constitución establece que el SNS garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud. Aticulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La RPIS será parte del SNS y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y

con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad. El artículo 361 de la Carta Magna establece que los servicios públicos de salud serán universales y gratuitos. El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional. Será responsable de formular la política nacional de salud y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

De acuerdo al artículo 363, el Estado será responsable de formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

La Ley Orgánica de Salud, en sus artículos 6 y 7 establece que es responsabilidad del MSP formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos; y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; así como establecer programas de prevención y atención integral contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables.

Además, en el artículo 10 indica que quienes forman

parte del SNS aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de la Ley Orgánica de Salud.

En los artículos 26, 189 y 259 de la Ley Orgánica de Salud se establece la importancia de contar con políticas que permitan desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa, y recalcar que los integrantes del SNS respetarán y promoverán el desarrollo de estas.

El artículo 62 de la misma ley afirma que la Autoridad Sanitaria Nacional elaborará las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual.

El artículo 66 del cuerpo legal establece que las personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras, que se encuentren en territorio ecuatoriano, deben cumplir las disposiciones reglamentarias que el Gobierno dicte y las medidas que la Autoridad Sanitaria Nacional disponga de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), los convenios internacionales suscritos y ratificados por el país, a fin de prevenir y

evitar la propagación de enfermedades transmisibles.

De acuerdo al artículo 69, la atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del SNS y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del SNS garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

El artículo 95 de la mencionada ley determina que la Autoridad Sanitaria Nacional en coordinación con el titular de ambiente establecerá las normas básicas para la preservación del ambiente en materias relacionadas con la salud humana. Estas serán de cumplimiento obligatorio para todas las personas naturales, entidades públicas, privadas y comunitarias. El Estado, a través de los organismos competentes y el sector privado, está obligado a proporcionar a la población información adecuada y veraz respecto del impacto ambiental y sus consecuencias para la salud individual y colectiva.

Finalmente, el MAIS-FCI es el marco normativo para su aplicación en todo el SNS. Es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el SNS para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la Red Integral de Servicios de Salud (RISS).

El MAIS-FCI parte de la idea de que la salud no depende exclusivamente de la acción estatal en respuesta a las demandas sanitarias, sino que también depende del ejercicio de hábitos y comportamientos positivos para la salud por parte de la sociedad y el mercado.

Con este antecedente, el proceso que se propone busca el mayor impacto y adhesión de la ciudadanía y la sociedad en su conjunto al presente plan, del cual se derivarán no solo obligaciones del Estado y sus instituciones, sino del sector privado y la sociedad en su conjunto.





4.

ALINEACIÓN A POLÍTICAS
PÚBLICAS INTERNACIONALES,
REGIONALES Y NACIONALES
DE SALUD

El PDS será el principal instrumento de política pública de salud para los próximos 10 años, a través del cual, se definen los principales objetivos y estrategias que guiarán al SNS para lograr el acceso, calidad y cobertura

universal. En este sentido, está alineado a los principales compromisos que el país mantiene en materia de salud, tanto en el ámbito internacional como regional y nacional que se mencionan a continuación.

4.1 AGENDA 2030: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

En el año 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución “Transformar nuestro mundo: agenda 2030 para el desarrollo sostenible”, que contiene 17 ODS y 169 metas específicas de desarrollo.

La salud en el contexto de los ODS se encuadra principalmente en el ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades. Para ellos se han definido 9 metas principales y 4 metas transversales a las cuales está alineado el presente plan. Los principales contenidos de dichas metas son la reducción de las tasas de mortalidad materna y de muertes evitables en recién nacidos y niños menores de 5 años, el control de epidemias y enfermedades transmisibles, la prevención de enfermedades no transmisibles y de consumo de sustancias nocivas para la salud, la reducción de muertes y lesiones causadas por accidentes de

tránsito, el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, la cobertura, accesibilidad, calidad y sostenibilidad de servicios sanitarios y de salud. Sin olvidar la reducción de muertes y enfermedades producidas por contaminación y consumo de productos químicos, la gestión de riesgos e investigación (Ver Anexo 2).

Adicionalmente, está alineado a metas intersectoriales correspondientes a los ODS 1, 2, 5, 6, 8, 11 y 16, vinculados con la erradicación de la pobreza en todas sus formas, el fin del hambre, malnutrición y desnutrición, igualdad de género, disponibilidad de agua y saneamiento, empleo y trabajo decente, desarrollo local inclusivo, seguro, resiliente y sostenible, y la erradicación de la violencia y las tasas de mortalidad; con los cuales puede hacerse un abordaje integral de los determinantes sociales de la salud (Ver Anexo 3).

4.2 AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018 - 2030 (ASSA 2030)

La ASSA 2030 fue aprobada por la 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre de 2017, como una respuesta del sector de la salud a los compromisos de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en relación a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La ASSA 2030 ha definido 11 objetivos y

diversas metas tanto de impacto como de resultado. Para el desarrollo de este plan, se han considerado estrategias que permitan abordar la agenda regional y se han privilegiado sus metas de impacto contenidas, considerando la complementariedad con metas de gestión y resultado de los programas y estrategias que se deriven (Ver anexo 4).





4.3 PLAN DE CREACIÓN DE OPORTUNIDADES 2021 - 2025

El Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 se encuentra alineado al Plan Nacional de Desarrollo - Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025, específicamente, con el Eje social y su Objetivo 6: Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita, de calidad, en el que se han definido 7 políticas y 19 metas.

En el presente plan se han incorporado el 100% de las metas del Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025

y se han proyectado al 2031. Están relacionadas con el porcentaje de nacidos vivos con asistencia de salud, la reducción de muertes prevenibles, la atención a personas con VIH, el incremento de cobertura de inmunización, la reducción de la tasa de embarazo adolescente, de la desnutrición crónica infantil, del consumo de sustancias nocivas para la salud; el incremento de la actividad física y la promoción de la salud el mejoramiento del SNS y la red de atención (Anexo 5).

5.

DIAGNÓSTICO
SITUACIONAL DE LAS
CONDICIONES DE SALUD
EN EL ECUADOR

5.1 EFECTOS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES SOBRE LA SALUD

5.1.1 Tendencias socioeconómicas

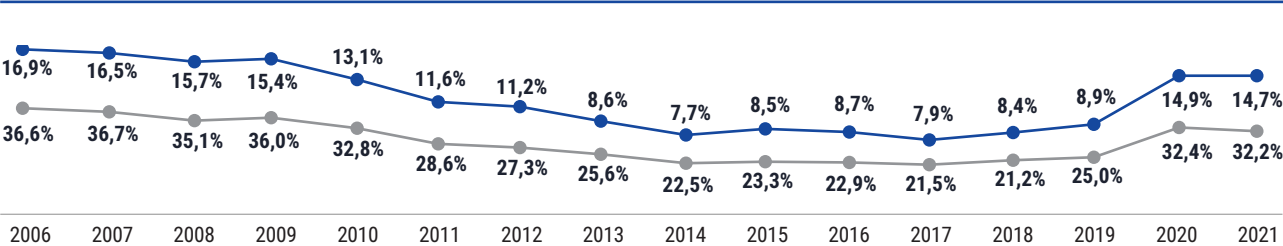
América Latina vive desde 2014 un contexto socioeconómico caracterizado por un incremento de los índices de pobreza, pobreza extrema y desigualdad, medida a través del coeficiente de Gini. A esto se suma un estancamiento del crecimiento económico medido a través del PIB nacional, situación agravada por la pandemia generada por la COVID-19, cuyos efectos ubican a la actual crisis como la peor contracción económica ocurrida desde 1900. Hubo una caída del PIB del 6,8% cuyo desempeño se muestra como el peor entre todas las regiones en vías de desarrollo a nivel global (1).

En esta tónica, Ecuador en 2020 fue uno de los países de la región que tuvo una mayor caída del PIB, con un decrecimiento de -7,8%. Se espera que para el 2021 se

eleve al 2,8%, lo que le convierte en uno de los países más golpeados de la región por los efectos de la pandemia (4).

Respecto a las condiciones de vida en Ecuador entre 2019 y 2020, la pobreza creció 7,4 puntos porcentuales y alcanzó al 33,4% de la población. Mientras que la extrema pobreza lo hizo en 6 puntos porcentuales y alcanzó al 14,9% del total de la población. Prácticamente, el Ecuador perdió en su lucha contra la pobreza, lo que se había ganado en el decenio anterior. En cuanto a la distribución de la riqueza también hubo retroceso, ya que el índice de Gini en 2020 se situó en 0,5. Es un nivel de desigualdad similar al de 2010 y 0,6 puntos más que en 2018. Para el 2021 se observa una ligera recuperación, aunque la incidencia de la pobreza y desigualdad no sean aún alentadoras (4).

Figura 2. Pobreza y pobreza extrema por ingreso 2006-2021



Fuente: ENEMDU 2021, INEC
Elaborado por: MSP

Pobreza extrema Pobreza

Durante la pandemia se incrementó el desempleo que según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para 2021 fue de 5,1% y disminuyó la participación laboral, especialmente, en mujeres quienes reportaron contar con empleo adecuado en 26,5%, comparado con el 38,7% reportado por hombres. La caída de la tasa de empleo acrecentó el trabajo informal y por cuenta propia, principalmente entre los jóvenes. Se puede inducir que se han incrementado los niveles de vulnerabilidad social y un proceso de movilidad social descendente (5).

La crisis socioeconómica en 2020 llevó a cerca de 1,1 millones de personas a entrar en extrema pobreza por ingresos, que vieron deteriorados sus medios de vida e incluso cayeron en procesos que no les permiten garantizar la seguridad alimentaria de sus núcleos familiares. El INEC estimó que 3 de cada 10 hogares podía pagar el costo mensual de la canasta básica familiar (6).

El impacto de la crisis seguramente incrementará las brechas ya identificadas de las poblaciones con mayor vulnerabilidad social, como población perteneciente a los distintos pueblos y nacionalidades, principalmente de origen indígena. Un ejemplo de ello es la persistencia de la desnutrición crónica infantil en niños y niñas

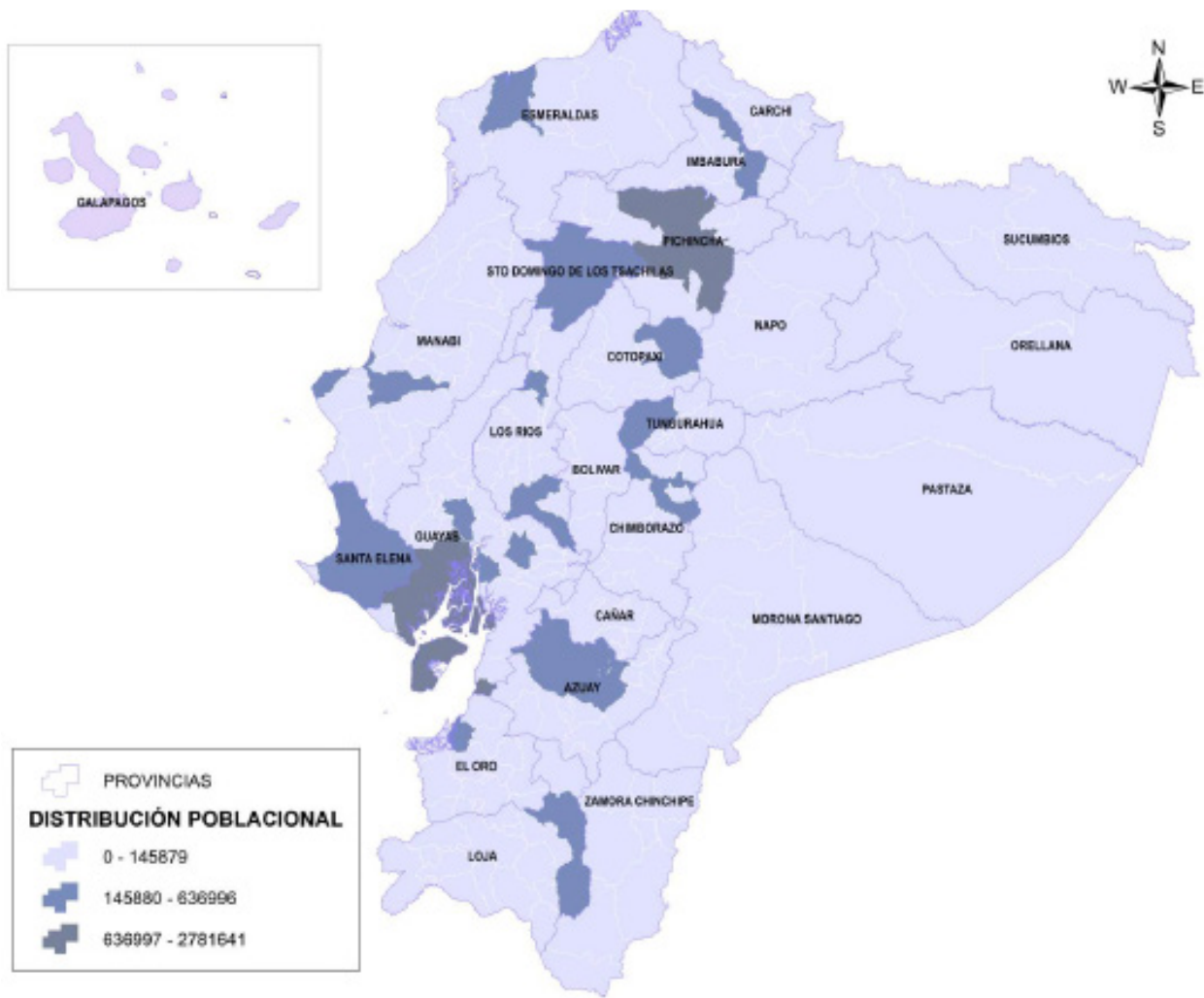
indígenas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición alcanzaba 38,8% en comparación con el promedio nacional de 27,7%, es decir, una brecha de más de 11 puntos porcentuales (7).

De acuerdo a las proyecciones de la CEPAL, el crecimiento económico promedio para 2022 será del 2,9% en la región y para Ecuador del 3%. Sin embargo, se considera que este crecimiento no será suficiente para que se recupere el PIB anterior a la crisis, por lo que será muy difícil que las tendencias actuales de pobreza, desigualdad y desempleo puedan revertirse en el corto plazo. Por ello, resulta imprescindible fortalecer los sistemas de protección social y salud para atenuar los efectos negativos de la pandemia y evitar que se profundicen las brechas estructurales que impactan directamente en las condiciones de vida y salud de la población con mayor vulnerabilidad social.

5.1.2 Tendencias demográficas

De acuerdo a proyecciones estadísticas del INEC, para 2021 la población del Ecuador es de 17,7 millones de habitantes. Se proyecta para el periodo 2030 - 2035, en un intervalo que va entre 19,8 y 20,8 millones de pobladores.

Figura 3. Distribución de población 2020 del Ecuador según cantones



Fuente: Proyecciones poblacionales 2010, INEC
Elaborado por: MSP

En los últimos 30 años se observan cambios importantes en la estructura poblacional, toda vez que los adultos mayores entre 1990 y 2019 casi se duplicaron. Mientras que la población infantil decreció en cerca del 30%. La población de entre 15 y 64 años también creció

en un 14,2%. Al 2019, la población adulta mayor representaba el 7,5% del total; y la población infantil era el 27,5%. La mayoría de la población se agrupó en las edades comprendidas entre los 15 y 64 años (8).

Tabla 2. Concentración de la población por edades comparación 1990 – 2019

Edad	1990	2019	Diferencia	Variación
menos de 14 años	38,9	27,5	-11,4%	-29,3%
15 – 64 años	56,9	65,0	8,1%	14,2%
Más de 65 años	4,1	7,5	3,4%	82,2%
Total	100,0	100,0		

Fuente: (INEC, Censos de Población 1990 - 2010)
Elaborado por: MSP

Para el período 2000 - 2020, la tasa bruta de natalidad ha disminuido de 24,2 a 19,9 y la tasa bruta de mortalidad se ha mantenido estable de 5,1 a 5,2, Esto puede explicar la estabilidad de la pirámide poblacional en los últimos 10 años. De acuerdo a las proyecciones de la CEPAL, la tasa bruta de natalidad continuará con su tendencia a la disminución llegando hasta el 15,8 en el periodo de 2030 - 2035 (9). Por lo que en 2030, el país no garantizará el

reemplazo generacional pues las mujeres en edad fértil tendrán menos de dos hijos, es decir, la tendencia al envejecimiento poblacional es inminente (8).

Otro cambio importante en el periodo comprendido entre 1990 y 2019 es el incremento de la esperanza de vida. Hasta 2019, antes de la pandemia, se situaba en 79,8 años para mujeres y en 74,3 años para hombres.

Mientras que para 1990 fue de apenas 66,6 para hombres y 71,3 años para mujeres, lo que representa que en este periodo se ha dado un incremento en promedio de 8 años más de vida de la población ecuatoriana (10).

El incremento en la esperanza de vida y el consiguiente aumento en la proporción de personas económicamente dependientes representa un desafío para el crecimiento económico y para los sistemas de salud. Estas deben atender las necesidades de esta población (11). El envejecimiento será un factor modulador de las necesidades de la salud, la seguridad y la protección social, y un desafío para los sistemas sanitarios (12).

La composición demográfica del país por autoidentificación étnicas configura al país como diverso, donde 1'018.176 de habitantes se autoidentifican como indígenas, 1'041.559 como afroecuatorianos, 1'070.728 como montuvios, 10'417.299 como mestizos y 882.383 como blancos (8).

La población indígena se encuentra históricamente organizada en 15 nacionalidades, las cuales son: Shuar, AI (Cofan), Pai (Secoya), Bai (Siona), Waorani, Achuar, Shiwiar, Zapara, Andoa, Quijos, Awá, Epera, Chachi, Tsáchila y Kichwa y el pueblo Manta – Wankavilka. La nacionalidad Kichwa cuenta con 17 pueblos, los cuales son: Pasto, Karanki, Natabuela, Otavalo, Kayambi, Kitu kara, Waranka, Panzaleo, Tomabela, Chibuleo, Kisapincha, Salasaka, Puruwá, Kañari, Saraguro, Palta y Kichwas Amazónico.

Según la Comisión Especial de Estadística de Pueblos Indígenas, Afroecuatorianos y Montubios (CONEPIA), la autoidentificación étnica según la cultura y costumbres de la población arrojó como resultado un 71,9% de habitantes de Ecuador que se autodefinieron como mestizos, proporción inferior a la del 2001 (77,4%). En 2010 aparece la categoría de montuvios que alcanzó un 7,4%; mientras que los afrodescendientes llegaron a 7,2% y los indígenas a 7,0%.

5.1.3 Educación y analfabetismo

De acuerdo con información del INEC, para el 2018 el promedio de años de escolaridad para el país se mantenía en 10,1 con una diferencia de hasta cuatro años entre el área rural y urbana. Lo que significa que en promedio una persona mayor o igual de 24 años de edad que reside en zonas urbanas del Ecuador, a lo mucho llega a culminar el primer año de bachillerato y en las zonas rurales, al séptimo año de Educación General Básica (13).

En el Ecuador existen 11.091 establecimientos educativos. A respecto, la mayoría de la población estudia en establecimientos públicos y corresponde al 74,2%. Dentro esta población, el 86,5% se encuentra en establecimientos rurales y 67,1%, en urbanos (8).

El 95,3% de las niñas, niños y adolescentes entre 5 y 14 años asistieron a la educación básica general. La tasa neta de asistencia al bachillerato general unificado fue

de 72,1% mayor en las zonas urbanas que en las rurales (76,5 y 64,3% respectivamente), con una diferencia de tres puntos porcentuales entre hombres y mujeres, y un menor porcentaje de asistencia de adolescentes y jóvenes indígenas y afroecuatorianos (7).

Durante la pandemia, en el periodo escolar 2019-2020 se estima que se retiraron 65.732 alumnos a nivel nacional. Indica que para 2020 cerca de 268.000 menores estaban fuera del sistema educativo; de igual manera, en el periodo lectivo 2020 - 2021 se estimó que 18.830 niños y niñas de entre 3 y 4 años dejaron de asistir a los servicios de atención familiar para la primera infancia. Al ser una modalidad presencial, el programa fue suspendido por la emergencia sanitaria. Así también, 81.200 estudiantes de institutos técnicos, tecnológicos y de universidades y escuelas politécnicas interrumpieron sus estudios (6).

Seguramente, esto tendrá serias repercusiones en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que a mediano plazo implicarán brechas de aprendizaje mayores tasas de abandono escolar, peores condiciones de alimentación y nutrición, riesgos de la salud mental y varios tipos de violencia (14).

En la misma línea, la población con mayor tasa de analfabetismo corresponde a la población indígena con el 20,4%, seguida por la población montubia (12,9%) y afroecuatorianos (7,6%); en contraste con la tasa más baja en la población autodenominada como blancos con un 3,7%. Es importante señalar que

durante el 2020 no se habilitó la oferta intensiva de alfabetización y se estimó que 57.000 jóvenes pudieron ser afectados por el cierre de estos programas (6).

5.1.4 Efectos de los determinantes ambientales sobre la salud

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

En el país, la Estrategia Nacional de Calidad de Agua señala que la calidad del agua en los últimos años ha sido afectada por el crecimiento demográfico, industrial, uso de sustancias químicas no biodegradables, disposición final inadecuada de residuos y desechos peligrosos. Además el alto consumo de los recursos renovables y no renovables, producto de la poca o nula aplicación de las normas ambientales, lo que ha provocado la progresiva contaminación de los recursos hídricos (15).

Si bien se ha incrementado el acceso de agua por red pública nacional hasta el 78% de los hogares como se reporta en 2014, no se garantiza la calidad de este recurso. Se conoce que el 83,4% de las muestras

tomadas en el marco de la estrategia anteriormente mencionada, incumplen con los criterios de calidad definidos para este uso, producto de la contaminación y deterioro de los ecosistemas generadores del recurso natural y de los cuerpos de agua subterránea y superficial (16).

Otro de los retos que enfrenta el país es la incorrecta gestión integral de desechos, debido a que estos pueden ser dispuestos directamente sobre cuerpos de agua y el suelo. Esto genera subproductos como es el caso de los lixiviados que son altamente contaminantes al contener compuestos por materia orgánica, metales pesados, sustancias químicas, entre otros compuestos. De los 221 cantones que conforman el Ecuador, el 81,59% de estos cuentan con relleno sanitario para disposición final de desechos, mientras que el 16,92% dispone sus desechos en botaderos o fosas. Estos últimos son de mayor preocupación, ya que se disponen los desechos a cielo abierto, sin ninguna medida técnica, facilitando la presencia de vectores ambientales (moscas, gallinazos, ratas) que son considerados como transmisores de enfermedades (17).

Dentro de los desechos sólidos se encuentran los desechos sanitarios, los cuales son generados por efecto de las actividades de atención en salud. En el Ecuador, con base a los reportes realizados por parte de 2.070 establecimientos de salud del MSP, el 44,8% señala que sus desechos sanitarios no reciben ningún tratamiento, es decir, son dispuestos directamente

en un relleno sanitario o botadero. El 39,7% asegura que los desechos reciben un tratamiento térmico para eliminar microorganismos patógenos y el 11,9% indica que en sus desechos se coloca cal (15).

En cuanto a la calidad de aire, el país presenta una seria deficiencia de estaciones de monitoreo de este componente a nivel nacional, En 2021, tan solo 3 cantones de los 221 contó con este equipamiento para determinar la concentración de contaminantes en el aire, como, material particulado, óxidos de azufre, óxidos de nitrógeno, monóxido de carbono, dióxido de carbono, entre otros compuestos, los cuales son los responsables de diferentes afecciones respiratorias, del sistema circulatorio y cáncer.

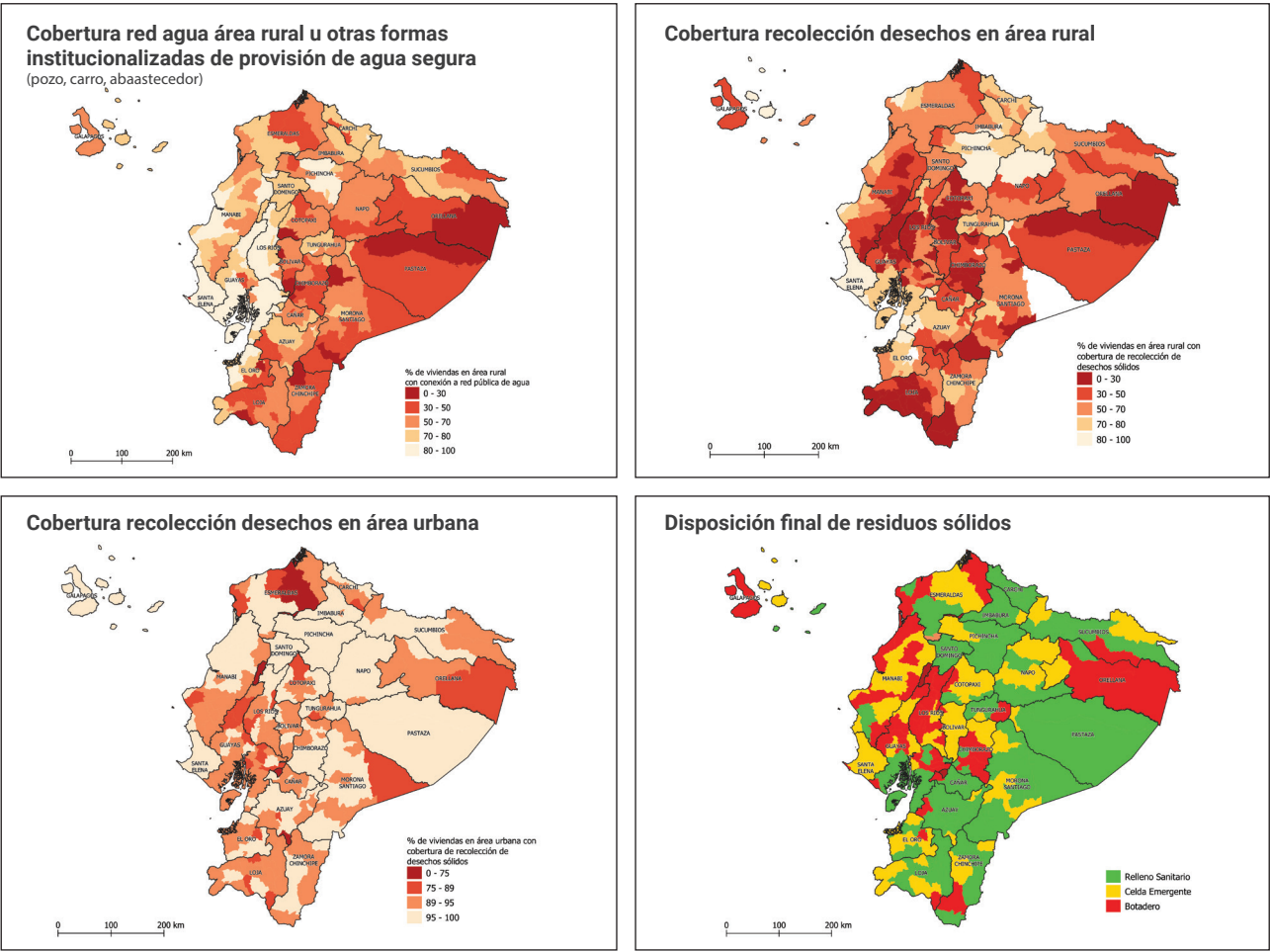
A escala mundial se reconoce que los riesgos ambientales evitables contribuyen aproximadamente a un tercio de los años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD o DALY por sus siglas en inglés) asociados con enfermedades respiratorias de vías inferiores (35%), las enfermedades cardiovasculares (31%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (35%), el asma (44%) y el cáncer (20%) (18).

No obstante, es sabido que las principales causas que amplían la vulnerabilidad de las personas frente a su exposición a factores ambientales son las inequidades en educación, empleo, salud y derechos políticos. Por ello se vuelven más susceptibles a los impactos ambientales negativos y pueden resultar en cargas de enfermedades y muertes significativas (12,19).

Finalmente, es necesario tener en consideración las consecuencias directas del cambio climático, tales como las temperaturas extremas (olas de frío y de calor), las inundaciones, y las sequías, así como el incremento en la frecuencia de tormentas causantes

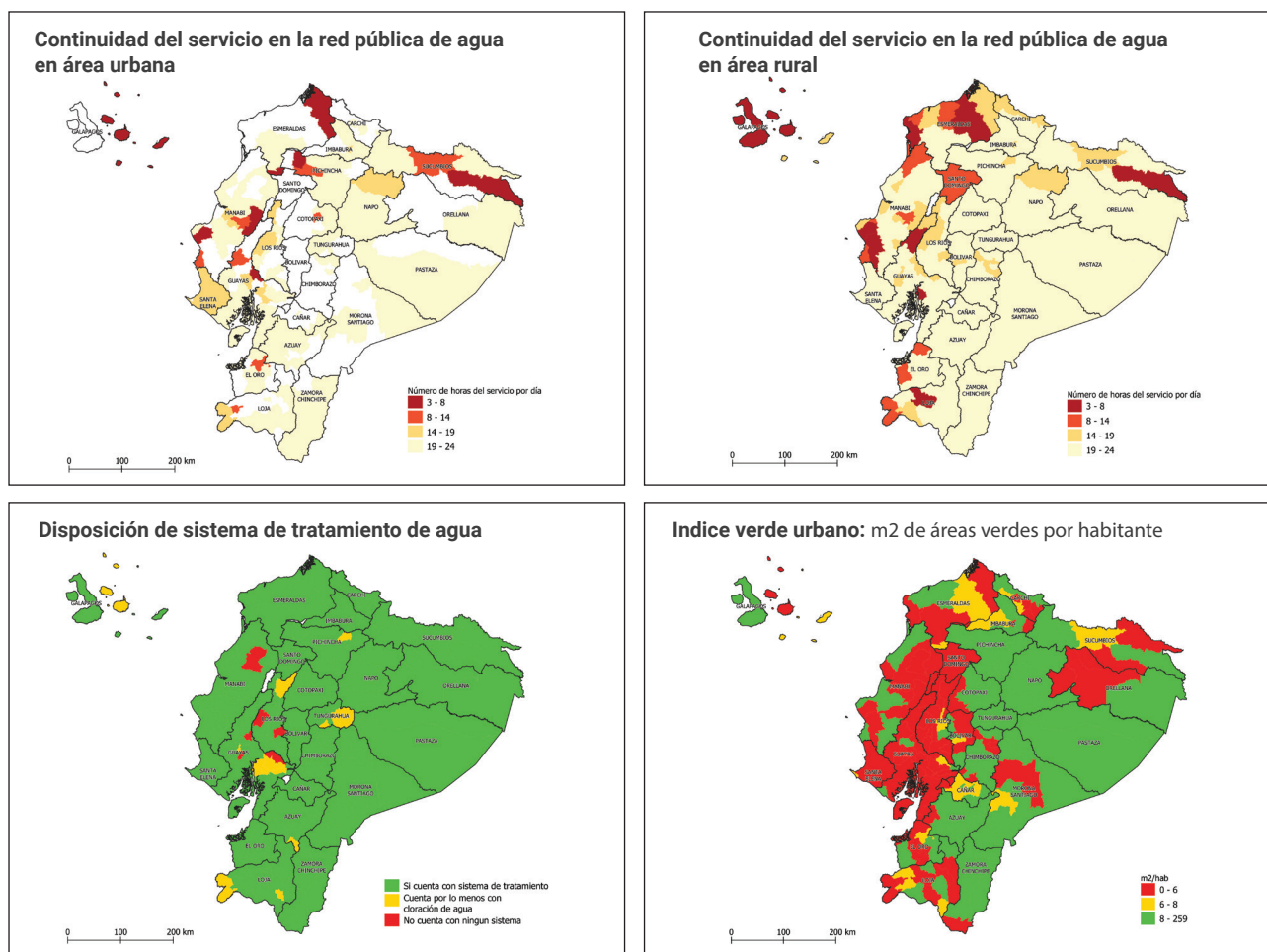
de grandes estragos y por otro lado las repercusiones sobre la salud física y mental, algunas de ellas directas y otras mediadas por la contaminación del aire, la diseminación de los vectores, la desnutrición y la inseguridad alimentaria y las migraciones (20)

Figura 4. Cobertura nacional de servicios de agua y manejo de desechos



Fuente: INEC
Elaborado por: Centro de investigación EpiSIG.

Figura 5. Cobertura nacional de servicio de agua por red pública rural / urbano, sistema de tratamiento de agua e Índice Verde Urbano (IVU)



Fuente: Asociación de Mucipalidades del Ecuador / Índice verde urbano INEC
Elaborado por: Centro de investigación EpiSIG.

5.2 EFECTOS DE LOS HÁBITOS Y ENTORNOS POCO SALUDABLES EN LA SALUD

Existen comportamientos modificables, como el consumo de tabaco, la falta de actividad física o el sedentarismo, las dietas poco saludables y el uso nocivo del alcohol, que aumentan el riesgo de enfermedades no transmisibles; así como aportan el contexto social, económico, de mercado y otros factores en la generación de entornos poco saludables. A continuación, se presentan las cifras disponibles a nivel nacional sobre estos factores.

5.2.1 Salud mental

En el transcurso de los últimos 40 años, la magnitud e impacto de los trastornos mentales y conductuales en el mundo ha crecido significativamente puesto que más del 25% de la población los padece en algún momento de su vida. Se trata de trastornos mentales, neurológicos específicos, en algunos casos provocados por el consumo de sustancias, siendo un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, teniendo como el peor de los efectos el suicidio.

En el país, los años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) ascienden al 17% y los años de vida perdidos

por discapacidad (APD) al 33%; de los cuales, la depresión corresponde al 8.3%, la ansiedad al 5,2%, los trastornos mentales graves al 1,6%, suicidio y trastorno bipolar el 1,5%, y el consumo de sustancias al 0,9%, entre otras (21).

A pesar de la magnitud de la carga que representan los trastornos mentales y neurológicos, la brecha de tratamiento es abrumadora. El porcentaje de personas con trastornos mentales que no reciben tratamiento sigue siendo alto y se prevé que los trastornos mentales severos estarán para 2030 entre las tres primeras causas de enfermedad.

Los hospitales psiquiátricos absorben una buena proporción de los recursos destinados a la salud mental. Mientras que en el primer nivel y hospitales generales, está poco desarrollada. A nivel regional, el presupuesto de salud mental representa sólo el 2% del total de salud y más del 60% de estos fondos se destinan a los hospitales psiquiátricos. En Ecuador, el presupuesto para salud mental asciende al 1,43%. Se distribuye el 67% en el nivel hospitalario y sólo el 33% va al primer nivel de atención (22).

5.2.2 Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

Según la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes aplicada en Ecuador (23), 13 de cada 100 estudiantes entre 13 y 15 años consume tabaco. Sin embargo, en comparación con las encuestas realizadas en años anteriores (2001 y 2007) se ha evidenciado una disminución del consumo en Quito y Guayaquil. En cambio, según la ENSANUT 2018, en la población entre 10 y 17 años, el 4,3% ha consumido tabaco alguna vez en la vida y el 0,91% lo hace actualmente (7). En adultos (18 a 69 años) se ha evidenciado consumo de tabaco en aproximadamente 13 de cada 100 ecuatorianos, siendo seis veces mayor el consumo de tabaco en hombres que en mujeres (24).

Por otro lado, en menores de edad entre 10 y 17 años se registra que el 26,2% ha consumido alcohol alguna vez en su vida y 7,6% lo hace actualmente. En estudiantes universitarios de pregrado, la ingesta va en aumento; así, 9 de cada 10 estudiantes ha bebido alcohol alguna vez en la vida.

En adultos, el 83,2% ha consumido alcohol alguna vez en la vida y 39,3% ingirió alcohol actualmente según la Encuesta STEPS (25). Resulta bastante preocupante que, de los bebedores actuales, la media de bebidas estándar consumidas es de 9,4 en una ocasión (se considera como consumo problemático la ingesta el consumo de 6 o más bebidas estándar en una ocasión); 5,4% de adultos tiene un consumo problemático de al menos una vez al mes (26).

Por otro lado, según la Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9 no EGB, 1ro y 3ro de Bachillerato, en 2016, la edad de inicio de consumo de cualquier droga ilícita fue de 14,62 años en promedio (marihuana 14,88 años, pasta base de cocaína 14,86 años, cocaína es de 14,72 años, heroína 14,39 años). Ante ello la implementación de programas de prevención integral del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas basados en evidencia científica en niños, niñas y adolescentes es de vital importancia (27).

En relación a las muertes relacionadas al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en el Ecuador para el año 2015 murieron 8.693 personas, siendo el tabaco la sustancia que causa más defunciones 72,94% (6.341); seguido del alcohol que causó el 25,38% de defunciones (2.207); mientras que las muertes por drogas ilícitas representan el 0,08%.

5.2.3 Sedentarismo y falta de actividad física

Según la encuesta sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo (STEPS 2018), el 17,8% de la población entre 18 y 69 años, de ambos sexos, no cumplió con las recomendaciones de actividad física de la OMS; 12,1% en el caso de hombres y casi el doble (23,3%) en mujeres. Esta prevalencia fue mayor en el grupo de 45 a 69 años, con 21,4% para ambos sexos; 16,2% para hombres y 26,6% para mujeres. En adultos de ambos sexos, el 24,7% realiza actividad física de intensidad baja, el 25,6% moderada y 49,7% alta (33).

La actividad física total fue de 47,0% por actividad del trabajo, 37,5% para transporte, y 15,5% en tiempo libre. La actividad para transporte fue mayor en mujeres (43,2%) que en hombres (31,7%), mientras que la actividad en tiempo libre fue mayor en hombres (20,1%) que en mujeres (10,9%). Estos indicadores dan cuenta de la inequidad de género en cuanto al uso del tiempo (24).

5.2.4 Dieta malsana

Las recomendaciones de la OMS, a nivel mundial, incluyen consumir una dieta saludable para lo cual se debe aumentar el consumo de cereales integrales, hortalizas, frutas, legumbres y frutos secos; así como la disminución del consumo de sal/sodio, azúcar y grasas, priorizando las grasas insaturadas sobre las grasas saturadas y eliminando las grasas trans de producción industrial. Las dietas, que no se encuentran adecuadamente balanceadas, pueden propender al sobrepeso y obesidad, al igual que otras alteraciones metabólicas que repercuten en la salud de la persona (28).

Se estima que alrededor de 2,7 millones de muertes son atribuidas al bajo consumo de frutas y verduras y se relacionan con patologías, como cáncer gastrointestinal (19%), enfermedades coronarias (31%) y cerebro vasculares (11%) (29) (30).

5.2.5 Sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad son de los más graves problemas de salud pública que afectan a la población mundial. La tendencia al aumento es uno de los datos más alarmantes, considerando que desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo. La OMS ha instado a los Estados a desarrollar varias políticas que tengan impacto y contribuyan a mitigar este incremento. Dichas políticas deben estar orientadas a la promoción de entornos que fomenten la alimentación saludable y la actividad física para todos y todas, en especial, niños, niñas y adolescentes. En este rango de edad, el sobrepeso y la obesidad tiene un impacto muy desfavorable en el estado de salud posterior (31) (32).

Con respecto al estado nutricional de la población, en relación a sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, la comparación entre la información de la Encuesta de Condiciones de Vida ECV-2014 y ENSANUT 2018 sobre las prevalencias de sobrepeso y obesidad, evidencia que al igual que la mayoría de países del mundo, se aprecia una tendencia al incremento de estas. Lo cual es de suma gravedad ya que, “cuanto más temprana es la edad en la que una persona adquiere sobrepeso o se convierte en obesa, mayor es el riesgo que tiene de seguir teniendo sobrepeso o de tornarse obesa al avanzar la edad. Esto tiene consecuencias adversas para la salud en las fases iniciales de la vida, dado que aumenta el riesgo de padecer asma, diabetes de tipo 2, apnea

del sueño y enfermedades cardiovasculares” (31). En Ecuador los datos relevantes de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 0 a 5 años es del 13,18%; en niños de 5 a 11 años alcanza el 35,38% y en adolescentes de 12 a 19 años corresponde al 29,57%. Mientras que en la población adulta llega al 64,68%(7). Corresponde destacar que entre la ECV-2014 y la ENSANUT 2018 se produjo un incremento superior a los cuatro puntos porcentuales en la población de 0 a 5 y de 5 a 11 años.

Una publicación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL revela que, los costos del sobrepeso y obesidad para el Ecuador en el 2014 fueron de 1.746 millones de dólares, equivalente al 1,7 % PIB. El costo que asume el Estado es del 80%.

La industria alimentaria tiene una importante responsabilidad en este tema, ya que se ha evidenciado que existe asociación positiva y significativa entre la prevalencia de obesidad en los adultos y las mayores ventas per cápita de alimentos ultraprocesados. Adicionalmente, se deben realizar intervenciones enfocadas en fomentar, proteger y promover la lactancia materna y la alimentación saludable en el curso de vida.

Debido a la complejidad de los factores que intervienen en los entornos obesógenos, las intervenciones enfocadas en sobrepeso y obesidad deben ser intersectoriales, sumando esfuerzos y optimizando recursos de las entidades públicas,

organismos de cooperación, academia, Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), empresas privadas, entre otras.

La mayoría de los alimentos y bebidas ultraprocesados vendidas en América Latina en 2014 contenía exceso de azúcares libres (55%), grasas saturadas (55%) o sodio (63%). Para la grasa total, la cifra fue inferior (40%). En términos generales, todos los productos ultraprocesados contenían exceso de azúcares libres, grasa total, grasas saturadas o sodio. Los impuestos generados para el Estado por la venta de estos alimentos están lejos de compensar los gastos causados al SNS y las familias, mismos que deberían ser destinados a acciones de promoción de la alimentación saludable (28).

El Estado Ecuatoriano y el Ministerio de Salud Pública han desarrollado varias intervenciones para mejorar la alimentación y estado nutricional de la población, enmarcadas en el Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición Ecuador, PIANE 2018 - 2025 (33) como leyes sobre lactancia materna, alimentación escolar impuestos a las bebidas azucaradas, normativas para promover y proteger la lactancia materna en el entorno laboral en el sector privado y en el SNS. De igual manera, se emitió el Reglamento Sanitario Sustitutivo de etiquetado de alimentos procesados para consumo humano No. 5103 y el Reglamento para el Control del Funcionamiento de Bares Escolares en el Sistema Nacional de Educación.

Estas políticas han incidido en la reducción del consumo de bebidas gaseosas y snacks salados y constituyeron un referente mundial en cuanto al etiquetado obligatorio para alimentos procesados. No obstante, años después se ha demostrado que para lograr el resultado esperado, estas acciones deben complementarse con un enfoque intersectorial, la profundización de medidas fiscales y campañas de comunicación a favor de una buena nutrición.

5.2.6 Desnutrición Crónica Infantil (DCI)

En Ecuador, según los datos de la encuesta ENSANUT 2012, la prevalencia del retardo en talla o Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en niños menores de 2 años fue del 24%, cifra que se incrementó para el año 2018 al 27,17%. En cuanto a la DCI, en menores de 5 años se observó de acuerdo con la ECV del 2014 un 23,9% y conforme la ENSANUT 2018 el porcentaje fue de 23 %, es decir, 1 de 4 niños menores de 5 años presenta Desnutrición Crónica en el país y esto aumenta en las zonas rurales observándose que 4 de cada 10 niños sufren este tipo de desnutrición. Las provincias con mayores porcentajes de desnutrición son Tungurahua, Chimborazo, Santa Elena, Cotopaxi y Bolívar. En ese contexto también se evidencia que, la etnia indígena presenta el 40,71% de DCI, la cual duplica al resto de grupos étnicos con desnutrición en los niños menores de 5 años (7).

5.2.7 Violencia basada en género

De acuerdo con la OMS, la violencia de pareja (física, sexual y psicológica) y las agresiones sexuales, provocan en las mujeres graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo. Se estima que la prevalencia de lesiones asociadas a violencia de pareja fue del 42% y que se tiene 16% más de probabilidades de sufrir un aborto involuntario y un 41% más de tener un parto prematuro (34).

En Ecuador, de acuerdo con la encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres, 65 de cada 100 mujeres. Ha experimentado por lo menos, un hecho de algún tipo de violencia a lo largo de su vida; el 56,9%, violencia psicológica, el 35,4% violencia física y el 32,7% violencia sexual, siendo mujeres afrodescendientes (71,8%) e indígenas (65,1%) las principales víctimas (35).

La violencia intrafamiliar, de género contra las mujeres y los femicidios como fenómenos sociales, también, se han incrementado por efecto de la pandemia; así, en 2020 se registraron según datos de la Fiscalía General del Estado (FGE), 77 femicidios, 15 más que en 2019, equivalente a 24,1 puntos porcentuales más. Entre enero y octubre de 2021 se han producido 55 femicidios (36).

Dadas estas cifras alarmantes, el MSP encamina acciones que aportan en la reducción de violencia, por lo que en el 2013 se incorpora en el Registro de



Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDCAA) y en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), variables de violencia de género, de allí que, en el 2020 se registra 23.861 atenciones en salud y en el primer semestre 2021, 11.300 (8) desagregadas por tipo de violencia: física 3.202, psicológica 4.598 y sexual 3.140 atenciones. Esto permite tomar decisiones para mejorar las políticas y generar acciones de promoción, prevención, detección y atención a víctimas de violencia de género contra las mujeres y población LGBTIQ+.

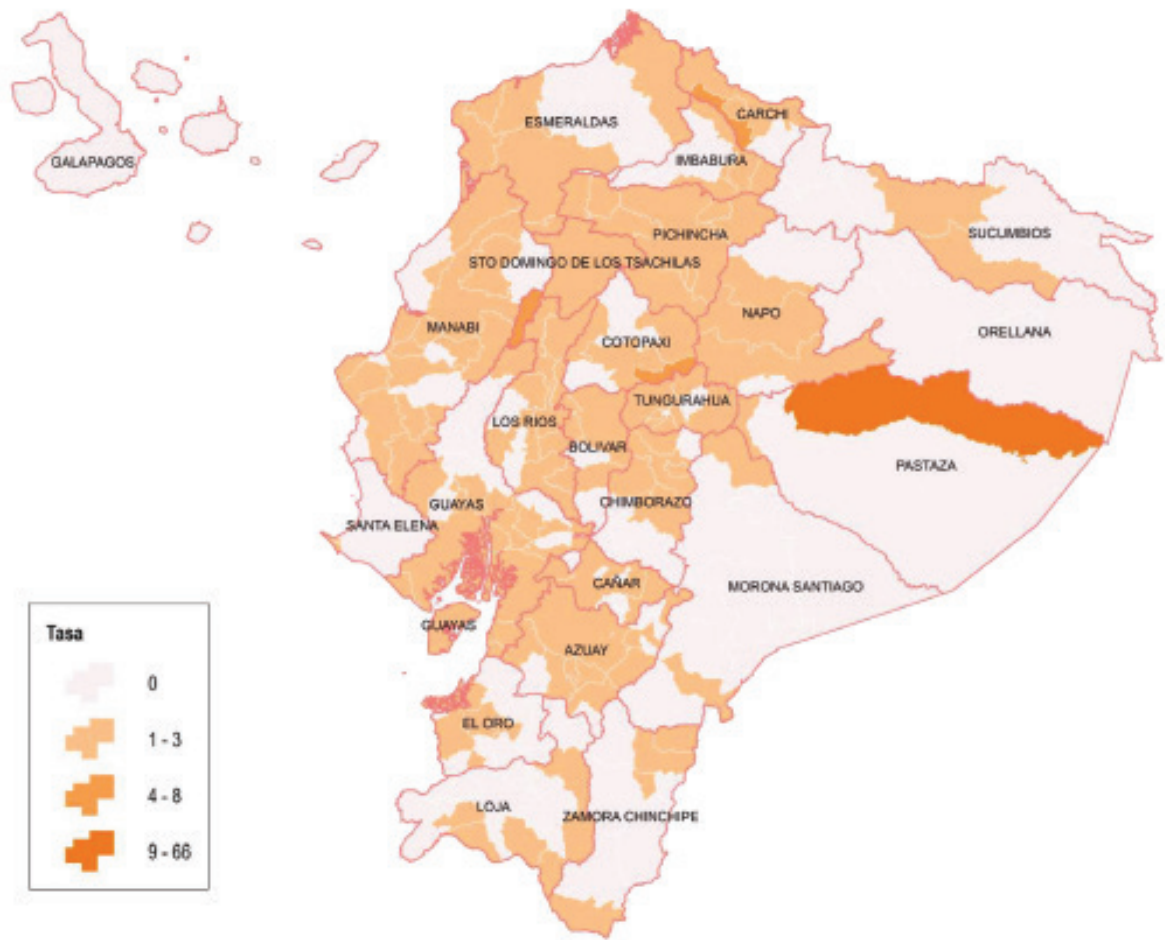
5.2.8 Suicidio

Cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el mundo. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años. El 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medios. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego son algunos de los métodos

más comunes de suicidio en el mundo. La tasa de mortalidad es uno de los indicadores de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuyo propósito es que, de aquí a 2030, se reduzca en un tercio el riesgo de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, así como promover la salud y el bienestar mentales (37).

En el Ecuador, alrededor de 1.000 personas mueren al año por heridas autoinfligidas (suicidio). En comparación a otros países de la región, los datos sugieren que el suicidio en el Ecuador se encuentra por debajo de la tasa promedio anual de la región (Américas: 7,3 por 100.000 habitantes). Sin embargo, se estima que en Ecuador existe un subregistro de mortalidad del 17,4%, por lo cual las tasas podrían ser más elevadas (OPS, 2018a) (38). Consistente con las tendencias a nivel mundial, en el Ecuador el suicidio afecta en mayor proporción a los hombres.

Figura 6. Mapa de la tasa de suicidios por 10.000 habitantes, según cantón 2021



Fuente: Ministerio de Gobierno (julio 2021)
Elaborado por: MSP

5.2.9 Embarazo en niñas y mujeres adolescentes

El embarazo en niñas y adolescentes responde a varias causas, y está presente a nivel mundial, siendo América Latina y el Caribe, la región con la segunda tasa más alta a nivel global.

En el Ecuador todavía se presentan brechas para el ejercicio pleno de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Están determinados por inequidades económicas, de género, sociales y étnicas en este grupo poblacional. Por estos motivos, es importante evidenciar en el marco de las políticas públicas el tema del embarazo adolescente, como una problemática de salud pública y referente al ejercicio de derechos humanos (39).

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son importantes problemáticas sociales que afectan la trayectoria de vida de miles de niñas y adolescentes en América Latina, especialmente en la subregión Andina. Los efectos de estos fenómenos son múltiples y complejos, y se traducen tanto en términos educativos como laborales, económicos, y sanitarios (40).

Considerando estas particularidades, el Ecuador emite la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025 (PIPENA) (39) a través de los ministerios de Salud,

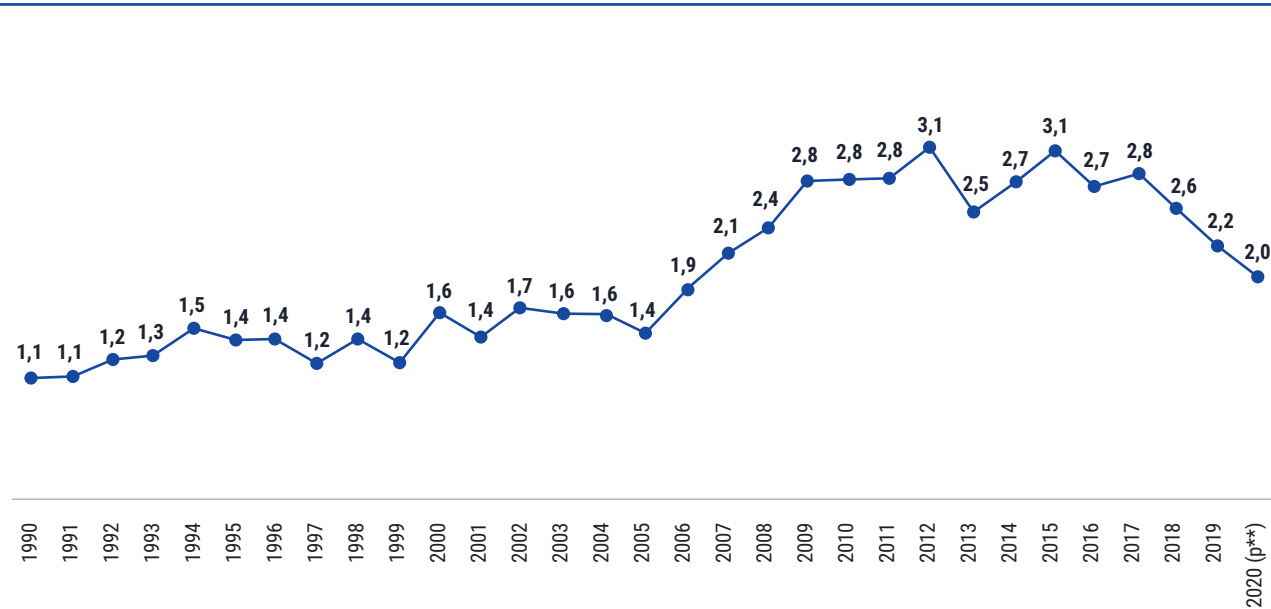
Educación, Inclusión Económica y Social y Justicia (actual Secretaría de Derechos Humanos). En este sentido, cada cartera de Estado debe responsabilizarse por aquellas estrategias, procesos o acciones para la reducción del embarazo en niñas y adolescentes en el marco de sus competencias.

La salud de las y los adolescentes, en particular su salud sexual y salud reproductiva, constituye un aspecto de especial preocupación debido a su relación con altas tasas de fecundidad y maternidad en adolescentes, complicaciones obstétricas, abortos inseguros, infección por VIH y violencia basada en género y sexual.

En el Ecuador, las cifras dan cuenta de este problema que, si bien ha tenido variaciones a lo largo de los años, siguen siendo preocupantes; considerando la afectación que genera en la vida de muchas niñas y adolescentes, pero también a nivel de país. Esto frente a una Tasa Específica de Fecundidad Adolescente (TEFA) alta, es decir, frente a una alta proporción de mujeres que fueron madres entre los 10 y 19 años, se ve comprometido el potencial que ofrece la fase del bono demográfico.

Para conocer la situación del embarazo en niñas y adolescentes, se evalúa la tasa específica de nacidos vivos según cada rango de edad. Cada año es publicada por el INEC, información que se obtiene de establecimientos de salud públicos y privados, así como datos del Registro Civil.

Figura 7. Tasa específica de fecundidad de adolescentes de 10 a 14 años



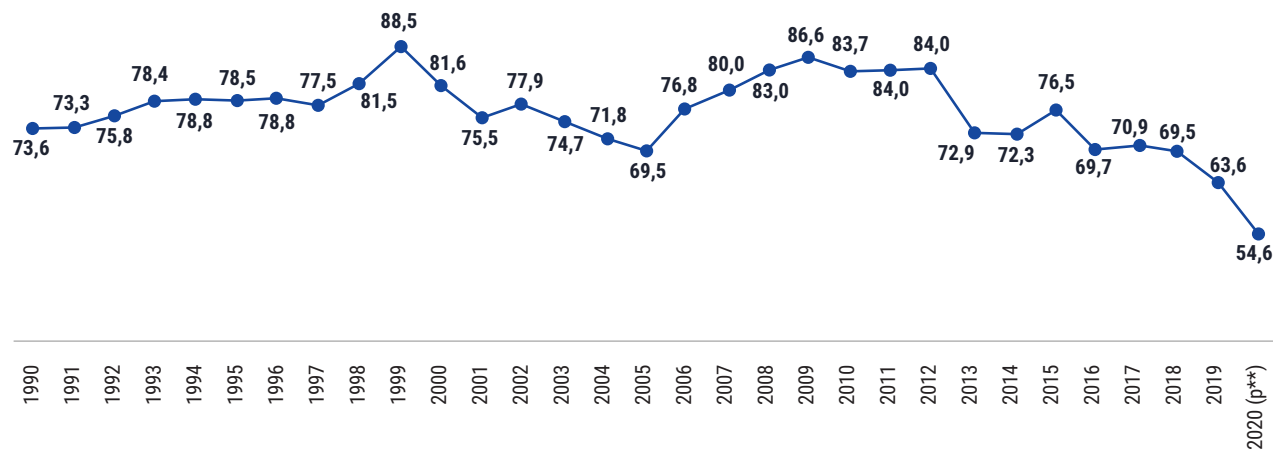
Fuente: INEC – 2020 – Registro Estadístico Nacidos Vivos 2011 –2020 (cifras provisionales).
Elaborado por: MSP

En el año 2020 se registraron un total de 1.631 nacidos vivos, hijos de adolescentes de 10 a 14 años, que corresponde a una tasa de 2 nacidos vivos por cada 1.000 niñas de ese rango de edad.

A partir de este dato se puede inferir que las cifras de violencia sexual cometidas hacia niñas y

adolescentes son altas, ya que en el país, según el Código Orgánico Integral Penal (COIP), todos los embarazos en menores de 14 años son producto de violencia sexual; y fisiológicamente están considerados como embarazos de alto riesgo.

Figura 8. Tasa específica de nacidos vivos de mujeres adolescentes de 15 a 19 años



Fuente: INEC – 2020 – Registro Estadístico Nacidos Vivos 1990 –2020 (p**, cifras provisionales).
Elaborado por: MSP

En 2020 se registró un total de 43.260 nacidos vivos, hijos de adolescentes de 15 a 19 años, que corresponde a una tasa de 54,6 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes en ese rango de edad. Aún cuando en los

dos rangos de edad se identifica una disminución de la tasa de nacidos vivos, las cifras todavía son altas. Razón por la cual, es preciso fortalecer acciones en la prevención del embarazo en niñas y adolescentes (41).

5.3 CARGA DE LA ENFERMEDAD

En los últimos 10 años, el país presenta una transición epidemiológica caracterizada por disminución de las enfermedades transmisibles y el incremento en la morbilidad y mortalidad por las enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, diabetes, cáncer, entre otras); tal como está ocurriendo en la región de las Américas y el resto del mundo.

5.3.1 Enfermedades transmisibles

Las principales causas de muerte por enfermedades transmisibles siguen siendo las de origen respiratorio, que ubican la influenza y neumonía entre las primeras 5 hasta el año 2019.

5.3.1.1 Pandemia COVID-19²

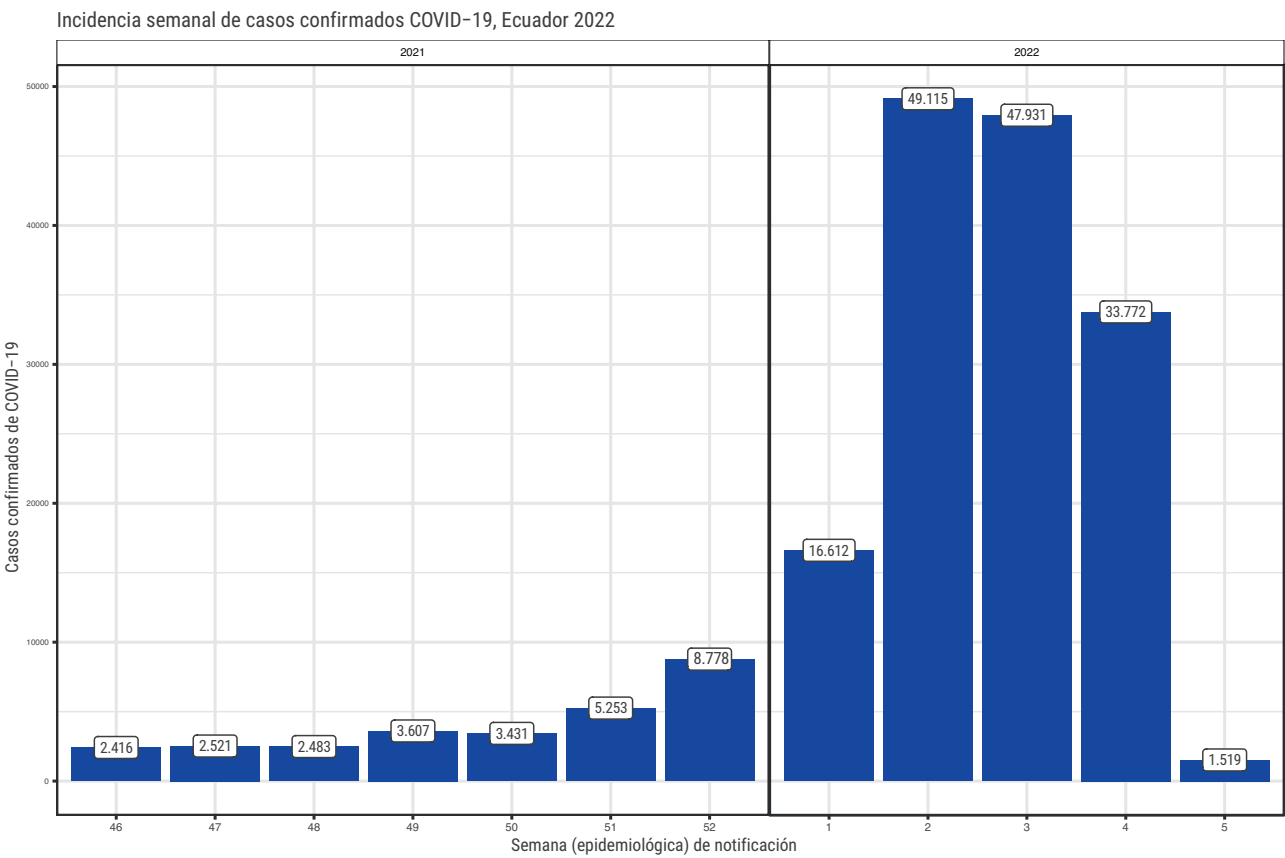
En Ecuador, desde el inicio de la pandemia hasta la semana epidemiológica 4 de 2022, se han detectado y notificado 732.038 casos acumulados confirmados de COVID-19; 136.063 probables y 1 602.069.

De acuerdo al número de casos en las primeras semanas de 2021, se puede observar un incremento de casos, teniendo una mediana de 673 casos, a partir de la semana epidemiológica 18 de este año. Con el inicio de la segunda fase de vacunación se observa un decremento.

El ingreso de las variantes a territorio ecuatoriano no ha contribuido al aumento exponencial de casos graves y fallecidos; sin embargo con la aparición de la variante Ómicron a partir de la semana 48 el número de casos subió abruptamente desde la semana 51. Ómicron al momento se ha vuelto la variante de mayor prevalencia. Al respecto, no se puede desconocer que en los hospitales del país que atienden a pacientes graves de COVID-19 tenemos a hospitalizados por variantes; lo que permite plantear la importancia del trabajo de contención de la transmisión y su continuidad en todo el territorio ecuatoriano.

2 Estadística presentada desde 29 de febrero de 2020 hasta el 31 de enero 2022.

Figura 9. Casos confirmados por COVID-19 por semana epidemiológica, Ecuador desde semana 46 de 2021 hasta la 5 de 2022

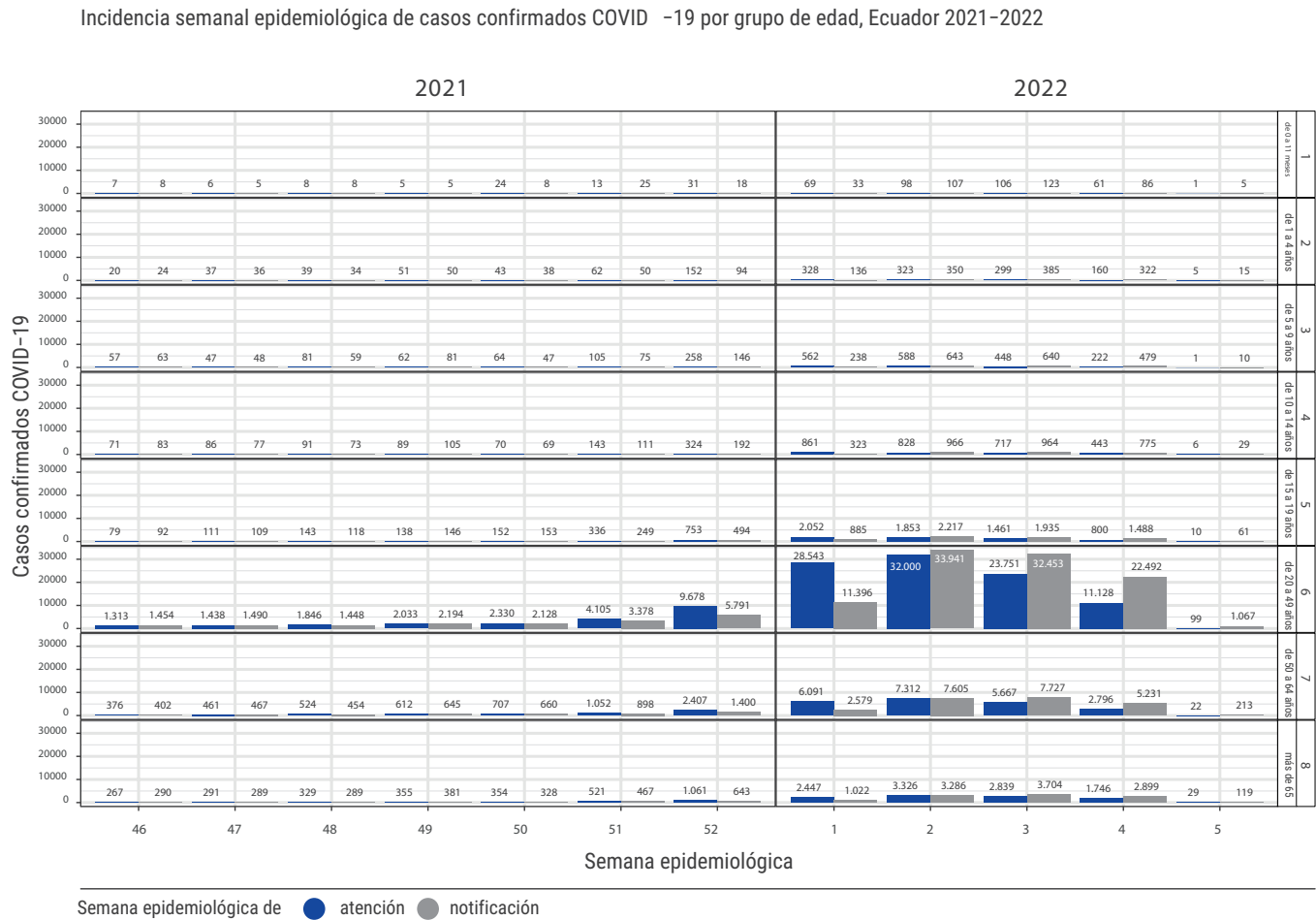


Fuente: Reporte generado por el Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica (SIVE-ALERTA ViEpi + COVID-19-PCR) del MSP
Elaborado por: MSP

En Ecuador, el grupo que se ha visto más afectado por la COVID-19 de acuerdo a la notificación registrada en el Sistema Integral de Vigilancia

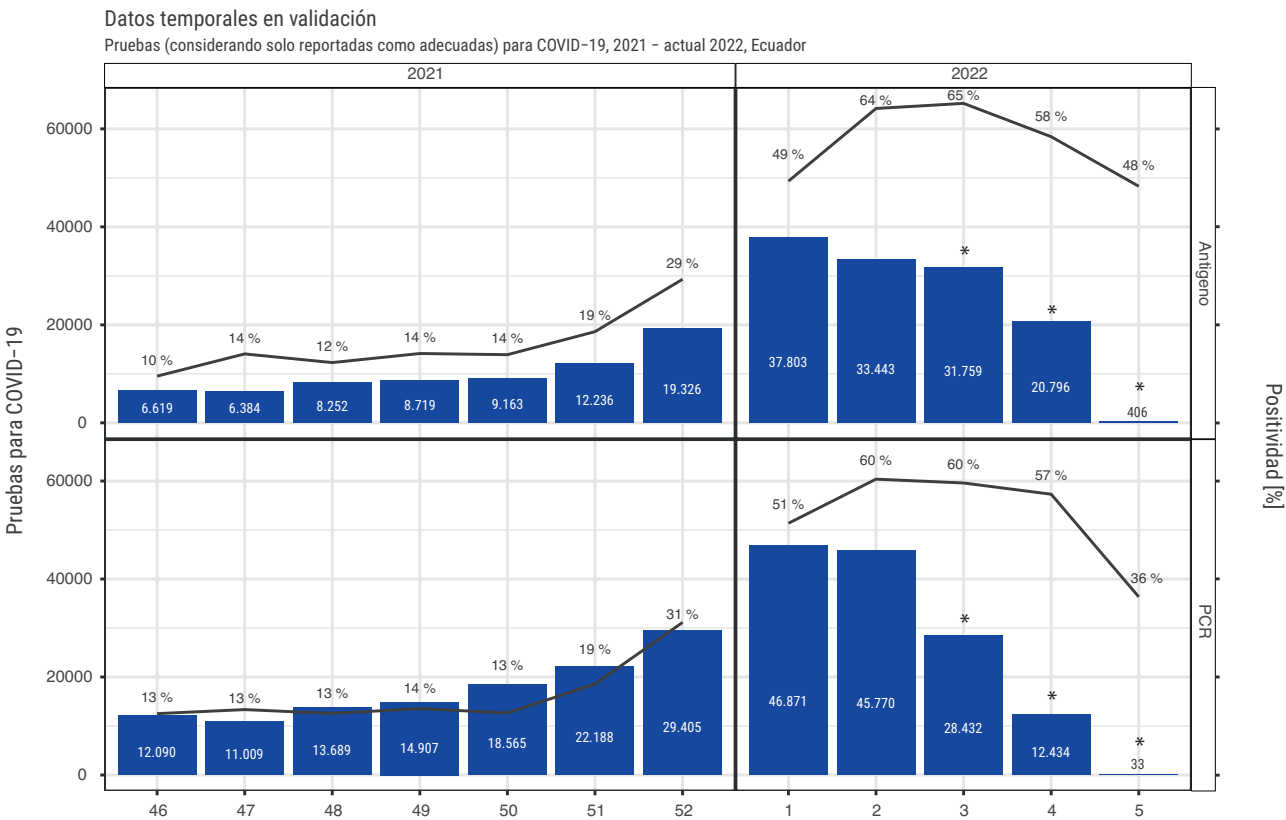
Epidemiológica (SIVE) es el grupo de 20 a 49 años, seguido por el de más de 65 años.

Figura 10. Casos confirmados y notificados por COVID-19, según grupo de edad, Ecuador 2022



Fuente: Fuente: Reporte generado por el Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica (SIVE-ALERTA ViEpi + COVID-19-PCR) del MSP
Elaborado por: MSP

Figura 11. Pruebas tomadas RT-PCR, antígenos y porcentaje de positividad de COVID-19, Ecuador 2021- 2022



* Tener en cuenta que al menos las 4 semanas más recientes pueden estar incompletas
Fuente: Reporte generado por el Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica (SIVE-ALERTA ViEpi + COVID-19-PCR) del MSP
Elaborado por: MSP

El grupo etario con tasa de letalidad acumulada más alta es el grupo de más de 65 años (considerando fallecidos solo registrados en el SIVE), llegando a una

tasa de 18,95%, seguido del grupo de 50 - 64 años con una tasa de letalidad acumulada de 0,52%.

Tabla 3. Notificaciones de casos confirmados y fallecidos del SIVE a nivel nacional, según grupo de edad 2020 - 2022

Grupo de Edad	Tasa de incidencia acumulada*	Tasa de mortalidad en contexto (SIVE)*	Tasa de letalidad en contexto (%) (SIVE)	Casos confirmados	Fallecidos (confirmados + probables) (SIVE)
más de 65	6.283,92	1190,8	18,95	82.338	15.603
de 50 a 64 años	6.710,73	335,26	5	144.059	7.197
de 20 a 49 años	6.524,36	33,69	0,52	483.944	2.499
de 15 a 19 años	1.883,34	1,67	0,09	30.495	27
de 10 a 14 años	926,94	0,83	0,09	15.594	14
de 5 a 9 años	523,04	0,95	0,18	8.769	16
de 1 a 4 años	372,58	1,51	0,4	4.944	20
de 0 a 11 meses	429,43	11,48	2,67	1.422	38
Nacional	4.406,26	145,13	3,29	77.1565	25.414

*Las tasas están calculadas usando datos de fallecidos en contexto (confirmados + probables); tasa por 100 mil habitantes.
Fuente: Reporte generado por el Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica (SIVE-ALERTA ViEpi + COVID-19-PCR) del MSP
Elaborado por: MSP

A la fecha la pandemia continúa su curso y sigue representando un riesgo de primer orden para la salud, que requiere reforzar la vigilancia epidemiológica,

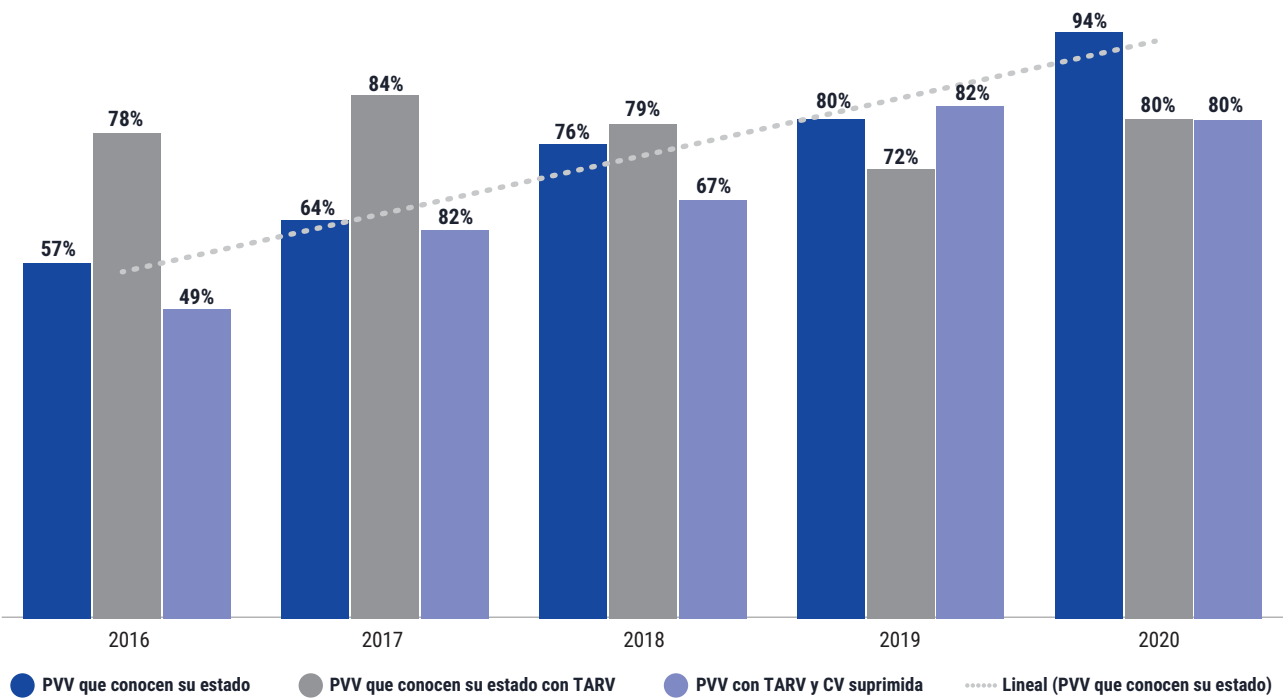
continuar con las medidas de salud pública y avanzar con el proceso de vacunación.

5.3.1.2 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Para el 2020, el MSP notificó 3.823 casos nuevos de VIH, con un número menor en comparación con el 2019. Para este año, con corte a julio 2021, se han notificado 2.128 casos nuevos de VIH, lo cual indica que al momento existen 44.631 personas que

conocen su diagnóstico de VIH en el país. De los datos mencionados hay 33.844 personas viviendo con VIH que reciben tratamiento antirretroviral, lo que representa el 76% de las personas que conocen su estado. El 97% corresponde a adultos (de 15 años en adelante) y el 3% a niños (de 0 a 14 años). La información corresponde a MSP, IESS e ISSPOL.

Figura 12. Cascada de atención de VIH 2016-2020



Fuente y Elaborado por: : MSP

Referente a la eliminación de la transmisión materno infantil (0 niños con VIH), alrededor del 90% de infecciones por VIH en niños/as son adquiridas por transmisión materno-infantil. Los tamizajes de VIH en gestantes tuvieron un incremento del 10,4% entre 2018 y 2019; mientras que para el 2020 el incremento fue del 37,6%. El esfuerzo de tamizaje en los últimos tres años ha dado como resultado un aumento en la captación de gestantes con VIH; así como el cambio del algoritmo diagnóstico de VIH, alcanzando una prevalencia del 0,18% en el 2020. La tasa de transmisión materno-infantil de VIH, durante el 2020, tuvo un incremento del 36% en relación al año anterior, con 13 niños menores de 18 meses con VIH por transmisión materno-infantil.

Bajo este panorama se ha trazado el objetivo de reducir a cero el número de niños menores de 18 meses infectados con VIH por transmisión materno-infantil hasta el 2025, con la implementación de la Estrategia ETMI plus para la eliminación materno infantil por VIH, sífilis, infección de Chagas congénita e infección perinatal por el virus de la hepatitis B, en el SNS (42).

5.3.1.3 Tuberculosis (TB)

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, mismo que asocia a la pobreza y hacinamiento como un parámetro descriptivo de la situación del país. Es la primera causa de muerte a nivel mundial provocada por agente infeccioso único.

Figura 13. Estimaciones de la carga TB 2020 e incidencia TB en VIH positivos

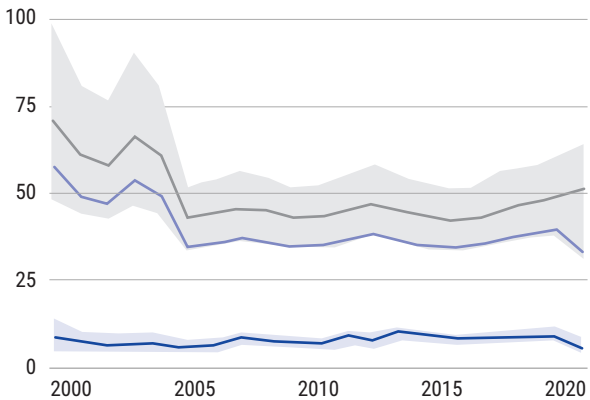
Estimaciones de la carga de TB*, 2020

	Número	Tasa (por 100.000 habitantes)
Incidencia total de TB	8.500 (6.500 - 11.000)	48 (37 - 61)
Incidencia de TB en VIH-positivos	400 (120 - 830)	2,3 (0,7 - 4,7)
Mortalidad por TB en VIH-negativos	690 (570 - 810)	3,9 (3,3 - 4,6)
Mortalidad por TB en VIH-positivos	260 (220 - 310)	1,5 (1,3 - 1,8)

Cobertura universal de salud y protección social*

Cobertura del tratamiento de TB (casos notificados/incidencia estimada), 2020	62% (49 - 82)
Pacientes con TB que enfrentan costos totales catastróficos	
Tasa de letalidad de TB (mortalidad estimada/incidencia estimada), 2020	11% (8 - 15)

Incidencia, casos nuevos y recaídas de TB notificados, Incidencia de TB en VIH-positivos (Tasa por 100.000 hab. por año)



Fuente: (43)
Elaborado por: MSP

En Ecuador se inició la implementación de actividades públicas de prevención y control de la tuberculosis a partir del Decreto N° 1364 del 11 de diciembre de 1973. Allí, los hospitales y dispensarios de LEA se integran a los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, dando origen al PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS que se ve reforzado en el 2000, a través de la cooperación internacional de Canadá. Esta implementación, que el MSP adoptó como una prioridad en su momento, ha permitido disminuir la tasa de mortalidad de 3,2 por cada 100.000 habitantes en el 2011 al 1,8 por cada 100.000 habitantes en 2019. (Fuente: ENPCTB-L) (44).

El país es también signatario de los acuerdos de la Reunión de Alto Nivel de TB que se realizó en 2018 y que se enfoca en alcanzar los objetivos de la Estrategia Fin de la TB de la OMS.

5.3.1.4 Lepra

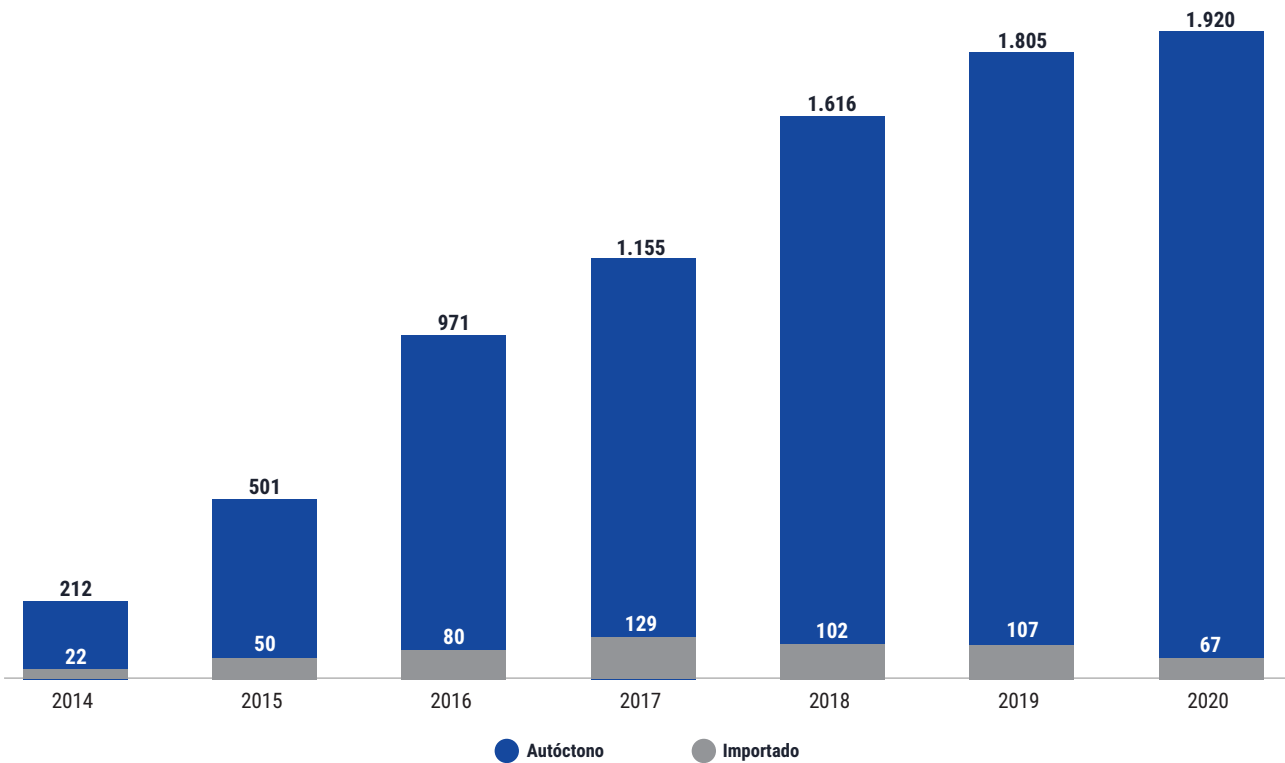
La lepra es una patología que en el Ecuador está en proceso de control y eliminación. Al momento reporta 1 afectado con enfermedad de Hansen por cada 250.000 habitantes, por lo que se está enfocando la atención en la rehabilitación neurológica y control de contactos. (Fuente: Global Lepra Report) (45).

5.3.1.5 Malaria

Históricamente el paludismo o malaria, se ha presentado como un grave problema de salud pública. Ha estado relacionado con permanentes cambios estructurales por las crisis socioeconómicas, eventos climáticos, como el Fenómeno del Niño o la expansión de la frontera agrícola invadiendo zonas de bosque tropical húmedo, la presencia de asentamientos humanos desordenados, la resistencia a la cloroquina para *P. falciparum*, la explotación minera legal e ilegal, la permeabilidad de la frontera con los países vecinos, procesos migratorios y falta de políticas que garanticen recursos para el control de la enfermedad.

Después del máximo pico registrado en el país con 106.641 casos en el 2001. Desde el 2002 hasta el 2014 la tendencia de casos descende, llegando a 241 gracias a la adhesión del país a las políticas internacionales de control de malaria, que ha implicado una gran inversión en recursos y personal. A partir de 2014, el número de casos aumentó hasta la fecha. Sin embargo, dado que el país mantiene la notificación de casos menor a 2.000, se ha incluido a Ecuador en la iniciativa global de eliminación E-2025 la cual incluye a 25 países del mundo (y 9 de las Américas) con la meta de eliminar la transmisión de la malaria en el 2025.

Figura 14. Morbilidad malárica en Ecuador, por origen de la infección. 2014-2020



Fuente: Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica de Malaria en el Ecuador (SIVEMAE) y SIVE componente Alerta Acción (SIVE-Alerta) del MSP **Elaborado por:** MSP

La transmisión de malaria en 2020 se circunscribe a 10 cantones pertenecientes a 6 provincias (Morona Santiago, Pastaza, Orellana, Sucumbíos, Esmeraldas y Cotopaxi). En otras provincias como Santa Elena, Los Ríos, El Oro y Manabí se han presentado pequeños

brotos que se han controlado en pocas semanas y no se ha instaurado transmisión continua. La especie predominante en la Amazonia, en la región subtropical, y en litoral es *Plasmodium vivax*, a excepción de la región norte del litoral que es *Plasmodium falciparum*.

5.3.2 Prevalencias de enfermedades no transmisibles (ENT)

Según resultados de la encuesta STEPS 2018, las prevalencias de las principales ENT son las siguientes (46):

- El 19,8% de la población tiene presión arterial elevada, lo cual aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. De estos, la mitad no está en tratamiento.
- El 7,8% de la población tiene hiperglucemia, lo que aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus.
- El 7,1% de la población tiene diabetes mellitus, lo cual aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- El 34,7% de la población tiene colesterol elevado, lo que aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- El 11,6% de la población entre 40 y 69 años tiene un riesgo cardiovascular.

En el Ecuador, la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles ha aumentado en los últimos años, ocupando el primer lugar en el 2020 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares con el 25% (28.906). En el segundo lugar estuvo el cáncer con el 10% (11.236), luego diabetes mellitus con el 7% (7.900) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con el 1% (1.057). Al revisarse la información con los diagnósticos, se puede evidenciar que independientemente del año, las enfermedades cerebrovasculares, cáncer, diabetes mellitus son las primeras causas de fallecimiento en el Ecuador (41).

De acuerdo con el registro del Centro Internacional de Investigación sobre el Cáncer (CIIC), durante el 2020, reporta que se diagnosticaron en Ecuador un total de 29.273 casos nuevos de cáncer. De los cuales, 13.190 fueron en hombres y 16.083 en mujeres, con una tasa de incidencia estandarizada por edad de 154,6 por cada 100.000 habitantes para los dos sexos (45).

Tabla 4. Incidencia de cáncer en Ecuador

Tipo de cáncer	Nuevos casos	Tasa de incidencia
Próstata	3.249	35,5
Mama	3.563	38,2
Cervicouterino	1.534	16,0
Colorrectal	2.481	12,9
Estómago	2.472	12,5

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Observatorio Global del Cáncer (en inglés The Global Cancer Observatory, GCO) (45)
Elaborado por: MSP

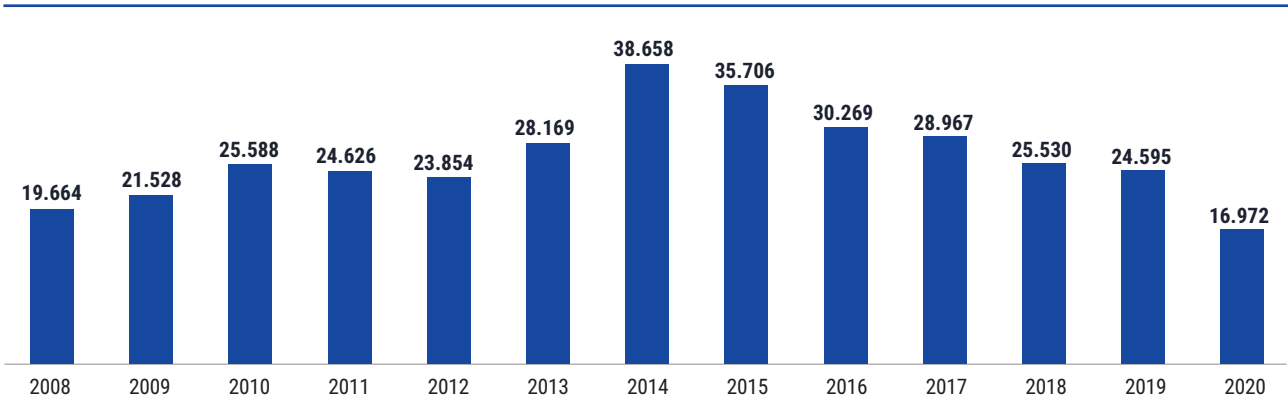
5.3.3 Accidentes y lesiones

Los cambios en el mundo del trabajo han estado acompañados de serios impactos en la salud de los trabajadores. Los datos recogidos por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indican que “2,78 millones de trabajadores mueren cada año por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. De los cuales 2,4 millones están relacionados con enfermedades y 374 millones de trabajadores sufren accidentes del trabajo no mortales. Se calcula que los días de trabajo perdidos representan cerca del 4 por ciento del PIB mundial y, en algunos países, hasta el 6 por ciento o más” (34). A pesar del alto subregistro que existe en el país y al hacer referencia solo a dos de las provincias más grandes del Ecuador, el IESS indica que para el 2020, en la provincia del Guayas (con

4´387.434 habitantes) se registraron 6.131 accidentes del trabajo y 82 enfermedades del trabajo. Para la segunda provincia en tamaño poblacional (3´228.230), Pichincha registró 5.034 accidentes del trabajo y 263 enfermedades del trabajo (47).

Por otra parte, América Latina sigue ocupando el primer lugar en ranking mundial de las regiones con las tasas de mortalidad más altas por accidentes de tránsito. Ecuador se encuentra en el puesto 70 en el ranking mundial de muertes por causa de los accidentes de tránsito con 1.591 fallecidos en el 2020 (17). La Agencia Nacional de Tránsito (ANT) registra que en la mayoría de los casos los accidentes se deben a la embriaguez, que es la tercera causa; las distracciones al momento de manejar y el exceso de velocidad, que se encuentra en cuarto puesto en la actualidad.

Figura 15. Número de siniestros de tránsito a nivel nacional 2008 – 2020



Fuente: Agencia Nacional de Tránsito (2020)
Elaborado por: MSP

5.4 LIMITACIONES EN EL ACCESO Y COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD

Un modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades debe tener suficiente capacidad resolutoria en el primer nivel de atención para brindar un servicio integral y coordinado, mediante equipos de salud multidisciplinarios y con la participación de otros sectores. Además, el sector salud, para la atención y el cuidado de pacientes con necesidades complejas (48).

Por esta razón, el país desde hace más de dos décadas ha desarrollado diversos esfuerzos para consolidar un Modelo de Atención Integral de Salud basado en la estrategia de atención primaria. A lo largo de estos años se tuvo avances importantes en el incremento de unidades médicas, así como en los procesos de organización de los servicios.

Sin embargo, hasta ahora la implementación del modelo no ha sido homogéneo a nivel nacional y se observan diversas dificultades para garantizar el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud sobre todo en las áreas con mayores problemas de accesibilidad geográfica. A pesar de los acuerdos interinstitucionales no se han podido resolver los problemas de fragmentación y segmentación del sistema sanitario.

Hasta el 2018, la cobertura poblacional declarada se distribuye en aproximadamente 31,4% del Seguro General de Salud-IESS, 7,5% Seguro Campesino-IESS, 0,9% ISSPOL, 1,5% ISSFA y 60,1% el Ministerio de Salud Pública.

La mayor parte de la infraestructura en salud en 2018, corresponde al sector público (79,74%), el 63,8% pertenece al Ministerio de Salud Pública. Cuenta con 2.119 establecimientos de los cuales 135 tienen internación hospitalaria.

Con este incremento en la infraestructura de salud, se lograron avances significativos en algunos de los indicadores. Sin embargo, no se ha garantizado la cobertura efectiva de algunos de los servicios esenciales, como ejemplo se puede mencionar que las coberturas de vacunación infantil venían en descenso previo a la pandemia y que este problema se acrecentó durante la misma.

La cobertura de vacunación contra rotavirus entre 2013 y 2019 se mantuvo en aproximadamente 82,1% para descender al 76,5% en 2020. En el caso de la vacuna pentavalente en este mismo periodo

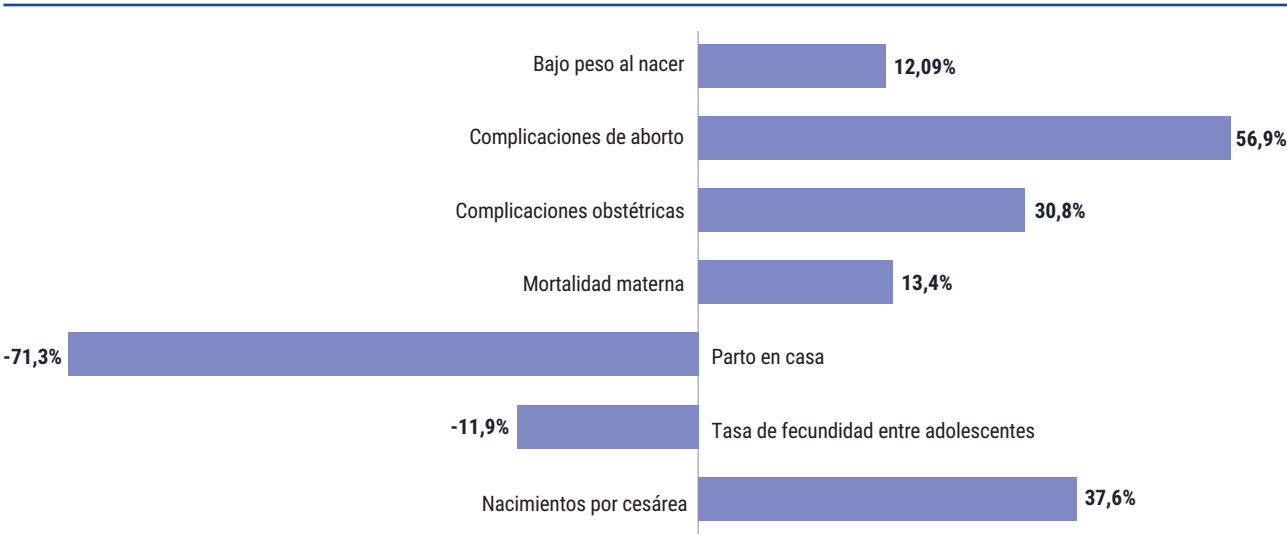
se mantuvo en 86, 8% descendiendo a 75,7% en 2020. Para los niños de 12 a 23 meses, el promedio alcanzado de cobertura con vacuna para sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) en 2020 fue de 81%, con lo cual no se alcanzan coberturas efectivas que puedan prevenir el avance de eventuales brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.

En el ámbito de cobertura de servicios de salud reproductiva, si bien se identificaron algunos progresos como la atención del parto institucional, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos persiste y la

mortalidad materna se ha incrementado de manera alarmante en el contexto de la pandemia.

De acuerdo al estudio de costos de omisión de salud reproductiva, se analizan los principales indicadores en el periodo de 2008 - 2015, destacándose la disminución de la fecundidad en adolescentes y de los partos atendidos en casa. Por otro lado, se registra el incremento de nacidos vivos con bajo peso, complicaciones obstétricas, complicaciones por aborto, mortalidad materna y nacimientos vía cesárea (39,40,49).

Figura 16. Indicadores de salud sexual y reproductiva en Ecuador. Cambio porcentual en el periodo 2008 - 2015

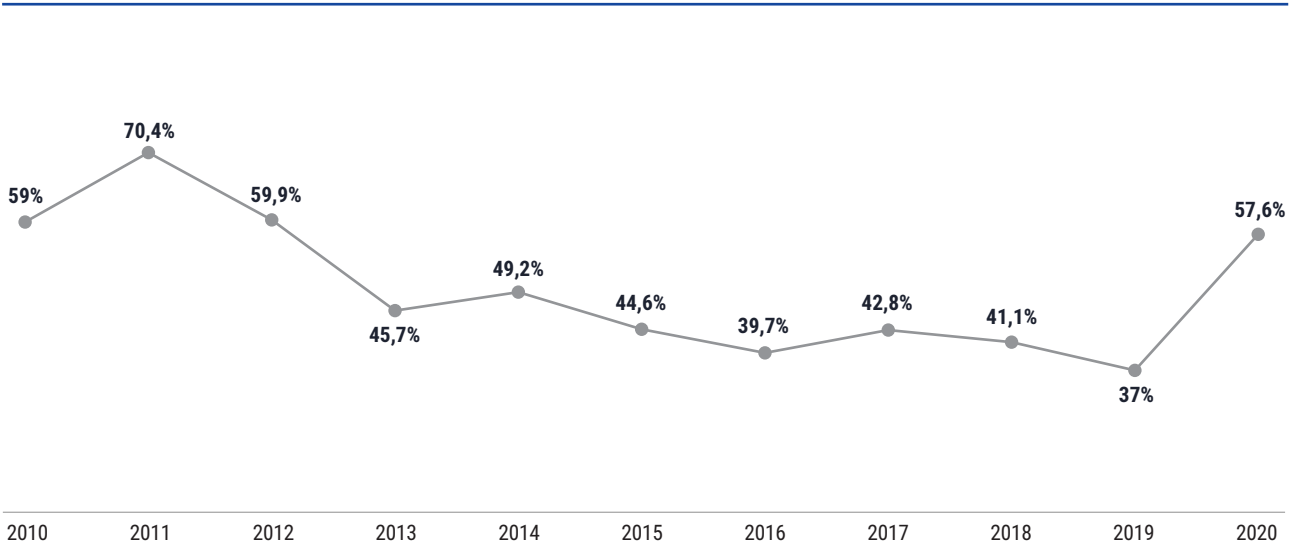


Fuente: AINEC, bases de datos de mortalidad general, de nacidos vivos y de egresos hospitalarios, 2008 – 2015
Elaborado por: MSP

En relación a la mortalidad materna se destaca el retroceso importante que se observó en el contexto de la pandemia por COVID-19. Hasta 2011 existía una tendencia a la baja, sin embargo, desde 2020 tras la pandemia esta alcanza niveles similares a los de 2010. Siendo este un grave problema de salud pública, en

la medida en que esta se incrementó en 20,6 puntos porcentuales solamente entre 2019 y 2020. Se encuentra concentrada principalmente en mujeres indígenas y afrodescendientes (20%), cuyas principales causas de muerte materna fueron trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias de parto (50).

Figura 17. Tasa por cada 100.000 nacidos vivos de mortalidad materna 2010 – 2020

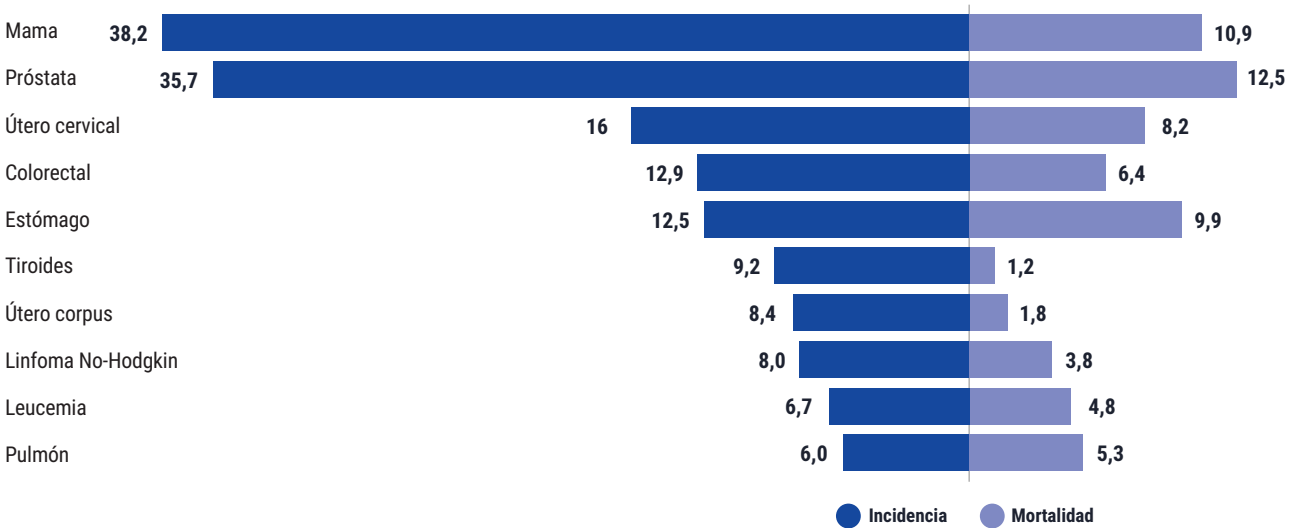


Fuente: MSP, 2021
Elaborado por: MSP

En el ámbito de la atención de las enfermedades no transmisibles existen problemas importantes para la detección oportuna de cáncer de mama y

cervicouterino que todavía se encuentran entre las principales causas de muerte por cáncer en mujeres.

Figura 18. Tasa calculada por 100.000 habitantes de incidencia y mortalidad ajustada por edad por los 10 tipos de cáncer, Ecuador 2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Observatorio Global del Cáncer (en inglés The Global Cancer Observatory, GCO)

Elaborado por: Observatorio Global del Cáncer (en inglés The Global Cancer Observatory, GCO)

Por otro lado, las limitaciones de los servicios de salud para la detección oportuna de hipertensión arterial y diabetes, así como la dificultad de mantener el control de los pacientes detectados, representa también un problema de salud pública.

Si bien en las primeras etapas de la reforma del sector salud se hicieron esfuerzos por mantener Equipos de Atención Integrales de Salud (EAIS) en las unidades de primer nivel de atención para mejorar el acceso y cobertura de servicios de salud. También, la

formación de Médicos de familia que incrementarán la capacidad resolutive, donde se logró en 2018 contar con 23,44 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes (51). Actualmente persiste una deficiencia importante de personal de enfermería, sin que hasta ahora se cuente con alguna política pública para revertir el indicador de 2 médicos por cada enfermera.

Sin embargo, a raíz de los ajustes estructurales aplicados desde 2019, se llevó a cabo una serie

de desvinculaciones del personal de salud que ha persistido aún en el contexto de la pandemia. Hasta el momento no hay claridad en el número e impacto preciso de estas decisiones.

Así también en este contexto de ajustes estructurales se llevaron a cabo diversos cambios de la estructura organizacional de los servicios de salud del MSP, que generó la fusión de diferentes distritos de salud, lo que aparentemente ha complejizado los procesos de gestión. La estructura administrativa del Estado, organizada por zonas que incorporan varias provincias, muchas veces sin conexión directa, o dividen los cantones urbanos de Quito y Guayaquil de sus provincias, la estructuración de distritos y oficinas técnicas que pueden incorporar a varios cantones a una parte de ellos, rompen con la lógica de gestión sanitaria basada en poblaciones y territorios definidos y en la articulación con los GAD. No permite el manejo y gestión poblacional de los riesgos epidemiológicos y la articulación de las redes con los diversos subsistemas públicos y privados.

Por otro lado, se debe señalar las dificultades que enfrenta el IESS para la provisión de servicios preventivos a sus asegurados, dada la limitada oferta en primer nivel de atención, siendo que una población estimada en el 38,9% solo cuenta con 45 unidades de primer nivel de atención (52).

De tal forma que la prestación de servicios se ha centralizado en la respuesta a las demandas por

condiciones agudas de salud principalmente el ámbito hospitalario, las prestaciones de atención preventivas y de promoción de salud son limitadas y no se ofrecen en todos los subsistemas de salud. Persiste un enfoque eminentemente curativo que generalmente va acompañado de una ineficiente utilización de tecnologías y atención especializada.

El primer nivel de atención tiene escasa capacidad resolutoria y no responde a los perfiles de salud de cada territorio. Además de, limitadas capacidades para identificar la población con riesgos de salud, con una atención oportuna que limite los daños a la salud.

Los modelos de gestión bajo los que se organizan los servicios en cada uno de los subsistemas no permiten identificar los niveles de eficiencia y efectividad de la prestación de los servicios. No están orientados a incentivar las acciones de prevención y promoción de la salud ni mejora de la calidad y seguridad en la atención.

Por lo tanto persisten problemas de transparencia en la gestión de los recursos, desabastecimiento de insumos médicos, deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios, falta de integración de los servicios entre los niveles de atención que han tenido como consecuencias, falta de oportunidad de la atención, inequidades en el acceso y cobertura de las prestaciones de salud, baja capacidad de respuesta y altos niveles de ineficiencia.

5.5 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El SNS en el Ecuador incluye a las instituciones de salud, públicas y privadas, cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. De acuerdo con la OMS, los sistemas sanitarios tienen la responsabilidad no solamente de mejorar la salud de las personas, sino de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y de tratarlas con dignidad.

A lo largo de los últimos 20 años, el SNS ecuatoriano ha sufrido varios cambios, que buscan consolidar las funciones de rectoría, regulación y control del sector; así como mejorar la provisión de servicios y la sostenibilidad financiera.

Sin embargo, el sistema de salud actual es fragmentado. Por un lado, el ejercicio de las facultades de rectoría y regulación otorgadas a la Autoridad Sanitaria Nacional por la Constitución y legislación vigente se ven limitadas en la capacidad de control en el marco del SNS. Pese a la existencia de entidades de control adscritas, el ejercicio de dicha facultad sigue siendo un reto.

Por otro lado, el SNS presenta una complejidad para su adecuada administración en tanto que confluyen

distintas modalidades de servicios públicos de salud y fuentes de financiamiento, como la del Gobierno central y de aseguramiento público (IESS, ISSFA e ISSPOL).

Así mismo, pese a que en la última década se hicieron esfuerzos para articular la prestación y facilitar el acceso de la población a los servicios de salud, tanto de la red de servicios públicos como a la red privada complementaria a través de acuerdos institucionales de derivación y un tarifario, la debilidad del sistema de información impide en muchos casos la articulación efectiva y un adecuado sistema de reembolsos y transparencia en la administración de recursos financieros destinados a la prestación de servicios de salud con financiamiento público.

En este sentido, la falta de una política nacional de sostenimiento del SNS y los servicios de salud deriva en un alto gasto de bolsillo por parte de la misma población en el rubro de salud, lo que devela la ineficiencia en la administración del gasto público en este rubro. A continuación se analiza a detalle cada problemática del SNS.

5.5.1 Funciones de rectoría y gobernanza del Sistema Nacional de Salud

El Ecuador ha transitado por diversos cambios institucionales para fortalecer la rectoría y gobernanza del SNS. Los principales cuerpos legales que dan cuenta de ello son la Ley Orgánica de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que previo a la Constitución de 2008 ya definían al MSP como el principal órgano rector del sistema y a los integrantes del mismo; así como las funciones de coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento de la salud. Se definieron a los Consejos Cantonales de Salud como organismos de representación de los integrantes del sistema, los cuales se constituían como instancias de coordinación, concertación sectorial, articulación interinstitucional e intersectorial en apoyo al funcionamiento del sistema; siendo el CONASA la instancia de representatividad nacional (53).

En la Constitución se precisa que el MSP es el principal órgano rector del SNS y que es el responsable de formular la política nacional de salud, y encargado de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud, y el funcionamiento de las entidades del sector.

Con este marco jurídico se fortalecieron y coordinaron los principales acuerdos del SNS e, incluso, se crearon dos organismos de apoyo a la función de control de la Autoridad Nacional como

fueron la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS).

En acuerdo con los mandatos constitucionales de 2008 se consideró necesario actualizar y consolidar el marco legal que permitiera articular una serie de cuerpos normativos que actualmente se encuentran dispersos. En el periodo de 8 años se elaboró la propuesta de Código Orgánico de Salud (COS), que finalmente pese a que fue aprobado en segundo debate por la Asamblea Nacional, fue vetado por el Presidente de la República en 2019, dejando pendiente este esfuerzo de contar con un único marco legal que pueda dar respuesta integral al mandato constitucional para consolidar los logros y dar respuesta a los retos pendientes.

La función de rectoría del MSP tendrá que fortalecerse para guiar los procesos de transformación del sistema de salud que están pendientes para mejorar el nivel de salud y calidad de vida de la población y hacer efectivo el goce del derecho a la salud.

5.5.2 Provisión de servicios de salud

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

La RPIS está conformada por establecimientos

de salud del MSP, el IESS que incluye al (SSC), las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional como lo dispone el artículo 360 de la Constitución de la República. A esta red deben articularse otros establecimientos de

salud públicos; así como también los proveedores privados, con o sin fines de lucro, que conforman la Red Privada Complementaria. La RPIS es coordinada por el MSP que es el principal proveedor de servicios en el

Tabla 5. Distribución de establecimientos de salud de la RPIS por proveedor a nivel de zona de planificación

Zonas	Fuerzas Armadas	IESS	MSP	Policía Nacional	Total General
Zona 1	11	103	284	5	403
Zona 2	6	36	130	3	175
Zona 3	9	112	275	5	401
Zona 4	7	168	237	5	417
Zona 5	8	112	295	7	422
Zona 6	8	102	276	3	389
Zona 7	24	99	310	4	437
Zona 8	14	11	133	6	164
Zona 9	13	24	154	10	201
Total	100	767	2.094	48	3.009

Fuente: GEO SALUD, 31/12/2020
Elaborado por: MSP

Las prestaciones de servicios de salud (emergencia, ambulatorio, atención prehospitalaria, hospitalización, diálisis, rehabilitación y cuidados paliativos) buscan ser integrales e incluir todos los procesos requeridos en el

“continuo de la atención”, desde el momento del ingreso del paciente hasta el alta de la patología y/o condición de salud, y la referencia/derivación o contrareferencia de la unidad médica correspondiente.

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

El segundo nivel está enfocado a las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y las que requieren hospitalización, incluso, en modalidades nuevas como cirugía ambulatoria y hospital del día. Es el escalón de referencia inmediata del primer nivel. Sus establecimientos son consultorio de especialidad clínico, quirúrgico y odontológico; centro de especialidad y centro clínico quirúrgico ambulatorio; hospital básico y hospital general.

En el tercer nivel están establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados. Son centros de referencia nacional. Hay un cuarto nivel que corresponde a los centros de experimentación por registro clínico y a los de alta subespecialidad. Un último nivel es el de atención prehospitalaria que oferta atención en cualquier lugar donde ocurra un evento que amenace la salud.

Con base a lo establecido en Norma Técnica de la red, todos los prestadores de salud deben garantizar la oportunidad de la atención y la disponibilidad de los mejores recursos para el diagnóstico y tratamiento integral de los usuarios/pacientes, por lo cual reciben un reconocimiento económico.

Importante es anotar que el MSP brinda cobertura en salud a la población que no cuenta con afiliación registrada y en el seguro general obligatorio del IESS, SSC, Seguridad Social de la Fuerzas Armadas o Seguridad Social de la Policía Nacional.

A pesar de los esfuerzos que el MSP implementó para reducir los problemas de fragmentación de los servicios de salud, con la firma del convenio con las instituciones públicas de salud para integrar la RPIS. Su objetivo fue establecer los mecanismos de articulación para complementar entre sí la cobertura de servicios manteniendo la gratuidad, estableciéndose un mecanismo de pago por prestaciones entre las instituciones de la RPIS y RPC que establece el pago por procedimientos, a través de un tarifario para el SNS. El convenio, anteriormente mencionado, está vigente desde 2012 y ha permitido el intercambio de servicios entre instituciones. En el 2018 se ofertaron más de 60 millones de consultas en el país, tanto en la Red Complementaria de servicios públicos y privados, representando este último el 8% de las atenciones.

La RPIS si bien tiene avances importantes enfocados principalmente al pago de las prestaciones entre los proveedores de salud que integran la red, ha avanzado muy poco en estructurar una red de servicios de salud territorial que organice el acceso a las unidades de salud de una población adscrita, siendo esa una barrera fundamental a superar para garantizar el acceso a los servicios.

Tabla 6. Red pública integral de salud, atenciones de salud en establecimientos de su propia red, y en la RPIS y RPC, año 2016

Subsistema	Propia red	%propia red	RPIS	RPC	RPIS/RPC	% RPIS/RPC	Total
MSP	49.252.978	98	11.506	1.125.018	1.136.524	2	50.389.502
IESS	19.595.114	78	244.289	5.371.707	5.615.996	22	25.211.110
ISSFA / Fuerzas Armadas	359.926	93	2.752	22.612	25.364	7	385.290
ISSPOL / Policía Nacional	572.796	98	6.709	6.048	12.757	2	585.553
Total	69.780.814		265.256	6.525.385	6.790.641		76.571.455

Fuente: Informe técnico No. DNARPCS-INF-2021-0064
Elaborado por: MSP

Si bien dentro de los principales avances se destaca la clasificación de los establecimientos por niveles de atención, la definición de la cartera de servicios, un cuadro básico de medicamentos y dispositivos médicos, normativas diversas y la definición del Tarifario Único de Prestaciones para el SNS, persiste el desafío de mantener la actualización del tarifario, y la necesidad de establecer nuevos mecanismos de pago eficientes al interior y entre instituciones y mecanismos que garanticen la transparencia en la administración de dichos recursos

públicos destinados a garantizar el acceso a la salud, vista como un derecho. Por otro lado, el mayor desafío de la RPIS es constituir una red territorializada de servicios de salud con población adscrita.

Hasta ahora, la organización territorial de los servicios de salud no permite definir una población y territorio a cargo que permita tener un amplio conocimiento de las necesidades de salud de la población, por lo que no se fijan objetivos y metas de salud a este nivel que son la

base de la provisión de servicios basados en la atención primaria en salud.

Por otro lado la gestión de los servicios de apoyo clínico, administrativo y logístico mantienen deficiencias en la integración. Generalmente repercute en la falta de acceso, principalmente, a los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Existen limitaciones en la coordinación de los servicios a lo largo del proceso continuo de la atención. Lo que generalmente se traduce en falta de oportunidad en la atención de la población que en muchas ocasiones es sometida a largas listas de espera enfrentando barreras de acceso a los servicios esenciales, así como a los medicamentos y tecnologías sanitarias que requiere.

La gestión de los servicios no se organiza en función de la integración de la red por lo tanto no cuenta con objetivos que permitan medir el avance de los resultados de salud de las redes. Los sistemas de información no están integrados ni permiten la interoperabilidad con el resto de los proveedores tanto públicos como privados. En ese sentido no existe evaluación de la calidad de la atención que se brinda, y no se cuenta con incentivos que fortalezcan las acciones de prevención y promoción de la salud sobre las acciones eminentemente curativas.

Si bien se han tenido avances en el marco normativo para asegurar la calidad de la atención en el país, existen brechas importantes para identificar las necesidades

y preferencias de la población en esta materia que permitan mejorar la calidad y seguridad de los servicios.

5.5.3 Recursos estratégicos en salud

Son aquellos recursos claves para el cumplimiento de los objetivos e impacto de una organización de salud: recursos humanos, medicamentos, dispositivos, equipamiento infraestructura y recursos financieros.

5.5.3.1 Recursos humanos para la salud

La preocupación por el desarrollo de recursos humanos para la salud adecuados, disponibles y calificados para atender las necesidades de salud de la población ha sido parte central de las agendas mundiales, regionales y nacionales en las últimas décadas.

Específicamente en el caso ecuatoriano, los problemas del talento humano del sector están asociados a la necesidad de fortalecer la formación profesional, de postgrado y especialización de los trabajadores de la salud, en todos los niveles del sistema de educación superior.

Por otro lado, determinantes de la salud tales como envejecimiento de la población, desastres naturales, morbilidad evitable por patrones negativos de consumo y hábitos de vida insanos, accidentes y violencia, contaminación del medio ambiente, riesgos ambientales y cambio climático permiten prever una creciente demanda de servicios de salud. Este aspecto debe venir acompañado por una proyección adecuada y eficiente de

la cobertura de servicios y por ende, el talento humano que los presta.

Este aspecto pone de manifiesto la necesidad de planificar y optimizar la distribución de profesionales de la salud en función de la demanda, los niveles de salud y las tipologías de establecimientos correspondientes a la RPIS.

En la misma línea, la continuidad y estabilidad de los profesionales de la salud en la carrera sanitaria mejoran los niveles de eficiencia y eficacia de la inversión pública y permite mejorar los resultados de esta en el mediano

y largo plazo, permitiendo la orientación de la política pública de salud hacia esquemas de promoción y prevención de la enfermedad.

Por otro lado, uno de los desafíos más importantes en el país es revertir la inadecuada relación entre el número de profesionales médicos respecto a profesionales de enfermería (1.6:1), y la relación de profesionales de enfermería respecto a auxiliares de enfermería (1.43:1). Esto afecta la calidad de la atención y la desigualdad en la distribución de los recursos por provincias, con mayor impacto en el primer nivel de atención.

Tabla 7. Número y tasa de profesionales que trabajan en establecimientos de salud, 2018

Profesionales de la salud	Número	Tasa x 10000
Médicos	39.908	23,44
Enfermeras	24.751	14,54
Odontólogos	5.318	3,12
Psicólogos	1.582	0,93
Obstetrices	2.296	1,35

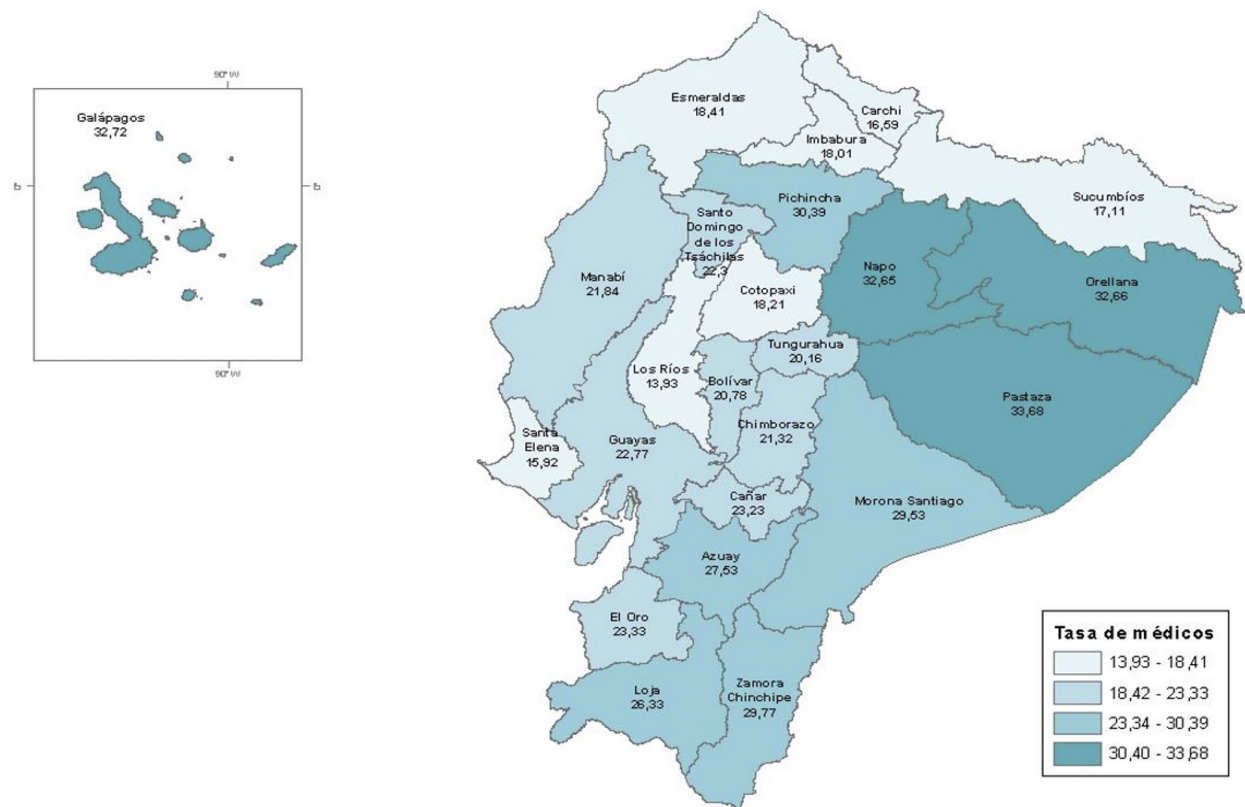
* Tasa calculada para la población de 17.023.408 habitantes proyectada por INEC para el 2018.

Fuente: INEC, 2018
Elaborado por: MSP

El desarrollo de recursos humanos para la salud adecuados y de calidad requiere un profundo análisis crítico de la situación en el Ecuador. Además, de la comprensión de las dinámicas de empleo y voluntad política para explorar alternativas sobre la composición

y las competencias de los recursos humanos apropiados y alineados al modelo de atención. Las diferencias de recursos humanos en provincias, en cuanto a médicos, se muestran a continuación:

Figura 19. Tasa de médicos por 10.000 habitantes por provincia, 2018



Fuente: INEC, 2018
Elaborado por: MSP

Es así que persisten las inequidades en la disponibilidad, la distribución y la calidad del personal de salud en el país. No se cuenta con estrategias para la retención del personal en las áreas rurales y más remotas; además de que cada vez se van ampliando las condiciones de precariedad en el trabajo.

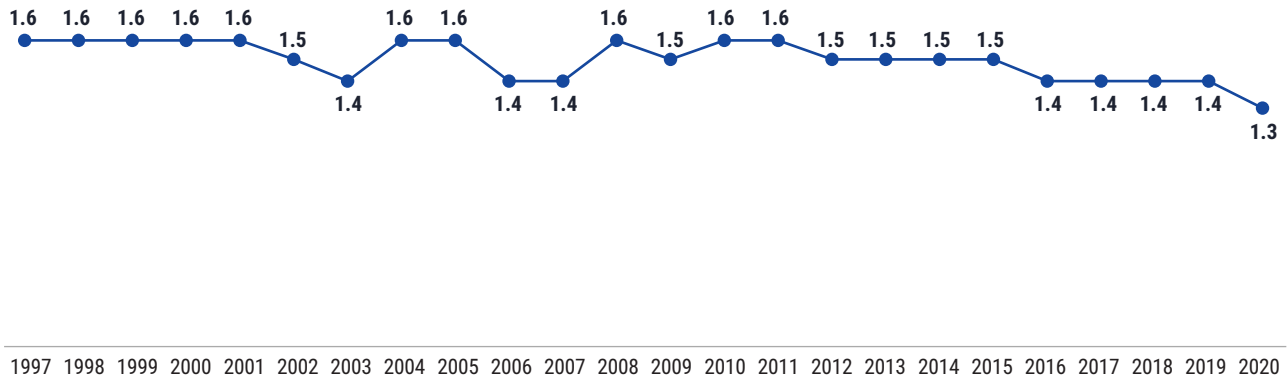
No se cuenta con un plan de previsión de las necesidades presentes y futuras del personal de salud, por lo que no se cuenta con estrategias de largo plazo que permitan articular los procesos intersectoriales principalmente con las instituciones formadoras, así como las que modulan el mercado de trabajo. Pero, principalmente,

no se tiene asegurado el presupuesto que se requiere para contar con el personal que se cumplan con los objetivos del plan de salud.

5.5.3.2 Infraestructura de salud

El Ministerio de Salud Pública es el principal proveedor de servicios de salud en el país, seguido del IESS. Si bien en los últimos años se ha incrementado la infraestructura en salud, esta no ha tenido el mismo ritmo de crecimiento que el poblacional. Un ejemplo de ello se observa en el número de camas hospitalarias disponibles por cada 1.000 habitantes.

Figura 20. Camas por cada 1000 habitantes 1997-2020



Fuente: INEC, 2018 (47)
Elaborado por: MSP

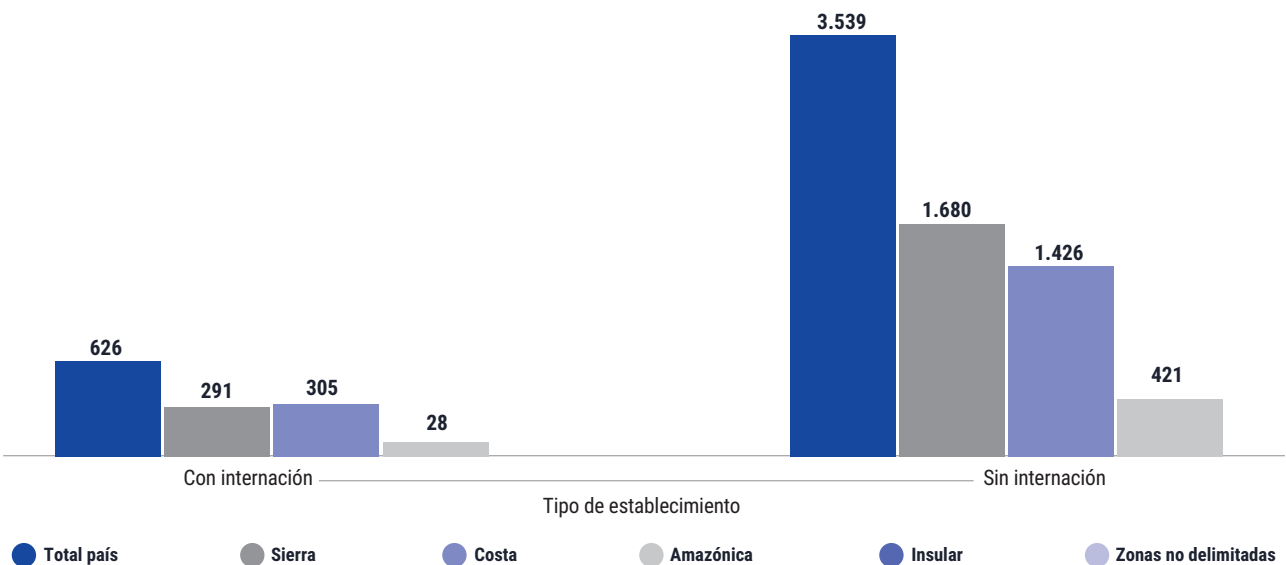
En mayo de 2021 se registró el pico más alto de ocupación de camas, con un total de 484 camas de unidades de cuidado intensivo (UCI) destinadas para tal efecto a pacientes COVID-19. Es el mayor número registrado desde que se inició la pandemia, llegando a su capacidad máxima de expansión.

Los establecimientos de salud públicos y privados para el 2018 eran 4.165, el 71% público y el 29% privado. La distribución por región muestra diferencias importantes que requieren de actualización de la planificación territorial.

Los establecimientos de salud públicos y privados para el 2018 eran 4.165; de los cuales, 3.539 clasificados como establecimientos de salud sin internación pertenecen al sector público representando el 88,64%, relación que se invierte cuando se analizan los establecimientos de salud con internación hospitalaria donde el 71% pertenecen al sector privado.

La distribución por región muestra diferencias importantes, que no puede explicarse solo por la densidad poblacional.

Figura 21. Número de establecimientos de salud por tipo, según región, 2018

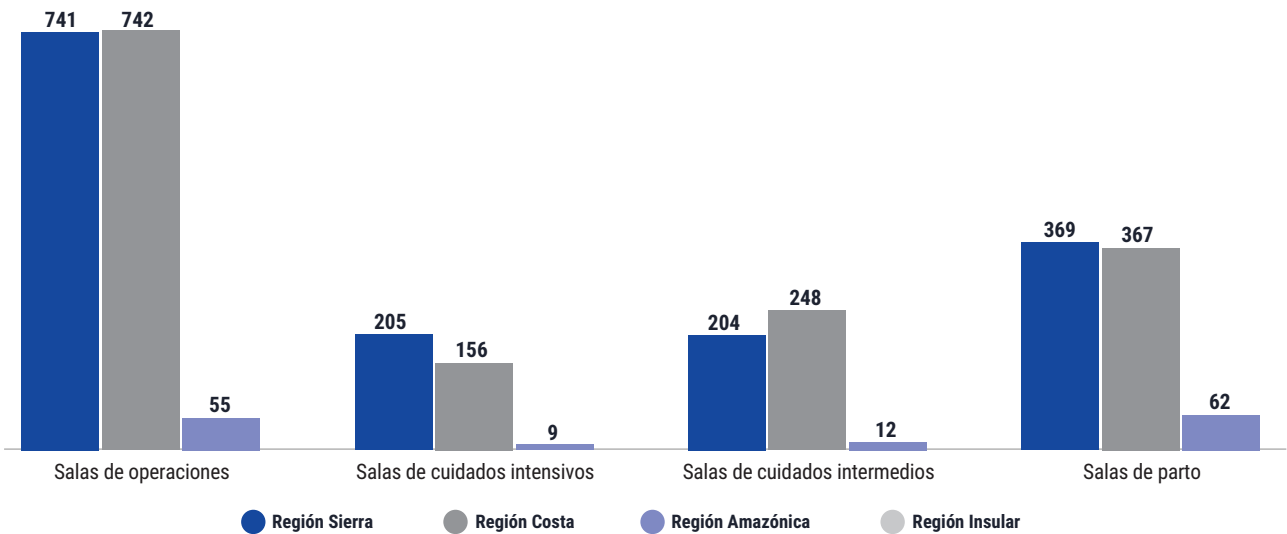


Fuente: Registro estadístico de recursos y actividades de salud 2018 INEC
Elaborado por: MSP

Lo mismo sucede al analizar la disponibilidad de principales ambientes físicos con mayor presencia en los

establecimientos de salud que se concentran, principalmente, en las zonas Sierra y Costa del país.

Figura 22. Ambientes físicos de los establecimientos de salud por región, 2018



Fuente: Registro estadístico de recursos y actividades de salud 2018 INEC

Elaborado por: MSP

Se requiere fortalecer y unificar los planes de crecimiento en infraestructura y equipamiento que respondan a una planificación estratégica en base a la integración de las redes de servicios de salud tanto del ámbito público como privado.

Debe incorporarse un análisis de las tecnologías en salud que garantice la adecuada disponibilidad pero

también su uso óptimo con personal calificado a cargo de su operación.

Es imperante contar tanto con planes de crecimiento en infraestructura como de aquellos que garanticen el mantenimiento preventivo y correctivo para garantizar la calidad y seguridad de la atención. Además un sistema de información robusto que permita evaluar

la productividad, rendimiento y apoya en la toma de decisiones sobre las necesidades prevalentes y futuras de salud.

5.5.3.3 Medicamentos y dispositivos médicos

El acceso equitativo a los medicamentos y otras tecnologías sanitarias que sean seguros, asequibles, eficaces y de calidad es un requisito para el acceso universal a la salud. Por lo tanto es responsabilidad de los sistemas de salud adoptar políticas, marcos jurídicos y regulatorios e intervenciones integrales para asegurar la disponibilidad, accesibilidad y uso racional de los mismos que, por un lado, no expongan a la población a dificultades económicas y, por otro, no pongan en riesgo la sostenibilidad del sistema de salud.

En la Política Nacional de Medicamentos del Ecuador se establece el objetivo de asegurar la disponibilidad, calidad y acceso equitativo a medicamentos para la población del Ecuador, priorizando el enfoque hacia los medicamentos esenciales.

En sus lineamientos estratégicos se contempla desde el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, la protección al consumidor de los riesgos asociados; fortalecer los procesos de gestión y de servicios farmacéuticos hasta la generación de mecanismos para el financiamiento sostenible y la optimización de la calidad del gasto farmacéutico, y mecanismos de transparencia del sector farmacéutico, producción nacional de medicamentos.

Los principales avances en esta materia han sido el fortalecimiento institucional de la ARCSA que le permite cumplir con sus funciones reguladoras principales en materia de calidad, a través del registro sanitario, control posregistro y certificación de buenas prácticas. Aunque la agencia cuenta con programas de mejora continua su reto principal es consolidar la evidencia para la acreditación con Autoridad Nacional Reguladora nivel IV de la OPS/OMS y con ello ser considerada como de referencia regional.

Por otro lado, el fortalecimiento de las capacidades del MSP para el desarrollo de las evaluaciones de las tecnologías sanitarias, que sin duda apoyan en la toma de decisiones, pero que requiere de un apoyo constante para su continuidad y ampliación de sus alcances.

En el ámbito de la planificación de las necesidades de medicamentos y tecnologías sanitarias persisten deficiencias para la estimación de estas, ya que la mayoría de ellas se hace a través del consumo histórico y no incluyen otras variables que permitan una estimación más cercana a las necesidades reales.

Los problemas más evidentes, sin embargo, han sido los relacionados con los procesos de adquisición de medicamentos. En el país, la normatividad prevé que los medicamentos sean adquiridos mediante la realización de Subastas Inversas Corporativas. Es un procedimiento especial a través del cual el Servicio Nacional de Contratación Pública conjuntamente con la RPIS consolida la demanda potencial, para realizar

la subasta. Si bien a través de este mecanismo pionero en la región se han obtenido ahorros significativos y una mejora en el poder de negociación con los proveedores. Existen un sinnúmero de ineficiencias que deben subsanarse sobre todo para garantizar la calidad y oportunidad de la entrega y atacar el problema de desabasto.

Pese a la normativa existente se ha evidenciado diversas formas de corrupción en la compra de medicamentos, sobre todo, relacionadas con sobreprecios, entre las denuncias que se han presentado a la Fiscalía destacan delitos, como peculado, tráfico de influencias, cohecho, enriquecimiento ilícito, entre otros.

El modelo de gestión de suministros médicos y tecnologías sanitarias vigente es ineficiente e ineficaz. Presenta deficiencias importantes en la estimación de necesidades y la adquisición, con problemas para asegurar las buenas prácticas de almacenamiento y distribución, con un sistema de información debilitado que no le permite la generación de información para el mejoramiento continuo, un déficit importante del talento humano especializado en estos temas y la falta de estrategias efectivas para asegurar el uso racional de los medicamentos.

Sin duda, se requieren transformaciones estructurales en esta materia, dado que el presupuesto del Estado destinado a la adquisición de estos medicamentos se encuentra en constante crecimiento y representa uno de los principales rubros del gasto en salud. Para el

2018 el presupuesto ejecutado representó USD. 139,6 millones para medicamentos y USD. 176,11 millones para dispositivos médicos.

En 2019, el valor del mercado de medicamentos y productos farmacéuticos fue de USD. 2.165 millones. Equivale a un poco más del 2% del PIB, correspondiendo el 39% a medicamentos de producción nacional y el 61% a importados.

En 2021, el presupuesto codificado de medicamentos del MSP ascendió a \$ 236,7 millones, es decir, un poco más del 10% del valor total que se mueve en el mercado.

Pese a esta inversión del Estado, no se logra asegurar el acceso a medicamentos de la población y muchos de los hogares invierten su presupuesto en gastos de salud, siendo el rubro de medicamentos el que representa el mayor porcentaje.

Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR), durante 2011 y 2012, las familias ecuatorianas gastaron alrededor de \$179 millones. El 52,67% se destinó a productos farmacéuticos, el 15,10% fue utilizado en servicios médicos, y el 14,25% en servicios hospitalarios.

Las estrategias a considerar en el futuro deben encaminarse principalmente a fortalecer la gobernanza de la autoridad reguladora nacional, a establecer un modelo de gestión moderno, transparente y eficaz sostenido en un sistema de información robusto,



interoperable enmarcado en la nueva agenda digital.

Fortalecer los procesos de negociación de precios de medicamentos que permitan obtener ahorros importantes, así como ampliar el uso de los mecanismos de compra internacional que aseguran el acceso de medicamentos de calidad, como el Fondo Estratégico, Fondo Rotatorio de OPS y el convenio de compra con el UNFPA.

También fortalecer el uso racional, a través de la elaboración de guías de práctica clínica basadas en

la mejor evidencia científica, capacitación constante al personal de salud y los pacientes, seguimiento farmacoterapéutico, dispensación informada y seguimiento de fármaco y tecnovigilancia.

5.5.4 Gestión de la información y agenda digital

La Autoridad Sanitaria Nacional identificó la transformación digital como un eje crítico para el mejoramiento de la gestión del sector, lo que pone sobre el tapete la necesidad de acelerar el uso de las TIC con

la finalidad de mantener el contacto con la población, tener un manejo de datos clínicos de pacientes, la importancia del seguimiento nominal y longitudinal, la necesidad de una administración adecuada de registros administrativos como fuente para la toma de decisiones oportunas basadas en evidencia.

Adicionalmente se han flexibilizado varias normativas que han permitido recurrir a nuevos procesos y herramientas digitales, tales como: tele consulta, tele diagnóstico y tele monitoreo en procesos de atención médica a personas con enfermedades y condiciones de salud priorizadas (hipertensión, diabetes, madres embarazadas, niños, salud mental, entre otras).

Por este motivo, el presente plan no puede dejar de lado la administración de la información del sector ni el uso de TIC en el mismo, aspecto contenido en el Plan marco para la Transformación Digital de la Salud (Agenda Digital del Sector). Plantea tres estrategias con sus respectivos objetivos prioritarios, los mismos que orientan acciones en esta materia para el presente plan. Las estrategias planteadas en este marco son:

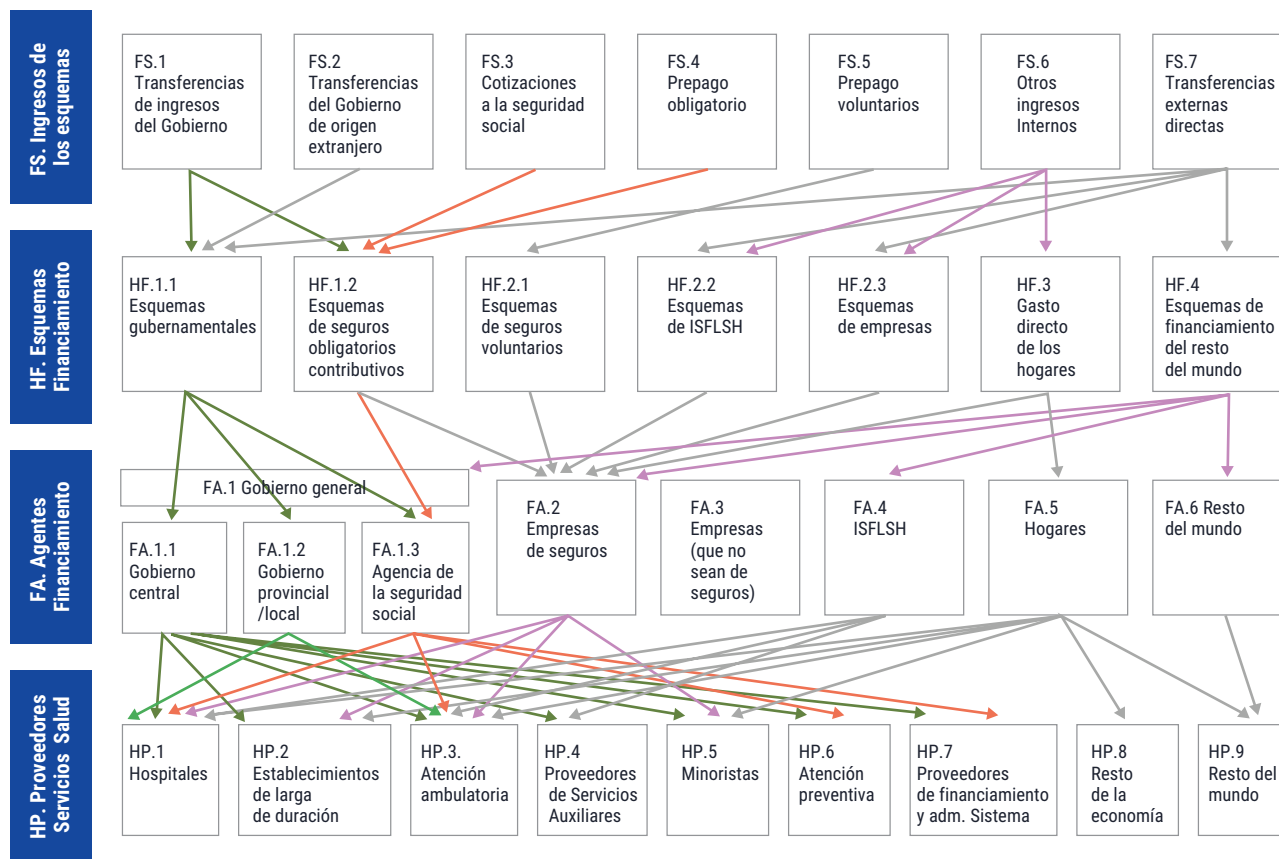
1. Mejorar la oportunidad y calidad de la información, impulsando su uso para el análisis y toma de decisiones.
2. Fortalecer el ecosistema digital para contribuir en la calidad de atención de salud.
3. Promover la innovación y fortalecer la gobernanza en salud digital.

5.5.5 Financiamiento del Sistema de Salud

El financiamiento del SNS puede ser explicado a partir de la matriz de financiamiento (araña de financiamiento) de la metodología SHA2011 de OMS/OPS. Como podemos apreciar en la Figura 22 se muestra una representación dinámica entre los Ingresos de Esquemas de Financiamiento (FS) que corresponde a las fuentes de los ingresos recaudados que serán asignados a los Esquemas de Financiamiento (HF). Los Esquemas de Financiamiento se constituyen en los diferentes regímenes a través de los cuales la población accede a los servicios de salud. Los Agentes de Financiamiento (FA) son las unidades institucionales a través de quienes se gestionan los esquemas de financiamiento en el sector público y privado y a quienes se les asigna los fondos que serán utilizados por los Esquemas de proveedores (HP).

Los proveedores son organizaciones y/o actores que prestan bienes y servicios de atención en salud. Disponer de una clasificación de proveedores permite conocer la estructura de la prestación de servicios en el país, generar indicadores y cruce de información con otros esquemas. (OCDE; Eurostat; World Health Organization 2011).

Figura 23. Esquemas de ingresos, financiamiento y proveedores basado en la metodología del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011) en el Ecuador



Fuente: System Health Account SHA 2011
Elaborado por: MSP

Uno de los indicadores para medir la efectividad de la cobertura del SNS guarda relación con el gasto de bolsillo en relación con el gasto total, y el gasto público

en salud. En Ecuador, el gasto total en salud creció desde el 3,3% del PIB hasta el 7,8% en 2019. Sin embargo, menos del 50% corresponde a gasto público.

En la siguiente tabla se aprecia el financiamiento de la producción de actividades características de la salud por fuente de financiamiento y montos del período

del 2007 al 2019. Se incluye a los sectores públicos y privados del SNS tomados como fuente principal de las Cuentas Satélites de Salud.

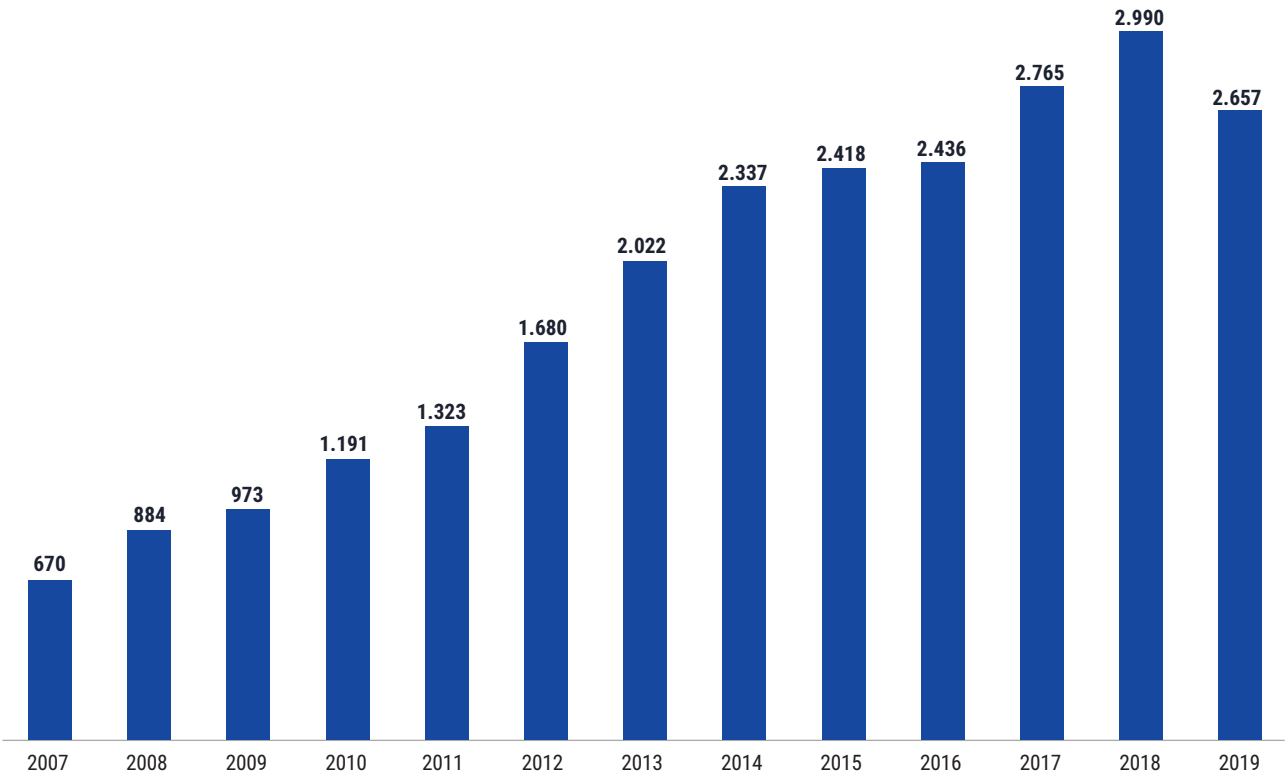
Tabla 8. Financiamiento de la producción de actividades características de salud por fuente y monto 2007-2019, en millones de dólares

Año	Gobierno central	Gobierno local	Fondos de seguridad social	Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares	Hogares productores	Total financiamiento
2007	670	27	347	38	682	1.763
2008	884	31	382	52	815	2.164
2009	973	36	480	62	837	2.388
2010	1.191	37	745	66	884	2.923
2011	1.323	40	1.067	70	1.032	3.532
2012	1.680	43	1.301	78	1.171	4.272
2013	2.022	45	1.573	93	1.053	4.786
2014	2.337	42	1.807	108	839	5.133
2015	2.418	35	1.830	127	1.155	5.564
2016	2.436	37	1.941	130	1.120	5.664
2017	2.765	35	1.941	131	1.150	6.022
2018	2.990	33	2.282	143	1.307	6.755
2019	2.657	43	1.611	274	1.880	6.465

Fuente: INEC- CSS 2007-2019
Elaborado por: MSP

Durante los años 2007 al 2018 se observa que el financiamiento por el Gobierno central para la producción de actividades características de salud tiene una tendencia en ascenso. En el 2018 se alcanza el punto más alto con 2.990 millones. En el 2019 se evidencia un decremento considerable a 2.657 millones.

Figura 24. Financiamiento de la producción de actividades características de salud del Gobierno central, en millones de dólares

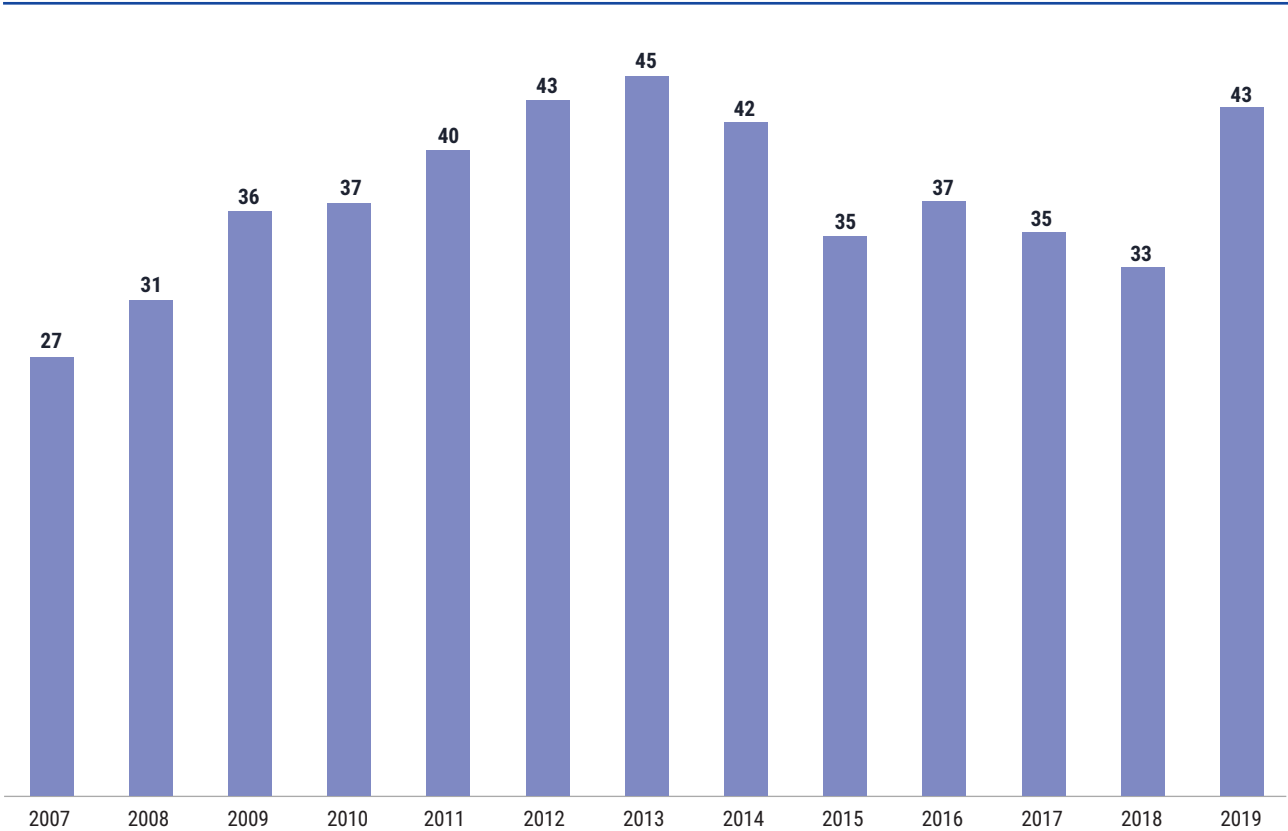


Fuente: INEC- CSS 2007-2019
Elaborado por: MSP

Respecto a este indicador se presenta el financiamiento de la producción de actividades características de salud del Gobierno local, el cual presenta una variación incremental desde el 2007 al

2013. A partir del 2014 al 2018 al 2019 se registra decremento con respecto a los años anteriores. Finalmente, al 2019 vuelve a incrementar en 43 millones.

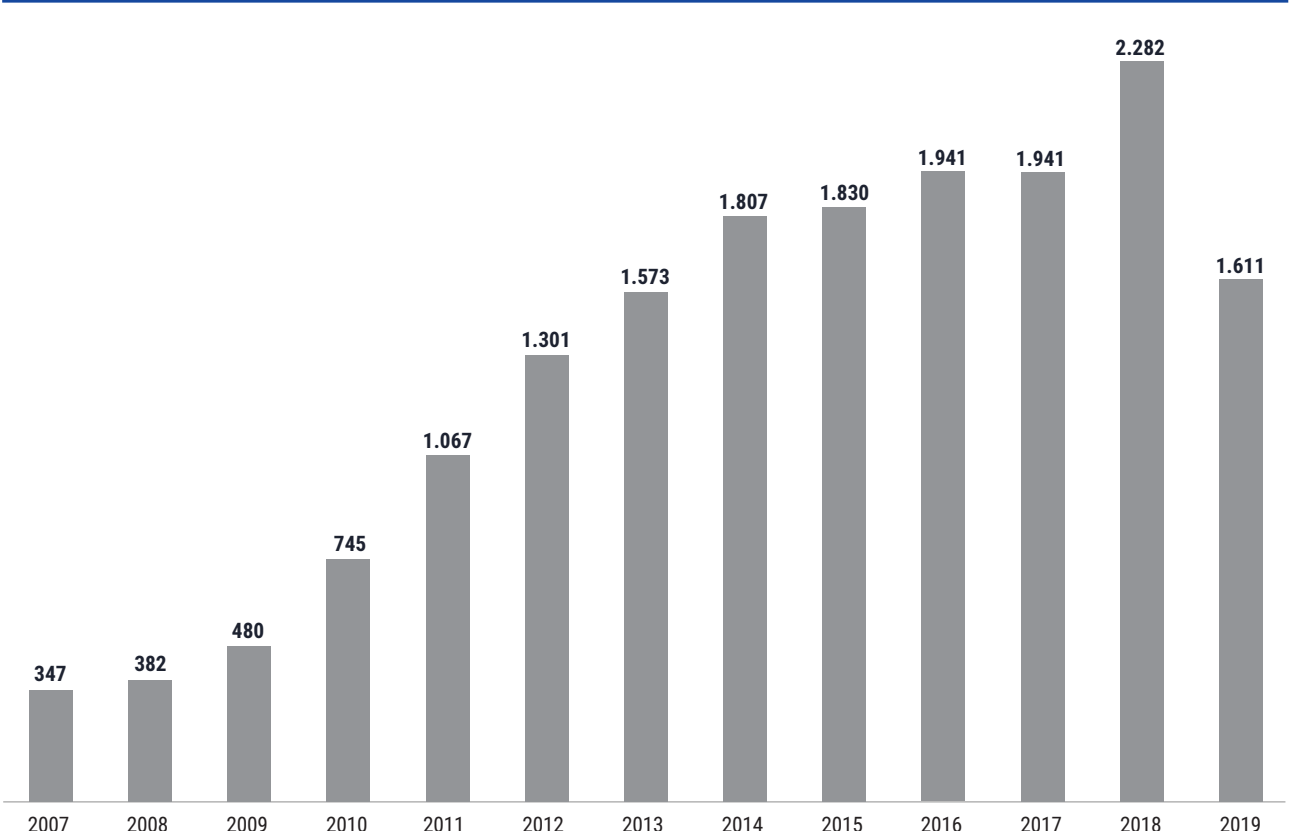
Figura 25. Financiamiento de la producción de actividades características de salud del Gobierno local, en millones de dólares



Fuente: INEC- CSS 2007-2019
Elaborado por: MSP

La evolución del financiamiento de los Fondos de la Seguridad Social tiene una tendencia en ascenso. El punto máximo alcanza en el 2018 con USD. 2.282 millones. En el 2019 presenta un decremento; el monto fue de USD. 1.611 millones.

Figura 26. Financiamiento de la producción de actividades características de salud de los Fondos de la Seguridad Social, en millones de dólares

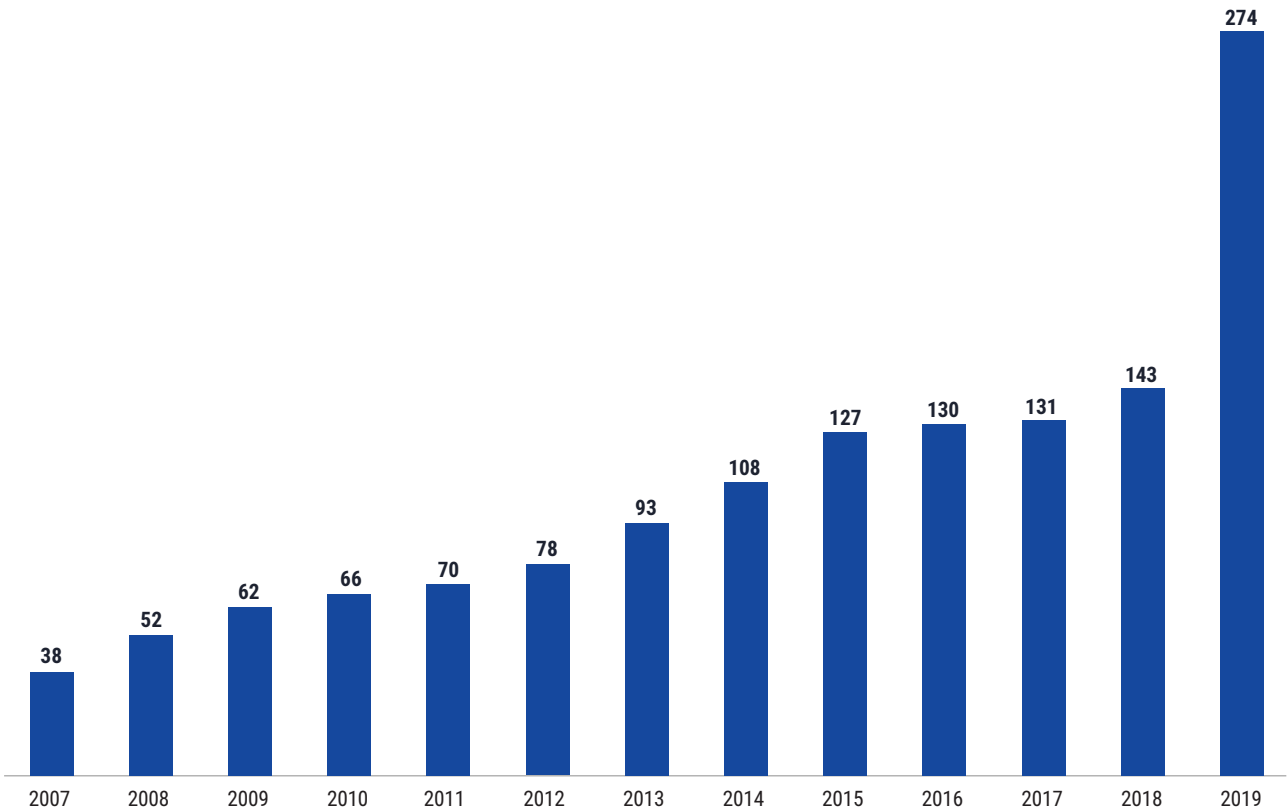


Fuente: INEC- CSS 2007-2019
Elaborado por: MSP

Como se observa en la siguiente figura, el financiamiento de la producción de actividades características de salud de las instituciones sin fines de

lucro que sirven a los hogares presenta una tendencia incremental desde el 2017 hasta el 2019. En el 2019 presenta su monto más alto con USD. 274 millones.

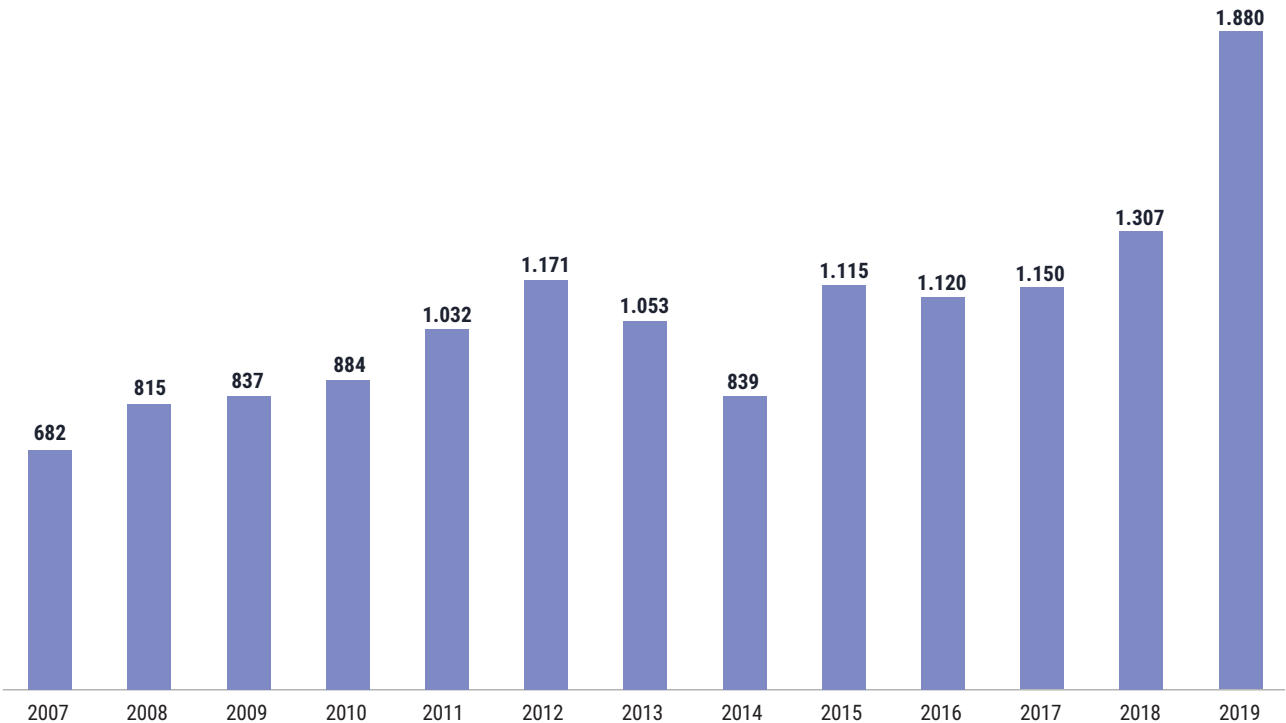
Figura 27. Financiamiento de la producción de actividades características de salud de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares, en millones de dólares



Fuente: INEC- CSS 2007-2019
Elaborado por: MSP

Como se observa en la figura a continuación, el financiamiento de la producción de actividades características de salud de los hogares en el 2019 presenta su monto más alto con USD. 1.880 millones.

Figura 28. Financiamiento de la producción de actividades características de salud de los hogares, en millones de dólares



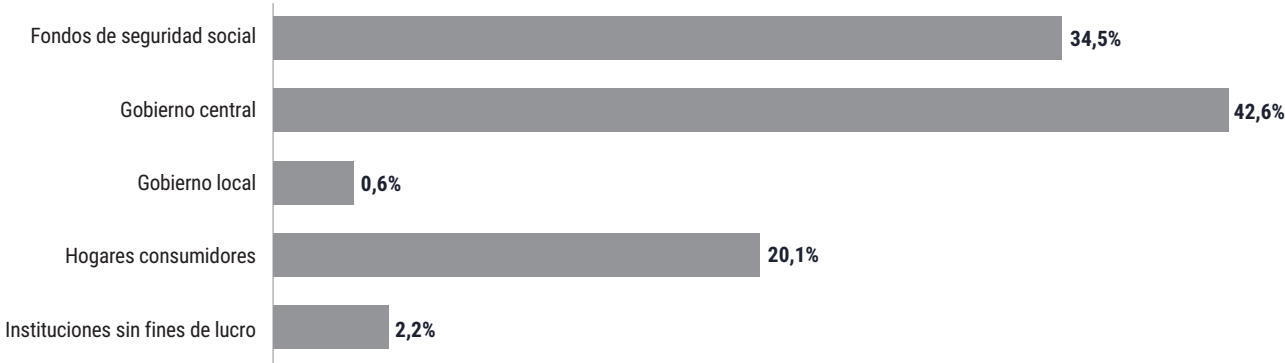
Fuente: INEC- CSS 2007-2019
Elaborado por: MSP



En el 2019, la contribución porcentual más alta del financiamiento de los productos de la salud corresponde al Gobierno central con el 42,6%. A

continuación, con un 34,5% se ubica los Fondos de la Seguridad Social; los hogares contribuyen al financiamiento con 20,1%.

n Figura 29. Estructura porcentual del financiamiento de los productos de salud, según agentes de financiamiento, 2019 (miles de dólares)

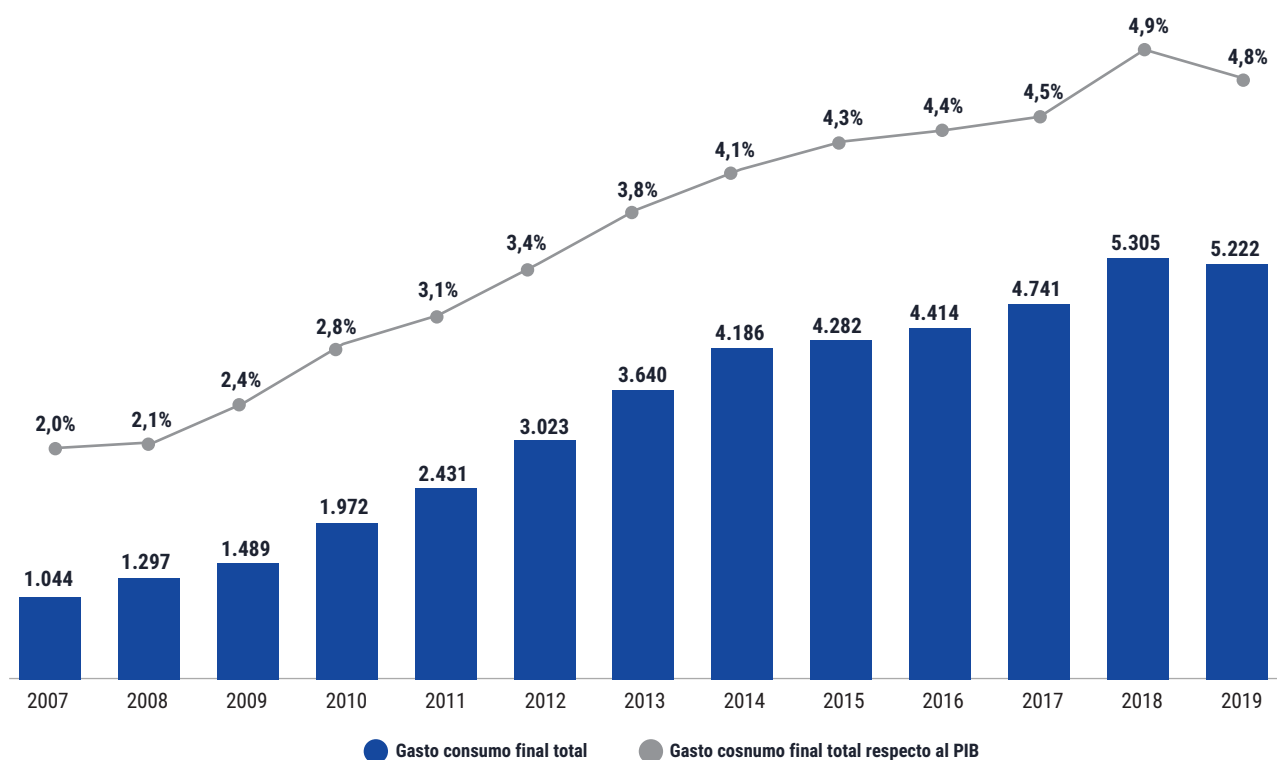


Fuente: INEC- CSS 2007-2019
Elaborado por: MSP

En la figura que se muestra a continuación se presenta el porcentaje del gasto de consumo público en salud respecto al PIB en millones de dólares. Con respecto

al PIB, del período 2007 - 2019, en donde se presenta un aumento porcentual desde el 2007 hasta el 2018 y en 2019 se registra un decremento del 0,1%.

Figura 30. Gasto de consumo público en salud respecto al Producto Interno Bruto, en millones de dólares

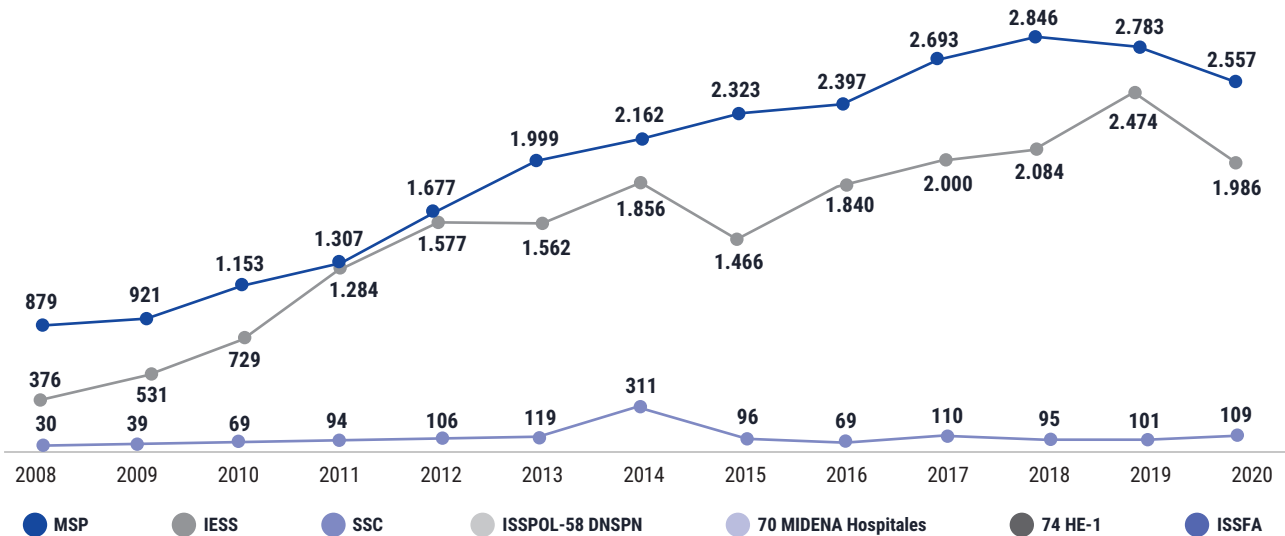


Fuente: INEC, CSS 2007-2019. Banco Central del Ecuador, Cuentas Nacionales
Elaborado por: MSP

Considerando el presupuesto devengado destinado a salud por los subsistemas que conforman la RPIS se observa la similar evolución del gasto entre el MSP y el Fondo de Salud Individual y Familiar del IESS que registran una tendencia creciente. En el caso del MSP entre 2008-2019 y en el caso del IESS entre 2008 -2014 con una caída en 2013 y en 2015. A partir de este año crece hasta el 2019; ambos registran una caída en el 2020 de 8,1% en el MSP y de 19,7% en el IESS. En el caso del presupuesto del SSC destinado a salud se registra el

mayor pico en 2014 con USD 311 millones. En lo que se refiere a la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional (DNSPN), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas HE-1, el gasto a salud destinado por estas instituciones fue inferior a los USD 65 millones anuales por cada una. Finalmente, el presupuesto del Ministerio de Defensa Nacional (MIDENA) destinado al gasto de sus hospitales no supera en ninguno de los años de análisis los USD 22 millones.

Figura 31. Evolución del presupuesto devengado de la RPIS 2008-2020

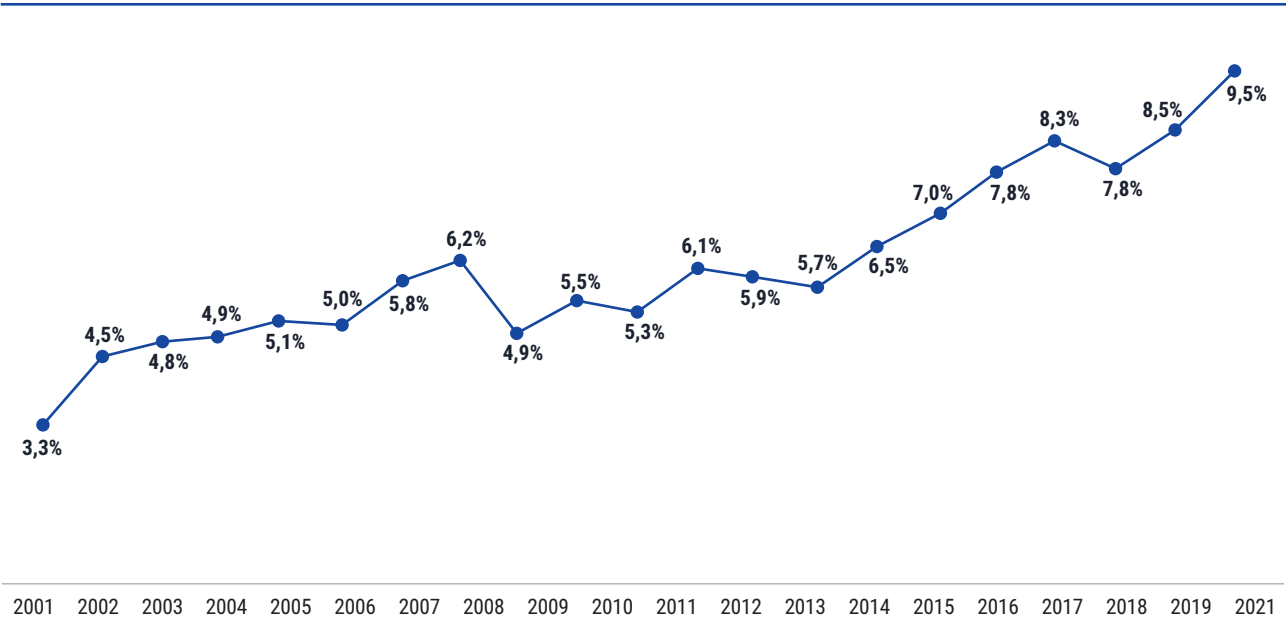


Fuente: MEF, e-sigef, IESS, SSC, DNSPN, ISSFA, IESS, HE-1
Elaborado por: MSP

En este sentido, se analiza el presupuesto del Ministerio de Salud Pública en relación al Presupuesto General de Estado (PGE) que, en el 2001 fue de USD 879

millones lo que representó el 3,3% PGE. Este valor se incrementó en un 191% llegando a devengar USD 2.557 millones en el año 2021, alcanzando el 9,5% del PGE.

Figura 32. Evolución del porcentaje del MSP en relación al Presupuesto General de Estado, 2001-2021



Fuente: MEF, e-sigef
Elaborado por: MSP

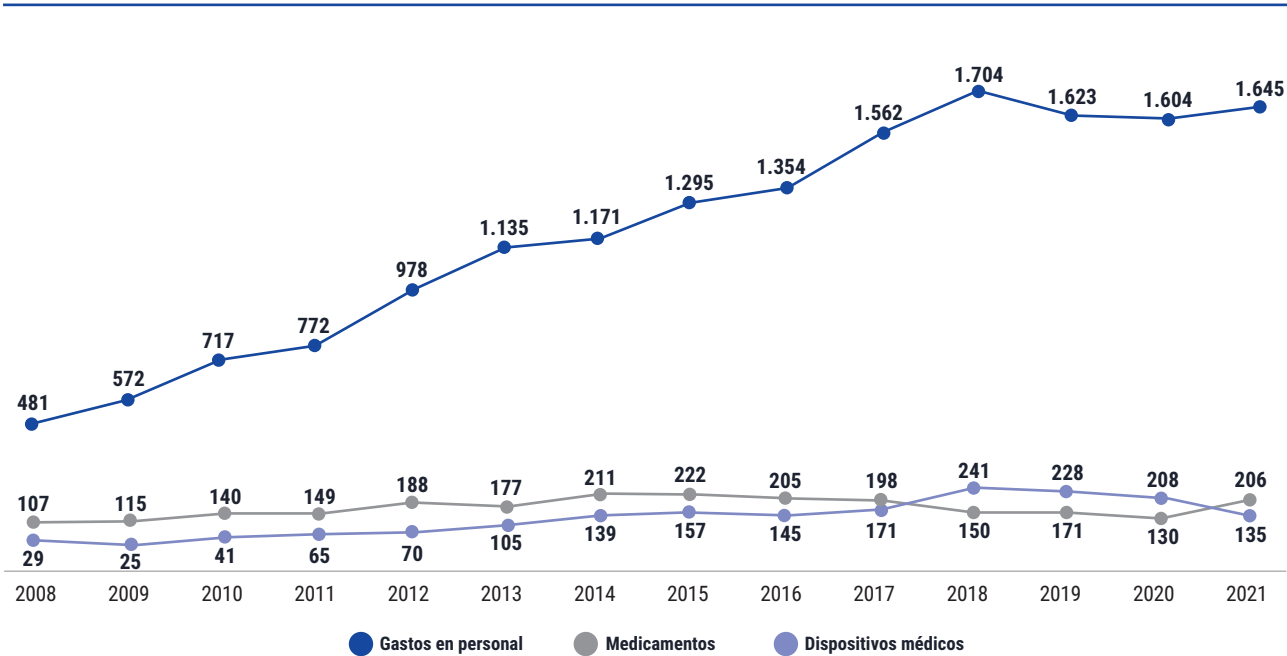
Por lo tanto, resulta necesario conocer los principales rubros de gasto del MSP. Entre 2008 y 2021, el presupuesto destinado al grupo de “Gastos en Personal” de gasto corriente e inversión superó el 54% siendo el

2018 el que registra mayor gasto en valores absolutos USD 1.704 millones y el 2020 el que representó el valor relativo; llegando a 62,8%.

En el caso del gasto en medicamentos incluido corriente e inversión, pasó de USD 107 millones en 2008 a USD 206 millones en 2021, es decir, se registró un incremento del 92,8%, y en dispositivos médicos considerando los ítems presupuestarios correspondientes a instrumental médico quirúrgico (530.808-730.808), dispositivos médicos para laboratorio clínico y patología (530.810-730.810),

dispositivos médicos de uso general (530.826-730.826), dispositivos médicos para odontología (530.832-730.832), dispositivos médicos para imagen (530.833-730.833), prótesis, endoprótesis e implantes corporales (530.834-730.834), maquinarias y equipos (531.404-731.404), herramientas (531.406-731.406), se registró USD 29 millones en 2008 y USD 135 millones en 2021 registrando un aumento del 360,7%

Figura 33. Evolución del gasto en personal, medicamentos y dispositivos médicos del MSP (2008-2021)



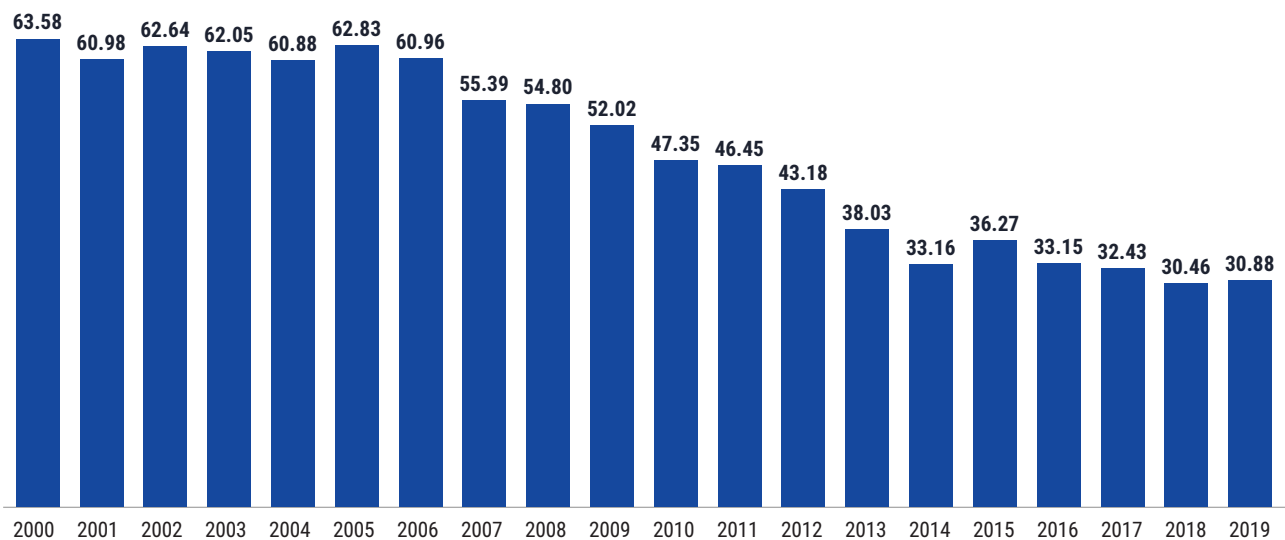
Fuente: MEF, e-sigef
Elaborado por: MSP

El gasto de bolsillo en salud del Ecuador ha disminuido de manera lenta pero sostenida durante las últimas dos décadas, y según la base de datos de Gasto Global en Salud de OMS ha cambiado desde 63,58% en el año 2000 a 30,88% en el 2019 (54). Sin embargo, se espera que el gasto de bolsillo haya aumentado de forma significativa durante la pandemia; lo que evidenció a nivel global, la importancia de contar con sistemas de salud públicos que permitan hacer frente a riesgos sanitarios, sociales y económicos como la pandemia; donde un gasto del sector efectivo y eficiente en el

sistema sanitario son imprescindibles.

La información de gasto de bolsillo aún debe actualizarse mediante los estudios de cuentas nacionales y cuentas satélite en salud, pero se anticipa que su incremento afectaría sobre todo a aquellos quintiles más pobres, con la posibilidad de una movilidad social descendente o la imposibilidad de salir de los umbrales de la pobreza y pobreza extrema, por lo que se deben considerar acciones al respecto.

Figura 34. Variación del porcentaje de gasto de bolsillo en salud (2000-2019)

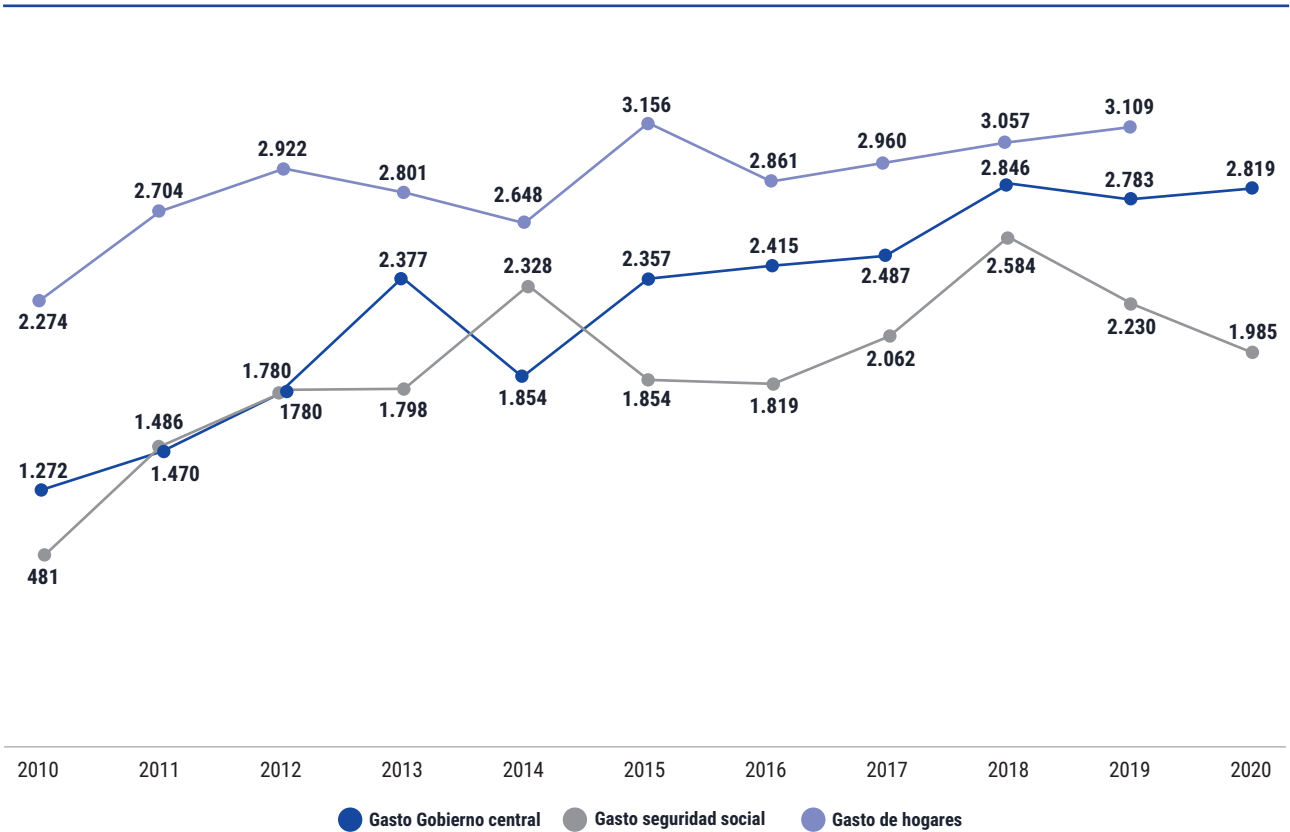


Fuente: Global Health Expenditure Database, OMS 2000-2019
Elaborado por: MSP

De igual manera, se puede evidenciar que en 2019 la principal fuente de financiamiento en salud viene de los hogares, representando USD 3.109 millones; seguido

por el Gobierno central USD 2.783 millones y seguridad social (IESS, ISSFA e ISSPOL) USD 1.985 millones.

Figura 35. Variación del gasto en salud por fuente de financiamiento



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, IESS, ISSFA, ISSPOL, Cuentas Satélite, INEC
Elaborado por: MSP

De lo expuesto se puede concluir que: a) los servicios públicos de atención sanitaria no resuelven los problemas de salud de la mayoría de la población, que ha incrementado su gasto de bolsillo en salud, recurriendo a la automedicación, a una atención privada esporádica, no sistemática y a gastos de emergencia cuando se ha producido la enfermedad; b) el incremento del gasto público en salud, al no resolver los problemas de salud de la población o hacerlo parcialmente, da cuenta de que ese incremento en mucho se destina al gasto curativo con énfasis en la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, descuidando el gasto en atención primaria de salud; el que cada vez se deteriora más por carecer de recursos suficientes y c) si se suma el gasto público y el gasto de bolsillo, se tiene que Ecuador destina el 8,4% del PIB a financiar la salud, correspondiendo 4,3% al Estado y 4,1% al gasto de bolsillo de la población. Es un porcentaje importante que debe ser modificado, incrementando el gasto público y reduciendo el gasto de bolsillo. La parte del gasto de bolsillo restante debería orientarse a financiar junto con el gasto público, algún tipo de aseguramiento de salud con enfoque de atención primaria.

5.5.5.1 Mecanismos de pago

Desde la perspectiva global, un modelo de financiamiento del sistema de salud consiste en tres

etapas fundamentales (OMS 2010):

- a. La recolección o recaudación de fondos,
- b. La mancomunación (pooling) o acumulación de los fondos, y;
- c. La asignación o compra de servicios.

La asignación o compra de servicios consiste en como los recursos se distribuyen entre los proveedores para que ejerzan su función. En esta etapa, los mecanismos de pago son instrumentos que median la compra en salud y permiten regular el comportamiento y los incentivos entre prestadores, seguros y usuarios.

Por lo tanto, resulta indispensable para el país la definición de un modelo de pago eficiente que permita alcanzar la sostenibilidad financiera en el Sistema Nacional de Salud. Actualmente, la forma en que el Gobierno y sus instituciones correspondientes asignan los recursos a los proveedores propios es por asignación presupuestaria histórica sin reconocer incentivos de eficiencia ni calidad del gasto. Mientras que, las relaciones de pago y compra de servicios entre instituciones de la RPIS y la Red Privada Complementaria se basan en las tarifas por procedimiento o paquetes integrales definidos en el Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, versión 2014 vigente, el cual tampoco garantiza eficiencia ni eficacia en el uso de los

The background of the entire page is a solid dark blue. Overlaid on this is a large, stylized sunburst or starburst graphic. It consists of a central circle with several thick, dark blue lines radiating outwards to the edges of the frame. The lines are of varying lengths and angles, creating a dynamic, energetic feel.

6.

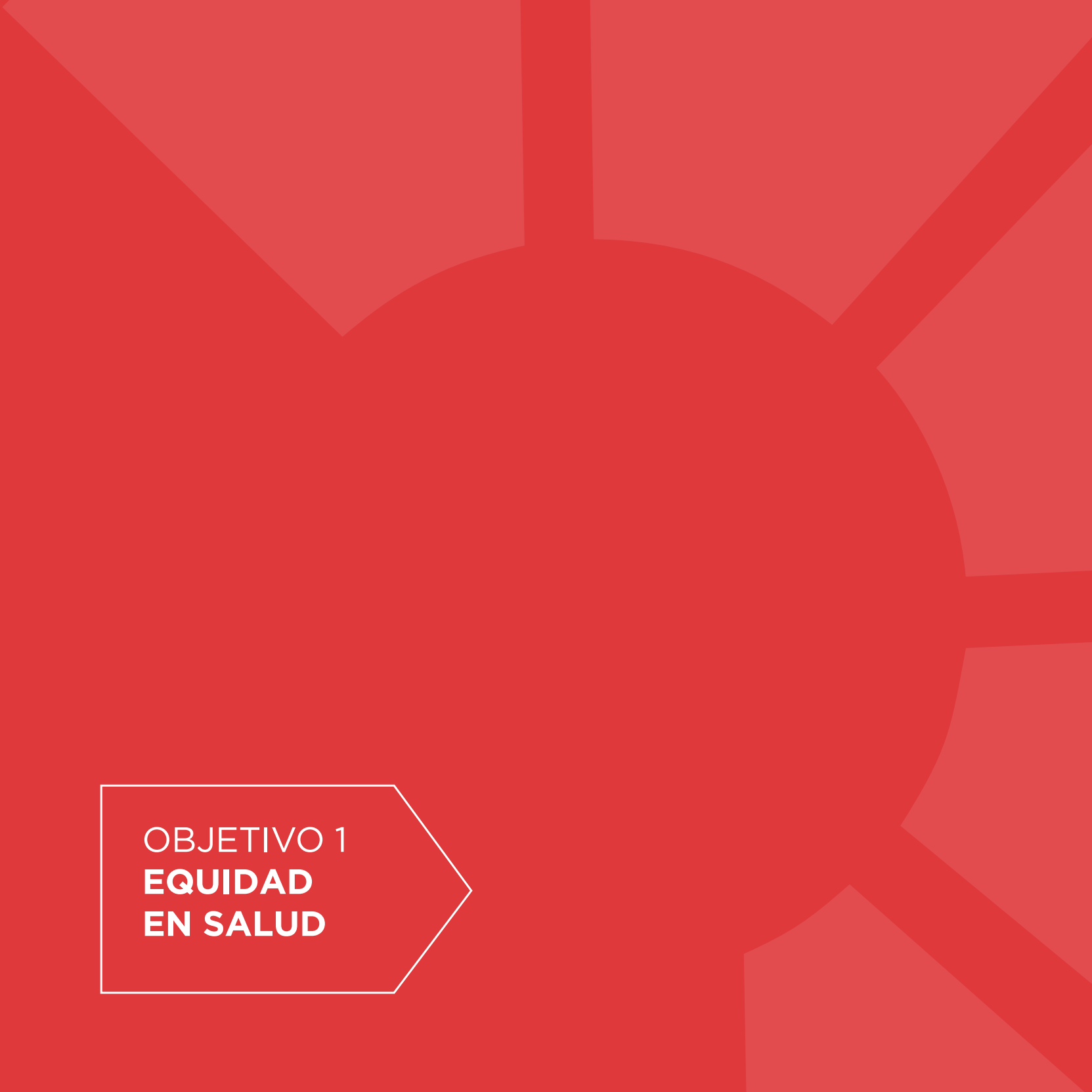
PLAN DECENAL DE
SALUD 2022 - 2031



El análisis de la situación actual del SNS evidencia la necesidad de actuar para interrumpir los ciclos de transmisión de inequidad económica y social; a través de la participación activa de las personas, sociedad civil organizada, consejos consultivos sectoriales, observatorios, academia y otros actores. Esto favorece la identificación de las necesidades y demandas más cercanas a la población en materia de salud y bienestar, a través de la creación de espacios democráticos de deliberación y empoderamiento de los ciudadanos, para la transformación e incidencia sobre sus entornos de vida y condiciones de salud; así como la transformación

del SNS favorable para la población en general y en particular para quienes más lo necesitan.

Con este antecedente y en respuesta a las problemáticas expuestas previamente, se plantean objetivos, estrategias y acciones con sus respectivas metas, que en el mediano y largo plazo permitan visualizar a la sociedad ecuatoriana como una sociedad saludable, bajo los principios de equidad, igualdad y justicia social en el ámbito de la salud. Entendiendo esta como un derecho vinculado y que viabiliza el ejercicio de otros derechos planteados en la Constitución de la República del Ecuador.



OBJETIVO 1
EQUIDAD
EN SALUD



Equidad en salud

Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.

Los determinantes sociales de la salud son definidos por la OMS como “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que dan forma a las condiciones de la vida diaria” (31). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas, agendas de desarrollo, normas, políticas y sistemas sociales, económicos y políticos, que pueden dar lugar a inequidades y diferencias en el ámbito de la salud. Por lo que parte de las políticas públicas para mejorar el acceso al derecho a la salud deben partir de la reducción de dichas inequidades y desigualdades de carácter social, económico y político; así como analizar aquellos determinantes que interfieren en el acceso a la salud y el bienestar público e individual.

Dados los estrechos vínculos entre la equidad en salud y los determinantes subyacentes de la salud, un enfoque integrado y sistemático para su abordaje es esencial para reducir las inequidades. La idea de que la salud se crea en el contexto de la vida cotidiana en lugar de limitarse a entornos orientados a los servicios, tal como se planteó en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986.

La OMS afirma que sin unas condiciones previas no puede haber salud para la población, tampoco crecimiento real ni desarrollo social; y cita como condiciones fundamentales: el derecho a la paz, justicia social, alimentación, agua potable, educación, vivienda digna e ingresos adecuados.

En el Ecuador, la Constitución establece en su Art. 32 que la salud es un derecho, cuyo garante es el Estado; y su realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Además, señala que, el Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales,

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

El Ecuador, como el resto de los países de la región, afronta los desafíos para disminuir las desigualdades e inequidades que persisten en el país y que, a raíz de la pandemia por COVID-19, se han visto agudizada y en muchos casos representado un retroceso en los avances logrados en los últimos 10 años.

De acuerdo a las proyecciones, la recuperación económica después de la pandemia por COVID-19 será lenta y a menos de que se tomen acciones para asegurar la protección social, difícilmente se podrán recobrar los indicadores previos a la pandemia.

En este contexto es imperativo centrar los esfuerzos en aquellos grupos que presentan mayor vulnerabilidad, a través de acciones intersectoriales efectivas que permitan reducir esta inercia en las inequidades y desigualdades y mejorar sus condiciones de vida.

Por todo lo expuesto, como señala la Declaración Política de Determinantes Sociales de Salud⁴, para adoptar una mayor gobernanza de la salud y del desarrollo social, se requieren ejercicios de toma de decisiones y construcción de propuestas que sean transparentes, inclusivas, plurales, permitiendo que diversos grupos y múltiples sectores tengan voz. De esta manera, se podrán elaborar políticas públicas de desempeño efectivo, desde los distintos niveles de gobierno, alcanzando de forma clara y medible respuestas a los principales problemas identificados. Además, construir procesos de rendición de cuentas y, sobre todo, propiciar la justicia social en los procesos de desarrollo de políticas y en los resultados logrados.

El abordaje integral requiere del fortalecimiento de mecanismos intersectoriales de coordinación y la capacidad de la autoridad nacional de salud para implementar con éxito políticas públicas y acciones, más allá del sector salud que aborden sus determinantes sociales.

Por último, dentro de los determinantes de la salud que pueden incidir sobre el bienestar de la población en general están los ambientales, que acorde con la OMS es el conjunto de factores físicos, químicos y biológicos externos que, al entrar en interacción con

4 Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. Ratificada por la 65 Asamblea Mundial de Salud, en Ginebra, del 21 al 26 de mayo de 2012.



las personas, influyen directamente en su salud. Ante esta problemática nace el concepto de salud ambiental, la cual busca facilitar la implementación de acciones de promoción de la salud, prevención y vigilancia de enfermedades, a fin de reducir los efectos nocivos del ambiente en la salud, producto del contacto de personas con factores ambientales degradados.

Las estrategias definidas para superar los problemas descritos preliminarmente se basan en la integración de

acciones, principalmente del sector social, dirigidos a grupos de atención prioritarios. Están en mayor medida expuestos a dichas desigualdades e inequidades en el ámbito de la salud y que, a su vez, puede representar aquel segmento de la población que demanda servicios integrales.

En este plan se asumen como personas y grupos de atención prioritaria aquellos definidos en el capítulo tercero de la Constitución de la República del Ecuador,

entre ellas: niños, niñas, adolescentes y jóvenes, personas adultas mayores, personas en condición de movilidad humana, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas con enfermedades catastróficas, personas privadas de libertad, usuarias y consumidoras; al igual que personas en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales y antropogénicos; donde el Estado prestará especial protección a quienes están en condición de doble vulnerabilidad (3).

Como parte de las acciones para incrementar el acceso a servicios de salud de las poblaciones con mayor vulnerabilidad, se establecerán planes de intervención específicos para potencializar las acciones que en materia de protección social se definan dentro de los planes de gobierno en vigencia del presente plan.

Se establecerá un sistema de monitoreo específico de estos grupos de atención prioritario para identificar la reducción de las inequidades y desigualdades en materia de salud.

En este marco, considerando que el presente plan busca abordar los problemas de la salud y sus determinantes en el mediano y largo plazo que afectan a las actuales generaciones, pero sobre todo a las venideras: garantizar el acceso y cobertura de prestaciones integrales que promuevan el desarrollo integral de la primera infancia con énfasis en pueblos y nacionalidades (indígenas, afroecuatorianos y montubios) y en sectores rurales se vuelve prioritario.

Otra de las estrategias planteadas se basa en la promoción y cumplimiento de los derechos laborales, el pleno empleo y la seguridad laboral. Es una estrategia de carácter intersectorial que persigue mejorar las condiciones laborales; así como la seguridad en las actividades laborales y la salud ocupacional, con la finalidad de reducir enfermedades y accidentes ocurridos en lugares de trabajo.

Por su parte, en el marco de factores estructurales que condicionan la salud de la población ecuatoriana, fortalecer la seguridad vial representa un reto en la medida en que los accidentes de tránsito están dentro de las primeras causas de muerte en el Ecuador. Para ello, se plantea la promoción de políticas intersectoriales que reduzcan la tasa de muertes ocasionadas por accidentes de tránsito; considerando que el uso de medios de transporte alternativos y sostenibles puede también tener una incidencia positiva sobre la salud de la población.

Otra de las causas estructurales que inciden negativamente en la salud y en las vidas de la población ecuatoriana, están relacionadas a eventos violentos, considerando que las estadísticas al respecto no constituyen exclusivamente al ámbito de la política pública de seguridad sino de salud pública, hábitat y convivencia armónica; por lo que se plantean como acciones, el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para la prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar y el diseño de una estrategia de salud para la atención oportuna a víctimas de estos tipos de violencia.

Por último, se debe considerar la incidencia de las condiciones del hábitat y el medio ambiente; así como el cambio climático sobre la salud de las personas; donde pese a que es difícil conciliar evidencia del efecto o impacto directo de estas condiciones sobre la salud, es necesario articular acciones de carácter intersectorial y de los distintos niveles de Gobierno para mejorar la calidad del aire, el agua y el suelo. También, promover el acceso a derechos básicos como agua y saneamiento con énfasis en el sector rural, zonas deficitarias y de difícil acceso geográfico.

No menos importante es la alineación del presente plan a la Agenda Hábitat Sostenible 2036 y la Estrategia Nacional de Cambio Climático 2025, políticas públicas

de carácter nacional que propenden a la conformación de hábitats sostenibles para el ejercicio de los derechos y acceso a oportunidades que los procesos de urbanización generan; así como mejorar la capacidad de respuesta, resiliencia, mitigación y adaptación al cambio climático y los desastres y emergencias que se puedan generar como efecto de este fenómeno global.

Con este objetivo, se aspira contribuir a un sistema de salud equitativo, sin barreras de acceso, con enfoque de derechos que cuente con políticas intersectoriales, que incidan sobre los determinantes de la salud y permita la sinergia y complementariedad de las políticas sectoriales sobre la calidad de vida y la salud de la población (56).

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Los aportes de miembros de la academia, trabajadores y trabajadoras de la salud y de la sociedad civil a este objetivo giraron en torno a la necesidad de aplicar políticas integrales de atención a grupos prioritarios y territorios tradicionalmente excluidos. Esto implica la necesidad de complementariedad interinstitucional y coordinación intersectorial para la implementación de las estrategias de protección social, aspecto reiterado tanto por actores de la MTCI, pueblos y nacionalidades como por

la representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) quienes ratificaron la importancia de trabajar con la población vulnerable y la implementación de un enfoque interseccional para el abordaje de las problemáticas de salud de este segmento poblacional. En la misma línea, miembros del CONASA aportaron en la necesidad de incorporar acciones específicas para la tercera edad en consonancia con la transición demográfica que arranca en el país.

Tanto los miembros del Consejo Sectorial de Salud como trabajadores/as sanitarios coincidieron en la

importancia de establecer un orden de prelación y prioridad en la prestación de servicios de salud dirigidos a grupos de atención prioritaria; así como se ratificó la necesidad de ejecutar de manera complementaria y coordinada, programas y proyectos de protección social a cargo de las carteras de Estado del sector social, entre ellos, el Bono de Desarrollo Humano (BDH).

En la misma línea, los aportes de los actores de la academia y sociedades científicas del sector de la salud enfatizaron la necesidad de que las políticas de protección social y en general las políticas del sector social, se focalicen hacia los grupos de atención prioritaria con especial cuidado de la primera infancia, con la finalidad de considerar el impacto de las políticas de salud a largo plazo. Los aportes del Ministerio de Educación sustentan la importancia de que las políticas que forman parte del presente plan consideren criterios de priorización para atención a niños, niñas y adolescentes como parte los grupos de atención prioritarios, conforme se establece en la Constitución vigente.

Por otro lado, también, se remarcó la importancia de incorporar criterios de focalización de acciones que permitan reducir las inequidades territoriales en el acceso a servicios de salud, sobre todo, aquellas que se producen en el área rural, donde las brechas de acceso a derechos y servicios suelen ser mayores

con relación al área urbana, aspecto enfatizado por actores de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud.

Los actores de la academia y sociedad científica del sector ubican a la primera infancia, la niñez y la adolescencia, como parte de los grupos de atención prioritaria tal como lo define la Constitución. En este sentido, la inversión en la primera infancia y el fortalecimiento de los servicios integrales de salud para la madre gestante y el recién nacido durante la primera infancia son prioritarios. Al respecto, se dio especial énfasis en la importancia de monitorear el avance en el cumplimiento de las metas sobre primera infancia, a través de indicadores efectivamente medibles.

Adicionalmente, se debe considerar a la salud como un derecho cuyo ejercicio no depende exclusivamente de los servicios de salud, sino del empoderamiento de las personas en el cuidado de la salud durante todo el ciclo de vida. Ahí, el abordaje de los determinantes de la salud se debe dar de manera complementaria con las políticas correspondientes a la promoción de la salud.

Al respecto, es fundamental considerar la importancia de una atención integral complementaria a través del respeto, articulación e integración de la medicina ancestral tradicional y medicina alternativa

- complementaria en el SNS, donde la persona siendo sujeto de derecho a la salud, pueda optar por otras alternativas de tratamiento de manera complementaria a la medicina alopática - convencional.

Por otro lado, tanto la academia como los actores de la sociedad civil a través el Consejo Sectorial de la Salud, coincidieron en la importancia del reconocimiento del empleo pleno como un derecho. Además, el reconocimiento y aplicación de los derechos laborales. Para su aplicación se plantea la necesidad de acciones de promoción de la salud laboral y ocupacional a través de un trabajo intersectorial y multiactores, específicamente con el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca, y los sectores laboral y productivo tanto público como privado. En la misma línea, la academia planteó la importancia de la regulación y el control de las actividades laborales, donde la norma que debe diseñarse intersectorialmente, tiene que acatarse de manera homogénea tanto por el sector público como privado. Al respecto, miembros del CONASA acotaron la necesidad de acciones de protección social y salud para personas en condición de desempleo, trabajo informal y niños y niñas bajo regímenes de explotación infantil.

De igual manera, actores del Consejo Sectorial de Salud, la academia y trabajadores de la salud

enfaticaron el rol de los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) en la regulación y control respecto de la calidad de los servicios de transporte público, la promoción del transporte inclusivo hacia los grupos de atención prioritaria y las condiciones de movilidad y acceso a infraestructura urbana de personas con discapacidad; así como el incentivo a medios alternativos de transporte, en correspondencia con el objetivo relacionado a la promoción de la salud.

Todos los actores consultados coincidieron en concebir a los distintos tipos de violencia como un problema de salud pública, aspecto enfatizado por la Secretaría de Derechos Humanos (SDH). En este sentido, se planteó la importancia del trabajo intersectorial con actores, tales como: el Ministerio de Educación, SDH, Policía Nacional, Fiscalía General del Estado y la Función Judicial, en la implementación de actividades de prevención de la violencia y discriminación hacia grupos de atención prioritaria. Una de las principales medidas en esta línea sería la certificación de espacios públicos, educativos, laborales y turísticos, como espacios seguros y libres de violencia; acción ratificada como necesaria por parte del UNFPA.

Además, se enfatizó la necesidad de la operación de rutas de atención integral a grupos prioritarios y población vulnerable tales como personas de la comunidad LGBTI+ y trabajadoras/es sexuales, para la derivación de casos violencia hacia instancias



estatales que faciliten la atención especial y protección a víctimas de violencia. En este punto, miembros del CONASA plantean como una acción la necesidad de ampliar la cobertura de servicios de atención de primera acogida con enfoque intergeneracional, con la finalidad de fortalecer la estrategia correspondiente a los efectos de la violencia en todas sus formas como una problemática de salud pública.

Actores de la sociedad civil, academia, trabajadores/as de la salud y actores de pueblos y nacionalidades vinculados a la salud coincidieron en la necesidad de fortalecer las facultades estatales de regulación y control ambiental respecto de sectores tales como la minería, agricultura y otros. Esto, ante la contaminación del agua y el suelo por efecto del uso de agroquímicos y pesticidas en la agroindustria, y el desecho de metales pesados por efecto de las actividades mineras. De igual manera se reconocieron los efectos adversos sobre la salud, tras el consumo de alimentos que contienen agroquímicos y pesticidas; ante lo cual el fortalecimiento de las capacidades regulatorias y de control estatal son la solución.

En la misma línea, el CONASA acotó acciones que le dan especificidad a las políticas de hábitat, tales como la importancia de espacios urbanos con características de acceso equitativo e inclusivo a los servicios y oportunidades que generan las ciudades y la reducción no solo de la contaminación de suelo, aire y aguas sino también de la contaminación por

ruido y radiación y el manejo y conservación de los ecosistemas tanto en el ámbito urbano como rural.

Complementariamente, autoridades de la Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades corroboraron la importancia de las políticas de regulación y control de la contaminación ambiental y focalizar acciones que permitan el incremento de la cobertura de servicios de saneamiento y agua potable en territorios con mayor déficit. En la mayoría de los casos coincide con el área rural, donde hay una alta concentración de población correspondiente a pueblos y nacionalidades. Pese a que la normativa nacional, específicamente el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) en su artículo 259, define que el presupuesto de los GAD deberá asignar por lo menos el 10% de sus ingresos no tributarios para el financiamiento de programas sociales de atención a GAP. Este no se traduce en políticas para atención a los mismos.

Finalmente, la academia plantea la relevancia de su participación en el análisis de los efectos del cambio climático sobre la salud, con la finalidad de aportar en el diseño de políticas públicas para la mitigación.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero 2022

Estrategias, acciones y metas

1.1 Integración de acciones intersectoriales de protección social para grupos de atención prioritarios y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades sociales

- 1.1.1** Establecer un sistema de indicadores e información integral para el análisis de las desigualdades, inequidades y determinantes de la salud que permita el monitoreo y evaluación de sus efectos sobre el acceso a servicios de salud.
- 1.1.2** Diseñar e implementar una estrategia intersectorial de protección social que permita abordar los determinantes de la salud; así como reducir las desigualdades e inequidades, barreras y brechas de acceso a servicios de salud de los grupos de atención prioritaria y con más de una vulnerabilidad social (enfoque interseccional).

Metas

- Implementar un sistema de indicadores para medición de desigualdades e inequidades en la salud.
- Implementar un estudio de los factores que inciden en el acceso a servicios de salud de grupos de atención prioritaria; las brechas y barreras de acceso por etnia, área geográfica y factores institucionales y culturales.

- Reducir las barreras y brechas de acceso a servicios de salud de la población correspondiente a grupos de atención prioritaria, considerando criterios de vulnerabilidad social, barreras físicas, institucionales y culturales de acceso.
- Incrementar la cobertura focalizada de programas de protección social dirigida a grupos de atención prioritaria y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades para abordar los determinantes de la salud sobre este segmento poblacional.
- Reducir la brecha de acceso rural / urbano en la atención de partos por personal calificado.
- Incrementar la cobertura de servicios de seguridad social, de programas de jubilación y protección social dirigida a adultos mayores.

1.2 Desarrollo integral de la primera infancia

- 1.2.1** Garantizar el acceso a prestaciones integrales intersectoriales que promuevan el desarrollo y crecimiento en la primera infancia con énfasis en pueblos y nacionalidades (indígenas, afroecuatorianos y montuvios) y en sectores rurales.
- 1.2.2** Actuar sobre las barreras de acceso a prestaciones integrales de salud dirigidas a niños y niñas menores de 2 años y mujeres embarazadas.
- 1.2.3** Desarrollar estrategias intersectoriales para actuar frente a los determinantes de la salud en



la primera infancia, fomentando la participación ciudadana y la articulación de trabajo con los GAD, entidades gubernamentales locales y sector privado para actuar frente a los determinantes de la salud en la primera infancia.

Metas

- Reducir la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.
- Reducir en 6 puntos porcentuales la desnutrición crónica infantil en menores de 2 años.
- Reducir en 10 puntos porcentuales la brecha de la tasa de desnutrición crónica infantil en menores de 2 años de la población indígena con relación al promedio nacional.
- Reducir la tasa de mortalidad neonatal de 4,6 a 4,0 por cada 1.000 nacidos vivos.

1.3 Promoción y cumplimiento de los derechos laborales, el empleo pleno y la seguridad y salud ocupacional

1.3.1 Implementar estrategias intersectoriales para mejorar las condiciones laborales en materia de seguridad y salud en el trabajo.

1.3.2 Generar ambientes de trabajo saludables y seguros a través de mecanismos de promoción de la salud para la reducción de enfermedades y accidentes en el trabajo.

1.3.3 Implementar y evaluar la política nacional de

salud en el trabajo.

1.3.4 Construir sistema nacional de salud en el trabajo para monitorear las condiciones de salud de la población trabajadora.

1.3.5 Crear políticas de protección social y salud para personas en condición de desempleo, trabajo informal y explotación infantil.

Metas

- Reducir el porcentaje de lesiones y accidentes laborales en trabajadores del sector formal e informal.
- Reducir las prevalencias de enfermedades asociadas al trabajo.
- Implementar un sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico ocupacional.

1.4 Mejoramiento de las políticas de transporte terrestre, movilidad y seguridad vial

1.4.1 Promover políticas intersectoriales y marcos normativos que garanticen la seguridad vial mediante la adopción del enfoque integrado de seguridad vial.

1.4.2 Implementar estrategias intersectoriales para mejorar las condiciones laborales en el sector de transporte terrestre referentes a seguridad y salud en el trabajo.

1.4.3 Fomentar estrategias de educación y capacitación para la seguridad vial dirigido a transportistas y peatones.

Metas

- Reducir el porcentaje de discapacidades ocasionadas por accidentes de tránsito.
- Reducir en 10% el número de muertes por accidentes de tránsito.

1.5 Fortalecimiento de las acciones que permitan la prevención y contención de la violencia social, de género e intrafamiliar.

1.5.1 Coordinar intersectorialmente, con énfasis en el sector social, seguridad y justicia y los distintos niveles de gobierno, políticas, normativas y acciones de prevención, atención integral y reparación de derechos a víctimas de violencia social, de género e intrafamiliar.

1.5.2 Asegurar y fortalecer la atención integral de salud a víctimas de violencia social, de género e intrafamiliar.

Metas

- Implementar una estrategia sectorial de salud para apoyar las políticas de prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar.

- Reducir el número de personas con contusiones, heridas y muertes por efecto de violencia social, de género e intrafamiliar.

- Incrementar la cobertura de salas de atención de primera acogida con enfoque intergeneracional.

1.6 Reducción de la incidencia de la contaminación del hábitat, el medio ambiente y el cambio climático sobre la salud.

1.6.1 Coordinar acciones que permitan coadyuvar en la implementación de la Política Nacional de Hábitat (Agenda de Hábitat Sostenible 2036), la Estrategia Nacional de Cambio Climático 2025 y demás estrategias, y acciones estatales para la reducción de la contaminación ambiental y prevención y mitigación del riesgo climático y la protección de la salud eco- sistémica.

1.6.2 Fomentar el incremento de la cobertura de servicios básicos como agua apta para el consumo humano, alcantarillado y saneamiento como determinantes de la salud con énfasis en el sector rural y demás zonas deficitarias.

1.6.3 Definir y establecer estrategias intersectoriales para reducir y prevenir los efectos del cambio climático en la salud de la población.

1.6.4 Motivar y apoyar la ejecución de acciones



intersectoriales que impulsen la realización de monitoreo de calidad de aire por parte de los GAD.

1.6.5 Coordinar acciones intersectoriales para impulsar la certificación nacional de calidad de agua apta para consumo humano.

1.6.6 Promover estrategias intersectoriales para el desarrollo de estudios sobre los contaminantes ambientales y su incidencia en la salud de la población.

1.6.7 Establecer estrategias intersectoriales para asegurar el control y la vigilancia de la salud frente a la contaminación de agua, aire y suelo.

1.6.8 Coordinar acciones intersectoriales para el fortalecimiento de las políticas relacionadas con la gestión integral de desechos sólidos y líquidos.

1.6.9 Fortalecer e implementar estrategias intersectoriales frente a desastres naturales y emergencias nacionales.

1.6.10 Coordinar acciones con los GAD para aumentar el acceso a agua potable y saneamiento ambiental, con énfasis en territorios con mayor déficit de estos servicios.

1.6.11 Fortalecer la aplicación de buenas prácticas ambientales, respecto a la movilidad, uso

energético, entre otras prácticas, que contribuyan a disminuir la contaminación ambiental y sus efectos en la salud.

1.6.12 Fortalecer estrategias de consejería, capacitación y educación en todos los niveles dirigidas a la población respecto a los factores atribuibles a la contaminación ambiental y sus efectos en la salud.

1.6.13 Fomentar la protección, rehabilitación y creación de espacios urbanos verdes que apoyen la prestación de servicios ambientales y sociales de hábitat saludable que permitan la adaptación al cambio climático.

1.6.14 Fomentar y fortalecer las estrategias intersectoriales para prevenir y controlar las amenazas a la salud pública generadas en la interfaz humano - ambiente.

1.6.15 Establecer estrategias de salud para reducir índices de contaminación por ruido, radiación y manejo de espacios públicos saludables.

1.6.16 Promover un consumo responsable de recursos naturales y ambientales a nivel urbano y rural con el objetivo de mantener ecosistemas saludables.

Metas

- Implementar una estrategia nacional intersectorial para reducir y prevenir los efectos del cambio

climático y desastres naturales sobre la salud.

- Incrementar el número de municipios que realizan monitoreo del aire en razón de un municipio anual.
- Incrementar 52 municipios adicionales que cuenten con certificación nacional de calidad del agua apta para el consumo humano.
- Incrementar 54 municipios adicionales que realicen disposición de desechos sólidos y líquidos.
- Reducir el número de personas heridas y muertes ocasionadas por desastres naturales y emergencias nacionales.
- Implementar una estrategia sectorial de salud e intersectorial para la regulación y control ambiental.
- Implementar un sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico en salud ambiental.
- Reducir la tasa de mortalidad atribuida a la contaminación del medio ambiente y del hogar.
- Reducir en un 50% la población sin acceso a agua potable y saneamiento con relación al año base 2021, con énfasis en territorios con mayor déficit de estos servicios.
- Reducir la tasa de mortalidad atribuida al uso de agua no apta para el consumo humano, el saneamiento en condiciones de riesgo y falta de higiene.
- Reducir la contaminación ambiental y mejorar el urbanismo.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Trabajo
- Secretaría de Derechos Humanos
- Ministerio de Gobierno
- Ministerio de Transporte y Obras Públicas
- Agencia Nacional de Tránsito
- Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
- Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
- Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la sociedad civil
- Sector privado

* Para el cumplimiento de estas metas se coordinará con las instancias competentes

OBJETIVO 2
**PROMOCIÓN
DE LA SALUD**



Promoción de la salud

Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.

La Declaración de la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud (1986) y las posteriores Conferencias Mundiales, celebradas en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Ciudad de México, Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013), Shanghái (2016), entre otras, han promovido un marco de actuación basado en la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud.

La promoción de la salud es una función esencial de los sistemas sanitario, ya que de acuerdo a la OMS es “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”, lo cual implica poner en práctica enfoques participativos en donde los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones,

colaboren para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar de todos.

La promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayuda a promover y a proteger la salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades, con enfoques de entornos saludables que implica un método multidisciplinario para promover la salud y prevenir enfermedades a través de un “sistema completo” en lugares o contextos sociales. En estos las personas participan en actividades diarias, donde los factores ambientales, organizacionales y personales, interactúan para afectar la salud y el bienestar.

La Constitución del Ecuador, en su artículo 32, establece que “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”. Desde esta consideración, la promoción de la salud no solo abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas;

contribuyendo a que las personas incrementen el control sobre los determinantes de su salud.

A nivel nacional, el país implementa desde el 2013, el MAIS. Este modelo basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluye dentro de sus enfoques a la participación social, interculturalidad, derechos y género, entre otros, y canaliza los esfuerzos hacia la conformación de esquemas de salud basados en la participación de la comunidad, la familia y los individuos en la generación de condiciones necesarias para su bienestar.

La elaboración e implementación de estrategias y acciones de este objetivo, ha considerado el enfoque del curso de vida, mismo que se plantea como la capacidad de evolución que se desarrolla dinámicamente a lo largo del tiempo y a través de las generaciones. Permite comprender mejor cómo se perpetúan y transmiten las inequidades sociales en salud, y cómo se pueden mitigar o aliviar a lo largo de las generaciones.

Con estos antecedentes se plantea como una de las estrategias, la promoción de una alimentación saludable y evitar el consumo de productos que resultan nocivos para la salud, entre ellos, alimentos procesados/ultraprocesados y comida rápida, generalmente altos en grasa, azúcar y sal; sucedáneos de la leche materna, tabaco y alcohol. Por supuesto, esta estrategia debe integrar en su implementación no solo a la población como consumidora potencial de dichos productos; sino también al sector productivo y su compromiso

para el cumplimiento de la regulación que para dichos fines emita la Autoridad Sanitaria Nacional; de igual manera, demandará de la acción coordinada del sector económico y productivo estatal, para generar incentivos y regulaciones integrales.

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas, entre las que se incluyen las reguladas (alcohol y tabaco) y no reguladas (cannabis, cocaína, heroína, entre otras) debe ser una prioridad al reconocerse como un problema de salud pública, con su correlato en los contextos familiares, sociales, educativos y laborales. De ahí la urgencia del desarrollo de acciones concretas de prevención del consumo en edades tempranas, comprendidas entre 12 y 13 años, y medidas de regulación firmes con las drogas reguladas, además de garantizar tratamiento y acceso a los servicios de salud.

Estas acciones deben ir acompañadas del fortalecimiento de las capacidades regulatorias y de control, no sólo del sector de la salud sino del educativo y por supuesto del productivo y la generación de estrategias comunicacionales que consideren las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA). Contemplan como factor fundamental el tema de cultura, soberanía y seguridad alimentaria en la visión de las nacionalidades y pueblos del Ecuador.

Otra de las estrategias propuestas gira en torno al apoyo de políticas de desarrollo local sostenible y la conformación de entornos saludables y seguros, para la

cual la articulación con distintos niveles de Gobierno, sobre todo, a nivel municipal será prioritaria. Esto, con la finalidad de conformar localidades saludables, seguras, habitables y no contaminadas; así como comprometer a distintos actores del sector privado, academia y organizaciones de la sociedad civil en la promoción de la salud.

Una estrategia adicional gira en torno a la promoción de hábitos de vida saludable, el empoderamiento de

las personas sobre el cuidado de la salud y su entorno, donde acciones como la promoción de la movilidad sostenible, la incorporación los enfoques intercultural, intergeneracional y de género permitan a la población el gozo del espacio público, el desarrollo de actividades lúdicas y deportivas. La finalidad es reducir la incidencia del sedentarismo sobre la salud y finalmente promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos garantizando el acceso a educación sexual, reproductiva y métodos de anticoncepción.

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Respecto de este objetivo, actores del Consejo Sectorial de Salud y del CONASA mencionaron la necesidad de fortalecer la normativa nacional con relación a la venta y consumo de productos considerados nocivos para la salud; no sólo en términos tributarios sino con relación a la regulación y control de estos por parte del Estado.

De igual manera, plantearon la necesidad de implementar políticas para el cambio de patrones socioculturales y hábitos relacionados con el consumo de alimentos altos en grasa, azúcares y sal, alcohol y tabaco, a través de campañas preventivas y acciones educomunicacionales contextualizadas a las realidades locales, con énfasis en centros educativos,

servicios de inclusión social y centros de privación de la libertad.

Por su parte, los actores de la academia consultados consideraron importante realizar campañas de prevención de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas desde temprana edad, aspecto que puede representar la necesidad de reducir el rango etario respecto de la meta de reducción de adolescentes entre 13 y 15 años que consumen tabaco.

Al respecto, actores de la academia y trabajadores/as de la salud, ratificaron la importancia de la participación del sistema nacional de educación en la implementación de este plan, respecto de los establecimientos educativos como espacios para la promoción de la salud y el empoderamiento de las personas; así como el cumplimiento de la



normativa sobre la venta de alimentos nocivos para la salud en bares escolares, aspecto ratificado por el representante de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Específicamente, miembros del CONASA y actores de la MTCI y de pueblos y nacionalidades plantearon la importancia de considerar el diseño de una estrategia integral de promoción de consumo saludable de productos partiendo de las Guías Alimentarias Basadas en alimentos, la educación alimentaria nutricional y procesos de seguridad y soberanía alimentaria.

En la misma línea, trabajadores/as de la salud plantearon la necesidad de fortalecer organizaciones sociales, como clubes musicales, artísticos y deportivos en el marco de la implementación de estrategias de promoción de la salud. La propuesta va de la mano con la necesidad de fortalecer los vínculos con los GAD, sector privado, academia y organizaciones de la sociedad civil para la promoción de la salud.

Actores de la sociedad civil, de la MTCI y de la academia ubicaron entre los principales actores a los GAD, no solo del nivel cantonal sino también del nivel parroquial; así como otras instancias gubernamentales que tengan competencias con la promoción de la salud, como los ministerios de Educación, Cultura y Patrimonio y Deporte. El fortalecimiento de los vínculos intersectoriales y

multinivel traerían consigo la complementariedad de acciones de promoción de la salud con énfasis en la promoción de la actividad física y una vida saludable. Estas actividades deben tomar en cuenta la pertinencia de los enfoques de género, intergeneracional e intercultural. Este último debe considerar y profundizar en este plan los conocimientos, prácticas y saberes de la medicina ancestral - tradicional y de la medicina alternativa - complementaria. Así mismo se debe considerar desde el punto de vista de miembros del CONASA el análisis comparado a nivel global y regional de políticas de incentivo al ejercicio de hábitos de vida saludables para su adaptación a la realidad nacional y local ecuatoriana.

Los actores de la academia consultados se ubican a sí mismo, como una instancia asesora en las políticas de promoción de salud y una instancia de enlace entre la sociedad civil y el Estado.

Especial énfasis se dio a la educación de la salud y el empoderamiento de las personas en el cuidado personal y familiar, donde la promoción de la lactancia materna ocupa un rango prioritario dentro de las medidas a tomarse para el cumplimiento de las metas del presente plan. Por supuesto, esta medida se considera como complementaria con la superación de los problemas de malnutrición y desnutrición, y el acceso a servicios básicos como saneamiento y agua

potable, relacionado con el primer objetivo.

En consonancia con lo planteado, representantes de Corporación Kimirina indicaron la importancia de actuar sobre los determinantes de la salud y la complementariedad con las políticas de promoción de la salud, que se asumen en los objetivos 1 y 2; siendo la educación para la salud una estrategia fundamental en el cumplimiento de estos objetivos.

Finalmente, se considera desde varios actores que se debe incluir como acciones y metas correspondientes

a la estrategia de Promoción de hábitos de vida, que consideren a la salud mental, el envejecimiento saludable y la convivencia intergeneracional. Al respecto, desde el Ministerio de Educación se enfatizó la importancia de abordar integralmente los problemas de salud mental y consumos conflictivos, con énfasis en los grupos de edad correspondientes a la niñez y adolescencia.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022

Estrategias, acciones y metas

2.1. Promoción de una alimentación saludable, actividad física y reducción del consumo de productos nocivos para mantener una vida saludable

2.1.1 Fortalecer las capacidades regulatorias, de control y vigilancia para cumplimiento del marco legal y tributario de productos nocivos para la salud, alimentos procesados/ultraprocesados, principalmente, altos en azúcar, grasa y sal, sucedáneos de la leche materna, bebidas azucaradas, grasas trans, tabaco y alcohol.

2.1.2 Fortalecer el cumplimiento y vigilancia de la normativa de alimentación saludable en las instituciones educativas, centros y servicios de inclusión social y centros de privación de libertad.

2.1.3 Implementar una estrategia integral de promoción de alimentación y consumo saludable de alimentos, bajo el sustento de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA), que considere la educación alimentaria nutricional, la accesibilidad y la disponibilidad de alimentos (seguridad alimentaria).

2.1.4 Proponer a la Asamblea Nacional elevar a categoría de Ley, el Código Internacional de



Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, para asegurar el cumplimiento de este por parte de los actores implicados, empresas, establecimientos de salud y profesionales.

2.1.5 Actualizar/reformar las regulaciones sobre etiquetado de alimentos procesados, así como de promoción y publicidad de alimentos insanos dirigida a niños y adolescentes.

2.1.6 Establecer un plan de reducción del consumo de sal/sodio en la población, que implique determinar límites máximos al contenido de sal/sodio en alimentos procesados y acciones educomunicacionales masivas.

2.1.7 Fortalecer estrategias intersectoriales para fomentar la lactancia materna y alimentación complementaria.

2.1.8 Implementar procesos intersectoriales y multinivel de educación, comunicación, consejería y prescripción de actividad física por ciclo de vida basados en directrices de la Organización Mundial de la Salud.

2.1.9 Ejecutar jornadas de sensibilización, capacitación y transferencia de conocimiento general y específico, en temas relacionados en la práctica de actividad física.

2.1.10 Implementar las acciones de promoción de la salud en el marco del Manual de Atención Integral en Salud en Contextos Educativos (MAIS-CE) o la normativa vigente.

2.1.11 Promover planes y políticas públicas basadas en evidencia, con el fin de incentivar prácticas de vida saludables y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, con enfoque de género, ciclo de vida y adaptados a la cultura.

Metas

- Implementar una evaluación de la normativa de etiquetado y fortalecer el marco legal y tributario alrededor de la promoción y publicidad de alimentos procesados/ultraprocesados con contenidos máximos de azúcar, sal/sodio y grasa y otros que tienen efectos negativos sobre la salud.
- Gestionar la oficialización de ley sustentada en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
- Reducir el porcentaje de adolescentes entre los 13 y 15 años que consumen tabaco de 0,52% al 0,12%.
- Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 5 a 11 años de 35,38% a 31,31%.
- Incrementar al 90% de establecimientos de educación básica que cumplan con la norma de bares escolares saludables, con la participación de padres de familia y profesores..
- Mantener la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años, en 64,68%.
- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y jóvenes (5-17 años).
- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años) del 17,80% al 9,24%.
- Implementar un estudio comparado de políticas de incentivo de prácticas saludables a nivel regional y

global para su adaptación a estrategias nacionales de promoción de la salud.

2.2. Apoyo al desarrollo local sostenible y entornos saludables, seguros e inclusivos

2.2.1 Fortalecer la estrategia de municipios saludables para promover la conformación de ciudades, centros urbanos y asentamientos humanos no contaminados, seguros y habitables.

2.2.2 Fortalecer los vínculos con los GAD, sector privado, academia y organizaciones de la sociedad civil en la promoción de la salud, considerando la transversalización de los enfoques intercultural, intergeneracional y de género en la conformación de ambientes y espacios saludables.

Metas

- Incrementar 20 municipios adicionales que se certifiquen (promotor, garante o saludable) en la estrategia de municipios saludables.
- Incrementar en 10% el número de áreas verdes, seguras e inclusivas para la promoción de la actividad física.
- Implementar una estrategia integral e inclusiva de promoción de la salud que integre a todos los actores estatales y a la sociedad en su conjunto.
- Incrementar a 80% las actividades de los centros de salud que cuentan con la participación de al menos dos aliados estratégicos y actores

de la Medicina Tradicional, Complementaria y actores de la Medicina Ancestral-tradicional y Alternativa-Complementaria.

2.3. Promoción de hábitos de vida que permitan a las personas a lo largo del curso de la vida ejercer un mayor control sobre su salud y su entorno; considerando los enfoques: intercultural, intergeneracional, de género y la medicina tradicional, complementaria e integrativa

2.3.1 Promover la movilidad sostenible, la conformación de comunidades saludables y la participación de la población en la implementación de políticas de promoción de la salud con enfoque intercultural, intergeneracional y de género.

2.3.2 Promover acciones de educación en salud a lo largo del curso de vida, con énfasis en establecimientos educativos, que permitan el empoderamiento de las personas para el cuidado de su salud y entorno.

2.3.3 Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a lo largo del ciclo de la vida, garantizando el acceso a la educación en salud sexual y reproductiva libre de violencias, y el acceso a métodos anticonceptivos.

2.3.4 Fomentar la vinculación interinstitucional y comunitaria para garantizar la adopción de

enfoques transversales en temas de salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural y de género.

2.3.5 Promover la salud mental, el envejecimiento saludable y la convivencia intergeneracional en entornos saludables.

2.3.6 Priorizar en la atención de salud a las personas adultas mayores.

Metas

- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y adolescentes (5-17 años).
- Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años).
- Incrementar el porcentaje de la lactancia materna exclusiva a los seis meses de edad de 62,1% a 65,7%.
- Incrementar al 100% de centros de salud que tienen grupos de apoyo a la lactancia y realizan otras actividades de promoción de la salud, con pertinencia intergeneracional y atención prioritaria a adolescentes.
- Incrementar la proporción de mujeres de 30 a 49 años que se han sometido a una prueba de detección de cáncer cervicouterino.
- Incrementar el porcentaje de personas diagnosticadas y controladas por hipertensión arterial y diabetes.
- Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en adolescentes (15-19 años) del 54,6 al 16,9 por cada

1.000 nacidos vivos.

- Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en niñas (10-14 años) del 2,0 al 0,52 por cada 1.000 nacidos vivos.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Producción, Comercio Exterior, Inversiones y Pesca
- Ministerio de Agricultura y Ganadería
- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Educación
- Ministerio del Deporte
- Secretaría de Derechos Humanos
- Ministerio de Gobierno
- Ministerio de Transporte y Obras Públicas
- Agencia Nacional de Tránsito
- Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
- Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica
- Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
- Secretaría de Gestión y Desarrollo de Pueblos y Nacionalidades
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la sociedad civil
- Sector privado
- Ministerio de Trabajo

The background is a solid purple color with several large, overlapping geometric shapes. A large circle is positioned on the right side, with several straight lines radiating from its top and right edges towards the corners of the frame. These lines and the circle create a stylized, abstract pattern.

OBJETIVO 3
**MEDICINA
PREVENTIVA**



Medicina preventiva

Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública, que permita reducir las enfermedades prevenibles y las muertes evitables.

La OMS ha definido a la carga de enfermedad, como el impacto de un problema de salud en un área específica, medida por la mortalidad y la morbilidad que esta produce; y puede ser considerada como un indicador del funcionamiento del sistema sanitario del país. Evitar el incremento de la carga de enfermedad y discapacidad es un eje fundamental del sistema sanitario. Para esto, el MSP a través de la Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control es la encargada de la formulación de políticas públicas con articulación intersectorial en salud para lograr identificar, evaluar e intervenir desde la prevención hasta la paliación de los riesgos de las personas, familias y comunidades.

La coordinación interinstitucional e intersectorial permitirá que las políticas, planes y proyectos por ciclos de vida para la prevención y control de enfermedades sean eficaces y efectivos en reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables. Además, el fortalecimiento de la red de atención integral de salud para el mejoramiento de las prestaciones que canalicen la prevención efectiva dentro de los diferentes niveles de atención.

La prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles debe contemplar las acciones para garantizar el acceso al conjunto de intervenciones de salud pública cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo de la salud y favorecer los entornos saludables. Las acciones deben enmarcarse tanto en la generación de políticas como en el despliegue de estrategias de control. Las primeras pueden tener un impacto directo en la prevención de factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como por ejemplo la regulación de precios e impuestos para

sustancias y alimentos poco saludables planteados en el objetivo anterior. Mientras que las estrategias del presente objetivo están encaminadas hacia el aseguramiento del entorno, control vectorial, la inocuidad de los alimentos, acciones que prevengan la dispersión de la patología o riesgo para la salud.

La prevención de la ocurrencia de un evento de salud, su evolución negativa o complicaciones, están asociados a una falta de planificación, mala vigilancia de la salud y pobre calidad de la gestión, entre otros.

De acuerdo al marco de las Funciones Esenciales en Salud Pública de OPS, se puede reconocer que la salud pública incluye la organización de servicios integrales, con una base definida de población (Frenk, 1988, págs. 246-254). Por servicios integrales se entienden acciones poblacionales individuales para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y rehabilitación) y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazos necesarios (56). Asimismo, los servicios de salud individual y colectiva constituyen intervenciones de salud pública que buscan tener algún efecto sobre las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que afectan la salud de las poblaciones (57)

Los servicios de salud pública pueden caracterizarse identificando cinco niveles de intervención. Aquellas enfocadas al abordaje de los determinantes sociales de la salud, que buscan cambiar factores contextuales

que afectan la salud; por ejemplo, el acceso a agua potable y carreteras seguras, las intervenciones de protección con beneficio a largo plazo corresponden al acceso a inmunizaciones y servicios de tamizaje, los cuidados de la atención individual y por último las intervenciones de educación para la salud, usualmente gestionadas desde los establecimientos de la salud para promover cambios en el comportamiento de la población.

De esta manera, se evidencia como el presente plan busca un abordaje integral de la salud, desde los determinantes hasta la prevención y promoción de la salud y la atención; de tal forma que se reduzca el impacto de la morbilidad y mortalidad en la población. No obstante el presente objetivo persigue el abordaje específico en prevención, control, atención y eliminación, de ser factible, de enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, la mortalidad materna y la gestión de riesgos de la salud.

En el caso de prevención y control de enfermedades infecciosas, las acciones se concentran en la implementación articulada de cuadros de vacunación para enfermedades que afectan a la primera infancia, como neumococo, rotavirus, sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) y otras que afectan a la población en general como la COVID-19.

Otras de las acciones está orientada a la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, de tal manera que se incremente



el porcentaje de personas que conocen su estado serológico y que reciben tratamiento.

Así mismo, se implementará un plan nacional de gestión integrada de arbovirosis con énfasis en el control vectorial del mal de Chagas, Leishmaniasis, Leptospirosis y otras enfermedades emergentes.

En este sentido se aspira a que Ecuador alcance la “Certificación de eliminación de Malaria, Pian, Lepra, RTP, ETMI Plus”. Además, persigue el control de enfermedades, como VIH/ITS, TB, influenza/COVID-19 y mantendrá los esquemas para la eliminación de polio, sarampión, difteria, tétanos neonatal, rubéola, síndrome de rubéola congénita (SRC), y reducirá la carga de enfermedades no transmisibles, a través de intervenciones dirigidas a los factores de riesgo.

Respecto de la prevención y atención de enfermedades no transmisibles, se plantea fortalecer la atención integral de enfermedades crónicas no transmisibles con la finalidad de reducir la mortalidad prematura por este concepto; de manera complementaria con las acciones planteadas en el objetivo anterior donde la promoción y empoderamiento sobre prácticas y hábitos de vida saludable resultan prioritarios. Y, se plantean acciones preventivas de abordaje a la mortalidad atribuida al cáncer y un abordaje integral de la salud mental, de tal manera que incida en la reducción de la tasa de suicidios, a nivel nacional.

Adicionalmente, se plantea el fortalecimiento de los servicios integrales de salud sexual, reproductiva y de anticoncepción, así como aquellos dirigidos a la madre y al neonato, con la finalidad de reducir en complementariedad con el objetivo anterior sobre la promoción de la salud, la tasa de embarazo adolescente; pero sobre todo con la finalidad de reducir la razón de muerte materna por cada nacido vivo.

Finalmente, una de las principales estrategias propuestas tiene que ver con el fortalecimiento del sistema de gestión de riesgos de la salud; donde las acciones giran en torno al mejoramiento de la capacidad de respuesta frente a desastres naturales y antrópicos, el fortalecimiento de las capacidades del SNS para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y la incorporación del enfoque de “una salud” para abordar amenazas para la salud.

No es de menor importancia la integración de la Medicina Tradicional, Complementaria e Integrativa (MTCI) en el marco de la atención primaria en salud, considerando lo expuesto por la OMS sobre la pertinencia y adaptación de la atención integral de salud a los contextos específicos nacionales y locales, y la eficacia de esta en el abordaje de problemas de salud, de manera complementaria con los esquemas regulares de atención en salud.

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

En términos generales, los aportes con relación a este objetivo giraron en torno a la necesidad de enfocar las estrategias y acciones con base a información local para conseguir mayor pertinencia territorial. En este sentido, se planteó como relevante el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para la definición de acciones específicas de prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas.

En esta línea, considerando a la violencia basada en género como una problemática de salud y con la finalidad de fortalecer las acciones de prevención es importante que esta se considere dentro de los esquemas de vigilancia epidemiológica a nivel local. Esto aporta especificidad en las acciones contenidas en el primer objetivo del presente plan y a la implementación de las políticas de prevención y erradicación de la violencia de género.

Miembros del CONASA plantearon al respecto la necesidad de implementar una estrategia de vigilancia de factores de riesgo de la salud, un sistema que permita la reducción de la resistencia bacteriana y antibióticos en el segundo y tercer nivel de atención. También están metas específicas para el abordaje del envejecimiento saludable y la atención a personas con discapacidad.

Al respecto, la representante de UNFPA mencionó la importancia del esquema de salud comunitaria para la prevención de la enfermedad. Este tema fue ratificado por el representante de la Cooperación Técnica Alemana (GIZ) con relación a esquemas comunitarios de vigilancia epidemiológica, donde de manera complementaria actores de pueblos y nacionalidades en el sector de la salud reiteraron la importancia de la integración de la MTCl en el marco de atención primaria en salud conforme recomendaciones de la OMS para la adaptación y pertinencia con los contextos locales y las necesidades específicas de cada grupo poblacional.

Actores de la academia ratificaron a la obesidad y malnutrición como uno de los principales problemas que enfrenta el Ecuador en términos de salud pública. Las recomendaciones giran en torno a la necesidad de superar el subregistro de enfermedades no transmisibles, abordar la problemática de manera multidisciplinaria, enfocar las acciones preventivas sobre esta problemática hacia el primer nivel de atención y, sobre todo, especificar metas relacionadas con cada tipo de enfermedad no transmisible.

Finalmente, desde el punto de vista de los y las representantes del Consejo Sectorial de la Salud y del CONASA, se planteó la necesidad de abordar a nivel de estrategia, el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva; aspecto necesario para



abordar de manera transversal la prevención de enfermedades infectocontagiosas, la reducción de embarazos no deseados y de la muerte materno - infantil. Sobre la misma línea, la Secretaría de Derechos Humanos enfatiza la importancia de contar con servicios especializados de la salud física y psicológica a víctimas de violencia sexual y, en casos de interrupción del embarazo, lo que aporta

transversalmente a los elementos contenidos en los objetivos 4 y 5 del presente plan respecto de la necesidad de especialización de perfiles de profesionales de salud, respecto de la pertinencia en la atención a GAP.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022

Estrategias, acciones y metas

3.1. Fortalecimiento de planes de intervención de salud pública para la prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas

- 3.1.1** Actualizar e implementar de manera articulada con el SNS el plan de prevención y control de enfermedades prevenibles por vacunación, a lo largo del curso de vida.
- 3.1.2** Actualizar e implementar de manera articulada con el SNS el plan de prevención y control de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- 3.1.3** Diseñar e implementar el Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la respuesta de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual y el Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH.
- 3.1.4** Actualizar e implementar de manera articulada con el SNS el plan de prevención, control y eliminación de la tuberculosis.
- 3.1.5** Implementar el plan nacional de gestión integrada de las arbovirosis y priorizar las intervenciones de control vectorial en Chagas, Leishmaniasis, Leptospirosis y otras enfermedades emergentes.

3.1.6 Actualizar e implementar el plan de certificación de la eliminación de pian, rabia humana transmitida por perros y lepra.

3.1.7 Actualizar e implementar el plan de eliminación de la malaria.

3.1.8 Implementar campañas educomunicacionales con pertinencia intercultural de las estrategias de prevención.

3.1.9 Implementar un sistema continuo de reducción de la resistencia bacteriana a los antibióticos en el segundo y tercer nivel de atención de salud.

Metas

- Incrementar el porcentaje de la población menor de un año, vacunada contra el neumococo (tercera dosis), de 76.09 % a 95% o más. Nota: (las coberturas en vacunación se definen como el número de vacunados dividido para la población objetivo, multiplicado por cien y se expresa en porcentaje) Fuente: Fichas metodológicas GPR de DNEAIS.
- Incrementar el porcentaje de la población menor de un año, vacunada contra rotavirus (segunda dosis), de 75.19% a 95% o más.
- Incrementar el porcentaje de la población menor de un año, vacunada contra pentavalente (tercera dosis), hasta 95% o más.
- Incrementar el porcentaje de la población de 12 a 23 meses, vacunada contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) (segunda dosis), de 70.35% a 95%.

- Incrementar el porcentaje de la población mayor o igual a 3 años, con esquema primario contra COVID-19 (segunda dosis) hasta 85% o más.
- Incrementar el porcentaje de la población que conoce su estado serológico y se encuentra en tratamiento para VIH con carga viral suprimida, del 89% al 95%.
- Reducir el porcentaje de niños de hasta 18 meses de edad diagnosticados con VIH positivos por transmisión vertical (maternoinfantil).
- Reducir la tasa de mortalidad por tuberculosis de 1,8 a 1 por cada 100 mil habitantes.
- Mantener la tasa de letalidad por dengue menor a 0.04 anual por cada 100 habitantes.
- Reducir la transmisión vectorial domiciliada y la transfusional por *T. cruzi* en la enfermedad de Chagas.
- Reducir la tasa de incidencia de Leishmaniasis a razón de 10% anual.
- Obtener la certificación de eliminación del pian.
- Obtener la certificación de eliminación de rabia transmitida por perros a 0 casos en los próximos 10 años.
- Alcanzar, certificar y mantener la eliminación de malaria (0 casos autóctonos).
- Incrementar al 80% los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención que cuentan con estrategias estandarizadas y sistema de vigilancia y evaluación de resistencias antimicrobianas.

3.2. Prevención y atención de enfermedades no transmisibles

- 3.2.1** Implementar y fortalecer de manera articulada con el SNS, un plan de atención integral y complementaria para enfermedades crónicas no transmisibles.
- 3.2.2** Implementar, de manera articulada con el SNS, un plan de prevención y tratamiento de cáncer.
- 3.2.3** Implementar de manera articulada con el SNS, un plan de atención integral de la salud mental y tratamiento de adicciones, que aborde la prevención y rehabilitación con pertinencia cultural.
- 3.2.4** Implementar un programa para la detección y atención oportuna del uso y consumo problemático de alcohol, tabaco y otras drogas.
- 3.2.5** Diseñar e implementar una estrategia de vigilancia de factores de riesgo de la salud basados en evidencia para el diseño de políticas de promoción, prevención y atención integral a enfermedades crónicas no transmisibles.
- 3.2.6** Diseñar e implementar una política nacional para el envejecimiento saludable⁵.
- 3.2.7** Implementar de manera articulada con el Sistema Nacional de Salud un plan de prevención y detección oportuna de la discapacidad.

5 Acción planteada en correspondencia con acción 2.3.5 Promover la salud mental, el envejecimiento saludable y la convivencia intergeneracional en entornos saludables.



Metas

- Reducir en un 25% la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.
- Reducir la tasa de mortalidad atribuida al cáncer en la población de 21 a 75 años de 30,0 al 26,6 por cada 100.000 habitantes.
- Reducir la tasa de muerte por suicidio de 6,1 a 4,6 por cada 100.000 habitantes.
- Incrementar al 20% establecimientos del primer nivel de atención que realizan detección oportuna del uso y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Crear programas de envejecimiento saludable en el 50% de los establecimientos de salud de todos los niveles de atención; porcentaje de establecimientos de salud en todos los niveles de atención que implementan programas de envejecimiento saludable.

3.3. Fortalecimiento del plan de reducción de mortalidad materna

3.3.1 Incrementar la cobertura de servicios integrales con pertinencia cultural de salud sexual y reproductiva, materno infantiles y planificación familiar.

3.3.2 Crear una red de parteras capacitadas en forma continua, vinculada con los servicios de salud.

Meta

- Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 33,1 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.
- Incrementar a 80% las mujeres embarazadas que cuentan con al menos 4 controles prenatales.
- Incrementar la atención de partos por personal calificado en el área rural al 98,5%.

3.4. Fortalecimiento del sistema de gestión de riesgos de la salud

3.4.1 Actualizar e implementar un plan de respuesta frente a desastres naturales y antrópicos, que incluya mitigación y resiliencia ante los eventos.

3.4.2 Fortalecer las capacidades nacionales para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

3.4.3 Utilizar el enfoque de “una salud” (one health) para abordar nuevas amenazas para la salud

(zoonosis, inocuidad alimentaria y otras amenazas).

Metas

- Incrementar los planes de respuesta frente a desastres de origen natural y antrópico en todos los niveles desconcentrados y en los establecimientos de salud.
- Implementar el proceso de socialización y capacitación del Reglamento Sanitario Internacional.
- Implementar la política y un plan de uso racional de antimicrobianos en la interfaz humano-animal.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Educación
- Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
- Ministerio de Trabajo
- Secretaría de Derechos Humanos
- Ministerio de Gobierno
- Servicio Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la sociedad civil
- Sector privado

OBJETIVO 4
**ATENCIÓN
OPORTUNA
Y DE CALIDAD**



Atención oportuna y de calidad

Garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, con énfasis en redes de primer nivel de atención, con modelos de gestión eficientes y transparentes.

De acuerdo a la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud aprobada por los países miembros de la OPS en 2014, el acceso a la salud se define como “la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en el que se necesitan” y el acceso universal a la salud como “la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud”.

Por otra parte, la cobertura de salud se entiende como “la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud y financiamiento”; y la cobertura universal de salud como “la existencia de mecanismos de organización y financiamiento suficientes para cubrir a toda la población”.

El acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad es una de las Funciones Esenciales de Salud Pública que incluye las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud integrales y de calidad ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes de la salud y salud en todas las políticas (58).

Para ello, se considera necesario mejorar la capacidad resolutive del primer nivel de atención, en el marco de redes integradas de servicios de salud, la necesidad de adoptar estrategias tecnológicas innovadoras de información y de comunicación, que permitan la transformación de los procesos de trabajo y mejorar la interacción participativa, la gestión de riesgo y el uso de la evidencia científica (59).

Por lo cual, la OPS recomienda fortalecer o transformar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, el aumento de la capacidad resolutive del primer nivel, articulado en Redes Integradas de

Servicios de Salud (RISS) y basados en la estrategia de atención primaria de salud.

En este sentido las acciones contempladas en este objetivo se orientan hacia la definición de los servicios de salud integrales de calidad, universales y de ampliación progresiva, de acuerdo con las necesidades y prioridades de salud, la capacidad del sistema y el contexto nacional.

Tomar en cuenta en la definición de servicios, las necesidades diferenciadas e insatisfechas de todas las personas y prestar atención a las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Por ello, el Modelo de Atención Integral de Salud deberá adecuarse a los contextos actuales que prevalecen en el país, respondiendo a las necesidades en las áreas remotas, las áreas rurales y las grandes ciudades y un modelo de gestión que permita la administración de las redes integradas de servicios de salud y permita evaluar el desempeño basado en los resultados de salud que se logre en la población adscrita.

Se requiere de una reorganización de los servicios de salud, con el fin de que se asegure la continuidad de la atención, disminuyendo las barreras de acceso y mejorando la oportunidad de la atención. Por lo que es necesaria la verificación de las redes que actualmente se han integrado, incluyendo el acceso a servicios diagnósticos y terapéuticos. Un proceso de adscripción territorial que abarque al total de la población, asegurar

el incremento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención, para lo cual es necesario que se destinen los recursos que corresponden a este nivel; así como una provisión de servicios apoyada en el desarrollo tecnológico es fundamental.

En este sentido, se pretende acelerar y sostener el proceso de transformación digital del sector salud para ampliar el acceso oportuno, la cobertura con calidad y una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

La salud digital será adoptada y valorada por su contribución al acceso equitativo y universal a servicios de salud con calidad y para mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de los sistemas de salud en la prestación de servicios, y brindar una atención asequible y equitativa. Así, la salud digital contribuye también a reforzar y ampliar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, antes, durante y después de una epidemia o emergencia de salud pública. Además, aporta al desarrollo, innovación y colaboración entre distintos actores para la formulación de una agenda de investigación de la salud.

Esto implica la necesidad de fortalecer los sistemas de información que permitan la planificación y evaluación de las actividades; así como la interoperabilidad entre los diversos proveedores del sector, aspecto que se aborda específicamente en el siguiente objetivo de manera complementaria.



Las medicinas tradicionales contribuyen a la salud de la población y por lo tanto deben realizarse esfuerzos para incluirlas como parte del SNS, ya que brindan al usuario opciones en el abordaje de la enfermedad de acuerdo a su condición de salud y creencias.

En el ámbito de la atención hospitalaria se debe integrar la atención en la red de servicios de salud de las áreas de adscripción definidas, fortalecer los procesos de gestión que aseguren la provisión de servicios de acuerdo a las normativas vigentes basadas en la mejor evidencia científica, garantizando niveles de calidad, con oportunidad. Así también, verificando las condiciones esenciales para la provisión de servicios, que incluyan planes de mejora integrales tanto de mantenimiento de la infraestructura como del equipamiento, planes de adquisiciones, dotación de insumos y personal de acuerdo a las necesidades de atención.

Como en el resto de la red de servicios, las unidades hospitalarias requieren de sistemas de información interoperables que permitan la continuidad de la atención de los pacientes; así como analizar la producción y costos de los servicios. En este sentido es fundamental fortalecer los procesos de formación de personal de la salud y promover la producción científica.

Por otro lado, se considera de vital importancia mejorar las condiciones de empleo de los recursos humanos en salud, sobre todo, en el primer nivel de atención y en áreas subatendidas. Fortalecer los perfiles profesionales, así como integrar equipos multidisciplinarios de acuerdo a

las necesidades.

Es de importancia también definir los procesos que mejoren la disponibilidad y uso racional de los medicamentos, vacunas y otras tecnologías de salud, de manera sistemática y progresiva. Además, el desarrollo de la capacidad regulatoria y de evaluación, para asegurar que los medicamentos sean eficaces y de calidad; fortalecer los procesos de gestión para la selección, evaluación, incorporación y uso racional de insumos médicos; como también fortalecer las capacidades de provisión y financiamiento de los medicamentos, y con ello impactar en la disminución del gasto de bolsillo en que incurren las familias.

Finalmente se recomienda que se promueva el empoderamiento de las personas y las comunidades, de manera que tengan un mayor conocimiento acerca de su situación de salud, sus derechos y obligaciones, para la toma de decisiones informadas, de acuerdo a su contexto, a través de mecanismos formales de participación y de programas de promoción, prevención y educación relativos a la salud.

Con este objetivo se aspira a que el país cuente con una red interinstitucional, con capacidad resolutoria, con un primer nivel fortalecido, en interacción con entidades públicas y la sociedad civil. Ofreciendo un conjunto de prestaciones explícitas basadas en la evidencia científica, sostenible con garantías de financiamiento y altos estándares de calidad, acorde a resultados y metas predeterminadas de acuerdo a la población adscrita.

Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

Respecto de este objetivo, los asistentes al proceso de consulta ubicaron como punto central, al fortalecimiento del MAIS-FCI, por lo que desde el punto de vista de actores de pueblos y nacionalidades, CONASA, academia y el Consejo Sectorial de Salud se planteó como necesario realizar una evaluación de este de acuerdo a los contextos locales.

Para la actualización del MAIS, se deben considerar los enfoques de igualdad intergeneracional, de género, de pueblos y nacionalidades, de personas con discapacidad y en condición de movilidad humana, así como los factores de vulnerabilidad social e interseccionalidad, sobre todo, en lo referente a protocolos de atención para garantizar una atención continua y oportuna dirigida hacia estos grupos poblacionales. En esta línea, el seguimiento longitudinal de la salud de las personas usuarias de los servicios del SNS es imprescindible. En este marco, el Ministerio de Educación enfatiza la necesidad de complementariedad en la gestión del MAIS en Contextos Educativos (MAIS-CE).

Academia, trabajadores/as de la salud y sociedad civil consideraron necesario implementar un sistema de planificación, monitoreo y control de la red de servicios de salud y contar con un plan de mantenimiento de infraestructura, equipamiento y mobiliario.

En la misma línea, desde el Consejo Sectorial de Salud se ratificó la importancia de establecer mecanismos para el abastecimiento de farmacias, sobre todo, en el primer nivel de atención.

CONASA aportó con la necesidad de incorporar acciones que permitan un ordenamiento territorial de la oferta de servicios a nivel nacional partiendo del análisis de la realidad demográfica, social, económica, cultural y perfil epidemiológico del país. Adicionan a actores de pueblos y nacionalidades la importancia de considerar las barreras de acceso tanto físicas como institucionales y culturales a dichos servicios para el mejoramiento del MAIS. En esta línea, la incorporación de talento humano especializado que considere la pertinencia cultural y lingüística en la prestación de los servicios es prioritaria y la integración de la oferta de servicios de MTCI a las redes de servicios resulta una necesidad expresada.

Finalmente, un aporte de especial relevancia por parte del CONASA tiene que ver con la incorporación de alianzas con el sector privado y academia para promover la investigación aplicada al desarrollo de tratamientos innovadores para los problemas de salud de la población ecuatoriana.

Fuente: Proceso de consulta entre 17 de noviembre de 2021 y 27 de enero de 2022



Estrategias, acciones y metas

4.1. Implementación de modelo de atención integral de salud comunitario, familiar e intercultural basado en la atención primaria de salud y redes de servicios integrales para garantizar la continuidad, calidad y eficiencia

4.1.1 Actualizar y fortalecer el modelo de atención

integral de salud comunitaria, familiar e intercultural, a través de la recategorización de establecimientos y servicios considerando las barreras de acceso; y las desigualdades, inequidades territoriales, las necesidades específicas de la población a nivel local y la pertinencia cultural y lingüística.

4.1.2 Analizar las necesidades de salud de la población de acuerdo a la situación demográfica, geográfica, cultural y perfil epidemiológico para establecer

un criterio de ordenamiento territorial de la oferta de servicios de salud a nivel nacional.

4.1.3 Realizar un proceso de integración territorial de redes de servicios de salud plurales de la RPIS que garanticen la calidad de la atención y fortalezcan el primer nivel de atención.

4.1.4. Promover la conformación de equipos de salud con profesionales de pueblos y nacionalidades con énfasis en el área rural y de concentración de pueblos y nacionalidades.

Metas

- El 100% de las unidades de primer nivel de atención del MSP con población adscrita territorialmente.
- El 100% de las unidades de primer nivel de atención del MSP otorga el paquete priorizado para gestantes y niños menores de 2 años.
- Reducir al 10% el porcentaje de hospitalizaciones sensibles a la atención ambulatoria.
- Incrementar al menos al 69% el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyas necesidades de anticoncepción se encuentran satisfechas.
- Implementar el marco normativo de las estrategias de salud digital y telemedicina.
- Incrementar la tasa de 1,14 a 1,71 de médicos familiares que trabajan en atención primaria por cada 10.000 habitantes.
- Incrementar al 10% los establecimientos de

salud pública que ofertan servicios de MTCT debidamente equipados.

4.2. Modelo de gestión enmarcado en la agenda digital para la integración de la red de servicios de salud del SNS, que permita mejorar su eficiencia, oportunidad y calidad

4.2.1 Implementar un modelo de gestión por resultados del primer nivel de atención del SNS.

4.2.2 Implementar un modelo de gestión hospitalaria por resultados a nivel nacional.

4.2.3 Definir e implementar estándares de calidad de la atención en la red de servicios de salud.

4.2.4 Desarrollo de una agenda digital que permita fortalecer la capacidad operativa y resolutive de la red de servicios de salud.

4.2.5 Fortalecer los procesos de gestión clínica para asegurar el acceso efectivo y oportuno a la red de servicios de salud pública, con el desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica basadas en evidencia.

Metas

- Incrementar al 30% el gasto del primer nivel de atención, respecto del presupuesto en salud.

- Asegurar el financiamiento de los hospitales públicos, basando la asignación en su cartera de servicios y producción.
- Incrementar la percepción de la satisfacción de la calidad de los servicios del MSP y del SNS.
- Reducir el número de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) causadas por microorganismos resistentes a los carbapenémicos.
- Implementar la Historia Clínica Electrónica única interoperable en el SNS.

4.3 Acceso adecuado y oportuno a medicamentos, tecnologías sanitarias y vacunas.

- 4.3.1 Definir e implementar el sistema integral de suministro de medicamentos y otras tecnologías en salud del SNS, que garantice el acceso y uso racional.
- 4.3.2 Contar con una autoridad regulatoria nacional de medicamentos cuya capacidad haya sido calificada como de nivel 3 de acuerdo a la herramienta mundial de evaluación de la OMS.
- 4.3.3 Determinar el alcance y progresividad de la cobertura de las enfermedades raras y catastróficas.
- 4.3.4 Aplicar metodologías de evaluación de las tecnologías sanitarias en el proceso para la decisión de su incorporación en los sistemas de salud.

4.3.5 Fortalecer el programa nacional de provisión segura de sangre y hemoderivados.

4.3.6 Promover las alianzas con el sector privado e investigación con la academia para el desarrollo de tratamientos innovadores.

Metas

- 100% de unidades de primer nivel cuentan con el abasto de medicamentos esenciales de acuerdo a su capacidad resolutive.
- Una autoridad regulatoria nacional de medicamentos cuya capacidad haya sido calificada como de nivel 3 de acuerdo a la herramienta mundial de evaluación de la OMS.
- Incrementar de forma progresiva la cobertura de enfermedades raras y catastróficas.
- Implementar una unidad de evaluación de las tecnologías sanitarias que acredite la decisión de incorporación, modificación o exclusión de tecnologías sanitarias al SNS.
- Incrementar la tasa de donación de sangre hasta llegar a 17 unidades de sangre disponibles para transfusión por cada 1.000 habitantes.

4.4 Agenda digital y gestión de la información

4.4.1 Fortalecer el ecosistema digital para contribuir en la calidad de atención de salud.



4.4.2 Promover la innovación y fortalecer la gobernanza en salud digital.

Metas

- Implementar herramientas digitales para ayudar al órgano rector en la toma de decisiones asistenciales, de gestión y de políticas públicas.
- Modernizar la gestión pública y mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la integración de tecnologías digitales.
- Integrar digitalmente a los establecimientos de salud y reducir su brecha digital.
- Contar con el 100% de establecimientos de salud de primer nivel de atención del Ministerio de

Salud que cuentan con acceso a internet y equipos electrónicos para la aplicación de la Historia Clínica Electrónica.

- Implementar historia clínica y receta electrónica interoperables.
- Contar con un sistema de registro de personas, familia y comunidad, asociado a las coberturas sanitarias; así como los establecimientos de salud de todo el país que integran el sistema sanitario.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Inclusión Económica y Social
- Ministerio de Economía y Finanzas
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la sociedad civil
- Sector privado



OBJETIVO 5
SISTEMA DE
SALUD INTEGRADO
Y EFICIENTE



Sistema de salud integrado y eficiente

Transformar el sistema nacional de salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud

De acuerdo a la OMS, el Sistema de Salud se define como el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud (60). Este comprende una red organizada de actividades para influir sobre los determinantes de la salud, así como acciones directas para mejorar la salud, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, estatales, no estatales y privados que la realizan (61).

En el contexto de la pandemia por COVID-19, se evidenció la necesidad de mantener los procesos de transformación del SNS que le permita ser sostenible y resiliente, sobre todo, para enfrentar en principio el periodo de prolongación de la crisis sanitaria, recuperar y mantener los servicios esenciales de salud. De igual manera fortalecer los procesos institucionales para garantizar el derecho a la salud de la población.

En este sentido, las estrategias propuestas para el cumplimiento de este objetivo están orientadas al fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Nacional de Salud y de la gobernanza del sistema, que facilite la coordinación interinstitucional e intersectorial para el cumplimiento de objetivos nacionales de salud y bienestar como los que contiene el presente plan. Este ejercicio demanda del análisis y transformación, del marco legal del SNS y la Autoridad Sanitaria Nacional para el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública y de la organización de los espacios de coordinación existentes, que permitan diagnosticar los problemas del sistema y de salud nacional, diseñar políticas públicas, monitorear su cumplimiento y evaluar su impacto, para la superación de las problemáticas nacionales de salud.

La autoridad sanitaria nacional, como ente rector del sector salud, requiere el fortalecimiento de las entidades adscritas de control; ARCSA y ACESS y la de investigación INSPI, el de trasplantes INDOT, las que cuanto mayor autonomía tengan contribuirán al fortalecimiento del SNS.

Por otro lado, se plantea como estrategia la reducción de barreras institucionales y organizativas a los servicios del SNS considerando la disponibilidad y distribución de recursos humanos y tecnológicos basados en una adecuada planificación y coordinación entre los distintos niveles administrativos y de atención del sistema. Ahora, esto atañe al mejoramiento del modelo de gestión y atención de salud a nivel territorial, que demanda un proceso de adscripción poblacional a los distintos niveles de atención y ordenamiento de la oferta, tendiente al fortalecimiento de la salud a nivel comunitario y familiar.

Se requiere consolidar la gobernanza de los recursos humanos para la salud, la regulación y la fiscalización del proceso de formación, fortalecer la regulación del mercado de trabajo y profesional. Se debe garantizar que en el proceso formativo el personal de salud desarrolle competencias actualizadas y apropiadas para el desempeño de sus funciones y responsabilidades en virtud del modelo de atención.

Fortalecer los procesos de planificación del personal de salud de toda la red de servicios en el país, para asegurar la dotación de personal, sobre todo, en las zonas con mayores necesidades de salud, desarrollo de estrategias para la retención y desarrollo de los recursos humanos dentro de un marco normativo de carrera sanitaria.

No menos importante es considerar la sostenibilidad del SNS, dado que el incremento de coberturas basado en el mandato constitucional de llegar al gasto en

salud equivalente al 6% del Producto Interno Bruto (PIB) y considerando la actual crisis fiscal por la que atraviesa el país y la región, demanda de mecanismos que permitan al Estado, como principal garante del derecho a la salud, mejorar la eficiencia en el gasto público de salud y, sobre todo, garantizar su eficacia.

Así también, establecer nuevos mecanismos de pago de los servicios de salud que estén ligados a incentivos y resultados, como la definición de cápitas ajustados a factores sociales, económicos y poblacionales en el primer nivel de atención y pago por Grupos Relacionados por el Diagnóstico en el nivel hospitalario.

Fomentar la participación social y mecanismos de rendición de cuentas de los actores del SNS es una estrategia fundamental para lograr su mejoramiento y el cumplimiento de sus objetivos; por lo que contar con sistemas de información integrales del sector de la salud, analizar periódicamente la situación sanitaria nacional para diseñar políticas públicas basadas en evidencia, contar con una agenda de investigación e innovación de la salud, fortalecer los mecanismos de contraloría y veeduría social del sector; así como el talento humano del SNS para generar servicios de calidad y oportuno son necesarios.

Finalmente, este plan requiere una efectiva coordinación al interior de todos los ministerios que tienen que ver con salud; y una amplia coordinación interinstitucional e intersectorial y con participación activa de la sociedad civil.



Aportes del proceso de consulta del PDS 2022 - 2031

En este objetivo, tanto trabajadores y trabajadoras de la salud como miembros de la academia asistentes al proceso de consulta coincidieron en la necesidad de fortalecer las capacidades de rectoría y regulación del SNS, para lo cual el mejoramiento de la coordinación interinstitucional, intersectorial y multinivel, que incluya a los GAD en la promoción de la salud y el abordaje de las determinantes de la salud es prioritario. En esta línea, el representante del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) indicó la importancia del fortalecimiento institucional y mejoramiento de procesos de las instituciones, actores e instancias que forman parte del SNS.

Igualmente relevante, desde el punto de vista de miembros del CONASA y de actores de pueblos y nacionalidades vinculados con la salud, es la incorporación del enfoque territorial para la reducción de barreras institucionales y organizativas de los servicios del SNS, con énfasis en poblaciones dispersas y asentamientos humanos de difícil acceso y del área rural.

Otro aspecto que se debe abordar, en el marco de este objetivo, es el fortalecimiento de capacidades del talento humano del sector de la salud; al respecto se considera necesario fomentar su formación y capacitación

permanente, incentivar la carrera sanitaria y promover la estabilidad laboral; manejar un adecuado ratio entre profesionales de la salud con relación a la población, fomentar la especialización profesional y la formación de postgrado acorde al volumen de patologías existentes en el país. Además, manejar la relación entre profesionales y auxiliares de la salud, cubrir la brecha de enfermería y medicina especializada basada en la demanda y con pertinencia cultural y lingüística. La representante de UNFPA, asistente al proceso de consulta, sugirió incluir una acción orientada a fomentar la salud laboral de los trabajadores sanitarios.

Un aspecto no menos importante es el mejoramiento de la administración y uso de información del sector de la salud, que permitan conocer de manera más precisa la demanda de servicios de salud; así como las coberturas, la simplificación de trámites institucionales y registro que reducirían la carga laboral de trabajadores de la salud y disminuirían las barreras institucionales de acceso a servicios. En esta línea, desde el punto de vista del CONASA, la generación de una agenda de investigación e innovación de la salud es de especial relevancia nacional, donde la academia tiene un rol prioritario para su desarrollo. En este sentido, la conformación de observatorios de la salud puede de manera complementaria fortalecer el SNS. Al respecto, la representante del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) durante la fase de consulta mencionó la importancia de la gestión de

información a nivel local para el análisis de esta y el mejoramiento de la capacidad operativo y resolutive del nivel local del sector de la salud.

Tanto el representante de PNUD como de Corporación Kimirina manifestaron la importancia de la digitalización de la información y contar con un sistema informático del SNS.

Finalmente, la sostenibilidad del SNS es un factor de interés de todos los actores, donde el análisis y actualización de leyes y normas relacionadas con la producción de insumos de salud y medicamentos es una necesidad; el análisis y reforma de ser el caso, del tarifario de servicios de salud, realizar análisis permanentes de demanda y oferta con la finalidad de mejorar la eficiencia presupuestaria en la dotación de insumos y medicamentos a establecimientos prestadores de servicios de salud, sobre todo del sector público.

De igual manera, actores de la academia y trabajadores

y trabajadoras de la salud plantearon como necesario el debate sobre el esquema de financiamiento del SNS, mismo que puede ser contributivo sin perjuicio de garantizar la universalidad del derecho a la salud, la vinculación de la sostenibilidad del sistema con los esquemas de seguridad social y la focalización de beneficios y subsidios dirigidos a aquel segmento poblacional que por efecto de la pobreza y desigualdad no pueden acceder a servicios de salud. Al respecto, el representante de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) enfatizó la importancia de analizar la sostenibilidad del sistema y la participación de la cooperación internacional sobre el mismo.

Finalmente, la evaluación, el aseguramiento y acreditación de la calidad en la prestación de servicios de salud puede propender a la equidad e igualdad en el acceso a servicios de salud. De igual manera, se planteó como necesario analizar la especificidad de las facultades de rectoría, regulación y control, diferenciados de la prestación de servicios de salud del sector público.

Estrategias, acciones y metas

5.1. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del Sistema Nacional de Salud

5.1.1 Reformar el Marco Legal del SNS y de la autoridad sanitaria para el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud.

5.1.2 Fortalecer las entidades adscritas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

5.1.3 Evaluar el modelo de organización territorial de planificación por zonas y distritos para organizar espacios de coordinación institucional e intersectorial para la implementación de política pública en los niveles nacional, provincial y cantonal.

Metas

- Actualizar el marco legal de salud en armonía con el mandato constitucional.
- Incrementar el desempeño del SNS al 90% de las Funciones Esenciales en Salud Pública.
- Fortalecer los espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las políticas del SNS.

5.2. Reducción de barreras institucionales y organizativas a servicios del Sistema Nacional de Salud

5.2.1 Asegurar la disponibilidad y distribución adecuada, equitativa y con pertinencia cultural de personal de salud calificado en todo el SNS.

5.2.2 Actualizar el modelo de gestión y atención de salud territorial, que asegure la adscripción poblacional a todos los subsistemas del SNS.

Metas

- Diseñar la propuesta de proyecto de Ley de Carrera Sanitaria de profesionales de salud, y un plan de implementación para el fortalecimiento y estabilidad del talento humano del sector.
- Fortalecer los procesos formativos y en todos los niveles de educación superior y técnica del personal sanitario en el marco del Plan Nacional para la Formación de Talento del sector de la salud, para la disminución de las brechas cuantitativas y cualitativas de profesionales

de la salud, considerando los enfoques transversales de igualdad y multidisciplinario.

- Incrementar al 44,5 trabajadores/as de la salud por cada 10.000 habitantes, para alcanzar la tasa estándar.
- Incrementar la proporción de enfermeras que trabajan en los servicios de salud de 0,34 a 0,52 por cada médico.
- Reducir a 94,7 muertes por 100.000 habitantes la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud.
- Implementar el Plan Nacional Sectorial de adscripción y desarrollo de infraestructura de los servicios de salud.
- Reducir la población que informa sobre obstáculos de acceso a los servicios de salud, en al menos 10%.

5.3. Incremento del financiamiento de la salud con equidad, eficiencia y sostenibilidad

5.3.1 Aplicar un modelo de financiamiento que garantice la sostenibilidad y resiliencia del SNS.

Metas

- Reducir por debajo del 30% el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.
- Incrementar progresivamente el gasto público en salud hasta lograr al menos el 6% del PIB.
- Garantizar la priorización y protección financiera para emergencias sanitarias.



- Crear un fondo de financiamiento de las garantías de gratuidad en los casos definidos constitucionalmente para maternidad, adultos mayores, personas con discapacidad y enfermedades catastróficas.
- Establecer un mecanismo de financiamiento del aseguramiento de la salud de la población jubilada del IESS.

5.4. Gestión de la información, desarrollo, innovación e investigación de la salud

5.4.1 Generar un sistema interinstitucional integrado de información y gestión de datos del SNS (censos, encuestas y registros administrativos), con las instituciones que forman parte del sistema y la sociedad civil.

5.4.2 Promover actividades de desarrollo, innovación, investigación y gestión del conocimiento y la

información de la salud, incluyendo el campo de la medicina tradicional, complementaria e integrativa.

5.4.3 Realizar un análisis de la situación nacional de la salud, estudios de carga de enfermedad y vigilancia sanitaria con actualización periódica, que permita valorar la magnitud y gravedad de los riesgos de la salud y el diseño oportuno de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

5.4.4 Garantizar el financiamiento para la agenda de investigación e innovación en salud pública.

Metas

- Implementar un sistema integrado de información y gestión de datos del Sistema Nacional de Salud.
- Realizar periódicamente un análisis de la situación nacional de la salud y estudios de carga de enfermedad.
- Destinar el 2% del presupuesto público en salud para la agenda de investigación e innovación en salud pública.

5.5. Fomento de la participación social y rendición de cuentas de los actores del Sistema Nacional de Salud

5.5.1 Fortalecer e implementar mecanismos de participación social a nivel comunitario y procesos de contraloría y veeduría social del sector de la salud, en los procesos de diagnóstico, diseño,

planificación, gestión y monitoreo de la política pública de salud.

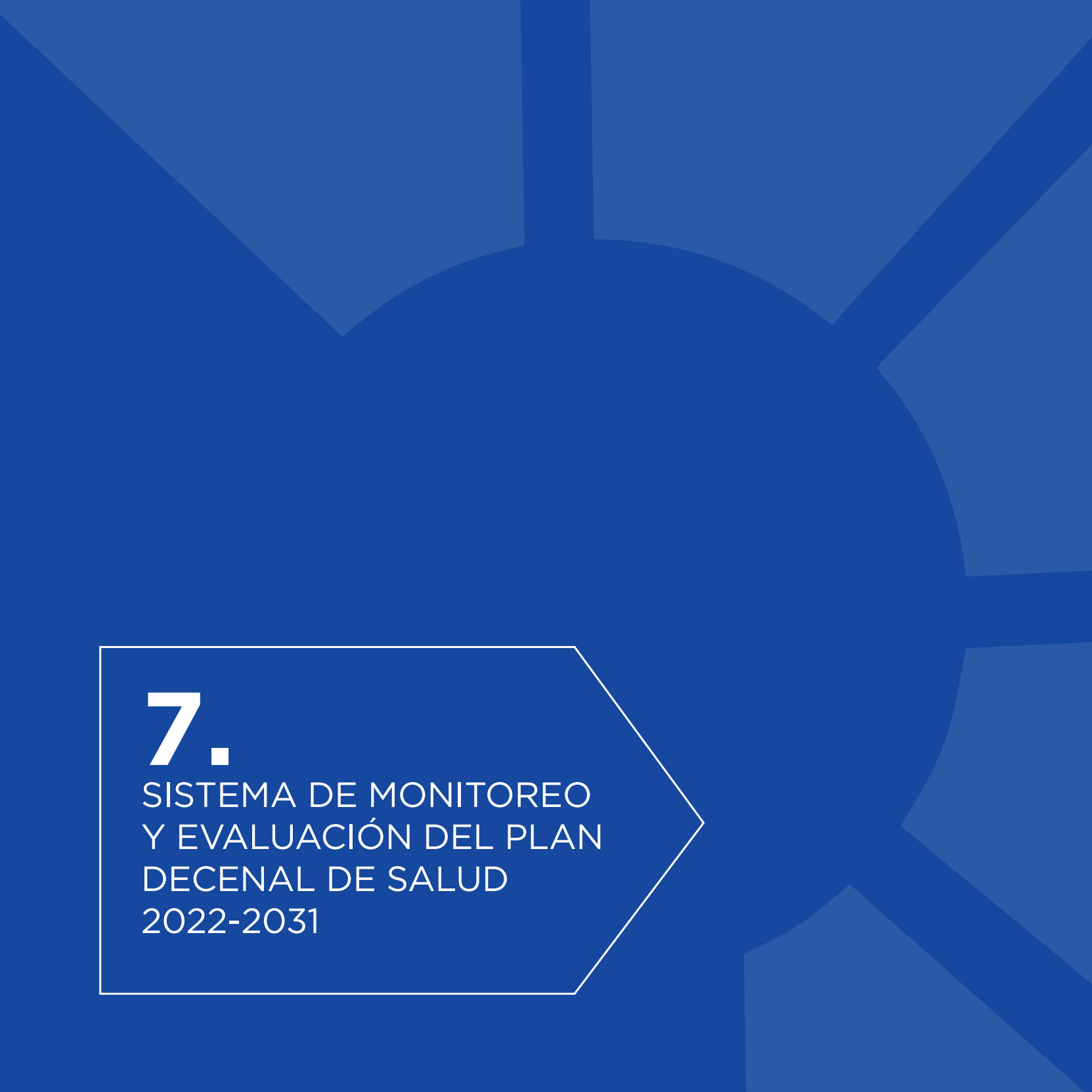
5.5.2 Implementar un sistema de monitoreo de la gestión presupuestaria y mecanismos que garanticen la rendición de cuentas y transparencia de actores del SNS.

Metas

- Implementar un mecanismo de contraloría y veeduría social del sector de la salud.
- Implementar un sistema de indicadores que permita el monitoreo de la gestión presupuestaria del SNS.

Alianzas estratégicas

- Ministerio de Economía y Finanzas
- Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
- Gobiernos Autónomos Descentralizados
- Academia
- Organizaciones de la sociedad civil
- Sector privado



7.

SISTEMA DE MONITOREO
Y EVALUACIÓN DEL PLAN
DECENAL DE SALUD
2022-2031



Para el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan Decenal de Salud 2022 - 2031 se considera el cumplimiento de la Constitución de la República del Ecuador (3), el Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas correspondiente al diseño de política pública y la legislación que compone el SNS. Comprende las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores que giran en torno al derecho a la salud (3).

De igual manera conforme la Constitución (Art.361), la Ley Orgánica de Salud (Arts. 4-6) y la Ley Orgánica

del SNS (Art. 5), le corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional formular la política nacional de Salud y al CONASA: concertar entre todos los actores y niveles del sistema la aplicación de la política nacional en salud, participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y coordinar con los actores del SNS su implementación. Este permite plantear la siguiente metodología para fines de seguimiento y evaluación del plan.

7.1 METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DECENAL DE SALUD 2022-2031

La estructura del presente plan se basa en la definición de objetivos, estrategias y acciones. Una vez aprobado por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional demanda de un proceso de coordinación que posibilite su implementación, considerando el carácter intersectorial e interinstitucional.

El plan considera tres tipos de metas con sus respectivos indicadores para su medición de avance e impacto. Estas metas e indicadores son de gestión, resultado e impacto (Anexo 7).

Los indicadores de gestión corresponden a cada una de las acciones planteadas en el presente plan. Dichas metas e indicadores deben enmarcarse en la planificación operativa anual a nivel institucional, para cumplimiento de los objetivos en el corto plazo y responden principalmente al monitoreo de las actividades que realizan los actores del SNS o con responsabilidades en el cumplimiento de los objetivos del presente plan. El objetivo es conseguir principalmente el incremento

de coberturas de servicios de salud y otros servicios asociados, de manera eficiente y eficaz.

Los indicadores de resultado corresponden a metas cuyos efectos son susceptibles de medición en el mediano plazo o tras la implementación de las acciones definidas en el presente plan. Estos indicadores persiguen la medición de los resultados sobre la población beneficiaria del presente plan, tras las acciones realizadas por las instituciones y está vinculada principalmente con la reducción de las tasas de morbilidad a nivel nacional y la modificación de patrones culturales de consumo, y lograr el compromiso de los actores en la generación de hábitats y entornos saludables.

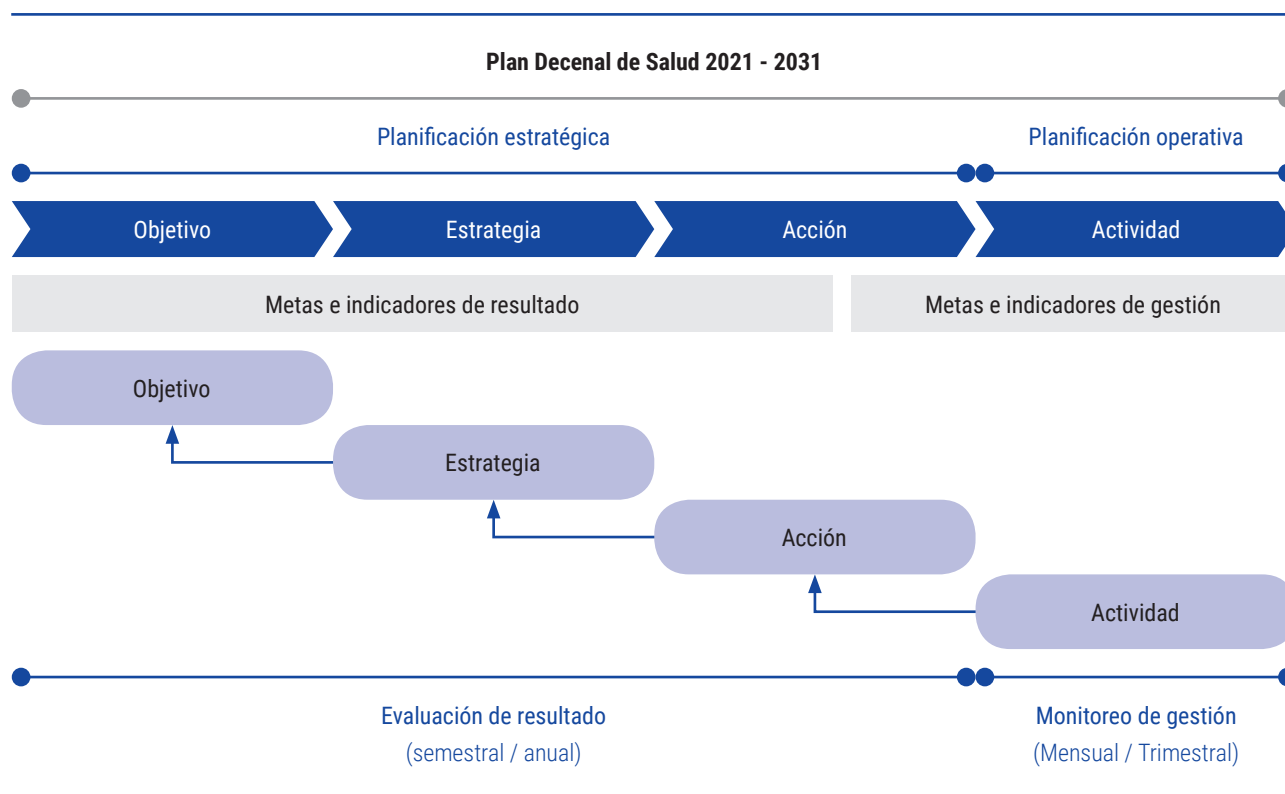
Los indicadores de impacto persiguen la evaluación en el cumplimiento de los cambios esperados en el contexto nacional sanitario proyectados en largo plazo hacia 2031. Tienen incidencia directa sobre la vida de la población beneficiaria de la presente política pública en términos de calidad de vida y la reducción de tasas de

mortalidad, y mejoramiento de la eficacia y eficiencia en la implementación de las políticas públicas.

Con estos antecedentes, el PDS permite un monitoreo permanente de las acciones planteadas y las actividades correspondientes a la planificación operativa institucional, en correspondencia con las metas e

indicadores de gestión propuestos. El monitoreo se realizará mensual o trimestralmente, a través de las plataformas de seguimiento de la gestión institucional de la función ejecutiva por parte del MSP. Respecto a la evaluación de metas de resultado, estas se realizarán semestral o anualmente conforme el siguiente esquema.

Figura 36. Esquema de monitoreo de la gestión y evaluación de resultado



Elaborado por: OPS / MSP

Por su parte, la evaluación de impacto se hará a medio término (transcurridos 5 años) y al finalizar la ejecución del plan (transcurridos 10 años), considerando por lo menos el avance de 6 metas trazadoras correspondien-

tes a los 5 objetivos del plan que se definen a continuación. Esto, sin perjuicio del monitoreo y evaluación del cumplimiento de todas las metas planteadas en cada uno de los objetivos y estrategias.

1) Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales.

- Disminuir la brecha de la tasa de desnutrición infantil en menores de 2 años de la población indígena de 11,6% a 2,5% respecto del promedio nacional.

2) Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.

- Disminuir la tasa de nacimientos por embarazo en adolescentes (15-19 años) del 54,6 al 16,9 por cada 1.000 nacidos vivos.

3) Reducir la carga de la enfermedad a través del abordaje integral de salud pública.

- Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 33,1 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.

- Reducir la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud hasta 210,5 muertes por 100.000 habitantes.

4) Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integral y de calidad centrados en la persona, la familia y la comunidad.

- Disminuir al 10,5% el porcentaje de hospitalizaciones sensibles a la atención ambulatoria.

5) Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal de salud.

- Reducir el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud de 36,9% a un valor menor al 30%.

Para esto, el CONASA, a través de su máxima autoridad, convocará a los actores con la finalidad de realizar las evaluaciones de medio término y de finalización del presente plan. El CONASA será la instancia de convocatoria intersectorial y sectorial, para lo cual se incorporará en calidad de invitados a

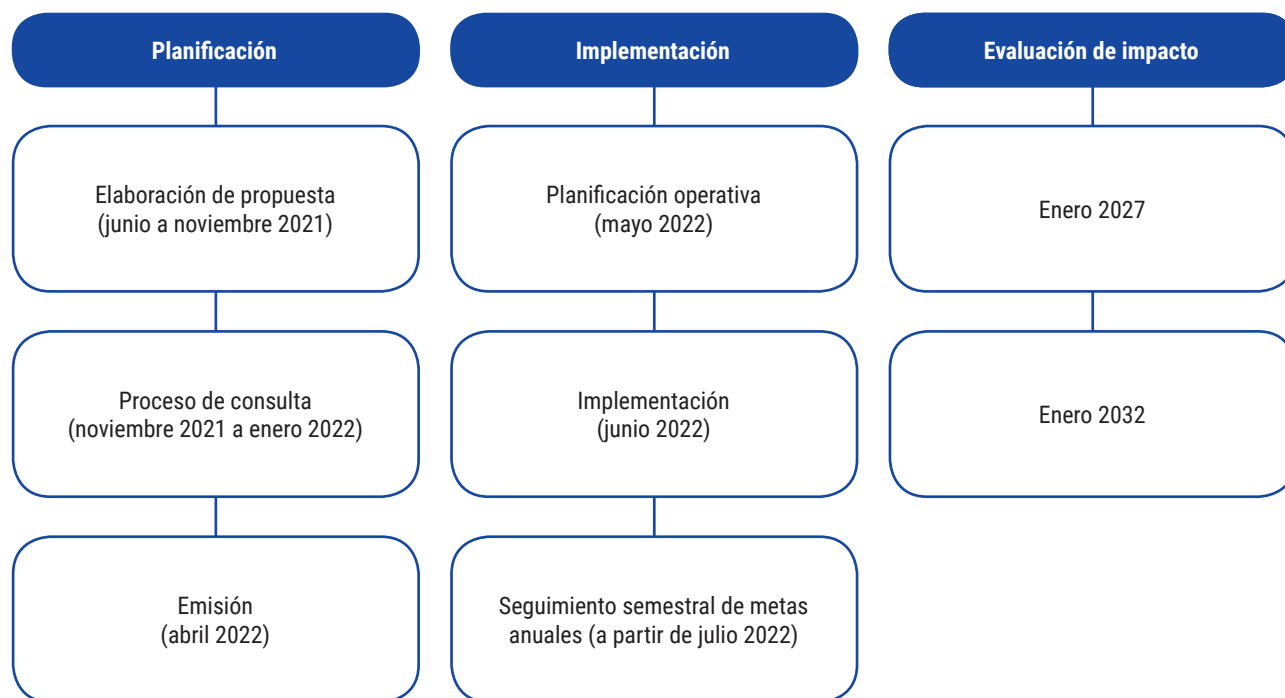
otros actores que no formen parte del mismo acuerdo a la ley. Para el monitoreo del PDS 2022 - 2031, conforme la propuesta preliminar, se conformarán mesas de monitoreo y seguimiento a cada uno de los objetivos de acuerdo con los actores responsables de su implementación.

Figura 37. Indicadores y metas de impacto globales del Plan Decenal de Salud 2022 - 2031

Objetivos		Línea base											Meta
		2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
1	Reducir las desigualdades e inequidades en torno al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial.		11,6%	10%	8%	7%	6%	5%	4,5%	4%	3,5%	3%	2,5%
		Brecha de la tasa de desnutrición infantil en menores de 2 años de la población indígena											
		ENSANUT 2018: Nacional 27,2%, Indígena 38,8%, Brecha 11,6%, Meta: reducir la brecha 10pp.											
2	Promover el bienestar de la población en todas las etapas de la vida, a través de la conformación de entornos, comunidades y hábitos de vida saludables y seguros.	54,6	54,4	50,7	46,9	43,2	39,4	35,7	31,9	28,2	24,4	20,7	16,9
		Tasa de embarazo adolescente por cada 1.000 nacimientos											
3	Reducir la carga de enfermedad a través del abordaje integral de salud pública.	57,6	41,9	41,4	40,2	39,3	38,4	37,5	36,6	35,8	34,9	34,0	33,1
		Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos											
		308,7	293,0	277,3	261,6	245,9	230,2	226,9	223,7	220,4	217,1	213,8	210,5
		Tasa de mortalidad evitable por 100.000 habitantes											
4	Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad.		2019 15,5	13,1	14,9	14,3	13,8	13,2	12,7	12,2	11,6	10,1	10,5
		Porcentaje de hospitalizaciones por trastornos sensibles al cuidado ambulatorio											
5	Transformar el Sistema Nacional de Salud para que garantice el acceso y cobertura universal.	37,7	36,9	36,1	35,2	34,4	33,6	32,7	31,9	31,1	30,2	29,4	28,6
		Gasto de bolsillo en salud											

Elaborado por: OPS / MSP



Figura 38. Línea de tiempo el Plan Decenal de Salud

Elaborado por: OPS / MSP



8.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

1. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2020 Santiago de Chile; 2021.
2. Iñigo E. Teoría de cambio: Un enfoque de pensamiento – acción para navegar la complejidad de los procesos de cambio social, Guatemala: PNUD; 2010.
3. Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. 2008.
4. BCE. Banco Central del Ecuador. [Online]; 2021. Available from: https://www.bce.fin.ec/index.php/boletines-de-prensa-archivo/item/1431-la-economia-ecuatoriana-inicia-la-recuperacion-economica-con-una-expansion-del-2-8-en-2021#_ftn3.
5. INEC. Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, Pobreza y Desigualdad. Boletín Técnico. Quito: ENEMDU; 2021.
6. Gobierno del Ecuador. Evaluación socioeconómica. 2020.
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos. ENSANUT. [Online]; 2018. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales resultados ENSANUT_2018.pdf.
8. INEC. Censo de Población y Vivienda. [Online].; 2010. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf.
9. CEPAL. CEPALSTAT: Base de Datos y Publicaciones Estadísticas. [Online]; 2021. Available from: <https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/Portada.html>
10. ¿Cómo crecerá la población? Ecuador en Cifras. [Online]; s/f. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf.
11. Cruz M, Ahmed A. On the Impact of Demographic Change on Growth, Savings, and Poverty. 2016 Agosto.

12. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo sostenible y salud ambiental. Salud en las Américas. 2007; 1(1): p. 220-313.
13. INEC. Boletín Técnico No.01-2019 - Encuesta Multipropósito. 2019 Septiembre.
14. CEPAL. Panorama Social de América latina 2021. 2021.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico Nacional de gestión externa de desechos sanitarios en establecimientos de salud del MSP. 2020.
16. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional de Calidad del Agua. Quito: Ministerio del Ambiente, Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria; 2016.
17. Ministerio de Salud Pública. Guía para el manejo de desechos generados durante la implementación de las fases de vacunación frente al COVID-19. Guía practica. Dirección Nacional de Ambiente y Salud; 2020.
18. Prüs-Üstün A(a. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. 2016..
19. Yassi A, Kjellström T, Kok T, Guidotti T. Salud ambiental básica. México: Organización Mundial de la Salud; 2002.
20. Watts N, Adger W, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W, et al. Health and climate change: policy responses to protect public health: The Lancet; 2015.
21. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington; 2018.
22. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Economía de la Salud. Informe técnico. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud ; 2019. Report No.: Nro.DES-GYF-2019-017.
23. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes. OMS; 2018.

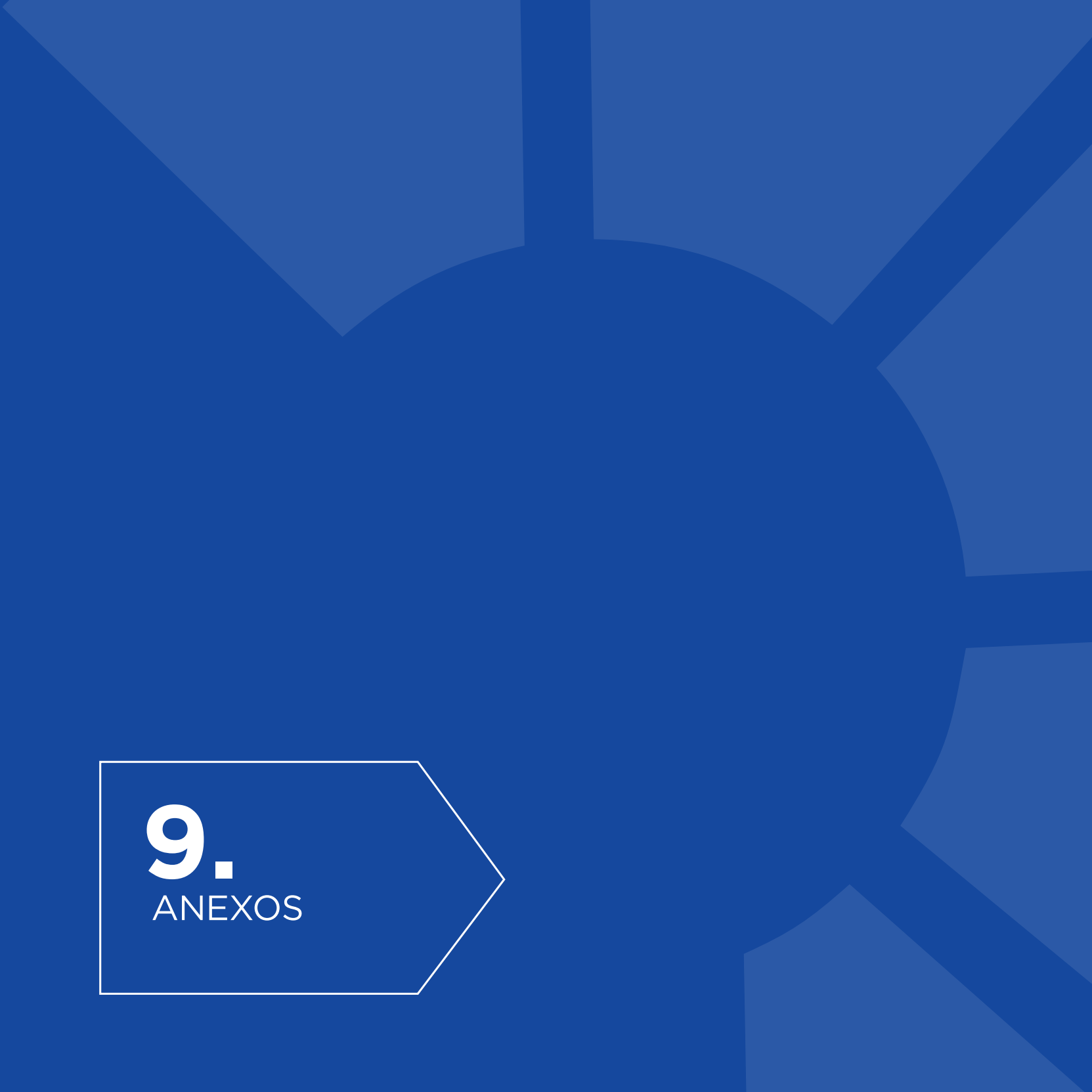
24. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2018. Available from: <http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/en/>.
25. MSP, INEC, OPS/OMS. Encuesta STEPTS Ecuador 2018.
26. Organización Mundial de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. Organización Panamericana de la Salud; 2012.
27. Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Cuarta Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 12 a 17 años. Informe de investigación; 2013.
28. Organización Panamericana de la salud. Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina; 2014.
29. OPS. NCD at a Glance. 2019.
30. Moncayo J, General S, Nabernegg M, Fuentes O, Haro M, Rivas P, et al. Encuesta Calidad de Vida; 2015.
31. Organización Mundial de la Salud. Health in the Americas. [Online]; 2021. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants.html>.
32. Ministerio de Salud Pública. Plan Intersectorial de Alimentación y Nutrición del Ecuador, 2018-2025. Quito; 2018.
33. MSP. PIANE 2018 - 2025. https://www.salud.gob.ec/normativa-legal-lactancia_materna/. [Online]; 2018 [cited 2022 12 10].
34. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
35. Aguilar F, Estrada A, Collado J. La educación ecuatoriana y la desigualdad en el acceso al aprendizaje virtual; 2021.

36. FGE. [Online]; 2022. Available from: <https://www.fiscalia.gob.ec/estadisticas-fge/>.
37. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
38. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington: OPS/OMS; 2014. Report No.: ISBN 978-92-75-31843-0.
39. Ministerio de Salud Pública. Política Intersectorial de Prevención de Embarazo de Niñas y Adolescentes 2018-2025. Quito; 2018.
40. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Quito: Fondo de Población de las Naciones Unidas-Oficina de país en Ecuador; 2020.
41. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. INEC. [Online]; 2021. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-publica-cifras-de-nacimientos-defunciones-fetales-y-defunciones-generales-de-2020/>.
42. Ministerio de Salud Pública. Modelo de atención Integral del SNS. MAIS. Quito: MSP; 2012.
43. WHO. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22ES%22&iso2=%22EC%22. [Online].; 2018 [cited 2021 Diciembre 10. Available from: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22ES%22&iso2=%22EC%22.
44. Ministerio de Salud Pública. Quito: Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; 2021.
45. Agency Res Cancer. Global Cancer Observatory. [Online]; 2021. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>.
46. Ministerio de Salud Pública. MSP. [Online]; 2021. Available from: <https://www.salud.gob.ec/resultados-de-la-encuesta-steps/>.

47. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS 2018. Registro estadístico. INEC; 2018. Report No: N ° -01-2020-RAS.
48. OPS. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 Washington D.C; 2017.
49. SENPLADES. Guía metodológica de formulación de indicadores y metas para las Agendas de Coordinación Intersectorial. Guía metodológica. Quitp: SENPLADES; 2013.
50. MSP. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control; 2021.
51. INEC. Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud - 2018. [Online]; 2018. Available from: <https://datosabiertos.planificacion.gob.ec/dataset/registro-estadistico-de-recursos-y-actividades-de-salud-2018>.
52. MSP. Informe técnico No. DNARPCS-INF-2021-0064; 2021.
53. Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. 2006 Diciembre.
54. OMS. Global Health Expenditure Database. [Online]; 2021. Available from: <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/es>.
55. GHED OPS; 2021.
56. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Whashington: OPS; 2014.
57. Frieden T. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health. 2010; 100(4): p. 590-595.
58. OPS/OMS. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI Washington D.C.; 2020.

59. Almeida_Filho NA. A problemática teórica da determinação social de saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento); 2009.
60. Organización Mundial de la Salud. Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes WHO's framework for action. Catálogo. Health Systems and Services (HSS); 2007. Report No.: ISBN 978 92 4 159607 7.
61. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington : OPS; 2002.
62. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2020 Santiago; 2021.
63. OPS. Salud de las Américas. Panorama regional y perfiles de país Washington D.C.; 2017.
64. INEC, Ecuador en Cifras. Cómo crecerá la población en Ecuador; s/f.
65. INEC. Instituto Nacional de Estadística y Censo. [Online].; 2012. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-el-2050-seremos-234-millones-de-ecuatorianos/>.
66. MIDUVI. Informe Nacional del Ecuador - HABITAT III. Quito; 2015.
67. BM. Datos Banco Mundial. [Online].; 2021. Available from: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SPRUR.TOTL?locations=EC>.
68. University College of London. UCL NEWS. [Online].; 2021. Available from: <https://www.ucl.ac.uk/news/2021/feb/fossil-fuel-air-pollution-responsible-1-5-deaths-worldwide>.
69. INEC. ECV. 2013-2014.

70. MSP. Estrategia Nacional de Inmunizaciones; 2021.
71. MSP. Gacetas Epidemiológicas; 2021.
72. INEC. [Online].; 2020. Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-publica-cifras-de-nacimientos-defunciones-fetales-y-defunciones-generales-de-2020/>.
73. OPS. Mortalidad por suicidio en las Américas Washington D.C.; 2014.
74. Villacís B, Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador; 2012.

The background is a solid dark blue. It features several large, light blue geometric shapes: a large circle on the right side, and several triangular and quadrilateral shapes in the upper left and right corners, creating a stylized, abstract pattern.

9.

ANEXOS

9.1 UBICACIÓN DEL CASO ECUATORIANO EN EL CONTEXTO REGIONAL DE LA SALUD (ANEXO 1)

América Latina vive desde 2014 un incremento de los índices de pobreza, pobreza extrema y desigualdad medida a través del coeficiente de Gini; así como un estancamiento del crecimiento económico medido a través del PIB nacional, situación agravada por la pandemia (62). El Ecuador, en 2020, fue uno de los países de la región que tuvo una mayor caída del PIB, con un decrecimiento de -7,8%, el cual se espera revertir para el 2021 con un crecimiento del 2,8% del PIB. Esto le convierte en uno de los países más golpeados de la región por los efectos de la pandemia (4). La pobreza y pobreza extrema por ingresos crecieron 7,4 y 6 puntos porcentuales entre 2019 y 2020 respectivamente, al igual que la desigualdad⁶ (5).

Con este antecedente conviene poner en contraste información de carácter global, regional y nacional que

permita caracterizar la situación inicial de los efectos de las tendencias socioeconómicas y demográficas sobre la salud, las condiciones medioambientales; y la situación actual de enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental, y una breve caracterización del Sistema Nacional de Salud.

Aquellas personas que se encuentran bajo la línea de pobreza y pobreza extrema tienen mayores dificultades para acceder al derecho y servicios de salud o presentar, por efecto de la pobreza, condiciones que empeoren su calidad de vida y su salud. Determinantes estructurales de la salud como el acceso a educación, agua apta para el consumo humano y saneamiento, y un hábitat saludable afectan las condiciones nutricionales de niños y niñas, los hábitos de vida y el acceso a servicios de salud.

6 El índice de Gini nacional creció de 0,47 a 0,5 en el mismo periodo a nivel nacional.

Tendencias socioeconómicas en la región



Tras la pandemia, la región vuelve a los indicadores de pobreza y pobreza extrema de hace 12 y 20 años respectivamente

La región presenta una reducción sostenida del PIB e incremento de la desigualdad (índice de Gini)

Fuente: CEPAL, 2021

Tendencias socioeconómicas nacionales



La pobreza y pobreza extrema crecieron 7,4 y 6 p.p. entre 2019 y 2020 respectivamente y el índice de Gini creció de 0,47 a 0,5, en el mismo período

Entre marzo y diciembre de 2020, el PIB se contrajo en 6,4% a consecuencia de la pandemia

Fuente: BCE, 2021; INEC, 2021

Respecto de la tendencia demográfica de la región, esta ha logrado aumentar la esperanza de vida de 72,3 a 76,9 años en las últimas dos décadas y media, así como muestra un progresivo envejecimiento de la población y reducción de la tasa de reemplazo con una tasa de fecundidad de aproximadamente

2,1 hijos por mujer (63) Ecuador presenta una tendencia similar; de hecho se prevé que para 2030, la tasa de fecundidad sea menor a la de la región actualmente (64). Se debe mencionar que el país es el más densamente poblado de Sudamérica.

Tendencias demográficas en la región



En los últimos 25 años, la región ha logrado aumentar la esperanza de vida de 72,3 a 76,9 años

Progresivo envejecimiento de la población y población sin reemplazo
(Tasa de fecundidad inferior a 2,1 hijos por mujer)

70% de la población de AL está concentrada en áreas urbanas

Fuente: ECLAC/PAHO, 2020, ASSA 2018 - 2030

Entre 2012 y 2021, la población nacional creció de 15´5 a 17´7 millones y se proyecta que se eleve a 19´8 millones habitantes en 2030 (65). Hacia 2020 se proyectó que el 64% de la población se concentraría

en áreas urbanas (66) (67). Al respecto, se debe considerar los efectos de la transición demográfica sobre la demanda de los servicios de salud y seguridad social.

Tendencias demográficas en el Ecuador



Entre 2012 y 2020, la población nacional creció de 15'520.973 a 17'510.243 y se proyecta que se eleve a 19'814.767 habitantes en 2030

Envejecimiento de la población y población sin reemplazo (la tasa de fecundidad para 2030 se proyecta en 2,1 hijos por mujer, igual que la región)

64% de la población está concentrada en áreas urbanas

Fuente: INEC, 2012; MIDUVI, 2015

Por su parte, la contaminación del medio ambiente se identifica como una causa de los problemas de salud a nivel global, regional y nacional. Al respecto, según la University College of London, se calcula que aproximadamente 8 millones de personas mueren cada año como resultado de la contaminación ambiental

del aire por la quema de combustibles (68).

De igual manera, la inequidad en el acceso a derechos fundamentales, como agua apta para consumo humano, saneamiento, condiciones de habitabilidad y seguridad son determinantes de la salud.

Medio ambiente y hábitat en la región



La contaminación ambiental del aire se ubica como la causa de 11,6% del total de muertes a nivel mundial (6,5 millones de muertes anuales)

En la región, las muertes atribuibles a riesgos ambientales van entre el 85% y el 23%

Fuente: ECLAC/PAHO, 2020, ASSA 2018 - 2030

En el caso ecuatoriano, para 2018 la prevalencia de Desnutrición Crónica Infantil (DCI) en niños menores de 5 años, según la encuesta ENSANUT, fue de 27,2% a nivel nacional mientras que para la población indígena fue del 40,7%, que puede ser atribuida entre otros factores a inequidades territoriales relacionadas con las variables mencionadas anteriormente (69).

Por otro lado, los accidentes de tránsito representan una de las primeras causas de muerte, con una tasa de 19,9 por cada 100.000 habitantes (63), lo que da cuenta de la importancia de los factores de habitabilidad y convivencia social como determinantes de la salud.

Medio ambiente y hábitat en Ecuador



Para 2018, la prevalencia de DCI en niños de menos de 5 años atribuible a inequidades territoriales se concentró en población indígena, correspondiente al 40,7%

Accidentes de tránsito es una de las primeras causas de muerte, con una tasa de 19,9 muertes por accidentes de tránsito / 100.000 hab.

Fuente: INEC, 2018, OPS, 2017

En el caso de enfermedades transmisibles, la región presenta avances en la lucha contra enfermedades, como sarampión, rubéola, malaria, fiebre amarilla, cólera, transmisión vertical de VIH y sífilis congénita (48). Sin embargo, en el caso ecuatoriano, la cobertura de vacunación se mantuvo estable entre el 2010 y 2012. Es a partir del 2013 que inicia el descenso de las coberturas de vacunación, lo que se agrava con la pandemia de COVID-19 (70).

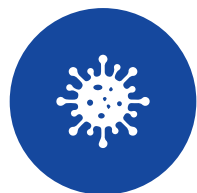
Respecto a enfermedades transmisibles por vectores en Ecuador, se debe mencionar que se mantiene una alta incidencia de dengue y al momento se realizan los esfuerzos necesarios para conseguir el hito de eliminación de la malaria (71).

En la región, 2 millones de personas viven con VIH y se presentan 64 millones de casos nuevos de In-

fecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre 15 y 49 años (63). En Ecuador, la prevalencia de VIH/SIDA corresponde al 0,4% de la población, con una tasa de mortalidad de 5,2 personas por cada 100.000 habitantes (63). Actualmente se contabiliza que aproximadamente 44.000 personas conocen su diagnóstico de VIH, en el país (50).

A pesar de que América Latina y el Caribe contiene solo al 8,4% de la población mundial, concentra el 18,6% de todos los contagios de COVID-19 en el mundo y el 27,8% del total de muertos por esta causa, lo que la convierte en una de las regiones más afectadas del mundo y da cuenta de sus enormes debilidades en los sistemas sanitarios y de salud pública (CEPAL, sobre la base de OMS, WHO, Coronavirus Disease (COVID19) Dashboard y Naciones Unidas, World Population, 2021).

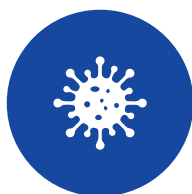
Enfermedades transmisibles en la región



Avances en la lucha contra enfermedades, como sarampión, rubéola, malaria, fiebre amarilla, cólera, transmisión vertical VIH y sífilis congénita

2 millones de personas viven con VIH y se presentan 64 millones de casos nuevos de ITS entre 15 y 49 años

Enfermedades transmisibles en Ecuador



La cobertura de vacunación en 2015 alcanzó el 80%. No obstante, el apareamiento del virus SARS-COV-2 implicó un reto mayor para el esquema de inmunización nacional

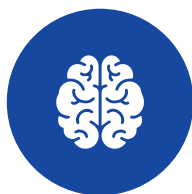
La prevalencia de VIH/SIDA corresponde al 0,4% de la población, con una tasa de 5,2/100.000 hab.

Fuente: MSP, 2021; OPS-OMS, 2017

Por otro lado, las enfermedades no transmisibles presentan una alta incidencia en la región de las Américas, para el 2017. La OPS estimaba que 4 de cada 5 muertes respondieron a este tipo de enfermedades (48), situación no muy diferente de la ecuatoriana, donde las enfermedades crónicas no transmisibles constituyeron la primera causa de muerte en 2020 (72). En el caso ecuatoriano las neoplasias malignas de estómago, cérvix, mama, próstata y colon, al igual que enfermedades pulmonares y diabetes, están dentro de las primeras causas de muerte (72).

En la región, la prevalencia de trastornos mentales alcanza dependiendo del país, hasta el 24,2% (48). Según información de la OPS, en las Américas la tasa ajustada de mortalidad por suicidio entre 2005 y 2009 fue de 7,3 por cada 100.000 habitantes (73). En el caso ecuatoriano, la tasa de mortalidad por suicidios se mantuvo en alrededor de 7 personas por cada 100.000 habitantes entre 2015 y 2019. No obstante, es importante considerar la posibilidad de subregistro del fenómeno (41).

Enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental en la región



Las enfermedades no transmisibles son responsables de casi 4 de cada 5 muertes en la Región de las Américas

Las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de muerte en la Región en 2013, con 1.644.738 muertes (144,9/100mil hab.)

La prevalencia de trastornos mentales en 12 meses varió del 18,7% al 24,2% en la Región de las Américas

Fuente: ECLAC/PAHO, 2020, ASSA 2018 - 2030

Enfermedades crónicas no transmisibles y salud mental en Ecuador



La mortalidad materna creció 20,6 p.p. entre 2019 y 2020, cuyas principales causas son hipertensión y hemorragias postparto

Neoplasias malignas de estómago, cérvix, mamas y colon, al igual que hipertensión e hipertiroidismo están dentro de las primeras causas de muerte en Ecuador

La tasa de mortalidad a partir de 2015 subió de 4,7/100.000 hab. A 7,5 a partir de 2016, situación que seguramente se agravó tras la pandemia

Fuente: INEC, Registro Estadístico de Defunciones Generales, 2020; <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-publica-cifras-de-nacimientos-defunciones-fetales-y-defunciones-generales-de-2020/>

Finalmente, respecto a los sistemas y servicios de salud en la región se calcula que entre 2013 y 2014 pudieron evitarse más de 1,2 millones de muertes, si se hubiese ofrecido atención de salud accesible, oportuna y de calidad (63). En este sentido el caso ecuatoriano presenta un énfasis en atenciones de salud reactivas, donde las consultas por morbilidad, tanto en el sector privado como público representan el doble de las consultas preventivas.

Para 2017, Ecuador presentó uno de los gastos de bolsillo más alto de la región correspondiente al 39,8%, a diferencia del promedio de la región que se encontraba en aproximadamente 34% (55). En 2020, el gasto de bolsillo se encuentra en 37,7% (OPS, database 2000-2018, INEC, Cuentas Satélite de Salud 2007-2019).

Capacidad de respuesta de servicios y sistemas de salud en la región



Entre 2013 y 2014 pudieron evitarse más de 1,2 millones de muertes en la región si se hubiese ofrecido atención de salud accesible, oportuna y de calidad

En el 2014, el gasto total destinado a la salud representó el 14,2% del PIB en promedio

Fuente: ECLAC/PAHO, 2020, ASSA 2018 - 2030

Capacidad de respuesta de servicios y sistemas de salud en Ecuador



Las consultas por morbilidad, tanto en el sector privado como público, representan el doble de consultas por prevención

La relación del gasto en salud sobre el gasto público en Ecuador (11,9%) es menor con relación al promedio de ALC (15,6%)

Fuente: OPS, database 2000-2018, INEC, Cuentas Satélite de Salud 2007 - 2019

9.2 METAS DEL OBJETIVO DE DESARROLLO SOSTENIBLE 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES (ANEXO 2)

Metas

- 3.1** Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- 3.2** Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- 3.3** Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- 3.4** Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.
- 3.5** Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- 3.6** Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- 3.7** Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de

la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

- 3.8** Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular, la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 3.9** Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- 3.a** Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- 3.b** Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha

relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

- 3.c** Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente, en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- 3.d** Reforzar la capacidad de todos los países, en particular, los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Elaboración: OPS/MSP
Fuente: ODS 2030

9.3 ALINEACIÓN A METAS DE LOS ODS 1, 2 ,5 ,6 ,8 ,11 Y 16 (ANEXO 3)

Objetivo	Meta
ODS1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.	1.3 Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los más vulnerables.
	1.4 Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular, los pobres y los más vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos; así como acceso a los servicios básicos.
	1.5 Para 2030, fomentar la resiliencia de los pobres y las personas que se encuentran en situaciones vulnerables y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y a otros desastres económicos, sociales y ambientales.
ODS2: Poner fin al hambre.	2.1 Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular, pobres y personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes a una alimentación sana, nutritiva y suficiente, durante todo el año.
	2.2 Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes, y las personas de edad.

Objetivo	Meta
ODS5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.	5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos, público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
	5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.
	5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
ODS6: Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.	6.1 De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos.
	6.2 De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad.
	6.3 De aquí a 2030, mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial.
	6.6 De aquí a 2020, proteger y restablecer los ecosistemas relacionados con el agua, incluidos los bosques, las montañas, los humedales, los ríos, los acuíferos y los lagos.
ODS8: Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo y el trabajo decente para todos.	8.4 Mejorar progresivamente, de aquí a 2030, la producción y el consumo eficientes de los recursos mundiales y procurar desvincular el crecimiento económico de la degradación del medio ambiente, conforme al Marco Decenal de Programas sobre Modalidades de Consumo y Producción Sostenibles, empezando por los países desarrollados.
	8.8 Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y sin riesgos para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular, las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios.

Objetivo	Meta
ODS11: Logar que las ciudades sean más inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles.	11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales.
	11.2 De aquí a 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación de vulnerabilidad, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad.
	11.5 De aquí a 2030, reducir significativamente el número de muertes causadas por los desastres, incluidos los relacionados con el agua, y de personas afectadas por ellos, y reducir considerablemente las pérdidas económicas directas provocadas por los desastres en comparación con el producto interno bruto mundial, haciendo especial hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad.
	11.6 De aquí a 2030, reducir el impacto ambiental negativo per cápita de las ciudades, incluso prestando especial atención a la calidad del aire y la gestión de los desechos municipales y de otro tipo
	11.7 De aquí a 2030, proporcionar acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.
ODS 17: Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas.	11.b De aquí a 2020, aumentar considerablemente el número de ciudades y asentamientos humanos que adoptan e implementan políticas y planes integrados para promover la inclusión, el uso eficiente de los recursos, la mitigación del cambio climático y la adaptación a él y la resiliencia ante los desastres, y desarrollar y poner en práctica, en consonancia con el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015 - 2030, la gestión integral de los riesgos de desastre a todos los niveles.
	16.1 Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo.

Elaboración: EOPS/MSP
Fuente: ODS 2030

9.4 OBJETIVOS Y METAS DE LA ASSA 2030 (ANEXO 4)

Objetivo	Meta
1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, centrados en la persona, la familia y la comunidad, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.	1. Reducir al menos en un 50% la tasa regional de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud. 2. Reducir la razón regional de mortalidad materna a menos de 30 por 100.000 nacidos vivos. 3. Reducir la tasa de mortalidad neonatal a menos de 9 por 1.000 nacidos vivos. 4. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar. 5. Incrementar la capacidad resolutive del primer nivel de atención de salud, medida como un 15% de reducción de las hospitalizaciones prevenibles con atención ambulatoria de calidad. 6. Organizar los servicios de salud en redes integradas de prestación de servicios de salud con capacidad resolutive alta en el primer nivel de atención.
2. Fortalecer la rectoría y gobernanza de la Autoridad Nacional de Salud, a la vez que se promueve la participación social.	1. Lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, de acuerdo con el contexto nacional. 2. Ejercer las funciones esenciales de salud pública de acuerdo con los estándares establecidos. 3. Fortalecer la rectoría, gobernanza y la transparencia al incluir políticas, planes, normas y procesos para la organización del sistema de salud y mecanismos para su seguimiento y evaluación. 4. Desarrollar y fortalecer, según corresponda, mecanismos para la regulación de la prestación de los servicios de salud para ampliar el acceso y mejorar la calidad. 5. Aumentar la participación de todos los interesados directos, incluida la sociedad civil y las comunidades, en la formulación de políticas y en el proceso de evaluación relacionado con la salud en todas las políticas a fin de reducir las inequidades en materia de salud.

Objetivo	Meta
3. Fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud.	1. Asegurar la disponibilidad adecuada de personal de salud (44,5 trabajadores de salud por 10.000 habitantes). 2. Elaborar políticas de recursos humanos para la salud y mecanismos de colaboración y coordinación intersectoriales entre los sectores de la salud y la educación, así como con otros actores sociales, para abordar los requerimientos del sistema de salud y las necesidades de salud de la población. 3. Fortalecer la calidad de la formación de los profesionales de salud en colaboración con el sector de educación, por medio de sistemas de evaluación y acreditación de instituciones de formación y programas de grado. 4. Desarrollar las condiciones laborales que fomenten la atracción y retención del personal de salud, así como su participación y compromiso con gestión en salud, incluida la colaboración con las organizaciones representativas de los trabajadores de la salud (gremios y sindicatos) y otros actores sociales.
4. Alcanzar el financiamiento adecuado y sostenible de la salud, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la protección contra los riesgos financieros para todas las personas y sus familias.	1. Lograr un gasto público destinado a la salud de por lo menos el 6% del PIB. 2. Reducir el gasto de bolsillo destinado a la salud, en colaboración con las autoridades financieras. 3. Desarrollar y fortalecer las políticas o estrategias para reducir la segmentación del sistema de financiamiento de la salud. 4. Poner en marcha políticas o estrategias para desarrollar sistemas de compra y de pago a proveedores, que promuevan la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos estratégicos. 5. Desarrollar y fortalecer estrategias que reduzcan la segmentación y mejoren los mecanismos de financiamiento de la salud en colaboración con los responsables de tomar decisiones y los actores relevantes, que promuevan la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos.

Objetivo	Meta
5. Asegurar el acceso a medicamentos esenciales y vacunas, al igual que a otras tecnologías sanitarias prioritarias, según la evidencia científica disponible y de acuerdo con el contexto nacional.	1. Asegurar el acceso oportuno a los medicamentos de la lista nacional de medicamentos esenciales y a las tecnologías sanitarias prioritarias sin ningún pago en el punto de atención, servicio o dispensación, de acuerdo con el contexto nacional. 2. Alcanzar el 95% de cobertura de la vacunación en menores de 5 años, por medio de los programas nacionales de inmunización. 3. Contar con una autoridad regulatoria nacional de medicamentos cuya capacidad haya sido calificada como de nivel 3 de acuerdo con la herramienta mundial de evaluación de la OMS. 4. Aplicar metodologías de evaluación de las tecnologías sanitarias en el proceso para la decisión de su incorporación en los sistemas de salud. 5. Aplicar los requisitos de las normas básicas internacionales de seguridad en los servicios de diagnóstico y terapéuticos que usan tecnologías sanitarias con radiación. 6. Promover única y exclusivamente la donación voluntaria de sangre no remunerada y repetitiva, y desalentar la donación remunerada y familiar o de reposición, excepto cuando esté protegida por el sistema regulatorio. 7. Fortalecer los mecanismos de negociación y compras nacionales, subregionales y regionales a fin de mejorar la capacidad de los países para obtener precios de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias más asequibles y equitativos. 8. Tomando en cuenta las perspectivas de la salud pública, fortalecer la capacidad para implementar políticas de propiedad intelectual y de salud, que promuevan la investigación y el desarrollo de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente los países en desarrollo y que promuevan el acceso a medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias asequibles.
6. Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la formulación de políticas y la toma de decisiones basadas en la evidencia.	1. Desarrollar una política nacional sobre sistemas de información para la salud interoperables a fin de generar, detectar, recolectar, procesar, analizar, almacenar y poner a disposición de manera gratuita y pública datos de calidad e información estratégica para una mejor formulación de políticas y toma de decisiones en materia de salud pública y planificación en salud. 2. Fortalecer los sistemas de información para la salud a fin de apoyar la evaluación del desempeño del SNS, así como el seguimiento y la presentación de informes sobre el avance hacia el logro de los objetivos de salud nacionales, regionales y mundiales, incluidos los ODS relacionados con la salud y las metas de la ASSA 2030, entre otros. 3. Fortalecer la capacidad de análisis y el uso de la información para la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional.

Objetivo	Meta
7. Desarrollar capacidades para la generación, la transferencia y el uso de la evidencia y el conocimiento en materia de salud, promoviendo la investigación, la innovación y el uso de la tecnología.	1. Desarrollar políticas de investigación en la salud que conlleven un financiamiento de por lo menos el 2% del presupuesto de salud para las investigaciones en esta área. 2. Desarrollar capacidades institucionales, infraestructura, tecnología y recursos humanos calificados para la investigación en salud pública y su difusión, en consonancia con la política nacional de salud. 3. Desarrollar y fortalecer estrategias y planes sobre salud digital (eHealth).
8. Fortalecer la capacidad nacional y regional de preparación, prevención, detección, vigilancia y respuesta a los brotes de enfermedades y a las emergencias y los desastres que afectan la salud de la población.	1. Reducir el número de casos de muerte, discapacidad y enfermedad, con énfasis en la protección de las poblaciones pobres y vulnerables afectadas por las emergencias y los desastres. 2. Reforzar las funciones esenciales de salud pública para fortalecer la resiliencia y adaptabilidad al clima y a otras amenazas para el sector de la salud. 3. Cumplir y mantener las capacidades críticas para las emergencias de salud, incluidas las capacidades básicas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). 4. Contar con capacidad crítica para responder a cualquier tipo de emergencias o desastres (sistemas de alerta temprana, centros de operaciones de emergencia, comunicación de riesgos y hospitales seguros).
9. Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental.	1. Reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en un tercio por medio de la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. 2. Aplicar el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, en consonancia con el contexto nacional. 3. Asegurar el acceso a los servicios de habilitación y rehabilitación integrales, incluido el acceso a las tecnologías de asistencia y los servicios de apoyo para todos aquellos que lo necesiten, y promover la aplicación de la estrategia de rehabilitación de base comunitaria, entre otras. 4. Contribuir a reducir de manera significativa la violencia y su impacto en la salud en colaboración con otros actores gubernamentales y no gubernamentales. 5. Reducir a la mitad el número de muertes y traumatismos causados por el tránsito. 6. Incrementar el acceso universal a los servicios de salud mental, incluida la promoción del bienestar emocional y sus condiciones favorables, la prevención de problemas psicosociales y trastornos mentales, y la recuperación mental en todas las etapas de la vida, con un enfoque de género, intercultural y comunitario. 7. Contribuir a poner fin a todas las formas de malnutrición, logrando incluso a más tardar en el 2025 las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas, los lactantes y las personas mayores.

Objetivo	Meta
10. Reducir la carga de las enfermedades transmisibles y eliminar las enfermedades desatendidas.	1. Poner fin a la epidemia de la infección por el SIDA. 2. Poner fin a la epidemia de la tuberculosis. 3. Eliminar la transmisión vertical (maternoinfantil) del VIH y la sífilis congénita. 4. Combatir las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. 5. Detener la transmisión de las hepatitis virales y acelerar la reducción de las infecciones crónicas y las muertes por hepatitis a fin de eliminar las hepatitis virales como problema importante de salud pública en la Región de las Américas. 6. Eliminar la transmisión local de la malaria en los Estados miembros y evitar el posible restablecimiento de la enfermedad. 7. Eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas como problema de salud pública. 8. Tratar y prevenir las enfermedades infecciosas, incluido el uso responsable y racional de medicamentos seguros, efectivos, accesibles, asequibles y de calidad. 9. Mitigar los riesgos con respecto a la inocuidad de los alimentos. 10. Controlar la transmisión del dengue, el chikunguña, el zika y la fiebre amarilla con un enfoque integrado e intersectorial.
11. Reducir las desigualdades e inequidades en torno a la salud por medio de enfoques intersectoriales, multisectoriales, regionales y subregionales de los determinantes sociales y ambientales de la salud.	1. Demostrar una marcada reducción en las brechas de la inequidad en la salud, medida mediante cualquiera de los siguientes estratificadores de equidad: lugar de residencia (urbano/rural), raza, etnia, ocupación, género, sexo, edad, educación o situación socioeconómica, utilizando mediciones simples de la desigualdad. 2. Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por sustancias químicas peligrosas y la contaminación del aire, el agua y el suelo, especialmente donde los riesgos ambientales afecten desproporcionalmente a las poblaciones o comunidades en desventaja. 3. Reducir significativamente las desigualdades relacionadas con la calidad del agua y el saneamiento al avanzar con los sectores responsables en el acceso a los servicios de agua y saneamiento para su gestión segura. 4. Generar políticas que incorporen la movilización y la migración seguras y saludables de las personas. 5. Promover un entorno de trabajo saludable, seguro y sin riesgos para los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes y las personas con empleos precarios.

Elaboración: EOPS/MSP
Fuente: ASSA 2030

9.5 METAS DEL PLAN DE CREACIÓN DE OPORTUNIDADES 2021-2025 (ANEXO 5)

Metas 2021-2025

6.1.1 Incrementar el porcentaje de nacidos vivos con asistencia de personal de la salud del 96,4% al 98,5%.

6.1.2 Reducir la tasa de mortalidad neonatal de 4,6 al 4,0 por cada 1.000 nacidos vivos.

6.1.3 Reducir la tasa de mortalidad por suicidio de 6,1 al 5,1 por cada 100.000 habitantes.

6.1.4 Reducir la tasa de mortalidad atribuida al cáncer en la población de 21 a 75 años de 30,0 a 28,6 por cada 100.000 habitantes.

6.1.5 Incrementar las personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para VIH del 89% al 92%.

6.1.6 Reducir el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud de 31,37% a 26,87%.

6.2.1 Incrementar la vacunación de neumococo en la población menor de 1 año de 76,09% a 88,05%

6.2.2 Incrementar la vacunación de rotavirus en la población menor de 1 año de 75,19% a 81,24%.

6.2.3 Incrementar la vacunación de sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) en la población menor de 1 año de 70,35% a 82,21%.

6.3.1 Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 38,41 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.

6.3.2 Disminuir la tasa de nacimientos por embarazo adolescente (15 a 19 años) del 54,6 al 39,4 por cada 1.000 nacidos vivos.

6.4.1 Reducir 6 puntos porcentuales la Desnutrición Crónica Infantil en menores de 1 años.

6.5.1 Incrementar la proporción de enfermeras/os que trabajan en los servicios de salud de 0,67 a 0,76 por cada médico.

6.6.1 Reducir el porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años que consumen tabaco del 0,52 al 0,34.

6.7.1 Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y jóvenes (5-17 años) del 88,21% al 83,21%.

6.7.2 Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años) del 17,80% al 13,00%.

6.7.3 Reducir el tiempo de comportamiento sedentario en un día normal de 120 minutos a 114 minutos en la población de niñas, niños y jóvenes (5-17 años).

6.7.4 Reducir el tiempo de comportamiento sedentario en un día normal de 150 minutos a 143 en la población adulta (18-69 años).

Elaboración: OPS/MSP

Fuente: PND 2021-2025

9.6 LISTADOS DE ACTORES INSTITUCIONALES Y ORGANIZACIONES ASISTENTES A PROCESO PARTICIPACIÓN Y CONSULTA (ANEXO 6)

Fecha	Talleres	Asistentes (instituciones)
27 de septiembre de 2022	Taller para análisis de problemas del sector	• OPS • MSP • SESP • CONASA • PUCE • ACESSS
17 noviembre de 2021	Consejo Consultivo de la Sociedad Civil	• Unión de Organizaciones Campesinas e Indígenas de Cotacachi "UNORCAC" • Organización Red de Mujeres GRAMEEN por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales • Comité Ciudadano Distrital de Salud "Lago Agrio" • Comité Ciudadano Distrital de Salud 15D01 • Organización de Comunidades Kichwas de Loreto "OCKIL" • Unión de Organizaciones Campesinas del Noroccidente de Sigchos "UNOCS" • FEDEBAR - Federación de Barrios de Riobamba • Arajuno Kichwa Ayllu Llakta Tantanakuy Asociación de Comunidades Indígenas de Arajuno "ACIA" • Comité Ciudadano Distrital de Salud 18D02 • Comité Ciudadano Distrital de Salud 23D02 • Federación de Organizaciones Indígenas Guaju FOSIG

Fecha	Talleres	Asistentes (instituciones)
		• Grupo de Mujeres Emprendedoras por un Empalme Mejor (GRUMEEM) • Comité Ciudadano Distrital de Salud 09D20 Salitre • Fundación Sendas • Organización Silueta Cuenca LGBTI • Comité Ciudadano Distrital de Salud 14D04 Gualaquiza - San Juan Bosco • Asociación de Mujeres Colectivo Flor de Azalea Plataforma de Personas que Ejercen Trabajo Sexual PLAPERTS • Comité Ciudadano Distrital Salud Loja • Fundación Coalición Ecuatoriana - Capítulo Loja • Federación Shuar de Zamora Chinchipe • Centro Ecuatoriano para la Promoción y Acción de la Mujer CEPAM • Comité Ciudadano Distrital Salud 09D07 Pascuales 1 • Red de Defensoras y Defensores de Derechos Manos Unidas • Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras (FENOCIN) • Red Ecuatoriana de Psicología por la Diversidad LGBTI • Comité Ciudadano Distrital 17D06
24 de noviembre de 2021	Funcionarios de la Salud	• Coordinación Zonal 1 • Coordinación Zonal 2 • Coordinación Zonal 3 • Coordinación Zonal 4 • Coordinación Zonal 5 • Coordinación Zonal 6 • Coordinación Zonal 7 • Coordinación Zonal 8 • Coordinación Zonal 9 • Proyecto BID • Dirección Nacional Financiera • Dirección Nacional de Talento Humano • Dirección Nacional de Planificación e Inversión • Dirección Nacional de Articulación • Dirección Nacional de Normatización del Talento Humano • Dirección Nacional de Promoción • Dirección Nacional de Hospitales • Subsecretaría Nacional de Provisión

Fecha	Talleres	Asistentes (instituciones)
		• Dirección Nacional de Primer Nivel • Director Nacional de Gestión de Riesgos • Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica • Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control • Proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad • Proyecto de Infraestructura Física, Equipamiento, Mantenimiento, Estudios y Fiscalización en Salud • Directora Nacional de Calidad de los Servicios de Salud • Director Nacional de Equipamiento Sanitario • Director Nacional de Infraestructura Sanitaria • Dirección Nacional de Economía de la Salud • Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud • Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud • RPIS
26 de noviembre 2021	COOPERACIÓN INTERNACIONAL / ONG Universidades	• KIMIRINA • OIT • OPS • FAO • OIM • UNFPA • ACNUR • GIZ • PNUD • UNICEF • CES • SESP • USFQ • UDLA • UCE • PUCE • ACCESS • FLACSO • MTCI • IFI • Federación Optometristas de Ecuador • SEAM • SOMHE
13 de diciembre de 2021	CONASA	• Directorio del Consejo Nacional de Salud
05 de enero de 2022	CONASA	• Universidad Central del Ecuador • Federación Odontológica Ecuatoriana • Gobierno Provincial de Tungurahua • Directora Ejecutiva Achpe • Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Junín • SOLCA • Vicepresidencia de la República • Ministerio de Inclusión Económica y Social • ACCESS • IESS • Ministerio de Defensa Nacional

Fecha	Talleres	Asistentes (instituciones)
7 de enero de 2022	Organizaciones pertenecientes a pueblos y nacionalidades	1. Coordinadora Nacional de Organizaciones de Mujeres Negras (CONAMUNE) 2. Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONFENIAE) 3. Confederación de Pueblos de la nacionalidad Kichwa del Ecuador (Ecuador Runakunapak Rikcharimuy – ECUARUNARI) 4. Pueblo Montubio de Ecuador 5. Sociedad Ecuatoriana de Acupuntura y Moxibustión (SEAM) 6. Sociedad Médica de Homeopatía del Ecuador –(SOMHE) 7. Pueblo Negro 8. Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH) 9. Promotor de Salud del Pueblo AWA. 10. Nacionalidad Kichwa de Pastaza (Pastaza Kikin Kichwa Runakuna - PAKIRU) María Cuji Loor 11. Nacionalidad Shuar del Ecuador (NASHE) 12. Nacionalidad Achuar del Ecuador (NAE). 13. Fundación Sumak - FUNSUWAP 14. Pueblo Montuvio de Manabí 15. Gobernación de la Nacionalidad Tsáchila 16. Federación Shuar de Zamora Chinchipe (FSHZCH) 17. Organización de Sanadores Amawta Hatari (Loja- San Lucas) 18. Consejo de Sanadores Saraguro. 19. Asociación de Sanadores de la provincia de El Oro (ASOYACUVIÑAY) 20. Federación de Centros Awá del Ecuador - FCAE 21. ONG- UNHCR ACNUR 22. Federación de Centros AWA 23. UNFPA 24. GAD parroquial de Chical 25. GAD parroquial de Maldonado 26. FUNDACIÓN RIOS 27. Comité Local de Salud de Naranjal de Canandé 28. Comunidad Chorrera Grande de Cube 29. Unión Nacional de Organizaciones Indígenas de la Parroquia Gonzáles Suárez “UNOSIGS” 30. Comunidades Indígenas y Campesinas de Angamarca (UCICA) - Cotopaxi 31. Asociación Las Marianistas Distrito 05D04 32. Gobierno de las Comunidades Indígenas y Campesinas de Chugchilan - GOCIC-CH

Fecha	Talleres	Asistentes (instituciones)
		33. Federación de Pueblos KICHUAS de la Sierra Norte del Ecuador (Otavalo – Cayambis) CHIJALLTA - FICL. 34. Unión de Comunidades y Barrios Indígenas de la Parroquia San Juan de Ilumán “UNICOBICI”. 35. Asociación de Parteras del CS Tipo B Patutan/ Distrito de salud 05D01 36. Asociación de Parteras del CS Tipo C Lasso / Distrito de salud 05D01 37. Asociación de Parteras del CS Tipo A Toacazo / Distrito de salud 05D01 38. Directiva del sector de Loma Grande / Distrito de salud 05D01 39. Partera de Cotacachi. 40. Comité Local de Salud Cordero Crespo/ Distrito 02D01 Guaranda 41. Comité Local del Centro de Salud Santa Fé/ Distrito 02D01 Guaranda 42. Comité Local de Salud de Facundo Vela / Distrito 02D01 Guaranda 43. Comité Local de Salud Simiatug / Distrito 02D01 Guaranda 44. Comité de Salud de Cachisagua /Distrito 02D01 Guaranda 45. Comité Local de Salud los Trigales /Distrito 02D01 Guaranda 46. Comité Local de Salud de la Palma /Distrito 02D01 Guaranda 47. Parteras Ancestrales de la Oficina Técnica 07, 08 y 09/Distrito 17D06- CZ9-S. 48. Comité Local de Salud La Magdalena / Distrito 17D06- CZ9-S. 49. Comité Local de Salud Isla Solanda /Distrito 17D06- CZ9-S. 50. Colectivo Ciudadano Chimbacalle /Distrito 17D06- CZ9-S. 51. Parteras Ancestrales / Oficina Técnica 02, 03 y 05/Distrito 17D03- CZ9-S 52. Hombres y Mujeres de sabiduría Ancestral independientes 53. Comité Distrital de Salud Pangua- La Mana / Distrito 05D03 54. Promotores de Salud de las Comunidades Awa / Distrito 08D05 San Lorenzo. 55. Corporación de Taitas y Mamas del Cantón Salcedo. 56. DISTRITO DE SALUD 12D02 57. Comité Local de Salud SANTO DOMINGO 58. Comité Local de Salud SAUCES 59. Comité Local de Salud Pijullo 60. CENTRO DE SALUD Puerto Pechiche 61. CENTRO DE SALUD SAUCES 62. CENTRO SALUD PIJULLO 63. CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO 64. Fundación Social Cultural/ CENTRO DE SALUD LITA 65. Comunidad de Parambas/ CENTRO DE SALUD LITA 66. Comunidad Río Verde Medio /CENTRO DE SALUD LITA 67. Comunidad Río Verde Bajo /CENTRO DE SALUD LITA 68. Promotor de Salud Comunidad Palmira / CENTRO DE SALUD LITA 69. Promotor de Salud Comunidad Rio Verde Bajo/ CENTRO DE SALUD LITA 70. Promotor de Salud Comunidad Rio Verde Medio/CENTRO DE SALUD LITA 71. Distrito 10D03 Cotacachi - Salud 72. Pre-asociación de Hombres y Mujeres de Sabiduría COLTA. 73. Distrito 06D04 Colta - Guamote 74. Parlamento Indígena de Guamote 75. CCDS. 06D04. 76. CCDS. 06D04.

Fecha	Talleres	Asistentes (instituciones)
		77. Organización Evangélica Quisapincha - COPIEQ / Distrito 18D02 78. Consejero Ciudadano Sectorial en Salud y Presidente de Comité Distrital de Salud 18D02 Ambato 79. PRESIDENTE CCDS-18D04 FILIAL 18D06 CEVALLOS A TISALEO SALUD 80. CCDS-18D04 FILIAL 18D06 CEVALLOS A TISALEO SALUD 81. VOCAL CCDS-18D04 FILIAL 18D06 CEVALLOS A TISALEO SALUD 82. Especialista Promoción Distrito 08D01 83. Partera Distrito 08D01 84. Partera Distrito 08D01 85. Partera Distrito 08D01 86. Promoción de la Oficina Técnica Baños-Distrito 18D04. 87. Centro de Salud Río Verde- Oficina Técnica Baños-Distrito 18D04. 88. Centro de Salud Baños-Oficina Técnica Baños-Distrito 18D04. 89. Centro de Salud Río Negro-Oficina Técnica Baños-Distrito 18D04. 90. Puesto de Salud Río Blanco- Oficina Técnica Baños-Distrito 18D04. 91. Hospital Básico Baños- Oficina Técnica Baños-Distrito 18D04.
	Ministerios y otras instituciones del Estado:	• Ministerio del Trabajo • MIES • MINEDUC • Ministerio del Deporte • Ministerio de Cultura y Patrimonio • MAG • MINTEL • Secretaría de Derechos Humanos • SNRE • BEDE

9.7 LISTADO DE INDICADORES PARA SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PDS 2022 – 2031 (ANEXO 7)

9.7.1 Objetivo 1

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
1.1. Integración de acciones intersectoriales de protección social para grupos de atención prioritarios y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades sociales.	Implementar un sistema de indicadores para medición de desigualdades en la salud.	Sistema de indicadores para medición de desigualdades e inequidades en la salud implementado y en operación.			
	Implementar un estudio de los factores que inciden en el acceso a servicios de salud de grupos de atención prioritaria; así como de las brechas y barreras de acceso por etnia, área geográfica y factores institucionales y culturales.	Estudio que determina los factores que inciden en el acceso a servicios de salud de grupos de atención prioritaria; así como de las brechas y barreras de acceso por etnia, área geográfica y factores institucionales y culturales.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Reducir las barreras y brechas de acceso a servicios de salud de la población correspondiente a grupos de atención prioritaria, considerando criterios de vulnerabilidad social, barreras físicas, institucionales y culturales de acceso.	Porcentaje de reducción de barreras y brechas de acceso de GAP y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades, a servicios de salud en base a determinantes de la salud, desigualdades e inequidades.			
	Incrementar la cobertura focalizada de programas de protección social dirigida a grupos de atención prioritaria y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades para abordar los determinantes de la salud sobre este segmento poblacional.	Porcentaje de cobertura de programas de protección social dirigida a grupos de atención prioritaria y población que enfrenta múltiples vulnerabilidades con criterios de focalización.			
	Reducir la brecha de acceso rural / urbano en la atención de partos por personal calificado.	Porcentaje de la brecha de acceso a partos por personal calificado entre área urbana y rural urbano.			
	Incrementar la cobertura de servicios de seguridad social, de programas de jubilación y protección social dirigida a adultos mayores.	Porcentaje de cobertura de servicios de seguridad social, de programas de jubilación y protección social dirigida a adultos mayores.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
1.2. Desarrollo Integral de la Primera Infancia	Reducir en porcentaje la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.	Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (Mortalidad en la niñez por 1.000 nacidos vivos).			
	Reducir 6 puntos porcentuales la Desnutrición crónica Infantil en menores de 2 años.	Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 2 años.			
	Reducir en 10 pp la brecha de la tasa de desnutrición infantil en menores de 2 años de la población indígena.	Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 2 años.			
	Reducir la tasa de mortalidad neonatal de 4,6 a 4,0 por cada 1.000 nacidos vivos.	Tasa de mortalidad neonatal.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
1.3. Promoción y cumplimiento de derechos laborales, el empleo pleno y la seguridad laboral y salud ocupacional	Reducir el número de accidentes asociados a actividades y enfermedades laborales del sector formal e informal.	Número de consultas de atención primaria asociadas a actividades laborales (MSP, IESS, ISSFA, ISSPOL).			
	Reducir las prevalencias de enfermedades asociadas al trabajo.	Prevalencia de enfermedades asociadas al trabajo.			
	Implementar un sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico ocupacional.	Construir sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico ocupacional.			
1.4. Mejoramiento de las políticas de transporte terrestre, movilidad y seguridad vial	Reducir el porcentaje de discapacidades ocasionadas por accidentes de tránsito.	Porcentaje de discapacidades ocasionadas por accidentes de tránsito.			
	Reducir en 10% el número de muertes por accidentes de tránsito.	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
1.5. Fortalecimiento de las acciones que permitan la prevención y contención de la violencia social, de género e intrafamiliar	Implementar una estrategia sectorial de salud para apoyar las políticas de prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar.	Construir una estrategia sectorial de salud para apoyar las políticas de prevención y erradicación de la violencia social, de género e intrafamiliar.			
	Reducir el número de personas con contusiones, heridas y muertes por efecto de violencia social, de género e intrafamiliar.	Porcentaje de contusiones y muertes por efecto de violencia social, de género e intrafamiliar.			
1.6. Reducción de la Incidencia de la contaminación hábitat, el medio ambiente y el cambio climático sobre la salud	Implementar una estrategia nacional de salud para reducir y prevenir los efectos del cambio climático y desastres naturales sobre la salud.	Construir una estrategia del sistema de salud para reducir y prevenir los efectos del cambio climático y desastres naturales sobre la salud.			
	Incrementar el número de municipios que realizan monitoreo del aire en razón de 1 municipio anual.	Número de municipios que realizan monitoreo del aire.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Incrementar 52 municipios que cuentan con certificación nacional de calidad del agua apta para el consumo humano.	Número de municipios que cuentan con certificación nacional de calidad del agua para el consumo humano.			
	Incrementar 54 municipios que realizan disposición de desechos sólidos y líquidos.	Número de municipios que realizan disposición de desechos sólidos y líquidos.			
	Reducir el número de personas heridas y muertes ocasionadas por desastres naturales y emergencias.	Número de personas heridas y muertes ocasionadas por desastres naturales y emergencias nacionales.			
	Implementar una estrategia sectorial de salud e intersectorial para la regulación y control ambiental.	Construir una estrategia sectorial de salud e intersectorial para la regulación y control ambiental.			
	Implementar un sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico en salud ambiental.	Construir un sistema de indicadores para la medición y monitoreo epidemiológico en salud ambiental.			
	Reducir la tasa de mortalidad atribuida a la contaminación del medio ambiente y del hogar.	Tasas de mortalidad atribuida a la contaminación del medio ambiente y del hogar.			

9.7.2 Objetivo 2

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
2.1. Promoción de una alimentación saludable, actividad física y reducción del consumo de productos nocivos para mantener una vida saludable.	Implementar la evaluación de la normativa del etiquetado y fortalecer el marco legal y tributario alrededor de la promoción y publicidad de alimentos procesados/ultraprocesados con contenidos máximos de azúcar, sal/sodio y grasa y otros alimentos que tienen efectos negativos sobre la salud.	Construir el estudio de evaluación de marco legal y tributario de productos nocivos para la salud.			
	Reducir el porcentaje de adolescentes entre los 13 y 15 años que consumen tabaco del 0,52% al 0,12%.	Porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años que consumen tabaco.			
	Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 35,38% a 31,31 %.	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños.			
	Alcanzar al 90% de establecimientos de educación básica cumplen la norma de bares escolares saludables con la participación de padres de familia y profesores.	Porcentaje de establecimientos de educación básica cumplen la norma de bares escolares saludables.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Mantener la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años en 64,68%.	Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años.			
	Gestionar la oficialización de Ley sustentada en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.	Monitorear el cumplimiento de la Ley sustentada en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.			
		Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 19 a 59 años.			
	Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y jóvenes (5-17 años).	Prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y jóvenes (5-17 años).			
	Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años) del 17,80% al 9,24%.	Prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años).			
	Implementar un estudio comparado de políticas de incentivo de prácticas saludables a nivel regional y global para su adaptación a estrategias nacionales de promoción de la salud.	Estudio comparado de políticas de incentivo de prácticas saludables a nivel regional y global para su adaptación a estrategias nacionales de promoción de la salud.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
2.2. Apoyo al desarrollo local sostenible y entornos saludables, seguros e inclusivos	Incrementar 20 municipios adicionales que se certifiquen (promotor, garante o saludable) en la estrategia de municipios saludables.	Número de municipios que obtienen certificación en el marco del programa nacional “Municipios Saludables”.			
	Incrementar en 10% el número de áreas verdes y seguras para la promoción de la actividad física.	Porcentaje de áreas verdes y seguras para la promoción de actividad física (Índice Verde Urbano).			
	Implementar una estrategia integral e inclusiva de promoción de la salud que integre a todos los actores estatales y a la sociedad en su conjunto.	Construir una estrategia multinivel y multiactor de promoción de la salud a nivel nacional.			
	Incrementar a 80% las actividades de los centros de salud que cuentan con la participación de al menos dos aliados estratégicos y actores de MTCL.	Porcentaje de las actividades de los Centros de Salud que cuentan con la participación de al menos dos aliados estratégicos.			
2.3. Promoción de hábitos de vida que permitan a las personas a lo largo del curso de la vida ejercer un mayor control sobre su salud (continúa)	Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y jóvenes (5-17 años).	Prevalencia de actividad física insuficiente en la población de niñas, niños y jóvenes (5-17 años).			
	Reducir la prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-69 años).	Prevalencia de actividad física insuficiente en la población adulta (18-19 años).			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
(continuación) y su entorno; considerando los enfoques: intercultural,	Incrementar el porcentaje de la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad de 62,1% a 65,7% (0,9% anual).	Proporción de niños de 0 a 6 meses de edad que son alimentados exclusivamente con leche materna.			
	100% de los centros de salud cuentan con grupos de apoyo a la lactancia y otras actividades de promoción.	Porcentaje de centros de salud con grupos de apoyo a la lactancia.			
	Incrementar la proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido a una prueba de detección de cáncer cervicouterino.	Proporción de mujeres de 30 a 49 años de edad que se han sometido a una prueba de detección de cáncer cervicouterino.			
	Incrementar el porcentaje de personas diagnosticadas y controladas por hipertensión arterial y diabetes.	Porcentaje de personas mayores de 18 años hipertensas controladas.			
	Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en adolescentes (15-19 años) del 54,6 al 16,94 por cada 1.000 nacidos vivos.	Tasa de nacimientos de embarazo en adolescentes.			
	Reducir la tasa de nacimientos por embarazo en niñas (10-14 años) del 2,0 al 0,52 por cada 1.000 nacidos vivos.	Tasa de nacimientos de embarazo en niñas.			

9.7.3 Objetivo 3

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
3.1. Fortalecimiento de planes de intervención de salud pública para la prevención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas.	Incrementar el porcentaje de la población menor de un año, vacunada contra el neumococo (tercera dosis), de 76.09 % a 95% o más. Nota: (las coberturas en vacunación se definen como el número de vacunados dividido para la población objetivo, multiplicado por cien y se expresa en porcentaje) Fuente: Fichas metodológicas GPR de DNEAIS	Cobertura de vacunación de neu-mococo con tercera dosis en la población menor de 1 año.			
	Incrementar el porcentaje de la población menor de 1 año, vacunada contra rotavirus (segunda dosis), de 75.19% a 95% o más.	Cobertura de vacunación de rotavirus con segunda dosis en la población menor de 1 año.			
	Incrementar el porcentaje de la población menor de 1 año, vacunada contra pentavalente (tercera dosis), hasta 95% o más.	Cobertura de vacunación de pen-tavalente con tercera dosis en la población menor de 1 año.			
	Incrementar el porcentaje de la población de 12 a 23 meses, vacunada contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) (segunda dosis), de 70.35% a 95%.	Cobertura de vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) con segunda dosis en la población de 12 a 23 meses.			
	Incrementar el porcentaje de la población mayor o igual a 3 años, con esquema primario contra COVID-19 (segunda dosis) hasta 85% o más.	Cobertura de vacunación contra COVID-19 con segunda dosis en la población mayor o igual a 3 años.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Incrementar el porcentaje de la población que conoce su estado serológico y se encuentra en tratamiento para VIH con carga viral suprimida, del 89% al 95%.	Porcentaje de personas que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento para VIH con carga viral suprimida.			
	Reducir el porcentaje de niños de hasta 18 meses de edad diagnosticados con VIH positivos por transmisión vertical (maternoinfantil).	Número de niños de hasta 18 meses de edad, VIH positivos infectados, a través de su madre durante el embarazo, el parto o la lactancia materna en un periodo determinado/ Total de expuestos perinatales en un periodo determinado.			
	Reducir la tasa de mortalidad por tuberculosis de 1,8 a 1 por cada 100.000 habitantes	Tasa de mortalidad por TB			
	Mantener la tasa de letalidad por dengue menor a 0.04 anual por cada 100 habitantes.	Tasa de letalidad de dengue			
	Reducir la transmisión vectorial domiciliar y la transfusional por T. cruzi en la enfermedad de Chagas.	1.- Índice de infestación domiciliar igual o menor a 1%. 2.- Tamizaje de la enfermedad de Chagas al 100% en bancos de sangre (indicadores de resultado).			
	Reducir la tasa de incidencia de Leishmaniasis menor a 7.11 por cada 100 mil habitantes.	Total de incidencia de Leishmaniasis			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Mantener en 0 el número de personas diagnosticadas de PIAN (Obtener certificado de eliminación de PIAN).	Certificación de eliminación del PIAN.			
	Mantener en 0 el número de personas contagiadas de rabia transmitida por perros y gatos (Obtener certificado de rabia transmitida por perros y gatos).	Mantener en 0 el número de personas contagiadas de rabia transmitida por perros y gatos (Obtener certificado de rabia transmitida por perros y gatos).			
	Mantener en 0 el número de casos autóctonos de malaria (Obtener el certificado de eliminación de malaria autóctona).	Número de casos autóctonos de malaria.			
	Incrementar al 80% los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención que cuentan con estrategias estandarizadas y sistema de vigilancia y evaluación de resistencias antimicrobianas.	Porcentaje de establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención que cuentan con estrategias estandarizadas y sistema de vigilancia y evaluación de resistencias antimicrobianas.			
3.2. Prevención y atención de Enfermedades no Transmisibles	Reducir en un 25% la tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.	Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles.			
	Reducir del 30 al 28.6 la tasa de mortalidad atribuida al cáncer en la población de 21 a 75 años, por cada 100.000 habitantes.	Tasa de mortalidad atribuida al cáncer en la población de 21 a 75 años.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	100.000 habitantes.	100.000 habitantes.			
	Incrementar al 20% establecimientos del primer nivel de atención que realizan detección oportuna del uso y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.	Porcentaje del primer nivel de atención que realizan detección oportuna del uso y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.			
	Crear programas de envejecimiento saludable en el 50% de los establecimientos de salud de todos los niveles de atención. Porcentaje de establecimientos de salud en todos los niveles de atención que implementan programas de envejecimiento saludable.	Porcentaje de establecimientos de salud en todos los niveles de atención que implementan programas de envejecimiento saludable.			
3.3. Fortalecimiento del plan de reducción de mortalidad materna	Reducir la razón de muerte materna de 57,6 a 33,1 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.			
	Incrementar a 80% las mujeres embarazadas que cuentan con al menos 4 controles prenatales.	Porcentaje de mujeres embarazadas que cuentan con al menos 4 controles prenatales.			
	Incrementar al 98.5% la atención de partos con personal calificado en el área rural.	Porcentaje de madres embarazadas cuya atención del parto se realizó por personal calificado en el área rural.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
3.4. Fortalecimiento del sistema de gestión de riesgos de la salud.	Incrementar los planes de respuesta frente a desastres de origen natural y antrópico en todos los niveles desconcentrados y en los establecimientos de salud.	Planes de respuesta implementados sobre planes de respuesta planificados.			
	Incrementar la implementación de planes de prevención y mitigación ante desastres y emergencias con énfasis en poblaciones vulnerables.	Número de muertes y personas desaparecidas por emergencias y desastres.			
	Implementar el proceso de socialización y capacitación del Reglamento Sanitario Internacional.	Número de informes de capacitaciones en RSI / capacitaciones programadas.			
	Implementar la política y un plan de uso racional de antimicrobianos en la interfaz humano-animal.	Política y plan elaborados e implementados.			

9.7.4 Objetivo 4

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
4.1. Implementación del modelo de atención integral de salud comunitaria, familiar e intercultural basado en atención primaria de salud en redes de servicios integrales para garantizar la continuidad, calidad y eficiencia.	El 100% de las unidades de primer nivel de atención otorgan el paquete priorizado para gestantes.	Porcentaje de cumplimiento del paquete priorizado para gestantes.			
	El 100% de las unidades de primer nivel de atención otorgan el paquete priorizado para niños menores de 2 años.	Porcentaje de cumplimiento del paquete priorizado para niños menores de 2 años.			
	Reducir al 10% el porcentaje de hospitalizaciones sensibles a la atención ambulatoria.	Porcentaje de hospitalizaciones prevenibles por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio.			
	Incrementar al menos al 69% el porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyas necesidades de anticoncepción se encuentran satisfechas.	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyas necesidades de planificación familiar se encuentran satisfechas con métodos modernos.			
	Implementar el marco normativo de las estrategias de salud digital y telemedicina.	Documento normativo de salud digital y telemedicina.			
		Número de establecimientos de salud que brindan atención por telemedicina.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	100 % de establecimientos de salud de primer nivel de atención con población adscrita territorialmente.	Porcentaje de establecimientos del primer nivel de atención con población adscrita.			
	Incrementar la tasa de 1,14 a 1,71 de médicos familiares que trabajan en atención primaria por cada 10.000 habitantes.	Tasa de médicos familiares que trabajan en la atención primaria.			
	Incrementar al 10%, los establecimientos de salud pública que ofertan servicios de MTCl debidamente equipados.	Porcentaje de establecimientos de salud pública que ofertan servicios de MTCl debidamente equipados.			
4.2. Modelo de gestión enmarcado en la agenda digital para la integración de la red de servicios de salud del SNS, que permita mejorar su eficiencia, oportunidad y calidad.	Incrementar al 30% el gasto del primer nivel de atención, respecto del presupuesto en salud.	Porcentaje del gasto público en el primer nivel de atención con respecto al presupuesto en salud.			
	Asegurar el financiamiento de los hospitales públicos, basando la asignación en su cartera de servicios y producción.	Porcentaje de hospitales que cuentan con financiamiento prospectivo basado en productos sanitarios.			
	Incrementar la percepción sobre satisfacción de la calidad de los servicios del MSP y del SNS.	Índice de satisfacción de la calidad de los servicios de salud del MSP.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Reducir el número de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) causadas por microorganismos resistentes a los carbapenémicos.	Número de infecciones asociadas a las IAAS causadas por microorganismos resistentes a los carbapenémicos.			
	Implementar la Historia Clínica Electrónica única interoperable en el SNS.	Sistema informático de Historia Clínica electrónica única interoperable en el SNS.			
4.3. Acceso a medicamentos, tecnologías sanitarias y vacunas.	100% de unidades de primer nivel cuentan con el abasto de los medicamentos esenciales de acuerdo a su capacidad resolutive.	Porcentaje de unidades de primer nivel con abasto de medicamentos esenciales.			
	Acreditar en el nivel 3 a la Autoridad Reguladora Nacional.	Acreditación en nivel 3.			
	Incrementar de forma progresiva la cobertura de enfermedades raras y catastróficas.	Cobertura de enfermedades raras y catastróficas.			
	Implementar una unidad de evaluación de las tecnologías sanitarias que acredite la decisión de incorporación, modificación o exclusión de tecnologías sanitarias al SNS.	Unidad de tecnologías sanitarias acreditada.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Incrementar la tasa de donación de sangre hasta llegar a 17 unidades de sangre disponibles para transfusión por cada 1.000 habitantes.	Unidades de sangre disponibles por cada 1.000 habitantes.			
4.4. Agenda digital y gestión de la información.	Implementar herramientas digitales para apoyar al órgano rector en la toma de decisiones asistenciales, de gestión y de políticas públicas.	Aprobado plan de implementación de herramientas digitales para apoyar al órgano rector en la toma de decisiones asistenciales, de gestión y de políticas públicas.			
	Implementar la modernización de la gestión pública para mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la integración de tecnologías digitales.	Metodología e indicadores de medición de la calidad de servicios de salud mediante la integración de tecnologías digitales.			
	Reducir la brecha digital de los establecimientos de salud integrándolos digitalmente.	Porcentaje de establecimientos de salud que han reducido su brecha digital.			
	El 100% de establecimientos de salud del primer nivel de atención del MSP cuenta con acceso a internet y equipos electrónicos para la aplicación de la historia clínica electrónica.	Porcentaje de establecimientos de salud de primer nivel de atención del MSP que cuentan con acceso a internet y equipos electrónicos para la aplicación de la historia clínica electrónica.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
	Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado
		Implementar de forma interoperable en el SNS la historia clínica y receta electrónica.	Historia clínica y receta electrónica interoperables.		
		Implementar un sistema de registro de personas, familia y comunidad, asociado a las coberturas sanitarias de los establecimientos de salud, de todo el país que integran el SNS.	Aprobado el sistema de registro de personas, familia y comunidad, asociado a las coberturas sanitarias.		

9.7.5 Objetivo 5

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprovable	Gestión	Resultado	Impacto
5.1. Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza del Sistema Nacional de Salud	Actualizar el marco legal de salud en armonía con el mandato constitucional.	Ley general de salud aprobada.			
	Incrementar al 90% el desempeño del Sistema Nacional de Salud, respecto de las Funciones Esenciales en Salud Pública.	Porcentaje de desempeño promedio de las Funciones Esenciales de Salud Pública.			
	Fortalecer los espacios de coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de las políticas del SNS.	Actas de al menos dos reuniones anuales.			
5.2 Reducción de barreras institucionales y organizativas a servicios del Sistema Nacional de Salud.	Diseñar la propuesta de Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria de profesionales de salud, y un plan de implementación para el fortalecimiento y estabilidad del talento humano del sector.	Propuesta de Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria de profesionales de la salud. Plan de implementación aprobado.			
	Fortalecer los procesos formativos y en todos los niveles de educación superior y técnica del personal de salud en el marco del Plan Nacional para la Formación de Talento del sector de la salud, para la disminución de las brechas cuantitativas y cualitativas de profesionales de la salud, considerando los enfoques transversales, de igualdad y multidisciplinario.	Metodología e indicadores de reducción de las brechas cuantitativas y cualitativas de los profesionales de la salud.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Incrementar al 44,5 trabajadores/as de la salud por cada 10.000 habitantes, para alcanzar la tasa estándar.	Tasa estándar de personal médico, de enfermería y de partería por 10.000 habitantes.			
	Incrementar la proporción de enfermeras que trabajan en los servicios de salud de 0,34 a 0,52 por cada médico.	Razón enfermera/o - médico.			
	Reducir a 94,7 muertes por 100.000 habitantes la tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud.	Tasa de mortalidad por causas evitables mediante la atención de salud.			
	Implementar el Plan Nacional Sectorial de adscripción y desarrollo de infraestructura de los servicios de salud.	Porcentaje de cantones con gestión territorial en salud.			
	Reducir la población que informa sobre obstáculos de acceso a los servicios de salud, en al menos 10%.	Porcentaje de población que informa obstáculos de acceso a los servicios de salud.			
5.3. Incremento del financiamiento de la salud con equidad, eficiencia y sostenibilidad.	Reducir la población que informa sobre obstáculos de acceso a los servicios de salud, en al menos 10%.	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.			
	Incrementar progresivamente el gasto público en salud hasta lograr el 6% del PIB.	Porcentaje del gasto público en salud con respecto al PIB.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
Estrategias	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
	Garantizar priorización y protección financiera para emergencias sanitarias.	Aprobada propuesta de priorización y protección financiera para emergencias sanitarias.			
	Crear un fondo de financiamiento de las garantías de gratuidad en los casos definidos constitucionalmente para maternidad, adultos mayores, personas con discapacidad y enfermedades catastróficas.	Documento que contenga análisis de factibilidad y propuesta de fondo de financiamiento de las garantías de gratuidad en los casos definidos constitucionalmente para maternidad, adultos mayores, personas con discapacidad y enfermedades catastróficas.			
	Establecer un mecanismo de financiamiento del aseguramiento de la salud de la población jubilada del IESS.	Documento que contenga análisis y propuesta de mecanismo de financiamiento del aseguramiento de la salud de la población jubilada del IESS.			

Lineamientos estratégicos	Seguimiento de la gestión		Tipo de meta		
	Meta	Indicador / Comprobable	Gestión	Resultado	Impacto
5.4. Gestión de la información, desarrollo, innovación e investigación de la salud.	Implementar un sistema integrado de información y gestión de datos del sistema nacional de salud.	Reportes del sistema integrado de información gestión de datos del sistema nacional de salud.			
	Realizar periódicamente un análisis de la situación nacional de la salud y estudios de carga de enfermedad.	Número de Informes de la situación nacional de la salud y estudios de carga de enfermedad.			
	Destinar el 2% del presupuesto público en salud para la agenda de investigación e innovación en salud pública.	Porcentaje del presupuesto público en salud para investigación e innovación en salud pública.			
5.5. Fomento de la participación social y rendición de cuentas de los actores del Sistema Nacional de Salud.	Implementar un mecanismo de contraloría y veeduría social del sector de la salud.	Número de informes de contraloría y veeduría social del sector de la salud.			
	Implementar un sistema de indicadores que permita el monitoreo de la gestión presupuestaria del SNS.	Número de Informes sobre el funcionamiento del sistema de indicadores que permita el monitoreo de la gestión presupuestaria del SNS.			