

REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR



**MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA:**

**ACUERDO
No. 00010-2026**

**SE APRUEBA Y SE EXPIDE LA
POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD
DE LOS SERVICIOS DE SALUD
2026 - 2035**

No. 00010 - 2026

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que el artículo 1 de la Constitución de la República del Ecuador, señala: *"El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada (...)"*;

Que el artículo 3 numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador, dispone: *es deber primordial del Estado, "Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud."*;

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

Que la Constitución de la República, en el artículo 52, señala: *"Las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características. La ley establecerá los mecanismos de control de calidad y los procedimientos de defensa de las consumidoras y consumidores; y las sanciones por vulneración de estos derechos, la reparación e indemnización por deficiencias, daños o mala calidad de bienes y servicios, y por la interrupción de los servicios públicos que no fuera ocasionada por caso fortuito o fuerza mayor"*;

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

Que el artículo 361 de la Constitución de la República del Ecuador, dispone: *"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."*;

Que el artículo 362 de la Carta Fundamental; dispone: *"La atención de salud como servicio*

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

Que el Estado será responsable de “(...) 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura (...)”, de acuerdo al artículo 363 de la Constitución de la República del Ecuador;

Que la Ley Orgánica de Salud, establece en su artículo 2: “*Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.*”;

Que la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 6, indica que el Ministerio de Salud Pública debe responsabilizarse por “*Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares*”;

Que la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 7, prevé que: “*Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud*”;

Que la Ley Orgánica de Salud, señala en su artículo 9 que, el Estado tendrá la responsabilidad de: “*Establecer a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad*”;

Que la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 9, señala: “*Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades*”: (...) f) *Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH-SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva;* (...) i) *Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias (...)*”;

Que la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 9, del funcionamiento, establece: “*El Sistema Nacional de Salud funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa; para el efecto sus integrantes se relacionarán mediante las funciones de coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento. Las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, se articulan colaborando en el marco de sus funciones específicas y de sus respectivas competencias, para el cumplimiento de los mandatos previstos en esta Ley y en el Código de Salud.*”;

Que, mediante Decreto Ejecutivo 703, publicado en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 534 del 1 de julio del 2015, se creó la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, ACESS;

Que, mediante Resolución ACESS-ACESS-2023-0029, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS, Aprueba y Expide el Modelo

de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, que identifica los componentes necesarios que contribuyen a mejorar localidad de la atención en los establecimientos que forman parte del Sistema Nacional de Salud;

Que mediante Acuerdo Ministerial Nro. 5316-2015, se aprueba y expide el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, con aplicación obligatoria a nivel nacional para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud;

Que mediante Acuerdo Ministerial 00068-2019 que corresponde al Manual de Notificación, auditoría de calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna, que establece la metodología para la notificación y ejecución de auditorías de calidad de la atención en salud de los casos de muerte materna, con la finalidad de formular planes de acción que contribuyan a mejorar la respuesta en el Sistema Nacional de Salud para la disminución de la mortalidad materna en el Ecuador;

Que mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00030-2021, se aprueba y autoriza la publicación de la Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN;

Que mediante Decreto Ejecutivo Nro. 721 de 25 de abril de 2023, se emite el Plan Decenal de Salud 2022-2031 (PDS), como política pública en materia sanitaria, alineado al Plan Nacional de Desarrollo, 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;

Que, de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), emitido mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00001162-2011 y AM 00725 – 2012, cuya estructuración se dispone en la Constitución de la República, tiene como objetivo *"Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno"*;

Que mediante Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2021-250 de 14 de octubre de 2021, el Ministerio del Trabajo emite la Norma Técnica para la Evaluación y Certificación de la Calidad del Servicio Público que contempla el Programa Nacional de Excelencia con el objeto de establecer los lineamientos, políticas, normas y procedimientos de carácter técnico y operativo para evaluación, certificación y mejora de la calidad de los servicios públicos en las entidades del Estado;

Que el Informe de Validación Metodológica, suscrito por el Subsecretario de Planificación de la Presidencia de la República, en la "Validación Externa" señala: *"Una vez revisada la documentación de la "Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035" remitida por el Ministerio de Salud Pública, se establece que el mencionado documento cumple con los lineamientos metodológicos de la "Guía para la formulación de política pública" del ente rector de planificación nacional emitida mediante Acuerdo Nro. SNP-SNP-2025-0010-A."*;

Que mediante Informe Técnico MSP-DNCSPCS-INF-2026-100, realizado por la Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, y, aprobado por la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, en el numeral 1 de sus "Antecedentes" se señala: *"(...) la formulación e implementación de la "Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035" tiene como objetivo lograr la cobertura sanitaria universal, con servicios de salud de calidad y medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de alta*

calidad, que promueva la reducción de la mortalidad materna y neonatal, y, muertes por enfermedades no transmisibles.”;

Que mediante Oficio Nro. MSP-VGS-2026-0013-O de 05 de enero de 2026 el Ministerio de Salud Pública remite a la Secretaria General de la Administración Pública, Planificación y Gabinete, Presidencia de la República el borrador y sus respectivos anexos correspondientes a la "Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035", elaborados bajo los lineamientos establecidos en la "Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas 2025";

Que con Oficio PR-SSDP-2026-0109-O de 23 de enero de 2026, suscrito por el Subsecretario de Planificación, mediante el cual señala al Viceministerio de Gobernanza de la Salud, lo siguiente: *“Mediante oficio Nro. MSP-VGS-2026-0013-O, de 5 de enero de 2026, dirigido a esta Cartera de Estado, el Ministerio de Salud Pública solicitó la revisión y validación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035. Para continuar con el proceso, solicita revisar las observaciones realizadas al mencionado instrumento y solicita remitir el documento debidamente subsanado a fin de proceder con su validación.”;*

Que con Oficio Nro. PR-SSDP-2026-0534-O de 10 de abril de 2026, luego de la remisión del documento ajustado de la "Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035" y anexos, el Subsecretario de Planificación, remite respuesta mediante la cual *“establece la validación metodológica de acuerdo al informe adjunto, el cual se emite de conformidad con lo establecido en la “Guía metodológica para la formulación de política pública”. En tal virtud, se solicita al Ministerio de Salud Pública continuar con el proceso de aprobación y posterior implementación de la política”;*

Que mediante Memorando Nro. MSP-DNPMS-2026-0195-M de 13 de abril de 2026, la Dirección Nacional de Políticas Normatividad y Modelamiento de Salud solicita a la Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, remitir el documento final en formato Word y PDF de la Política, el informe de justificación técnica para la emisión del Acuerdo Ministerial debidamente firmado, así como el borrador del Acuerdo Ministerial, a fin de proceder con el trámite necesario para la oficialización de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035;

Que, mediante Decreto Ejecutivo nro. 369 de 27 de abril de 2026, el Presidente de la República encargó las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública al Espc. Jaime Otton Bernabé Erazo; y,

Que mediante Memorando Nro. MSP-VGS-2026-0686-M de 08 de mayo de 2026, el Viceministerio de Gobernanza de la Salud, solicitó a la Coordinación General de Asesoría Jurídica lo siguiente: *“(...) gestionar el proceso de oficialización de la referida política, mediante la expedición del Acuerdo Ministerial conforme a la normativa vigente (...)”.*

En ejercicio de las atribuciones conferidas por los artículos 154, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador, 130 del Código Orgánico Administrativo y artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva:

ACUERDA

Artículo 1.- Aprobar y expedir la Política denominada “Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035”, documento que consta como anexo al presente instrumento.

Artículo 2.- Disponer que la “Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035”, sea de aplicación obligatoria para el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3.- Publicar la “Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035”, en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese a la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, a través de la Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, o quienes hagan sus veces.

Dado en el Distrito Metropolitano de Quito, a **25 JUN 2026**



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JAIME OTTON BERNABE ERAZO

Jaime Otton Bernabe Erazo
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



	Nombre	Área	Cargo	Sumilla
Revisado	Ing. Alvaro Adrian Molina Galarraga	Viceministerio de Gobernanza de la Salud	Viceministro	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ALVARO ADRIAN MOLINA GALARRAGA
	Mgs. Eliana Sofia Espin Vaca	Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud	Subsecretaria	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ELIANA SOFIA ESPIN VACA
	Mgs. Romel Leonardo Gonzalez Orlando	Coordinación General de Asesoría Jurídica	Coordinador	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: ROMEL LEONARDO GONZALEZ ORLANDO

Elaborado	Mgs. Vanessa Stefania Villavicencio Zambrano	Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario	Directora	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: VANESSA STEFANIA VILLAVICENCIO ZAMBRANO
	Mgs. Sofia Isabel Paredes Arizaga	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Directora	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: SOFIA ISABEL PAREDES ARIZAGA
	Mgs. Luis Javier Cedeño Tovar	Dirección de Asesoría Jurídica	Director	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: LUIS JAVIER CEDEÑO TOVAR
	Abg. Luis Alberto Andrade Cárdenas	Dirección de Asesoría Jurídica	Analista	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: LUIS ALBERTO ANDRADE CARDENAS
	Lcda. Vanessa Sthefania Morales Olivo	Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario	Especialista	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: VANESSA STHEFANIA MORALES OLIVO
	Mgs. Rosa Lucinda del Pilar Proaño Daza	Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud	Especialista	 Validar únicamente en FirmasEC. Firmado electrónicamente por: ROSA LUCINDA DEL PILAR PROAÑO DAZA

POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2026 – 2035



Ministerio de Salud Pública

Ficha catalográfica

Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026- 2035, Política. Quito. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Gobernanza de la Salud, Subsecretaría Nacional de Rectoría del Sistema Nacional de Salud, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud del MSP; 2026. pp. 141: gra: 18x25 cm.

ISBNXXXXXXXXXXXX

1. Políticas Públicas
2. Salud Pública
3. Articulación intersectorial
4. Consejo ciudadano

Ministerio de Salud Pública

Av. Lira Ñan y Av. Amaru Ñan, Quito, 170146
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social.
Teléfono: (593) 2 381440
<https://www.salud.gob.ec/>

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

Cómo citar este documento:

Ministerio de Salud Pública. "Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035". Quito, Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Subsecretaría Nacional de Rectoría del Sistema Nacional de Salud. Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/>

Diseño e impresión: Quito - Ecuador

Se reservan todos los derechos del MSP, bajo el protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor a la República de Ecuador.

Autoridades

Jaime Otton Bernabe Erazo. Ministro de Salud Pública.

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

Frecia Victoria Plaza de la Rosa, Subsecretaría Nacional de Rectoría del Sistema Nacional de Salud. MSP.

Vanessa Villavicencio Zambrano, Directora Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.

German Anthony Bustamante Lindao, Director Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud. MSP.

Equipo de redacción y autores

Ruvi Guzmán Naranjo, Especialista de Mejoramiento Continuo de la Calidad. Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.

Rosa Proaño Daza, Magister, Especialista de Políticas del Sistema Nacional de Salud. Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud.

Karina Abad Freile, Magister, Especialista de Investigación y Análisis 1.

Glenda Gutiérrez Carrión, Magister, Directora Nacional de Atención Integral en Salud

María Galora Márquez, Especialista de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control para Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socioeconómico de las Drogas.

Lisbeth Zaldumbide, Magister, Subdirectora de Gestión de Calidad H.G. Sur de Quito, IESS.

Equipo de colaboradores

Jimmy Martin Delgado, Asesor 1, Vicepresidencia de la República del Ecuador.

Daniela Chávez Arcos, Especialista de Normalización, Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de la Salud

Wendy Campoverde, Magister, Coordinadora Nacional Institucional de Calidad, IESS.

Julietta del Carmen Hidalgo Morales, Médico, Magister en Gerencia de instituciones de Salud

Josué Joel Baldospin Campi, Magister, Responsable de Calidad Hospital General IESS Milagro

Miriam Romo, Coordinadora Técnica, SAE- Servicio de Acreditación Ecuatoriano

Jaime Abel Sánchez Cevallos, Universidad Católica Santiago de Guayaquil

Jorge Andrés Acosta Sanz, Universidad Técnica Particular de Loja

Marlene Iraida Saltos Calvache, Universidad Estatal de Guayaquil

Carlos Aarón Cevallos Valencia, Docente de la Universidad Tecnológica Espíritu Santo

Brenda Bethzabet Barzola Briones, Docente de la Universidad Estatal de Quevedo

Erika Vanessa León Gualpa, Docente de la Universidad Estatal de Bolívar

Carlos Flores Sampetro, Docente de la PUCE-QUITO

Francisco José Vallejo Flores, Docente Universidad Central del Ecuador -UCE

Ximena Del Pilar Andino Guamanzara, Docente de la PUCE-QUITO

Bustamante Andrés, Docente Universidad Técnica Equinoccial

Blanca Nazamuez, Docente Universidad Técnica Equinoccial

María Alexandra García, Docente de la PUCE - Cuenca

Edgar Mora, Coordinador de Docencia e Investigación del Hospital General Puyo

Marcelo Ortiz, Docente de Calidad en la carrera de Laboratorio Clínico de la Universidad Nacional de Chimborazo

Paola Vera, Docente de la Universidad de Cuenca

Alida Guerrero, Responsable de Calidad de SOLCA-GUAYAQUIL

Juan González Alcívar, representante del Municipio de Guayaquil

Olga Elisa Gonzales Camposano, Responsable de calidad del Hospital SOLCA-Quito

Santiago Guaigua HVQ, Coordinador de calidad del Hospital Vozandes- Quito
Marcia Carpio CEISH HH, Responsable de calidad del Hospital Humanitaria Cuenca
Alfredo Campoverde, Director Ejecutivo del Consejo de Salud Cuenca
Marysol Ruilova, Subsecretaría de Salud del Municipio de Quito
Verónica Recalde Arroyo, Magister Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria, Médico Especialista en Emergencias y Desastres, Gerente Hospital Móvil 2. MSP
Vanessa Morales Olivo, Especialista de Mejoramiento Continuo de la Calidad, Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario.

Equipo de revisión y validación interna del Ministerio de Salud Pública

Diana Cabrera Fuentes, Psicóloga, Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado Paliativos
Mauricio Estrella Endara, Químico Farmacéutico, Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Marco Vergara Arroyo, Licenciado, Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad.
Stalin Segura Flores, Magister, Especialista de Normalización 1, Gestión Interna de Regulación de Establecimientos de Salud.
Valeria Torres Espín, Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Solange Zurita Yandún, Dirección Nacional de Participación Social
Carina Pavón, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud
Alexandra Arteaga López, Dirección de Asesoría Jurídica
Ana Macías Gómez, Magister, Dirección Nacional de Promoción de la Salud
Milady Carrión Ochoa, Magister, Dirección nacional de Atención Salud Móvil
Pablo Manosalvas, Licenciado, Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control Para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas
Ana Quirola, Licenciada, Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión.
Doris Caiza, Magister, Dirección Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo
Yessenia Toapanta, Ingeniera, Dirección Nacional de Economía de la Salud y Sostenibilidad del Sistema
Edgar Chilingua Calderón, Dirección Nacional de Hospitales

Equipo de revisión y validación por actores externos

Msc. José Joaquín Mira, Universidad Miguel Hernández ELCHE – España
Mgs. Wilson Adrián Noboa Sevilla, Responsable Técnico Oficina – SAE
Mgs. Ximena Mosquera Vivar, Ministerio de Salud Chile
Mgs. Jaime Danilo Calle Barreto, Ministerio de Salud España
Marcelo Baldeón Viteri, Ministerio de Defensa Nacional
Xavier Espinoza, Dirección Nacional de Atención Integral en Salud – Policía Nacional.
Francisco Murgueytio, Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
Melisa Cadena, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Seguro General de Salud Individual y Familiar
Adriana Sandoval, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Seguro General de Salud Individual y Familiar.
María Piedad House, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Seguro Social Campesino
María Espín, Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS)
Katty Huanca, Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS)
Paola Castillo, Servicio Ecuatoriano de Normalización.

Carlos Echeverría Cueva, Servicio de Acreditación Ecuatoriano (SAE)
Alejandra Vargas, Dirección Nacional de Registros Públicos, Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (MINTEL).
Estefanía Rodríguez, Secretaría Técnica Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil
María José Amores, Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENECYT)
Dayanara Barahona, Consejo de Educación Superior (CES)
José Valdivieso, Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES)
Bessie Magallanes, Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA)
Hadaluz Ortíz, Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT)
Daniela Barros, Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT)
Mónica Enriquez, Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI)
Marcela Cevallos, Cruz Roja Ecuatoriana - Centros Médicos.
Karla Risveño, Cruz Roja Ecuatoriana - Centros Médicos.
Santiago Guaygua, Hospital Voz Andes Quito
Belén Díaz, Hospital Voz Andes Quito
Amelia Briones, Secretaria de Salud - Municipio de Quito
Luis Muñoz Palacios, Federación Médica Ecuatoriana
Gloria Yupa, Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador
Eréndira Betancourt, Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador
María de Lourdes Velasco, Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros
Juan Pasquel, Colegio de Médicos de Pichincha
Xavier Caicedo, Colegio de Médicos de Pichincha.
Hernando Santillán, Colegio de Médicos de Pichincha
Mónica Pruna Tapia, Colegio de Ingenieros en Gestión de Procesos y Carreras afines del Ecuador
Orlando Cifuentes Gonzaga, Colegio de Ingenieros en Gestión de Procesos y Carreras afines del Ecuador
Margarita Salazar, Observatorio de Cáncer
Daniela Balseca, Universidad De Las Américas (UDLA)
Lester Wong, Universidad Técnica Particular De Loja (UTPL)
Carlos Flores Sampedro, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (PUCE)
Tatiana Pogo Ramos, Consejo Ciudadano Sectorial de Salud
Robert Tigrera, Consejo Ciudadano Sectorial de Salud

Presentación

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

Ante estas realidades, surge la necesidad de construir una política nacional que aborde estas brechas y que garantice un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en las necesidades de la población; con especial énfasis en los sectores más vulnerables.

La Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud busca transformar los servicios de salud mediante un enfoque integral que priorice la calidad y la seguridad en todos los niveles de atención. Su importancia radica en el compromiso del Estado de garantizar servicios de salud dignos, oportunos y efectivos para toda la población, promoviendo el bienestar y garantizando el derecho a la salud.

Un sistema de salud que garantice calidad y seguridad, fortalecerá la relación entre los ciudadanos y las instituciones públicas; promoviendo el uso adecuado de los servicios de salud disponibles. Un sistema de salud fortalecido y de calidad no solo mejorará la vida de las personas, sino que potenciará la productividad del país, al garantizar una población más sana. La implementación de estándares de calidad permitirá disminuir complicaciones médicas, reducir la mortalidad por causas evitables y prevenir las enfermedades.

La Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud responde a una necesidad urgente de transformar el Sistema de Salud en Ecuador, colocando la calidad como eje central del desarrollo. Su implementación atiende las demandas inmediatas y sienta las bases para un sistema de salud inclusivo, confiable, resiliente y sostenible en el futuro. Esta política es un paso decisivo para garantizar servicios de salud que beneficien a todos los ecuatorianos, en especial a aquellos que más lo necesitan y para construir un país más saludable y equitativo.

Jaime Otton Bernabe Erazo
MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Índice de contenidos

Presentación

Índice de contenidos

Índice de Gráficos

Índice de Tablas

1. Introducción

2. Marco normativo y conceptual

2.1. Marco normativo

2.1.1. Constitución de la República

2.1.2. Tratados y Convenios Internacionales

2.1.3. Leyes orgánicas

2.1.4. Decretos, Reglamentos y Acuerdos Ministeriales

2.1.5. Decretos y Reglamentos Relacionados

2.1.6. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

2.1.7. Objetivos de Desarrollo Sostenible de agenda 2023

2.2. Marco Conceptual y Enfoques.

2.2.1. Concepto de Calidad de los Servicios de Salud

2.2.2. Planteamientos conceptuales del Sistema de Gestión de la Calidad

2.2.2.1. Calidad y cobertura universal

2.2.2.2. Calidad y determinantes sociales de la salud

2.2.2.3. Calidad e impacto medioambiental de los servicios de salud

2.2.2.4. Calidad y seguridad sanitaria

2.2.2.5. Calidad e infraestructura de evaluación de la calidad

2.3. Enfoques transversales de la política

2.3.2. El enfoque integral y sistémico

2.3.3. Dominios estratégicos de la OMS para la calidad en los servicios de salud

2.4. Principios orientadores de la Política de Calidad de los Servicios de Salud.

3. Etapa preparatoria

3.1. Identificación de la necesidad de política pública

3.2. Conformación de equipos

3.3. Actores e instancias de coordinación

3.4. Espacios de participación ciudadana

3.5. Hoja de ruta

4. Diagnóstico situacional

4.1. Contexto General de la salud en Ecuador

4.2. Identificación de los determinantes del problema público

Datos respecto a la satisfacción de usuarios.

- Evidencias encontradas a través del diagnóstico situacional
- 4.3. Priorización de los determinantes del problema público
 - 4.3.1. Gobernanza.
 - 4.3.2. Gestión por Procesos.
 - 4.3.3. Participación de los usuarios de los servicios.
- 4.4. Identificación y caracterización de la población objetivo
- 5. Propuesta
 - 5.1. Alternativas de solución
 - 5.1.1. Eje de Gobernanza
 - 5.1.2. Eje de Gestión por Procesos
 - 5.1.3. Eje de Participación de los Usuarios de los Servicios
 - 5.2. Priorización de alternativas
 - 5.3. Objetivos y estrategias
 - 5.3.1. Objetivos
 - 5.3.2. Líneas estratégicas y líneas de acción
 - 5.4. Metas e indicadores
 - 5.5. Asignación de responsabilidades
 - 5.6. Presupuesto referencial
- 6. Vinculación con el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa-SNDPP
- 7. Glosario y términos
- 8. Siglas y Acrónimos
- 9. Referencias Bibliográficas
- 10. Anexos

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Relacionamiento de los diferentes actores involucrados en la PNCSS	
Gráfico 2. Motivación de los actores en el proceso de elaboración de la PNCSS	
Gráfico 3. Influencia política de los actores en el proceso de elaboración de la PNCSS	
Gráfico 4. Impacto de los actores en el proceso de elaboración de la PNCSS	
Gráfico 5. Árbol de problemas de la PNCSS.....	
Gráfico 6. Objetivos de la PNCSS; general y específicos según el eje.....	
Gráfico 7. Árbol de objetivos de la PNCSS según el eje.....	

Índice de Tablas

Tabla 1. Principales causas de inconformidad por la Atención de los Servicios de Salud en el MSP 2023-2024	
Tabla 2. Principales causas de inconformidad por la Administración de los Servicios de Salud en el MSP 2023-2024	
Tabla 3. Resultados según escala de satisfacción de los pacientes atendidos en los establecimientos de la Policía Nacional. 2023	
Tabla 4. Resultados progresivos de satisfacción del usuario por servicio en atención médica de los años 2019 al 2023. Hospital de Especialidades 1 (HE1)	
Tabla 5. Presupuesto referencial por año para la implementación de la Política Nacional Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035	

1. Introducción

La calidad en la prestación de servicios de salud incluye responder de manera asertiva a las principales demandas de atención de la población, conforme la necesidad de los servicios integrales en el Sistema Nacional de Salud (1); conduciendo los procesos hacia la excelencia mediante la mejora continua. Una de las estrategias importantes en la prestación de servicios de salud es que todos los procesos deben ser establecidos, en la planificación.

Los resultados de la calidad en los servicios de salud son un bien común y un bienestar óptimo. El bienestar óptimo va más allá de la curación de enfermedades: incluye el bienestar físico, espiritual y emocional en todo el curso de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte (2). Sin embargo, la falta de calidad en la prestación de servicios de salud, puede provocar resultados adversos que afectan la calidad de vida e incluso provocar la muerte.

La calidad en salud no se limita a la atención de recuperación de la salud individual en los establecimientos, sino que comprende también la calidad de las acciones de promoción y prevención de la salud a nivel poblacional (3). Además, es importante analizarla desde una doble dimensión: por una parte, la calidad técnica basada en la evidencia científica; y por otra, la calidad percibida por la población usuaria, derivada de su experiencia e interacción con el sistema de salud.

La “*Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud*” establece las orientaciones conceptuales y metodológicas, los enfoques, los objetivos, las metas y las líneas de acción estratégicas y prioritarias para alcanzar la calidad en la prestación de servicios de salud.

La Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, manifiesta contenidos y resume el consenso de los actores del Sistema Nacional de Salud que participaron en su proceso de formulación. Tiene como finalidad guiar las acciones y los esfuerzos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y facilitar la articulación de las acciones hacia metas comunes en el país. Para su formulación se siguieron las orientaciones del “*Manual Metodológico para la Formulación de Política Pública en Salud*” (4) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador-2022, así como otros instrumentos normativos oficiales.

Así también esta política se encuentra articulada al compromiso país del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS que incluyen el imperativo de “*lograr la cobertura universal de salud, incluida la protección del riesgo financiero, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos*”. Esto se manifiesta a la vez, en dos informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados en 2018, un manual de políticas y estrategias nacionales de calidad (OMS, 2018) y una guía destinada a facilitar la comprensión global de la calidad como parte de las aspiraciones de cobertura universal de salud (OMS / OCDE / Banco Mundial, 2018).

2. Marco normativo y conceptual

2.1. Marco normativo

2.1.1. Constitución de la República

La Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, se sustenta en varias disposiciones legales de alcance nacional e internacional.

En ellas se establece el derecho a la Salud, y a la atención de calidad, así como en planes estratégicos que incorporan la calidad en salud como meta. Los artículos clave son:

- **Art. 3 y 11:** El Estado debe garantizar el ejercicio efectivo de los derechos, establecidos en la Constitución de la República.
- **Art. 32:** La salud es un derecho y los servicios deben regirse por principios como *la* calidad, equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, el enfoque de género y generacional
- **Art. 52:** Derecho a disponer bienes y servicios de calidad.
- **Art. 359–363:** Define el Sistema Nacional de Salud (SNS) y determina que es el Estado quien ejercerá la rectoría, asegurando servicios seguros, de calidad y calidez con consentimiento informado, acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Además, que el Estado será responsable de “(...) 2. *Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura (...)*”.

2.1.2. Tratados y Convenios Internacionales

Los Convenios Internacionales ratificados por el Ecuador en materia de salud y que continúan vigentes son:

- Convención Internacional sobre la “Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965: art. 5 e) iv)”
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966: art. 12
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979: arts. 11 1) f), 12 y 14 2) b)
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989: art. 24, han generado observaciones y recomendaciones sobre el derecho a la salud.
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990: arts. 28, 43 e) y 45 c)
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006: art. 25.
- La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (en la que se aprobó la Declaración de Alma-Ata)
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y declaración de compromiso contra el VIH/SIDA han impulsado el reconocimiento del derecho a la salud y han guiado la formulación de políticas sanitarias.
- En 2018, la Declaración de Astaná reafirmó estos compromisos en favor de una atención primaria de salud universal, accesible, de calidad y con enfoque humano, alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. (5)

- La Declaración de Yakarta llamó a los sectores público y privado a adoptar políticas de promoción de la salud, con responsabilidad social, para enfrentar los desafíos del siglo XXI. (6)
- La resolución WHA72.6 de la OMS subrayó la importancia de la seguridad del paciente, destacando la necesidad de infraestructuras, tecnologías y personal capacitado para evitar daños evitables y fortalecer la confianza en los sistemas de salud a nivel global (7).

La calidad de la prestación de servicios de salud es uno de los principios de la política sanitaria más citada a nivel mundial y actualmente ocupa un lugar destacado en la agenda de los responsables políticos a nivel nacional, europeo e internacional (CE, 2016; OCDE, 2017; OMS, 2018; OMS / OCDE/ Banco Mundial, 2018). Algunos instrumentos jurídicos vinculados a esta temática son:

- Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal (18 de octubre 2019)
- Acción mundial en pro de la seguridad del paciente, Resolución WHA72.6 (2019 Resolución CSP27/10 sobre Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente (CASP, 2007)
- Plan de Acción de Recursos Humanos para el Acceso Universal y Cobertura en Salud 2018-2023, OPS
- Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (documento CD53/5, Rev. 2 y resolución CD53.R14)
- Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025 (Resolución CD57/12)
- Objetivos de Desarrollo Sostenible: Meta 3.8 de los ODS que insta a los países a lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad
- Resolución de la Organización Panamericana de la Salud, de la incorporación de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias en los Sistemas de Salud (Evaluación e incorporación de tecnologías sanitarias en los sistemas de salud. 28a Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC: OPS; 2012).

2.1.3. Leyes orgánicas

La Ley Orgánica de Salud (LOS), establece:

Artículo 2.- *“Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.”*

Artículo 6.- indica que el Ministerio de Salud Pública debe responsabilizarse por *“Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares”*.

Artículo 7. que *“Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud”*. También señala en su artículo 9 que el Estado tendrá la responsabilidad de *“Establecer a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad”*.

Dicho artículo también señala que *“Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades”:*

“(...) f) Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH-SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva; (...)”

“(...) i) Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias (...)”

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, refiere:

Artículo 9.- Del funcionamiento. - *“El Sistema Nacional de Salud funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa; para el efecto sus integrantes se relacionarán mediante las funciones de coordinación, provisión de servicios, aseguramiento y financiamiento. Las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, se articulan colaborando en el marco de sus funciones específicas y de sus respectivas competencias, para el cumplimiento de los mandatos previstos en esta Ley y en el Código de Salud.”*

La Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad:

Define el marco jurídico del Sistema Ecuatoriano de la Calidad, de tal forma que se pueda reconocer y garantizar a los ciudadanos el derecho a *“disponer de bienes y servicios públicos y privados, de óptima calidad”*, estableciendo *“mecanismos de control de calidad”*, así como promover e incentivar la cultura de la calidad y su mejoramiento continuo. Determina el marco normativo para regular los principios, políticas y entidades relacionadas con la evaluación de la conformidad y el control de calidad de bienes y servicios en Ecuador. Su objetivo es garantizar los derechos ciudadanos asociados con la seguridad, la vida y la salud humana, animal y vegetal, la preservación del medio ambiente y la protección del consumidor frente a prácticas engañosas. Además, promueve la cultura de la calidad y la competitividad en la sociedad ecuatoriana.

Dentro del ámbito de la salud, la Ley del Sistema Ecuatoriano de la Calidad respalda el establecimiento de políticas específicas para garantizar que los servicios sanitarios cumplan con altos estándares de calidad. Esto incluye aspectos como la certificación de equipos de diagnóstico, reglamentos técnicos para medicamentos y dispositivos médicos, y evaluación de la conformidad de servicios clínicos. Esta normativa constituye un marco robusto que se alinea estrechamente con la calidad de los servicios de salud. Sus disposiciones garantizan:

- La articulación intersectorial y la coordinación para el desarrollo de políticas de calidad.
- La evaluación y certificación como herramientas clave para asegurar la excelencia en los servicios de salud.
- La regulación y control técnico de los instrumentos médicos, esenciales para garantizar diagnósticos y tratamientos seguros.

Este marco normativo fortalece la gestión de calidad en el sistema de salud, promoviendo la seguridad, confianza y satisfacción de los usuarios. Esta Ley es fundamental para la construcción y articulación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, Los artículos relacionados con el ámbito de la calidad de la salud tenemos:

- Art.1. Se refiere a los objetivos de la Ley en el marco de la calidad.
- Art.7. Determina la organización y funcionamiento.
- Art. 9. Crea el Comité Interministerial de la Calidad al cual el Ministerio de Salud Pública pertenece.
- Art. 29. Menciona la reglamentación técnica y certificación.
- Art. 33. Relacionado al art. 29 y señala que tiene como objetivo verificar que los procesos, métodos y servicios cumplan con los reglamentos técnicos.
- Art. 38 y 43 abordan el uso, control y calibración de instrumentos de medición (8).

2.1.4. Decretos, Reglamentos y Acuerdos Ministeriales

Mediante Decreto Mediante #1290, publicado en el Suplemento del Registro Oficial #788 de 13 de septiembre de 2012, se creó la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria- ARCSA Doctor Leopoldo Izquieta Pérez (9).

Mediante Resolución Nro. ACESS-0029, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS, Aprueba y Expide el Modelo de Gestión de la Calidad de los Establecimientos de Salud.

Mediante Decreto Ejecutivo 703, publicado en el Suplemento del Registro Oficial nro. 534 del 1 de julio del 2015, se creó la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, ACESS (10).

Mediante Acuerdo Ministerial Nro. 0072 – 2017, Se expidió el Reglamento para la creación, conformación y funcionamiento de los comités y equipos de mejoramiento de la calidad en los establecimientos de salud del ministerio de salud pública.

Acuerdo Ministerial Nro. 0005 - 2017, Art.1.- Aprobar y autorizar la publicación del “Manual de Bioseguridad para los Establecimientos de Salud”; Art. 2.- Disponer que el “*Manual de Bioseguridad para los Establecimientos de Salud*” sea aplicado a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud” (11).

Acuerdo Ministerial Nro. 5316 - 2015, Aprueba y expide el Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial, con aplicación obligatoria a nivel nacional para todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (12).

Acuerdo Ministerial Nro. 00030-2021- 2021, se aprueba y autoriza la publicación de la Norma Técnica para la Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño – ESAMyN (13).

Acuerdo Ministerial Nro. 00031 - 2021, donde se aprueba y emite el Manual de *Gestión de la calidad de la atención en los establecimientos de salud*. Y dispone sea de aplicación obligatoria para los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública, pudiendo ser utilizado también por los demás establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Es un documento para procesos de cumplimiento del ciclo PEVA (Planificar, Ejecutar, Verificar y Actuar) enfocándose en satisfacer las necesidades del cliente y en la mejora continua, sin embargo, es poco conocido en los subsistemas y prestadores de servicios de salud privados del país (14).

Acuerdo Ministerial 00068-2019 que corresponde al Manual de Notificación, auditoría de

calidad de la atención y planes de acción de casos de muerte materna, con el objetivo de Estandarizar la metodología para la notificación y ejecución de auditorías de la calidad de la atención de los casos de muerte materna, con la finalidad de formular planes de acción locales que contribuyan a mejorar la respuesta en el Sistema Nacional de Salud para la disminución de la mortalidad materna en el Ecuador (15).

Mediante Decreto Ejecutivo Nro. 721 de 25 de abril de 2023, se emite el Plan Decenal de Salud 2022-2031 (PDS), como política pública en materia sanitaria, alineado al Plan Nacional de Desarrollo, 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 (16).

El Plan Decenal en su Objetivo 4 *“Atención oportuna y de calidad”*, que implica *“garantizar el 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”*. Este objetivo plantea estrategias y acciones que *“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”* (16).

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), emitido mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00725 – 2012, cuya estructuración se dispone en la Constitución de la República, tiene como objetivo *“Integrar y consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R) en los tres niveles de atención, reorientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fortalecer el proceso de la recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y su entorno”*(17).

2.1.5. Decretos y Reglamentos Relacionados

Mediante Acuerdo Ministerial Nro. MDT-2021-250 de 14 de octubre de 2021, el Ministerio del Trabajo emite la Norma Técnica para la Evaluación y Certificación de la Calidad del Servicio Público que contempla el Programa Nacional de Excelencia con el objeto de establecer los lineamientos, políticas, normas y procedimientos de carácter técnico y operativo para evaluación, certificación y mejora de la calidad de los servicios públicos en las entidades del Estado (18).

El Programa Nacional de Excelencia (PROEXCE) es un articulador estratégico de las iniciativas institucionales para alcanzar la excelencia en la gestión, la calidad en la prestación de los servicios públicos y cumplir las expectativas del usuario. Una de las principales estrategias del PROEXCE es la aplicación del Modelo Ecuatoriano de Calidad y Excelencia (MECE).

2.1.6. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Las funciones esenciales de salud pública (FESP) sugeridas por la OPS, son las capacidades de las autoridades de salud, en todos los niveles institucionales y junto con la sociedad civil, para fortalecer los sistemas de salud y garantizar un ejercicio pleno del derecho a la salud, actuando sobre los factores de riesgo y los determinantes sociales que tienen un efecto en la salud de la población. Las once funciones esenciales que los sistemas de salud deberían observar se basan en evaluar el estado de salud de la población y los factores de la mala salud, desarrollar políticas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los determinantes, asignar los recursos necesarios, y garantizar el acceso a todas las intervenciones y servicios de salud pública (19).

En el año 2020 se publicó una versión actualizada de las FESP. La calidad de los servicios de salud está explícita en la FESP número 9: “*Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad*”. Sin embargo, una revisión atenta de las once FESP revela que la importancia de la calidad de los servicios de salud en su acepción integral es transversal a todas ellas (19).

2.1.7. Objetivos de Desarrollo Sostenible de agenda 2023

La política de calidad de los servicios de salud se alinea principalmente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, que busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Este objetivo incluye metas específicas relacionadas con la calidad de los servicios de salud, como:

- **Meta 3.8:** Lograr la cobertura sanitaria universal, incluidos el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad.
- **Meta 3.1 y 3.2:** Reducir la mortalidad materna y neonatal, lo cual depende de servicios de salud de alta calidad.
- **Meta 3.4:** Reducir las muertes por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental, lo que requiere sistemas de salud eficientes y de calidad.
- **Meta 3.c:** Aumentar el financiamiento de la salud y el reclutamiento, desarrollo, capacitación y retención del personal sanitario cualificado.

La mejora de la calidad en los servicios de salud tiene vínculos con otros ODS, como el ODS 10: Reducción de las desigualdades, al buscar eliminar las brechas en el acceso a servicios de salud, y el ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas, que incluye el fortalecimiento institucional.

2.2. Marco conceptual y enfoques.

El desarrollo del marco conceptual de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, permite homologar conceptos para todo el Sistema Nacional de Salud y sirve de orientación para el diseño de los lineamientos estratégicos de la Política. El desarrollo de los enfoques permite establecer la perspectiva, el tratamiento y cumplimiento de los derechos establecidos para todas las personas en Ecuador.

La cobertura sanitaria universal constituye el punto de partida para mejorar la calidad del sistema de salud ecuatoriano. La mejora de la calidad sustentada en mecanismos de evaluación de la conformidad y fortalecida por la infraestructura técnica de calidad, conjugada con la expansión de la cobertura y la protección económica, es el componente esencial de las iniciativas de la cobertura sanitaria universal. Por lo que es importante que se establezca la garantía de la calidad en los servicios de salud, con la especificación del nivel de adecuación y la experiencia que pueden esperar los usuarios, a fin de asegurar que todos se beneficien de la mejora de los servicios y la expansión de la cobertura, aspectos considerados prioritarios para toda la población.

La cobertura sanitaria universal se medirá en función de la efectividad, atendiendo a los criterios de calidad que se han mejorado en la prestación de servicios de salud.

Para establecer una cobertura sanitaria universal efectiva se hace imperativo la implementación de los sistemas de salud de alta calidad los que podrían salvar más de 8 millones de vidas al año en los países de bajos y medianos ingresos. Debido a que cada año mueren más de 8 millones de residentes de países de bajos y medianos ingresos por enfermedades que deberían ser tratables por el sistema de salud. Solamente en el año 2015,

esas muertes ocasionaron pérdidas económicas de 6 billones de dólares estadounidenses. La baja calidad asistencial es ahora un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que el acceso insuficiente a servicios. El 60% de las muertes por enfermedades susceptibles de tratamiento médico se deben a una baja calidad asistencial, mientras que el resto de los fallecimientos son consecuencia de no haber recurrido al sistema de salud. Los sistemas sanitarios de alta calidad podrían prevenir 2,5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares; 1 millón de muertes neonatales; 900.000 decesos por tuberculosis y la mitad de todas las muertes maternas cada año (20).

El “Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad de la Organización Panamericana de la Salud – OPS del 2018”, señala que; *“La calidad de la atención es un producto del sistema de salud. Al incluir a interesados directos clave en la formulación de la política, puede abordarse mejor la naturaleza integral de los factores que influyen en la calidad de los servicios de salud. En efecto, es necesario que una amplia gama de interesados directos contribuya a la formulación de la política”* (21).

La calidad asistencial es un impulsor importante de la salud poblacional, en los sistemas de salud y la carga de morbilidad compleja. “Las altas tasas de mortalidad por causas tratables, como lesiones y problemas quirúrgicos, complicaciones de las madres y los recién nacidos, enfermedades cardiovasculares y padecimientos prevenibles mediante vacunas ilustran la profundidad y el alcance del desafío de establecer cuidados médicos de calidad” (22).

La baja calidad asistencial puede provocar otros resultados adversos, tales como; sufrimiento innecesario por mala salud, persistencia de los síntomas, pérdida de la funcionalidad, duda y desconfianza hacia el sistema de salud. El derroche de recursos y los gastos desorbitados son efectos secundarios de los sistemas sanitarios de baja calidad que repercuten en la economía.

La OMS-OPS recomiendan que el diseño y la implementación de las políticas de calidad de servicios de salud, incluyan enfoques de gestión basados en la planificación de estrategias de calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad en salud, todo ello estrechamente coordinado y apuntando a las prioridades nacionales en salud (23):

“Un concepto generalmente citado en las iniciativas para mejorar la atención de salud es la trilogía de Juran, que comprende tres enfoques independientes pero relacionados que deben estar presentes en una estrategia nacional: la planificación de la calidad, el control de calidad y la mejora continua de la calidad. Se trata de una estructura útil para conceptualizar los diferentes ámbitos que pueden abordarse cuando se seleccionan las intervenciones. En el contexto de la salud, la trilogía de Juran destaca la necesidad de una planificación y formulación nacionales coherentes de políticas para marcar el rumbo, acompañadas de métodos operativos para asegurar que los procesos fundamentales de la prestación de servicios de salud estén concebidos para funcionar y que los niveles deseados de desempeño se estén alcanzando y sean sostenidos” (23).

El Instituto para la Mejora de la Atención en Salud (IHI), una de las organizaciones con mayor trayectoria y reconocimiento mundial en este campo, recomienda lo siguiente: *“Las prácticas de gestión de ‘Calidad en el Sistema Total’ incluyen los roles, responsabilidades y actividades en toda la organización de atención médica, desde pacientes y familias hasta la junta directiva. Estas prácticas se dividen en los tres dominios de la Trilogía de Juran: planificación de calidad, control de calidad y mejora de la calidad* (24).

• *La planificación de calidad es un proceso que una organización emprende para identificar las necesidades del cliente, definir objetivos de calidad y diseñar e implementar una estrategia para satisfacer de manera confiable las necesidades priorizadas.*

- *El control de calidad implica el establecimiento de estándares de desempeño, el desarrollo de sistemas de retransmisión de información continua para rastrear el desempeño, la identificación de brechas entre el desempeño real y el deseado, y la aplicación de trabajo estándar para cerrar la brecha.*
- *La mejora de la calidad implica un enfoque estructurado para el rediseño del sistema para lograr nuevos niveles de rendimiento a través de la ciencia de la mejora. Muchos profesionales reconocerán la combinación de estos componentes en todo el enfoque de calidad del sistema como un "sistema de gestión de calidad" (20).*

2.2.1. Concepto de Calidad en Salud

La calidad en salud, desde una perspectiva macro estructural, se refiere a la capacidad del sistema de salud para garantizar las condiciones habilitantes necesarias para la protección efectiva del derecho a la salud. Este concepto se relaciona principalmente con la dimensión de estructura del modelo de evaluación de calidad propuesto por Donabedian, enfocándose en la disponibilidad, suficiencia y adecuación de los recursos y capacidades del sistema sanitario (25).

En este sentido, la calidad en salud implica que el Estado asegure condiciones estructurales adecuadas para la prestación de servicios, tales como infraestructura sanitaria segura y funcional, equipamiento biomédico con tecnología vigente, talento humano suficiente y calificado, así como la disponibilidad continua de medicamentos y dispositivos médicos esenciales. Estas condiciones constituyen la base material que permite el funcionamiento del sistema de salud y la provisión efectiva de servicios.

Bajo este enfoque, la calidad en salud se evalúa mediante estándares de habilitación, regulación y planificación del sistema, orientados a garantizar que los establecimientos y servicios cuenten con las capacidades necesarias para brindar atención. La ausencia o insuficiencia de estos elementos estructurales puede convertirse en una barrera de acceso sistémica, que limita la posibilidad de recibir atención oportuna y adecuada, incluso antes de que se produzca la interacción clínica entre el usuario y el proveedor.

En este marco, la Organización Mundial de la Salud señala que la calidad en los sistemas de salud comprende las condiciones estructurales y organizacionales que permiten asegurar la disponibilidad de servicios, tecnologías y recursos necesarios para responder a las necesidades de salud de la población. Estas condiciones constituyen el soporte institucional sobre el cual se desarrolla la atención sanitaria.

De esta manera, mientras la calidad en salud se orienta a garantizar que el sistema disponga de las capacidades estructurales necesarias, la calidad de los servicios de salud se centra en cómo se desarrolla la atención y cuáles son sus resultados en la salud de las personas.

2.2.2. Concepto de Calidad de los Servicios de Salud

La calidad de los servicios de salud se refiere al grado en que los servicios de atención sanitaria proporcionados a las personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y se prestan de manera consistente con el conocimiento profesional vigente. Este concepto se centra en la prestación efectiva de la atención, particularmente en la interacción entre los profesionales de salud, los usuarios y el entorno de atención.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los servicios de salud de calidad deben

ser efectivos, seguros y centrados en las personas, proporcionando atención basada en evidencia científica, evitando daños asociados a la atención sanitaria y respetando las necesidades, preferencias y valores de los usuarios (26).

En este nivel, la calidad se expresa en la forma en que se desarrollan los procesos clínicos y organizacionales, incluyendo la precisión diagnóstica, la oportunidad en el tratamiento, la continuidad de la atención, la comunicación entre el personal de salud y el paciente, así como el trato digno y respetuoso durante todo el proceso asistencial.

La política promueve la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) en los servicios de salud, orientado a fortalecer la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos. La calidad de los servicios de salud es un concepto multidimensional, que integra diferentes atributos que permiten evaluar el desempeño del sistema de atención.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud reconocen que los sistemas de salud deben abordar de manera integral múltiples dimensiones de la calidad que incluyen: 1. Efectividad, 2. Eficiencia, 3. Seguridad, 4. Atención Centrada en la Persona, 5. Equidad, 6. Integración, 7. Oportunidad y 8. Enfoque de desarrollo humano sostenible e inclusivo (26).

Las tendencias internacionales recomiendan abordar estas dimensiones de manera integrada en todos los niveles de atención y en todos los sectores del sistema de salud incluyendo lo público como privado, así como los servicios individuales y las intervenciones de salud pública orientadas a la población (27).

2.2.3. Planteamientos conceptuales del Sistema de Gestión de la Calidad

La Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud (PNCSS) plantea la consolidación de un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) que supere el enfoque fragmentado que históricamente ha caracterizado las iniciativas de mejora de la calidad en el país. En el Ecuador, diversas estrategias y acciones orientadas al fortalecimiento de la calidad han sido desarrolladas por distintos subsistemas y prestadores de servicios de salud; sin embargo, estas se han implementado de manera aislada, sin una articulación sistémica que permita generar resultados sostenibles a nivel nacional.

En este contexto, la PNCSS propone un enfoque integral de gestión de la calidad que articule las acciones de los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, mediante una estructura coherente orientada a fortalecer los procesos de atención, mejorar los resultados en salud y garantizar una experiencia de atención segura, oportuna y centrada en las personas.

El Ministerio de Salud Pública, en su calidad de Autoridad Sanitaria Nacional, tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud de la población a través de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, mediante funciones de gobernanza, promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia, regulación y provisión de servicios de salud integrales. El cumplimiento efectivo de esta misión depende, en gran medida, de la disponibilidad y acceso universal a servicios de salud de calidad que respondan a las necesidades de la población.

La evidencia internacional demuestra que la calidad de los servicios de salud constituye un elemento fundamental para alcanzar la cobertura universal de salud. Se estima que entre 5,7 y 8,4 millones de muertes anuales en países de ingresos bajos y medianos se asocian a

la mala calidad de la atención, lo que representa aproximadamente el 15% de todas las muertes en estos países. Asimismo, los eventos adversos derivados de una atención insegura se encuentran entre las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, lo que evidencia que ampliar el acceso a los servicios de salud debe ir acompañado necesariamente del fortalecimiento de la calidad y la seguridad de la atención (28).

La calidad deficiente de los servicios no solo impacta en los resultados en salud, sino que también debilita la confianza de la población en el sistema sanitario. En este sentido, la mejora de la calidad requiere acciones deliberadas, sostenidas y metodológicamente estructuradas que permitan posicionar la calidad como un eje central de las políticas públicas de salud.

Desde el enfoque conceptual adoptado por la Organización Mundial de la Salud, los servicios de salud de calidad son aquellos que incrementan la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y que se prestan de manera segura, eficaz y centrada en las personas. Para lograr estos resultados, los servicios deben además ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes, garantizando una atención basada en evidencia que responda a las necesidades, expectativas y valores de los usuarios (28).

En términos operativos, la calidad de los servicios de salud se sustenta en la interacción de tres dimensiones clásicas descritas por Donabedian: estructura, procesos y resultados. La estructura comprende los recursos físicos, humanos, tecnológicos y organizacionales disponibles para la prestación de los servicios; los procesos corresponden a la forma en que se brinda la atención y a la interacción entre los profesionales de salud y los usuarios; y los resultados reflejan el impacto de la atención en el estado de salud de las personas y en su experiencia durante el proceso de atención.

En este marco conceptual, la presente política se enfoca principalmente en fortalecer los procesos y resultados de la atención en salud, promoviendo mecanismos sistemáticos de mejora continua, seguridad del paciente, medición del desempeño y participación de los usuarios, en articulación con otras políticas sectoriales que abordan los componentes estructurales del sistema de salud, como la planificación de infraestructura sanitaria, el desarrollo del talento humano y la gestión de medicamentos e insumos.

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) constituye, por tanto, el conjunto de mecanismos organizacionales, metodológicos y operativos destinados a promover la mejora continua de los servicios de salud, mediante la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de acciones orientadas a fortalecer la seguridad del paciente, la efectividad clínica, la oportunidad de la atención y la experiencia de los usuarios.

La implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad permite además optimizar el uso de los recursos disponibles en el sistema sanitario. Se estima que los costos asociados a la mala calidad pueden representar entre el 20% y el 40% del gasto total en salud, lo que evidencia que invertir en calidad no solo mejora los resultados sanitarios, sino que también contribuye a una utilización más eficiente de los recursos públicos (36,37).

La PNCSS reconoce que la mejora de la calidad no constituye una intervención aislada, sino un proceso continuo que requiere liderazgo institucional, mecanismos de medición del desempeño, aprendizaje organizacional, participación de los actores del sistema y fortalecimiento de la cultura de calidad en todos los niveles del sistema de salud (31).

La calidad de los servicios de salud no constituye un componente aislado de los sistemas sanitarios, sino que se articula de manera transversal con otros enfoques estratégicos del sector salud, tales como la cobertura sanitaria universal, la reducción de inequidades en

salud, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y el fortalecimiento de la seguridad sanitaria (32).

En este sentido, la comprensión integral de la calidad requiere analizar su relación con distintos marcos conceptuales y operativos que orientan las políticas públicas de salud a nivel internacional y nacional.

Los principales vínculos conceptuales entre la calidad de los servicios de salud y estos enfoques se describen a continuación:

2.2.2.1. Calidad y cobertura universal

La cobertura sanitaria universal se entiende como el acceso de todas las personas a servicios integrales de salud de calidad desde la promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos, de manera oportuna y sin que su utilización genere dificultades financieras. En este marco, la cobertura sanitaria universal es considerada fundamental en la prestación de servicios de salud de calidad (33).

Una publicación conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) señala que *“sin servicios de salud de calidad, la cobertura sanitaria universal seguirá siendo una promesa vacía”*. Como ejemplo, en la implementación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en referencia a la salud materno-infantil, se hizo gran hincapié en la accesibilidad a servicios de salud atendidos por profesionales cualificados. El relativo fracaso que se constató al evaluar los avances llevó a identificar como factor clave, la escasa o nula atención a la calidad de los servicios a los que se accedía.

Una confirmación a gran escala, por la cantidad de países analizados, aportó la publicación de los trabajos de una comisión de Lancet sobre la calidad en los sistemas de salud. (34) Una de las conclusiones del estudio fue que la cobertura universal sin calidad, es un desperdicio y puede ser incluso un riesgo para la salud de la población; donde la proporción de mortalidad evitable por mala calidad de los servicios de salud es mayor que la atribuible a falta de acceso a los mismos. Por esta razón, es fundamental que los sistemas de salud apuesten por la cobertura universal, basadas en las lecciones aprendidas.

2.2.2.2. Calidad y determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". El acceso a servicios de salud de calidad es uno de los determinantes sociales de la salud, junto con la educación, la estabilidad económica, los entornos construidos (vecindario), y el contexto social y económico. El acceso a servicios de salud de calidad tiene un impacto social positivo que va más allá de los beneficios clínicos individuales. Al mismo tiempo, el acceso a servicios de salud de calidad con equidad, actúan de forma independiente a los otros determinantes sociales; contribuyendo a remediar las consecuencias negativas en la salud de los otros determinantes. Consecuencias negativas que se ven agravadas si no hay acceso a servicios de salud de calidad (34).

2.2.2.3. Calidad e impacto medioambiental de los servicios de salud

El impacto medioambiental de los servicios de salud se entiende como la alteración, adversa o beneficiosa, del medio ambiente derivada total o parcialmente de las actividades, procesos y servicios desarrollados por las organizaciones sanitarias. En este contexto, la salud de la población y los servicios de salud se ven afectados en dos aspectos: por una parte, el impacto del ambiente deteriorado en la salud y, por otra, el impacto ambiental que producen los propios servicios de salud, incrementando el riesgo de enfermar de la población. El impacto de los servicios de salud facilitó hace más de una década la propuesta de una nueva dimensión transversal para la calidad de los servicios de salud llamada “sostenibilidad” (35,36).

Según esta nueva dimensión, los servicios de salud de calidad deben considerar de manera integral su repercusión social, económica y medioambiental. Las intervenciones propuestas para minimizar el impacto medioambiental de los servicios de salud son de dos tipos: disminuir la huella de carbono de las unidades de atención en su funcionamiento diario incluyendo el consumo de energía, mantenimiento, abastecimiento de insumos, entre otros; y la disminución de la actividad hospitalaria innecesaria, mediante el fortalecimiento de la prevención, el autocuidado y la eliminación de prácticas y tratamientos inadecuados o no justificados (29).

Existen iniciativas de relevancia internacional orientadas a la sostenibilidad de los servicios de salud, como la organización “Salud sin Daño”; no obstante, estas iniciativas no incorporan, hasta el momento, como eje central, la gestión de la calidad de los servicios de salud.

2.2.2.4. Calidad y seguridad sanitaria

La seguridad sanitaria se entiende como el conjunto de acciones proactivas y reactivas orientadas a prevenir, detectar y responder a eventos agudos de salud pública que representen riesgos para la salud de la población. En este sentido, un Sistema de Gestión de la Calidad que abarque de manera integral los servicios de salud constituye un componente fundamental para el fortalecimiento de la seguridad sanitaria, al asegurar capacidades institucionales sostenidas de preparación, respuesta y recuperación frente a emergencias sanitarias (37).

La calidad de los servicios de salud contribuye de manera directa a la implementación efectiva de instrumentos internacionales legalmente vinculantes, como el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que establece medidas para prevenir la propagación internacional de enfermedades, garantizando al mismo tiempo salvaguardas relacionadas con los derechos de las personas, tales como la protección de datos personales, el consentimiento informado y la no discriminación en la aplicación de medidas sanitarias. Asimismo, los sistemas de salud con mayores niveles de calidad presentan mejores desempeños en los indicadores utilizados para evaluar la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, como los contemplados en el Índice de Seguridad Sanitaria Global (38).

La evidencia internacional demuestra que los países con sistemas de salud resilientes, cobertura sanitaria universal y una atención primaria de salud fortalecida presentan mejores resultados frente a emergencias y desastres sanitarios, en comparación con aquellos con sistemas fragmentados y escasa articulación de la calidad en la prestación de servicios. En este marco, la calidad de los servicios de salud no solo mejora los resultados sanitarios en contextos ordinarios, sino que constituye un pilar estructural de la seguridad sanitaria,

reconociendo que la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria son dimensiones interdependientes de un sistema de salud fortalecido (24).

2.2.2.5. Calidad e infraestructura de evaluación de la calidad

La calidad de los servicios de salud no se limita a la experiencia del usuario o al desempeño clínico, sino que también requiere sistemas técnicos de aseguramiento basados en estándares, medición objetiva y mecanismos de evaluación de la conformidad que permitan verificar de manera transparente el cumplimiento de los requisitos de calidad.

En este contexto, la infraestructura de la calidad se entiende como el conjunto de políticas, instituciones, marcos regulatorios y servicios técnicos que permiten generar evidencia confiable sobre el cumplimiento de estándares en productos, procesos y servicios. Esta infraestructura incluye funciones como la normalización, la metrología, la acreditación y la evaluación de la conformidad, las cuales proporcionan los mecanismos necesarios para asegurar la confiabilidad, trazabilidad y comparabilidad de las mediciones y evaluaciones realizadas (39).

La infraestructura de la calidad permite fortalecer la implementación de políticas públicas al generar confianza en los indicadores, metas y resultados asociados a los sistemas de evaluación del desempeño. Para ello, requiere la interacción coordinada entre instituciones públicas, organismos técnicos, proveedores de servicios de evaluación y usuarios del sistema, incluyendo a la ciudadanía como beneficiaria de servicios públicos de calidad.

En el ámbito de los servicios de salud, una infraestructura de calidad robusta permite garantizar que los procesos de atención, los sistemas de medición clínica, los estándares de prestación de servicios y los mecanismos de evaluación se desarrollen conforme a normas técnicas reconocidas y a procedimientos de evaluación confiables. Esto contribuye a fortalecer la seguridad, efectividad y transparencia de los servicios de salud, así como la mejora continua de la calidad de la atención.

En este sentido, la implementación de sistemas de evaluación de la calidad de los servicios de salud debe articularse con la infraestructura nacional de la calidad, mediante la utilización de normas técnicas, la acreditación de organismos evaluadores y la aplicación de mecanismos de evaluación de la conformidad que permitan verificar el cumplimiento de estándares establecidos.

2.3. Enfoques transversales de la política

La presente política adopta una arquitectura matricial, en el cual los dominios estratégicos son permeados de manera obligatoria por los enfoques transversales que orientan su diseño. En este marco, el enfoque territorial y sistémico garantiza que la calidad sea sostenible y pertinente al contexto geográfico y organizacional, mientras que el enfoque de derechos humanos e igualdad asegura que la mejora de los servicios de salud no deje excluido a nadie, eliminando cualquier forma de discriminación en la prestación de salud.

La política no se limita a una mejora técnica de procesos, sino que adopta el enfoque de derechos humanos e igualdad como eje ético orientador. En consecuencia, la calidad se concibe como una garantía de dignidad, en la cual la no discriminación constituye un estándar obligatorio, asegurando que todas las poblaciones reciban una atención con la misma seguridad y oportunidad.

Desde un enfoque integral y sistémico, la calidad deja de entenderse como un atributo aislado del acto médico; para concebirse como el resultado de la interacción armónica entre

el talento humano, el financiamiento y la infraestructura. Este enfoque permite que las líneas estratégicas incidan en la continuidad del cuidado, reduciendo los riesgos asociados a las transiciones entre niveles de atención y fortaleciendo la seguridad del paciente (40).

- **Derechos humanos:**

El enfoque de derechos humanos en la Política de Calidad de los Servicios de Salud reconoce la salud como un derecho fundamental, protegido por la Constitución del Ecuador y los instrumentos internacionales ratificados por el Estado. Este enfoque asegura que la atención sea accesible, equitativa, culturalmente adecuada y sin discriminación, priorizando a las poblaciones más vulnerables.

Además, reafirma la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud, orientando las intervenciones territoriales hacia la dignidad, la igualdad, la participación social y la justicia, promoviendo respuestas diferenciadas que respondan a las necesidades específicas de cada territorio.

- **Enfoques de igualdad y no discriminación**

Como parte de su marco orientador, la política, incorpora los enfoques de igualdad y no discriminación, reconociendo la diversidad y promoviendo la equidad en el acceso y la atención sanitaria. Estos enfoques se aplican de manera transversal, considerando el enfoque de género, étnico-cultural, generacional, de discapacidad y de movilidad humana, asegurando que las intervenciones respondan a las necesidades específicas de la población.

Estos enfoques se sustentan en el marco legal vigente, el cual obliga al Estado a garantizar igualdad de oportunidades, trato justo y protección frente a toda forma de discriminación. La integración de estas perspectivas fortalece la capacidad del sistema de salud para ofrecer servicios inclusivos, culturalmente pertinentes y accesibles, contribuyendo a reducir brechas históricas y promoviendo la justicia social en todos los territorios del país.

- **Enfoque territorial**

Desde una comprensión contextual, la política reconoce la influencia determinante de los factores sociales, económicos, culturales, ambientales y geográficos. En consecuencia, las acciones de salud se ajustan a las particularidades específicas de cada territorio, garantizando el acceso a servicios de salud diferenciadas.

Este enfoque, está sustentado en la Constitución de 2008 y en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), prioriza la equidad, enfocándose en territorios con mayores brechas sociales y sanitarias. Asimismo, promueve la descentralización de los servicios mediante la organización territorial, lo que permite acercar la atención a la población (17).

Esta articulación contribuye a reducir la fragmentación de los servicios, fortalecer la seguridad del paciente y optimizar los resultados sanitarios, en concordancia con los objetivos de salud pública y desarrollo social.

Además, valora la interculturalidad y la participación comunitaria, integrando saberes ancestrales y fortaleciendo el trabajo conjunto con las comunidades. El primer nivel de

atención constituye la base del sistema, ya que posibilita una atención cercana, preventiva y orientada a las familias y comunidades.

2.3.2. El enfoque integral y sistémico

La política coloca a la calidad en el centro del sistema de los servicios de salud y plantea cómo mejorar la prestación, dando énfasis a las estrategias para la calidad que abarquen todo el sistema y todos los servicios de salud; incluyendo la formación en gestión de la calidad de los profesionales y personal de salud, así como las principales demandas ciudadanas, en concordancia con la problemática del país. Un Sistema de Gestión de la Calidad integral y sistémico incluye los diversos tipos de actividades necesarios para la mejora, contempla los niveles de responsabilidad, incorpora la sinergia entre las iniciativas externas e internas y abarca todos los servicios de salud, de manera oportuna (41).

De esta forma, la Política Nacional de Calidad se considera un elemento para la transformación positiva del Sistema Nacional de Salud, establece los principios y objetivos de la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Ecuador. A partir de estrategias que describen y planifican cómo alcanzar los objetivos hacia la gestión de la calidad en los servicios de salud, así como las intervenciones, priorizadas o seleccionadas (42).

Una metodología determinada para realizar ciclos de mejora o ciertas herramientas y programas es la del ciclo PDCA por sus siglas en inglés (Plan-Do-check-Act), traducido a Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA); además de otras herramientas como las Guías de Práctica Clínica y programas externos como la acreditación (43). También se abordan las metodologías de monitoreo de los resultados de la implementación de estrategias, las evaluaciones, aplicación de herramientas de control y medición de indicadores. A la vez promueve la evaluación con aportes de la ciudadanía y del personal de salud con la medición de la satisfacción del usuario interno y externo, así como la conformación de comités de participación de usuarios/pacientes y/o humanización de servicios de salud para mejorar la prestación de la calidad en los servicios de salud (43).

2.3.3. Dominios estratégicos de la OMS para la calidad en los servicios de salud

La OMS propone seis dominios estratégicos fundamentales: liderazgo, sistema de información para la calidad, participación de pacientes y población, regulaciones y estándares para la calidad, capacidad organizacional para la calidad y modelos integrales de atención. Además, se necesitaría agregar la sostenibilidad, para valorar intervenciones que puedan disminuir el considerable impacto ambiental de los servicios de salud (29).

Los dominios estratégicos de la OMS constituyen el marco de referencia que delimita el alcance de la política, asegurando su integralidad. Por su parte, las líneas estratégicas representan la operativización de dicho marco; son el resultado de aplicar los dominios universales hacia acciones concretas, metas y responsables, adaptados a las prioridades y capacidades del sistema de salud nacional.

Todas las intervenciones para problemas de salud tanto en general como en particular, pueden considerarse y ser agrupadas utilizando este marco integral de seis dominios (29). El plan de implementación reconoce en las diversas líneas de acción y actividades, estos dominios: liderazgo de la Autoridad Sanitaria Nacional - gobernanza, regulación con las normativas homologadas, organización con la gestión por procesos, sistema de información para la calidad, comités de humanización y/o participación, y el modelo de

atención establecido en el MAIS-FCI. Las líneas estratégicas agrupan la respuesta institucional a los desafíos encontrados dentro de cada dominio.

Planificar, monitorizar y mejorar la calidad

Planificación de la calidad, monitorización y ciclos de mejora; esta agrupación tiene su origen en la llamada trilogía de Juran, adaptada a los servicios de salud después de décadas de implementación empírica. Cuando se implementan correctamente los tres grupos de actividades, puntos de entrada diferenciados para la mejora continua, actúan de forma sinérgica. El Sistema de Gestión de la Calidad los considera de forma integral, no tiene sentido que se implementen de forma aislada. La monitorización identifica problemas que deben ser sometidos a ciclos de mejora, los ciclos de mejora implican generalmente un rediseño de los procesos y cualquier diseño o planificación; sea de mayor o menor envergadura, no está completo sin los indicadores que monitorean si se está implementando correctamente y se están logrando los resultados deseados.

Niveles de responsabilidad

La implementación de la política dependerá del nivel de compromiso y coordinación de todas las partes implicadas y de todos los niveles de responsabilidad del sistema de salud. Un ejemplo es el sistema de indicadores para monitorización, que contiene indicadores globales y estratégicos para el nivel de sistema, de funcionamiento y organización para los establecimientos de salud por niveles de atención y de atención individual para el nivel de servicio directo al paciente. La justificación del sistema de indicadores jerarquizado es que contribuye a buscar soluciones a los problemas detectados y ubicarlos en los diferentes niveles administrativos y operativos.

La “Política de Calidad de los Servicios de Salud” permitirá resaltar la implicación del conjunto de profesionales, que tengan formación y promuevan el fomento de la cultura proactiva de la calidad y seguridad del paciente.

2.4. Principios orientadores de la Política de Calidad de los Servicios de Salud.

• Universalidad como parte integral de la calidad en salud

Todos los seres humanos tienen los mismos derechos, independientemente de su situación, características particulares, donde vivan o quienes sean; la universalidad de los derechos humanos garantiza la igualdad de oportunidades. La universalidad en salud, o cobertura universal de salud, es la estrategia que busca garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a servicios de salud de calidad, integrales y oportunos; sin discriminación y sin dificultades económicas (44).

Se basa en los principios de la atención primaria de salud, como la equidad, la solidaridad, la justicia, el derecho a la salud y la participación social. Para lograr la cobertura de salud universal, es necesario eliminar progresivamente las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud. La cobertura de salud universal es un objetivo interrelacionado con la seguridad sanitaria y está integrado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

• Equidad como parte integral de la calidad en salud

La equidad como parte integral de la calidad en salud se refiere a la importancia de garantizar que todos los individuos, sin importar su origen étnico, género, nivel socioeconómico o

ubicación geográfica, tengan igualdad de acceso y oportunidad para recibir atención médica de alta calidad. En este contexto, busca eliminar las disparidades en el acceso y la atención médica, y garantizar que todas las personas tengan la posibilidad de disfrutar de una atención en salud y acceder a servicios médicos de calidad sin importar su condición o circunstancias personales.

Para lograr la equidad es esencial abordar y eliminar las barreras que impiden a ciertos grupos de la población acceder a servicios de salud de manera oportuna y adecuada. Esto podría incluir factores como la distancia a los centros de atención, la falta de recursos económicos, la discriminación, las barreras lingüísticas y culturales, entre otros. (3)

- **Atención centrada en la persona como parte integral de la calidad en salud**

La atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve y apoya el derecho de todos a la salud, con el objetivo de que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita que sea de calidad y sin caer en la pobreza (44).

En este sentido, la atención sanitaria debería involucrar a los profesionales de la salud en la atención de la persona y su entorno como entes claves en el sistema de gestión sanitaria; con mayor énfasis en pacientes con enfermedades crónicas que involucran estilos de vida, hábitos personales y colectivos.

La solidaridad es un valor social que recuerda que la salud es un asunto comunitario, no individualista. El principio de solidaridad implica que cada miembro de la sociedad debe ayudar a que su círculo social disfrute de su derecho a la salud, mediante su aporte con la colectividad a través de acciones específicas como el saneamiento ambiental y cuidado integral de su salud y su participación activa en promover la salud de la colectividad.

Es importante considerar en este principio la importancia de la humanización por parte de los profesionales sanitarios, en el reconocimiento de los pacientes y/o usuarios como seres humanos con deberes y derechos mutuos; que permita efectivizar los procesos de atención y mejora continua hacia la calidad en la prestación de servicios de salud.

- **Ética como parte integral de la calidad en salud**

La ética es un elemento fundamental de la calidad de los servicios de salud. La ética de la salud pública es la disciplina que se encarga de identificar y resolver los desafíos éticos de la práctica de la salud pública. La responsabilidad ética en el ejercicio de la salud es un compromiso de los profesionales de salud con el paciente, usuario y/o con la sociedad.

La calidad de atención médica debe enfocarse en una adecuada prevención y/o tratamiento, basado en evidencias, evitar o reducir los posibles daños primarios o secundarios, respetar la dignidad y derechos de los enfermos y garantizar una gestión de recursos eficientes.

- **Calidad como parte integral de los resultados en salud**

La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud responden o brindan servicios a la población en respuesta a sus necesidades, en condiciones de accesibilidad, oportunidad, respeto y confiabilidad; que resultará en que, las personas y las poblaciones aumenten la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos, profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria

universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención en los servicios de salud.

La calidad en salud se refiere al grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención sanitaria. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero según la OMS se reconoce que los servicios de salud de calidad deben considerar las siguientes dimensiones:

- Eficacia: proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan;
- Seguridad: evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado;
- Centrado en las personas: proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales.

Además, con el fin de aprovechar los beneficios de una atención de calidad, los servicios de salud deben ser:

- a) Oportunos: reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos;
- b) Equitativos: proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica;
- c) Integrados: proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida;
- d) Eficientes: maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio.
- e) Sostenibles: La sostenibilidad en el sector salud implica minimizar el impacto ambiental y promover la equidad social, sin comprometer la calidad de la atención médica. La sostenibilidad va más allá de la atención médica, implica abordar la responsabilidad ambiental y social como un componente esencial en la prestación de servicios de salud. La salud y el bienestar están en el centro de los tres pilares del desarrollo sostenible: social, económico y medioambiental (42).

• **Inclusión social como parte integral de la calidad en salud**

La inclusión social y la calidad de vida están relacionadas con la garantía de los derechos de las personas, la cohesión social y la justicia. La inclusión social es la consideración de todas las personas en igualdad de condiciones, sin prejuicios; mientras que la calidad de vida se refiere a tener buenas condiciones de vida y un alto grado de bienestar.

La inclusión social en salud permite que las personas se sientan valoradas y pertenezcan a los espacios donde reciben servicios médicos, lo que favorece su participación en la atención. Para promover la inclusión social, se pueden realizar las siguientes acciones:

- Utilizar los términos correctos
- Centrarse en la persona
- Amplificar sus voces
- Conectar y expandir las relaciones
- Desafía estereotipos
- Aprender a aceptar las diferencias
- Derribar mitos sobre la discapacidad
- Reconocer que la inclusión es un trabajo de todos

• **Interculturalidad como parte integral de la calidad en salud**

La calidad de atención en salud en el contexto de la interculturalidad se enfoca en garantizar

que los servicios médicos sean culturalmente sensibles y respetuosos con la diversidad de creencias, valores y prácticas de las distintas comunidades y grupos étnicos. Implica reconocer y comprender las perspectivas culturales de los pacientes y adaptar la atención médica de manera que sea adecuada y aceptable para ellos. Este enfoque no solo promueve mejores resultados de salud al considerar las preferencias individuales, sino que también fortalece la confianza entre los proveedores de atención médica y los pacientes al demostrar respeto por sus identidades culturales y conocimientos tradicionales (45).

La interculturalidad en la dimensión de la calidad debe responder y estar alineada a la cosmovisión de la población, acorde a su realidad territorial y cultural. Es importante evitar el predominio arbitrario de un enfoque cultural que responda exclusivamente a la cultura de un sector de la población en detrimento de otros que pueden estar siendo excluidos.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS – FCI) establece que la interculturalidad en salud operativiza *“el mandato constitucional, diseñando los mecanismos que posibiliten la coordinación entre los sistemas de salud occidental y de los pueblos diversos, ancestrales, tradicionales y alternativos, garantizando la atención de las personas usuarias con el debido respeto a sus derechos humanos según su elección, así mismo fomentando la promoción de la salud desde su cosmovisión, proyectando las prácticas saludables”* (17).

- **Desarrollo Humano, sustentable e inclusivo como parte integral de la calidad en salud**

La calidad en salud constituye un elemento de la teoría del desarrollo humano y las condiciones institucionales y sociales que intervienen para que la sociedad cuente con oportunidad; a su vez, es una de las condiciones necesarias para avanzar hacia la sustentabilidad.

Por lo tanto, el desarrollo no debe medirse con otro indicador que no sea el aumento de las libertades de los individuos, entendida como la construcción de entornos en los cuales se exprese la libertad individual de poder desplegar las capacidades y las más preciadas aspiraciones de los seres humanos.

Entre las principales privaciones que enfrenta el ser humano en el espacio de sus libertades instrumentales están los efectos negativos en la salud que se derivan de las limitaciones de una persona para acceder a los servicios de salud, constituidas por la falta de cobertura, la deficiencia en infraestructura y la calidad en el servicio médico. Por lo tanto, la salud, "es una parte constitutiva e integrante de un buen desarrollo". De esta manera, una de las libertades de mayor importancia de las que puede gozar el ser humano es la de no estar expuesto a enfermedades y causas de muertes evitables elementos que coadyuvan a tener un mejor nivel y calidad de vida y evadir la pobreza (44).

En ese contexto, la salud juega una función principal entre calidad de vida, capacidad y libertad. La salud es una pieza clave o una aptitud para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico. Así, tener una vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano y que toda sociedad moderna y democrática deberá considerar la salud como un derecho universal. Por lo tanto, "el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo" (45).

3. Etapa preparatoria

3.1. Identificación de la necesidad de política pública

En Ecuador, los esfuerzos para fortalecer la calidad de los servicios de salud se han desarrollado de forma progresiva a través de normativas, programas y herramientas técnicas implementadas en distintas etapas y subsistemas. El MSP como ente rector, desde la publicación en el año 1994 del documento “La Gerencia de Calidad Total en Salud”, y la creación en 1996 del Programa Nacional de Mejoramiento de la Calidad mediante el Acuerdo Ministerial No. 3339, incorporó lineamientos y modelos orientados al mejoramiento continuo.

Entre finales de los años 90 y la primera década de los 2000, se impulsaron investigaciones operativas, la implementación de estándares clínicos y la conformación de equipos de mejoramiento, en particular con áreas priorizadas como la atención materna y neonatal (46). Paralelamente, se desarrollaron manuales y normativas que introdujeron prácticas esenciales en la seguridad del paciente, como lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS en 2009, y se dispuso su aplicación obligatoria como una normativa para el Sistema Nacional de Salud.

En este marco, la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) representó un avance fundamental para el ordenamiento del Sistema Nacional de Salud, fortaleciendo el primer nivel de atención y el enfoque integral y comunitario. No obstante, la puesta en marcha del modelo también permitió evidenciar brechas persistentes en la efectividad y calidad de la atención, la continuidad del cuidado, la experiencia del usuario y la articulación entre niveles y prestadores, lo que señaló la necesidad de contar con lineamientos nacionales que orienten la gestión de calidad de forma coherente con el modelo de atención.

En los años de 2011 a 2013: el MSP emitió el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, donde se creó la Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud como parte de la Subsecretaría de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, con las definiciones de las gestiones internas: Auditoría de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud y Mejoramiento Continuo de la Calidad (47).

El proceso también estuvo marcado por hitos institucionales clave que ampliaron las capacidades regulatorias y de vigilancia sanitaria. La creación en el año 2012 de la Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), y de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada – ACESS, en 2015, incorporó mecanismos para regular, controlar y promover la calidad y seguridad en los servicios públicos y privados, incluyendo el fortalecimiento de la farmacovigilancia y tecno vigilancia, así como la evaluación de establecimientos y profesionales de salud (9).

De igual manera, el MSP en 2012 impulsó procesos de certificación y acreditación internacional; entre 2013 y 2016 se acreditaron 44 hospitales del MSP bajo estándares de “*Accreditation Canada International*” (48), y entre 2016 y 2018, el IESS acreditó 19 hospitales adicionales. Estos procesos generaron capacidades técnicas relevantes, pero su aplicación fue sectorial y no se consolidaron como sistemas nacionales articulados.

En el ámbito operativo, diversos establecimientos implementaron modelos de gestión y prácticas diferenciadas de calidad, como certificaciones ISO, procesos de acreditación internacional y herramientas de monitoreo. Se promovieron iniciativas como los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN), Manual de Seguridad del Paciente–Usuario en 2016 (49), y metodologías para la auditoría de casos de muerte materna en 2019, además de herramientas más recientes como la HECAPP para

seguimiento de la calidad del paquete priorizado materno-infantil. Si bien estos esfuerzos evidencian avances importantes, también muestran que la gestión de la calidad ha evolucionado de forma fragmentada, respondiendo a programas, donantes, subsistemas y capacidades institucionales heterogéneas, sin directrices unificadas que aseguren continuidad y sostenibilidad.

En el año 2022, mediante “La Reforma Integral del Estatuto Orgánico por Procesos del Ministerio de Salud Pública”, se crea la Subsecretaría de Rectoría del Sistema Nacional de Salud y en ella la “Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario”; cuya misión es: *“Desarrollar, gestionar políticas públicas, normativas, metodologías y herramientas necesarias para garantizar la calidad de la atención en salud, el control; así como el mejoramiento continuo de los servicios de salud, en el marco de los modelos de calidad, leyes y lineamientos estratégicos para el Sistema Nacional de Salud”* (50).

La formulación del Plan Decenal de Salud 2022-2031(16) constituye un insumo clave para identificar brechas estructurales del Sistema Nacional de Salud, al evidenciar la necesidad de actuar para disminuir la desigualdad en el ejercicio del derecho a la salud y la necesidad de intervenciones integrales que intervengan sobre los determinantes sociales y ambientales... El análisis situacional y la priorización realizada en este proceso destacaron la falta de acceso equitativo a redes integradas y de calidad, así como las ineficiencias en los modelos de gestión y en la oportunidad de la atención, aspectos recogidos explícitamente en el Objetivo 4 del Plan que indica *“Atención oportuna y de calidad: garantizar el acceso equitativo a servicios de salud integral y de calidad centrados en la persona, familia y comunidad”*.

Estas conclusiones se alinean con las recomendaciones internacionales, como el Plan de Acción Mundial por la Seguridad del Paciente 2021-2030 de la OMS, que subraya la importancia de sistemas con procesos definidos de mejora continua y alerta sobre el impacto de la no calidad, cuyos costos directos representan alrededor del 2,5% del gasto sanitario total. En conjunto, estos elementos reafirman la necesidad de una política nacional que aborde de manera coherente y sostenida las brechas de calidad y seguridad en los servicios de salud

En este sentido, en línea con las tendencias internacionales y los marcos actualizados de las funciones esenciales de la salud pública, la calidad se reconoce como un atributo indispensable para el desempeño de los Sistemas de Salud, que requiere incluir a la atención centrada en las personas, con estándares de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y equidad. Estas condiciones evidencian la necesidad de contar con una política pública que oriente y consolide un enfoque nacional de calidad en la provisión de servicios de salud.

Por otra parte, el país no dispone de una política integral que establezca directrices, estándares comunes y mecanismos articulados para fortalecer la calidad y seguridad del paciente en todo el Sistema Nacional de Salud. La ausencia de un marco rector ha derivado de intervenciones fragmentadas, heterogeneidad en la aplicación de prácticas de mejora, debilidad en gobernanza, limitado posicionamiento de la cultura de calidad y falta de mecanismos sostenibles de evaluación.

La construcción de esta política responde, por tanto, a la necesidad de otorgar un direccionamiento claro y unificado con una perspectiva de 2026 a 2035 que permita orientar los esfuerzos institucionales, fortalecer la provisión de servicios y garantizar que la población acceda a una atención oportuna, segura y basada en la mejor evidencia disponible. Esta identificación se complementa con el análisis detallado del diagnóstico situacional presentado en el capítulo siguiente.

Gravedad del problema público y vulneración del derecho a la salud de la ciudadanía

El problema público identificado se expresa en la persistente brecha en la calidad, seguridad y oportunidad de los servicios de salud, lo que deriva en una vulneración sistemática del derecho constitucional a la salud reconocido en el artículo 32 de la Constitución de la República, así como del derecho a una vida digna. Esta problemática trasciende las deficiencias administrativas - organizativas y se manifiesta en resultados sanitarios adversos que reflejan morbilidad evitable, desigualdades territoriales y fallas estructurales en la capacidad resolutoria del Sistema Nacional de Salud; configurándose como un asunto de alto interés público que requiere intervención estatal.

Uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud es la mortalidad materna e infantil. Según el Registro Estadístico de Defunciones Generales del INEC, en 2024 la razón de mortalidad materna se ubicó en 34,2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (51). Si bien se evidencia una ligera reducción respecto a años previos, la persistencia de estas muertes refleja fallas en la atención prenatal, en la detección oportuna de riesgos y en la capacidad de respuesta frente a emergencias obstétricas, particularmente en establecimientos de segundo nivel. Estas muertes en su mayoría prevenibles mediante intervenciones oportunas y de calidad, constituyen una de las formas más graves de vulneración del derecho a la salud reproductiva y generan efectos sociales profundos, como la orfandad y la reproducción de condiciones de vulnerabilidad y pobreza.

De manera complementaria, la tasa de mortalidad infantil alcanzó 8,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2024, de las cuales la mortalidad neonatal representa más del 60% (5,4 por cada 1.000 nacidos vivos) (51). Esta concentración de muertes en el período neonatal evidencia deficiencias estructurales en la calidad de la atención del parto, del recién nacido y de los servicios de cuidados intensivos neonatales. Asimismo, se identifican marcadas desigualdades territoriales, mientras en zonas urbanas las causas predominantes están asociadas a la prematuridad extrema, en áreas rurales y periféricas persisten muertes por asfixia perinatal e infecciones, causas altamente prevenibles con una atención del parto segura, oportuna y con pertinencia cultural.

La desnutrición crónica infantil (DCI) constituye otra expresión crítica de la vulneración de derechos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Desnutrición Infantil (ENDI 2023–2024), la prevalencia nacional de DCI en menores de dos años se sitúa en 19,3%; sin embargo, en provincias como Chimborazo cuya cifra asciende al 40,1%, evidenciando profundas inequidades territoriales y étnicas. Esta situación revela fallas en la calidad del control prenatal, del seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño sano que son actividades esenciales del primer nivel de atención. Desde un enfoque de derechos, la persistencia de estas brechas vulnera el principio de igualdad y el interés superior del niño consagrado en el artículo 44 de la Constitución; al no garantizar condiciones adecuadas para la vida y el pleno desarrollo de los niños.

La carga creciente de enfermedades crónicas no transmisibles profundiza la gravedad del problema de calidad de la atención. Las enfermedades cardiovasculares y la diabetes representan aproximadamente el 24% de las defunciones totales en el país, reflejando un modelo de atención centrado en lo curativo, con debilidades en la prevención, el seguimiento continuo y el control efectivo de los pacientes crónicos (51). Esta falta de calidad en la atención condena a amplios segmentos de la población a complicaciones evitables, discapacidad y gastos catastróficos, afectando de manera directa el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

Además, se suman las enfermedades transmisibles y los eventos de interés en salud pública.

En 2024, la incidencia acumulada de dengue superó los 197 casos por cada 100.000 habitantes, con brotes de alta letalidad en provincias como Guayas y Napo, lo que evidencia debilidad en la vigilancia epidemiológica, en la respuesta oportuna del primer nivel de atención y en la articulación intersectorial. De igual manera, la persistencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, vinculadas al consumo de agua contaminada que afecta al 30,5% de los hogares, pone de manifiesto la insuficiente integración entre los servicios de salud, saneamiento ambiental y educación sanitaria.

En resumen, la evidencia estadística demuestra que la calidad de los servicios de salud constituye el eslabón crítico entre el marco normativo y la realidad experimentada por la ciudadanía. La persistencia de muertes maternas y neonatales por causas prevenibles, los elevados niveles de desnutrición crónica infantil en territorios históricamente excluidos y la creciente carga de enfermedades crónicas y transmisibles configuran una vulneración al principio de progresividad de los derechos, al no garantizar servicios con disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Esta situación confirma la gravedad del problema público y justifica la necesidad de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud como instrumento rector para revertir estas brechas estructurales y asegurar el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

3.2. Conformación de equipos

El proceso de formulación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud fue altamente participativo, incorporando a diversos actores de las instituciones que conforman la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria del país. Desde el inicio, el proceso fue liderado por un equipo político y un equipo técnico del Ministerio de Salud Pública, conforme las recomendaciones metodológicas del Manual Metodológico para la Formulación de Políticas Públicas en Salud del MSP y la Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas del órgano rector de planificación.

Equipo político

El equipo político está conformado la máxima autoridad o delegado de las siguientes entidades:

- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Defensa Nacional
- Consejo Nacional de Salud
- Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada
- Dirección Nacional de Atención Integral en Salud- Policía Nacional
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
- Dirección Nacional de Atención Integral en Salud- Policía Nacional
- Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células
- Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
- Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados del Ecuador

Equipo técnico

El equipo técnico está conformado por delegados de las direcciones nacionales del Ministerio de Salud Pública:

- Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario
- Dirección Nacional de Políticas, Normatividad y Modelamiento de Salud
- Dirección Nacional de Regulación de Medicamentos y Dispositivos Médicos
- Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria
- Dirección Nacional de Abastecimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Bienes Estratégicos en Salud
- Dirección Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
- Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad
- Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión
- Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información
- Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Dirección Nacional de Participación Social
- Dirección de Asesoría Jurídica
- Dirección Nacional de Promoción de la Salud
- Dirección Nacional de Atención de Salud Móvil
- Dirección Nacional de Estrategias de Prevención y Control Para Enfermedades no Transmisibles, Salud Mental y Fenómeno Socio Económico de las Drogas
- Dirección Nacional de Salud Ambiental y en el Trabajo
- Dirección Nacional de Economía de la Salud y Sostenibilidad del Sistema
- Dirección Nacional de Procesos, Servicios, Mejora Continua y Cultura Organizacional

3.3. Actores e instancias de coordinación

En el marco del proceso de formulación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, el Ministerio de Salud Pública implementó mecanismos de participación y coordinación interinstitucional orientados a asegurar un enfoque inclusivo, técnico y representativo del Sistema Nacional de Salud. Estos mecanismos se desarrollaron mediante talleres técnicos presenciales, organizados a través de grupos de trabajo multisectoriales, que permitieron recoger aportes cualitativos y cuantitativos de actores públicos, privados y de la sociedad civil vinculados directa e indirectamente con la calidad en la prestación de servicios de salud.

En dichos espacios participaron representantes de instituciones rectoras, prestadores de servicios de salud públicos y privados, organismos de regulación y control, gobiernos autónomos descentralizados, aseguradores de salud, instituciones académicas y entidades especializadas; constituyéndose en instancias de coordinación y diálogo técnico. Como resultado de estos procesos participativos se obtuvieron insumos clave para la identificación de roles, niveles de relacionamiento, grados de influencia e impacto de los distintos actores en la implementación de la política; así como para la identificación de actores estratégicos que debían ser considerados en la gobernanza.

Posterior a la conformación de los grupos de trabajo se dio una breve explicación sobre el

proceso de elaboración de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, indicando los principales problemas evidenciados en mesas técnicas anteriores y se les solicitó que realicen el análisis para el relacionamiento y mapeo de actores: 1. Revisar cómo la institución a la que pertenecen se relaciona con la calidad en la prestación de servicios de salud. 2. Analizar qué otra instancia y de qué manera se relaciona, e informar si existen instancias que deberían estar en la convocatoria y no se encontraban en el taller.

Para esta revisión se construyeron 4 matrices Excel conforme la metodología del MSP, que correspondían a los criterios de: relacionamiento, motivación, influencia política e impacto. Cada criterio contenía variables de evaluación, la matriz de relacionamiento evaluaba como indirecto y directo en relación a la política. Los otros criterios se evaluaron en tres variables: alto, medio y bajo. Posterior a lo cual se realizó una presentación por grupos de trabajo con un líder y se sometía a discusión cada decisión informando sobre aspectos relevantes que habían encontrado como equipo de trabajo durante el mapeo y relacionamiento de actores.

Finalmente se recopiló la información de cada grupo y se sometió a un análisis por criterio, se realizó la sistematización con el software GEPHI (es un software libre y de código abierto que permite visualizar y analizar redes y gráficos complejos). Para lo cual se tabuló el nombre de cada uno de los actores identificados como un nodo y las relaciones mapeadas como una arista, que permite un análisis cuantitativo de la misma.

El esquema gráfico de la red fue configurado a través de la distribución ForceAtlas2 algoritmo matemático que simula la ley de gravitación equiparando el grado de los nodos con la masa de los planetas, de esta forma se ubican al medio los nodos más pesados o que en general corresponde a los que más refieren o son más referidos dentro de la red. Por otra parte, el tono de los nodos corresponde proporcionalmente a su grado de referencia o soporte; es decir, el nodo es más oscuro en cuanto más personas lo han referido dentro de la red. De igual manera, respecto del tamaño de los nodos, a mayor tamaño existe un mayor grado de salida; es decir, un nodo más grande corresponde a un actor que más cita a los demás.

En este sentido, se procede a evaluar tres características de la red:

- a) Grado medio: es el número de conexiones que tiene un nodo (o actor)
- b) Densidad de la red: indica que tan conectada está la red como un todo (conexiones existentes versus conexiones posibles).
- c) Modularidad: indica el número de grupos con características parecidas o afines.

- i. Relacionamiento de los diferentes actores involucrados, con opciones de calificación directa o indirecta.

En la reunión de trabajo en la cual intervinieron representantes de 27 entidades relacionadas con la elaboración de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, se definió al Ministerio de Salud Pública como la institución rectora de los servicios de salud que mantiene el mayor grado de vinculación en temas de calidad en servicios de salud.

Seguidamente se encuentran las clínicas y hospitales privados, que han logrado avances significativos en la implementación de prácticas de calidad en salud. Además, los GADS (Gobiernos Autónomos Descentralizados) son considerados actores clave en la provisión de servicios de salud de calidad, dado su papel en la creación de espacios saludables, el saneamiento básico, entre otros aspectos esenciales.

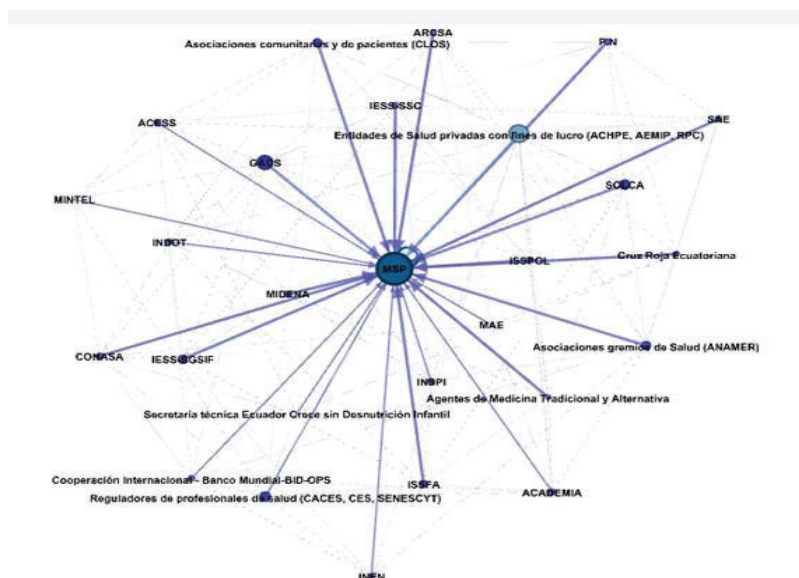
Entre los actores clave destaca SOLCA, por su labor en procesos de calidad y certificaciones ISO, lo cual resalta su compromiso con la mejora continua en la red de servicios de salud del país. En este contexto, se incluyen a los seguros de salud y los servicios de salud del

IESS y la Policía Nacional, instituciones fundamentales en la cobertura y provisión de servicios médicos.

Asimismo, se reconoce al Ministerio del Ambiente y Energía (MAE) como actores esenciales en la prestación de servicios de salud de calidad; dado su rol en la gestión ambiental y en la implementación de políticas que impactan positivamente la salud pública.

Por otro lado, las instancias normalización, regulación y metrología, como el Servicio Ecuatoriano de Normalización (INEN), Servicio de Acreditación Ecuatoriano (SAE), Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), entre otras. Se consideran actores con un relacionamiento más distante en la gestión de la calidad de los servicios de salud, aunque su función de establecimiento y cumplimiento de normas y regulaciones es crucial para garantizar la ejecución de los estándares de calidad en el Sistema Nacional de Salud.

Gráfico 1. Relacionamiento de los diferentes actores involucrados en la PNCSS



Fuente: Taller de Mapeo y Relacionamiento de Actores del SNS

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

ii. Motivación de los actores en el proceso de elaboración de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Calificación de alto, medio o bajo.

En el gráfico 2 se muestra que el Ministerio de Salud Pública (MSP), la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) presentan un grado muy alto de motivación tanto intrínseca como extrínseca. Esto significa que su motivación proviene en gran medida de una gestión interna, pero también está impulsada por la influencia y el apoyo de otros actores del sistema de salud.

Por otro lado, las entidades adscritas al MSP como el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI) y el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT) manifiestan un grado alto de motivación, lo que refleja su compromiso con la mejora de la calidad en los servicios de salud.

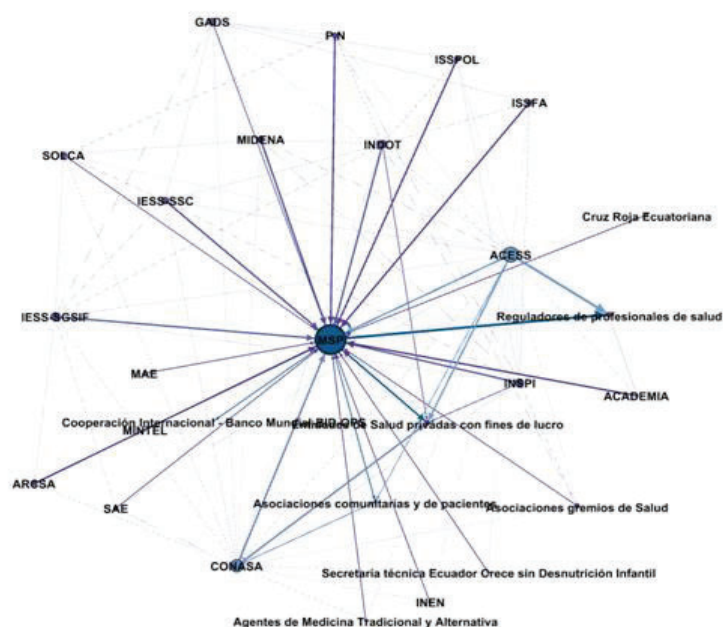
El Consejo Nacional de Salud (CONASA), sobresale como la entidad pública independiente

encargada de concertar la aplicación de la política nacional en salud, destacando por un grado alto de motivación; lo que refleja su compromiso y responsabilidad en la implementación efectiva de la política.

En cuanto a la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, ambas expresan un grado medio de motivación ante la creación de la política, lo que sugiere que, aunque reconocen la importancia del proceso, su implicación y entusiasmo son moderados.

Por último, el resto de los actores del Sistema Nacional de Salud muestran un grado bajo de motivación, lo que indica una menor participación activa y un interés limitado en el proceso de formulación de la política.

Gráfico 2. Motivación de los actores en el proceso de elaboración de la PNCSS



Fuente: Taller de Mapeo y Relacionamiento de Actores del SNS

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

iii. Influencia política de los actores en el proceso de elaboración de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Calificación de alto, medio o bajo

Se establece la influencia política de los actores en la gestión de la calidad de los servicios de salud en el país. En este gráfico 3, se destaca al Ministerio de Salud Pública como el actor principal, dada su responsabilidad y liderazgo en la formulación y gestión de políticas de salud.

Posteriormente, se ubica a la academia que juega un papel fundamental debido a su contribución en los procesos de formación académica en calidad. Las instituciones académicas tienen un impacto relevante en la capacitación del personal de salud y la generación de conocimiento relacionado con la calidad en los servicios de salud.

Asimismo, se resalta la importancia de otras entidades clave como ARCSA, INDOT, INSPI y ACESS; que asumen sus roles específicos en regulación, investigación, aseguramiento de la calidad y la promoción de buenas prácticas de calidad dentro del sector salud.

Por último, aunque otras instituciones tienen cierta influencia en el Sistema Nacional de Salud, se encuentran más distantes en relación con la gestión directa de la calidad de los servicios, lo que refleja un papel menos significativo.

Gráfico 3. Influencia política de los actores en el proceso de elaboración de la PNCSS



Fuente: Taller de Mapeo y Relacionamiento de Actores del SNS

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

iv. Impacto de los actores en el proceso de elaboración de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Calificación de alto, medio o bajo.

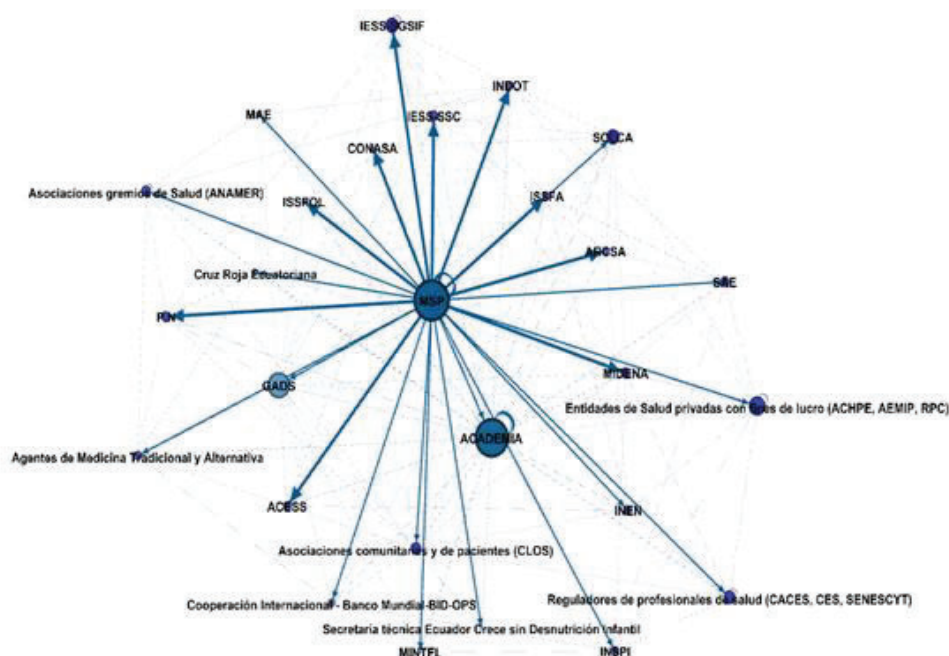
Se muestra en el gráfico 4 el impacto de los diferentes actores en la formulación de la política. El Ministerio de Salud Pública al ser el ente rector en salud, tiene mayor responsabilidad en el proceso dado su rol central en la planificación, ejecución y supervisión de las políticas de salud a nivel nacional.

El impacto de la academia radica en los procesos de formación y capacitación en calidad de los servicios de salud; contribuyendo con el desarrollo de conocimientos, investigación y la preparación de los profesionales del sector.

Los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GADS), juegan un papel importante en la implementación de la política a nivel local; promoviendo la calidad en la provisión de servicios de salud en sus respectivas circunscripciones.

Finalmente, las entidades de regulación y control, junto con otros actores relevantes del sistema de salud, aunque tienen un impacto en la gestión y el aseguramiento de la calidad; los encontramos después, en comparación con los actores mencionados anteriormente.

Gráfico 4. Impacto de los actores en el proceso de elaboración de la PNCSS



Fuente: Taller de Mapeo y Relacionamiento de Actores del SNS

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

3.4. Espacios de participación ciudadana

La formulación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud incorporó mecanismos estructurados de participación ciudadana como un componente transversal del proceso de identificación de problemas, priorización de necesidades y validación de propuestas. Esta participación se canalizó principalmente a través de la Mesa Técnica de Participación Ciudadana, integrada por el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud y representantes de los comités locales de salud, quienes aportaron insumos sustantivos basados en la experiencia directa de la población usuaria. Sus contribuciones permitieron identificar percepciones sobre la calidad de la atención, así como brechas relacionadas con la oportunidad, seguridad, continuidad del cuidado y acceso efectivo a servicios de salud, complementando la visión institucional con la perspectiva de las comunidades y fortaleciendo la legitimidad y pertinencia de los problemas priorizados.

De manera complementaria a estos espacios formales, el proceso de formulación incorporó la voz de la ciudadanía mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a actores clave, incluidos representantes de instituciones académicas, organizaciones comunitarias y prestadores de servicios de salud, cuyo detalle consta en el Anexo 1. Estas entrevistas aportaron información cualitativa relevante que permitió profundizar en las causas de los problemas identificados, a partir de metodologías de análisis como el diagrama de Ishikawa y la técnica de los cinco por qué. La integración de estas perspectivas enriqueció el análisis desde la experiencia cotidiana de pacientes, profesionales de la salud y organizaciones sociales vinculadas al sector.

Para la validación de la Política con actores externos se convocó a representantes de entidades públicas, organismos reguladores, instituciones prestadoras de servicios de salud, organizaciones profesionales y académicas, así como a actores del Consejo Ciudadano Sectorial de Salud. Si bien varios de los participantes desempeñan roles institucionales o técnicos, su participación garantizó que las propuestas finales respondan tanto a criterios de viabilidad técnica y operativa como a las expectativas sociales y ciudadanas en torno a la mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Este proceso contribuyó al fortalecimiento de la transparencia, el diálogo intersectorial y la corresponsabilidad en la construcción de una política pública orientada a garantizar servicios de salud de calidad, equitativos y centrados en las personas en todo el territorio nacional.

3.5. Hoja de ruta

En el proceso de construcción de la política pública, se definió una hoja de ruta que se ha revisado periódicamente conforme los avances de las actividades y plazos determinados. Anexo 6.

4. Diagnóstico situacional

4.1. Contexto General de la salud en Ecuador

El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia social, organizado en forma de república y gobernado de manera descentralizada. Administrativamente se divide en 24 provincias, 221 cantones y 1.499 parroquias, con una extensión territorial de 256.370 km² que comprende cuatro regiones geográficas Costa, Sierra, Amazonía y región insular que presentan marcadas diferencias climáticas, demográficas, territoriales y socioeconómicas diferenciadas. Estas heterogeneidades condicionan de manera directa los patrones de salud de la población, la demanda de servicios y la organización de respuesta sanitaria a nivel nacional y territorial.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2022, el país registra una población de 16.898.986 habitantes, de los cuales el 51,3% son mujeres y el 48,7% hombres; el 63% reside en áreas urbanas y el 37% en áreas rurales. La composición étnica se auto identifica mayoritariamente como mestiza (71,5%), seguida de población indígena (7,7%), montubia (7,7%), afro ecuatoriana (4,8%) y blanca (2,2%). El país atraviesa un proceso de transición demográfica caracterizada por el envejecimiento poblacional, evidenciado por una reducción del 30% de la población infantil respecto al censo de 2010 y el incremento del grupo etario de 15 a 64 años, lo que plantea nuevos desafíos para la organización, capacidad resolutiva y sostenibilidad del sistema de salud (45,46).

En este contexto demográfico y territorial se organiza el Sistema Nacional de Salud, cuya configuración institucional busca responder a las necesidades de la población a través de

mecanismos de provisión, aseguramiento y articulación interinstitucional. El sistema se estructura mediante la Red Pública Integral de Salud (RPIS), conformada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), el Ministerio de Defensa Nacional y el Ministerio del Interior, y se complementa con la Red Privada Complementaria (RPC), integrada por prestadores privados con y sin fines de lucro (Anexo 2).

De conformidad con la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), el sistema incorpora además a otros actores del sector público como los gobiernos autónomos descentralizados provinciales, municipales y parroquiales, las universidades que forman talento humano en salud y diversas entidades del Ejecutivo.

Asimismo, participan actores privados y de la sociedad civil, como la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Cruz Roja Ecuatoriana, organizaciones no gubernamentales, agentes comunitarios de salud, universidades privadas, gremios profesionales, farmacias y distribuidores de insumos, configurando una estructura institucional amplia y compleja.

En términos de articulación, el sistema de salud alcanzó en 2024 un nivel de desarrollo correspondiente a una "red de servicios parcialmente integrado" con un promedio total de 69.8% entre el MSP y el IESS, superando progresivamente la condición de fragmentación y segmentación existente al inicio del proceso de integración formalizado en 2012 mediante el primer convenio marco de la RPIS (53).

En el marco de la organización del Sistema Nacional de Salud, los aspectos administrativos y financieros se estructuran bajo un modelo de atención en red, orientados a garantizar la continuidad asistencial entre los distintos niveles de atención. Como parte de este modelo la "Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contra referencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud", expedida mediante Acuerdo Ministerial nro.00004431 de 21 de octubre de 2013, establece un conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos que permiten la derivación oportuna de usuarios desde la comunidad o establecimientos de menor nivel de complejidad hacia niveles superiores, así como su retorno al nivel correspondiente una vez resuelta la necesidad de atención. Este subsistema constituye un componente esencial para asegurar la calidad, continuidad, oportunidad, eficacia y eficiencia de la atención dentro del sistema.

En términos de acceso a los servicios de salud, para el año 2018 la cobertura poblacional por prestador se distribuía en un 60,1% para el Ministerio de Salud Pública, 31,4% para el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social General, 7,5% para el Instituto Ecuatoriano de Seguro Social Campesino, 1,5% para el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y 0,9% para el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional.(54) Esta distribución evidencia la centralidad del MSP como principal proveedor de servicios de salud a nivel nacional, así como la coexistencia de subsistemas con distintos esquemas de afiliación y cobertura.

El funcionamiento del sistema se encuentra estrechamente vinculado a su financiamiento y sostenibilidad. En Ecuador, el gasto total en salud aumentó del 3,3% del Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2000 al 7,7% en 2023. De este total, el 61,9% corresponde a gasto público, observándose que por cada dólar de gasto privado el sector público destina aproximadamente USD 1,63. El principal destino del gasto público en salud corresponde a

los servicios ambulatorios, con una participación del 59,2%, lo que refleja una orientación del sistema hacia la atención primaria y ambulatoria como componente central de la respuesta sanitaria (51).

Otro elemento estructural del sistema es la disponibilidad y composición del talento humano en salud. Según datos de la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), a 2025 se registran 316.571 profesionales de la salud habilitados en el país. De este total, el 25,74% corresponde a médicos, el 14,29% a enfermeras, el 8,22% a odontólogos, el 2,83% a psicólogos, el 1,67% a profesionales de obstetricia y el 47,25% a otros profesionales de la salud, incluyendo nutricionistas, bioquímicos farmacéuticos, técnicos y tecnólogos. La magnitud, distribución territorial y perfil del talento humano constituyen factores determinantes para la capacidad resolutive del sistema, la continuidad de la atención y la respuesta a las necesidades de la población.

Además, el contexto sanitario del país se encuentra influenciado de manera significativa por los determinantes sociales y ambientales de la salud. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (ENEMDU) en 2024, el 80,8% de los hogares cuenta con acceso a la red pública de agua potable, con marcadas brechas entre el área urbana (94,8%) y rural (48,7%). El acceso a electricidad alcanza el 99,5% a nivel nacional, mientras que la recolección adecuada de desechos sólidos cubre el 89,3% de los hogares, con diferencias relevantes entre zonas urbanas y rurales. Asimismo, el 96,05% de los hogares dispone de sistemas adecuados de eliminación de excretas, con 99,3% urbano y 88,4% rural.

No obstante, persisten problemas críticos relacionados con la calidad del agua y la contaminación ambiental. El 83,4% de las muestras analizadas en el marco de la Estrategia Nacional de Calidad de Agua incumplen los criterios de calidad para consumo humano y el 32,2% de los hogares consume agua con contaminación bacteriológica. Adicionalmente, más de 350.000 hogares carecen de acceso adecuado a servicios de higiene y se estima que más del 70% de los recursos hídricos del país presentan algún nivel de contaminación, lo que incrementa el riesgo de enfermedades y genera presión adicional sobre los servicios de salud (54).

Adicionalmente, las condiciones ambientales representan un desafío relevante para la salud pública y la seguridad sanitaria. La gestión de desechos sólidos evidencia brechas importantes, considerando que el 16,93% de los cantones aún dispone sus residuos a cielo abierto y que el 44,8% de los desechos generados en establecimientos del Ministerio de Salud Pública no recibe ningún tipo de tratamiento. De igual forma, la limitada capacidad de monitoreo ambiental constituye una restricción para la prevención de riesgos sanitarios, dado que en 2021 únicamente 3 de los 221 cantones a nivel nacional contaban con estaciones de monitoreo de la calidad del aire, lo que dificulta la identificación oportuna de impactos asociados a enfermedades respiratorias y crónicas.

El perfil epidemiológico del país evidencia una transición caracterizada por el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que plantea mayores exigencias para la organización, capacidad resolutive y continuidad del cuidado dentro del sistema de salud. La prevalencia de sobrepeso y obesidad se presenta desde edades tempranas, alcanzando el 13,18% en niños y niñas de 0 a 5 años, el 35,38% en el grupo de 5 a 11 años, el 29,57% en adolescentes de 12 a 19 años y el 64,68% en la población adulta, con mayor concentración en áreas urbanas y en la región insular (54).

En contraste, la desnutrición crónica infantil (DCI) ha mostrado una reducción progresiva en

los últimos años. A nivel nacional, la prevalencia descendió del 25,3% en 2012 al 19,3% en el período 2018–2024, lo que representa una reducción de 4,3 puntos porcentuales. Esta disminución coincide con la implementación de la Estrategia Nacional Ecuador Crece Sin Desnutrición Infantil y con la puesta en marcha de un paquete priorizado de prestaciones dirigidas a la población objetivo.

En cuanto a los resultados generales de salud, para el año 2024 se registró una tasa de mortalidad general de 5,0 defunciones por cada 1000 habitantes. La razón de mortalidad materna se situó en 34,2 muertes por cada 100,000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad infantil: en menores de un año y es de 8,9 por cada 1000 nacidos vivos. Tasa de mortalidad de la niñez: una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 11,4 por cada 1000 nacidos vivos. Tasa de mortalidad neonatal: antes de cumplir 28 días de nacido, es de 5,4 por cada 1000 nacidos vivos (51).

En el ámbito de la salud mental, los años de vida ajustados por discapacidad representan el 17% del total, mientras que los años perdidos por discapacidad alcanzan el 33%, siendo la depresión y la ansiedad las principales causas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la atención integral y continua en este campo (54).

Las principales causas de morbilidad incluyen la insuficiencia renal crónica, las enfermedades cardiovasculares asociadas a hipertensión y dislipidemias, la diabetes mellitus y el incremento de neoplasias malignas, particularmente de pulmón, mama y cuello uterino. A ello se suman los efectos de la pandemia por COVID-19, que ocasionó 14.034 muertes directas en 2020 y 19.638 en 2021, pasando de la posición 9 a la 22 en número de muertes situando al Ecuador entre los países con mayor impacto en la región de las Américas (54).

En conjunto, estas condiciones sociales, epidemiológicas, institucionales y financieras han generado demandas sostenidas por parte de la ciudadanía, los movimientos sociales y los trabajadores de la salud, quienes abogan por el acceso universal a servicios de salud pública, gratuita y de calidad (55).

En este contexto, el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano ha transitado por ciclos de restricción y expansión, condicionados por la disponibilidad de recursos y la orientación de las políticas sanitarias hasta consolidar, a partir de la Constitución de la República de 2008, un enfoque progresivo orientado a la garantía del derecho universal a la salud, que establece el marco de referencia para la formulación de políticas públicas sectoriales (55).

● Participación Social en Salud

El Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional promueve la participación ciudadana para lograr un Sistema Nacional de Salud eficiente, a través del Acuerdo Ministerial Nro. 0044-2017 “Manual para la Implementación de la estrategia de participación ciudadana en salud en el Ministerio de Salud Pública”, en el cual se destaca la creación de espacios democráticos que generan un proceso de transformación en el ámbito de la salud; e impulsa la participación, de las personas, organizaciones sociales, pueblos y nacionalidades en Ecuador.

A través de este manual se garantiza el derecho de la ciudadanía a involucrarse en asuntos de salud, facilitando su influencia en la formulación de políticas públicas y el desarrollo de iniciativas que optimicen la promoción de la salud, la vigilancia epidemiológica y las

condiciones de vida en sus comunidades. Conforme la Dirección Nacional de Participación Social en Salud, informan que a 2025 se han conformado: el V Consejo Ciudadano Sectorial de Salud con 1.925 Comités Ciudadanos Locales de Salud, 135 Comités Ciudadanos Distritales de Salud, 9 Comités Ciudadanos Zonales, 11.068 Vigilantes Voluntarios identificados y formados, realizando actividades comunitarias en parroquias priorizadas y 834 Mesas Intersectoriales Parroquiales a nivel nacional.

El control social ejecutado por estas instancias de participación en salud permite la supervisión de la prestación de servicios, la gestión financiera y la medición de los resultados en la gestión pública de salud. Sin embargo, informan que actualmente no se ejecutan veedurías en el marco de la calidad de los servicios de salud.

● Interculturalidad

La Dirección Nacional de Salud Intercultural y Equidad del Ministerio de Salud Pública en el marco de la cobertura de los servicios de salud con pertinencia cultural y enfoque intercultural, realiza el seguimiento de la implementación de salas adecuadas para la atención del parto en libre posición, partos con acompañamiento y partos normales. Según la Base Obstetricia 2024 de la Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información del Sistema Nacional de Salud con datos del año 2022, Ecuador cuenta con 145 salas adecuadas para la atención del parto en libre posición y se ejecutaron 41.262 partos en libre posición. En el año 2023 se incrementaron 2 salas adecuadas para la atención de parto en libre posición y se realizaron 31.805 partos en libre posición; en el año 2024 Ecuador tiene 151 salas adecuadas para la atención del parto, con 48.777 partos en libre posición.

Por otro lado, conforme el levantamiento de información institucional en territorio para el año 2024, se cuenta con 894 establecimientos de salud que han fomentado prácticas ancestrales como: ceremonias (78), equilibrio energético (226), tratamiento de esguinces, dislocación de las articulaciones y fracturas de los huesos (456), Herbolaria (381), salud materna, niñez y adolescencia (2338). Actividades que fortalecen la articulación e incorporación de la medicina ancestral - tradicional y la medicina alternativa complementaria, identificando a los Hombres y Mujeres de sabiduría de la medicina ancestral tradicional de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador.

En conjunto, el diagnóstico situacional evidencia un contexto demográfico, territorial, institucional, administrativo y social complejo, que condiciona el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la provisión de servicios a la población. Este análisis general constituye el marco de referencia para la formulación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, cuyo desarrollo se enfoca específicamente en la mejora de la calidad de la atención, sus brechas, determinantes y desafíos estructurales, abordados en los apartados siguientes.

4.2. Identificación de los determinantes del problema público

La calidad en los servicios de salud del Ecuador se ha encontrado definida por diferentes instancias estratégicas y técnicas, desarrolladas en los diversos subsistemas y prestadores de servicios de salud; cada instancia desde su gestión ha aportado avances en procesos de gestión de la calidad, mejoramiento continuo, seguridad del paciente, satisfacción del usuario, procesos de auditoría clínica interna y externa, auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud, certificación y acreditación de los servicios de salud o de establecimientos de salud.

Podemos mencionar las estrategias y gestiones del sector privado en los subsistemas de atención correspondientes a los servicios de salud de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas, donde se está trabajando en modelos de gestión de la calidad con enfoque al usuario externo, por lo cual miden la calidad de la atención mediante encuestas de satisfacción al usuario internas desarrolladas por servicios y externas de la entidad de regulación y control ACCESS.

En los dos subsistemas mencionados, se verifica una implementación de las prácticas de seguridad del paciente conforme estrategias que se definen, por las autoridades o médicos concedores de procesos de calidad cuando se encuentran al frente de procesos estratégicos. Asimismo, no se ha podido evidenciar un monitoreo al cumplimiento de estas prácticas, o el planteamiento de acciones y planes de mejora.

En el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - IESS, que representa el segundo prestador más grande de servicios, cuenta con una estructura orgánica definida en la que constan las disposiciones administrativas y operativas de gestión de la calidad con sus respectivas instancias desconcentradas. Durante las reuniones y el reporte de información indican que cuentan con documentos de gestión de la calidad propios y otros adaptados de estrategias nacionales o internacionales. También realizan la aplicación de las encuestas de satisfacción del usuario externo y se plantean análisis periódicos, aunque no se pueden evidenciar procesos de mejora implementados.

En la Red Privada Complementaria, se puede diferenciar aquellos que son autónomos e independientes en todas sus gestiones; se evidencia que llevan mayores avances en la gestión de la calidad organizacional y asistencial para brindar mejores servicios de salud. Existen establecimientos en las ciudades de Quito y Guayaquil, que cuentan con procesos de evaluación, certificación y acreditación con instancias certificadoras internacionales, como "Joint Commission International" de la Fundación para la Acreditación y el Desarrollo Asistencial (FADA) haciendo de la calidad su práctica diaria y logrando mejorar sus servicios de forma continua.

Pese a estos avances en algunos proveedores del sector privado en otras ciudades y características de primer, segundo y tercer nivel de atención, se ha evidenciado que desconocen la gestión de la calidad; pese a que participan en los procesos de habilitación y mejora que promueve la ACCESS, en cumplimiento del Acuerdo Ministerial Nro. 0030 de cartera de servicios emitido por el MSP. Esta normativa se encuentra aplicándose con mayor énfasis en establecimientos de salud públicos correspondientes a establecimientos del MSP y el IESS, que son los dos prestadores de servicios de salud más representativos en el país, sin embargo, hace falta la difusión para la adopción de la norma en los establecimientos de salud privados.

En la Red Privada Complementaria de Salud uno de los proveedores nacionales de servicios de salud que resalta es la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA), debido a su atención especializada integral de tercer nivel, que genera procesos de calidad en sus establecimientos de salud. Presenta procesos en las gestiones administrativas y las asistenciales, durante las entrevistas realizadas a su talento humano se puede evidenciar el compromiso con la calidad y el trabajo coordinado con el equipo profesional especializado para obtener los logros de certificación y acreditación (62,64).

En los servicios de salud que se proveen mediante la gestión de los diferentes Gobiernos Autónomos Descentralizados - GAD, se evidencia una mayor participación de los GAD-cantoniales que de los parroquiales en las principales ciudades del país: Quito, Guayaquil y Cuenca, estas ciudades cuentan con secretarías de salud o consejos cantonales de salud. Durante las entrevistas a sus representantes, indicaron que se enfocan más en procesos de

atención primaria en salud y saneamiento ambiental que corresponde al control de la fauna urbana. Algunos GAD cuentan con algunos establecimientos de salud dedicados al control y a la prevención de enfermedades. Se puede evidenciar que no se implementa la calidad organizacional y asistencial en los procesos de atención a la población beneficiaria, indicando su interés por ser parte de una política integral de calidad para los servicios de salud.

Adicionalmente, en algunos establecimientos de salud que provee la Secretaría de Salud del Municipio Metropolitano de Quito, en donde se han gestionado la realización de algunos documentos normativos de aplicación obligatoria alineados a la normativa de salud que provee el MSP. Los establecimientos salud poseen una coordinación de calidad para salud en su estatuto organizacional, adicional mencionan que su próximo paso es lograr brindar atención de salud de calidad con atención centrada en la persona; indican que se encuentran a la espera del desarrollo de la normativa para la implementación del consejo asesor, el mismo que responde a la necesidad de integrar a los pacientes/usuarios como actores activos de los procesos de atención de salud.

Algo que es inherente y caracteriza la revisión de todos los subsistemas y proveedores de servicios complementarios y privados del Sistema Nacional de Salud, es la aplicación de los procesos de auditoría de la calidad de la facturación de los servicios de salud y recuperación de cartera.

Se evidencia que los prestadores de servicios de salud, conocen sobre la importancia de medir la calidad en la provisión de servicios con sus dimensiones, debido a que se recompensa económicamente según la aplicación del Acuerdo Ministerial Nro. 00004928 - 2014 que corresponde al Tarifario de Prestaciones para el Sistema Nacional-2014 publicado en el Registro Oficial 235, en el que se hace mención de los modificadores generales, modificador de calidad. Sin embargo, no se evidencia la aplicación de estas dimensiones para la provisión de servicios de salud, actualmente indican que se rigen por los resultados de la encuesta de satisfacción elaborada por los mismos proveedores de servicios de salud o de la ACCESS.

En Ecuador el Servicio de Acreditación Ecuatoriano (SAE) certifica en la norma ISO 15189:2022 acreditando a los laboratorios clínicos que analizan muestras biológicas de origen humano, tienen que demostrar la implementación de tres aspectos cruciales: Disponen de un sistema de gestión de la calidad, son técnicamente competentes y son capaces de producir resultados técnicamente válidos. Los laboratorios acreditados por el SAE son 8, 2 públicos y 6 privados.

En lo que respecta a la academia formadora de recursos humanos en salud, se evidencia que la calidad organizacional y asistencial en los servicios de salud, son conceptos por diseñar en las diferentes escuelas de salud del país; teniendo un avance significativo durante los últimos años en las carreras de cuarto nivel en las principales ciudades del país Quito y Guayaquil, entre las que se encuentran la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad de las Américas, Universidad Técnica Particular de Loja Universidad Espíritu Santo y Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Desde el 2018 los establecimientos del Ministerio de Salud Pública (MSP) implementan de manera progresiva la Estrategia Multimodal de Higiene de Manos (EMMHM), alineada con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); como medida esencial para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Esta estrategia nacional fortalece la gobernanza institucional con la conformación de comisiones técnicas, la asignación integral de recursos y el desarrollo de intervenciones estructuradas en torno a los cinco componentes: cambio del sistema, formación y aprendizaje del personal

de salud, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo y clima institucional de seguridad.

En la EMMHM se generan datos técnicos que orientan los procesos de mejora continua en los establecimientos de salud evaluados en 2024 en los siguientes aspectos: 1. Infraestructura, se registra un nivel de cumplimiento del 74,76%, con una mejora de 5,31 puntos porcentuales respecto a la medición anterior del 69,45%. 2. Re envase de soluciones antisépticas para higiene de manos, logra una disminución del 9,57% en relación a 2023. 3. Formación del personal, el cumplimiento alcanza el 61,77%, con un incremento de 2,42 puntos porcentuales frente a la medición previa de 59,35%. 4. Monitoreo de la adherencia a la práctica de higiene de manos, reporta un promedio general del 75,03% en 2024, con mayores niveles de cumplimiento en las categorías de odontología con 80,22%, enfermería 79,73% e instrumentación 78,88%; porcentajes más bajos en médicos residentes con 68,90% y el servicio de nutrición con 72,55%. Estos resultados demuestran una mejora en la aplicación de EMMHM en los establecimientos de salud. A la vez constituyen un insumo estratégico para reforzar la seguridad del paciente y la gestión de la calidad.

De acuerdo al ACESS se han certificado como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño (ESAMYN), a finales de diciembre de 2025, un total de 27 establecimientos de salud en Ecuador, además de 6 establecimientos que han sido recertificados.

Datos respecto a la satisfacción de usuarios.

El Ministerio de Salud Pública como institución rectora en salud ha venido trabajando en diversas acciones de mejora continua hacia la calidad de los servicios, es así que a partir del año 2015 implementó el Modelo de Gestión de Requerimientos e Inconformidades Ciudadanas (MGRIC), el cual a la presente fecha ha sido reemplazado por el “Modelo de Atención a requerimientos de los usuarios – Contacto Ciudadano”. Sin embargo, es importante hacer un recuento del funcionamiento del MGRIC, con los registros de los años 2023 y 2024 de las principales causas de inconformidad encontradas; donde se pueden diferenciar las de atención en salud recibida y las quejas por causas administrativas. (Anexo 3A)

Tabla 1. Principales causas de inconformidad por la Atención de los Servicios de Salud en el MSP 2023-2024

N°	Tipo de Inconformidad	Número	Porcentaje
1	Negativa de atención médica en establecimientos de salud	7330	48,02
2	Falta de profesionales de la salud	2228	14,60
3	Los usuarios de los servicios de salud refieren recibir malos tratos por parte del personal médico	1838	12,04
4	Negativa de atención en emergencia	1131	7,41
5	Inasistencia del profesional de salud	569	3,73
6	Desabastecimiento de medicamentos	516	3,38
7	Mal manejo de equipos de diagnóstico, terapéuticos e implementos	235	1,54
8	Negativa de entrega de métodos anticonceptivos	243	1,59
9	Negativa de atención por discriminación	207	1,36

Fuente: Sistema MGRIC.

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

Es importante señalar que la inconformidad: “*Negativa de atención médica en establecimientos de salud*”, cuenta con 7330 registros, lo que representa el 48.02% del total. La segunda causa “*Falta de profesionales de la salud*” cuenta con 2228 registros, lo que representa el 14.60%. La diferencia entre ambas causas es importante con 33.42% y expresa

una negativa sin explicación a los pacientes.

En cuanto a las inconformidades de la administración de los servicios de salud en el mismo período 2023-2024,

Tabla 2. Principales causas de inconformidad por la Administración de los Servicios de Salud en el MSP 2023-2024

N°	Tipo de Inconformidad	Número	Porcentaje
1	Retardar o negar injustificadamente el despacho de asuntos o servicios.	9243	54,80
2	Falta de información sobre procedimientos, tratamiento y estado de salud	1759	10,43
3	No hay disponibilidad de citas	1627	9,65
4	Los usuarios de los servicios de salud refieren recibir malos tratos por parte de personal administrativo	1129	6,69
5	Inasistencia del profesional de salud	929	5,51
6	Incumplimiento de los horarios de atención en los establecimientos de salud	786	4,66
7	Falta de personal administrativo / estadístico	309	1,83
8	Instalaciones inadecuadas y sin servicios básicos (agua, luz, baños, papel higiénico, otros)	162	0,96

Fuente: Sistema MGRIC 2023-2024.

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

En los registros de inconformidades de la Administración de los Servicios de salud, la primera causa "*Retardar o negar injustificadamente el despacho de asuntos o servicios*" cuenta con 9243 registros lo que representa el 54.8%, y la segunda causa "*Falta de información sobre procedimientos, tratamiento y estado de salud*" cuenta con 1759 registros, representan 10.43%. La diferencia es de alrededor del 44.37% entre la primera y la segunda causa. Ver todas las causas de inconformidades en el Anexo 3B.

En la Red Pública Integral de Salud (RPIS) los miembros deben realizar las encuestas de satisfacción de usuarios en función de la normativa antes descrita y en la Policía Nacional realizaron la encuesta implementada de "Satisfacción del usuario/ Paciente", a los 39 Establecimientos de Salud en el año.

Tabla 3. Resultados según escala de satisfacción de los pacientes atendidos en los establecimientos de la Policía Nacional. 2023

Año 2023	I Semestre	II Semestre	Total	Porcentaje
Sumamente Satisfecho	2399	2865	5264	72,28
Muy Satisfecho	727	823	1550	21,28
Satisfecho	125	198	323	4,43
Poco Satisfecho	26	46	72	0,99
Nada Satisfecho	26	41	67	0,92
Total	3310	3973	7283	100,00

Fuente: Matriz consolidada de las encuestas de Satisfacción al Usuario-Paciente aplicada en los Establecimientos de Salud de la PN, año 2023.

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

En los establecimientos de la Policía Nacional se ha respondido la encuesta de satisfacción de usuarios, demostrando un 72.28% de sumamente satisfecho y 21.28% de muy satisfecho y satisfecho de 4.43%; que sumadas todas las valoraciones positivas proporcionan un resultado de 97.99% de satisfacción del usuario de la Policía Nacional, que cubre a miembros en servicio activo, servicio pasivo y familiares.

Tabla 4. Resultados progresivos de satisfacción del usuario por servicio en atención médica de los años 2019 al 2023. Hospital de Especialidades 1 (HE1)

Satisfacción del Usuario por Servicio	2019	2020	2021	2022	2023	Meta
Satisfacción del usuario-paciente Atención de Salud Global	88%	88%	92%	94%	93%	92%
Satisfacción del usuario-paciente Atención médica - Servicio de Emergencia	78%	88%	82%	87%	88%	87%
Satisfacción del usuario-paciente Atención médica - Servicio de Consulta Externa	91%	89%	98%	94%	92%	90%
Satisfacción del usuario-paciente Atención médica - Servicio de Hospitalización	94%	88%	97%	98%	98%	97%

Fuente: Resumen ejecutivo de Gestión de Calidad del Hospital de Especialidades FFAA N.1, años 2019, 2020, 2021, 2022 y 2023

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

En el Hospital de Especialidades 1 (HE1) de las Fuerzas Armadas, en el ámbito de “Desarrollo Institucional”, se ha establecido el subproceso de “Desarrollo Organizacional”, orientado al levantamiento e implementación del manual de procesos institucionales, con el objetivo de estandarizar, controlar y mejorar la eficiencia operativa, así como evaluar la factibilidad de la automatización de procesos. De manera complementaria, el proceso de gestión del paciente incorpora el componente de atención al usuario, responsable de brindar información, receptar quejas y aplicar encuestas de satisfacción de forma presencial, cuyos resultados son sistematizados y remitidos a la gestión de la calidad. En este marco, el HE1 reportó de manera progresiva los resultados de satisfacción del usuario correspondientes al período 2019–2023, expresados en porcentajes y presentados en la Tabla 4.

Estas experiencias institucionales constituyen antecedentes relevantes para la consolidación de un enfoque homogéneo de medición de la satisfacción del usuario a nivel nacional. En este sentido, la satisfacción del usuario se reconoce como un indicador clave para la evaluación del desempeño percibido de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, a partir de las expectativas y percepciones de los usuarios externos obtenidas mediante la aplicación de una encuesta estandarizada.

En este marco, a partir de abril de 2025 el Ministerio de Salud Pública emitió directrices para la implementación obligatoria de la encuesta de satisfacción del usuario externo en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. La información generada es consolidada y administrada por la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, a través del sistema informático Grafana. Para el período abril–diciembre de 2025 se registra un porcentaje general de satisfacción del usuario externo del 90.24%. No obstante, el análisis desagregado por subsistema de salud, evidencia diferencias relevantes; los establecimientos de salud de la Red Complementaria alcanzan el mayor porcentaje de satisfacción con un 96.21%, seguido de los establecimientos de salud del MSP con un 95,33%, mientras que el subsistema de las Fuerzas Armadas alcanza el porcentaje de satisfacción más bajo con el 76,79%. (Gráfico nro.5)

Gráfico nro. 5 Porcentaje de la satisfacción del usuario por subsistema de salud, periodo abril - diciembre 2025



Fuente: Sistema informático Grafana, abril – diciembre 2025

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

No obstante, la interpretación de estos resultados requiere un análisis crítico. A pesar de los altos niveles de satisfacción reportados, los establecimientos con puntajes iguales o inferiores al 85% activaron la formulación de planes de mejora orientados a fortalecer la calidad de los servicios; a enero de 2026 se han generado 152 planes de acción. Sin embargo, la ausencia de información sistemática sobre el cumplimiento y efectividad de dichas acciones evidencia debilidades en los mecanismos de seguimiento, monitoreo y retroalimentación desde los niveles de gobernanza, lo que limita el uso efectivo de la información para la mejora continua.

Ante la discrepancia entre los elevados niveles de satisfacción registrados y las problemáticas persistentes identificadas en la atención, se llevó a cabo una auditoría de la calidad del dato de las encuestas de satisfacción del usuario. Los hallazgos evidenciaron limitaciones metodológicas relevantes, tales como la ausencia de condiciones efectivas de anonimato, la intervención del personal del establecimiento durante la aplicación de la encuesta, dificultades de comprensión del instrumento, baja accesibilidad y visibilidad del código QR y una aplicación no sistemática en distintos horarios y días. Estas condiciones introducen sesgos que afectan la validez, representatividad y confiabilidad de los resultados.

Adicionalmente, el análisis de los actores y los resultados de la experiencia del usuario medidas mediante las encuestas de satisfacción, permite identificar un fenómeno de normalización de deficiencias en la atención en el cual los usuarios tienden a ajustar sus expectativas a las limitaciones históricas del sistema. En este contexto, los altos niveles de satisfacción reportados no necesariamente reflejan conformidad con estándares óptimos de calidad, sino una percepción condicionada por experiencias previas de acceso incompleto, tiempos de espera prolongados o ausencia de trato humanizado, que dejan de ser reconocidas como irregularidades. Esta situación constituye un elemento central del problema público, al evidenciar que la medición de la satisfacción, sin mecanismos robustos de calidad del dato y sin una cultura de derechos plenamente instalada, puede invisibilizar brechas estructurales en la calidad de los servicios de salud.

Evidencias encontradas a través del diagnóstico situacional

- En Ecuador diferentes instancias estratégicas y técnicas se encargan de la calidad de los servicios de salud, lo que produce dispersión de las acciones. La Autoridad Sanitaria Nacional, no se identifica para los actores como el principal gestor de la Calidad de los Servicios de Salud.
- Existe ausencia de procesos estandarizados para cumplimiento de la RPIS y la RPC, lo que ocasiona que dispersión de esfuerzos y resultados heterogéneos en la atención entre establecimientos y niveles de atención. Asimismo, no se dispone de

mecanismos integrados de monitoreo en sistemas de información que permitan un análisis consolidado a nivel nacional.

- En cuanto a la satisfacción de usuarios con el sistema MGRIC del MSP, se identificó como principales causas de inconformidad la negativa de atención médica y el retardo o negativa injustificada en la prestación de servicios, situaciones que evidencian deficiencias en la gestión operativa y en la comunicación con el usuario, más que limitaciones de recursos.
- La Red Privada Complementaria ha obtenido certificaciones en calidad a través de instancias externas e internacionales, lo que evidencia una mayor apropiación de la mejora continua; sin embargo, estos procesos se desarrollan de manera aislada y no forman parte de un sistema nacional articulado de gestión de la calidad.
- Los establecimientos de salud han desarrollado avances puntuales en gestión de la calidad, seguridad del paciente y medición de la satisfacción del usuario; no obstante, estas iniciativas no se consolidan como un Sistema de Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud, con lineamientos comunes, seguimiento sistemático y evaluación de impacto.
- El MSP y el IESS, lograron la certificación de calidad hospitalaria mediante la Acreditación Canadá Internacional, demostrando capacidad técnica y compromiso institucional; sin embargo, dichos procesos no se han sostenido en el tiempo, lo que evidencia debilidades en la institucionalización y sostenibilidad de la calidad.
- Los procesos de auditoría clínica y auditoría de la calidad de la facturación se mantienen activos tanto en la RPIS como en la RPC; no obstante, su alcance es limitado y no se articulan de manera sistemática con mecanismos de mejora continua, retroalimentación institucional y toma de decisiones estratégicas.
- La medición de la satisfacción del usuario presenta limitaciones en la calidad del dato, asociadas a sesgos en la aplicación de las encuestas, falta de anonimato efectivo y debilidades en la validez y representatividad de la información, lo que restringe su uso como insumo confiable para la mejora de la calidad de los servicios de salud.
- Se evidencian debilidades en el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejora derivados de la medición de la satisfacción del usuario, debido a la ausencia de mecanismos sistemáticos de monitoreo, trazabilidad y rendición de cuentas, lo que limita el impacto real de estas herramientas en la mejora continua de la atención.
- El análisis permite identificar un fenómeno de normalización de deficiencias en la atención, en el cual los usuarios tienden a ajustar sus expectativas a las limitaciones históricas del sistema.

4.3. Priorización de los determinantes del problema público

Una vez que se ha identificado los determinantes del problema sobre el deficiente nivel de calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, es fundamental priorizarlos para analizar la capacidad del Estado en aquellos factores más relevantes, urgentes y viables. En este sentido, se ha considerado los determinantes establecidos en el árbol de problemas para realizar la priorización en una matriz con los enfoques de importancia y gobernabilidad.

De acuerdo a metodología aplicada, se establece la escala de calificación de importancia en tres niveles: de 10 -15 como altamente importante, entre 5 -9 medianamente importante y de 1- 4 poco importante. En la escala de gobernabilidad se califica entre 1 y 5, siendo 5 fuerte, 3 moderada y 1 leve; conforme la capacidad del Estado de intervenir en cada determinante.

En los determinantes definidos en el árbol de problemas, en el criterio de importancia entre 10 -15 se han establecido a los siete determinantes, mientras que con gobernabilidad se estableció dos determinantes con puntaje de 5 puntos, tres con puntaje de 4 puntos y dos con 3 puntos, debido a que su ejecución no solo depende de la capacidad de gestión del Estado sino de otros actores.

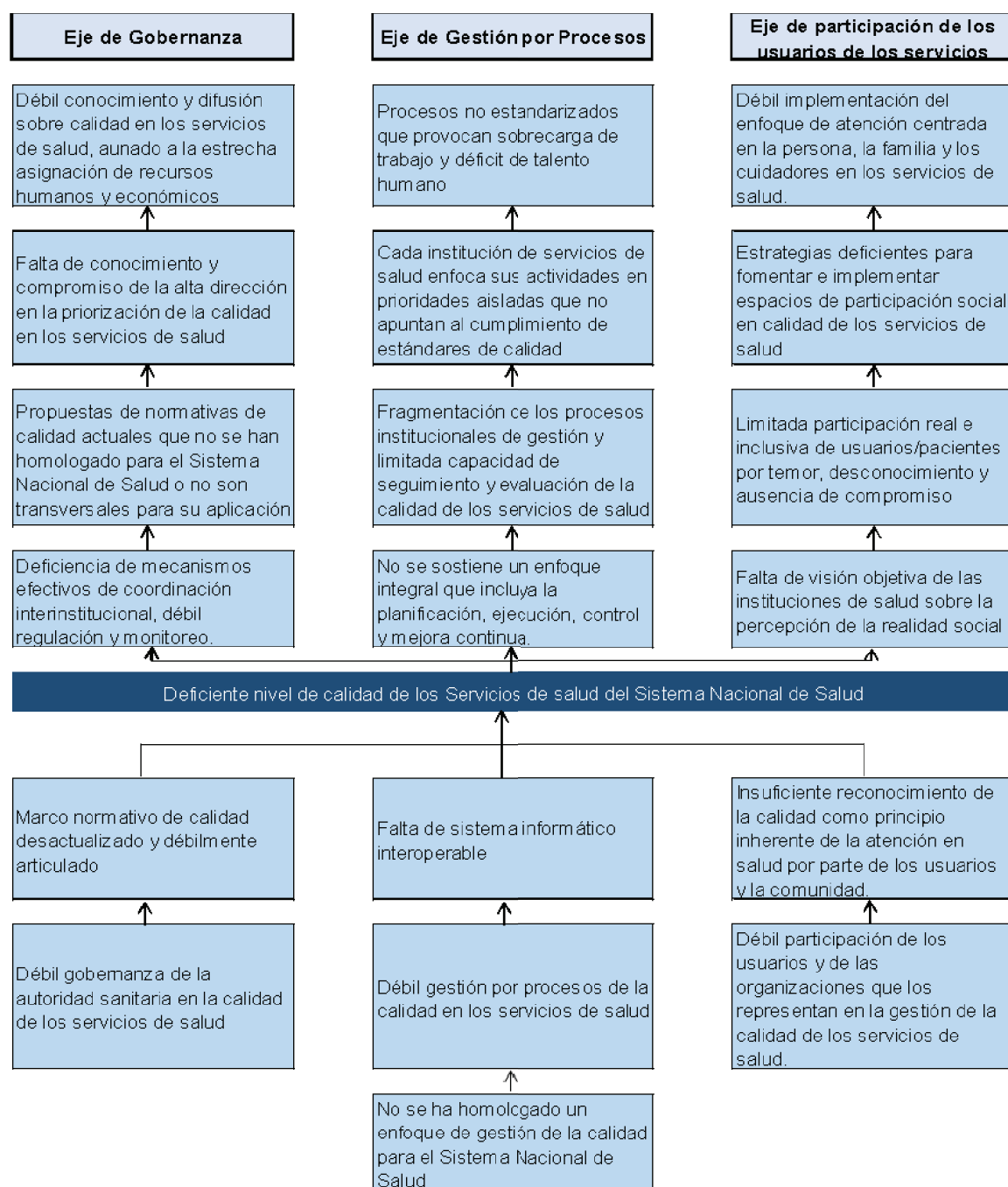
Tabla 5. Priorización de los determinantes

Determinantes	Importancia	Gobernabilidad	Priorización del determinante
Débil gobernanza de la Autoridad Sanitaria en la calidad de los servicios de salud	15	5	Urgente
Marco normativo de calidad desactualizado y débilmente articulado	12	5	Urgente
No se ha homologado un enfoque de gestión de la calidad para el Sistema Nacional de Salud	13	4	Urgente
Débil gestión por procesos de la calidad en los servicios de salud	13	4	Urgente
Falta de sistema informático interoperable	12	3	Necesario
Débil participación de los usuarios y de las organizaciones que los representan en la gestión de la calidad de los servicios de salud.	12	4	Urgente
Insuficiente reconocimiento de la calidad como principio inherente de la atención en salud por parte de los usuarios y la comunidad.	10	4	Necesario

Elaboración: Equipo redactor de la Política

Es importante señalar que la identificación de problemas y priorización a través del árbol de problemas, desarrollado a partir de mesas de trabajo conformadas por los diferentes actores que intervienen en la prestación de servicios de salud del país y de las actuales instancias reguladoras de la calidad en los servicios de salud.

En el gráfico nro. 6 se presenta el árbol de problemas donde se evidencia la priorización de problemas categorizados en tres ejes (gobernanza, gestión de procesos y participación de los usuarios), sus causas y efectos.

Gráfico 6. Árbol de problemas de la PNCSS

Fuente: Talleres con actores relacionados con la PNCSS

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

4.3.1. Gobernanza.

La gobernanza de los servicios de salud se refiere al conjunto de mecanismos, procesos y relaciones mediante los cuales se ejerce la rectoría, se toman decisiones y se articulan los actores del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar el acceso equitativo a servicios de calidad, mejorar la eficiencia del sistema, fortalecer la transparencia y promover la sostenibilidad de intervenciones, ante cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos.

En Ecuador, la gestión de calidad de los servicios de salud se desarrolla en un contexto caracterizado por un marco normativo de calidad débilmente articulado y desactualizado, así como debilidades en la gobernanza de la Autoridad Sanitaria en materia de calidad. De igual manera se evidencian dificultades para garantizar un financiamiento sostenible y equitativo y necesidad de coordinar con otros sectores como educación, ambiente y desarrollo económico para la sostenibilidad de las acciones. Esta situación limita la capacidad rectora del ente competente para conducir, coordinar y regular de manera efectiva la implementación de estándares de calidad de forma homologada y transversal en el SNS.

La dispersión y falta de articulación del marco normativo de calidad ha generado dificultades para su aplicación uniforme en los diferentes niveles de atención y tipos de prestadores, lo que se traduce en normativas vigentes que no han sido homologadas ni armonizadas para su implementación transversal en el Sistema Nacional de Salud. Adicional, la limitada apropiación institucional de la calidad como eje estratégico, evidenciada en el débil conocimiento y difusión de los principios de calidad, así como insuficiente priorización y asignación de recursos humanos y financiero destinados a su gestión

Asimismo, la brecha de conocimiento y compromiso de los niveles directivos y alta gerencia en la priorización de la calidad de los servicios de salud afecta la incorporación sistemática de este enfoque en la planificación, la toma de decisiones y la gestión institucional. Estas debilidades se reflejan en la ausencia de mecanismos sólidos de liderazgo técnico, seguimiento y rendición de cuentas en materia de calidad.

De manera complementaria, se identifican deficiencias en los mecanismos de coordinación interinstitucional, así como debilidades en los procesos de regulación y monitoreo, lo que dificulta la articulación efectiva entre los actores del Sistema Nacional de Salud y limita la capacidad de la Autoridad Sanitaria para ejercer control, seguimiento y evaluación sobre la implementación de las normas de calidad emitidas.

Estos determinantes evidencian la necesidad de fortalecer la gobernanza del sistema de salud mediante la actualización y articulación del marco normativo de calidad, el fortalecimiento de la rectoría y liderazgo institucional de la Autoridad Sanitaria, la mejora de mecanismos de control interinstitucional y la consolidación de capacidades técnicas, organizacionales y de gestión; que permitan garantizar la aplicación efectiva y sostenible de la calidad en los servicios de salud a nivel nacional

4.3.2. Gestión por Procesos.

Durante el proceso de formulación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud, se identificaron debilidades estructurales en la gestión por procesos de calidad en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Estas debilidades estructurales se expresan en la ausencia de un enfoque homologado de gestión de la calidad, la limitada estandarización e integración de los procesos institucionales, así como en la insuficiente articulación de mecanismos sistemáticos de planificación, ejecución, control, seguimiento, evaluación y mejora continua de los procesos que sustentan la prestación de los servicios

de salud.

De igual manera, se evidenció la falta de sistemas informáticos interoperables que respalden la gestión por procesos y permitan la integración, trazabilidad y análisis oportuno de la información relacionada con la calidad de los servicios de salud. Esta situación limita la capacidad institucional para generar información estandarizada, monitorear el desempeño de los procesos y orientar la toma de decisiones basada en evidencia, tanto a nivel operativo como estratégico

Como consecuencia de estas debilidades, los procesos institucionales no se encuentran estandarizados, generando sobrecarga de trabajo, ineficiencias operativas y déficit de talento humano, afectando la continuidad, oportunidad y calidad de la atención. Adicionalmente, se identificó que cada institución de servicios de salud prioriza sus actividades de manera aislada, sin una orientación común hacia el cumplimiento de estándares de calidad, lo que dificulta la alineación de esfuerzos y la consolidación de un enfoque sistémico a nivel del Sistema Nacional de Salud

La fragmentación de los procesos de gestión y la limitada capacidad de seguimiento y evaluación de la calidad de los servicios de salud constituyen otros efectos relevantes, evidenciándose la inexistencia de indicadores nacionales de procesos por niveles de atención y de mecanismos homogéneos para evaluar su desempeño. En este contexto, no se sostiene un enfoque integral de gestión que articule de manera coherente la planificación, la ejecución, el control y la mejora continua, elementos fundamentales para el fortalecimiento sostenido de la calidad de los servicios de salud.

En respuesta a esta problemática, el eje estratégico de gestión por procesos se orienta a fortalecer la calidad de la atención mediante la implementación de sistemas informáticos interoperables, la eficiente gestión por procesos de la calidad y la homologación de un enfoque de gestión de la calidad para el Sistema Nacional de Salud, que permita estandarizar prácticas, optimizar recursos, mejorar el desempeño institucional y contribuir al logro de un nivel eficiente y sostenido de calidad en los servicios de salud.

4.3.3. Participación de los usuarios de los servicios.

El usuario de servicios de salud es toda persona que accede, de manera habitual u ocasional, a los servicios que brinda el sistema de salud. Actualmente, en los establecimientos de salud, la participación del usuario en la planificación, implementación y evaluación de la calidad es limitada. En el caso de usuarios externos, su intervención se reduce principalmente a la aplicación de encuestas de satisfacción, sin que exista evidencia de que sus opiniones se traduzcan en acciones concretas de mejora. La calidad no es percibida por los usuarios como un principio fundamental e inherente a la atención en salud, lo que limita su involucramiento activo en la transformación del sistema

En las mesas de trabajo se reconocieron los efectos que motivaron la generación de este eje como parte de la débil participación de los usuarios y encontramos que existe una deficiente percepción de la calidad de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud. Existe una falta de visión objetiva de las instituciones de salud sobre la percepción de la realidad ciudadana, una limitada participación real e inclusiva de usuarios/pacientes por temor, desconocimiento y ausencia de compromiso. El árbol de problemas se construyó sobre la base de los aportes de los actores del Sistema Nacional de Salud participantes en los diferentes talleres realizados.

4.4. Identificación y caracterización de la población objetivo

Considerando que la calidad constituye un atributo transversal al ejercicio del derecho a la salud, la población objetivo de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud corresponde a todos los usuarios internos y externos que acuden a los servicios del Sistema Nacional de Salud. Dado que el país presenta brechas en oportunidad, seguridad del paciente, continuidad del cuidado, experiencia del usuario y articulación entre prestadores, esta política se orienta especialmente a garantizar que la atención recibida por la población sea oportuna, segura, efectiva, centrada en las personas y basada en estándares homogéneos de calidad en todo el territorio nacional; independientemente de su edad, condición socioeconómica, ubicación geográfica o tipo de cobertura.

Adicionalmente, la población objetivo incluye a los equipos de salud y a las instituciones prestadoras, tanto públicas como privadas, que participan en la provisión de servicios. Estos actores son fundamentales para la implementación de la política, ya que su desempeño, competencias, cultura organizacional y capacidad de gestión influyen directamente en la experiencia y los resultados de atención.

En este sentido, la política reconoce que mejorar la calidad en salud implica fortalecer las capacidades institucionales, promover prácticas seguras, optimizar procesos y garantizar mecanismos integrados de seguimiento y mejora continua que repercutan en beneficios tangibles para la población usuaria

5. Propuesta

5.1. Alternativas de solución

Para la formulación de las alternativas de solución de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud se ha trabajado a partir del análisis del problema público mediante el esquema del árbol de problemas, complementado con el enfoque de la evidencia que determina la teoría del cambio; a fin de establecer una relación entre las causas identificadas, las intervenciones propuestas, los resultados esperados y el impacto de la política. Este abordaje permite estructurar cursos de acción coherentes, viables y alineados con las competencias de la Autoridad Sanitaria Nacional y con los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Las alternativas de solución se organizan en tres ejes estratégicos; gobernanza, gestión por procesos y participación de los usuarios, que responden a los principales determinantes del problema público relacionado con la calidad de los servicios de salud. Cada eje agrupa un conjunto de intervenciones orientadas a fortalecer capacidades institucionales, optimizar los procesos de atención y promover la corresponsabilidad social, considerando la participación de los actores del Sistema Nacional de Salud.

Las alternativas formuladas constituyen la base para la priorización posterior y permite identificar aquellas opciones con mayor pertinencia, factibilidad e impacto para mejorar de manera sostenida la calidad de los servicios de salud en el territorio nacional, garantizando una atención oportuna, segura y centrada en las personas. Estas alternativas agrupan de manera estratégica los productos y resultados intermedios definidos en el acápite 5.2. en la teoría del cambio (Tabla 6).

5.1.1. Eje de Gobernanza

Ámbitos de intervención del eje

a) Fortalecimiento del marco normativo de calidad de los servicios de salud

Esta alternativa se orienta a consolidar la gobernanza de la calidad de los servicios de salud mediante el desarrollo, actualización, homologación e implementación de un marco normativo nacional, liderado por la Autoridad Sanitaria Nacional, en coherencia con los planes nacionales de salud y las prioridades del Sistema Nacional de Salud. La Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud establece la rectoría técnica necesaria para crear capacidades institucionales en gestión de la calidad y mejora continua, con énfasis en la atención primaria de salud, en concordancia con la Declaración de Astaná y el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural – MAIS-FCI.

La política incorpora mecanismos de coordinación intersectorial entre actores públicos y privados del Sistema Nacional de Salud, alineando el marco regulatorio de calidad y seguridad del paciente para garantizar una atención asistencial de calidad en los distintos niveles de atención. Este enfoque permite articular iniciativas existentes, asegurar coherencia normativa y responder de manera integral a los retos de la salud pública, incorporando la retroalimentación de las partes interesadas, incluida la sociedad civil. (20)

Esta alternativa se sustenta en los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, que plantean el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza como condición indispensable para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora sostenida de los servicios de salud. La evidencia señala que las políticas nacionales de calidad deben proveer un marco integrado y coherente para las iniciativas de calidad y seguridad del paciente, alineadas con las políticas nacionales de salud y sustentadas en mecanismos efectivos de coordinación intersectorial (56).

b) Desarrollo de capacidades institucionales para la rectoría y la gobernanza de la calidad

Se prioriza el fortalecimiento de las capacidades institucionales del Estado para ejercer la rectoría del sistema de salud en materia de calidad, reconociendo que la calidad de la atención es un producto del sistema de salud en su conjunto. La participación de actores clave en la formulación e implementación de la política permite abordar de manera integral los factores que influyen en la calidad de los servicios, garantizando una adecuada articulación entre quienes regulan, gestionan y prestan la atención (21).

La política promueve una gobernanza basada en liderazgo, regulación sólida, aprendizaje continuo y uso estratégico de la información, en consonancia con las recomendaciones de la Comisión de The Lancet Global, que identifica la gobernanza por la calidad como una acción prioritaria para mejorar los resultados sanitarios. Esta gobernanza requiere alianzas con el sector privado, la sociedad civil y otros sectores estratégicos, así como el fortalecimiento de plataformas tecnológicas, infraestructura, talento humano y sistemas de información para la toma de decisiones (20,22).

En este marco, el Instituto para la Mejora de la Atención en Salud (IHI) señala que la gestión de la “Calidad en el Sistema Total” abarca roles y responsabilidades en todos los niveles de la organización sanitaria, estructurándose conforme a la Trilogía de Juran: planificación, control y mejora continua de la calidad (57).

5.1.2. Eje de Gestión por Procesos

Ámbitos de intervención del eje

a) Implementación de la gestión por procesos con enfoque estandarizado en los servicios de salud



Esta alternativa se orienta a fortalecer la gestión por procesos como un enfoque organizativo clave para mejorar la eficiencia operativa, la efectividad de la atención y la satisfacción del usuario interno y externo. La gestión por procesos permite estructurar la atención como un proceso continuo e integrado, desde la demanda inicial hasta la resolución del problema de salud, involucrando a múltiples profesionales y niveles de atención, con énfasis en la continuidad asistencial (56).

La implementación de este enfoque contribuye a reducir la variabilidad clínica, optimizar el uso de los recursos disponibles y fortalecer la coordinación entre los distintos actores del sistema, particularmente en las interfaces entre niveles de atención, donde se concentran riesgos y disfuncionalidades. Asimismo, promueve una cultura organizacional orientada a la mejora continua, la cooperación profesional y la toma de decisiones basada en evidencia.

b) Fortalecimiento de la operatividad, la gestión de la información y la mejora continua de la calidad

Esta alternativa prioriza el desarrollo de capacidades técnicas y operativas para la implementación de prácticas de seguridad del paciente, auditorías de calidad, monitoreo de indicadores y uso efectivo de sistemas de información para la toma de decisiones. La disponibilidad de información oportuna y confiable constituye un elemento esencial para identificar brechas, analizar tendencias y orientar acciones correctivas y preventivas en los servicios de salud.

El fortalecimiento de la gestión de la información y de los mecanismos de evaluación permite institucionalizar la mejora continua de la calidad, garantizar la sostenibilidad de las intervenciones y optimizar el uso de los recursos financieros, humanos y tecnológicos, en coherencia con los principios de equidad, eficiencia y calidad que rigen la gobernanza del sistema de salud.

5.1.3. Eje de Participación de los Usuarios de los Servicios

Ámbitos de intervención del eje

a) Fortalecimiento de los mecanismos de participación social en la gestión de la calidad

Esta alternativa se orienta a promover la participación activa de los usuarios, las familias y las comunidades en la gestión de la calidad de los servicios de salud, reconociendo la participación social como un componente esencial de los sistemas de salud centrados en las personas. La evidencia señala que la inclusión de los usuarios en los procesos de toma de decisiones, diseño e implementación de políticas contribuye a mejorar la accesibilidad, la equidad y la calidad de la atención (67,68).

El fortalecimiento de comités de participación y/o humanización de los servicios de salud, así como la implementación de mecanismos formales para la recopilación, análisis y retroalimentación de los aportes de los usuarios, permite identificar oportunidades de mejora desde la experiencia directa de quienes utilizan los servicios y fomenta la corresponsabilidad social en la gestión de la calidad (59,60).

b) Desarrollo de capacidades y empoderamiento de usuarios y comunidad en calidad y seguridad del paciente

Esta alternativa prioriza la capacitación y el empoderamiento de los usuarios y la comunidad en temas de calidad de la atención y seguridad del paciente, como un medio para fortalecer la alfabetización sanitaria, la toma de decisiones informadas y la adherencia a los tratamientos (61,62). La implementación de programas educativos y el uso de herramientas de comunicación accesibles e inclusivas contribuyen a mejorar los resultados en salud y la satisfacción de los usuarios (63,64).

Asimismo, el fortalecimiento del rol de los trabajadores de salud comunitarios y su articulación con los equipos de atención primaria permite ampliar el alcance de las intervenciones, reducir brechas de acceso y fortalecer el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad, particularmente en contextos de mayor vulnerabilidad (65).

5.2. Priorización de alternativas

La formulación y priorización de las alternativas de solución se sustenta en la teoría del cambio, permitiendo establecer una relación lógica entre el problema identificado, los resultados esperados y el impacto que persigue la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. Este enfoque facilita la definición de intervenciones coherentes y orientadas a fortalecer la calidad de los servicios de salud mediante la mejora continua de los procesos, el fortalecimiento de las capacidades institucionales y el uso efectivo de los recursos. Con ello se busca garantizar que la población acceda a servicios de salud oportunos, seguros y con estándares homogéneos de calidad en todo el territorio nacional. A partir de esta ruta causal, se estructuran los ejes estratégicos y las acciones que conforman el plan de implementación de la política.

Tabla 6. Teoría del cambio la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud

Impacto	Resultados intermedios	Productos	Actividades
Incrementar la calidad en los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud	Desarrollo e implementación de normativas de calidad homologadas o alineadas para el Sistema Nacional de Salud	Normativa de calidad homologada o alineada a estándares internacionales para el Sistema Nacional de Salud	Realizar el diagnóstico de las normas relacionadas a la calidad de los servicios de salud, para identificar las áreas que requieren actualización, así como homologación y/o alineación con estándares internacionales. (Inventario de normas necesarias)
			Coordinar con los actores del Sistema Nacional de Salud, a través de la organización de mesas de trabajo para recopilar, analizar las modificaciones y actualizaciones necesarias.
			Elaborar normas relacionadas a la calidad de los servicios de salud alineada a los estándares internacionales
			Validar, aprobar y oficializar normas relacionadas a la calidad de los servicios de salud
			Elaborar materiales informativos y de capacitación sobre las normas actualizadas en el marco de la calidad de los servicios de salud.
			Realizar talleres y seminarios para difundir el marco normativo entre los profesionales de salud y otros actores del sistema de salud.
			Establecer indicadores y otros mecanismos de seguimiento y evaluación del cumplimiento del marco normativo.
		Implementación de las normativas	Elaborar el plan de implementación de la/s norma/s relacionadas a la calidad de los

		de calidad desarrolladas, homologadas o alineadas a estándares internacionales en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.	servicios de salud, que incluye al menos los siguientes componentes: 1. Definición de roles, responsabilidades y mecanismos de conducción 2. Socialización 3. Conformación de equipos operativos 4. Desarrollo de capacidades: Sesiones de formación y aprendizaje continuo. 5. Instrumentos técnicos y operativos con validación in situ 6. Implementación gradual y gestión del cambio 8. Seguimiento, monitoreo y evaluación 9. Retroalimentación y mejora continua
			Socializar el plan de implementación de la norma a los actores del sistema de salud
			Evaluar el impacto de la implementación a través de sistema de auditorías (internas y externas) de las normas relacionadas a la calidad de los servicios de salud
			Realizar seguimiento a agencias adscritas y demás instancias técnicas involucradas, de acuerdo al ámbito de sus competencias, en relación a la implementación de la normativa emitida por el ente rector.
	Establecer la gestión por procesos con un enfoque en la operatividad, gestión de la información e implementación de mejoras de los servicios de salud	Implementar mejoras de la calidad en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud	Desarrollar capacitación sobre la seguridad del paciente, para lograr el reporte efectivo de eventos adversos y planes de mejora.
			Implementar programas de capacitación dirigidos al personal de salud del Sistema Nacional de Salud
			Implementar estrategias para reconocer e incentivar las buenas prácticas en seguridad del paciente y excelencia en la atención.
			Fomentar la participación activa de los pacientes en la identificación de riesgos y la implementación de soluciones conforme a las normas expedidas por el Ministerio de Salud Pública.
			Aplicar las prácticas de seguridad del paciente/usuario en todo el Sistema Nacional de Salud.
			Realizar campañas para promover una cultura de calidad de los datos y las mejores prácticas para la gestión de calidad en los establecimientos de salud en el Sistema Nacional de Salud
			Desarrollar un proyecto de implementación de sistemas informáticos para la gestión de calidad en los servicios de salud, que permita mejorar el acceso, la cobertura y la eficiencia en la atención sanitaria a través de la digitalización y el monitoreo continuo de los servicios.
			Analizar los sistemas de información existentes para identificar que datos se capturan actualmente y cuáles son los componentes de calidad que requieren mejora en el contexto de variables a definir
			Diseñar el catálogo de variables de gestión de la calidad que serán medidas. Estas variables deben de estar alineadas con los niveles de atención y los procesos clave de los servicios

			de salud
			Estructurar las variables de gestión de la calidad dentro del marco operativo y de información existente con la participación de grupos focales de expertos.
			Analizar los indicadores de calidad para identificar tendencias y áreas de mejora, con base en estos resultados implementar acciones correctivas y preventivas.
			Dar seguimiento del cumplimiento de las prácticas seguras mediante la aplicación de herramientas o instrumentos de reporte.
			Establecer un sistema de auditorías (internas y externas) de gestión de la calidad de los servicios de salud para la mejora continua.
			Analizar los procesos y tareas necesarias para institucionalizar la mejora continua, según normativas vigentes.
	Fomentar la participación activa de la comunidad en la gestión de salud, a través de los aportes que se han implementado para la mejora de la calidad en salud.	Participación social en la gestión de salud, a través de aportes implementados para la mejora de la calidad en salud.	Diagnóstico nacional de comités de participación y/o humanización de servicios de salud para fortalecimiento de la calidad asistencial existentes en establecimientos de salud del SNS
			Elaboración de documento normativo que contribuya al funcionamiento de comités de participación y/o humanización de servicios de salud para fortalecimiento de la calidad asistencial en establecimientos de salud del SNS
			Promover la participación social mediante canales de comunicación, como sitios web, redes sociales, carteles en centros de salud y medios de comunicación locales para socializar los derechos de los usuarios, gestión de calidad y seguridad del paciente.
			Realizar el monitoreo y evaluación de los comités de participación y/o humanización de servicios de salud en los establecimientos de salud
			Elaborar programas de formación en calidad y seguridad del paciente dirigidos a usuarios internos, pacientes, familia y/o comunidad
			Elaborar materiales didácticos inclusivos en calidad de la atención en salud y seguridad del paciente a los usuarios y/o pacientes.
			Implementar programas de formación en calidad y seguridad del paciente a los usuarios y/o pacientes en establecimientos de salud del SNS
			Implementar instrumento para registro de aportes de usuarios y/o pacientes en relación a acciones de mejora de la calidad, definiendo criterios de inclusión, exclusión y tipificación para su análisis institucional.

			Analizar y priorizar los aportes de los usuarios internos y externos, mediante los comité de humanización, seleccionando aquellos con pertinencia, factibilidad e impacto para su incorporación en planes de mejora
			Integrar los aportes priorizados en los planes institucionales de mejora de la calidad, definiendo acciones, responsables, plazos e indicadores que permitan medir su implementación y efectividad.
			Monitorear y validar la implementación de los aportes incorporados, verificando evidencias documentales, niveles de ejecución, impactos generados y retroalimentación a los usuarios y/o pacientes.
			Consolidar información reportada para orientar decisiones estratégicas y acciones de fortalecimiento de la participación social a nivel institucional

Elaboración: Equipo redactor de la Política

5.3. Objetivos y estrategias

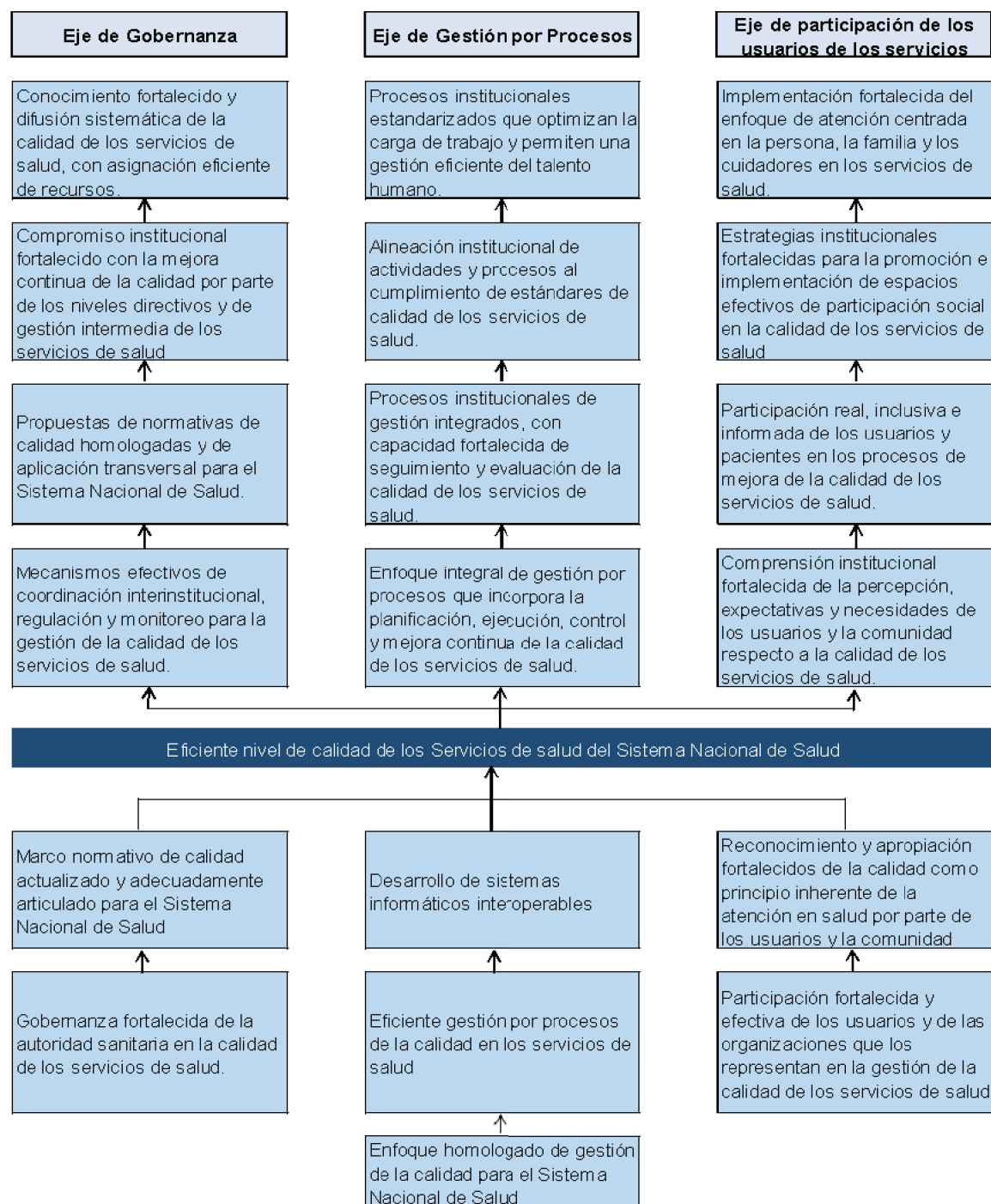
5.3.1. Objetivos

Objetivo general

Fortalecer la calidad de los servicios de salud promoviendo la mejora continua de los procesos y el uso efectivo de los recursos para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad en todo el territorio nacional.

Objetivos específicos:

1. Reforzar la gobernanza a través de normativas de calidad homologada y/o alineada con estándares internacionales que fortalezcan los mecanismos de coordinación interinstitucional, que permitan lograr la efectividad del sistema de calidad de los servicios de salud.
2. Establecer la gestión por procesos de los servicios de salud, con un enfoque estandarizado en la organización y la efectividad de los servicios de salud para lograr la satisfacción del usuario interno y externo
3. Promover la participación en salud desarrollando estrategias e implementando espacios de participación social, como un principio de la calidad inherente en la atención de salud.

Gráfico 7. Árbol de objetivos de la PNCSS según el eje

Elaboración: Dirección Nacional de Calidad, Seguridad del Paciente y Control Sanitario, 2025

5.3.2. Líneas estratégicas y líneas de acción

- **Objetivo específico 1:** Reforzar la gobernanza a través de normativas de calidad homologadas y/o alineadas con estándares internacionales que fortalezcan los mecanismos de coordinación interinstitucional, que permitan lograr la efectividad del sistema de calidad de los servicios de salud

Línea Estratégica 1. Desarrollo e implementación de normativas de calidad homologadas y/o alineadas a estándares internacionales para el Sistema Nacional de Salud.

Línea de acción 1.1. Desarrollo de normativa de calidad homologada y/o alineada a estándares internacionales para el Sistema Nacional de Salud

Línea de Acción 1.2. Implementar las normativas de calidad desarrolladas, homologadas o alineadas a estándares internacionales en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.

- **Objetivo específico 2.** Establecer la gestión por procesos de los servicios de salud, con un enfoque estandarizado en la organización y la efectividad de los servicios de salud para lograr la satisfacción del usuario interno y externo

Línea estratégica 2. Establecer la gestión por procesos con un enfoque en la operatividad, gestión de la información e implementación de mejoras de los servicios de salud.

Línea de acción 2. Implementar las mejoras de la calidad en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud

- **Objetivo 3:** Promover la participación social en salud desarrollando estrategias e implementando espacios de participación social, como un principio de la calidad inherente en la atención de salud

Línea estratégica 3. Fomentar la participación activa de la comunidad en la gestión de salud, a través de los aportes que se han implementado para la mejora de la calidad en salud.

Línea de acción 3. Fomentar la participación social en la gestión de salud, a través de aportes implementados para la mejora de la calidad en salud.

5.4. Metas e indicadores

Objetivo	Línea estratégica	Línea de acción	Indicador	Meta	Responsable
Reforzar la gobernanza a través de normativas de calidad homologadas y/o alineadas con estándares internacionales que fortalezcan los mecanismos de coordinación interinstitucional, que permitan lograr la efectividad del sistema de calidad de los servicios de salud	Desarrollo e implementación de normativas de calidad homologadas o alineadas a estándares internacionales para el Sistema Nacional de Salud.	1.1. Desarrollo de normativa de calidad homologada o alineada a estándares internacionales para el Sistema Nacional de Salud 1.2. Implementar las normativas de calidad desarrolladas, homologadas o alineadas a estándares internacionales en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.	Porcentaje de normativa de calidad homologada o alineada con estándares internacionales para el Sistema Nacional de Salud.	Incrementar la normativa de calidad homologada o alineada con estándares internacionales para el Sistema Nacional de Salud del 0% en el 2025 al 70% en 2035	MSP como Autoridad Sanitaria Nacional.
Establecer la gestión por procesos de los servicios de salud, con un enfoque estandarizado en la organización y la efectividad de los servicios de salud para lograr la satisfacción del usuario interno y externo	Establecer la gestión por procesos con un enfoque en la operatividad, gestión de la información e implementación de mejoras de los servicios de salud.	Implementar las mejoras de la calidad en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.	Mide la proporción de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización dentro de los 30 días posteriores a su egreso, en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, en un período determinado, expresado por cada 100 egresos hospitalarios.	Reducir la tasa de reingreso hospitalario en establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud del 10,85% en el 2024 a 8,87% al 2035.	MSP como Autoridad Sanitaria Nacional. Actores del SNS. RPIS Y RPC

Promover la participación social en salud desarrollando estrategias e implementando espacios de participación social, como un principio de la calidad inherente en la atención de salud	Fomentar la participación activa de la comunidad en la gestión de salud, a través de los aportes que se han implementado para la mejora de la calidad en salud.	Implementar las mejoras de la calidad en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud.	Porcentaje de inclusión de aportes de usuarios o pacientes en las acciones de mejora de la calidad en salud	Incrementar la participación de usuarios y pacientes en acciones de mejora de los Servicios de Salud del 0% en el 2025 a 70,00% al 2035	Autoridad Sanitaria, ACES, RPIS, RPC
---	---	---	---	---	--------------------------------------

Elaboración: Equipo redactor de la Política

5.5. Asignación de responsabilidades

La implementación de la política requiere del liderazgo del Ministerio de Salud Pública como el ente rector del Sistema Nacional de Salud en conjunto con las entidades adscritas: la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) e Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT). Así como una fuerte articulación con las entidades del Sistema Ecuatoriano de la Calidad: el Servicio de Acreditación Ecuatoriano (SAE) y el Servicio Ecuatoriano de Normalización (INEN) que proveen soporte técnico para asegurar estándares, trazabilidad y competencia técnica en los servicios.

El liderazgo sanitario debe incluir la vinculación con el sistema nacional de calidad para garantizar interoperabilidad técnica, sobre todo en procesos de regulación, habilitación y evaluación de servicios. El MSP tiene representación en el Comité Interministerial de la Calidad que está considerado dentro de los actores de la Política de la Calidad de los Servicios de Salud.

5.6. Presupuesto referencial

El presupuesto referencial constituye una estimación de los costos necesarios para implementar los principales componentes de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026–2035. Entre estos componentes destacan: el desarrollo de normativas nacionales, la integración de mecanismos de medición y evaluación de la calidad en sistemas de gestión de información, la estandarización de procesos con enfoque hacia la mejora continua en la prestación de servicios de salud. Se considera también el involucramiento de la participación social en el diseño e implementación de estrategias de mejora continua e innovación orientadas a la excelencia, en alineación con las prioridades establecidas en el Plan Decenal de Salud 2022–2031 y el Plan Nacional de Desarrollo.

Esta estimación financiera es preliminar, dado que el diagnóstico de la calidad en los servicios de salud se modificará con el tiempo; será necesario identificar con mayor precisión las necesidades en desarrollo normativo, tecnologías para la integración de componentes de calidad en sistemas interoperables, gestión por procesos y participación social en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, se considera que dentro de las actividades a ejecutar en el eje de gestión por procesos se encuentra el sistema interoperable, el cual se alinea a políticas en desarrollo.

Asimismo, la diversidad de actores que conforman el SNS que incluye la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria que operan de manera independiente; dificulta la consolidación de un presupuesto único y detallado que contemple todas las realidades institucionales. La complejidad del Sistema Nacional de Salud, junto con los avances tecnológicos y normativos en el campo de la calidad en salud, presentan retos importantes para la planificación presupuestaria.

En función de los ejes planteados en la política, se contemplan los componentes fundamentales para la implementación: Gobernanza, Gestión por Procesos y Participación Social. En este marco, se han identificado los siguientes ítems presupuestarios, organizados de acuerdo a las actividades planificadas en el periodo de ejecución de la política:

1. Recursos Humanos
2. Consultorías técnicas para la implementación de la política

3. Talleres presenciales sobre calidad y la normativa generada
4. Material para la difusión de la normativa. (kits, impresos o digitales)
5. Desarrollo del sistema de información complementaria.
6. Participación social, promoción y cultura de la calidad en salud (Campañas informativas).
7. Monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento de la política.

Tabla 7. Presupuesto referencial por año para la implementación de la Política Nacional Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035

Tipo de gasto	Año	Presupuesto Referencial
Corriente	2026	79,140
Corriente	2027	658,416
Corriente	2028	658,416
Corriente	2029	913,513
Corriente	2030	828,281
Inversión	2030	4,000,000
Corriente	2031	648,711
Inversión	2031	4,000,000
Corriente	2032	783,371
Corriente	2033	803,371
Corriente	2034	757,000
Corriente	2035	754,243
	Cargo 10% imprevistos*	1.488.446
	TOTAL	16.372.911

Fuente y elaboración: Equipo redactor de la Política.

*Para la determinación del presupuesto total del proyecto, se ha considerado un porcentaje del 10 % destinado a imprevistos, con el fin de cubrir posibles variaciones en los costos y garantizar la sostenibilidad financiera de la ejecución. Esta provisión se incorpora como parte del presupuesto. La inclusión de este rubro técnico asegura que el presupuesto total sea realista, completo y adecuado al contexto de la contratación.

6. Vinculación con el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa-SNDPP

La Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud se articula con el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa (SNDPP), en concordancia con lo establecido en la normativa vigente y en las directrices metodológicas emitidas por el ente rector en planificación. Esta vinculación garantiza la coherencia vertical y horizontal de la política con los instrumentos de planificación nacional, sectorial e institucional, así como con los compromisos internacionales asumidos por el Estado ecuatoriano.

Nivel de planificación	Temporalidad	Instrumento del SNDPP con el cual se articula	
Nacional	Mediano plazo (2025–2029)	Alineación al Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029	
		Eje PND:	Social.
		Objetivo PND:	Objetivo 1. Mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades.

			Objetivo 8. Fortalecer la institucionalidad pública de forma eficiente, transparente y participativa
		Política PND:	Política 1.3 Mejorar la prestación de los servicios de salud de manera integral y con calidad, enfatizando la atención a grupos prioritarios y todos aquellos en situación de vulnerabilidad.
			Política 8.2 Consolidar la gobernabilidad democrática y la cohesión territorial, con la provisión de servicios públicos de calidad y la gestión pública articulada en el territorio.
		Meta PND:	1.3.4 Reducir el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud de 32,79% en el 2023 a 31,81% al 2029
			8.2. Incrementar el índice de percepción de la calidad de los servicios públicos en general de 6,35 en el 2024 a 6,67 al 2029.
Sectorial	Mediano plazo (2025–2029)	Indicador del PND:	1.3.4 Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud
			8.2 Índice de percepción de la calidad de los servicios públicos en general.
		Alineación de la meta al Plan Sectorial 2025-2029	
		Objetivo PS:	Objetivo 4: Mejorar la calidad de los servicios de salud para brindar una atención integral e integrada a la población
		Meta PS:	4. Incrementar el porcentaje de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de los servicios de 84,00% en el 2024 a 88,50% al 2029.
Institucional	Corto plazo	Indicador PS:	4.1 Porcentaje de satisfacción de la calidad de los servicios
		Alineación de la meta al Plan Institucional 2025-2029	
		Objetivo Estratégico del PI:	OE1 Incrementar la efectividad de la Gobernanza en el Sistema Nacional de Salud.
		Meta del PI:	MPEI 1.1 Incrementar el número de documentos normativos incluidos en la Agenda Regulatoria aprobados para expedición, que cumplen con la metodología para elaborar normativas en salud, de 19 en 2024 a 40 al 2029.
		Indicador del PI:	IPEI 1.1 Número de documentos normativos incluidos en la Agenda Regulatoria aprobados para expedición que cumplen con la metodología para elaborar normativas en salud
Nacional / Internacional	Largo plazo (hasta 2030)	Alineación de la meta a la agenda ODS 2030	

		Objetivo Agenda 2030:	Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.
			Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas.
		Meta Agenda 2030:	Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos
			16.7 Garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades

Elaboración: Equipo redactor de la Política

7. Glosario y términos

Calidad: constituye el conjunto de aspectos y características de un producto y servicio que guardan relación con su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o latentes de los clientes.

Calidez: se basa en el trato que recibe un usuario por parte de la o las personas que le atienden, el cual debe ser amable, saber escuchar, entender sus problemas o inquietudes, en definitiva, hacerlo sentir bien. Se considera una de las dimensiones de la calidad.

Calidad de los servicios: es la orientación hacia el cliente, desarrollada y practicada por una organización para interpretar las necesidades y expectativas de sus clientes, a quienes ofrece un servicio accesible, adecuado, ágil, flexible, apreciable, útil, oportuno, seguro y confiable, incluso ante situaciones imprevistas, esto genera en el usuario/cliente una sensación de comprensión, atención y servicio personalizado, aportándole más de lo esperado.

Calidad de los servicios de salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su lado, define la calidad en salud como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio.

Calidad de la atención de salud: la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

Cultura de Calidad: son las significaciones que tienen para el hombre los objetos y fenómenos que resultan de la práctica social y caracterizan el nivel de desarrollo de la sociedad. Considerándose a la cultura de calidad como la relación entre los conocimientos, actitudes, significación, procedimientos y valoración de la calidad, científicamente gestionada y evidenciada mediante una evaluación formativa.

Error: es el fallo en el completamiento de una acción planeada o intentada, el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. Es un fallo no una intencionalidad, por tanto, la intención excluye el error.

Gestión de la calidad: se trata de los principios que orientan una guía organizativa que incorporan las técnicas efectivas para el cumplimiento de las actividades, y el logro de los objetivos de la calidad.

Indicadores de calidad: son instrumentos de medida que indican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad, por lo que deben ser medibles, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia. Son un medio no un fin en sí mismos, por tanto, deben tener la trascendencia en la toma de decisiones, deben mostrar las debilidades de la organización y contribuir a su mejoría.

Seguridad del paciente: La seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la

reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud

Servicios: “prestación que satisface alguna necesidad humana y que no consiste en la producción de bienes materiales”. Un servicio es una prestación, un activo de naturaleza económica pero que no tiene presencia física propia (es intangible), a diferencia de los bienes que sí la tienen.

Servicios médicos: son perecederos, su valor es individual, basado en el trabajo humano y la satisfacción brindada al paciente, con una calidad que depende de quien, como, donde y cuando se ofrece o proporciona el servicio de salud.

Servicios de salud: conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.

8. Siglas y Acrónimos

ACCESS:	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada
AHRQ :	Agency for Healthcare Research and Quality
APS-R:	Atención Primaria de Salud Renovada
ARCSA:	Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria
BID:	Banco Interamericano de Desarrollo
CONASA:	Consejo Nacional de Salud
DNCSPCS:	Dirección Nacional de Calidad Seguridad del Paciente y Control Sanitario
DNPSS:	Dirección Nacional de Participación Social en Salud
DGDAU:	Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario
EMR:	Electronic Medical Record
ENSANUT:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EuroHOPE:	European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency
ESAMYN:	Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño
FESP:	Funciones esenciales de salud pública
FIGESS:	Fundación para la Investigación y Gestión de los Servicios de Salud
GPC:	Guías de Práctica Clínica
HIS:	Health Information Systems
HIT:	Health Information Technology
IHAN:	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
IHI:	Institute for Healthcare Improvement
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INDOT:	Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células
INSPI:	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública
ISO:	International Organization for Standardization
ISQUA:	International Society for Quality Assurance
ISSFA:	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL:	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
LGBTI+:	Lesbianas, Gays; Bisexuales; Transgénero, Intersexuales y con orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales diversas
MAIS-FCI:	Modelo de Atención Integral en Salud – Familiar Comunitario e Intercultural
MC:	Mejora de la Calidad/Mejoramiento de la Calidad
MDMQ:	Municipio del Distrito Metropolitano de Quito
MGRIC:	Modelo de Gestión de Requerimientos e Inconformidades Ciudadanas
MSP:	Ministerio de Salud Pública
NHQS:	National Healthcare Quality Strategy
NQSSC:	National Quality Strategy Steering Committee
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD:	Organization for Economic Co-operation and Development
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PHIT:	The Population Health Implementation and Training
PNCSS:	Política Nacional de Calidad en los Servicios de Salud
RPIS:	Red Pública Integral de Salud
RPC:	Red Privada Complementaria
SAE:	Servicio de Acreditación Ecuatoriano
SENPLADES:	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
SGC:	Sistema de Gestión de Calidad
SIS:	Strengthening Information Systems
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SOLCA:	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
TIC:	Tecnología de Información y Comunicación
UEMGYAI:	Unidad Ejecutora de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
URC: University Research Corporation
USAID: United States Agency for International Development
VCEm: Valoración de Condiciones Esenciales versión modular
SIVE ALERTA: Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica.

9. Referencias Bibliográficas

1. CRUZ, R., MARTÍNEZ, E., MARTÍNEZ S. La calidad en la atención. Avances. 2012;9(26):3.
2. Valderrama Luna LM, Parra MF, Palencia Sánchez F, Robles Fonnegra WA, Duarte Osorio A, Cadena Camargo YML. El concepto de bienestar: una construcción desde la revisión de la literatura y la perspectiva de actores institucionales y comunitarios de la ciudad de Bogotá (Colombia). Univ Médica. 2023;64(2):7.
3. Amador CO, Cubero O, Li M. Quality management system in health: present situation and prospects in the primary health care. Rev Cuba Salud Pública. 2010;36(2):175–9.
4. Greene KF, Simpser YA, Johnson P, Cantú YF, Cornejo RC, Ley S, et al. Y Gobierno. Vol. XXVII. Quito - Ecuador: 2022; 2020. p. 1–92.
5. Declaración de Astaná.pdf.
6. Hatanaka Y, Hiyama T. Declaración Yakarta. Synlett. 1991;845–53.
7. Organización Mundial de la Salud. 61ª Asamblea Mundial De La Salud. Salud los migrantes. 2008;23–5.
8. Presidencia del Congreso Nacional. Ley del sistema ecuatoriano de la calidad. Lexis. 2010;1–22.
9. De ROS. Decreto Ejecutivo No. 703. (2015). Agencia de Aseguramiento de la Calidad Servicios de Salud Prepagada. Presidencia de la República del Ecuador. 2015;1–6.
10. Constitución de la República del Ecuador. Creacion de la Agencia Nacional de Regulacion y Vigilancia ARCSA. Decreto Ejec 1290. 2016;1–9.
11. MSP. Manual De Bioseguridad Para Los Establecimientos De Salud. Manual de Bioseguridad. 2016. p. 10.
12. Asiva Noor Rachmayani. Manual de Aplicación del Consentimiento Informado. 2015;6.
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma Técnica. Certificación de Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño - ESAMyN. Minist Salud Pública del Ecuador. 2021;(00030):8–105.
14. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Gestión de calidad de la atención en los establecimientos de salud. Minist Salud Publica. 2021;(00):1–48.
15. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA E. Acuerdo Ministerial 00068-2019 “Notificación, Auditoría De Calidad De La Atención Y Planes De Acción De Casos De Muerte Materna.” 2019.
16. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional De Salud Pública. Vol. 1, Ministerio de Salud Pública. 2022.
17. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS.
18. Ministerio del Trabajo. NORMA-TECNICA-PARA-LA-EVALUACION-Y-CERTIFICACION-DE-LA-CALIDAD-DEL-SERVICIO-PUBLICO-signed1. 2021;1–19.
19. Universal SS. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. 2019. 118 p.
20. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Heal. 2018 Nov;6(11): e1196–252.
21. Manual para la elaboración de Políticas y Estrategias Nacionales de Calidad.pdf.
22. Pipit Mulyah, Dyah Aminatun, Sukma Septian Nasution, Tommy Hastomo, Setiana Sri Wahyuni Sitepu T. Cuadro de Mando Integral de la gestión de la Calidad España. J Artic. 2020;7(2).
23. Comité DEL, La RDE, Para OMS, Américas LAS. OPS/OMS. 57.o CONSEJO DIRECTIVO. 71ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS

- AMÉRICAS. OPS-OMS. 2019;9–11.
24. Sachs JD, Karim SSA, Akinin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commissions The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. 2022;400.
 25. Armenian H. Avedis Donabedian. An Introduction to Quality Assurance in Health Care . Oxford : Orwoll ES , Bliziotis M , editors . Osteoporosis. Pathophysiology and Clinical Management . New Jersey (NJ) : Humana Press ; 2002 . 615 pages ; ISBN 0-89603-933-1 ; price : US \$ 135. 2003;44(5):655–7.
 26. Camisón Zornoza C, Cruz Ros S, González Cruz TF. Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Ohsas. 2011. 107–243 p.
 27. Caballero R, Simeoni IA, Lepez CO. Quality with underlying epistemological criteria. Salud, Cienc y Tecnol - Ser Conf. 2023;2.
 28. World Health Organization. Guía de planificación: Servicios de salud de calidad. 2020.
 29. García S, Álvarez del Río F, Terrazas P, Molina I. La calidad como eje transversal de los sistemas de salud. 2015;66(5):1–10.
 30. LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD.
 31. World Health Organization. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. Geneva : World Health Organization. WHO Libr Cat Data Qual. 2016;(2006):1–50.
 32. U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Consensus Statement on Quality in the Public Health System. Public Heal Forum. 2008;(August).
 33. WHO. Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. World Heal Organ. 2025;
 34. Delivering quality health services.
 35. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Publica. 2010;84(2):169–84.
 36. Sociedad Española de sanidad ambiental. Guía metodológica: La salud en la evaluación de impactos ambientales. 2011.
 37. U.S. Department of Health & Human Services. National Health Security Strategy 2023-2026. 2023;
 38. Nuclear Threat Initiative. Índice mundial de Seguridad Sanitaria (GHS). 2019;
 39. ONUDI. Hoja de ruta estratégica de la Infraestructura de calidad de las Américas. 2017;
 40. Organización Panamericana de la Salud. SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS. 2010;
 41. OMS. Marco operacional para la atención primaria de salud. 2020;119.
 42. World Health Organization. Handbook for National Quality Policy and Strategy [Internet]. Who. 2018. 72 p. Available from: http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/%0Ahttp://a pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1
 43. Minsa. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud - Perú. Doc Tec Polit Nac Calid en Salud RM N° 727 - 2009/MINSA. 2009;36.
 44. Ummah MS. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD Juan Guillermo Ortiz - Costa Rica 2015. Sustain. 2019;11(1):1–14.
 45. MEDICIENCIAS UTA Revista Universitaria con proyección científica, académica y social. 2023;7(1):31243.
 46. ac_0072_2017 19 may.pdf.
 47. MSP. Acuerdo Ministerial No. 00004520. Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública. 2015. p. 6,8.
 48. Acreditación Canadá_ct_0000067_2013 17mayo-1.pdf.
 49. AM-00000115-2016 OCT 17_compressed.pdf.
 50. Alvarez JE. Ministerio de Salud Pública Ministerio de Salud Pública. Minist Salud Publica. 2021;24(2):1–99.

51. INEC. Cuentas Satélites de Salud (CSS). Quito; 2024.
52. Informe de Rendición de Cuentas.
53. Salud CDELA. Sesión 2. 2024;
54. Ecuador. 2024;
55. Ummah MS. Plan Decenal de Salud 2024-2031 Ecuador. Vol. 11, Sustainability (Switzerland). 2019. 1–14 p.
56. Organización Panamericana de la Salud OPS OM de la SO. moz-extension://79f5234f-441c-4b4b-82ee-9388680fd819/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665.2%2F55860%2FOPSHSSHS210018_spa.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy. 2020. p. 20,21,22 ESTRATEGIA Y PLAN DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 2020 - 2025.
57. Institute for Healthcare Improvement. insights -Institute for Healthcare Improvement. 2021. Calidad del sistema completo: un enfoque holístico de la gestión de la calidad . Instituto para la Mejora de la Salud.
58. Prestación de servicios de salud de calidad.
59. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Heal*. 2018 Nov;6(11):e1196–252.
60. Báscolo E, Vance C, Leys M, Coitiño A. A CRITICAL OVERVIEW OF THE WHO HANDBOOK ON SOCIAL PARTICIPATION. *PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH - OPINION AND ANALYSIS*. 2024;48.
61. Bernal-ordoñez LK, Niño-gutiérrez EL, Casanova ML, Treviño F. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina : revisión sistemática exploratoria. 2024;1–8.
62. Kujawa Henrique, Silveira Pinto Rodrigo, Gomes Leles Fernando Antonio, Machado Viana Frederico. *PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 2023. Participação em saúde como elemento indissociável para o fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde nas Américas.
63. Gil JN, Acosta N. Participación Social para la construcción de un modelo integral en salud con poblaciones rurales. *Rev Ciencias Soc*. 2021;XXVII:2–13.
64. Lara Ponce Margarita. *Salud y Ciencias Médicas*. 2016. Vista de Participación ciudadana como política de Salud pública: Una perspectiva desde los Actores Sociales de la Parroquia de Tumbaco, durante los años 2015–2016.
65. Plazarte Muñoz Christian Paul. *ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y BIENESTAR PSICOSOCIAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID – 19 EN LA CIUDAD DE QUITO. ANÁLISIS DE LAS PERCEPCIONES DE LOS POBLADORES DE 18 A 35 AÑOS DEL BARRIO CARAPUNGO*. Univ POLITÉCNICA Sales SEDE QUITO. 2022;

10. Anexos

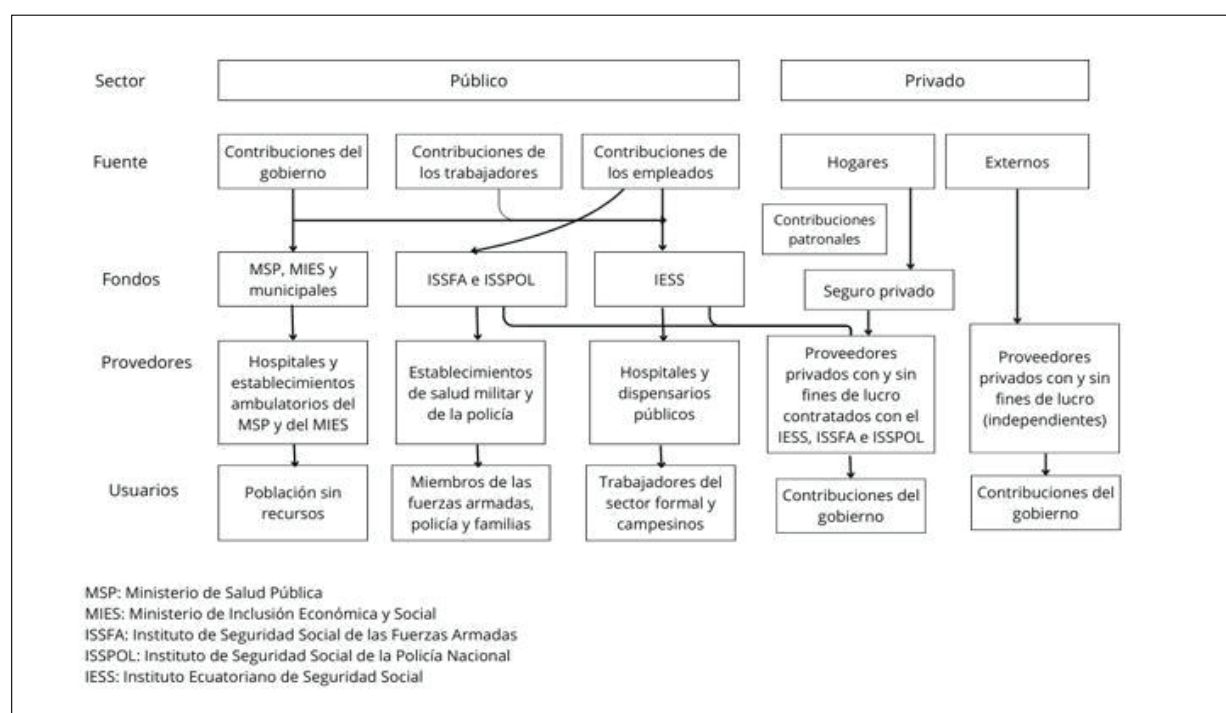
Anexo 1. Detalle de actores de las instituciones entrevistadas

N°	Institución a la que pertenece
1	Universidad Católica Santiago de Guayaquil
2	Universidad Técnica Particular de Loja
3	Universidad Estatal de Guayaquil
4	Universidad Tecnológica Espíritu Santo
5	Universidad Estatal de Quevedo
6	Universidad Estatal de Bolívar
7	Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE
8	Universidad Central del Ecuador -UCE
9	Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE
10	Universidad Tecnológica Equinoccial
11	Universidad Tecnológica Equinoccial
12	PUCE - Cuenca
13	Universidad de las Américas-UTLA, Escuela Politécnica de Chimborazo-ESPOCH
14	Universidad Nacional de Chimborazo
15	Universidad de Cuenca
16	SOLCA - GUAYAQUIL
17	Municipio de Guayaquil
18	SOLCA - QUITO
19	Hospital Voz andes - Quito
20	Hospital Humanitario de Cuenca
21	Director Ejecutivo del Consejo de Salud de Cuenca
22	Municipio de Quito
23	SAE- Servicio de Acreditación Ecuatoriano
24	Director Ejecutivo del Servicios de Acreditación Ecuatoriano - SAE

Fuente: Registros del proceso de entrevistas semiestructuradas. 2024

Elaboración: Equipo redactor de la Política.

Anexo 2. Conformación del Sistema Nacional de Salud de Ecuador



Fuente: Lucio R, Villares N. y Henríquez R. (2011) Sistema de Salud de Ecuador. Salud Pública. 53 supl.2-S144-S187

Anexo 3.

3.A Detalle de inconformidades totales registradas en MSP. 2023-2024 Inconformidades en la Atención en Salud de los Servicios de Salud

N°	Tipo de Inconformidad	Número	Porcentaje
1	Negativa de atención médica en establecimientos de salud	7330	48,02
2	Falta de profesionales de la salud	2228	14,60
3	Maltrato a los usuarios de los servicios de salud por parte del personal médico	1838	12,04
4	Negativa de atención en emergencia	1131	7,41
5	Inasistencia del profesional de salud	569	3,73
6	Desabastecimiento de medicamentos	516	3,38
7	Negativa de atención por discriminación	361	2,37
8	Mal manejo de equipos de diagnóstico, terapéuticos e implementos	235	1,54
9	Negativa de entrega de métodos anticonceptivos	243	1,59
10	Negativa de atención por discriminación	207	1,36
11	Negativa de entrega de métodos anticonceptivos	180	1,18
12	Negativa de atención en emergencia obstétrica	135	0,88
13	Maltrato a usuarios del servicio de salud por discriminación	105	0,69
14	Presunta mala práctica profesional	50	0,33
15	Paralización de servicios de salud	33	0,22
16	Negativa de entrega de información de historia clínica al paciente	32	0,21
17	Falta de consultorios	15	0,10
18	Acoso o abuso sexual	16	0,10
19	Maltrato a los usuarios	12	0,08
20	Negativa de información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar	9	0,06
21	No hay atención	6	0,04

22	Medicamentos caducados	5	0,03
23	Inconformidad con el porcentaje de calificación de discapacidad asignado	4	0,03
24	Negativa de atención en aborto en curso	2	0,01
25	Incumplimiento de pruebas de seguridad en transfusiones sangre	1	0,01

Fuente: Sistema MGRIC 2023-2024.

Elaboración: DNGDAU

3. B. Detalle de inconformidades totales registradas en MSP. 2023-2024. Inconformidades en la Administración de los Servicios en Salud

N°	Tipo de Inconformidad	Número	Porcentaje
1	Retardar o negar injustificadamente el despacho de asuntos o servicios	9243	54,80
2	Falta de información sobre procedimientos, tratamiento y estado de salud	1759	10,43
3	No hay disponibilidad de citas	1627	9,65
4	Maltrato a los usuarios de los servicios de salud por parte de personal administrativo	1129	6,69
5	Inasistencia del profesional de salud	929	5,51
6	Incumplimiento de los horarios de atención en los establecimientos de salud	786	4,66
7	Falta de personal administrativo / estadístico	309	1,83
8	Instalaciones inadecuadas y sin servicios básicos (agua, luz, baños, papel higiénico, otros)	162	0,96
9	Ejercer presiones e influencias aprovechándose de su puesto	151	0,90
10	Trámites y requisitos innecesarios	115	0,68
11	Instalaciones insalubres o en mal estado	98	0,58
12	Mala información de horarios	89	0,53
13	Direccionamiento indebido a servicios de salud privados por interés personal	74	0,44
14	Cita no registrada	61	0,36
15	Desaparición de documentos	65	0,39
16	Mala atención por parte del agente de cal center	51	0,30
17	Asignación incorrecta del Establecimiento de Salud	49	0,29
18	Ejercicio profesional sin título	37	0,22
19	Paralización de servicios de salud	44	0,26
20	Cobros por servicios de salud	24	0,14
21	Personal de salud en estado de ebriedad o bajo efectos de sustancias psicotrópicas	9	0,05
22	No hubo recordatorio / Confirmación	14	0,08
23	Cobros por emisión de certificados	8	0,05
24	Cobro por exámenes varios	8	0,05
25	Mucho tiempo en espera	6	0,04
26	Demora en contestar la llamada	6	0,04
27	Negativa de información	6	0,04
28	Solicitar, aceptar o recibir dinero o regalos por el cumplimiento de las funciones de su cargo	3	0,02
29	Inadecuado manejo de desechos en establecimientos de salud	3	0,02
30	Cobro a pacientes referidos por el MSP	1	0,01
31	Realizar propaganda política cuando está en funciones	1	0,01

Fuente: Sistema MGRIC 2023-2024.

Elaboración: DNGDAU

Anexo 4. Detalle de actores del Sistema Nacional de Salud que participaron en los talleres de la Política

El presente anexo consolida la nómina de actores que participaron en los **procesos participativos y espacios de coordinación interinstitucional** desarrollados en el marco de la formulación de la Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud. La información contenida en este anexo corresponde exclusivamente a los actores que intervinieron en reuniones de trabajo y mesas técnicas orientadas a la generación de insumos para la política pública.

Los procesos participativos se llevaron a cabo mediante **mesas técnicas presenciales y reuniones de coordinación**, realizadas entre enero 2024 a marzo 2025, convocadas por el Ministerio de Salud Pública.

Entre los principales espacios desarrollados que constan en la hoja de ruta son:

- Mesas técnicas para la elaboración del árbol de problemas de la política.
- Reunión ampliada de trabajo para la revisión y profundización técnica de los contenidos de la política.
- Reuniones de coordinación y revisión técnica del documento.

Como resultado de estos espacios participativos se obtuvieron insumos técnicos relevantes, que fueron recolectados en una matriz tales como la identificación y priorización de problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud, el análisis de causas y efectos, observaciones a los componentes estratégicos de la política y recomendaciones para fortalecer su coherencia interna y su implementación.

La información detallada de las instituciones participantes en estos procesos se presenta a continuación, en concordancia con la guía metodológica para la formulación de políticas públicas.

N°	Nombre	Denominación
1	MSP	Ministerio de Salud Pública
2	CONASA	Consejo Nacional de Salud
3	IESS-SGSIF	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – Seguro General de Salud Individual y Familiar
4	IESS-SSC	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social - Seguro Social Campesino
5	MIDENA	Ministerio de Defensa Nacional
6	ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
7	Min - P.N	Ministerio del Interior - Policía Nacional
8	ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
9	ARCSA	Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria
10	ACESS	Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada
11	INDOT	Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células
12	INSPI	Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública Dr. Leopoldo Izquieta Pérez.
13	Entidades de Salud privadas con fines de lucro	Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de Ecuador, Entidades de Salud privadas con fines de lucro, Red Privada Complementaria

	(ACHPE, RPC)	
14	Academia	Universidades e Institutos de Educación Superior. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Universidad Técnica Equinoccial.
15	Reguladores de profesionales de salud (CACES, CES, SENESCYT)	Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, Consejo de Educación Superior y Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación
16	INEN	Servicio Ecuatoriano de Normalización
17	SAE	Servicio de Acreditación Ecuatoriano
18	SOLCA	Sociedad de Lucha Contra el Cáncer
19	Cruz Roja Ecuatoriana	Cruz Roja Ecuatoriana
20	GADS	Servicios de Salud de los Gobiernos Autónomos Descentralizados provinciales y cantonales.
21	Agentes de Medicina Tradicional y Alternativa	Agentes de Medicina Tradicional y Alternativa
22	Asociaciones comunitarias y de pacientes (CLOS)	Asociaciones comunitarias y de pacientes (CLOS)
23	Asociaciones gremios de Salud (ANAMER)	Asociación Nacional de Médicos Rurales del Ecuador
24	MAE	Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica
25	Secretaría técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil	Secretaría técnica Ecuador Crece sin Desnutrición Infantil
26	MINTEL	Ministerio de Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información
27	Cooperación Internacional - Banco Mundial-BID-OPS	Cooperación Internacional - Banco Mundial-BID-OPS

Fuente: Registros del taller con actores

Elaboración: DNCSPCS

Anexo 5. Hoja de ruta

HOJA DE RUTA DE LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD																													
N°	Actividad	Fecha de inicio	Fecha de fin	Responsable	Producto	2020	2024												2025								2026		
							Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Fase 1 - Preparación							Nov																						
1.1	Informe técnico de necesidad y justificación de formulación de política pública	nov-23	dic-23	DNCSPCS	Informe técnico revisado y aprobado por las autoridades																								
	Conformación y reuniones de mesa técnica	ene-24	feb-24	DNCSPCS - Mesa técnica	Oficios de delegación, informes de reuniones																								
1.2	Conformación de equipo político	mar-24	mar-24	DNCSPCS - Mesa técnica	Inventario equipo técnico y políticos																								
1.3	Mesas de trabajo con equipos	abr-24	jun-24	DNCSPCS - Mesa técnica																									
	Identificación y análisis de actores	jul-24	ago-24	DNCSPCS - Mesa técnica	Ficha de actores																								
1.5	Taller de relacionamiento de actores	ago-24	ago-24	DNCSPCS - Mesa técnica	Diagramas de relacionamiento de actores																								
1.6																													

91

2.5	Entrega de documento borrador de análisis situacional	mar-25	mar-25	DNCSPCS - Mesa técnica	Documento preliminar: marco teórico, conceptual, diagnóstico situacional	n o v/ d i c	E n e	F e b	M a r	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e	E n e	F e b	M a r
Fase 3 - Propuestas de la PNCSS																	
3.1	Desarrollo de objetivos, líneas estratégicas e indicadores	mar-25	abr-25	DNCSPCS - Mesa técnica	Documento borrador de la política												
	Planteamiento de indicadores de y plan de implementación	abr-25	abr-25	DNCSPCS - Mesa técnica	Fichas metodológicas y plan de implementación preliminar												
3.2	Validación de propuesta de indicadores con cada Cartera de Estado	may-25	may-25	DNCSPCS - Mesa técnica	Matriz de recolección de aportes/ observaciones al documento												
3.3	Revisión de documento borrador, insumos generados para la actualización de la política	jun-25	jun-25	DNCSPCS - Mesa técnica	Documento preliminar de la PNCSS												
3.4	Elaboración del presupuesto referencial a partir de las líneas	jul-25	jul-25	DNCSPCS - Mesa técnica	Informe de presupuesto referencial												
3.5																	

93

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



@SaludEcuador



@minsaec



@Salud_ec

www.salud.gob.ec

Razón: Certifico que, el presente instrumento firmado de manera electrónica corresponde al Acuerdo Nro. 00010-2026, de 25 de junio de 2026, por parte y en calidad de las funciones de máxima autoridad del Ministerio de Salud Pública, al Esp. Jaime Otton Bernabé Erazo, de conformidad al Decreto Ejecutivo No. 369 de 27 de abril de 2026.

Legalizo que el presente instrumento corresponde a la desmaterialización del Acto normativo de carácter administrativo Nro. 00010-2026, de 25 de junio de 2026.

El Acuerdo en formato físico y digital se custodia en el repositorio de la Dirección de Gestión Documental y Atención al Usuario al cual me remitiré en caso de ser necesario.

Nota: El Acuerdo Nro. 00010-2026, de 25 de junio de 2026, conforme el artículo 1: *“Aprobar y expedir la Política denominada “Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026-2035”, documento que consta como anexo al presente instrumento.”*, se compone de: fojas 1 a la 6, Acuerdo; y, fojas 7 a la 94, Anexo de la *“Política Nacional de Calidad de los Servicios de Salud 2026 - 2035”*.

Quito, D.M., a 25 de junio de 2026



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



Mgs. Jaqueline Vargas Camacho
DIRECTORA (E)

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

www.registroficial.gob.ec

JL/FA

El Pleno de la Corte Constitucional mediante Resolución Administrativa No. 010-AD-CC-2019, resolvió la gratuidad de la publicación virtual del Registro Oficial y sus productos, así como la eliminación de su publicación en sustrato papel, como un derecho de acceso gratuito de la información a la ciudadanía ecuatoriana.

"Al servicio del país desde el 1º de julio de 1895"

El Registro Oficial no se responsabiliza por los errores ortográficos, gramaticales, de fondo y/o de forma que contengan los documentos publicados, dichos documentos remitidos por las diferentes instituciones para su publicación, son transcritos fielmente a sus originales, los mismos que se encuentran archivados y son nuestro respaldo.