



Inversión pública en salud y acceso en Ecuador, 2010–2024

Ana Paulette Iza Ortega

<https://orcid.org/0009-0001-5779-6009>

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

aiza3@utmachala.edu.ec

Didania Elizabeth Bravo Calero

<https://orcid.org/0009-0004-4514-4232>

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

bravo9@utmachala.edu.ec

Martha Jaroslava Guerrero Carrasco

<https://orcid.org/0000-0002-7774-277X>

Universidad de Guayaquil, Ecuador

martha.guerreroc@ug.edu.ec

Lady Andrea León Serrano

<https://orcid.org/0000-0001-5472-140X>

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

llady@utmachala.edu.ec

Carlos Bolívar Sarmiento Chugcho

Autor de correspondencia

<https://orcid.org/0009-0009-0875-728X>

Universidad Técnica de Machala, Ecuador

cbsarmiento@utmachala.edu.ec

Fecha de recepción: 22 de agosto de 2025

Fecha de aceptación: 31 de diciembre de 2025

Fecha de publicación: 30 de enero de 2026

DOI: <https://doi.org/10.59722/riic.v3i1.1031>

Cómo citar: Iza Ortega, A. P., Bravo Calero, D. E., Guerrero Carrasco, M. J., & Sarmiento Chugcho, C. B. (2026). Inversión pública en salud y acceso en Ecuador, 2010–2024. Revista Iberoamericana De Innovación Científica JA TUAIDA, 3(1), 133–161. <https://doi.org/10.59722/riic.v3i1.1031>

RESUMEN

Se analizó la relación entre la inversión pública en salud y el acceso efectivo a los servicios sanitarios en Ecuador durante 2010–2024, con énfasis en la identificación de brechas territoriales y oportunidades de mejora en la asignación de recursos. Se desarrolló un estudio descriptivo-analítico basado en series anuales de gasto público en salud estimado (porcentaje del PIB y millones de USD), gasto de bolsillo e indicadores seleccionados de



cobertura y utilización de servicios. La información se obtuvo de fuentes oficiales nacionales (INEC, MSP y BCE) y de repositorios internacionales (WHO/World Bank) para asegurar consistencia, trazabilidad y comparabilidad. El año 2024 se incorporó como estimación preliminar con fines descriptivos, calculada bajo supuestos explícitos detallados en la metodología. Los resultados muestran un incremento inicial del esfuerzo fiscal, seguido de periodos de ajuste y una recuperación reciente, junto con mejoras heterogéneas en el acceso y rezagos persistentes en el primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales y amazónicas. El gasto de bolsillo permanece por encima del umbral recomendado por la OMS, lo que evidencia limitaciones sostenidas en la protección financiera de los hogares. En conjunto, la evidencia sugiere que la cobertura efectiva depende más de la distribución territorial y de la capacidad de provisión de servicios que del monto global asignado. Se concluye que la política sanitaria debe priorizar una asignación subnacional basada en necesidades, fortalecer la atención primaria como eje del sistema y reforzar el monitoreo del acceso, la utilización de servicios y la protección financiera.

Palabras clave:

acceso a los servicios de salud; Ecuador; gasto de bolsillo; inversión pública en salud; primer nivel de atención

Public investment in health and access in Ecuador, 2010–2024

ABSTRACT

The relationship between public investment in health and effective access to health services in Ecuador during 2010–2024 was analyzed, with an emphasis on identifying territorial gaps and opportunities to improve resource allocation. A descriptive-analytical study was conducted based on annual series of estimated public health expenditure (percentage of GDP and millions of USD), out-of-pocket spending, and selected indicators of service coverage and utilization. Information was obtained from official national sources (INEC, MSP, and BCE) and from international repositories (WHO/World Bank) to ensure consistency, traceability, and comparability. The year 2024 was incorporated as a preliminary estimate for descriptive purposes, calculated under explicit assumptions detailed in the methodology. The results show an initial increase in fiscal effort, followed by periods of adjustment and a recent recovery, along with heterogeneous improvements in access and persistent lags in the first level of care, especially in rural and Amazonian areas. Out-of-pocket spending remains above the threshold recommended by the WHO, evidencing sustained limitations in households' financial protection. Overall, the evidence suggests that effective coverage depends more on territorial distribution and service delivery capacity than on the total amount allocated. It is concluded that health policy should prioritize needs-based subnational allocation, strengthen primary health care as the backbone of the system, and reinforce monitoring of access, service utilization, and financial protection.

Keywords:

access to health services; Ecuador; out-of-pocket spending; public investment in health; first level of care

Investimento público em saúde e acesso no Equador, 2010–2024

RESUMO

Analisou-se a relação entre o investimento público em saúde e o acesso efetivo aos serviços de saúde no Equador durante 2010–2024, com ênfase na identificação de lacunas territoriais e oportunidades de melhoria na alocação de recursos. Desenvolveu-se um estudo descritivo-analítico com base em séries anuais de gasto público em saúde estimado (percentual do PIB e milhões de USD), gasto do próprio bolso e indicadores selecionados de cobertura e utilização de serviços. As informações foram obtidas de fontes oficiais nacionais (INEC, MSP e BCE) e de repositórios internacionais (OMS/Banco Mundial) para assegurar consistência, rastreabilidade e comparabilidade. O ano de 2024 foi incorporado como uma estimativa preliminar para fins descritivos, calculada sob pressupostos explícitos detalhados na metodologia. Os resultados mostram um aumento inicial do esforço fiscal, seguido de períodos de ajuste e uma recuperação recente, juntamente com melhorias heterogêneas no acesso e atrasos persistentes no primeiro nível de atenção, especialmente em áreas rurais e amazônicas. O gasto do próprio bolso permanece acima do limiar recomendado pela OMS, o que evidencia limitações sustentadas na proteção financeira dos domicílios. Em conjunto, as evidências sugerem que a cobertura efetiva depende mais da distribuição territorial e da capacidade de provisão de serviços do que do montante global alocado. Conclui-se que a política de saúde deve priorizar uma alocação subnacional baseada em necessidades, fortalecer a atenção primária como eixo do sistema e reforçar o monitoramento do acesso, da utilização de serviços e da proteção financeira.

Palavras-chave:

acesso aos serviços de saúde; Equador; gasto do próprio bolso; investimento público em saúde; primeiro nível de atenção

Introducción

A pesar del progreso normativo y presupuestario alcanzado en la salud pública ecuatoriana durante las últimas dos décadas, persisten limitaciones estructurales que restringen el acceso efectivo y equitativo a los servicios sanitarios. El incremento sostenido del esfuerzo fiscal destinado al sector —impulsado por la reforma constitucional de 2008,

el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y la respuesta a crisis como la pandemia de COVID-19— no se ha traducido de manera uniforme en mejoras proporcionales de cobertura ni de calidad, especialmente cuando se observa el desempeño a escala territorial. La evidencia internacional muestra que los sistemas de salud pueden mantener niveles elevados de gasto

agregado sin garantizar resultados adecuados si existen fallas en la asignación, la gestión y la organización de los servicios, lo que afecta de forma directa la efectividad del acceso (Kruk *et al.*, 2018; Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; World Health Organization, 2021).

Varios trabajos recientes coinciden en que el incremento del financiamiento sanitario, aun cuando sea sostenido, no se traduce automáticamente en mejoras homogéneas si la asignación territorial, la gestión presupuestaria y la capacidad operativa del sistema no acompañan ese esfuerzo. En otras palabras, el problema no se agota en el “cuánto”, sino que depende de cómo se distribuyen los recursos, qué tan consistente es esa trayectoria en el tiempo y si el gasto logra transformarse en oferta efectiva, particularmente en el primer nivel y en territorios históricamente rezagados. Esta lectura es coherente con la evidencia internacional sobre

trayectorias de gasto en salud y sus límites cuando no existe planificación estratégica con enfoque de resultados (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017), y también con hallazgos que subrayan el papel de la gestión financiera pública para que la inversión tenga rendimiento social real (Piatti-Fünfkirchen & Smets, 2019). En el contexto latinoamericano, los diagnósticos comparados refuerzan la misma idea: persisten brechas urbano–rurales y regionales aun con mayor gasto agregado, lo que obliga a replantear criterios de asignación basados en necesidades y capacidad resolutive local (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud [CEPAL, OMS & OPS], 2024; OCDE, 2023). Además, cuando el financiamiento no reduce el gasto directo de los hogares, el acceso se vuelve frágil: la protección financiera y el avance hacia esquemas redistributivos siguen siendo

condiciones prácticas para que la cobertura sea efectiva, no solo declarativa (Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; Wagstaff *et al.*, 2018).

La evidencia comparada muestra con claridad que las brechas de acceso en salud no se explican únicamente por el volumen del gasto, sino por su arquitectura distributiva y por la estabilidad del financiamiento a lo largo del tiempo. Cuando los incrementos presupuestarios no incorporan criterios explícitos de asignación subnacional, los recursos tienden a reproducir —e incluso a profundizar— desigualdades territoriales preexistentes, porque las capacidades institucionales y la oferta efectiva no crecen al mismo ritmo en todos los territorios. Este patrón resulta particularmente relevante en sistemas segmentados, donde la coexistencia de subsistemas con capacidades desiguales limita la convergencia del acceso efectivo entre regiones y grupos sociales

(CEPAL, OMS & OPS, 2024; OCDE, 2023). De forma consistente, la evidencia sobre protección financiera confirma que el aumento del gasto agregado no reduce por sí mismo la presión económica sobre los hogares si no se traduce en esquemas de financiamiento prepago con capacidad redistributiva, condición clave para avanzar hacia un acceso efectivo y sostenible (Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; Wagstaff *et al.*, 2018).

En América Latina, el patrón es consistente: cuando los sistemas de salud se organizan de manera segmentada, el acceso efectivo no se empareja y las desigualdades persisten, aun cuando el diseño institucional declare principios de universalidad. La fragmentación entre subsistemas con reglas de financiamiento y provisión distintas limita la capacidad redistributiva del gasto y genera trayectorias de acceso desiguales entre territorios y grupos sociales. Fuera de la región, la

evidencia converge en la misma dirección: el incremento del gasto agregado, por sí solo, no reduce la presión financiera sobre los hogares si dicho aumento no se traduce en esquemas de financiamiento prepago con capacidad redistributiva y reglas de protección explícitas, condición necesaria para avanzar hacia un acceso efectivo y sostenible (Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; Wagstaff *et al.*, 2018).

En este punto, el financiamiento no puede leerse como un asunto meramente contable. Si el gasto crece, pero pierde continuidad, cambia de orientación sin criterios técnicos claros o no logra transformarse en capacidad resolutive en el territorio, el acceso efectivo se resiente y las brechas se mantienen. La literatura reciente insiste en esta distinción: los incrementos del gasto agregado pueden coexistir con sistemas que conservan problemas de calidad, cobertura efectiva y

desempeño cuando la expansión presupuestaria no se acompaña de planificación estratégica, gestión financiera pública sólida y una reorientación sostenida hacia el primer nivel de atención, que suele ser el más sensible a las discontinuidades (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017; Kruk *et al.*, 2018; Piatti-Fünfkirchen & Smets, 2019).

En el mismo sentido, los análisis regionales advierten que sostener avances en acceso y cobertura requiere estabilidad fiscal, capacidad institucional y mecanismos de asignación que respondan a necesidades reales, particularmente en contextos latinoamericanos donde la desigualdad territorial es persistente. Cuando el financiamiento sanitario se ve afectado por ciclos de ajuste o por reglas fiscales que limitan su continuidad, la provisión se vuelve frágil y las interrupciones tienden a sentirse primero en el primer nivel de atención.

Desde esta perspectiva, la equidad en beneficios no depende únicamente del monto total del gasto, sino de la arquitectura de financiamiento y de la consistencia temporal de las decisiones presupuestarias, factores que condicionan la posibilidad de avanzar hacia un acceso efectivo y sostenible (Banco Mundial, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024; OCDE, 2023).

Asimismo, las limitaciones en la delimitación administrativa y en la integración de la información dificultan una evaluación integral del impacto del gasto público en salud, especialmente en territorios remotos y poblaciones con alta informalidad. La fragmentación de los registros y la escasa articulación entre bases de datos impiden capturar de manera sistemática eventos de salud asociados a dinámicas sociales clave —como la migración interna, el empleo informal o el uso de prácticas de salud tradicionales—, lo que reduce la capacidad analítica del

sistema. La evidencia empírica muestra que, en ausencia de información integrada y comparable, el aumento del gasto sanitario no se traduce necesariamente en mejoras sostenidas en indicadores básicos como la cobertura de atención primaria, la vacunación o la disponibilidad efectiva de profesionales de la salud por habitante, limitando la lectura del desempeño real del sistema (Orozco *et al.*, 2021; De Allegri *et al.*, 2020).

En este contexto, el problema central de la investigación se formula en los siguientes términos: ¿hasta qué punto la inversión pública en salud en Ecuador ha logrado sostenerse en el tiempo y traducirse en acceso efectivo a servicios básicos, considerando las brechas territoriales persistentes entre áreas urbanas y rurales, así como entre las distintas regiones del país? Abordar esta pregunta requiere un análisis cuantitativo de carácter descriptivo y comparativo que permita observar, de manera integrada, la

evolución del esfuerzo fiscal en salud y su correspondencia con indicadores de acceso y protección financiera reportados por fuentes oficiales. Esta aproximación evita interpretaciones causales directas y prioriza la lectura sistemática de patrones territoriales y temporales, en línea con la evidencia que subraya que el desempeño del financiamiento sanitario depende no solo del volumen del gasto, sino de su estabilidad, orientación estratégica y capacidad para reducir barreras económicas en los hogares (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017; Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; Wagstaff *et al.*, 2018).

En consecuencia, el objetivo del estudio es describir y analizar la evolución conjunta de la inversión pública en salud y los indicadores disponibles de acceso efectivo a los servicios sanitarios en Ecuador durante el periodo 2010–2024, identificando brechas territoriales y

aportando criterios técnicos de asignación equitativa que fortalezcan el primer nivel de atención y la protección financiera. Esta orientación resulta consistente con diagnósticos regionales que enfatizan la urgencia de invertir con enfoque de equidad y capacidades locales, así como con recomendaciones de política que priorizan resiliencia, eficiencia y sostenibilidad del financiamiento sanitario (Banco Mundial, 2023; OCDE, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024).

Por consiguiente, se realiza un análisis estadístico de carácter descriptivo y comparativo del desarrollo del gasto público en salud en relación con indicadores clave de acceso, tales como la cobertura efectiva de servicios, la afiliación a los sistemas públicos (IESS y MSP), la densidad de personal médico y el nivel de gasto de bolsillo. Este análisis incorpora una lectura territorial básica que permite contrastar patrones entre áreas urbanas y rurales y entre

regiones, así como una revisión temporal del periodo 2010–2024. De este modo, el estudio busca identificar deficiencias persistentes, documentar la consistencia entre el esfuerzo fiscal y los resultados observados de acceso y aportar evidencia empírica que sustente propuestas orientadas a fortalecer la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema de salud.

Marco teórico y conceptual

El marco teórico de este estudio se apoya en la noción de que el desempeño de los sistemas de salud está estrechamente vinculado a la forma en que el financiamiento público se transforma en acceso efectivo, protección financiera y capacidad resolutive, particularmente en contextos marcados por desigualdades territoriales. La evidencia reciente destaca que los determinantes sociales y económicos continúan condicionando de manera decisiva los resultados en salud, no como factores aislados, sino como parte de un entramado institucional y

fiscal que define quién accede, cuándo y en qué condiciones.

En este sentido, los reportes globales y regionales coinciden en que la inversión pública en salud aporta al desarrollo humano cuando se sostiene en el tiempo y se orienta hacia la atención primaria, la prevención y la reducción del gasto directo de los hogares. Desde esta perspectiva, la protección financiera opera como una verificación práctica del acceso: si el gasto de bolsillo se mantiene elevado, la cobertura pierde efectividad y el riesgo continúa trasladándose a las familias. Por ello, la literatura reciente insiste en combinar tres componentes para evaluar el desempeño del financiamiento: estabilidad fiscal, planificación con enfoque de resultados y criterios explícitos de asignación que prioricen territorios rezagados. Este enfoque es consistente con diagnósticos que resaltan la urgencia de invertir en sistemas de salud más resilientes y equitativos en América Latina y el

Caribe, particularmente tras los aprendizajes derivados de crisis recientes (Banco Mundial, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024; World Health Organization, 2021; Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023).

En América Latina, estos desafíos adquieren particular relevancia debido a la persistencia de sistemas segmentados y a la limitada interoperabilidad de la información, lo que dificulta evaluar de manera integral el impacto real del gasto público y refuerza la necesidad de enfoques analíticos que articulen financiamiento, acceso y territorio (Banco Mundial, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024).

En ese sentido, las inversiones en salud pública constituyen una piedra angular del desarrollo humano, al incidir directamente en la calidad de vida de la población (Jamison *et al.*, 2013). La Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS ya

advirtió que invertir en salud no es un gasto, sino una condición previa para el crecimiento económico sostenible. Diversos estudios han demostrado que el aumento de la inversión pública en salud y educación contribuye positivamente a la mejora del Índice de Desarrollo Humano (HDI), al tiempo que ayuda a reducir brechas persistentes de desigualdad.

Como señalan estudios recientes, la calidad de la gestión sanitaria y el fortalecimiento de las capacidades operativas del sistema se asocian con mejores resultados de desarrollo humano, en la medida en que permiten transformar el financiamiento en servicios accesibles y continuos. Esta relación no se explica únicamente por el nivel de gasto, sino por la capacidad institucional para organizar la provisión, coordinar actores y sostener intervenciones prioritarias en el territorio. En ese marco, una gestión eficiente del sistema de salud refuerza el vínculo entre inversión pública y bienestar

social, al reducir interrupciones en la atención y mejorar la respuesta frente a necesidades sanitarias recurrentes, especialmente en contextos con desigualdad territorial (Kara, 2025; Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023).

En el caso de Ecuador, el aumento del esfuerzo fiscal en salud y las reformas institucionales asociadas han permitido ampliar capacidades del sistema en distintos momentos; sin embargo, persisten limitaciones vinculadas a la sostenibilidad del financiamiento y a la eficiencia en la asignación y ejecución del gasto. En términos prácticos, los desafíos se expresan en brechas territoriales que afectan la disponibilidad de servicios, la dotación de personal y la capacidad resolutoria del primer nivel de atención, especialmente en zonas rurales y regiones con mayores barreras geográficas. Por ello, el análisis del financiamiento sanitario requiere considerar no solo la trayectoria agregada del gasto, sino también su

estabilidad y su orientación territorial, dado que estos factores condicionan la posibilidad de traducir la inversión en acceso efectivo y protección financiera (Banco Mundial, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024; OCDE, 2023).

Lo expuesto evidencia desafíos persistentes en la distribución y eficiencia del gasto público en salud. En la práctica, las brechas de acceso se asocian con cómo se asignan los recursos entre niveles de atención, con la distribución territorial de la oferta, con la capacidad de gestión para transformar presupuesto en servicios efectivos y con el grado de protección financiera de los hogares. En este marco, resulta prioritario orientar la asignación presupuestaria con criterios técnicos verificables, sustentados en indicadores objetivos como la densidad de personal de salud, la cobertura efectiva de atención primaria, la población no afiliada a la seguridad social y el nivel de gasto de bolsillo, en coherencia con

las necesidades reales de cada territorio (Banco Mundial, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024; Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017; OCDE, 2023; Piatti-Fünfkirchen & Smets, 2019).

De acuerdo con Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2017), el aumento del gasto en salud no se traduce automáticamente en mejoras tangibles si no va acompañado de planificación estratégica, gestión eficiente y supervisión territorial. En la misma línea, Tandon y Cashin (2010) señalan que la expansión del espacio fiscal para la salud depende tanto de la existencia de mecanismos adecuados de asignación de recursos como de una gestión financiera pública sólida. Además, existe una falta de enfoques integrados que consideren factores sociales como la migración interna o el empleo informal, lo cual obstaculiza el progreso en indicadores clave de salud como la

cobertura de atención primaria, la disponibilidad de personal médico por habitante, la tasa de vacunación infantil y la reducción del gasto de bolsillo de los hogares.

En este sentido, la OMS ha señalado que las iniciativas de salud en el lugar de trabajo se asocian con una reducción del ausentismo por enfermedad (World Health Organization, 2021). De manera consistente, la evidencia empírica sugiere que mejoras en el bienestar y la salud de los trabajadores se vinculan con incrementos de productividad.

En Ecuador, los datos de la Encuesta de Empleo, Desempleo y Subempleo del INEC (2023a) permiten identificar que una proporción relevante de las inasistencias laborales se asocia a causas de salud prevenibles, lo que se traduce en pérdidas económicas estimadas en alrededor del 0,8% del ingreso nacional anual. Este resultado refuerza la necesidad de fortalecer la

inversión en salud preventiva como una estrategia clave para mejorar el bienestar social y la productividad.

En este punto, es importante destacar las limitaciones estructurales en la información y en la evaluación del gasto. Uno de los principales obstáculos para que la inversión pública en salud tenga un impacto real en Ecuador es la fragmentación de los sistemas de información y la falta de articulación entre diversas bases de datos administrativas. Esta desconexión impide realizar análisis integrados que vinculen los costos de la atención médica con los resultados de salud a nivel territorial. Orozco *et al.* (2021) advierten que la ausencia de un sistema de datos sólido limita la capacidad del país para monitorear con precisión la cobertura, la eficiencia y la equidad del sistema, lo que refuerza la necesidad de contar con información estadística desagregada territorialmente para evaluar el desempeño del sistema de salud.

Metodología

El enfoque descriptivo-analítico basado en series temporales agregadas se sustenta en evidencia metodológica reciente que recomienda utilizar trayectorias anuales de gasto, cobertura y protección financiera para identificar patrones y brechas sin atribuir causalidad directa (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2020). En esa línea, la medición del acceso efectivo en contextos de cobertura universal requiere complementar indicadores de financiamiento con medidas de utilización y de inequidades, a fin de capturar diferencias territoriales que no se explican únicamente por el nivel global del gasto. Asimismo, la incorporación del gasto de bolsillo como proxy de protección financiera responde a la literatura que documenta su relación con gasto catastrófico e impoverishment, útil para interpretar restricciones de acceso desde el riesgo económico de los hogares. Finalmente, se consideró

que la lectura del esfuerzo fiscal debe contextualizarse con la capacidad de gestión y ejecución presupuestaria, dado que la evidencia muestra que la gestión financiera pública condiciona la conversión del financiamiento en provisión efectiva de servicios (Piatti-Fünfkirchen & Schneider, 2018).

El año 2024 se incorporó como un dato estimado preliminar, calculado mediante la aplicación del porcentaje de gasto corriente en salud (CHE, % del PIB) observado en la última serie disponible sobre el PIB nominal anual proyectado por las entidades nacionales, con fines exclusivamente descriptivos. Este ejercicio asume una estabilidad relativa en la relación gasto-PIB y no pretende capturar variaciones coyunturales de corto plazo; por tanto, su interpretación debe realizarse a nivel metodológico, en coherencia con el enfoque descriptivo-comparativo del estudio. La estimación no sustituye registros consolidados ni se utiliza para inferencias causales, sino que permite

mantener la continuidad temporal de la serie y contextualizar la evolución reciente del esfuerzo fiscal en salud.

Se consideraron cuatro grupos de indicadores: (i) esfuerzo fiscal en salud, aproximado mediante el gasto corriente en salud como porcentaje del PIB (CHE, % del PIB); (ii) volumen de recursos, presentado como referencia fiscal agregada; (iii) disponibilidad y acceso, a través de medidas reportadas por fuentes oficiales sobre dotación de personal y cobertura de atención primaria; y (iv) protección financiera, mediante la participación del gasto de bolsillo. En coherencia con la literatura sobre trayectorias de gasto y evaluación comparativa de financiamiento sanitario, estos indicadores se emplearon para construir una lectura anual y, cuando la fuente lo permite, una lectura territorial básica que permita identificar patrones consistentes o desajustes entre el esfuerzo fiscal y el acceso observado (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator

Network, 2017; Piatti-Fünfkirchen & Smets, 2019; Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023).

Procedimiento analítico. Se describe la evolución del gasto y se explora su correspondencia temporal con indicadores de acceso, incorporando una lectura territorial básica (urbano-rural y regiones) para contextualizar las variaciones observadas. Sobre las series anuales se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión — media, desviación estándar, coeficiente de variación y varianza— con el propósito de evaluar la estabilidad del financiamiento sanitario y detectar años de ruptura o ajuste, tal como sugieren los reportes del MSP (2022, 2023) y las cuentas nacionales del BCE (2025b).

Antes del cálculo se unificaron las unidades monetarias (USD y millones de USD) para evitar distorsiones entre fuentes. No se aplicaron pruebas de correlación ni modelos de tendencia inferencial, dado que el objetivo del

estudio fue descriptivo-comparativo, orientado a examinar de manera sistemática la consistencia entre el esfuerzo fiscal en salud y los resultados observados de acceso, con énfasis territorial. El procesamiento se efectuó en hoja de cálculo y los resultados se organizaron en tablas con formato APA para su presentación en el capítulo de resultados.

Resultados

Los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2022 aportan un punto de contraste empírico para contextualizar el acceso efectivo a la atención médica en Ecuador desde una perspectiva territorial. En particular, la información censal permite observar diferencias relevantes entre zonas urbanas y rurales, así como entre regiones, lo que resulta útil para interpretar la evolución del esfuerzo fiscal en salud sin suponer que el aumento agregado del gasto se traduce de manera uniforme en el territorio.

A continuación, se resumen los principales resultados de acceso a la salud:

Tabla 1

Cobertura de salud según lugar de residencia (Censo INEC, 2022)

Zona / Región	Población con acceso a servicios de salud (%)	Afiliación a IESS o MSP (%)
Urbana	87,40%	79,20%
Rural	65,80%	52,40%
Región Costa	76,90%	70,50%
Región Sierra	81,30%	73,20%
Región Amazonía	61,40%	48,60%

Nota. Acceso: uso efectivo de servicios cuando se necesitan. Afiliación: adscripción a IESS o MSP (no excluyentes). Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2023a), Censo de Población y Vivienda 2022: Resultados definitivos...

Según la Tabla 1, la Amazonía muestra el nivel más bajo de cobertura de salud, podría ser consistente con la distribución geográfica de los fondos otorgados.

De acuerdo con la Tabla 1, la Amazonía concentra los valores más bajos tanto en acceso como en afiliación, mientras que las zonas

urbanas mantienen los niveles más altos. Este patrón sugiere que la lectura del acceso requiere incorporar criterios territoriales y capacidades resolutorias locales, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso. En este sentido, la discusión regional reciente enfatiza que fortalecer la atención primaria y orientar recursos según necesidades territoriales constituye un elemento clave para reducir desigualdades persistentes (CEPAL, OMS & OPS, 2024; Herrera *et al.*, 2025; OCDE, 2023).

En el presente documento, indicadores como densidad de profesionales, cobertura de atención primaria y gasto de bolsillo se emplean como referencias de contexto a partir de anuarios y reportes oficiales, sin desarrollar series independientes adicionales en tablas separadas. Por esta razón, la presentación tabular se concentra en dos ejes: (a) el componente territorial censal (Tabla 1) y (b) la evolución fiscal y macro del financiamiento sanitario en el periodo

2010–2024 (Tabla 2). En este marco, expresiones como “gasto de bolsillo elevado” se entienden como caracterizaciones descriptivas basadas en proporciones reportadas por fuentes internacionales y oficiales, relevantes para la protección financiera de los hogares (Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; Wagstaff *et al.*, 2018).

En Ecuador, las consultas médicas promedio varían, lo que refleja desigualdades en la distribución de recursos entre regiones del país. La inversión pública debe centrarse en mejorar indicadores como la frecuencia promedio de consultas médicas por habitante, la disponibilidad de profesionales por cada 1.000 personas y la cobertura de atención primaria, con el fin de garantizar una atención justa y efectiva en todo el territorio.

Este conjunto de datos complementarios —obtenido de los

anuarios estadísticos de salud del INEC (2023a) y de los informes de inversión del Ministerio de Salud Pública (2022–2023)— refuerza la lectura territorial del acceso a la salud. Como se observa, el número de profesionales por cada mil habitantes ha crecido de forma constante, lo cual sugiere un esfuerzo sostenido en la dotación de personal clínico. Sin embargo, el gasto de bolsillo sigue siendo elevado, particularmente en comparación con países con niveles similares de inversión pública, lo que confirma que los hogares ecuatorianos aún enfrentan barreras económicas para acceder a los servicios de salud.

Aclaración sobre indicadores complementarios. En este apartado, la densidad de profesionales de la salud, la cobertura de atención primaria y el gasto de bolsillo se emplean como referencias contextuales, sustentadas en anuarios estadísticos e informes oficiales (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2023b;

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022, 2023), y no como series analíticas desarrolladas de forma independiente. Por esta razón, no se incorporan tablas adicionales por indicador. La presentación tabular se concentra en los dos ejes estructurales del análisis: por un lado, la cobertura y la afiliación por territorio, reportadas en la Tabla 1 y la Figura 1 (Censo INEC 2022); por otro, la evolución fiscal del periodo 2010–2024, expresada como porcentaje del PIB y asignación estimada, presentada en la Tabla 2. En este marco, expresiones como “gasto de bolsillo elevado” deben entenderse como una referencia descriptiva basada en fuentes oficiales, sin constituir un análisis inferencial independiente.

En este marco, expresiones como “gasto de bolsillo elevado” deben entenderse como una caracterización descriptiva basada en proporciones reportadas por fuentes oficiales a nivel país. El nivel de análisis se mantiene

principalmente nacional, incorporando desagregación territorial únicamente cuando existe evidencia censal comparable entre áreas urbano–rurales y regiones.

Además, la evolución de la cobertura de atención primaria muestra una mejora sostenida en el periodo analizado; sin embargo, persisten brechas cualitativas y territoriales, sobre todo en las zonas rurales y amazónicas ya identificadas en la Tabla 1 y en la Figura 1. En conjunto, estos indicadores complementarios — disponibilidad de profesionales por cada 1.000 habitantes, gasto de bolsillo y cobertura de atención primaria— coinciden en señalar que el incremento del gasto público no ha sido suficiente para homogeneizar el acceso en todo el territorio, por lo que su lectura debe realizarse de manera articulada con la serie fiscal presentada en la Tabla 2.

Tabla 2

Estimación del gasto corriente en salud (CHE) como porcentaje del PIB y referencia fiscal agregada en Ecuador (2010–2024)

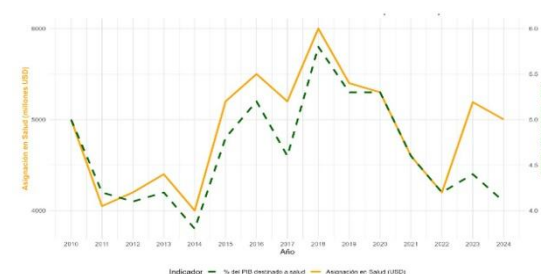
Año	Gasto corriente en salud (CHE, % del PIB)	Presupuesto General del Estado (millones USD)	Asignación estimada en salud (millones USD)
2010	5,0 %	16.200,10	5.000,00
2011	4,2 %	23.950,25	4.050,00
2012	4,1 %	30.025,35	4.200,00
2013	4,2 %	32.366,83	4.400,00
2014	3,8 %	34.300,64	4.000,00
2015	4,8 %	36.317,12	5.200,00
2016	5,2 %	29.835,10	5.500,00
2017	4,6 %	36.818,13	5.200,00
2018	5,8 %	34.853,37	6.000,00
2019	5,3 %	35.529,39	5.400,00
2020	5,3 %	32.526,01	5.300,00
2021	4,6 %	32.948,64	4.600,00
2022	4,2 %	33.899,73	4.200,00
2023	4,4 %	31.503,00	5.192,00
2024	4,1 % (estimado preliminar)	35.536,00	5.002,00

Nota. El porcentaje del PIB destinado al gasto corriente en salud proviene del Banco Mundial, a partir del World Development Indicators (WDI) y de la Global Health Expenditure Database (GHED) de la Organización Mundial de la Salud. La asignación estimada en salud se obtuvo aplicando el porcentaje CHE (% del PIB) al PIB nominal anual, según Cuentas Nacionales del Banco Central del Ecuador, con fines descriptivos y comparativos. El Presupuesto General del Estado se presenta únicamente como referencia fiscal agregada, a partir de información

oficial del Ministerio de Economía y Finanzas, y no representa gasto sanitario ejecutado. Los datos correspondientes a 2024 son preliminares.

Figura 1

Evolución del gasto en salud en Ecuador (2010–2024)



Nota. Serie anual 2010–2024; 2024 = estimado preliminar. Línea discontinua: gasto corriente en salud (CHE, % del PIB) (fuente: WDI/GHED). Línea continua: asignación estimada (USD corrientes) calculada como CHE (% del PIB) × PIB nominal (fuente: BCE, 2025a).

En el periodo 2010–2024, la asignación estimada en salud se ubicó, en términos generales, en un rango aproximado de USD 4,0 a 6,0 mil millones, con valores altos hacia 2018–2019 y una recuperación posterior que incluye el dato preliminar de 2024. De forma paralela, el CHE como porcentaje del PIB mostró variaciones interanuales dentro de un rango moderado, reflejando fases de

expansión y ajuste del esfuerzo fiscal en salud. Esta trayectoria es consistente con la idea de que el financiamiento sanitario opera como un componente estratégico de estabilidad social, aunque su traducción en acceso efectivo requiere observar también el territorio y la protección financiera (Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; Banco Mundial, 2023; OCDE, 2023).

Con el fin de describir la estabilidad de la serie, se calcularon medidas de dispersión sobre la asignación estimada. En conjunto, los resultados sugieren una variación interanual moderada alrededor de la media del periodo, con diferencias suficientes para distinguir años de mayor esfuerzo relativo y años de ajuste. En términos interpretativos, estas métricas ayudan a documentar si el financiamiento mantiene continuidad o si exhibe cambios que podrían tensionar la provisión, sobre todo cuando se considera que las brechas

territoriales tienden a persistir aun con mayores montos agregados (Banco Mundial, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024). En el marco de este estudio, la dispersión se utiliza como evidencia descriptiva de consistencia temporal, no como prueba inferencial.

A esto se suma que el gasto directo de los hogares representó el 32,8% del consumo final en salud, lo que impone una carga económica significativa sobre la población. Esta estimación se sustenta en los registros de la Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial (2023), a partir de la Global Health Expenditure Database y del World Development Indicators, respectivamente. Aunque se observan avances en la cobertura y en la disponibilidad de servicios, persisten desigualdades relevantes en el acceso y la calidad de la atención, especialmente en zonas rurales, amazónicas y de difícil acceso, lo que revela la existencia de una brecha estructural que requiere estrategias de intervención focalizadas.

En este contexto, las medidas de dispersión como la desviación estándar, el coeficiente de variación (CV) y la varianza permiten evaluar la estabilidad del financiamiento sanitario. En regiones como América Latina, donde las decisiones presupuestarias suelen estar influenciadas por factores políticos y económicos inestables, una alta dispersión en el gasto refleja problemas de gobernanza y falta de continuidad en las políticas.

En Ecuador, entre 2010 y 2024, la asignación estimada en salud osciló entre 4,0 y 6,0 mil millones USD. El cálculo de las medidas de dispersión sobre esa serie mostró una desviación estándar de aproximadamente 573 millones USD y un coeficiente de variación de 11,6%, lo que indica una variación moderada respecto a la media anual ($\approx 4,9$ mil millones USD). La varianza fue de alrededor de $0,33 \times 10^6$ millones² USD, suficiente para señalar cierta inestabilidad interanual,

pero no un patrón de volatilidad extrema. Estos valores respaldan la necesidad de políticas de financiamiento más estables y sostenidas para proteger los programas esenciales.

Discusión

En conjunto, los resultados sostienen una lectura consistente: la expansión del esfuerzo fiscal en salud entre 2010 y 2024 convive con brechas territoriales persistentes en el acceso efectivo. La evidencia censal de 2022 muestra brechas persistentes entre zonas urbanas y rurales, así como rezagos marcados en la Amazonía, lo que sugiere que el desafío no se reduce a incrementar recursos, sino a orientar el financiamiento hacia capacidades resolutivas donde el acceso es más frágil. Esta interpretación coincide con hallazgos internacionales que advierten que, en la era de la cobertura universal, los sistemas pueden mantener mortalidad evitable y barreras de atención cuando la calidad, la organización y la

provisión efectiva no acompañan el gasto agregado (Kruk *et al.*, 2018).

Desde el ángulo del financiamiento, la trayectoria del CHE como porcentaje del PIB y la estimación agregada del volumen asociado evidencian variaciones interanuales moderadas, con periodos de expansión y ajuste. Estas oscilaciones, aunque no extremas, son relevantes porque la continuidad fiscal sostiene programas esenciales y evita rupturas operativas que suelen sentirse primero en el primer nivel. Por ello, mirar la estabilidad del financiamiento no es accesorio: describe si el esfuerzo sanitario puede sostenerse sin interrupciones que afecten cobertura, dotación y continuidad de servicios, especialmente en territorios con mayores barreras geográficas (Banco Mundial, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024).

La literatura comparada sobre trayectorias de gasto refuerza esta idea: el gasto en salud produce retornos sociales más claros cuando

se articula con planificación estratégica, gestión financiera pública sólida y criterios explícitos de asignación territorial, en lugar de depender únicamente de aumentos presupuestarios agregados (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017; Piatti-Fünfkirchen & Smets, 2019). En el contexto regional, los diagnósticos recientes subrayan que las brechas en acceso y desempeño tienden a persistir cuando la organización del sistema mantiene segmentación y cuando la asignación no responde a necesidades territoriales medibles (OCDE, 2023; CEPAL, OMS & OPS, 2024).

Un segundo componente clave es la protección financiera. El mantenimiento de niveles elevados de gasto de bolsillo implica que, incluso con mayor gasto total, los hogares continúan absorbiendo una parte relevante del riesgo económico asociado a la enfermedad, lo que limita el acceso efectivo y reproduce desigualdades. En esa línea, la

evidencia en múltiples países confirma que el gasto agregado no reduce automáticamente el gasto catastrófico si no se traduce en esquemas de financiamiento prepago con capacidad redistributiva y reglas que protejan a los grupos más vulnerables (Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023; Wagstaff *et al.*, 2018).

Finalmente, esta discusión conduce a una implicación práctica directa: fortalecer el primer nivel de atención con enfoque territorial no es solo una elección técnica, sino una condición para reducir desigualdades persistentes y mejorar la resiliencia del sistema. La evidencia reciente en América Latina y el Caribe destaca que la resiliencia sanitaria descansa en atención primaria robusta, continuidad del financiamiento y capacidad de respuesta en territorios rezagados (Herrera *et al.*, 2025). En consecuencia, el foco evaluativo debe desplazarse hacia la estabilidad del financiamiento y su orientación territorial, junto con métricas de

desempeño que capturen provisión efectiva y protección financiera de manera integrada (Banco Mundial, 2023; World Health Organization, 2021).

Conclusiones

Los resultados del estudio muestran que, aunque Ecuador incrementó su esfuerzo fiscal en salud durante el periodo 2010–2024, ese avance se expresa de forma heterogénea en el acceso efectivo a servicios básicos cuando se observa el territorio. La evidencia censal de 2022 confirma brechas persistentes entre zonas urbanas y rurales y rezagos marcados en la Amazonía, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la asignación territorial y la capacidad resolutive local como condición práctica para reducir desigualdades (CEPAL, OMS & OPS, 2024; OCDE, 2023).

En paralelo, la trayectoria del gasto corriente en salud como porcentaje del PIB y la estimación agregada del volumen asociado evidencian que la

continuidad del financiamiento es un aspecto relevante para sostener programas esenciales y evitar discontinuidades operativas. En este marco, se vuelve prioritario orientar la asignación hacia el primer nivel de atención, fortalecer la planificación basada en evidencia y consolidar la gestión financiera pública, de modo que la continuidad del financiamiento se traduzca en provisión efectiva de servicios (Banco Mundial, 2023; Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017; Piatti-Fünfkirchen & Smets, 2019).

Asimismo, la protección financiera emerge como un componente central del acceso. La persistencia de gasto de bolsillo elevado implica que los hogares continúan asumiendo una carga económica significativa, lo que limita el uso oportuno de servicios y reproduce desigualdades. En línea con la evidencia comparada, avanzar hacia mecanismos con mayor capacidad redistributiva y reducir el riesgo financiero de los hogares

constituye una condición necesaria para que la cobertura sea efectivamente universal (Wagstaff *et al.*, 2018; Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial, 2023).

Finalmente, el aporte principal del trabajo consiste en articular la lectura del esfuerzo fiscal con el acceso efectivo desde una perspectiva territorial, evitando interpretaciones causales y priorizando evidencia descriptiva verificable. Esta aproximación respalda la necesidad de criterios técnicos de asignación equitativa y de fortalecimiento de la atención primaria como base de resiliencia del sistema, especialmente en contextos de desigualdad geográfica persistente (Herrera *et al.*, 2025; World Health Organization, 2021).

Limitaciones

A pesar del alcance descriptivo-comparativo del estudio, sus conclusiones deben leerse a la luz de tres restricciones metodológicas. En primer lugar, el análisis

se apoya en series agregadas anuales, lo que limita la desagregación territorial y la identificación de variaciones subnacionales de menor escala. En segundo lugar, el trabajo se basa en registros oficiales comparables, pero no incorpora información micro o administrativa que permita aproximar con mayor precisión la ejecución efectiva del gasto y su traducción operativa en oferta de servicios. Finalmente, el dato 2024 se incluyó como una estimación preliminar con fines descriptivos, por lo que su interpretación depende de los supuestos adoptados y no pretende sustituir registros consolidados. En consecuencia, los resultados deben interpretarse como evidencia de patrón temporal y brechas territoriales observables, sin atribución causal directa ni inferencias sobre desempeño local no medido.

Futuras líneas de investigación

A partir de estas limitaciones, se abren líneas de investigación complementarias. Primero, incorporar mediciones más desagregadas permitiría contrastar la evolución del esfuerzo fiscal con resultados de acceso a escala provincial o cantonal, identificando focos críticos y

heterogeneidad territorial. Segundo, se recomienda profundizar en la medición del gasto sanitario distinguiendo con mayor precisión entre gasto público total en salud, presupuesto aprobado y gasto efectivamente ejecutado, así como entre subsistemas cuando la disponibilidad de datos lo permita. Tercero, el componente 2024 puede fortalecerse mediante escenarios alternativos (conservador/base/alto) y una verificación de sensibilidad que muestre el grado en que cambian las conclusiones si varían los supuestos. Finalmente, futuras investigaciones podrían integrar información administrativa y/o indicadores de capacidad instalada para aproximar con mayor detalle los mecanismos mediante los cuales el financiamiento se convierte en provisión efectiva y protección financiera de los hogares.

Declaraciones

Conflictos de interés.

Los autores declaran **no** tener conflictos de interés financieros, personales o institucionales que

pudieran influir en los resultados de este estudio.

Financiamiento.

Este trabajo **no** recibió financiación específica de agencias públicas, comerciales o sin fines de lucro.

Aprobación ética y consentimiento.

El estudio utiliza datos secundarios públicos/administrativos sin información personal identificable; por lo tanto, no requirió revisión por un comité de ética ni consentimiento informado.

Contribución de autoría (CRediT).

Conceptualización: Ana Paulette Iza Ortega, Didania Elizabeth Bravo Calero.

Metodología: Carlos Bolívar Sarmiento Chugcho.

Curación de datos: Lady Andrea León Serrano.

Análisis formal: Carlos Bolívar Sarmiento Chugcho.

Investigación: Martha Jaroslava Guerrero Carrasco, Lady Andrea León Serrano.

Redacción del borrador original: Ana Paulette Iza Ortega.

Redacción – revisión y edición: Carlos Bolívar Sarmiento Chugcho, Martha Jaroslava Guerrero Carrasco.

Visualización: Ana Paulette Iza Ortega.

Supervisión: Carlos Bolívar Sarmiento Chugcho.

Disponibilidad de datos

Las series de datos y el código empleados en el análisis están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia, con fines académicos y de replicación. El uso de la información se rige por las políticas de acceso y reutilización establecidas por las fuentes oficiales correspondientes (INEC, MSP, BCE, WHO–GHED y World Development Indicators).

Uso de herramientas de IA.

Los autores utilizaron herramientas de inteligencia artificial generativa exclusivamente como apoyo en tareas de redacción y edición (por ejemplo, mejora de claridad, corrección de estilo y revisión lingüística). No se emplearon para generar datos, realizar cálculos, producir resultados, ni para interpretaciones sustantivas del análisis. Los autores revisaron y validaron el contenido final y asumen plena responsabilidad por la exactitud, originalidad y trazabilidad del manuscrito; en consecuencia, las herramientas de IA no figuran como autoras ni cumplen criterios de autoría.

Referencias

- Banco Central del Ecuador. (2025a). *Boletín analítico de estadísticas de finanzas públicas: Estadísticas del sector fiscal (enero 2025)*. https://contenido.bce.fin.ec/documentos/Estadisticas/SectorFiscal/informes/InformeOGG_202502.pdf
- Banco Central del Ecuador. (2025b). *Informe de resultados de las cuentas nacionales anuales 2021–2022*. https://contenido.bce.fin.ec/documentos/informacioneconomica/cuentasnacionales/anuales/informeCNA_2021_2022.pdf
- Banco Mundial. (2022). *Construyendo sistemas de salud resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099955001202313910/pdf/P1782990b8379d06d095330b1a51ea0836f.pdf>
- Banco Mundial. (2023). *Gasto en salud como porcentaje del PIB – Ecuador* [Conjunto de datos]. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=EC>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2024). *La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/80763>
- De Allegri, M., Brenner, S., Kambala, C., Mazalale, J., Muula, A. S., Chinkhumba, J., Wilhelm, D., & Lohmann, J. (2020). Exploiting the emergent nature of mixed methods designs: Insights from a mixed methods impact evaluation in Malawi. *Health Policy and Planning*, 35(1), 102–106. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz126>
- Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2017). Future and potential spending on health 2015–40: Development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 389(10083), 2005–2030. <https://doi.org/10.1016/S0140->

- [6736\(17\)30873-5](#)
Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2020). Health sector spending and spending on HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria, and development assistance for health: Progress towards Sustainable Development Goal 3. *The Lancet*, 396(10252), 693–724.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30608-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30608-5)
- Herrera, C. A., Gage, A. D., Joseph, N. T., Rodríguez, D. C., Pacheco-Barrios, K., Eslava-Schmalbach, J., García, P. J., De Andrade, L. O. M., Atun, R., Kruk, M. E., & García-Saisó, S. (2025). Resilience as a cornerstone for primary health care in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health – Americas*, 31, 100847.
<https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100847>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023a). *Censo de población y vivienda 2022: Resultados definitivos*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda-2022>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023b). *Recursos y actividades de salud (RAS): Información histórica*.
<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/recursos-y-actividades-de-salud-informacion-historica/>
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J., Berkley, S., Binagwaho, A., Bustreo, F., Evans, D., Feachem, R. G. A., Frenk, J., Ghosh, G., Goldie, S. J., Guo, Y., Gupta, S., Horton, R., Kruk, M. E., Mahmoud, A., Mohohlo, L. K., & Soucat, A. (2013). Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898–1955.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62105-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62105-4)
- Kara, B. (2025). Health indicators and human development: Developing a new health governance index with the case of Türkiye. *BMC Health Services Research*, 25, 920.
<https://doi.org/10.1186/s12913-025-13007-x>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203–2212.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Análisis del gasto en salud 2017–2021*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Estadísticas de inversión pública y servicios de salud* [Base de datos]. Salud en Cifras – Ministerio de Salud Pública.
- OCDE. (2023). *Panorama de la salud: América Latina y el Caribe 2023*. OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>
- Organización Panamericana de la Salud. (2024). Informe del bienio 2022–2023: Reconstruir mejor. Una vía resiliente hacia la equidad en el acceso a vacunas, medicamentos y suministros de salud pública.
<https://pbdigital.paho.org/es/reporte-fin-de-bienio-2022-2023/>
- Organización Mundial de la Salud, & Banco Mundial. (2023). *Seguimiento de la cobertura universal de salud: Informe mundial 2023*.

- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>
- Orozco, F., Guaygua, S., López Villacis, D. H., Muñoz, F., & Urquía, M. L. (2021). Vinculación de datos administrativos y su utilidad en salud pública: El caso de Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e9.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.9>
- Piatti-Fünfkirchen, M., & Schneider, P. (2018). From stumbling block to enabler: The role of public financial management in health service delivery in Tanzania and Zambia. *Health Systems & Reform*, 4(4), 336–345.
<https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1513266>
- Piatti-Fünfkirchen, M., & Smets, L. (2019). Public financial management, health financing and under-five mortality: A comparative empirical analysis (IDB Working Paper No. IDB-WP-01057). Inter-American Development Bank.
<https://doi.org/10.18235/0001561>
- Tandon, A., & Cashin, C. (2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. World Bank.
<https://documents.worldbank.org/curated/en/333671468330890417/Assessing-public-expenditure-on-health-from-a-fiscal-space-perspective>
- [from-a-fiscal-space-perspective](https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053)
Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smits, M.-F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., van Wilgenburg, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169–e179.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- World Health Organization. (2021). *World health statistics 2021: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund. (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: Monitoring health systems through a primary health care lens*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352205/9789240044210-eng.pdf?sequence=1>

El texto que se publica es de exclusiva responsabilidad de sus autores y no expresa necesariamente el pensamiento de la editorial de la Revista Iberoamericana de Innovación Científica JATAUIDA.



Esta Obra Está bajo una Licencia internacional
Creative Commons Atribución – No Comercial – Compartir Igual 4.0

