

**Descripción y análisis de la organización y funcionamiento del sistema de salud
ecuatoriano: Una revisión de la literatura**

Mary E. Porter

Dra. Arelis Moore

27 de abril, 2025

Resumen

El objetivo de este informe era investigar el origen, la función y el impacto en la salud de la población del sistema de salud en Ecuador. Este informe no sólo examinó la atención sanitaria, ya que afecta directamente el bienestar de una persona, sino también las reformas políticas que han dado forma a la función de este sistema. Se encontró que Ecuador utiliza el Modelo de Seguridad Social de la organización de salud, que se financia a través del gobierno, empleadores y empleados. Adicionalmente, el sistema de salud ecuatoriano utiliza dos tipos principales de descentralización: La delegación y la desconcentración. Esto permite al gobierno delegar responsabilidades a otros niveles de organización, como los municipios. A través de un análisis de la estructura y función del sistema de salud en Ecuador, se encontró que los grupos vulnerables aún experimentan desigualdades en salud. Debido a esto, es importante realizar más investigaciones sobre cómo disminuir estas barreras. Como sugiere la literatura actual, hay algunas maneras de mejorar el acceso a la atención médica para grupos vulnerables como los pobres. Algunas de estas recomendaciones consisten en mejorar las condiciones de las carreteras y aumentar el número de médicos en las zonas rurales. Esta revisión incluyó literatura de los últimos 17 años que analizó el sistema de salud en Ecuador. La literatura incluía artículos científicos, libros, informes gubernamentales, leyes y sitios web publicados a través de organizaciones gubernamentales. Para ser incluida, la literatura tenía que provenir de una fuente de buena reputación, incluir evidencia para apoyar las afirmaciones, y carecer de sesgo. Si alguna literatura no tenía estas cualidades, no se incluyó en este informe.

Introducción

El propósito de este informe no es solo analizar la estructura y función del sistema de salud de Ecuador, sino también examinar su desempeño e impacto en los grupos vulnerables.

Para completar la revisión de la literatura, se incluyeron los siguientes tipos de literatura:

Artículos científicos, libros, informes gubernamentales, leyes y sitios web publicados a través de organizaciones gubernamentales o internacionales. Debido a la falta de recursos creíbles en relación con los datos de salud y la historia del Ecuador, se incluyó literatura de los últimos 17 años. Los criterios de inclusión fueron relevancia para el tema, información respaldada por evidencia, falta de sesgo y literatura publicada por instituciones y/o autores de buena reputación. Los criterios de exclusión fueron la falta de relevancia, la presencia de sesgo, editores poco acreditados y la falta de evidencia. Este informe tiene como objetivo responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo está estructurado el sistema de salud en Ecuador? ¿Cómo muestran los resultados de salud las fortalezas y debilidades del sistema de salud ecuatoriano? Para responder a estas preguntas, en este informe se discutirá el modelo de organización del sistema de salud, los procesos de descentralización, los procesos de reforma, la dimensión económica del sistema de salud, una evaluación de las condiciones y el desempeño del sistema de salud, un análisis del sistema y unas conclusiones y recomendaciones sobre el sistema de salud de Ecuador.

Ecuador es un pequeño país en Sudamérica que limita con Colombia y Perú. En 2024, su población total era de 18.309.984, con 9.023.170 hombres y 9.286.814 mujeres (Central Intelligence Agency [CIA], 2025). Según una hoja informativa de la CIA (2025.), más de la mitad de esta población (64,8%) vive en zonas urbanas. Esta hoja informativa también afirma que el 26,8% de la población tiene 0-14 años, el 64,1% de la población tiene 15-64 años y solo el 9,1% de la población tiene 61 años o más. La composición étnica de la población es variada, y aproximadamente el 77,5% de la población es mestiza, es decir, indígena mixta y blanca. Sin embargo, hay varios otros grupos étnicos, incluyendo montubio (7,7%), indígenas (7,7%), afroecuatorianos (2%), negros (1,3%), blanco (2,2%) y mulato (1,4%) (CIA, 2025). En las

últimas décadas, Ecuador ha acogido a muchos inmigrantes y refugiados, muchos de los cuales vienen de Colombia, Haití, Cuba o Venezuela. A partir de 2021, los inmigrantes y refugiados representaban entre el 3 y el 5% de la población total de Ecuador (CIA, 2025).

La economía ecuatoriana es otra consideración importante cuando se discute la salud de la población. Según la hoja informativa de la CIA (2025), a partir de 2023, el Producto Bruto Interno [PIB] per cápita del país era de 500 dólares, y a partir de 2021, el 8,3% del PIB se destinaba a la salud. En el mismo año, Ecuador gastó el 3,7% de su PIB en educación.

Desafortunadamente, muchas personas en el Ecuador experimentan desigualdad de ingresos, en particular los indígenas o los que viven en zonas rurales. Según la CIA (2025), en 2022, el 25,2% de la población vivía por debajo del umbral de pobreza. Al año siguiente, el coeficiente del índice de Gini, que representa la distribución del ingreso en una escala de 0 a 100, fue de 44,6. Esto indica un nivel bastante alto de desigualdad de ingresos (CIA, 2025). Además, según lo indicado por United Nations Children's Fund (UNICEF, n.d.), como aproximadamente el 95% de los niños en edad de asistir a la escuela primaria, el 83% de los jóvenes en edad de asistir a la escuela secundaria inferior y el 71% de los jóvenes en edad de cursar la escuela secundaria superior asisten a la escuela. Solamente alrededor del 42% de la población tiene acceso a servicios de saneamiento gestionados de manera segura, y solo el 67% de la población tiene acceso a agua potable gestionada de manera segura (UNICEF, n.d.).

Aunque son similares, las principales causas de muerte en Ecuador varían según el sexo. Según lo indicado por World Health Organization (WHO, n.d.), en el caso de los hombres, las cinco principales causas de muerte son el COVID-19, la cardiopatía isquémica, las lesiones viales, el accidente cerebrovascular y las infecciones respiratorias inferiores. Para las mujeres, las cinco principales causas de muerte son COVID-19, cardiopatía isquémica, derrames

cerebrales, enfermedad renal e infecciones respiratorias inferiores (WHO, n.d.). La incidencia del Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) y la malaria es de 0,12 y 0,15 por 1.000 habitantes, respectivamente. La incidencia de la tuberculosis es de 58 por 100.000 y ha seguido aumentando desde 2022 (WHO, n.d.). Además, la tasa de mortalidad materna es de 66 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad infantil es de 11,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (CIA, 2025.).

Como se explica por De la Torre et al. (2008), cuando los españoles llegaron a Ecuador a principios del siglo XVI, el Imperio Inca estaba en pleno control de la tierra. Entre 1533 y 1534, un teniente llamado Sebastián de Belalcázar dirigió una misión para establecer el primer asentamiento español en San Francisco de Quito. Durante los siguientes 200 años, Ecuador permaneció bajo dominio español (De la Torre et al., 2008). Según lo indicado por United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, n.d.), aunque hay muchos individuos que lucharon por la independencia de Ecuador de España, dos de las personas más notables involucradas fueron Manuela Sáenz y Simón Bolívar. Nacido en 1783, Simón Bolívar (el “Libertador”) luchó por la independencia de muchos países sudamericanos, incluyendo Colombia, Ecuador, Perú y la República Bolivariana de Venezuela. También presentó la idea de la unión latinoamericana y abogó por los derechos indígenas (UNESCO, n.d.). Según De la Torre et al. (2008), Manuela Sáenz, conocida como la Libertadora del Libertador, jugó un papel clave en la independencia de Ecuador. Conoció a Bolívar en Quito a principios del siglo XIX, y lo ayudó a defender los derechos de las mujeres y la independencia sudamericana hasta que murió en 1830. Ese mismo año, Ecuador finalmente se independizó de España. Como se explica por De la Torre et al. (2008), en 1830, Juan José Flores, quien era comandante bajo Bolívar, se convirtió en el primer presidente de Ecuador. Bajo el control de Flores, los militares, los grandes

terratenientes y la iglesia tenían una cantidad significativa de poder. El próximo presidente, García Moreno, estableció a Ecuador en los mercados comerciales mundiales a través de la exportación de cacao (De la Torre et al., 2008). Aunque la industria del cacao colapsó en la década de 1920, ya había generado los fondos necesarios para dar lugar a una clase media compuesta por trabajadores, burócratas e intelectuales (De la Torre et al., 2008).

Según De la Torre et al. (2008), en 1926, se creó el Partido Socialista, que obtuvo muchas de sus ideas de inmigrantes, marineros e intelectuales ecuatorianos. Luego, en 1931, el Partido Socialista se dividió para formar el Partido Comunista. Durante los siguientes 30 años, estos partidos existieron con un objetivo similar en mente: Inculcar el cambio político en Ecuador. Mientras el Partido Comunista se centraba en ayudar a los trabajadores, campesinos y artesanos, el Partido Socialista introdujo candidatos políticos y se involucró en conspiraciones y revueltas (De la Torre et al., 2008). Como se explica por De la Torre et al. (2008), en 1979, Ecuador se alejó de los líderes populistas y se dirigió hacia la democracia. Sin embargo, este cambio marcó el comienzo de la inestabilidad política en el país. Una debilidad significativa del gobierno ecuatoriano se encuentra en la constante lucha por el poder de muchos partidos políticos. Debido a la rivalidad entre los líderes de estos partidos, es difícil formar una mayoría en el Congreso. Debido a esto, entre 1996 y 2006, Ecuador tuvo siete presidentes y dos Constituciones (De la Torre et al., 2008). Según Granda y Jimenez (2019), al igual que el estado político de Ecuador, el sistema de salud ecuatoriano ha implementado muchos cambios en las últimas décadas. En 1996, la inestabilidad política dio lugar a muchos resultados negativos dentro del sistema de salud, como el empeoramiento de la infraestructura, los recortes presupuestarios y el aumento de los costos de bolsillo. Debido a esto, se introdujo la Constitución de 1998, que priorizó la equidad en salud, la universalidad, la eficiencia y la calidad (Granda & Jiménez, 2019). Varios años más

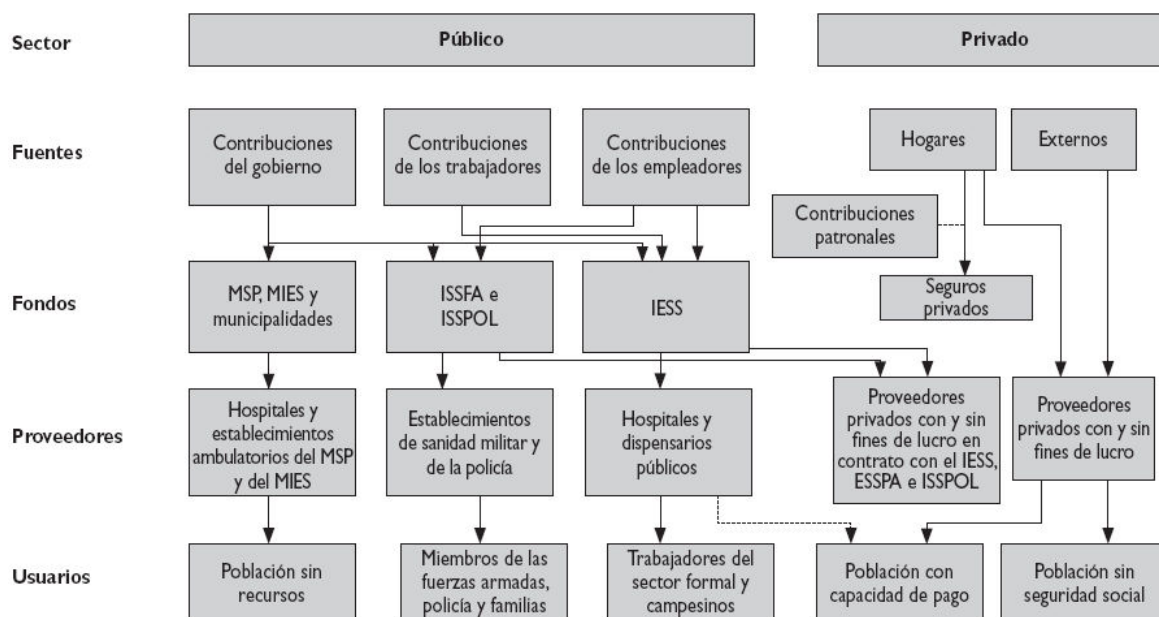
tarde, en 2001, se estableció la Ley de Seguridad Social. Según Granda y Jiménez (2019), esta ley estableció el papel de Ecuador en el Sistema Nacional de Seguridad Social, que incluye al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto Nacional de Seguridad Social de la Policía (ISSPO). Más tarde, en 2008, se promulgó la Constitución con el fin de hacer hincapié en cuestiones de política tales como el saneamiento del agua, la electricidad, la educación y otras esferas de la salud (Granda & Jiménez, 2019).

El modelo de organización del sistema de salud de Ecuador

El sistema de salud de Ecuador es universal y prioriza la salud de todos los ciudadanos. Según Porras Velasco (2017), el sistema de salud de Ecuador está organizado con base al Modelo de Seguridad Social o Modelo Bismark (Figura 1). La financiación del Modelo de Seguridad Social se inspira en el modelo Bismarck, que se fundamentó en el uso del seguro social para los trabajadores de las fábricas. Comparativamente, el marco moral del Modelo de Seguridad Social se inspiró en el modelo de Beveridge, que tiene como objetivo proporcionar cobertura universal de salud a las personas, incluso si están desempleadas (Porras Velasco, 2017). Ecuador implementó este modelo por primera vez en 1928 a través del Fondo de Pensiones, que proporcionó pensiones de jubilación y cobertura para muchos trabajadores. Varios años más tarde, en 1935, se aprobó la Ley de Seguridad Social Obligatoria, que posteriormente fue reformada para cubrir el seguro de salud (Porras Velasco, 2017).

Figura 1

El modelo de organización del sistema de salud de Ecuador



En Ecuador, el financiamiento de la salud proviene de diversas fuentes. Según un artículo de Lucio et al. (2011), en Ecuador, el financiamiento del modelo de organización de salud es tripartito, es decir, el gobierno, los empleados y los empleadores pagan los servicios de salud a través de la seguridad social. Además, este artículo encontró que este sistema cuenta con sectores de salud tanto privados como públicos. En el sector público, hay muchas instituciones que administran la atención de la salud. Estas instituciones incluyen el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios municipales de salud y diversas instituciones de seguridad social. Las instituciones de seguridad social son el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Todas estas instituciones tienen funciones distintas (Lucio et al., 2011).

Aunque hay muchas instituciones en Ecuador que administran fondos, el MSP es el administrador principal. Según Lucio et al. (2011), el MSP cubre más del 50% de los servicios de salud en Ecuador, incluyendo el 47% de las instalaciones para pacientes ambulatorios y hospitalizados y muchos hospitales grandes. La población no asegurada está cubierta por

programas de salud en el marco del MIES y los municipios. Por lo tanto, los hospitales participantes y las clínicas ambulatorias son los proveedores de MSP, MIES y municipios (Lucio et al., 2011). En comparación, las personas empleadas reciben cobertura a través de las instituciones de seguridad social, en función de su empleo. Como se explica por Lucio et al. (2011), existen establecimientos especiales para los miembros de las fuerzas armadas y de la policía y sus familias. Estos establecimientos son administrados por el ISSFA y el ISSPOL, Además, los trabajadores y campesinos pueden utilizar hospitales y dispensarios públicos, que están cubiertos por el IESS. Además de los utilizar hospitales y dispensarios públicos, existen entidades con fines de lucro y sin fines de lucro que están en contrato con ISSPOL y el IESS (Lucio et al., 2011). Las entidades con fines de lucro (incluyendo hospitales, oficinas médicas, farmacias, etc.) y las organizaciones sin fines de lucro forman parte del sector privado de la salud. Según Lucio et al. (2011), en este sector, los usuarios son aquellos que tienen la capacidad de pagar o no tienen seguridad social. Por lo tanto, las fuentes externas, como las entidades sin ánimo de lucro o con fines de lucro y el hogar son las principales fuentes de fondos en este sector. En las grandes ciudades, existen aproximadamente 10.000 centros privados de atención ambulatoria en los que los usuarios realizan pagos de bolsillo en el momento de la atención (Lucio et al., 2011).

Los procesos de descentralización de la gestión del sistema de salud de Ecuador

Existen dos tipos de descentralización en Ecuador, que ayudan a delegar funciones del nivel estatal al nivel municipal. Como se define en la Ley Especial de Descentralización de la Salud y Participación Social, la descentralización de la atención de la salud puede definirse como la transferencia de funciones, responsabilidades y recursos del nivel central al nivel local del gobierno (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 1997).

Dentro de la descentralización, hay varios otros procesos importantes, incluida la desconcentración. Esto puede definirse como el proceso por el cual los niveles superiores de entidades u organizaciones públicas transfieren sus funciones y recursos a niveles inferiores de entidades u organizaciones públicas (ACNUR, 1997). Mientras que el MSP controla la mayoría de las funciones de salud en Ecuador, ciertas responsabilidades se delegan al nivel municipal. Como establece la Ley de Régimen Municipal, las funciones programáticas y de mantenimiento se transfieren a los municipios (Georgetown University, 1971). Algunas de las funciones incluyen asegurarse de que los establecimientos de salud cumplan con los requisitos del MSP, organizar y mantener los servicios de asistencia social, como los centros de protección infantil y desarrollar programas. Este se considera como la transferencia de responsabilidades con transferencia de recursos correspondientes (Georgetown University, 1971).

El sistema de salud de Ecuador también utiliza el proceso de delegación dentro de su sistema de salud. La delegación puede definirse como la transferencia de responsabilidades del gobierno central a organizaciones fuera de su control, como las organizaciones no gubernamentales (Ugalde & Homedes, 2008). En Ecuador, hay muchos hospitales privados sin fines de lucro que contratan con el IESS, entre ellos la Fundación Pablo Jaramillo Crespo (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS], n.d.). Se trata de un hospital docente que funciona en la investigación y la formación de médicos. Por lo tanto, las funciones de recursos humanos se transfieren a este hospital. Esto también se considera la transferencia de responsabilidades con la transferencia de recursos (Hospital Humanitario, n.d.). La implementación de la descentralización de los sistemas de salud en el Ecuador fue un proceso gradual. De 1995 a 2005, Ecuador se preparó y discutió varios cambios estructurales en la salud, incluyendo la descentralización (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2008).

Las reformas del sistema de salud de Ecuador

Tras la toma de posesión del expresidente Rafael Correa en 2007 y la introducción de la Constitución de 2008, Ecuador estableció una serie de reformas integrales en salud. El objetivo principal de estas reformas fue mejorar el acceso a la salud y ampliar la cobertura de la seguridad social (Piedra-Peña & Pior, 2023). Según Granda y Jimenez (2019), estas reformas, que se implementaron de 2007 a 2017, establecieron muchos cambios en el sistema de salud ecuatoriano. Un cambio fue la introducción del Modelo de Atención Integral a la Salud, que enfatizó los esfuerzos de promoción de la salud a través del uso de visitas de atención domiciliaria. Además, estas reformas hicieron que la asistencia sanitaria pública fuera gratuita y aumentaron el gasto sanitario en el PIB del 5,9% en 2006 al 9,2% en 2014 (Granda & Jimenez, 2019). Las reformas también han mejorado la estructura de los sistemas sanitarios. En 2006 había 3.681 establecimientos de salud en el Ecuador. En 2014, este número aumentó a 4.139 (Granda & Jimenez, 2019).

Existen desigualdades de riqueza en Ecuador. Según Brusnahan et al. (2022), 22% de la población en Ecuador gana menos de \$1.22 USD por día. También hay una falta de proveedores de salud quien trabaja en áreas rurales. Además, aproximadamente el 86% de los proveedores públicos y el 96% de los proveedores privados trabajan en zonas urbanas (Brusnahan et al., 2022). Las reformas sanitarias han tenido un efecto moderado en la cobertura de servicios sanitarios en los grupos vulnerables. Según Quizhpe et al. (2019), en 2006, el 42% de la población rural tenía acceso a métodos anticonceptivos, y en 2014, este porcentaje aumentó al 51%. Es importante señalar que para 2014, los indígenas seguían teniendo menos acceso a métodos anticonceptivos (43%) que otros grupos étnicos (49%). Este aumento de la cobertura puede deberse al aumento de las oportunidades económicas, la prevención de la violencia de

género y las estrategias de empleo comunitario (Quizhpe et al., 2020). Además, las reformas sanitarias resultaron en una disminución general de la eficiencia dentro de las instalaciones sanitarias. Sin embargo, hubo un cambio insignificante en la eficiencia en los hospitales de alta tecnología en comparación con los hospitales con menos tecnología. Esto puede deberse a que los hospitales de alta tecnología cuentan con una mayor cantidad de médicos y equipos especializados, lo que mejora su capacidad para manejar un alto volumen de pacientes (Piedra-Peña & Pior, 2023).

Dimensión económica del sistema de salud de Ecuador

El sistema de salud en Ecuador se financia a través de impuestos, contribuciones de empleadores y empleados a través de la seguridad social, fuentes externas y pago directo de los hogares (Organización Internacional del Trabajo [OIT], n.d.). El Estado destina la mayor parte de su presupuesto (que en su mayoría proviene de los impuestos) al MSP. El presupuesto del estado también financia el IESS, el ISSFA y el ISSPOL (OIT, n.d.). Además del financiamiento del estado, las contribuciones de los empleadores proporcionan financiamiento al IESS, el ISSFA y el ISSPOL y las contribuciones de los trabajadores proporcionan financiamiento al IESS (Lucio et al., 2011). Por último, los fondos de los hogares se asignan a los seguros privados y a los proveedores con y sin fines de lucro, y los fondos externos a los proveedores con y sin fines de lucro (Lucio et al., 2011).

Hay muchos indicadores que muestran el gasto en salud en Ecuador, incluyendo el gasto público en salud, que representó el 5,3% del PIB en 2021. A modo de comparación, el gasto público en salud representó el 4,4% del PIB en 2016, lo que muestra un aumento significativo en los últimos cinco años (Organización Panamericana de Salud [OPS], n.d.). Además, entre 2008 y 2014, el gasto total en salud en atención primaria fue 1158 millones (US\$), lo que representó el

11% del presupuesto total. Como referencia, el presupuesto total de atención de salud durante este período fue 10,700 millones (US\$) (Guarderas et al., 2021). Después del tratamiento de la enfermedad y del gasto en equipo e infraestructura, el gasto en atención primaria de salud fue el tercero más alto de todos los indicadores analizados. Esto sugiere que Ecuador gasta más en atención primaria de salud que otras áreas de salud como la salud mental, que representa el 1% del presupuesto total (Guarderas et al., 2021). Finalmente, de 2008 a 2014, la salud materno-infantil representó el 2% del presupuesto total, lo que muestra que Ecuador gasta menos en esta área de salud en comparación con otras áreas como la atención primaria (Guarderas et al., 2021).

Evaluación de las condiciones y el desempeño del sistema de salud de Ecuador

Hay muchos indicadores que se pueden utilizar para evaluar las condiciones del sistema de salud en Ecuador (Tabla 1). Por ejemplo, las causas de muerte mal definida e ignorada y el subregistro de mortalidad son más altas que el promedio de Latinoamérica y el Caribe (LAC), significando que hay un nivel de calidad más bajo en Ecuador (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS], n.d.). Además, la razón de camas hospitalarias es menor que el promedio de LAC (OPS & OMS n.d.). La densidad total de hospitales provinciales por 100.000 habitantes también es menor que el promedio de Guatemala (Global Health Observatory [GHO], n.d.-a). Esto muestra que la cobertura de los servicios de salud de Ecuador es peor que la cobertura en los países latinoamericanos y el Caribe.

También hay muchos indicadores que muestran el desempeño del sistema de salud de Ecuador (Tabla 1). Según la OPS y OMS (n.d.), el gasto del bolsillo en salud como % del gasto corriente en salud es mayor que el promedio de LAC, mostrando que el nivel de eficiencia en Ecuador es peor que en LAC. Sin embargo, el riesgo de contraer gastos catastróficos con la atención quirúrgica en Ecuador es menor en comparación con el promedio de LAC, significando

que, con relación de resultados quirúrgicos, tiene un mejor nivel de eficiencia que el LAC (Grupo Banco Mundial, n.d.). Además, hay menos enfermeras por médico en Ecuador que el promedio de LAC, significando que el nivel de eficiencia técnica es menor en Ecuador (OECD & The World Bank, 2023). La esperanza de vida al nacer es mayor que el promedio de LAC (OPS & OMS, n.d.). Sin embargo, Ecuador tiene un promedio más alto de años de vida ajustados por discapacidad perdidos debido al medio ambiente que el promedio de Guatemala (GHO, n.d.-b). Esto muestra que Ecuador tiene un mayor nivel de eficacia que LAC en lo que respecta a la esperanza de vida. Sin embargo, Ecuador tiene un menor nivel de eficacia que Guatemala en términos de años de vida ajustados por discapacidad debido al clima. En Ecuador y LAC, más personas en las zonas urbanas utilizan fuentes mejoradas de agua potable (OPS & OMS, n.d.). En Ecuador, el promedio de la población rural con estos recursos es inferior al promedio de LAC (OPS & OMS, n.d.). Además, más personas en Ecuador carecen de acceso a los servicios de salud necesarios que el promedio en Guatemala (OECD & The World Bank, 2023). Estas estadísticas muestran que la equidad en salud en Ecuador es peor que el promedio de LAC.

Tabla 1

Los indicadores de las condiciones y el desempeño del sistema de salud de Ecuador

Categoría	Componentes	Indicadores	Valor (Ecuador)	Año (Ecuador)	Valor de Latinoamérica y el Caribe	Año (Latinoamérica y el Caribe)	LAC = Latinoamérica y el Caribe
Condiciones	Calidad	Causas de muerte mal definida e ignorada	5.6%	2019	4.2%	2019	LAC
		Subregistro de mortalidad	17.2%	2019	5.0%	2019	LAC
	Cobertura	Razón de camas hospitalarias	1.3 por 1.000 habitantes	2022	1.7 por 1.000 habitantes	2022	LAC
		Densidad total por 100.000 habitantes: hospitales provinciales	0.2	2013	0.3	2013	Guatemala
Desempeño	Eficiencia	Gasto del bolsillo en salud como % del gasto corriente en salud	30.6%	2021	28.5%	2021	LAC
		Riesgo de contraer gastos catastróficos relacionados con la atención quirúrgica	18%	2022	19%	2022	LAC
	Eficiencia técnica	Proporción de enfermeras por médico	1.1 enfermeras por médico	2022	1.9 enfermeras por médico	2022	LAC
	Eficacia	Esperanza de vida al nacer	77.6	2024	77.1	2024	LAC
		Años de vida ajustados por discapacidad perdidos debido al medio ambiente	709.454	2012	927.237	2012	Guatemala
	Equidad	Población que usa fuentes mejoradas de agua potable; gestionadas con seguridad	74.7% (Urbano) 53.3% (Rural)	2022 2022	80.2% (Urbano) 60.9% (Rural)	2022 2022	LAC LAC
		Proporción de hogares que no recibieron servicios de salud cuando los necesitaron	10.8%	2021	1.1%	2021	Guatemala

Análisis

A través de un análisis de la literatura, se respondió la siguiente pregunta: ¿Cómo está estructurado el sistema de salud en Ecuador? El sistema de salud en Ecuador utiliza el Modelo de organización de la Seguridad Social, que incorpora elementos de los modelos de salud Bismarck y Beveridge. Este sistema está financiado por el gobierno, los empleadores y los empleados, y tiene sectores de salud tanto públicos como privados. Algunas de las instituciones encargadas de administrar los fondos son el MSP, MIES, Municipios, IESS, ISSFA e ISSPOL (Lucio et al., 2011). Este sistema proporciona atención universal a sus ciudadanos, e incluso las personas sin seguridad social pueden acceder a la asistencia sanitaria. Debido a esto, este modelo es más equitativo que otros tipos de organización de salud. Según Lucio et al. (2011), dentro del sector privado, los hogares y las fuentes externas son responsables de administrar los fondos. Los proveedores y usuarios de cada sector varían según la institución. Por ejemplo, el MSP se financia con contribuciones gubernamentales y sus proveedores son hospitales y

establecimientos ambulatorios afiliados. Sus usuarios son personas sin recursos (Lucio et al., 2011). Además, la MSP delega funciones programáticas y de mantenimiento a nivel municipal. Algunas de esas funciones, que se transfieren mediante el proceso de desconcentración, incluyen la elaboración de programas y la organización de servicios de asistencia social (University of Georgetown, 1971). Otro proceso de descentralización dentro del sistema de salud ecuatoriano es la delegación. A través de este proceso, las funciones de recursos humanos se delegan en organizaciones no gubernamentales, como la Fundación Pablo Jaramillo Crespo (Hospital Humanitario, n.d.).

A lo largo de esta revisión bibliográfica, se respondió la siguiente pregunta: ¿Cómo muestran los resultados de salud las fortalezas y debilidades del sistema de salud ecuatoriano? Una fortaleza del sistema de salud de Ecuador es su capacidad para incorporar con éxito las reformas de salud. Entre 2007 y 2017, el Ecuador implementó una serie de reformas de la salud con el objetivo de aumentar el acceso a la atención de la salud y ampliar la cobertura de la seguridad social (Granda y Jiménez, 2019). Estas reformas tuvieron muchos resultados positivos, entre ellos una mayor implantación de instalaciones sanitarias y un mejor acceso a la anticoncepción en las poblaciones vulnerables. Sin embargo, a pesar de la introducción de estas reformas, todavía existe desigualdad de riqueza en Ecuador (Brusnahan et al., 2022). Estas reformas también condujeron a una disminución de la eficiencia sanitaria (Piedra-Peña & Pior, 2023). Estas pueden considerarse debilidades en el sistema de salud de Ecuador. Los cambios en la financiación del sistema se pueden ver a través del gasto público en salud del país, que pasó del 4,4% del PIB en 2016 al 5,3% del PIB en 2021 (OPS, n.d). Además, entre 2008 y 2014, el 11% del presupuesto total de salud se destinó a la atención primaria de salud, el 2% a la salud

maternoinfantil y el 1% a la salud mental (Guarderas et al., 2021). Estos datos muestran que el sistema de salud en Ecuador prioriza el gasto en atención primaria de salud.

Los indicadores de salud en Ecuador muestran más fortalezas y debilidades del sistema de salud. Cuando se compara con el promedio en LAC, el sistema muestra mayores niveles de eficiencia y eficacia para ciertos indicadores. Sin embargo, Ecuador tiene menores niveles de eficiencia al comparar sus costos de salud de bolsillo y años de vida ajustados por discapacidad perdidos debido al medio ambiente con otros países de América Latina y el Caribe. Además, las debilidades del sistema de salud incluyen sus bajos niveles de cobertura, eficiencia técnica, calidad y equidad. Estas debilidades demuestran que el sistema de salud todavía necesita mejorar su desempeño y las condiciones de salud en relación con muchos indicadores. Es importante señalar que solo se compararon unos pocos indicadores con otros países. Por lo tanto, para una representación más precisa del desempeño y las condiciones de salud en Ecuador, se deben analizar más indicadores.

Conclusión y recomendaciones

El sistema de salud en Ecuador se financia principalmente a través de contribuciones gubernamentales, y se esfuerza por brindar atención a todos, independientemente de su situación laboral. A través de varias reformas de salud, el Ecuador ha avanzado en la mejora del acceso a la atención (Granda y Jiménez, 2019). Sin embargo, estas reformas también han disminuido la eficiencia del sistema de salud y han tenido poco impacto en la desigualdad de la riqueza. En comparación con otros países de América Latina y el Caribe, Ecuador tiene peores niveles de eficiencia, eficiencia técnica y equidad. Sin embargo, Ecuador tiene una mejor calidad de atención y una mayor eficacia (OPS & OMS, n.d.; OCDE y Banco Mundial, 2023). Esto demuestra que, aunque el sistema de salud en el Ecuador no es perfecto, ha logrado muchos

resultados positivos en salud, como una mayor esperanza de vida que otros países de América Latina y el Caribe.

Como se ha comentado anteriormente, la pobreza en el Ecuador ha aumentado en los últimos años. Además, las personas de las zonas rurales tienen menos acceso a la atención médica. Según Brusnahan et al. (2022), esto se debe a muchos factores, incluida la falta de proveedores de atención médica en las zonas rurales, las largas distancias a las clínicas y hospitales, y un número limitado de ambulancias. Un estudio encontró que mientras buscaban atención médica, el 82% de los participantes tenían que faltar al trabajo (Brusnahan et al., 2022). Este estudio también sugiere muchas maneras de mejorar el acceso a la atención médica dentro de las comunidades rurales. Una recomendación es implementar un sistema de transporte patrocinado por el gobierno, que ofrecería a los miembros de la comunidad incentivos para llevar a sus vecinos y amigos a citas médicas. Otra forma de reducir el tiempo de viaje para la atención médica es establecer farmacias y clínicas locales (Brusnahan et al., 2022). Adicionalmente, se encontró que en las comunidades rurales de Bellamaría, Chaquizhca y Guara, los ciudadanos tuvieron que contratar camiones o pedir a sus vecinos que los transportaran en situaciones de emergencia. Este problema podría resolverse aumentando el número de ambulancias en la zona y mejorando las condiciones de las carreteras (Brusnahan et al., 2022). Finalmente, Brusnahan et al. (2022) recomienda también la aplicación de un programa similar al del programa *Ohio Physician Loan Repayment Program*. En este programa, el gobierno ofrecería a los médicos de atención primaria incentivos monetarios para alentarlos a trabajar en áreas rurales. Los estudios futuros pueden utilizar el modelo de Health Care Access Barrier Model (HCAB) para realizar más investigaciones en comunidades desatendidas. Como se discutió en Brusnahan et al. (2022), este modelo analiza las barreras al acceso a la atención sanitaria y proporciona un marco para la

medición, el análisis y la presentación de informes. Mediante el uso de este modelo, los investigadores podrían crear e implementar otro estudio que analice las barreras a la atención médica en comunidades rurales de todo el mundo (Brusnahan et al., 2022).

Fuentes

- Aldulaimi, S., & Mora, F. E. (2017). A Primary Care System to Improve Health Care Efficiency: Lessons from Ecuador. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 30(3), 380–383. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.03.160304>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR]. (1997). Ley Especial de Descentralización del Estado y de Participación Social. <https://www.refworld.org/es/leg/legis/acnur/1997/es/130500>
- Brusnahan, A., Carrasco-Tenezaca, M., Bates, B. R., Roche, R., & Grijalva, M. J. (2022). Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. *International Journal for Equity in Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1>
- Central Intelligence Agency [CIA]. (2025, April.). *Ecuador*. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/ecuador/#people-and-society>
- De la Torre, C., Striffler, S., & Kirk, R. (2008). *Ecuador reader: History, culture, politics*. Duke University Press.
- Georgetown University (1971). *Ley de Régimen Municipal*. Base de Datos Políticos de las Américas. <https://pdba.georgetown.edu/Decen/Ecuador/leymunicip.htm>
- Global Health Observatory [GHO]. (n.d.-a). *Total density per 100 000 population: Provincial hospitals*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-density-per-100-000-population-provincial-hospitals>
- GHO. (n.d.-b). *Disability-adjusted life years (DALYs) attributable to the environment (%)*. World Health Organization. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/disability-adjusted-life-years-\(daly\)-attributable-to-the-environment-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/disability-adjusted-life-years-(daly)-attributable-to-the-environment-(-))

Granda, M. L., & Jimenez, W. G. (2019). The evolution of socioeconomic health inequalities in

Ecuador during a public health system reform (2006-2014). *International journal for equity in health*, 18(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0905-y>

Grupo Banco Mundial (n.d.-a). *Riesgo de contraer gastos catastróficos relacionados con la atención quirúrgica (% de personas en riesgo) - Latin America & Caribbean*.

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=ZJ>

Grupo Banco Mundial. (n.d.-b). *Riesgo de contraer gastos catastróficos relacionados con la atención quirúrgica (% de personas en riesgo) - Ecuador*

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.SGR.CRSK.ZS?locations=EC>

Guarderas, M., Raza, D., & González, P. (2021). Gasto público en salud en Ecuador:

¿cumplimos con los compromisos internacionales? *Estudios De La Gestión Revista Internacional De Administración*. <https://doi.org/10.32719/25506641.2021.9.10>

Hospital Humanitario. (n.d.). *Docencia*. <https://www.hospitalhumanitario.org/docencia/>

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS]. (n.d.). *Visores del IESS*.

<https://www.iesgob.ec/transparencia-interna/>

Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública De México*, 53. Recuperado a partir de

<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5039>

Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] & The World Bank. (2023,

April). *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*. OECD Publishing,

Paris. <https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>.

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2021, July 30). *Financiamiento del Sistema*

Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal.

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_817788.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2008). Health System Profile Ecuador: Monitoring and Analysis of the Change and Reform Processes.

https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Ecuador_2008.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (n.d.). *Perfil de país - Ecuador*.

<https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS].

(2025, April 24). *Tablero de los indicadores básicos*. Recuperado el 10 de abril de 2025 de <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>

Piedra-Peña, J., & Prior, D. (2023). Analyzing the effect of health reforms on the efficiency of Ecuadorian public hospitals. *International journal of health economics and management*, 23(3), 361–392. <https://doi.org/10.1007/s10754-023-09346-z>

Porras Velasco, A. (2017). La seguridad social en Ecuador: un necesario cambio de paradigmas. *Foro: Revista De Derecho*, (24), 89–116. Recuperado a partir de <https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/foro/article/view/453>

Quizhpe, E., Sebastian, M. S., Teran, E., & Pulkki-Brännström, A. (2020). Socioeconomic inequalities in women's access to health care: has Ecuadorian health reform been successful? *International Journal for Equity in Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01294-1>

Quizhpe, E., Teran, E., Pulkki-Brännström, A.-M., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in healthcare utilization during Ecuadorian Healthcare Reform (2007–2017):

A before-and-after cross-sectional study. *BMC Public Health*, 22(1).

<https://doi.org/10.1186/s12889-022-12884-9>

Ugalde, A., & Homedes, N. (2008). La descentralización de los servicios de salud: de la teoría a la práctica. *Salud Colectiva*, 4(1), 31-56.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140103>

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO]. (n.d.).

International UNESCO/Simón Bolívar Prize. <https://www.unesco.org/en/prizes/simon-bolivar>

United Nations Children's Fund [UNICEF]. (n.d.). *Ecuador (ECU) - Demographics, Health & Infant Mortality*. <https://data.unicef.org/country/ecu/>

World Health Organization [WHO]. (n.d.). *Ecuador*. World Health Organization.

<https://data.who.int/countries/218>