Ciencia Latina
Internacional

Sistema de salud en el Ecuador

"Estructura, planificación sanitaria y equidad territorial en salud"

CID editorial
ALIANZA RED
Red de Redes
INDEXA
Crossref

Marzo 2026 – CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright © CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright del texto © 2026 de Autores
biblioteca.ciencialatina.org
editorial@ciencialatina.org
Atención por WhatsApp al +52 22 26903834

Datos Técnicos de Publicación Internacional
Título: Sistema de salud en el Ecuador "Estructura, planificación sanitaria y equidad territorial en salud"
Autores: Ronald Jonathan Cañarte Siguencia, Michael Paul Ramos Muñoz, Rafael Antonio Vera Villamar, Rosa Alejandrina Rivas Vásquez
Editor: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Diseño de tapa: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Corrección de Estilo: CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Formato: PDF
Páginas: 47 pág.
Tamaño: Sobre C5 162 x 229 mm
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
ISBN: 978-1-968743-66-6
DOI: https://doi.org/10.37811/cli_w1311

1ª. Edición. Año 2026. Editorial CID - Centro de Investigación y Desarrollo.

El contenido del libro y sus datos en su forma, corrección y fiabilidad son responsabilidad exclusiva de los autores. Permite la descarga de la obra y compartir siempre que los créditos se atribuyan a los autores, pero sin la posibilidad de cambiarlo de cualquier forma o utilizarlo con fines comerciales

Prólogo

La salud pública contemporánea enfrenta el desafío permanente de traducir los principios normativos y los compromisos constitucionales en acciones concretas capaces de reducir desigualdades y mejorar las condiciones de vida de la población. En contextos marcados por profundas heterogeneidades territoriales, como el ecuatoriano, este desafío adquiere una complejidad particular que exige análisis rigurosos, integradores y sustentados en evidencia empírica sólida.

El presente libro constituye una contribución relevante y oportuna a este debate. A partir de una lectura sistemática del sistema de salud ecuatoriano, la obra articula dimensiones jurídicas, institucionales, territoriales y epidemiológicas para ofrecer una visión integral de los principales nudos críticos que condicionan la garantía efectiva del derecho a la salud. Lejos de aproximaciones fragmentadas, el texto propone una interpretación coherente de cómo la estructura del sistema, la distribución de los recursos sanitarios, el funcionamiento de las redes asistenciales y la calidad de la información en mortalidad inciden directamente en la equidad y en la planificación sanitaria.

Uno de los principales aportes del libro radica en su enfoque territorial. El análisis de la distribución de establecimientos, camas hospitalarias, niveles de atención y flujos de referencia y derivación permite visibilizar desigualdades estructurales que, con frecuencia, permanecen diluidas en los promedios nacionales. Esta perspectiva resulta especialmente valiosa para la toma de decisiones en salud pública, ya que pone en evidencia que el acceso efectivo a los servicios no depende únicamente de su existencia formal, sino de su localización, capacidad resolutiva y articulación funcional dentro del sistema.

Asimismo, el abordaje del perfil epidemiológico a partir de las causas básicas de muerte refuerza la importancia de los sistemas de información como pilares estratégicos de la planificación sanitaria. La obra demuestra que la calidad del registro de la mortalidad no es un asunto técnico marginal, sino un determinante clave para orientar políticas públicas, priorizar inversiones y evaluar el desempeño del sistema de salud en su conjunto.

El autor, médico de formación, magíster en salud pública y especialista en gerencia hospitalaria y administración de hospitales, conjuga en este libro una sólida base académica con una comprensión profunda de la gestión sanitaria y del funcionamiento real de los

servicios de salud. Esta doble mirada, técnica y operativa, se refleja en un análisis equilibrado, crítico y propositivo, que dialoga tanto con la teoría de la salud pública como con los desafíos cotidianos de la gestión del sistema.

Por su enfoque integrador, su rigor analítico y su clara orientación hacia la planificación sanitaria con criterio de equidad, este libro constituye un aporte significativo para profesionales de la salud, gestores, investigadores, estudiantes y tomadores de decisión. Su lectura invita a repensar la planificación sanitaria no como un ejercicio abstracto, sino como un proceso estratégico indispensable para avanzar hacia un sistema de salud más justo, eficiente y territorialmente equitativo en el Ecuador.

Henry Salvador Mendoza Suárez

Magíster en Salud Pública

Guayaquil – Ecuador

Nota editorial

Este libro es el resultado de un proceso de investigación y reflexión desarrollado a lo largo de varios años en el campo de la salud pública ecuatoriana. Algunos de los capítulos que integran la obra se basan en trabajos académicos previos del autor, publicados o aceptados para publicación en revistas científicas y libros colectivos especializados.

En particular, los contenidos relativos al análisis del derecho a la salud, la estructura del sistema nacional de salud y la distribución de camas hospitalarias han sido revisados, ampliados y reescritos con el propósito de integrarlos en una obra monográfica coherente, articulada en torno al eje de la planificación sanitaria y la equidad territorial.

Los textos incluidos en este libro no constituyen una reproducción literal de publicaciones previas, sino una reelaboración sustantiva que incorpora nuevos análisis, actualizaciones normativas, enfoques comparativos y una narrativa integradora orientada a la comprensión sistémica del sistema de salud ecuatoriano.

Esta integración responde al objetivo de ofrecer una lectura unificada y contextualizada que permita comprender las interrelaciones entre derecho, organización institucional, territorio, epidemiología y planificación sanitaria, contribuyendo al debate académico y a la formulación de políticas públicas en salud.

Introducción general

La salud pública constituye un campo estratégico para la comprensión de las dinámicas sociales, políticas y territoriales que inciden en el bienestar de las poblaciones. En el Ecuador, este campo adquiere una relevancia particular a partir del reconocimiento constitucional de la salud como un derecho humano fundamental y un deber ineludible del Estado. Sin embargo, la consagración normativa de este derecho no garantiza por sí misma su ejercicio efectivo, el cual depende de la forma en que el sistema de salud se organiza, planifica y responde a las necesidades reales de la población en un territorio marcado por profundas desigualdades sociales y geográficas.

Este libro propone una lectura integral del sistema de salud ecuatoriano desde una perspectiva de salud pública, articulando el análisis jurídico, institucional, territorial y epidemiológico como dimensiones inseparables de la planificación sanitaria. A lo largo de sus capítulos se examina cómo el derecho constitucional a la salud se traduce en la estructura del Sistema Nacional de Salud, en la distribución de los recursos sanitarios, en la capacidad resolutiva de los servicios y en el uso de la información en salud para la toma de decisiones.

La obra parte del reconocimiento de que las desigualdades territoriales constituyen uno de los principales desafíos estructurales del sistema de salud ecuatoriano. La concentración urbana de los servicios de mayor complejidad, la distribución heterogénea de camas hospitalarias, la dependencia del sistema de referencias y derivaciones y las brechas persistentes en el acceso efectivo a la atención especializada configuran un escenario en el que el ejercicio del derecho a la salud se ve condicionado por el lugar de residencia. En este contexto, la planificación sanitaria emerge como una herramienta clave para reducir inequidades, optimizar recursos y fortalecer la capacidad del Estado para garantizar una atención oportuna y equitativa.

Desde el punto de vista metodológico, el libro se sustenta en el análisis de información secundaria oficial, particularmente registros administrativos y estadísticos del sistema de salud y de mortalidad, complementados con el examen de normativa vigente y literatura científica de alto impacto. El enfoque adoptado es predominantemente descriptivo y analítico, con énfasis en la interpretación de patrones territoriales, tendencias epidemiológicas y relaciones estructurales entre organización del sistema y resultados en salud. Esta

aproximación permite trascender el análisis fragmentado de componentes aislados y construir una visión sistémica del funcionamiento del sistema de salud.

La estructura del libro responde a una lógica progresiva e integradora. El primer capítulo aborda la evolución constitucional del derecho a la salud en el Ecuador, estableciendo el marco jurídico y político que fundamenta el sistema sanitario contemporáneo. El segundo capítulo analiza la estructura del Sistema Nacional de Salud, destacando la organización por redes y niveles de atención. El tercer capítulo se centra en la distribución territorial de las camas hospitalarias disponibles, evidenciando brechas que afectan la equidad en el acceso a la hospitalización. El cuarto capítulo examina el sistema de referencias y derivaciones como expresión operativa de las desigualdades territoriales y de la capacidad resolutiva del sistema. El quinto capítulo analiza las causas básicas de muerte y su impacto en la configuración del perfil epidemiológico, subrayando el papel estratégico de la información en salud para la planificación sanitaria. El libro culmina con un capítulo integrador dedicado a la planificación sanitaria y la equidad territorial, en el que se sintetizan los principales hallazgos y se proponen orientaciones estratégicas y líneas de investigación futura.

Este libro está dirigido a profesionales de la salud, gestores sanitarios, decisores de política pública, investigadores y estudiantes de pregrado y posgrado interesados en la salud pública, la planificación sanitaria y el análisis de sistemas de salud. Su propósito no es únicamente describir el funcionamiento del sistema de salud ecuatoriano, sino ofrecer herramientas analíticas que permitan comprender sus nudos críticos y contribuir a la formulación de políticas y estrategias orientadas a garantizar, de manera efectiva, el derecho a la salud en todo el territorio nacional.

Autor Principal:

Ronald Jonathan Cañarte Siguencia

https://orcid.org/0000-0002-4501-1614

rjcs191987@gmail.com

Magíster en Salud Pública

Especialista en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Guayaquil – Ecuador

Índice

CAPÍTULO I **9**

El derecho a la salud en el Ecuador: evolución constitucional y fundamentos del sistema de salud 9

CAPÍTULO II **13**

Estructura del sistema nacional de salud en el Ecuador: materialización institucional del derecho a la salud 13

CAPÍTULO III **19**

Distribución de camas hospitalarias y desigualdades territoriales en el sistema de salud ecuatoriano .. 19

CAPÍTULO IV **26**

Sistema de referencias y derivaciones como expresión de la desigualdad territorial en el sistema de salud ecuatoriano 26

CAPÍTULO V **32**

Causas básicas de muerte y perfil epidemiológico: implicaciones para la planificación sanitaria en el Ecuador 32

CAPÍTULO VI **39**

Planificación sanitaria y equidad territorial en el Ecuador: una lectura integradora del sistema de salud 39

CAPÍTULO I

El derecho a la salud en el Ecuador: evolución constitucional y fundamentos del sistema de salud

Introducción

El derecho a la salud constituye uno de los ejes centrales de la salud pública contemporánea y un indicador clave del grado de desarrollo institucional de los Estados, al reflejar la capacidad estatal para garantizar condiciones de vida dignas y bienestar colectivo (World Health Organization [WHO], 2010; Ruger, 2012). Su reconocimiento constitucional no solo expresa una opción jurídica, sino también una concepción política y social sobre el papel del Estado en la garantía del bienestar colectivo y la reducción de las desigualdades sociales en salud (Gostin & Wiley, 2020). En América Latina, la progresiva incorporación del derecho a la salud en los textos constitucionales ha estado estrechamente vinculada a los procesos de constitucionalismo social, a la expansión de los derechos humanos y a la construcción de sistemas públicos de salud con mayor énfasis en la universalidad y la equidad (Yamin & Gloppen, 2011; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

En el caso ecuatoriano, la salud transitó históricamente desde una noción implícita asociada a la beneficencia y la caridad, hacia su consolidación como un derecho humano fundamental, universal y exigible, particularmente a partir de las reformas constitucionales del siglo XX y su consagración plena en la Constitución de 2008 (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008; Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2012). Este proceso no fue lineal ni exento de retrocesos, sino que respondió a cambios estructurales en la organización del Estado, en los modelos de desarrollo y en las demandas sociales por mayor justicia social y protección estatal (Murray & Frenk, 2010; OPS, 2019). Comprender esta evolución resulta indispensable para interpretar la configuración actual del sistema nacional de salud y los desafíos persistentes en términos de equidad, cobertura y sostenibilidad financiera (Atun et al., 2015; WHO, 2019).

Este capítulo analiza la evolución constitucional del derecho a la salud en Ecuador entre 1830 y 2008, identificando los principales hitos normativos y sus implicaciones para la salud pública (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008; United Nations, 2014). El análisis se articula con los capítulos posteriores del libro, particularmente aquellos referidos a la estructura del sistema de salud, la organización de los establecimientos asistenciales y la capacidad resolutiva,

evidenciando cómo el marco constitucional ha condicionado —y continúa condicionando— las políticas sanitarias y la institucionalidad del sector (OPS, 2017; MSP, 2012).

Metodología

Se desarrolló un estudio cualitativo, descriptivo y analítico, con enfoque documental e histórico-comparativo. La unidad de análisis estuvo constituida por las veinte constituciones promulgadas en Ecuador entre 1830 y 2008, consideradas como expresiones normativas de los modelos de Estado y de las concepciones dominantes sobre la salud en cada periodo histórico.

El análisis se estructuró a partir de cuatro variables cualitativas: (1) nivel de explicitación del derecho a la salud, (2) mecanismos de exigibilidad, (3) cobertura institucional y (4) obligaciones del Estado en materia de salud. Cada constitución fue examinada de manera sistemática mediante una matriz de análisis documental, lo que permitió realizar comparaciones longitudinales y transversales.

El enfoque metodológico priorizó la contextualización histórica y la coherencia interpretativa, articulando el análisis jurídico con los procesos políticos y sociales de cada etapa. Dado que se trabajó exclusivamente con fuentes documentales públicas, el estudio no implicó riesgos éticos ni requirió consentimiento informado.

Resultados

El análisis comparativo de los textos constitucionales permitió identificar tres grandes etapas en la evolución del derecho a la salud en Ecuador (Tabla 1).

Tabla 1. Nivel de Reconocimiento del Derecho a la Salud en Ecuador

Variables de Estudio	**1830-1906**	**1929-1967**	**1979-2008**
Explicitación del derecho a la salud	1	2	3
Mecanismos de exigibilidad	1	2	3
Cobertura institucional	1	2	3
Obligaciones del Estado en materia de salud	1	2	3
Escala: 1 = Implícito; 2= Explícito parcial; 3= Explícito			

Fuente: elaboración propia

- **Etapa asistencial (1830–1906):** Durante el periodo republicano temprano, la salud no fue reconocida explícitamente como derecho. Las constituciones de este periodo reflejan un Estado mínimo, en el que la atención de la enfermedad se vinculaba a la beneficencia, la moral cristiana y la caridad privada. No existían mecanismos de exigibilidad ni estructuras institucionales de salud claramente definidas.

- **Etapa social (1929–1967):** A partir de la Constitución de 1929 se evidencia un cambio progresivo hacia la concepción de la salud como función pública. Se incorporan referencias explícitas, aunque parciales, al bienestar colectivo, la prevención y la seguridad social. El Estado asume un rol más activo, pero los mecanismos de garantía siguen siendo limitados y desiguales.

- **Etapa garantista (1979–2008):** Desde la Constitución de 1979, y de forma más contundente en las constituciones de 1998 y 2008, la salud se consolida como un derecho fundamental, universal y exigible. Se establece el deber del Estado de garantizar servicios de salud gratuitos, integrales y equitativos, y se institucionaliza el Sistema Nacional de Salud como expresión de este mandato constitucional.

Discusión

La evolución constitucional del derecho a la salud en Ecuador evidencia una relación directa entre el modelo de Estado y el grado de desarrollo de la salud pública, en concordancia con lo observado en otros países de América Latina que han incorporado enfoques garantistas en sus marcos constitucionales (Yamin & Gloppen, 2011; OPS, 2019). El tránsito desde un enfoque asistencial hacia uno garantista no solo implicó cambios normativos, sino también transformaciones profundas en la organización institucional, la expansión de la cobertura y la legitimación de la salud como derecho exigible ante el Estado (Gostin & Wiley, 2020; WHO, 2010).

La Constitución de 2008 representa el punto culminante de este proceso, al integrar la salud dentro del paradigma del Buen Vivir y articularla con principios de equidad, interculturalidad y derechos humanos, otorgando al Estado un rol rector explícito en la planificación y regulación del sistema sanitario (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008; MSP, 2012). Sin embargo, el reconocimiento jurídico no ha eliminado las brechas territoriales, las limitaciones de financiamiento ni las tensiones entre el mandato constitucional y la capacidad operativa

del sistema de salud, desafíos que han sido ampliamente documentados en la literatura regional y global sobre sistemas de salud (Atun et al., 2015; WHO, 2019).

Desde una perspectiva de salud pública, la constitucionalización progresiva del derecho a la salud ha fortalecido la rectoría estatal y ha proporcionado un marco normativo que legitima la planificación, la regulación y la evaluación de políticas sanitarias, así como la exigibilidad social de este derecho (United Nations, 2014; OPS, 2017). Este marco resulta fundamental para comprender los capítulos siguientes del libro, en los que se analizan la estructura del sistema de salud, la distribución de los servicios y la capacidad resolutiva, al evidenciar que los avances y limitaciones actuales no pueden interpretarse al margen de su base constitucional e institucional (MSP, 2012; Murray & Frenk, 2010).

Conclusiones

La trayectoria constitucional del derecho a la salud en Ecuador refleja un proceso histórico de ampliación de derechos y fortalecimiento del rol del Estado en la protección del bienestar colectivo. La consolidación de la salud como derecho fundamental ha sido un requisito indispensable para el desarrollo del sistema nacional de salud y para la formulación de políticas públicas orientadas a la equidad.

No obstante, persiste una brecha entre el reconocimiento normativo y la garantía efectiva del derecho, especialmente en contextos de desigualdad territorial y limitaciones estructurales. El análisis histórico presentado en este capítulo demuestra que la salud pública ecuatoriana es inseparable de su evolución constitucional y que cualquier reforma futura deberá considerar este sustrato jurídico como condición habilitante para el cambio.

CAPÍTULO II

Estructura del sistema nacional de salud en el Ecuador: materialización institucional del derecho a la salud

Introducción

El reconocimiento constitucional del derecho a la salud en Ecuador, analizado en el capítulo precedente, constituye el fundamento jurídico y político sobre el cual se organiza el Sistema Nacional de Salud (Constitución de la República del Ecuador, 2008; Ruger, 2010). Sin embargo, la consagración normativa de este derecho no se traduce automáticamente en su garantía efectiva, sino que requiere de una estructura institucional, territorial y funcional capaz de materializarlo en el territorio (WHO, 2007; Frenk & Moon, 2013). En este sentido, la organización del sistema de salud representa la expresión operativa del derecho constitucional a la salud, y su análisis permite comprender las brechas existentes entre el mandato normativo y la realidad sanitaria (Atun et al., 2015).

La Constitución de la República del Ecuador de 2008 establece que el Estado es responsable de garantizar el acceso universal, equitativo y oportuno a servicios de salud integrales, bajo principios de solidaridad, interculturalidad y calidad (Constitución de la República del Ecuador, 2008, arts. 32 y 361). En coherencia con este mandato, el sistema nacional de salud se estructura en torno a la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC), con el objetivo de asegurar la provisión continua y articulada de servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2012; PAHO, 2010).

Desde una perspectiva de salud pública, la estructura del sistema de salud no solo cumple una función organizativa, sino que condiciona directamente la equidad territorial, la capacidad resolutiva y la eficiencia del sistema (Starfield, Shi, & Macinko, 2005; Kruk et al., 2018). La distribución de los establecimientos asistenciales por niveles de atención, zonas geográficas y subsistemas refleja las decisiones históricas del Estado en materia de planificación sanitaria y asignación de recursos, así como las tensiones entre centralización, descentralización y complementariedad público–privada (Bossert & Mitchell, 2011; González-Rossetti & Mogollón, 2002).

Este capítulo analiza la estructura del sistema de salud ecuatoriano a partir de la organización y distribución de los establecimientos asistenciales, enfatizando las desigualdades territoriales y funcionales que inciden en la garantía efectiva del derecho a la salud (PAHO, 2017). El análisis se articula con los capítulos posteriores, particularmente aquellos referidos a la capacidad resolutiva y al sistema de referencia y contrarreferencia, permitiendo comprender cómo la arquitectura institucional del sistema condiciona los resultados sanitarios y la equidad en el acceso (WHO, 2010).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo orientado al análisis de la estructura y distribución de los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. La unidad de análisis estuvo constituida por la totalidad de establecimientos asistenciales registrados a nivel nacional en fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública, específicamente del portal GeoSalud 3.5.1, con información actualizada hasta el año 2025.

El universo de estudio incluyó 3.375 establecimientos asistenciales, clasificados según nivel de atención (primer, segundo y tercer nivel), zona de localización (rural y urbana), pertenencia institucional (RPIS y RPC) y distribución provincial. La información fue sistematizada mediante tabulación y análisis porcentual, utilizando estadística descriptiva para identificar patrones de distribución y desigualdad territorial. El estudio se desarrolló con datos públicos, agregados y sin identificadores personales, en cumplimiento de la normativa nacional sobre acceso a la información pública.

Resultados

El análisis de la estructura del sistema de salud evidencia una organización fuertemente piramidal, coherente con el modelo de Atención Primaria en Salud, pero con asimetrías territoriales y funcionales significativas.

Del total nacional de 3.375 establecimientos asistenciales, el 88,09 % corresponde al primer nivel de atención, el 9,66 % al segundo nivel y apenas el 2,25 % al tercer nivel, lo que confirma la concentración de la oferta en servicios de baja complejidad y una disponibilidad limitada de atención especializada.

Distribución rural–urbana

La distribución territorial revela que el 76,49 % de los establecimientos del primer nivel se localiza en zonas rurales, reflejando un esfuerzo estatal por ampliar la cobertura territorial. No obstante, esta tendencia se revierte en los niveles de mayor complejidad: el 65,34 % del segundo nivel y el 81,58 % del tercer nivel se concentran en áreas urbanas. En términos globales, el 71,14 % de la infraestructura sanitaria pública se ubica en zonas rurales, frente al 28,86 % en zonas urbanas (Tabla 1).

Tabla 2. Distribución por zona y niveles de atención

Zona	Nivel 1	%	Nivel 2	%	Nivel 3	%	Total	%
Rural	2274	76,49	113	34,66	14	18,42	2401	71,14
Urbano	699	23,51	213	65,34	62	81,58	974	28,86
Total	2973	88,09	326	9,66	76	2,25	3375	100,00

Fuente: elaboración propia

Distribución por subsistemas

La RPIS concentra el 93,04 % del total de establecimientos, consolidando su rol como eje estructural del sistema. Sin embargo, la participación de la RPC aumenta de forma progresiva en los niveles de mayor complejidad, alcanzando el 36,20 % del segundo nivel y el 39,47 % del tercer nivel, lo que evidencia una dependencia creciente del sector privado en la atención especializada (Tabla 2).

Tabla 3. Distribución por subsistema y niveles de atención

Subsistema	Nivel 1	%	Nivel 2	%	Nivel 3	%	Total	%
RPC	87	2,93	118	36,20	30	39,47	235	6,96
RPIS	2886	97,07	208	63,80	46	60,53	3140	93,04
Total	2973	88,09	326	9,66	76	2,25	3375	100,00

Fuente: elaboración propia

Distribución provincial

A nivel provincial, se identifican desigualdades marcadas en la disponibilidad de servicios especializados. Provincias como Pichincha, Guayas, Manabí y Azuay concentran la mayor proporción de establecimientos de segundo y tercer nivel, mientras que provincias amazónicas e insulares presentan una oferta casi exclusiva de primer nivel, con ausencia o mínima presencia de servicios de alta complejidad (Tabla 3).

Tabla 4. Distribución por provincias y niveles de atención

Provincia	**Nivel 1**	**%**	**Nivel 2**	**%**	**Nivel 3**	**%**	**Total**	**%**
Azuay	177	91,71	10	5,18	6	3,11	193	5,72
Bolívar	79	95,18	4	4,82		0,00	83	2,46
Cañar	98	94,23	5	4,81	1	0,96	104	3,08
Carchi	84	94,38	4	4,49	1	1,12	89	2,64
Chimborazo	152	92,12	9	5,45	4	2,42	165	4,89
Cotopaxi	100	89,29	12	10,71		0,00	112	3,32
El Oro	147	89,63	14	8,54	3	1,83	164	4,86
Esmeraldas	144	91,14	11	6,96	3	1,90	158	4,68
Galápagos	15	88,24	2	11,76		0,00	17	0,50
Guayas	298	79,47	60	16,00	17	4,53	375	11,11
Imbabura	100	86,96	12	10,43	3	2,61	115	3,41
Loja	206	94,06	12	5,48	1	0,46	219	6,49
Los Ríos	109	91,60	10	8,40		0,00	119	3,53
Manabí	345	92,49	22	5,90	6	1,61	373	11,05

Morona Santiago	117	94,35	7	5,65		0,00	124	3,67
Napo	46	92,00	4	8,00		0,00	50	1,48
Orellana	55	94,83	3	5,17		0,00	58	1,72
Pastaza	64	94,12	3	4,41	1	1,47	68	2,01
Pichincha	285	71,97	83	20,96	28	7,07	396	11,73
Santa Elena	55	85,94	9	14,06		0,00	64	1,90
Santo Domingo	66	85,71	10	12,99	1	1,30	77	2,28
Sucumbíos	66	95,65	3	4,35		0,00	69	2,04
Tungurahua	96	87,27	13	11,82	1	0,91	110	3,26
Zamora Chinchipe	69	94,52	4	5,48		0,00	73	2,16
Total	2973	88,09	326	9,66	76	2,25	3375	100,00

Fuente: elaboración propia

Discusión

La estructura del sistema nacional de salud ecuatoriano pone de manifiesto la brecha existente entre el reconocimiento constitucional del derecho a la salud y su realización efectiva en el territorio, una situación ampliamente documentada en países de ingresos medios con sistemas segmentados y fragmentados (Atun et al., 2015; PAHO, 2010). Si bien la amplia cobertura del primer nivel en zonas rurales constituye un avance significativo en términos de acceso geográfico, la limitada disponibilidad de servicios especializados en estos territorios restringe la integralidad del derecho a la salud y perpetúa desigualdades estructurales (Starfield et al., 2005; Kruk et al., 2018).

Desde una perspectiva de salud pública, esta configuración genera una dependencia estructural del sistema de referencia y contrarreferencia, incrementando los tiempos de espera, los desplazamientos interprovinciales y los costos indirectos para la población rural, factores que afectan negativamente la equidad y la continuidad de la atención (WHO, 2008;

PAHO, 2017). La centralización urbana de los niveles segundo y tercero refuerza un modelo centro–periferia que reproduce inequidades territoriales históricas, particularmente en provincias amazónicas y zonas rurales dispersas (Breilh, 2003; MSP, 2021).

La creciente participación de la Red Privada Complementaria en los niveles de mayor complejidad contribuye a ampliar la oferta de servicios, pero también introduce desafíos asociados a la fragmentación del sistema, la sostenibilidad financiera y la equidad en el acceso, especialmente cuando la regulación estatal es limitada o insuficiente (Frenk & Moon, 2013; PAHO, 2010). Estas tensiones evidencian que la garantía del derecho a la salud no depende únicamente del reconocimiento jurídico, sino de la capacidad efectiva del Estado para regular, articular y planificar de manera integral el sistema nacional de salud (Ruger, 2010; Constitución de la República del Ecuador, 2008).

En este sentido, la estructura analizada condiciona directamente los temas abordados en los capítulos siguientes del libro, particularmente aquellos relacionados con la capacidad resolutiva, las referencias y derivaciones y la eficiencia del sistema, todos ellos componentes esenciales para la materialización del derecho constitucional a la salud desde un enfoque de salud pública y derechos humanos (WHO, 2007; PAHO, 2017).

Conclusiones

La estructura del sistema de salud en Ecuador constituye el principal mecanismo institucional para la implementación del derecho constitucional a la salud. Si bien el modelo piramidal ha permitido una amplia cobertura territorial, especialmente en zonas rurales, persisten desigualdades significativas en el acceso a servicios de mediana y alta complejidad.

Las brechas territoriales identificadas reflejan limitaciones estructurales en la capacidad resolutiva del sistema y ponen en evidencia la necesidad de fortalecer la planificación sanitaria territorial, la articulación entre niveles de atención y la regulación de la complementariedad público–privada. Desde el enfoque de salud pública, avanzar hacia la garantía efectiva del derecho a la salud requiere no solo marcos normativos robustos, sino también una estructura institucional equitativa, integrada y orientada a las necesidades reales de la población.

CAPÍTULO III

Distribución de camas hospitalarias y desigualdades territoriales en el sistema de salud ecuatoriano

Introducción

La garantía efectiva del derecho a la salud, consagrado constitucionalmente en el Ecuador, depende no solo de su reconocimiento jurídico, sino de la forma en que los recursos sanitarios se distribuyen en el territorio (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010). Entre estos recursos, las camas hospitalarias disponibles constituyen un componente crítico para la atención de eventos de salud que requieren hospitalización, y su distribución refleja de manera concreta las decisiones históricas de planificación sanitaria y las desigualdades estructurales del sistema de salud (Breilh, 2003; Starfield, 2011).

Como se analizó en el capítulo precedente, la estructura del sistema nacional de salud ecuatoriano se organiza en torno a la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, bajo principios de universalidad, equidad y solidaridad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008; Ministerio de Salud Pública [MSP], 2012). Sin embargo, esta arquitectura institucional no garantiza por sí sola un acceso equitativo a la atención hospitalaria. La localización territorial de las camas hospitalarias revela brechas persistentes entre provincias, así como entre zonas urbanas y rurales, que condicionan la oportunidad y continuidad de la atención en los niveles de mayor complejidad (INEC, 2024; Kruk et al., 2018).

Desde una perspectiva de salud pública, la desigual distribución de camas hospitalarias constituye un determinante estructural de inequidad en salud (Whitehead & Dahlgren, 2007). Las provincias con mayor concentración urbana y desarrollo institucional concentran la mayor parte de la oferta hospitalaria, mientras que territorios rurales y amazónicos presentan una disponibilidad limitada, lo que incrementa la dependencia del sistema de referencia y derivación y profundiza las barreras de acceso para poblaciones históricamente vulnerables (OPS, 2017; Marmot et al., 2020).

Este patrón de distribución territorial se inscribe en un contexto más amplio de centralización de los servicios especializados y de segmentación del sistema de salud, donde la articulación entre subsistemas públicos y privados no siempre responde a criterios de equidad territorial

(Atun et al., 2015). En consecuencia, el acceso a la hospitalización no se define únicamente por la necesidad clínica, sino también por la capacidad de desplazamiento, la cercanía geográfica y la inserción territorial de los establecimientos de salud (Paim et al., 2011).

En este capítulo se analiza la distribución de las camas hospitalarias disponibles en el Ecuador, enfatizando las desigualdades territoriales que inciden en la garantía efectiva del derecho a la salud. El análisis se articula con los capítulos anteriores, dedicados al derecho constitucional a la salud y a la estructura del sistema nacional de salud, y establece un puente hacia los capítulos posteriores, particularmente aquellos que abordan el sistema de referencia y contrarreferencia y la capacidad del sistema para responder de manera equitativa a las necesidades de hospitalización de la población (OMS, 2010; OPS, 2019).

Metodología

Este capítulo se fundamenta en un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, orientado a caracterizar la distribución de camas hospitalarias disponibles en el Ecuador y a analizar las desigualdades territoriales asociadas a su disponibilidad. El análisis se inscribe en el campo de la salud pública, entendiendo la dotación de camas hospitalarias como un indicador estructural clave de la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de atención de la población.

La información utilizada proviene del *Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2024*, elaborado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), fuente oficial para el análisis de la infraestructura hospitalaria del país. Este registro consolida datos reportados por los establecimientos de salud públicos y privados, permitiendo una visión integral de la distribución territorial de las camas hospitalarias disponibles.

La unidad de análisis corresponde a las provincias del Ecuador. Para cada una de ellas se consideró el número absoluto de camas hospitalarias disponibles y su relación con la población, expresada como número de camas por cada 1.000 habitantes, utilizando las proyecciones poblacionales oficiales del INEC. Este indicador permitió comparar la disponibilidad relativa de camas hospitalarias entre territorios con diferentes tamaños poblacionales.

El análisis estadístico fue de carácter descriptivo, empleando frecuencias absolutas y relativas para identificar patrones de concentración y dispersión territorial de las camas hospitalarias.

A partir de estos resultados, se analizaron las desigualdades territoriales en la distribución de este recurso sanitario, destacando las diferencias entre provincias y su implicación para la equidad en el acceso a servicios hospitalarios dentro del sistema de salud ecuatoriano.

Resultados

El análisis de la distribución de camas hospitalarias disponibles en Ecuador evidencia una marcada desigualdad territorial, tanto en términos provinciales como en la relación urbano–rural. A nivel nacional, la disponibilidad promedio es de 1,32 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, valor que se sitúa por debajo de los estándares recomendados internacionalmente y que, además, oculta importantes disparidades territoriales (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución territorial de camas absolutas y relativas en Ecuador

Provincia	Población	Red Pública Integral de Salud	Camas disponibles por 1.000 habitantes	Red Privada Complementaria	Camas disponibles por 1.000 habitantes	Total, Camas disponibles	Camas disponibles por 1.000 habitantes
Azuay	831220	656	0,79	610	0,73	1266	1,52
Bolívar	204410	162	0,79	27	0,13	189	0,92
Cañar	237470	214	0,90	50	0,21	264	1,11
Carchi	177813	182	1,02	6	0,03	188	1,06
Chimborazo	488857	498	1,02	198	0,41	696	1,42
Cotopaxi	489147	394	0,81	111	0,23	505	1,03
El Oro	748627	635	0,85	392	0,52	1027	1,37
Esmeraldas	601626	478	0,79	79	0,13	557	0,93
Galápagos	30082	45	1,50	0	0,00	45	1,50
Guayas	4739771	2803	0,59	3019	0,64	5822	1,23
Imbabura	494035	433	0,88	108	0,22	541	1,10
Loja	497438	522	1,05	276	0,55	798	1,60
Los Ríos	968660	492	0,51	564	0,58	1056	1,09
Manabí	1699434	1443	0,85	587	0,35	2030	1,19
Morona Santiago	206327	239	1,16	33	0,16	272	1,32
Napo	138541	148	1,07	7	0,05	155	1,12
Orellana	192831	104	0,54	20	0,10	124	0,64
Pastaza	119032	158	1,33	0	0,00	158	1,33
Pichincha	3272265	3133	0,96	2340	0,72	5473	1,67
Santa Elena	403478	213	0,53	199	0,49	412	1,02
Santo Domingo	523524	385	0,74	415	0,79	800	1,53
Sucumbíos	205253	168	0,82	43	0,21	211	1,03
Tungurahua	579082	683	1,18	314	0,54	997	1,72
Zamora Chinchipe	117650	140	1,19	0	0,00	140	1,19
Total, Nacional	17966573	14328	0,80	9398	0,52	23726	1,32

Fuente: elaboración propia

Las diferencias provinciales son sustanciales. Las tasas más altas de camas hospitalarias disponibles por 1.000 habitantes se registran en Tungurahua (1,72), Pichincha (1,67), Loja (1,60) y Santo Domingo de los Tsáchilas (1,53). Estas provincias concentran una mayor proporción de establecimientos hospitalarios y cumplen funciones de referencia regional, lo que se traduce en una mayor disponibilidad relativa de camas.

En contraste, provincias como Orellana (0,64), Esmeraldas (0,93) y Bolívar (0,92) presentan los valores más bajos de disponibilidad, con menos de una cama hospitalaria por cada 1.000 habitantes. Estas provincias se caracterizan por una alta ruralidad, dispersión poblacional y mayores barreras geográficas, lo que limita el acceso oportuno a servicios de hospitalización.

Desde el punto de vista territorial, la distribución de camas hospitalarias muestra una clara concentración urbana. La mayor parte de las camas se localiza en capitales provinciales y ciudades intermedias, mientras que las zonas rurales dependen casi exclusivamente del traslado hacia centros urbanos para acceder a hospitalización. Esta situación genera una brecha estructural entre el lugar de residencia y la disponibilidad efectiva de servicios hospitalarios.

El análisis por subsistemas revela que aproximadamente el 60 % de las camas hospitalarias disponibles corresponden a la Red Pública Integral de Salud, mientras que cerca del 40 % se concentran en la Red Privada Complementaria. La presencia del sector privado es particularmente relevante en provincias como Guayas, Pichincha y Los Ríos, mientras que en territorios amazónicos y rurales su participación es mínima, reforzando la desigualdad territorial en la oferta hospitalaria.

En conjunto, los resultados muestran que la distribución de camas hospitalarias en Ecuador responde a patrones históricos de centralización y urbanización, más que a una planificación sanitaria basada en criterios de equidad territorial y necesidades poblacionales.

Discusión

La distribución desigual de camas hospitalarias disponibles constituye una de las expresiones más concretas de las inequidades territoriales del sistema de salud ecuatoriano (Whitehead & Dahlgren, 2007; Marmot et al., 2020). Desde una perspectiva de salud pública, estas desigualdades no solo reflejan diferencias en infraestructura, sino que condicionan de manera

directa el acceso efectivo a la atención hospitalaria y la oportunidad de respuesta frente a eventos de salud que requieren internamiento (Starfield, 2011; Kruk et al., 2018).

Las provincias con mayores tasas de camas por habitante concentran servicios hospitalarios que actúan como nodos de referencia regional, mientras que aquellas con menor disponibilidad dependen estructuralmente de la derivación hacia otros territorios (INEC, 2024; OPS, 2019). Esta dependencia territorial incrementa los tiempos de traslado, los costos económicos y sociales para las familias, y la sobrecarga de los hospitales urbanos, reproduciendo un modelo centro–periferia históricamente arraigado en los sistemas de salud latinoamericanos (Paim et al., 2011; Breilh, 2003).

La brecha observada entre provincias urbanas y rurales evidencia que el derecho constitucional a la salud se ejerce de manera diferenciada según el territorio (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008; MSP, 2012). En provincias como Orellana o Esmeraldas, donde la disponibilidad de camas es inferior a una por cada 1.000 habitantes, el acceso a hospitalización se encuentra condicionado no solo por la enfermedad, sino por la capacidad de desplazamiento y la articulación del sistema de referencia (INEC, 2024; OPS, 2019).

La participación de la Red Privada Complementaria amplía la oferta de camas en determinados contextos urbanos; sin embargo, su distribución territorial desigual limita su contribución a la reducción de brechas (Atun et al., 2015). La menor presencia del sector privado en territorios rurales y amazónicos refuerza la dependencia del sistema público y profundiza las inequidades en la disponibilidad de servicios hospitalarios (Marmot et al., 2020).

Estos hallazgos ponen de relieve que la distribución de camas hospitalarias debe ser analizada como un determinante estructural de inequidad en salud. La localización territorial de la oferta hospitalaria condiciona el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, tema que se aborda en los capítulos siguientes del libro, y define en gran medida la capacidad del sistema para garantizar una atención equitativa (OMS, 2010; OPS, 2019).

Conclusiones

La distribución de camas hospitalarias disponibles en Ecuador presenta desigualdades territoriales persistentes, con una clara concentración en provincias urbanas y una limitada disponibilidad en territorios rurales y amazónicos. El promedio nacional de 1,32 camas por

cada 1.000 habitantes, junto con rangos provinciales que oscilan entre 0,64 y 1,72, evidencia un acceso diferenciado a la hospitalización según el lugar de residencia.

Estas desigualdades territoriales limitan la garantía efectiva del derecho a la salud y refuerzan la dependencia del sistema de referencia y derivación, particularmente para poblaciones rurales y periféricas. La distribución actual de camas hospitalarias no responde plenamente a criterios de equidad territorial ni a las necesidades diferenciales de la población.

Desde un enfoque de salud pública, los resultados subrayan la necesidad de fortalecer la planificación sanitaria con criterios explícitos de equidad, priorizando territorios con menor disponibilidad relativa de camas hospitalarias. Asimismo, resulta indispensable reforzar la rectoría del Estado para articular de manera más equitativa la participación de los subsistemas público y privado.

En el marco del libro, este capítulo consolida el vínculo entre el derecho constitucional a la salud, la estructura del sistema sanitario y la distribución territorial de los recursos hospitalarios, estableciendo una base analítica para el estudio del sistema de referencia y contrarreferencia como mecanismo compensatorio frente a las desigualdades territoriales del sistema de salud ecuatoriano.

CAPÍTULO IV

Sistema de referencias y derivaciones como expresión de la desigualdad territorial en el sistema de salud ecuatoriano

Introducción

Como se analizó en los capítulos precedentes, el derecho constitucional a la salud y la estructura del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano establecen un marco normativo e institucional orientado a garantizar el acceso universal, equitativo y oportuno a los servicios de salud (República del Ecuador, 2008; Asamblea Nacional del Ecuador, 2022). Sin embargo, la materialización efectiva de este derecho se encuentra condicionada por la distribución territorial de los recursos sanitarios, particularmente de los servicios de mayor complejidad concentrados en los niveles segundo y tercero de atención (Inca Ruiz, 2022; Rodríguez et al., 2022).

En este contexto, el sistema de referencias y derivaciones constituye un componente central del funcionamiento del sistema de salud, al permitir la continuidad de la atención cuando la capacidad resolutiva de un establecimiento resulta insuficiente para responder a las necesidades clínicas de la población (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2014; Pittalis et al., 2019). No obstante, en territorios caracterizados por una oferta limitada de servicios especializados, este sistema deja de operar exclusivamente como un mecanismo técnico-asistencial y se transforma en un reflejo de las desigualdades territoriales estructurales del sistema de salud (Kruk et al., 2018).

Tal como se evidenció en el análisis de la estructura del sistema (capítulo 2) y en la distribución de camas hospitalarias (capítulo 3), la concentración urbana de los servicios de mayor complejidad genera una dependencia estructural de amplios territorios —especialmente rurales y amazónicos— hacia centros hospitalarios ubicados en pocas provincias (Rodríguez et al., 2022; MSP, 2020). Esta configuración condiciona los flujos de referencia y derivación, incrementa las distancias geográficas y amplía las brechas en el acceso efectivo a la atención especializada (World Health Organization [WHO], 2023).

Desde una perspectiva de salud pública, analizar el sistema de referencias y derivaciones permite comprender cómo la organización territorial del sistema incide en la capacidad

resolutiva, la oportunidad de la atención y la equidad en salud (Kruk et al., 2018; Pittalis et al., 2019). En este capítulo se examina el sistema de referencias y derivaciones en el Ecuador como expresión de la desigualdad territorial, articulando el análisis con los capítulos previos y estableciendo un puente hacia la discusión sobre planificación sanitaria y fortalecimiento de la capacidad resolutiva del sistema (MSP, 2014; WHO, 2023).

Metodología

El capítulo se desarrolla a partir de un enfoque descriptivo y analítico, propio de los estudios de salud pública con orientación sistémica. El análisis se sustenta en información secundaria proveniente de fuentes oficiales del sistema nacional de salud, particularmente aquella utilizada en los capítulos anteriores sobre estructura del sistema y distribución de camas hospitalarias.

La unidad de análisis corresponde al territorio, considerando las provincias del Ecuador y su inserción dentro de la red de servicios de salud por niveles de atención. Se examina la disponibilidad territorial de servicios de segundo y tercer nivel y su relación con los flujos de referencia y derivación implícitos en el funcionamiento del sistema.

El análisis incorpora un enfoque territorial mediante la identificación de provincias sin oferta de tercer nivel de atención y la estimación conceptual de isócronas, entendidas como los tiempos y distancias aproximadas que debe recorrer la población para acceder a servicios especializados. Asimismo, se consideran categorías analíticas asociadas a la capacidad resolutiva —como disponibilidad de equipamiento, personal especializado, infraestructura y accesibilidad geográfica— sin recurrir a datos institucionales sensibles ni identificables.

Resultados

La dinámica de referencias y derivaciones del sistema nacional de salud ecuatoriano refleja de manera directa las desigualdades territoriales previamente identificadas en la estructura del sistema (capítulo 2) y en la distribución de camas hospitalarias disponibles (capítulo 3). Estas desigualdades se expresan tanto en la ausencia de servicios de mayor complejidad en amplias zonas del país como en la limitada capacidad resolutiva de los hospitales de segundo nivel de atención.

Distribución territorial de los niveles de atención

El análisis comparativo entre provincias evidencia una marcada segmentación territorial por niveles de atención. Los establecimientos del primer nivel se concentran mayoritariamente en zonas rurales y de baja densidad poblacional, mientras que los servicios de segundo y, especialmente, de tercer nivel se localizan de forma predominante en áreas urbanas.

Varias provincias —principalmente de la región amazónica y de la región litoral— no disponen de establecimientos de tercer nivel de atención. Esta ausencia obliga a la derivación sistemática de pacientes hacia provincias que concentran la mayor oferta de servicios especializados, particularmente Pichincha, Guayas y Azuay, donde se localizan los principales hospitales de referencia nacional y regional.

Esta configuración territorial condiciona el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, generando flujos interprovinciales permanentes desde territorios periféricos hacia centros urbanos, con implicaciones directas en la oportunidad del acceso y en la continuidad de la atención especializada.

Distribución de camas hospitalarias y brechas territoriales

Los datos analizados en el capítulo 3 muestran una heterogeneidad significativa en la disponibilidad de camas hospitalarias entre provincias. Mientras algunas provincias superan las 2 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, otras presentan disponibilidades inferiores a 1 cama por cada 1.000 habitantes, ubicándose por debajo de los estándares internacionales comúnmente utilizados como referencia para la planificación sanitaria.

Las provincias con menor disponibilidad relativa de camas hospitalarias coinciden, en su mayoría, con aquellas que carecen de hospitales de tercer nivel. Esta superposición refuerza la dependencia estructural del sistema de derivaciones para la resolución de patologías de mayor complejidad clínica y limita la capacidad resolutiva efectiva de los hospitales de segundo nivel en estos territorios.

Como resultado, los hospitales ubicados en provincias con mayor dotación de camas y mayor complejidad asistencial asumen una carga asistencial ampliada, actuando como nodos de referencia para amplias zonas del país.

Derivaciones interprovinciales e isócronas territoriales

La ausencia de servicios de tercer nivel en varias provincias obliga a la población a desplazamientos interprovinciales prolongados para acceder a atención especializada. En términos operativos, estas derivaciones implican trayectos que pueden superar varias horas de viaje hacia las principales ciudades del país, configurando isócronas extensas que afectan de manera diferenciada a las poblaciones rurales, amazónicas y de difícil acceso geográfico.

Estas distancias funcionales constituyen una barrera estructural para el acceso efectivo a la atención hospitalaria especializada, particularmente en situaciones que requieren respuesta oportuna. La configuración territorial de las isócronas refuerza la centralidad de los grandes centros urbanos y profundiza las desigualdades territoriales en el ejercicio del derecho a la salud.

Discusión

Los resultados del presente capítulo confirman que el sistema de referencias y derivaciones en el Ecuador no opera únicamente como un mecanismo clínico-administrativo, sino como un reflejo directo de las desigualdades territoriales estructurales del sistema nacional de salud (Kruk et al., 2018; Sanipatín Mora, 2024). La distribución diferenciada de los niveles de atención y de las camas hospitalarias disponibles condiciona de manera sustantiva la capacidad resolutiva de los territorios y define patrones sistemáticos de derivación interprovincial (Rodríguez et al., 2022).

La concentración de establecimientos de segundo y tercer nivel en áreas urbanas, contrastada con la amplia dispersión del primer nivel en zonas rurales, configura un sistema territorialmente segmentado (Inca Ruiz, 2022). En este contexto, las provincias que carecen de hospitales de tercer nivel se ven obligadas a derivar de forma recurrente a sus pacientes hacia los principales centros urbanos del país. Este patrón no constituye una situación excepcional, sino una dinámica estructural del sistema, que reproduce relaciones centro–periferia históricamente arraigadas (Kruk et al., 2018).

La distribución desigual de camas hospitalarias profundiza esta dinámica. Las provincias con menor disponibilidad relativa de camas, particularmente aquellas por debajo de una cama por cada 1.000 habitantes, presentan una mayor dependencia funcional del sistema de referencia (Rodríguez et al., 2022). Esta situación limita la capacidad resolutiva de los hospitales de

segundo nivel, que, aun cuando cumplen un rol estratégico en la red asistencial, no cuentan con el respaldo territorial suficiente para resolver patologías de mayor complejidad sin recurrir a la derivación (MSP, 2014).

Desde una perspectiva de salud pública, la existencia de isócronas territoriales extensas para el acceso a servicios de alta complejidad constituye una barrera estructural para la atención oportuna (WHO, 2023). Las largas distancias interprovinciales, que en muchos casos implican varias horas de desplazamiento, afectan de manera desproporcionada a poblaciones rurales, amazónicas y de difícil acceso, incrementando los riesgos asociados a la demora en la atención y a la discontinuidad del cuidado (Pittalis et al., 2019).

Estos hallazgos evidencian que la garantía efectiva del derecho a la salud no depende exclusivamente de la existencia formal de un sistema de referencia y contrarreferencia, sino de la distribución territorial equitativa de la infraestructura hospitalaria y de la capacidad resolutiva instalada (República del Ecuador, 2008; MSP, 2014). La centralización de los servicios especializados y de las camas hospitalarias en pocos territorios refuerza la presión asistencial sobre los hospitales de referencia y perpetúa inequidades territoriales en el acceso a la atención hospitalaria (Kruk et al., 2018; Rodríguez et al., 2022).

En este sentido, el sistema de referencias y derivaciones aparece no solo como un mecanismo de articulación asistencial, sino como un indicador indirecto de las limitaciones estructurales del sistema de salud ecuatoriano en términos de equidad territorial y planificación sanitaria (Sanipatín Mora, 2024; WHO, 2023).

Conclusiones

El análisis del sistema de referencias y derivaciones en el Ecuador pone de manifiesto que las desigualdades territoriales en la distribución de los niveles de atención y de las camas hospitalarias disponibles constituyen determinantes centrales de la capacidad resolutiva del sistema de salud. La ausencia de servicios de tercer nivel en varias provincias y la baja disponibilidad relativa de camas hospitalarias generan una dependencia estructural de las derivaciones interprovinciales para la resolución de patologías complejas.

Estas dinámicas reproducen un modelo territorial centralizado, en el que los grandes centros urbanos concentran la oferta especializada y actúan como nodos de referencia para amplias zonas del país. Como consecuencia, el acceso efectivo a la atención hospitalaria especializada

se encuentra condicionado no solo por la necesidad clínica, sino por el territorio de residencia, la distancia geográfica y la capacidad de desplazamiento de la población.

Las isócronas territoriales extensas asociadas a las derivaciones interprovinciales constituyen una barrera estructural para la atención oportuna, especialmente en contextos de urgencia, y profundizan las inequidades en salud entre zonas urbanas y rurales. Esta situación evidencia que el derecho constitucional a la salud se ejerce de manera diferenciada según el territorio, pese a su reconocimiento formal como derecho universal.

En consecuencia, fortalecer el sistema de referencias y derivaciones requiere ir más allá de ajustes operativos o administrativos, incorporando una planificación sanitaria con enfoque territorial que considere la redistribución progresiva de la capacidad hospitalaria y la reducción de las brechas en la disponibilidad de servicios de mayor complejidad.

Este capítulo establece un puente analítico con los capítulos previos del libro y refuerza la necesidad de abordar la equidad territorial como eje transversal de la salud pública ecuatoriana. Asimismo, sienta las bases para reflexionar, en los capítulos siguientes, sobre la eficiencia del sistema, la capacidad de respuesta y los desafíos pendientes para garantizar una atención equitativa y oportuna en todo el territorio nacional.

CAPÍTULO V

Causas básicas de muerte y perfil epidemiológico: implicaciones para la planificación sanitaria en el Ecuador

Introducción

La información sobre mortalidad constituye uno de los pilares fundamentales de la salud pública y de la planificación sanitaria, al permitir identificar prioridades epidemiológicas, orientar la asignación de recursos y evaluar el desempeño de los sistemas de salud (World Health Organization [WHO], 2020; Murray et al., 2020). En este sentido, las causas básicas de muerte representan un indicador sintético del estado de salud de la población y de la capacidad del sistema para prevenir, diagnosticar y tratar las principales patologías que afectan a la sociedad (Mathers et al., 2005).

Como se ha analizado en los capítulos precedentes, la garantía efectiva del derecho constitucional a la salud y la organización del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano dependen, en gran medida, de la disponibilidad de información confiable y oportuna (República del Ecuador, 2008; INEC, 2024). La estructura del sistema, la distribución territorial de camas hospitalarias y el funcionamiento del sistema de referencias y derivaciones se ven directamente condicionados por la forma en que se registran y clasifican las defunciones. Una información deficiente sobre causas de muerte no solo limita el análisis epidemiológico, sino que distorsiona la planificación sanitaria y la toma de decisiones a nivel nacional y territorial (WHO, 2020; AbouZahr et al., 2015).

En América Latina, y particularmente en el Ecuador, los sistemas de información en mortalidad han experimentado avances progresivos, aunque persisten desafíos relacionados con la calidad del registro, la presencia de causas mal definidas y la subutilización de esta información para la planificación estratégica (Pan American Health Organization [PAHO], 2018; Mikkelsen et al., 2015). La mejora en la certificación médica de defunciones y en los sistemas estadísticos ha permitido una caracterización más precisa del perfil epidemiológico, evidenciando la transición hacia un predominio de enfermedades no transmisibles, sin que ello implique la desaparición de brechas territoriales y sociales (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020).

Este capítulo analiza las causas básicas de muerte y su impacto en la configuración del perfil epidemiológico del Ecuador, destacando su relevancia para la planificación sanitaria. El análisis se articula con los capítulos anteriores del libro y busca demostrar que la calidad del registro de mortalidad no es un aspecto meramente técnico, sino un componente estructural que condiciona la equidad, la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema de salud (WHO, 2020; PAHO, 2018).

Metodología

El capítulo se sustenta en un estudio observacional, descriptivo y ecológico, basado en el análisis de datos secundarios de mortalidad a nivel nacional. Se utilizaron las bases de datos oficiales de defunciones proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), correspondientes al período 1997–2024, las cuales contienen información agregada y anonimizada sobre la causa básica de muerte, codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de las defunciones registradas en el Ecuador durante el período de análisis, sin exclusión por edad, sexo o lugar de ocurrencia. Con fines analíticos y de comparabilidad temporal, la información fue consolidada en tres períodos: 1997–2005, 2006–2015 y 2016–2024, permitiendo evaluar la evolución de la calidad del registro y los cambios en el perfil epidemiológico de la mortalidad.

Las causas básicas de muerte fueron agrupadas utilizando la lista corta de Becker, ampliamente empleada en estudios de mortalidad por su estabilidad analítica y utilidad comparativa. Se clasificaron las defunciones en causas bien definidas y causas mal definidas, estas últimas considerados indicadores de calidad del sistema de información en salud. El análisis se realizó mediante estadísticas descriptivas, empleando frecuencias absolutas y proporciones para caracterizar la distribución de las causas de muerte y su evolución temporal.

Dado que el estudio utilizó exclusivamente datos secundarios de acceso público, agregados y anonimizados, no implicó riesgos para las personas ni requirió consentimiento informado. De acuerdo con las normativas nacionales e internacionales, el estudio se considera de riesgo mínimo y susceptible de exención de revisión por un comité de ética.

Resultados

Durante el período 1997–2024 se registraron 1.889.287 defunciones en el Ecuador. El análisis temporal evidenció una mejora sostenida en la calidad del registro de las causas básicas de muerte, reflejada en la reducción progresiva de las causas mal definidas. En el período 1997–2005, estas representaron el 12,80 % del total de defunciones, mientras que en el período 2006–2015 descendieron a valores intermedios de 9,50% y finalmente, en el período 2016–2024 alcanzaron el 4,73 % (Tabla 1).

Tabla 5. Registro de causas de defunciones por periodo

Año	Causas bien definidas	%	Causas mal definidas	%	Total
1997-2005	431311	87,20	63314	12,80	494625
2006-2015	557994	90,50	58580	9,50	616574
2016-2024	741269	95,27	36819	4,73	778088
Total	1730574	91,60	158713	8,40	1889287

Fuente: elaboración propia

Perfil epidemiológico de la mortalidad

Esta mejora en la calidad del registro permitió una reconfiguración más precisa del perfil epidemiológico de la mortalidad. En el período 1997–2005, las causas mal definidas se ubicaron como la primera causa de muerte con el 12,80%, seguidas por enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y enfermedades respiratorias. Este patrón refleja una limitada precisión diagnóstica en la certificación de defunciones (tabla 2).

Tabla 6. Principales causas básicas registradas en el periodo 1997-2005

Lista corta de las principales causas de muerte de Becker	1997-2005	%
Causas mal definidas	63314	12,80
Enfermedades cerebrovasculares	25344	5,12

Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	25167	5,09
Influenza y neumonía	23718	4,80
Diabetes Mellitus	21206	4,29
Enfermedades isquémicas del corazón	21052	4,26
Enfermedades hipertensivas	20145	4,07
Ciertas afecciones originadas en el período prenatal	18183	3,68
Accidentes de transporte terrestre	17982	3,64
Agresiones (Homicidios)	17770	3,59
Total	494625	100,00

Fuente: Elaboración propia

Durante 2006–2015, aunque las causas mal definidas persistieron dentro de las diez principales causas, descendieron en su contribución proporcional al 9,50%, mientras que la diabetes mellitus, las enfermedades hipertensivas y las enfermedades cerebrovasculares ganaron relevancia epidemiológica (tabla 3).

Tabla 7. Principales causas básicas registradas en el periodo 2006-2015

Lista corta de las principales causas de muerte de Becker	**2006-2015**	**%**
Causas mal definidas	58580	9,50
Diabetes Mellitus	40740	6,61
Enfermedades hipertensivas	37655	6,11
Enfermedades cerebrovasculares	35567	5,77
Influenza y neumonía	33083	5,37
Accidentes de transporte terrestre	30243	4,91
Enfermedades isquémicas del corazón	29168	4,73
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	19804	3,21

Agresiones (Homicidios)	18847	3,06
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas	18590	3,02
Total	616574	100,00

Fuente: Elaboración propia

En el período 2016–2024, las causas mal definidas dejaron de ocupar el primer lugar y descendieron al quinto puesto, con una participación inferior al 5 %. En este mismo período, las enfermedades isquémicas del corazón emergieron como la principal causa de muerte (13,02 %), seguidas por diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares e influenza y neumonía. Asimismo, se observó la incorporación de COVID-19 como causa relevante, sin desplazar el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (Tabla 4).

Tabla 8. Principales causas básicas registradas en el periodo 2016-2024

Lista corta de las principales causas de muerte de Becker	**2016-2024**	**%**
Enfermedades isquémicas del corazón	101315	13,02
Diabetes Mellitus	47493	6,10
Enfermedades cerebrovasculares	42593	5,47
Influenza y neumonía	38613	4,96
Causas mal definidas	36819	4,73
COVID-19, virus identificado	35421	4,55
Enfermedades hipertensivas	34503	4,43
Accidentes de transporte terrestre	30224	3,88
Agresiones (Homicidios)	26295	3,38
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	22399	2,88
Total	778088	100,00

Fuente: Elaboración propia

En los tres períodos analizados se observó un predominio creciente de enfermedades no transmisibles, particularmente enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares, las cuales ocuparon de manera consistente los primeros lugares en el ranking de causas de muerte. Este patrón evidencia una transición epidemiológica avanzada, coexistente con desigualdades territoriales que condicionan la carga de mortalidad.

La disminución de las causas mal definidas tuvo un impacto directo en la estabilidad del ranking de causas de muerte y en la capacidad de identificar prioridades sanitarias. En los períodos más recientes, la información permitió diferenciar con mayor claridad las causas cardiovasculares, metabólicas y oncológicas, facilitando su vinculación con la planificación de servicios especializados, la asignación de camas hospitalarias y la organización de redes de atención.

Discusión

Los resultados confirman que la calidad del registro de las causas básicas de muerte constituye un elemento estructural para la comprensión del perfil epidemiológico y para la planificación sanitaria en el Ecuador. La reducción sostenida de las causas mal definidas no solo refleja mejoras técnicas en la certificación de defunciones, sino que fortalece la capacidad del sistema de salud para orientar decisiones basadas en evidencia (AbouZahr et al., 2015; Mathers et al., 2005).

Desde una perspectiva de salud pública, la identificación precisa del predominio de enfermedades no transmisibles tiene implicaciones directas para la organización del sistema de salud. La carga creciente de patologías cardiovasculares, metabólicas y crónicas exige una planificación que articule el primer nivel de atención con servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel, así como una adecuada distribución territorial de camas hospitalarias y servicios especializados, tal como se analizó en los capítulos 3 y 4 del libro (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020; Kruk et al., 2018).

La mejora en la calidad del registro de mortalidad también permite evidenciar las tensiones entre el mandato constitucional del derecho a la salud y la capacidad real del sistema para responder a las necesidades epidemiológicas de la población. En territorios donde persisten limitaciones en la infraestructura hospitalaria y en la disponibilidad de servicios

especializados, la información de mortalidad adquiere un valor estratégico para priorizar inversiones y fortalecer la capacidad resolutiva (República del Ecuador, 2008; INEC, 2024).

Asimismo, el análisis de las causas básicas de muerte pone de manifiesto que la planificación sanitaria no puede desvincularse de los sistemas de información. Una clasificación imprecisa o incompleta de las defunciones distorsiona la lectura del perfil epidemiológico y puede conducir a decisiones ineficientes o inequitativas. En este sentido, la calidad del registro de mortalidad se configura como un determinante indirecto de la equidad en salud (WHO, 2020; Mikkelsen et al., 2015).

Conclusiones

El análisis de las causas básicas de muerte en el Ecuador evidencia que la mejora en la calidad del registro de mortalidad ha permitido una caracterización más precisa y estable del perfil epidemiológico del país. Esta evolución constituye un avance significativo para la salud pública, al fortalecer la base empírica sobre la cual se sustenta la planificación sanitaria.

El predominio creciente de enfermedades no transmisibles plantea desafíos estructurales para el Sistema Nacional de Salud, que requieren una articulación efectiva entre niveles de atención, una distribución equitativa de los recursos hospitalarios y un fortalecimiento del sistema de referencias y derivaciones. En este contexto, la información de mortalidad se consolida como un insumo estratégico para la toma de decisiones.

Finalmente, este capítulo reafirma que la calidad del registro de las causas de muerte no es un aspecto técnico aislado, sino un componente central del ejercicio efectivo del derecho a la salud. Integrado con los capítulos precedentes, el análisis de la mortalidad cierra el recorrido del libro, destacando que sin sistemas de información sólidos y confiables no es posible avanzar hacia una planificación sanitaria equitativa, eficiente y orientada a las necesidades reales de la población ecuatoriana.

CAPÍTULO VI

Planificación sanitaria y equidad territorial en el Ecuador: una lectura integradora del sistema de salud

Introducción

La planificación sanitaria constituye uno de los pilares fundamentales para la garantía efectiva del derecho a la salud, especialmente en contextos caracterizados por profundas desigualdades territoriales y sociales. En el Ecuador, el reconocimiento constitucional de la salud como un derecho humano fundamental ha establecido un marco normativo robusto; sin embargo, su materialización efectiva depende de la capacidad del Estado para articular dicho mandato con una organización funcional del sistema de salud, una distribución equitativa de recursos y un uso estratégico de la información sanitaria (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

A lo largo de este libro se ha demostrado que la planificación sanitaria no puede comprenderse como un ejercicio meramente técnico, ni reducirse a la expansión de cobertura o infraestructura. Por el contrario, constituye un proceso estructural que integra dimensiones jurídicas, territoriales, epidemiológicas e institucionales. El análisis del derecho constitucional a la salud, la estructura del sistema nacional de salud, la distribución de camas hospitalarias, el sistema de referencias y derivaciones y el perfil epidemiológico de la mortalidad permite construir una lectura integral de los desafíos que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano, en consonancia con los enfoques contemporáneos de sistemas de salud centrados en la equidad y la calidad (Kruk et al., 2018).

Este capítulo final sintetiza los principales hallazgos del libro y los articula en una reflexión estratégica orientada a la planificación sanitaria, enfatizando la equidad territorial como eje transversal. Asimismo, propone líneas de acción y una agenda de investigación futura que contribuyan a fortalecer la capacidad del sistema de salud para responder de manera equitativa y sostenible a las necesidades de la población.

Hitos estructurales del sistema de salud ecuatoriano

El análisis desarrollado en los capítulos precedentes permite identificar una serie de hitos estructurales que han configurado el sistema de salud ecuatoriano contemporáneo:

- La constitucionalización del derecho a la salud, que consolidó un enfoque garantista y vinculó la salud con principios de equidad, universalidad e interculturalidad.
- La organización segmentada del Sistema Nacional de Salud, estructurada en torno a la Red Pública Integral de Salud y la Red Privada Complementaria, con niveles diferenciados de atención.
- La distribución territorial desigual de los recursos sanitarios, particularmente de los servicios hospitalarios de segundo y tercer nivel y de las camas hospitalarias disponibles.
- La dependencia estructural del sistema de referencias y derivaciones, especialmente en provincias rurales y amazónicas que carecen de servicios de alta complejidad.
- La transición epidemiológica y la mejora progresiva en la calidad del registro de las causas básicas de muerte, que han permitido una caracterización más precisa del perfil epidemiológico nacional.

Estos hitos no constituyen procesos aislados, sino elementos interdependientes que condicionan la forma en que se planifica, organiza y evalúa el sistema de salud.

Nudos críticos para la planificación sanitaria

Desde una perspectiva de salud pública, los hallazgos del libro permiten identificar nudos críticos estructurales que deben ser considerados prioritariamente en la planificación sanitaria:

- Centralización urbana de los servicios especializados, que reproduce un modelo centro–periferia y limita el acceso oportuno en territorios rurales.
- Brechas territoriales en la disponibilidad de camas hospitalarias, con provincias que se sitúan por debajo de los estándares internacionales recomendados.
- Isócronas sanitarias extensas, que operan como barreras estructurales para el acceso efectivo a la atención especializada.
- Sobrecarga funcional del sistema de referencias y derivaciones, utilizado como mecanismo compensatorio ante la falta de capacidad resolutiva territorial.

- Desarticulación entre el perfil epidemiológico y la oferta real de servicios, especialmente frente al predominio creciente de enfermedades no transmisibles.

Estos nudos críticos evidencian que las inequidades territoriales no responden a fallas coyunturales, sino a configuraciones estructurales del sistema de salud.

Implicaciones estratégicas para la planificación sanitaria

La evidencia presentada a lo largo del libro permite delinear implicaciones concretas para la planificación sanitaria en tres niveles complementarios:

Nivel estratégico y rector

La planificación sanitaria debe basarse en el perfil epidemiológico real de la población, utilizando la información de mortalidad como insumo central para la toma de decisiones. Ello implica fortalecer la rectoría estatal, priorizar la equidad territorial y orientar la inversión pública hacia territorios con mayores brechas sanitarias, en coherencia con los principios del derecho a la salud y del enfoque de sistemas de salud centrados en las personas.

Nivel operativo y de redes

Resulta indispensable fortalecer la capacidad resolutiva del segundo nivel de atención, redistribuir progresivamente los servicios especializados y optimizar el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia, no como sustituto de la oferta territorial, sino como mecanismo de articulación eficiente dentro de una red integrada de servicios.

Nivel informacional

La calidad del registro de las causas básicas de muerte debe ser concebida como un componente estratégico de la planificación sanitaria. Una información confiable y oportuna permite anticipar necesidades, evaluar intervenciones y reducir decisiones ineficientes o inequitativas.

Recomendaciones estratégicas para el sistema de salud ecuatoriano

A partir del análisis integrador desarrollado en este libro, se proponen las siguientes orientaciones estratégicas:

- Incorporar criterios explícitos de equidad territorial e isócronas sanitarias en la planificación de la red hospitalaria.
- Priorizar inversiones en provincias con doble brecha: alta carga epidemiológica y baja disponibilidad de servicios.
- Utilizar el comportamiento del sistema de referencias y derivaciones como indicador indirecto de inequidad territorial.
- Articular de manera sistemática la información de mortalidad con la planificación hospitalaria y la asignación de recursos.
- Fortalecer la capacidad del segundo nivel de atención como eje estratégico de descongestión del sistema.

Conclusión general del libro

Este libro ha demostrado que la garantía efectiva del derecho a la salud en el Ecuador no depende exclusivamente de su reconocimiento constitucional, sino de la capacidad del Estado para traducir dicho mandato en una planificación sanitaria territorialmente equitativa, informada por evidencia epidemiológica y sustentada en una estructura institucional funcional. Las desigualdades territoriales identificadas en la distribución de recursos, en el acceso a servicios especializados y en los patrones de mortalidad evidencian la necesidad de repensar la planificación sanitaria como un proceso integrador, estratégico y orientado a la equidad.

Agenda de investigación futura

Finalmente, se proponen líneas de investigación que pueden ampliar y profundizar los hallazgos de este libro:

- Estudios longitudinales sobre el impacto de las desigualdades territoriales en los resultados de salud.
- Análisis de isócronas sanitarias y tiempos efectivos de acceso a servicios especializados.
- Evaluaciones del sistema de referencias y derivaciones como indicador de capacidad resolutiva territorial.

- Investigaciones sobre la relación entre perfil epidemiológico y asignación presupuestaria en salud.
- Estudios comparativos regionales en América Latina sobre planificación sanitaria y equidad territorial.

Estas líneas de investigación permitirán fortalecer la base empírica para la formulación de políticas públicas orientadas a la equidad y la sostenibilidad del sistema de salud ecuatoriano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AbouZahr, C., de Savigny, D., Mikkelsen, L., Setel, P. W., Lozano, R., Nichols, E., & Lopez, A. D. (2015). Civil registration and vital statistics: Progress in the data revolution for counting and accountability. *The Lancet, 386*(10001), 1373–1385. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60173-8

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial No. 449. https://www.recursosyenergia.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/CONSTITUCION-1-ACTUALIZADA.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2022). *Ley Orgánica de Salud* (última reforma 29-04-2022). http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426

Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., García, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., de Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C. F., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet, 385*(9974), 1230–1247. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9

Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Science & Medicine, 72*(1), 39–48. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.019

Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Vol. 17). Lugar Editorial.

Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance challenges in global health. *The New England Journal of Medicine, 368*(10), 936–942. https://doi.org/10.1056/NEJMra1109339

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019. *The Lancet, 396*(10258), 1204–1222. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9

Gostin, L. O., & Wiley, L. F. (2020). *Public health law: Power, duty, restraint* (3rd ed.). University of California Press.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). *Estadísticas vitales: Defunciones generales*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). *Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios*. https://www.ecuadorencifras.gob.ec

Inca Ruiz, G. P. (2022). Evolución del sistema de salud desde 1979 hasta 2022 en Ecuador. *La Ciencia al Servicio de la Salud y Nutrición, 14*(1), 219. https://doi.org/10.47187/cssn.Vol14.Iss1.219

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., & Roder-DeWan, S. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health, 6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. Institute of Health Equity.

Mathers, C. D., Fat, D. M., Inoue, M., Rao, C., & Lopez, A. D. (2005). Counting the dead and what they died from. *Bulletin of the World Health Organization, 83*(3), 171–177.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15135

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Norma técnica del subsistema de referencia, derivación y contrarreferencia*. https://aplicaciones.msp.gob.ec

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud* (Acuerdo Ministerial No. 00030-2020). https://www.gob.ec

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Estadísticas de recursos y servicios de salud*. MSP.

Mikkelsen, L., Phillips, D. E., AbouZahr, C., Setel, P. W., de Savigny, D., Lozano, R., & Lopez, A. D. (2015). A global assessment of civil registration and vital statistics systems. *The Lancet, 386*(10001), 1395–1406. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60171-4

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+ 2017*. OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *La salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*. OPS.

Pan American Health Organization. (2010). *Integrated health service delivery networks*. PAHO.

Pan American Health Organization. (2017). *Health systems profile: Ecuador*. PAHO.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system. *The Lancet, 377*(9779), 1778–1797. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8

Pittalis, C., Brugha, R., & Gajewski, J. (2019). Surgical referral systems in low- and middle-income countries. *PLoS ONE, 14*(9), e0223328. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223328

Rodríguez, A., Romero-Sandoval, A., Sandoval, B. A., et al. (2022). Medical specialist distributions in Ecuador. *BMC Health Services Research, 22*, 671. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08056-5

Ruger, J. P. (2010). Health capability. *American Journal of Public Health, 100*(1), 41–49. https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.143651

Ruger, J. P. (2012). Global health justice and governance. *The American Journal of Bioethics, 12*(12), 35–54. https://doi.org/10.1080/15265161.2012.733060

Sanipatín Mora, G. A. (2024). El derecho humano a la salud y su cumplimiento en el orden jurídico ecuatoriano. *Tierra Infinita*. https://doi.org/10.32645/26028131.1094

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

Starfield, B. (2011). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology* (2nd ed.). Oxford University Press.

United Nations. (2014). *Principles and recommendations for a vital statistics system* (Rev. 3). https://unstats.un.org

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. WHO.

World Health Organization. (2008). *Primary health care: Now more than ever*. WHO.

World Health Organization. (2010). *Health systems financing: The path to universal coverage*. WHO.

World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage*. WHO.

World Health Organization. (2020). *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2019*. WHO.

World Health Organization. (2023). *High-value referrals*. WHO Regional Office for Europe.

Yamin, A. E., & Gloppen, S. (2011). *Litigating health rights*. Harvard University Press.

Marzo 2026 - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright © - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright del texto © 2026 de Autores
Formato: PDF
Tamaño: A4 210 x 297 mm
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
biblioteca.ciencialatina.org
editorial@ciencialatina.org
Atención por WhatsApp al +52 1 55 9435 7573