



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

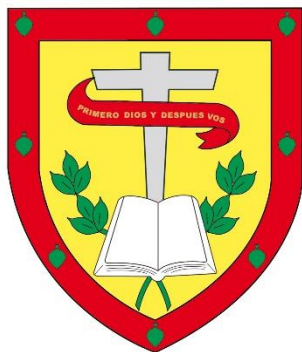
**AUTOR: EMILY TATIANA MENDOZA CALDERÓN**

**DIRECTOR: ING. AURA DEL CISNE GUERRERO LUZURIAGA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGA**

**AUTOR: EMILY TATIANA MENDOZA CALDERÓN**

**DIRECTOR: ING. AURA DEL CISNE GUERRERO LUZURIAGA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## Contenido

1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. DEFINICIONES Y CONCEPTUALIZACIONES .....	5
2.1 Ministerio de Salud Pública (MSP) .....	5
2.2 Coordinaciones zonales .....	5
2.3 Hospitales y su ubicación.....	5
2.4 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) .....	9
2.5 Seguro Social Campesino (SSC).....	9
2.6 Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador (ISSFA).....	10
2.7 Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) .....	10
2.8 Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil .....	10
2.9 Asociación de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) .....	10
3. ¿CÓMO SE ASIGNA EL PRESUPUESTO EN SALUD? .....	10
4. GASTO PÚBLICO EN EL SISTEMA DE SALUD .....	16
5. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD .....	17
6. ANEXOS .....	20
7. BIBLIOGRAFÍA .....	23

## **EL SISTEMA DE SALUD ECUATORIANO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

El sistema de salud ecuatoriano ha experimentado modificaciones constantes desde 1996 debido a transformaciones estructurales en el modelo económico y de desarrollo que los diferentes gobiernos han implementado para mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos. Las dos constituciones más recientes que se han establecido en 1998 y 2008 surgieron de los procesos de transformación estructural que se efectuaron en Ecuador (1).

Hacia el cierre del año 1996, en Ecuador se inició un lapso de inestabilidad en el sistema democrático que duró 10 años, con un impacto en el rendimiento del sistema de atención sanitaria, tal como la reducción del presupuesto para la prestación de servicios de salud, deterioro de la infraestructura debido a la escasa inversión (1), calidad insatisfactoria de los servicios de salud y carencia de un marco institucional consistente; todos estos aspectos provocaron un incremento en el desembolso individual en atención médica que repercutió en todos los usuarios del sistema de salud, especialmente en la población pobre (1).

Dentro de este marco, la Constitución de 1998 fue aprobada, comprometiendo al Estado a garantizar el derecho a salud, según los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. Esta conceptualización de la Salud Pública coloca a este servicio como un modelo de atención centrado en la atención primaria y promoción de la salud (2).

En el año 2001 se promulgó una nueva Ley de Seguridad Social que establece pautas generales para la seguridad social en Ecuador en relación a principios directrices, participantes, riesgos cubiertos y recursos (1). Establecía las organizaciones que integraban el Sistema Nacional de Seguridad Social: Seguridad Social Ecuatoriana, Instituto (IESS), Fuerzas Armadas, Instituto de Seguridad Social - ISSFA, y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional - ISSPOL (1). El IESS brindó cobertura para contribuyentes empleados (con aportación parcial por parte de los empleadores), contribuyentes voluntarios y agricultores o residentes del área, dicha cobertura comprendía servicios de atención médica en el IESS, un fondo de jubilación y la capacidad de solicitar hipotecas y préstamos sin aval (1).

En 2008, se instauró la constitución actual que agregó una reforma al concepto de derecho a la salud, el cual introdujo áreas adicionales con relación a la política pública como acceso a servicios públicos, educación, trabajo, ambientes saludables y otros servicios que afiancen o mejoren las condiciones de vida la población (1). Esta nueva normativa, junto con la Agenda de Desarrollo Social y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, formaron el Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitaria y Atención de Salud Intercultural (MAIS-FCI). Este modelo tiene como objetivo proteger el derecho a salud y protección social de los ecuatorianos por medio de una reforma en el Sistema Nacional de Salud (1).

En el contexto normativo actual, el cumplimiento de estos derechos recae en el estado, que debe implementar políticas, económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Además, se debe asegurar el acceso continuo a programas, acciones o servicios para la promoción y atención integral de la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. A pesar de estos cambios en el marco legal, la evaluación y documentación de los impactos en la salud pública y el acceso a la atención médica en Ecuador son limitados. Por lo tanto, en este capítulo se describirá las reformas del Ecuador en su sistema de salud (3).

## **2. DEFINICIONES Y CONCEPTUALIZACIONES**

En el dinámico escenario de la salud en Ecuador, las instituciones sanitarias desempeñan un papel fundamental en la gestión de servicios médicos, impulsando el bienestar de los ciudadanos y la evolución del sistema de salud en el país. Para comprender el sistema de salud ecuatoriano se describirá de manera puntual las entidades principales que lo conforman y su función:

### **2.1 Ministerio de Salud Pública (MSP)**

Establecido por la Ley Orgánica, es la autoridad sanitaria y ente regulador del Sistema Nacional de Salud que se encarga de la formulación y ejecución de las políticas públicas que van destinadas a resguardar la salud de la población. Sus responsabilidades abarcan desde la planificación y coordinación de estrategias nacionales de salud hasta la regulación y fiscalización de servicios para garantizar altos estándares de calidad.

Los pilares fundamentales de esta institución son la promoción y prevención de la salud y el fortalecimiento de la atención primaria, ya que de esta forma se aborda los problemas de salud en su fase inicial y se logra descentralizar los servicios, acercándolos a las comunidades locales y promoviendo la eficiencia y sostenibilidad a largo plazo en el sistema de salud. Además, este organismo gestiona los recursos y administra los presupuestos para optimizar la prestación de servicios (4).

### **2.2 Coordinaciones zonales**

Tienen como objetivo regular las labores y gestiones tanto técnicas como administrativas las cuales facilitan su ejecución, supervisión y regulación del desarrollo de las operaciones estadísticas asignadas a la zona (5). El Ministerio de Salud Pública cuenta con 9 coordinaciones zonales distribuidas a lo largo del país, las cuales son:

- Coordinación zonal 1: Ubicada en Ibarra, asignada a las provincias de Esmeraldas, Sucumbíos, Imbabura y Carchi (6).
- Coordinación zonal 2: Ubicada en Tena, asignada a las provincias de Pichincha, Napo, Orellana (6).
- Coordinación zonal 3: Ubicada en Ambato, asignada a las provincias de Chimborazo, Tungurahua, Pastaza, Cotopaxi (6).
- Coordinación zonal 4: Ubicada en Portoviejo, asignada a las provincias de Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí (6).
- Coordinación zonal 5: Ubicada en Guayaquil, asignada a las provincias de Santa Elena, Bolívar, Guayas; Milagro (excepto Guayaquil, Samborondón y Durán) (6).
- Coordinación zonal 6: Ubicada en Azuay, asignada a las provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago (6).
- Coordinación zonal 7: Ubicada en Loja, asignada a las provincias de El Oro, Loja y Zamora Chinchipe (6).
- Coordinación zonal 8: Ubicada en Guayaquil, asignada a las provincias de Guayaquil, Samborondón, Durán (6).
- Coordinación zonal 9: Ubicada en Quito, asignada a las provincias de Pichincha (6).

### **2.3 Hospitales y su ubicación**

En Ecuador, la atención médica e infraestructura hospitalaria son de vital importancia para el bienestar de la población. A lo largo de los años, el país ha experimentado avances

significativos en el sector salud, con la expansión y modernización de hospitales, adaptándolos para brindar servicios de calidad y tratar de cubrir la mayor parte de la demanda de los mismos. Desde las zonas urbanas hasta las áreas rurales, los hospitales se enfrentan a constantes desafíos como el acceso a la atención médica de forma equitativa y el continuo avance en la calidad del servicio. A continuación, se detallarán los hospitales existentes a nivel nacional, seccionado por provincias:

#### Provincia del Azuay- zonal 6

- Hospital Vicente Corral Moscoso
- Hospital de Sigsig
- Hospital El Girón
- Hospital de Paute
- Hospital Gualaceo
- Hospital Santa Isabel
- Hospital Mariano Estrella

#### Provincia de Bolívar- zonal 5

- Hospital Alfredo Noboa Montenegro
- Hospital San Miguel
- Hospital Chillanes

#### Provincia del Carchi/Tulcán- zonal 1

- Hospital Luis G. Dávila
- Hospital El ángel
- Hospital San Gabriel

#### Provincia del Cañar- zonal 6

- Hospital Homero C. Crespo
- Hospital Luis Fernando Martínez
- Hospital Darío Machuca Palacios

#### Provincia de Cotopaxi- zonal 3

- Hospital Latacunga
- Hospital Salcedo
- Hospital Pujili
- Hospital de Pangua
- Hospital de Zumbahua

#### Provincia de Chimborazo- zonal 3

- Hospital de Riobamba
- Hospital Alfonso Villagomez
- Hospital de Chunchi
- Hospital de Colta
- Hospital Alausi

- Hospital Guamote

Provincia de El Oro- zonal 7

- Hospital Teófilo Dávila
- Hospital San Vicente de 4 Paúl
- Hospital Santa Teresita
- Hospital Arenillas
- Hospital de Huaquillas
- Hospital de Piñas
- Hospital de Zaruma
- Hospital El Guabo

Provincia de Esmeraldas- zonal 1

- Hospital Delfina Torres Concha
- Hospital de Quinde
- Hospital de Borbón
- Hospital San Lorenzo
- Hospital de Muisne
- Hospital de Limones

Provincia de Galapagos- zonal 4

- Hospital Oscar Jandl
- Hospital República del Ecuador

Provincia del Guayas –zonal 5

- Hospital Albert Gilbert Pontón
- Hospital Francisco Icaza Bustamante
- Hospital Alfredo J. Valenzuela
- Hospital Infectología
- Hospital Balzar
- Hospital Daule
- Hospital El Empalme
- Hospital El Triunfo

Provincia Imbabura- zonal 1

- Hospital San Vicente de Paúl
- Hospital de Otavalo
- Hospital de Cotacachi
- Hospital de Atuntaqui

Provincia de Loja- zonal 7

- Hospital Isidro Ayora
- Hospital Vilcabamba
- Hospital Celica

- Hospital Alamor
- Hospital Cariamanga
- Hospital Catacocha
- Hospital Saraguro
- Hospital Macara

Provincia de Los Ríos- zonal 5

- Hospital Martín Icaza
- Hospital de Quevedo
- Hospital de Vinces
- Hospital de Baba
- Hospital Ventanas
- Hospital Ricaurte

Provincia de Manabí- zonal 4

- Hospital Verdi Ceballos
- Hospital Miguel H. Alcivar
- Hospital Rodríguez Zambrano
- Hospital de Chone
- Hospital de Pajan

Provincias Morona Santiago- zonal 6

- Hospital de Macas
- Hospital Quito Méndez
- Hospital Sucua
- Hospital Limón Indaza
- Hospital Gualaquiza
- Hospital Taisha
- Hospital de Palora

Provincia del Napo- zonal 2

- Hospital José María Velasco Ibarra
- Hospital Baeza
- Hospital Salud Tena

Provincia de Orellana- zonal 2

- Hospital Francisco de Orellana
- Hospital Nuevo Rocafuera

Provincia de Pastaza- zonal 3

- Hospital de Puyo

Provincia de Pichincha- zonal 2

- Hospital Baca Ortiz

- Hospital Eugenio Espejo
- Hospital Enrique Garcés
- Hospital Pablo Arturo Suárez
- Hospital Isidro Ayora
- Hospital Gonzalo Gonzales
- Hospital Julio Endara
- Hospital San Lázaro
- Hospital Adulto Mayor
- Hospital Paúl Maldonado Mejía
- Hospital de Sangolquí
- Hospital Nanegalito
- Hospital de Machachi
- Hospital de Yaruqui

Provincia de Santo Domingo de los Tsachilas- zonal 4

- Hospital Gustavo Dominguez
- Hospital Salinas
- Hospital La Libertad
- Hospital Manglaralto
- Hospital Liborio Panchana

Provincia de Sucumbios- zonal 1

- Hospital Marco Vinicio Iza
- Hospital Shushufindi

Provincia de Tungurahua- zonal 3

- Hospital Regional de Ambato
- Hospital Baños
- Hospital Pelileo
- Hospital Pillaro

Provincia de Zamora Chinchipe- zonal 7

- Hospital Julius Doefner
- Hospital Yantzaza
- Hospital Zumba

## **2.4 Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)**

Realiza prestaciones de salud de manera individual o familiar a sus contribuyentes en sus instalaciones sanitarias, localizadas a nivel nacional. Además, posee convenios con organismos externos tales como clínicas y hospitales privados, con el afán de proporcionar un mejor servicio a la población ecuatoriana (7).

## **2.5 Seguro Social Campesino (SSC)**

Es un seguro universal obligatorio aplicado a los sectores rurales del país que, además, beneficia a las personas que trabajan en la pesca de forma artesanal. Entre sus principales

funciones se encuentra realizar prestaciones sanitarias y financieras. Los servicios de salud comprenden medicina general, ginecología y odontología; por otra parte, el servicio financiero se basa en ejecutar pagos de forma mensual por jubilación ya sea por vejez o incapacidad; además de brindar ayuda económica por defunción del afiliado (8).

### **2.6 Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador (ISSFA)**

Su función es brindar seguridad social al personal militar independientemente que su estado sea activo o pasivo, a su familia y derechohabientes, candidatos a oficiales, tropa y conscriptos, por medio de un plan de prestaciones (9). El ISSFA ofrece una amplia gama de servicios, incluyendo atención médica, prestaciones por incapacidad, pensiones y préstamos hipotecarios. Su labor contribuye así al fortalecimiento de las fuerzas armadas y al desarrollo de la sociedad ecuatoriana.

### **2.7 Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG)**

La Junta de Beneficencia de Guayaquil es una institución privada sin fines de lucro que desempeña un papel crucial en la prestación de servicios de asistencia social, educación y salud a la población más vulnerable de Guayaquil y sus alrededores. Con una larga historia de compromiso con el bienestar comunitario, la Junta administra varios hospitales y clínicas que ofrecen atención médica a personas de bajos recursos, así como escuelas y colegios que proporcionan educación de calidad a niños y jóvenes en situación de vulnerabilidad. Además de sus servicios básicos, la Junta de Beneficencia también brinda asistencia económica y alimentaria a personas y familias necesitadas, y promueve actividades culturales y recreativas para la comunidad, contribuyendo así al desarrollo integral de la sociedad guayaquileña (10).

### **2.8 Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil**

La Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil es una institución centenaria que ha desempeñado un papel fundamental en la protección y promoción de los derechos de los niños y adolescentes en la ciudad. A través de programas y servicios especializados, la Sociedad brinda atención integral a niños en situación de vulnerabilidad, incluyendo educación, atención médica, alimentación y apoyo psicosocial. Su enfoque en el bienestar integral de los niños y su compromiso con la comunidad han sido reconocidos ampliamente, convirtiéndola en un referente en el ámbito de la protección infantil en Guayaquil.

### **2.9 Asociación de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA)**

Establecida en la ciudad de Guayaquil el 7 de diciembre del 1951, se constituye como una organización privada con objetivos sociales y sin propósitos económicos, que entre sus actividades ofrece tratamientos preventivos, diagnósticos y métodos paliativos contra el cáncer (11).

## **3. ¿CÓMO SE ASIGNA EL PRESUPUESTO EN SALUD?**

La asignación del presupuesto al sistema de salud es un proceso crucial que implica la cuidadosa distribución de recursos financieros para abordar tanto la atención médica como la gestión, infraestructura y otras áreas relacionadas con la salud. El respaldo financiero de los sistemas de salud constituye un aspecto fundamental para lograr un progreso en el acceso y el alcance en salud de manera universal. La configuración del esquema financiero debería contar con atributos que promuevan la accesibilidad oportuna y brindar atención médica de excelencia sin imponer dificultades económicas a las personas y sus familias (12)

A lo largo de la historia, el sistema de salud en Ecuador ha estado dividido entre diversos métodos de financiamiento, entidades aseguradoras y diversas instituciones gestoras de elementos disponibles que se ocupan de la población beneficiaria (12)

El capital del sector salud se genera de varios componentes, el principal refiere del incremento de fuentes de empleo para al menos 205 mil personas. Estimando que cada empleo directo crea 2,04 empleos indirectos adicionales. Este número representa aproximadamente el 5% de la población económicamente activa en Ecuador en el año 2018 y alrededor del 12,5% de la población con empleo adecuado, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (13)

Es importante ampliar el concepto de salud y analizarlo como un estado de bienestar físico, mental, social y emocional y no limitarnos solo a la ausencia de enfermedades en una persona, de esta manera podríamos relacionarlo desde una perspectiva económica. Este sector incluye una amplia gama de bienes y servicios destinados a mejorar el bienestar físico de las personas. Esto incluye infraestructura, equipamiento, medicamentos, productos biológicos, suministros, dispositivos para diversas funcionalidades físicas, prótesis, ropa, así como servicios formativos para el desarrollo de habilidades diversas (13). Además, abarca exámenes de laboratorio, radiografías para diagnóstico, programas de recuperación y atención para la rehabilitación, atención especializada en el alivio de enfermedades terminales, procesos de trasplante y actividades de investigación científica en el ámbito sanitario y atención profesional pública y privada (13)

Durante el periodo comprendido entre 2007 y 2014, aproximadamente el 34% de cada 100 dólares del capital generado en las actividades productivas exclusivamente del área de salud proviene del sector privado, mientras que el 66% restante pertenece al sector público, según datos del Banco Central del Ecuador (BCE). Resulta evidente que la reducción del desembolso en servicios de salud tiene un impacto negativo en la longevidad de las comunidades. Esto a su vez, conlleva a una pérdida directa en el índice de expansión económica, ya que se traduce en una disminución de la eficiencia laboral (13)

En los últimos años, la salud es considerada como un tema de interés general y su financiamiento implica asignar de manera coherente e inteligente los fondos financieros para abordar las cuatro áreas del sector. Esto significa que parte de los recursos recaudados deberá dirigirse a promover prácticas saludables, prevenir riesgos que afecten la salud, conservar y atender la de las personas, proporcionar métodos paliativos y acompañar en el proceso de fallecimiento (12).

Acorde a lo antes mencionado, en el año 2016, el estado ecuatoriano destinó el 8% del Producto Interno Bruto y contribuyó con aproximadamente el 51% de los recursos financieros destinados al ámbito de la salud a nivel nacional. Esta cifra sugiere que parte significativa del financiamiento sigue recayendo en las familias. Además, en comparación con otros países latinoamericanos, el aporte de Ecuador queda por debajo de las cifras establecidas (13).

En el año 2018, Ecuador adoptó la extensión a nivel universal del sistema de seguridad sanitario por decreto constitucional. Esta medida implica la obligación de financiar simultáneamente dos mecanismos utilizando las fuentes disponibles. Esto resulta en la coexistencia de un Sistema Nacional de Salud que se sostiene económicamente a través de impuestos según el modelo de Beveridge y al mismo tiempo se gestiona un Sistema de Aseguramiento Universal que se fundamenta en contribuciones, acorde al modelo Bismarckiano (13). Dicho de otro modo, el

Gobierno central es el que se financia a través de impuestos, ingresos por hidrocarburos, financiamiento para obras públicas, mientras que el IESS capta las aportaciones patronales (14).

Este enfoque tiene diversas implicaciones, ya que conlleva que las familias del país contribuyan al sistema de salud mediante el pago de impuestos como lo es el impuesto a la renta o el valor agregado. Simultáneamente, también se deben realizar pagos obligatorios o voluntarios de sus propias finanzas. De otra forma, se busca que la economía del sistema sanitario sea compartida entre los ciudadanos, con distintas formas de contribución, para garantizar su sostenibilidad (12).

Actualmente, el Ministerio de Finanzas asignó un presupuesto de 18 millones de dólares en el 2022 para continuar con la vacunación contra el virus del COVID 19. Además, tras la finalización de la emergencia en el sector salud, el gasto en infraestructura e insumos es mínimo. De los 62 millones que fueron asignados en salud para este año, USD 878.453 o el 1,4%.

Dentro del Sistema Nacional de Información se encuentran los indicadores del Plan Nacional de Desarrollo (PND) (15), que en el eje social se describen 4 objetivos, de los que 2 se vinculan con el sistema de salud de los ecuatorianos los cuales son: *“Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”* y *“Generar nuevas oportunidades y bienestar para las zonas rurales, con énfasis en pueblos y nacionalidades”* (15) que serán seleccionados y analizados a continuación de acuerdo a su nivel de coincidencia con el área de salud.

*“Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad”*(15)

*“Porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento”*(15)

El porcentaje de personas que viven con VIH, conocen su estado serológico y están en tratamiento ha aumentado de forma sostenida desde diciembre de 2016 hasta diciembre de 2022, tanto en el total de la población como en los diferentes grupos etarios. Esto indica un mayor acceso al diagnóstico y al tratamiento antirretroviral en el país.

Según el informe de ONUSIDA (16), en el 2017, Ecuador tenía una prevalencia de VIH de 0.3% en la población de 15 a 49 años, lo que lo ubica por debajo del promedio regional de 0.5%. Sin embargo, la epidemia se concentra en poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres y personas transfemeninas, que presentan prevalencias mucho más altas que el resto de la población.

El impacto del VIH en el sistema de salud y su presupuesto depende de varios factores, como el número de personas que requieren tratamiento, el costo de los medicamentos, los recursos humanos y la infraestructura disponibles, y la demanda de otros servicios de salud. Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud en el 2016, el costo promedio anual por persona que vive con VIH en Ecuador era de 2.387 dólares, de los cuales el 86% correspondía al tratamiento antirretroviral (17). Estos costos podrían variar según el tipo de tratamiento, el nivel de atención y la carga viral de cada paciente.

Una forma de medir el impacto del VIH en el sistema de salud y su presupuesto es el indicador de gasto catastrófico en salud, que se define como el porcentaje de hogares cuyo gasto en salud supera el 10% de su ingreso o el 40% de su capacidad de pago (18). De acuerdo con el Banco

Mundial, en 2017, el 6.5% de los hogares ecuatorianos experimentaron gastos catastróficos en salud, lo cual marcó un incremento con respecto al 4.9% registrado en 2014. Aunque no hay información específica sobre el gasto catastrófico relacionado con el VIH, es razonable suponer que sea más elevado en los hogares donde reside algún miembro afectado por el virus y carece de cobertura médica pública o privada.

*“Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud”*(15)

En la Tabla 2 muestra la evolución del gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud en Ecuador desde 1997 hasta 2021. El gasto de bolsillo en salud se refiere a los pagos directos que realizan las personas por los servicios de salud, sin contar con ningún tipo de cobertura o reembolso. Este tipo de gasto puede representar una barrera de acceso a la salud y una fuente de empobrecimiento para las familias, especialmente las más vulnerables.

Se observa que el gasto de bolsillo en salud en Ecuador ha disminuido de forma considerable en el periodo analizado, pasando de 58.02% en 1997 a 30.72% en 2021. Esto significa que las personas han dependido menos de su propio bolsillo para financiar la salud y han contado con más recursos públicos o privados. Este descenso puede estar relacionado con la expansión de la cobertura de salud, la mejora de la calidad de los servicios, la regulación de los precios y la implementación de políticas de protección social.

Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud en Ecuador sigue siendo alto en comparación con otros países de la región. Según el informe Panorama de la Salud 2021 de la OCDE y el Banco Mundial (19), el promedio regional del gasto de bolsillo en salud fue de 34% en 2017, mientras que en Ecuador fue de 38.04%. Entre los países que más gasto de bolsillo tienen en Latinoamérica se encuentra Ecuador liderando, con 8.7% del PIB; seguido por Brasil, con 8%; Argentina, con 7.9%; Chile, con 6.8%; Paraguay, con 6.5%; Perú, con 4.5%; México, con 4.3%; y Venezuela, con 4.1% (20).

Por lo tanto, se puede deducir que el gasto personal en atención médica en Ecuador ha disminuido considerablemente en las últimas dos décadas, lo que posiblemente indique un progreso en el acceso y la equidad en este ámbito de la salud. Sin embargo, aún queda espacio para mejorar y aliviar la carga económica que la atención médica representa para individuos y familias, y para acercarse a los estándares globales. Esto requiere la implementación de políticas públicas que fortalezcan el sistema de salud, amplíen la cobertura, optimicen la eficiencia y aseguren la calidad de los servicios ofrecidos.

*“Tasa de médicos familiares en atención primaria”* (15)

En la tabla número 3 se observa una variación significativa en los datos a lo largo del tiempo, con picos notables y caídas abruptas. Esto podría indicar una inconsistencia en la asignación de recursos humanos o fluctuaciones en la demanda de servicios de atención primaria.

En cuanto al presupuesto y gastos del estado, es crucial analizar cómo estos factores impactan directamente en la disponibilidad de médicos familiares para atención primaria. Un presupuesto adecuado y bien gestionado puede garantizar que haya suficientes profesionales disponibles para satisfacer las necesidades de la población. La eficiencia en el gasto también es vital para asegurar que los recursos se utilicen de manera óptima, maximizando así el alcance y la calidad del servicio.

La desagregación por período muestra datos específicos que pueden ser útiles para evaluar tendencias a lo largo del tiempo y hacer ajustes necesarios en las políticas y asignaciones presupuestarias. Es esencial mantener un equilibrio entre el presupuesto disponible y las necesidades reales para garantizar que se mantenga un nivel adecuado de servicio, especialmente en el sector salud que es crítico para el bienestar general de la población.

#### *Tasa de enfermeras por cada médico (15)*

La gráfica de barras proporcionada muestra un indicador específico a lo largo de un período de tiempo, desde diciembre de 2015 hasta diciembre de 2020. Los cambios en este indicador a lo largo del tiempo podrían tener implicaciones significativas para el presupuesto del estado. Por ejemplo, si el indicador representa algún tipo de recurso o servicio que requiere financiamiento estatal, un aumento en el indicador podría implicar la necesidad de un mayor presupuesto para mantener o mejorar ese recurso o servicio. Por otro lado, una disminución en el indicador podría sugerir que se necesita menos financiamiento, o que los fondos podrían ser reasignados a otras áreas.

Es importante tener en cuenta que estos valores son relativos y pueden variar significativamente dependiendo de la región o categoría específica. Además, estos valores son solo una medida de la tasa de enfermeras por cada médico y no proporcionan una imagen completa de la atención médica en cada región. Para una comprensión más completa, sería útil considerar otros factores, como la calidad de la atención, la satisfacción del paciente, y los resultados de salud.

#### *“Porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años de edad que consumen tabaco actualmente” (15)*

Según el gráfico, el 10% de los adolescentes en este grupo de edad son consumidores actuales de tabaco, según los datos recogidos en diciembre de 2016. Es importante tener en cuenta que este es un indicador significativo para la salud pública, ya que el consumo de tabaco en la adolescencia puede tener efectos perjudiciales a largo plazo en la salud y el bienestar. Esto puede llevar a un aumento en la demanda de servicios de salud relacionados con el tabaco, estos pueden incluir programas de prevención y cesación del tabaquismo, así como tratamientos para enfermedades relacionadas con el tabaco. Por lo tanto, este indicador puede requerir que el estado asigne una mayor proporción de su presupuesto de salud para abordar estos problemas.

Además, el consumo de tabaco en la adolescencia puede llevar a problemas de salud a largo plazo, como enfermedades cardíacas y pulmonares, que pueden requerir tratamientos costosos en el futuro. Por lo tanto, el estado podría enfrentar costos de salud a largo plazo debido al consumo de tabaco en este grupo de edad. Estos costos futuros pueden necesitar ser considerados en la planificación del presupuesto de salud del estado.

El consumo de tabaco tiene un impacto significativo en la salud oral, lo que puede afectar directamente el presupuesto de salud del estado en el área de la odontología. El tabaquismo es un factor de riesgo esencial para varias enfermedades orales, incluyendo caries, enfermedades periodontales, enfermedades periimplantarias y cáncer oral (21).

El tratamiento de estas enfermedades orales relacionadas con el tabaco puede requerir una asignación significativa del presupuesto de salud. Esto incluye no solo el costo del tratamiento en sí, sino también los costos asociados con la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo a largo plazo de estas enfermedades. Además, el tabaquismo puede limitar las posibilidades de

realizar tratamientos periodontales convencionales, intervenciones periodontales quirúrgicas o plásticas y también la rehabilitación con implantes (21).

*“Generar nuevas oportunidades y bienestar para las zonas rurales, con énfasis en pueblos y nacionalidades”* (15).

*“Tasa de pobreza multidimensional en el área rural”* (15)

Los datos reflejan una disminución general en la tasa de pobreza multidimensional en las áreas rurales a lo largo de varios períodos. Aunque no es una disminución constante, sugiere que las políticas y programas actuales pueden estar teniendo un impacto positivo en la reducción de la pobreza. Esta disminución se debe a varios factores clave:

- Estabilidad económica y crecimiento: El país se benefició de altos precios del petróleo, lo que contribuyó a la estabilidad económica y al crecimiento.
- Impacto positivo en la pobreza multidimensional: La expansión de la cobertura de servicios y las mejoras en la educación han sido factores clave para la reducción de la pobreza. El acceso a servicios básicos, como la salud y la educación, ha mejorado, lo que ha contribuido a elevar el bienestar de la población.
- Compromiso gubernamental y políticas sociales: El compromiso del gobierno ecuatoriano con el gasto social y la inversión en áreas como la educación y la salud ha sido fundamental. La inversión en programas sociales dirigidos a los más necesitados ha tenido un impacto significativo en la reducción de la pobreza multidimensional (22).

Estos datos son cruciales para determinar cómo se asignan los recursos en el presupuesto anual del estado. Una disminución en la tasa de pobreza podría indicar que las inversiones y políticas están funcionando. Sin embargo, las fluctuaciones también señalan áreas que aún requieren atención. El estado debe considerar estos datos al asignar fondos para programas de desarrollo rural, servicios de salud y educación.

Sin embargo, dentro del análisis de estos indicadores se destacó la omisión del área de odontología como un indicador individual dentro del Plan Nacional de Desarrollo, esto puede deberse a que en el PND generalmente se centra en indicadores que abarcan áreas más amplias, como economía, educación, salud y seguridad. Estos indicadores son cruciales para evaluar el progreso nacional y la calidad de vida de la población en general. La odontología, aunque importante, puede considerarse un área más específica y no siempre se incluye como un indicador independiente.

Además, medir la salud bucal a nivel nacional requiere datos específicos sobre acceso a servicios dentales, prevalencia de enfermedades bucales, tratamientos realizados, entre otros. Estos datos pueden ser más difíciles de recopilar y estandarizar en comparación con indicadores más generales. La falta de datos confiables podría haber influido en la decisión de no incluir la odontología como un indicador independiente.

Por otra parte, la salud bucal no es solo una cuestión estética; está intrínsecamente relacionada con la salud general y el bienestar de las personas. Problemas dentales pueden afectar la alimentación, el habla y la autoestima. Un indicador específico para la odontología permitiría evaluar el acceso a servicios dentales, la prevención de enfermedades bucales y la promoción de hábitos saludables. Además, considerar la odontología como un indicador ayudaría a asignar

recursos de manera más eficiente y a garantizar que la población tenga acceso a atención dental de calidad.

La inclusión de la odontología en el PND también enviaría un mensaje claro sobre su importancia en la agenda de salud pública y su relevancia para el bienestar integral de la sociedad. En términos presupuestarios, tenerla como un indicador individual permitiría asignar fondos específicos para programas de prevención, educación y atención dental, asegurando que no se descuide esta área vital de la salud.

#### **4. GASTO PÚBLICO EN EL SISTEMA DE SALUD**

La gestión del gasto público es un aspecto importante para el desarrollo económico y social de cualquier país y Ecuador no es la excepción. El manejo eficiente de los recursos gubernamentales es fundamental para garantizar el bienestar de la sociedad, impulsar el crecimiento sostenible y fomentar la equidad.

La financiación de los gastos públicos se lleva a cabo a través de la obtención de ingresos mediante el cobro de impuestos, lo cual impacta en los recursos disponibles para las personas y, por ende, en sus patrones de consumo. Este escenario obliga al Estado a elevar el gasto, incrementando la capacidad de desembolso (23).

Es crucial analizar los gastos en proporción al PIB para calcular su contribución porcentual a la economía. Como el gasto público se considera una herramienta útil, puede impactar positivamente en el Producto Interno Bruto y, por tanto, generar un aumento económico al país. En los últimos años, el desarrollo económico en Ecuador ha sido estimulado por los sectores cacaotero, bananero, petrolero, entre otros (23).

Además, otro de los objetivos del gasto público es activar los ingresos y de este modo conseguir un aumento sostenido. Es esencial que el porcentaje económico destinado al gasto sea relevante y efectivo para medir el crecimiento financiero del país. Al realizar una inversión en distintos sectores, es indispensable que las mismas sean rentables y aporten a este crecimiento (23).

En salud, el gasto público involucra tanto el gasto recurrente como el de inversión que derivan de presupuestos gubernamentales, la adquisición de deudas internacionales y los aportes no reembolsables y los fondos de seguridad social en salud. La suma del gasto público y privado en salud constituye el total de los recursos financieros destinados a este sector. Engloba la provisión de servicios médicos, las acciones relacionadas con la planificación familiar, nutrición y servicios de emergencia destinados a la salud, sin embargo, no abarca la provisión de agua y servicios sanitarios (14).

En el análisis del gasto público en salud del país, que abarca al sector de seguridad social pública, se observa que en 2016 este alcanzó el 4,4% en relación al Producto Interno Bruto (PIB). Aunque este porcentaje es significativamente superior al de otros países de la región, aún se encuentra por debajo de la cifra recomendada por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de Salud, la cual sugiere asignar el 6% del PIB a la atención sanitaria (13).

Para el año 2017, el gasto público representó el 4,36% del Producto Interno Bruto, lo cual, comparado con otros países de América Latina como Cuba, el cual obtuvo un porcentaje de 10,47% en el mismo año, Ecuador obtuvo una cifra baja destinada a la salud, sin embargo, no

es el país con menor porcentaje, ya que países como Guatemala destinaron tan solo el 2,08% del PIB, lo cual sugiere que Ecuador tuvo porcentajes intermedios en la región.

Entre 2018 y 2020, la cifra ascendió a 4,97%, lo que en términos generales se traduce como mejoras palpables en la atención médica. A medida que el gasto aumenta, se facilita el acceso a servicios de salud esenciales para un número más alto de personas, sin embargo, en el último año mencionado, se presentó la emergencia sanitaria por COVID 19 de tal forma que los recursos únicamente se destinaron a cubrir las necesidades básicas en el momento.

Es importante señalar que en el presupuesto general del estado no se describe cuánto dinero se destina a cada proyecto, si bien existe un rubro de cuánto se gasta anualmente, no se publica la asignación de capital para cada plan aprobado, ni cual fue el gasto final del mismo, por lo tanto, pueden existir fugas de dinero entre los gobiernos descentralizados y no se puede comprobar si en realidad llegan a cumplirse dichos proyectos.

## **5. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD**

Las políticas públicas en Ecuador son el conjunto de acciones y decisiones elaboradas por el Estado para resolver problemas específicos en la sociedad. Estas políticas tratan de mejorar la calidad de vida de las personas, promover el desarrollo y garantizar la igualdad y justicia.

En las últimas décadas, el país ha experimentado transformaciones significativas tanto en su panorama político como social. Con certeza, el año 2020 dejó una marca en la historia del país, provocando una serie de eventos que ayudaron en la formulación y ejecución de políticas. Este lapso de tiempo estuvo comprendido por monumentales desafíos y decisiones cruciales que van desde la gestión ante la crisis sanitaria hasta la reconfiguración de enfoques económicos y sociales.

Entre las acciones más relevantes tomadas por parte del gobierno ecuatoriano en este año son:

A partir del viernes trece de marzo, todos los visitantes provenientes de países ya detectados con casos positivos de COVID 19 y deseen ingresar al territorio ecuatoriano debían permanecer en confinamiento obligatorio durante catorce días ininterrumpidos. Además, se debía informar a las autoridades el lugar donde se alojarán durante este tiempo y el medio de transporte en el que se trasladarían debía ser privado (24).

A partir del martes 17 de marzo, se declara Estado de Emergencia Sanitaria a nivel nacional en todos los establecimientos de salud, para prevenir un posible contagio masivo en toda la población. Las instituciones sanitarias pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud están en la obligación de priorizar recursos tanto económicos como de talento humano y tomar medidas necesarias para afrontar la emergencia (25).

En primera instancia, se interrumpieron las jornadas presenciales tanto laborales del sector público y privado como estudiantiles desde el 17 al 24 de marzo del 2020, sin embargo, los establecimientos encargados de las áreas de alimentación, salud, cadenas de exportaciones, ganadería, supermercados y farmacias trabajaron con regularidad. Más adelante, este tiempo se prolongó debido a la exposición masiva de la población al virus (25).

Se dispuso que el personal y establecimientos de salud de toda la red sanitaria pública y privada complementaria del país preste sus servicios oportuna y eficazmente, colaborando con sus recursos para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Al finalizar la emergencia sanitaria,

se publicaría en el Portal Electrónico del Servicio Nacional de Contratación Pública el informe de las contrataciones y presupuesto, con los resultados recolectados durante este lapso de tiempo (25).

El 6 de abril del 2020, el COE Nacional ordenó que todos los Gobiernos Autónomos Descentralizados comuniquen del uso obligatorio de la mascarilla en espacios públicos. Esto aplica para las personas que por circunstancias de fuerza mayor tuvieran que salir, mas no se interpretaría que se regresaría a circular con normalidad (26).

El día 28 de abril del año en curso, por disposición del Comité de Operaciones de Emergencia Nacional, se anunció que, al término de la fase inicial de aislamiento, la cual inició con la declaración de pandemia global y el estado de excepción proclamado el día 16 de mayo del 2020, daría paso a la siguiente etapa “*Distanciamiento social*” a partir del 4 de mayo del mismo año (27).

El día 29 de diciembre del 2020, fue publicada la versión inicial del “*Plan Nacional de Vacunación Contra la COVID-19 2020-2021*”, posteriormente esta fue actualizada el 21 de enero del 2021, en el cual se recopilan métodos empleados hasta la fecha para el desarrollo, producción y distribución de vacunas. Su objetivo fue inmunizar a 9 millones de personas mayores de 16 años durante el primer trimestre de administración (28). Este se encontraba clasificado por fases para distribuir las vacunas en orden de prioridad, las cuales son:

Fase 0: Dentro de esta fase se autorizó iniciar con el proceso de vacunación, priorizando al personal que atendía casos positivos de COVID-19, como profesionales en salud de primera línea, ya que eran los más vulnerables debido al contacto directo con el virus, también adultos mayores de 65 años en adelante que se alojaban en centros gerontológicos y los empleados que laboraban dentro de los mismos (28).

Fase 1: En esta fase se trató de reducir las diferencias en la cobertura de vacunación. La población objetivo fue:

- Adultos mayores de 65 años cautivos, que se alojan en acilos y hospitales geriátricos, y a sus cuidadores.
- Personal sanitario que aún no ha sido vacunado.
- Personal de soporte en respuesta a la pandemia, desde vigilantes epidemiológicos, brigadistas de vacunación, coordinadores de inmunización, gestión de la cadena de suministro y asistentes administrativos.
- Jubilados y pensionistas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- Personas de entre 50 y 64 años en estado de riesgo.
- Personas que se vacunaron en la semana del 3 al 7 de mayo del 2021 para la aplicación de una segunda dosis.

Fase 2: Aquí se procedió a vacunar al siguiente grupo comprendido por:

- Personas que por cualquier circunstancia no fueron inmunizadas en las fases pasadas.
- Adultos de 65 años que no han logrado ser vacunados.
- Personas con alta probabilidad de experimentar episodios severos de la enfermedad o discapacidad entre los 16 y 64 años.
- Personas de 50 a 64 años

- Trabajadores en áreas prioritarias acorde a su amenaza ocupacional que no fueron vacunados con anterioridad
- Personas de 16 a 49 años que sufran de uno de los puntos antes mencionados.

Fase 3:

- Población y personal que por diversos motivos no pudieron inmunizarse antes.
- Personas entre 16 y 49 años y continuar con sus esquemas de vacunación.

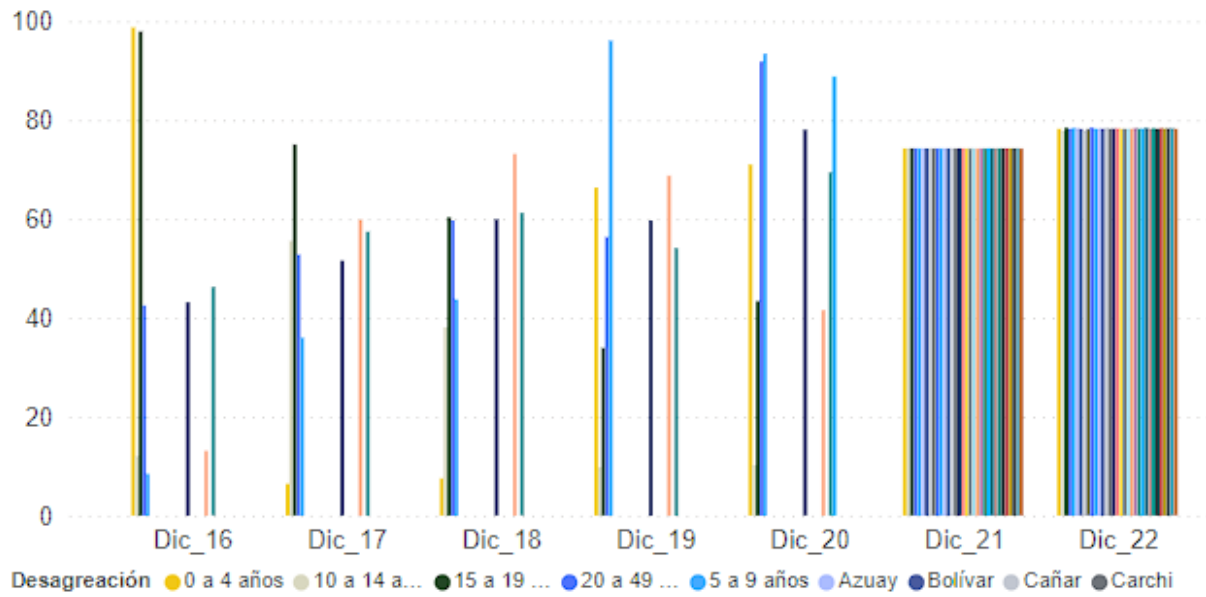
Fase 4:

- Todas las personas que no se han inmunizado antes.
- Completar esquemas de vacunación.

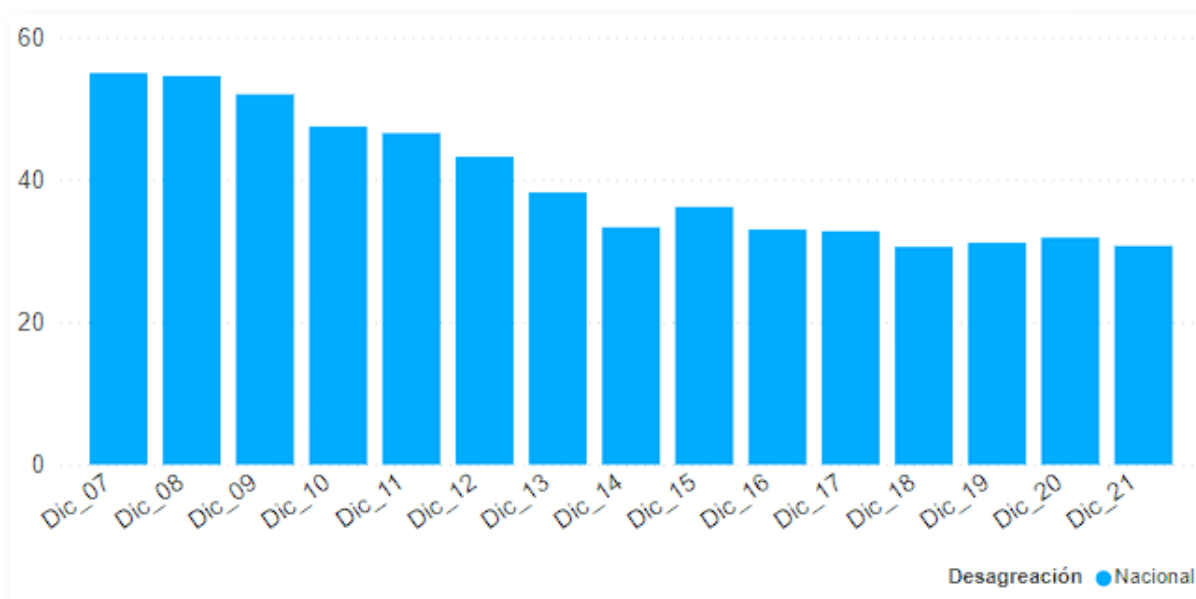
Una vez dado a conocer las directrices, se puso en marcha el plan de vacunación acorde al cronograma elaborado para cada una de las fases, logrando así inmunizar al 80.5% de la población y un 6,6 con esquema incompleto (29), el porcentaje restante pertenece a los ciudadanos que presentaron una negativa ante las dosis de vacunas.

Posteriormente, el Centro de Operaciones de Emergencias se ajustó a la determinación de la OMS de dar por finalizada la emergencia sanitaria después de 1221 días desde su inicio. Esto debido a que el Ministerio de Salud Pública informó que Ecuador poseía un nivel elevado de inmunidad, una cantidad adecuada de vacunas en reserva, y un proceso de vacunación con resultados satisfactorios (30).

## 6. ANEXOS

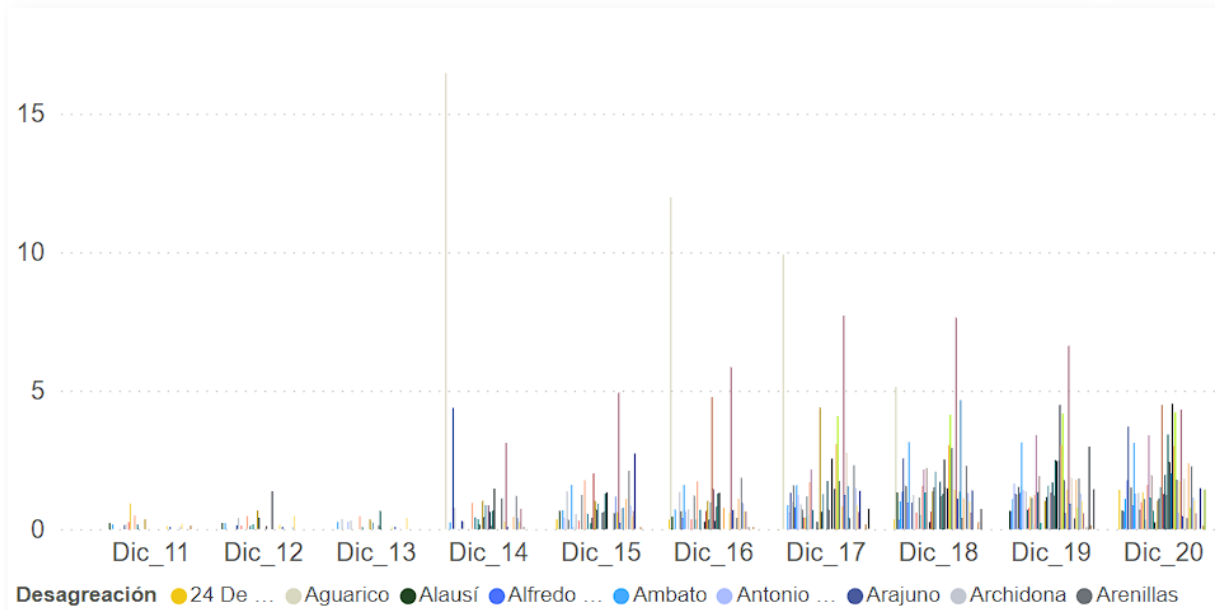


**Tabla 1.** Sistema Nacional de Información. Porcentaje de personas que viven con VIH que conocen su estado serológico y se encuentran en tratamiento. Quito, 2023.

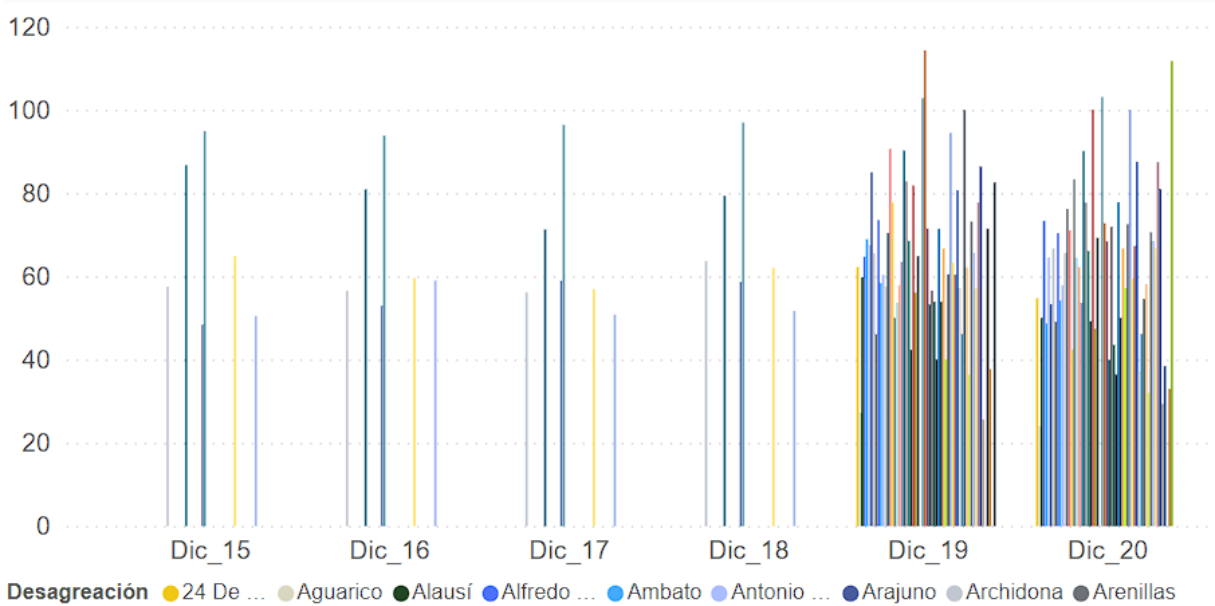


**Tabla 2.** Sistema Nacional de Información. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud. Quito, 2023.

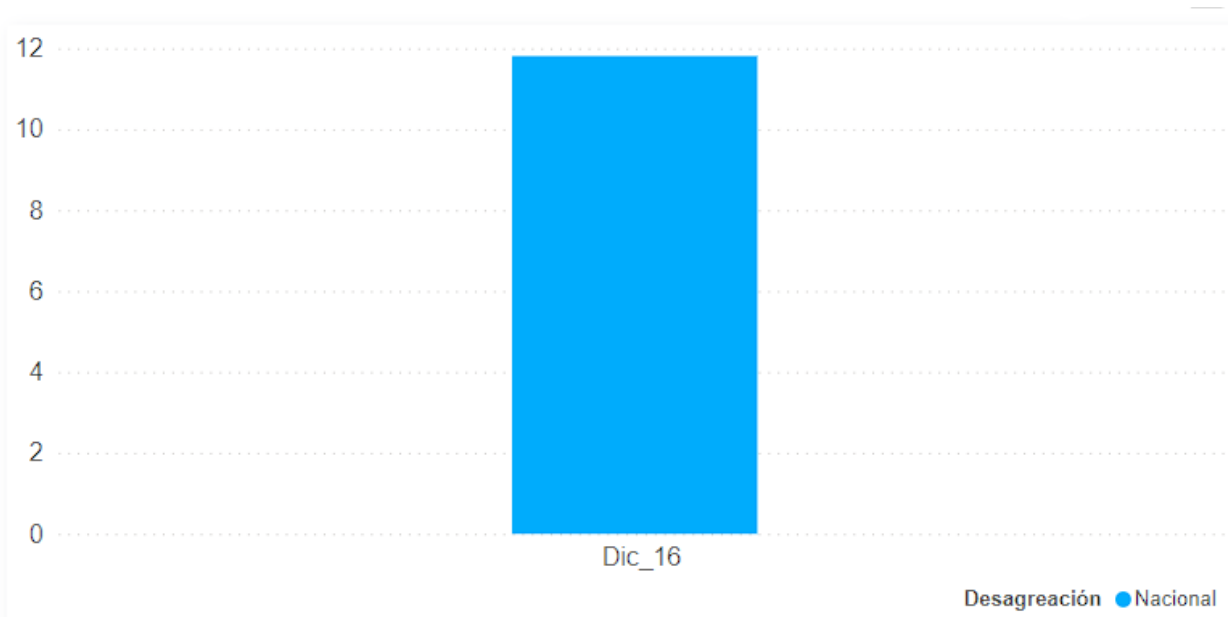
Tasa por 10.000



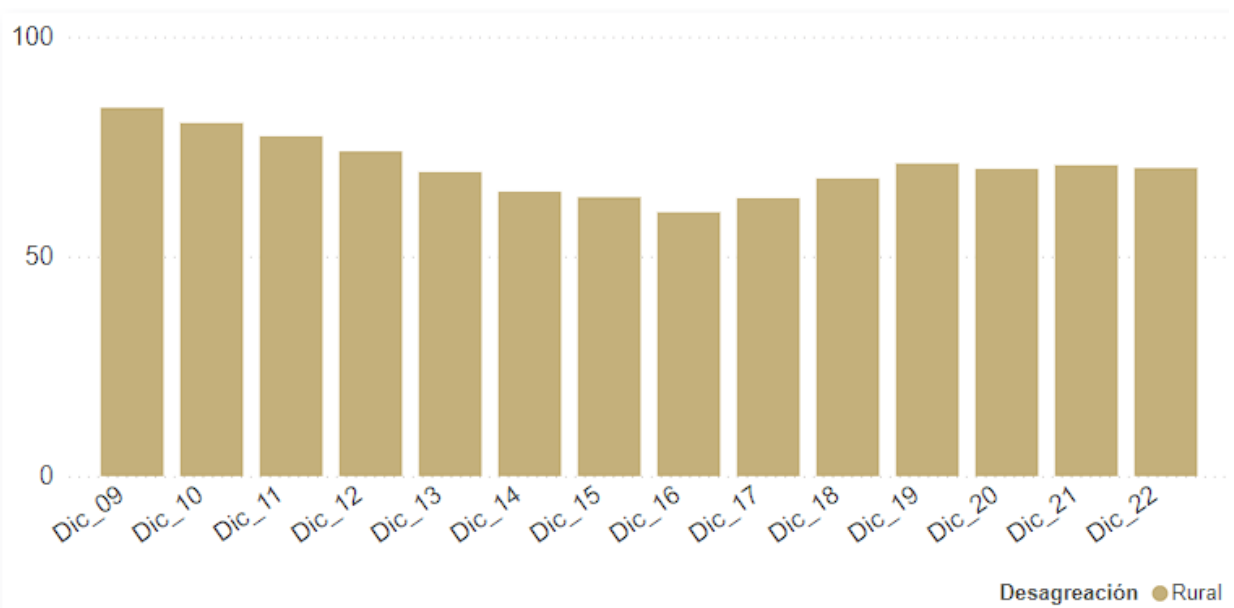
**Tabla 3.** Sistema Nacional de Información. Tasa de médicos familiares en atención primaria. Quito, 2023.



**Tabla 4.** Sistema Nacional de Información. Tasa de enfermeras por cada médico. Quito, 2023.



**Tabla 5.** Sistema Nacional de Información. Porcentaje de adolescentes entre 13 y 15 años de edad que consumen tabaco actualmente. Quito, 2023.



**Tabla 6.** Sistema Nacional de Información. Tasa de pobreza multidimensional en el área rural. Quito, 2023.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Granda ML, Jimenez WG. The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006-2014). Vol. 18, International Journal for Equity in Health. BioMed Central Ltd.; 2019.
2. Barzola Alex Enrique D, Cruz Rosa Erlinda B, Montenegro Mariana del Rocío M, Angulo María Auxiliadora M. EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ECUADOR. CIENCIA y TECNOLOGÍA Numero Especial N°. 2017;21:140–4.
3. Cañizares Fuentes R, Mena Ribadeneira G, Barquet Abi-hanna G. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD DEL ECUADOR ANALYSIS OF ECUADORIAN HEALTH SYSTEM ANALISE DO SISTEMA DE SAÚDE DO EQUADOR. Revista Medicina . 2016;19:193–204.
4. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. [cited 2023 Sep 3]. MSP vigila, controla y autoriza el funcionamiento de los establecimientos de salud públicos y privados. Available from: <https://www.salud.gob.ec/msp-vigila-controla-y-autoriza-el-funcionamiento-de-los-establecimientos-de-salud-publicos-y-privados/#>
5. Instituto de Estadísticas y Censos. Instituto de Estadísticas y Censos. Coordinaciones Zonales.
6. Zonal C, Mgs Marcelo Espinoza Coordinador Zonal I, Roca V, Lic Fernando Yanez T, Romero C. ZONAS LUGAR COORDINADOR PROVINCIAS CORREO ELECTRÓNICO SECRETARÍA TELÉFONOS DIRECCIÓN CELULAR CASA e-mail.
7. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. [cited 2023 Sep 13]. ¿Quiénes somos? Available from: <https://www.iess.gob.ec/es/web/guest/quienes-somos-cobertura#:~:text=Proteger%20al%20asegurado%20en%20las,eficacia%2C%20subsidiaridad%2C%20universalidad%2C%20equidad>
8. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. IESS. [cited 2024 Feb 24]. Seguro de Campesino. Available from: <https://www.iess.gob.ec/seguro-campesino-pf/>
9. Superintendencia de Bancos. Superintendencia de Bancos . [cited 2023 Sep 21]. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA). Available from: <https://www.superbancos.gob.ec/estadisticas/portalestudios/instituto-de-seguridad-social-de-las-fuerzas-armadas-issfa/#:~:text=Es%20el%20organismo%20ejecutor%20y,mediante%20un%20sistema%20de%20prestaciones.>
10. Junta de Beneficencia de Guayaquil. Junta de Beneficencia de Guayaquil. [cited 2023 Sep 23]. Antecedentes de la Junta. Available from: <https://www.juntadebeneficencia.org.ec/es/prensa/sobre-la-junta#:~:text=La%20Junta%20de%20Beneficencia%20de,adulto%20mayor%20y%20servicios%20funerarios.>

11. SOLCA. Asociación de Lucha Contra el Cáncer. 2023 [cited 2024 Feb 24]. Misión, Visión y Valores. Available from: <https://www.solca.med.ec/quienes-somos/mision-vision-y-valores/>
12. Mena AC, Casalí P. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal 1 OIT Países Andinos Nota informativa Introducción. Organización Internacional del Trabajo . 2021;
13. Lucio R, López R, Leines N, Terán JA. El Financiamiento de la Salud en Ecuador. PUCE. 2019 May 1;81–124.
14. Carriel Mancilla J, Jorge Carriel Mancilla M. Public expenditure in health in Ecuador. Rev Med FCM-UCSG. 2012;18.
15. Secretaría Nacional de Planificación. Sistema Nacional de Información. [cited 2024 Feb 24]. Visor de Indicadores del Plan Nacional de Desarrollo. Available from: <https://sni.gob.ec/visor-pnd-social/>
16. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública . 2017 [cited 2024 Feb 19]. VIH. Available from: <https://www.salud.gob.ec/vih/>
17. Mena AC, Casalí P. Nota informativa Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal 1 OIT Países Andinos Nota informativa Introducción. Quito ; 2021.
18. Edición Médica [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 19]. Ministerio de Salud tendrá un incremento del 12% en su presupuesto para el 2023. Available from: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/ministerio-de-salud-tendra-un-incremento-del-12-por-ciento-a-su-presupuesto-para-el-2023-99959>
19. James C. Health at a Glance 2021 [Internet]. OECD; 2021. (Health at a Glance). Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021\\_ae3016b9-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en)
20. The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020 [Internet]. OECD; 2020. Available from: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020\\_6089164f-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020_6089164f-en)
21. Torres-Remírez J, Ibáñez M. La Relación entre la Salud Oral y el Consumo de Tabaco. Un Estudio de los Habitantes de la Rioja Alta A Study of the Inhabitants of La Rioja Alta. Vol. 14, Int. J. Odontostomat. 2020.
22. García-Vélez D, Núñez-Velázquez JJ. El gasto social y la pobreza multidimensional en Ecuador. CIRIEC-España, revista de economía pública, social y cooperativa. 2023 Nov 30;(109):317.
23. León-Serrano LA, San Martín-Maza XA, Lupú Carrillo KD, Saenz-Sisalima JC. Ecuador: Gasto público y crecimiento económico, 2017 - 2021. 593 Digital Publisher CEIT. 2022 Aug 26;7(4–1):218–27.
24. Pozo H. REGISTRO OFICIAL AÑO I - N° 161 [Internet]. Quito; 2020 Mar. Available from: [www.registroficial.gob.ec](http://www.registroficial.gob.ec)

25. Pozo H. REGISTRO OFICIAL Año I-Nº 163 [Internet]. Quito; 2020 Mar. Available from: [www.registroficial.gob.ec](http://www.registroficial.gob.ec)
26. Pozo H. REGISTRO OFICIAL Año I-Nº 508 [Internet]. Quito; 2020 Apr. Available from: [www.registroficial.gob.ec](http://www.registroficial.gob.ec)
27. Pozo H. REGISTRO OFICIAL Edición Especial Nº 815. Quito; 2020 Jul.
28. Pozo H. Quinto Suplemento Nº 483-Registro Oficial [Internet]. Quito; 2021 Jan. Available from: [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)
29. Observatorio Social del Ecuador. Observatorio Social del Ecuador . 2022 [cited 2024 Feb 16]. Vacunación contra la Covid-19 en Ecuador. Available from: <https://www.covid19ecuador.org/vacunas>
30. Ministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública . 2023 [cited 2024 Feb 16]. Ecuador se suma a la decisión de la OMS de poner fin a la emergencia en salud pública por COVID-19. Available from: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-se-suma-a-la-decision-de-la-oms-de-poner-fin-a-la-emergencia-en-salud-publica-por-covid-19/>