



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA DE ENSAYO:  
Factores que influyen en el acceso equitativo a la salud en Ecuador**

**AUTORAS  
Galarza Larrea, Paola Fernanda  
Ochoa Concha, Stephany Judith**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:  
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

**Guayaquil, Ecuador  
2023**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Ingeniera en Ciencias Económicas y Financieras, Paola Fernanda Galarza Larrea y Médica Stephany Judith Ochoa Concha**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**REVISOR**

**Ing. Ángel Castro Peñarreta, MBA**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

**Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.**

**Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2023**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Nosotras, Paola Fernanda Galarza Larrea y Stephany Judith Ochoa Concha.**

**DECLARAMOS QUE:**

El ensayo Factores que influyen en el acceso equitativo a la salud en Ecuador previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del ensayo del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2023**

**LAS AUTORAS:**

---

**Ing. Paola Fernanda Galarza Larrea**

---

**Dra. Stephany Judith Ochoa Concha**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN**

**Nosotras, Paola Fernanda Galarza Larrea y Stephany Judith Ochoa Concha**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Ensayo** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Factores que influyen en el acceso equitativo a la salud en Ecuador**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2023**

**LAS AUTORAS:**

**Ing. Paola Fernanda Galarza Larrea**

**Dra. Stephany Judith Ochoa Concha**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**REPORTE COMPILATIO**

 **CERTIFICADO DE ANÁLISIS**  
magister

## Ensayo - Ochoa y Galarza

**2%**  
Similitudes



**2%** Texto entre comillas  
< 1% similitudes entre comillas  
< 1% idioma no reconocido

Nombre del documento: Ensayo - Ochoa y Galarza.doc  
ID del documento: asa573122d69522706b708b26224bbb5ca0c267  
Tamaño del documento original: 850 kB


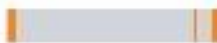


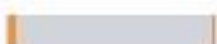










Depositante: Ángel Aurelio Castro Peñarreta  
Fecha de depósito: 2/9/2023  
Tipo de carga: interface  
fecha de fin de análisis: 2/9/2023

Número de palabras: 11.770  
Número de caracteres: 76.774

Ubicación de las similitudes en el documento:



### Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 <b>Guerrero_Sandra_Tesis Metodológica revisada 3.docx</b>   Guerrero_Sandra... El documento proviene de mi grupo 43 fuentes similares	4%		 Palabras idénticas: 4% (463 palabras)
2	 <b>localhost   Análisis de la información financiera y contable para empresa mediana...</b> http://calcelec.9083.com/la/bs/bsw/5317/18751/G/T-UCSG-POS-MCF-22.pdf.html 20 fuentes similares	2%		 Palabras idénticas: 2% (232 palabras)
3	 <b>201.159.223.180</b> http://201.159.223.180/tesisw/5317/18776/G/T-UCSG-POS-MCF-47.pdf 16 fuentes similares	2%		 Palabras idénticas: 2% (190 palabras)
4	 <b>repositorio.uca.edu.ec   Organización, inequidad, inequidad y acceso a la salud en la ...</b> http://repositorio.uca.edu.ec/bitstream/123456789/112345/PG_002_TRABAJO_GRACIO.pdf.html 55 fuentes similares	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (117 palabras)
5	 <b>www.kelita.org.ec   Desigualdades socioeconómicas en uso de servicios primarios...</b> http://www.scribd.org/doc/101234567/Desigualdades-socioeconomicas-en-uso-de-servicios-primarios... 9 fuentes similares	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (100 palabras)

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios y la Virgen María por mi vida, que es un bello regalo.

A Carlos Hidalgo por su apoyo y amor, sus ánimos, su fuerza, su admiración, por creer en mí. Gracias por invertir cada segundo de su vida en mi felicidad, por robarle tantas horas al reloj para regalármelas a mí. Gracias por hacer de mí una persona tan afortunada.

A mis madres Sonia, Ruth, Martha y María Dolores Larrea, porque, siempre me dieron ese amor sincero, leal que solo una verdadera madre puede dar. Pero sobre todo fueron mi apoyo incondicional y mi fortaleza para seguir alcanzando nuevas metas.

A mis formadores, personas con una gran sabiduría e intelecto, por esforzarse en ayudarme a llegar al punto donde me encuentro. Sencillo no ha sido el proceso, pero les agradezco por transmitirme su dedicación y conocimientos para lograr un escalón más en mi carrera.

Finalmente, quiero agradecer a todos los compañeros, pero en especial a Stephy Ochoa y Nancy Macías con quienes compartí esta linda experiencia de la mano de una verdadera amistad.

**Paola Fernanda Galarza Larrea**

## AGRADECIMIENTO

A *Dios* quien me brindo las fuerzas necesarias para seguirme preparando a nivel profesional y me ha guiado a lo largo de mi carrera colocándome en el lugar oportuno en el momento apropiado.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante en momentos en los que me sentía cansada y no podía más.

A mi compañera de tesis y amiga Paola Galarza quien a pesar de la distancia se mantuvo siempre presente cuando necesite su apoyo. Ten por seguro que lograras todo lo que te propongas querida amiga.

Y a cada uno de los maestros de la tesis que compartieron sus conocimientos con nosotros durante este año de estudios y que nos dieron todas las armas para en el futuro ser los mejores gerentes.

**Stephany Ochoa Concha**

## DEDICATORIA

A mi amado esposo Carlos Hidalgo por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mi capacidad para lograr un mejor futuro para nuestra familia; porque desde que llegaste a mi vida complementaste mi mundo y estás ahí apoyándome siempre, vamos por más metas juntos.

A la razón por la cual me despierto todos los días y que desde su llegada a este mundo me dio el mejor título, el de madre. A ti mi corazón, mi hijo, mi Carlos Ignazio, todo esfuerzo es por ti y para ti. Nunca te rindas, mamá estará ahí siempre.

Finalmente, a mi hermanita Johana, no olvides que el tiempo es oro y que cualquier distancia vale la pena recorrer cuando de cumplir sueños se trata, si necesitas una guía aquí me tienes.

**Paola Fernanda Galarza Larrea**



## DEDICATORIA

Se lo dedico especialmente a mi padre “Mi superhéroe” *Víctor Ochoa Vaca* quien me educo con fortaleza desde muy pequeña y me enseña día a día con el ejemplo que no importa cuán cansado estes las fuerzas siempre aparecen cuando haces las cosas por amor y cuando sigues tus sueños. Y que cuando le comenté de la maestría me dijo “Dale hazlo tu siempre puedes”.

A mi enamorado, amigo y compinche Gustavo Moran Barzola por madrugar conmigo cada fin de semana a mis clases, por soportarme cuando más estresada me encontraba y sobre todo por siempre creer en mí capacidad incluso cuando yo dudaba y decirme yo sé que puedes cuando sentía que no tenía sentido el sacrificio.

A mi amiga y compañera de trabajo Allison Cucalón Condo por apoyarme cuando le conté la idea de realizar esta maestría y por cargar con el trabajo de ambas cuando necesité tiempo para las clases.

A mi mascota e incondicional compañera de vida Keycka quien me acompañó durante muchas clases y con su mirada tierna, caricias constantes se convirtió en mi cable a tierra que me permitió mantenerme firme en mi meta.

A todas aquellas personas que se alegran con mi superación constante y que con sabias palabras me han dado fortaleza cuando sentía que las fuerzas no daban para más.

**Stephany Ochoa Concha**

## Introducción

La equidad en el acceso a la salud es un derecho fundamental que garantiza que todas las personas tengan la oportunidad de recibir la atención médica que necesitan, independientemente de aspectos sociales, económicos, geográficos entre otros. Por lo tanto, es crucial analizar detalladamente estos factores y buscar soluciones integrales y colaborativas que aborden las barreras existentes y promuevan un acceso equitativo a la salud para todos los ecuatorianos.

La Organización Mundial de la Salud (2009, citado por Hilarión et al., 2019) establece que las desigualdades e inequidades sanitarias en la población se dan según la situación en la que esta habita, trabaja, envejece además de la posibilidad de tratar las enfermedades, las cuales pueden estar determinadas a su vez por fuerzas políticas, sociales y económicas. Las inequidades en salud son innecesarias, evitables e injustas, y se basan en las barreras que impiden que las personas obtengan condiciones de vida favorables.

La distribución desigual de oportunidades al acceso a la salud, mala salud de los pobres, condiciones sanitarias inadecuadas son el resultado de una ineficiente gestión estructural y política (OMS, 2009). Esto afecta la posibilidad de las poblaciones de cada país de acceder a servicios de salud. En Ecuador, diversos factores influyen en el acceso equitativo a la salud. Algunos de estos factores incluyen las inequidades socioeconómicas, la etnia, el tipo de seguro de salud, la región de residencia y el nivel educativo (Armijos & Camino, 2017). Para abordar estos desafíos, es importante comprender los determinantes sociales de la salud y cómo influyen en el acceso equitativo a los servicios de salud.

A pesar de los avances en el sistema de salud en las últimas décadas, persisten diversos factores que influyen en la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios en el país. En este contexto, es fundamental analizar y comprender los diferentes elementos que contribuyen a esta problemática, con el fin de identificar las barreras y promover un acceso equitativo a la salud para toda la población ecuatoriana.

Según datos del Banco Interamericano de Desarrollo (2021), Ecuador se posiciona en el puesto 54 dentro de 71 países evaluados en lo que respecta a la calidad de los servicios de salud. Esta información permite establecer la necesidad de realizar una revisión del estado de la salud en el país para lograr determinar aquellos factores que lo establecen como un país ineficiente dentro del campo de salud. Para lo cual, se considera que indagar acerca de la situación de acceso equitativo a la salud en el Ecuador se relaciona con la calidad de los servicios médicos

que se prestan.

El objetivo del presente ensayo es determinar y comprender los principales factores que afectan que el acceso a la salud sea igualitario en todo el territorio ecuatoriano. De esta manera se logra conocer la situación actual del acceso a la atención médica e identificar el posible impacto que tiene cada limitación en diversos contextos como en áreas rurales o áreas remotas.

La metodología seguida para desarrollar el presente ensayo se basa en una revisión bibliográfica de documentos electrónicos que se relacionen con el tema planteado. Los cuales se han recolectado mediante una búsqueda de artículos en plataformas digitales disponibles tales como PubMed, Scielo, ReciaMuc, entre otros. Las palabras claves: salud, salud equitativa, inequidades en la salud en Ecuador, factores de inequidad de salud; fueron utilizadas para encontrar artículos que detallen factores influyentes en el acceso a la salud para posterior revisión y análisis. Se identificaron un total de 75 documentos de los cuales 57 fueron utilizados. Los restantes 18 artículos se excluyeron por aspectos que limitaban su análisis y relevancia en el tema central del ensayo. La información que se recopiló fue homogenizada y organizada para su posterior análisis que permitió obtener los resultados de la revisión bibliográfica y llegar a conclusiones y recomendaciones relacionadas con el objetivo del ensayo.

El documento se divide en segmentos. En el primer segmento se tienen las definiciones de los que respecta a la salud, el acceso a la salud y el tema de la equidad; el segundo segmento presenta los factores principales que se consideran que afectan el acceso a la salud de forma equitativa, se detalla cada uno de estos factores para identificar su relevancia; en el tercer segmento se detalla la situación actual del país con relación al acceso a la salud y los retos que se tiene en el Ecuador.

Por último, se tiene un segmento de implicaciones y conclusiones que permiten resumir los aspectos más importantes del ensayo y también determinar las consecuencias reales y visibles que se producen como resultado de las barreras existentes y los desafíos enfrentados en el sistema de salud para proponer posibles intervenciones o acciones que se consideren necesarias en el entorno de lograr una equidad en el acceso a la atención médica.

### **Definiciones importantes relacionados al acceso a la salud**

Para comprender la manera en que los factores que influyen en el acceso a la salud, es importante conocer el concepto de salud para diferenciar aquellos aspectos que no se cumplen en el acceso a un servicio de atención médica.

**1. Salud.** Con respecto a la definición de salud ha existido una evolución desde mediados del siglo XX hasta la actualidad del significado de salud. Palomino et al. (2014) señalaron que en la primera mitad del siglo XX la idea de salud se definía como la “ausencia de enfermedad”. Debido a los avances científicos y tecnológicos que se han dado a lo largo de la historia se ha pasado de conceptos relacionados con la concepción física-biologicista hasta conceptos donde se toma un enfoque dinámico, multicausal y se considera tanto el bienestar físico como el bienestar mental y social.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud, (1948) “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición es la que se ha adoptado durante varios años debido a que engloba varios aspectos de un ser, además es oficializada por una entidad de carácter universal reconocida en el campo de salud.

En la tabla 1 se detalla la evolución que ha tenido la definición de salud a lo largo de la historia según Hurtado et al. (2021):

**Tabla 1**

Evolución de la Definición de Salud

Definición de salud a lo largo de la historia
Primera definición. “Salud es ausencia de enfermedad.”
Definición con relación a lo espiritual. “Un estado armónico de las funciones biológicas el ser humano como también la necesaria e íntima interrelación extensiva del individuo con el mundo que lo habita y lo rodea.”
OMS (1948). “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.”
<b>Definición modificada en 1992.</b> “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia y en armonía con el medio ambiente.”

**2. Acceso a la salud.** En el campo de servicios de salud, acceso se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud sin que se espere obtener una respuesta de los prestadores de salud (Fajardo-Dolci et al., 2015). Es decir, la definición considera aquellas barreras que se presentan al momento de requerir servicios médicos o si son de calidad.

El Instituto de Medicina (IOM) define el acceso a la salud como “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica” (Fajardo, 2015). Esta definición toma en cuenta la efectividad y calidad de los servicios médicos prestados hacia los individuos. Además de que el IOM considera también el tiempo que los prestadores de los servicios de salud dan para lograr mejores resultados.

Con esta última definición se puede determinar que para lograr un acceso a la salud de manera efectiva se debe considerar: la idoneidad de los profesionales, el estado de la infraestructura donde se prestan los servicios, la capacidad de atender situaciones complejas, entre otros aspectos que se aborde al momento de elegir un centro de salud (Aveni, 2019).

**3. Equidad.** El concepto de equidad sin ninguna referencia adicional o adjetivos depende de la interpretación fundamentada en los valores de igualdad, cumplimiento de derechos y justicia (Mokate, 2001). La equidad e igualdad no son lo mismo, a pesar de que siempre se relaciona como si fueran el mismo concepto (Hernández-Álvarez, 2008). Equidad valora las desigualdades desde una idea de justicia que predomina en la sociedad.

La equidad se refiere a la justa distribución de recursos, igualdad de oportunidades para acceder tanto al inicio como en el desarrollo de acceso a bienestar material y a servicios de justicia, seguridad, entre otros (CEPAL, 2000, p.294). Se debe tomar en cuenta que la equidad busca nivelar las condiciones de partida con el objetivo de alcanzar una sociedad más justa y equitativa para todos, cuando se trata de equidad y no de igualdad se consideran ciertas desigualdades debido a que la equidad “es sensible a las diferencias de los seres humanos” (Bolívar, 2005, p.43). Por lo cual para alcanzar una igualdad de oportunidades también se deben considerar las limitantes humanas que afecten este acceso, implica eliminar las barreras y desigualdades existentes para garantizar que todos puedan disfrutar de los mismos derechos y oportunidades independiente de cualquier característica de los individuos.

El concepto de equidad en el campo de la salud según Whitehead (1992, p. 15) “se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible”. Todo lo que permita que se tengan las mismas posibilidades de tener una vida saludable dentro del concepto de salud se considera como tener equidad en salud.

**4. Acceso equitativo a la salud.** En el contexto del presente ensayo es importante comprender el concepto de acceso a la salud. Por lo cual, Aday & Andersen (1981, p. 15) definen al acceso equitativo en los servicios de la salud como “aquello en lo que la enfermedad (como la defina el paciente, su familia o el profesional médico) es el principal determinante de la asignación de recursos”. De esta manera se estima que la calidad del servicio médico se debe enfocar en atender la enfermedad dentro de las posibilidades que se presente en el centro de salud y de los profesionales.

La OMS (2009) destaca que el acceso y el uso de los servicios médicos son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Además, se refiere a una cobertura universal por lo tanto significa que todos los habitantes de un país pueden acceder a los servicios de salud según lo necesidad sin discriminación de sus ingresos, posición social, etc.

En resumen, el acceso equitativo a la salud busca garantizar que ninguna persona sea excluida o se vea desfavorecida debido a factores no relacionados con su necesidad de atención médica, promoviendo la justicia y la igualdad en el sistema de salud. En este contexto es importante mantener presente que las situaciones de injusticia social que existen en el campo de la salud son evitables o remediables, mientras se determinen los factores y se los aborden adecuadamente.

Thiede et al. (2007) describe que la equidad en la atención puede ser medida por el acceso a los servicios de salud. El acceso que describen puede implicar la calidad y la posibilidad de poder acceder a la atención medica según la necesidad de salud que tenga la población. Se considera que el acceso equitativo a la salud es un indicador de las condiciones de vida de la población.

El acceso equitativo a la salud en resumen se puede definir como el derecho humano de cualquier individuo de acceder a prestaciones de servicios de salud sin que su situación socioeconómica, demográfica, entre otras razones perjudique la calidad de la atención medica

prestada por los profesionales, sino que lo que se debe priorizar la respuesta a la afección con la que llegan a un centro de salud.

### **Factores que afectan el acceso a la salud**

La Organización de la Naciones Unidas (ONU) aprobó en 2015 la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, y con relación al acceso de la salud existe la meta 3.8 en la que describe como objetivo “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicio de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (ONU, 2016).

A continuación, se describen aquellos factores que influyen en que exista un acceso equitativo a la salud, el cual es el objetivo del presente documento. Mediante la revisión bibliográfica se obtuvieron los siguientes factores:

### **Factores socioeconómicos**

En América Latina se considera alrededor de 184 millones de personas en situación de pobreza, de las cuales aproximadamente 62 millones se encuentran en extrema pobreza (CEPAL, 2019). Se representan profundas desigualdades entre la calidad de atención de salud en el sistema público y sistema privado. Abramo et al. (2020) reflexionan acerca de las disparidades en indicadores de salud como la mortalidad infantil, embarazo adolescente no deseado y la esperanza de vida, relacionándolos a los privilegios y mecanismos de discriminación.

Las personas con bajos ingresos pueden enfrentar dificultades para acceder a servicios de salud debido a los altos costos asociados, como consultas médicas, medicamentos y seguros de salud (Abramo et al., 2020). Las condiciones laborales precarias, como la falta de beneficios de salud o horarios de trabajo incompatibles con los servicios médicos, también pueden limitar el acceso equitativo a la salud.

Existe un factor socioeconómico que se relaciona con la dependencia sanitaria. La dependencia sanitaria se refiere a que un país no se encuentra en la posibilidad de garantizar el acceso al servicio de salud por sus propios medios (Fonseca, 2022). Este factor genera un problema para la población que no puede acceder libremente a un servicio de salud por falta de insumos, medicamentos, infraestructura, tecnologías u otros servicios. Aquella población que no cuenta con los recursos de acceder a lo que necesita en otro lugar o país no puede ejercer su

derecho a la salud sin condicionamiento ni barreras.

El nivel de educación recibido es uno de los tantos factores socioeconómicos que influyen en el acceso a la salud. En este factor se puede destacar la variable analfabetismo que guarda relación negativa con la esperanza de vida que tiene un individuo. Una persona que no tuvo las oportunidades para recibir educación básica enfrenta el mundo sin habilidades necesarias para obtener ingresos o un trabajo digno que le permita las condiciones para acceder a servicios de salud, además de desconocer temas de bienestar y de una vida saludable. Es decir, las personas analfabetas no cuentan con los ingresos ni conocimientos necesarios para intercambiar en el mercado y generar ingresos con los que pueda acceder a un servicio de salud (Molina et al., 2018).

Entre otros aspectos, el determinar la prioridad de atención sanitaria o el acceso a un programa prioritario también implica considerar si una persona está afiliada a un seguro médico. Según Alvear & Acuña (2022), los datos recopilados en la encuesta CASEN 2017, donde se analizó una muestra de 3.002.280 personas, quienes cuentan con un seguro privado tienen más facilidades para acceder al programa de atención prioritaria en comparación con aquellos que utilizan los servicios públicos de salud.

La posibilidad de acceder a este programa está condicionada por varios elementos sociales. Para poder participar, es imprescindible estar registrado en el sistema nacional FONASA, ser ciudadano chileno, tener educación básica o media y pertenecer al quintil socioeconómico más bajo. Además, las personas mayores de 60 años cuentan con una mayor posibilidad de acceder prioritariamente a los servicios médicos que se encuentren disponibles (CEPAL 2018).

En este caso en particular se presenta una determinante de priorización de atención médica a grupos más vulnerables, además que el contar con una afiliación a un servicio de salud establece que recibirán atención médica antes que alguien que no cuenta con la afiliación, cuando todos deben recibir la atención prioritaria, debido a que no todos los individuos cuentan con la posibilidad de afiliarse.

Sin embargo, la condición de afiliación a un seguro médico no garantiza el acceso a la salud debido a que existen otros factores como la ausencia de disponibilidad de los servicios que se requieren y la falta de información sobre los servicios a los que se pueden acceder (Fajardo-Doci, 2015).



Estos factores socioeconómicos pueden interactuar entre sí y tener un impacto significativo en el acceso a la salud de las personas, contribuyendo a disparidades e inequidades en la atención médica.

### **Factores socioculturales**

Los factores sociales son aquellos aspectos no médicos que influyen en que un individuo pueda obtener atención médica.

La condición étnica es un factor influyente. Gutiérrez et al., (2019) analizan la situación en México del acceso potencial a la salud que tiene la población indígena y no indígena, tanto la población de menores ingresos como las de mayores ingresos en una muestra de menos de 100 000 habitantes.

Ha existido una disminución en la utilización de servicios de salud públicos y también una mayor demanda por los servicios privados en la comunidad tanto indígena como no indígena (Flores-Hernández et al., 2019). Si para esto se toma en consideración que las comunidades indígenas son poblaciones marginadas y que según se explica en la bibliografía los servicios privados ofrecen un servicio de mejor calidad a las comunidades, pero refleja que tenga un costo, y es una limitación para población en pobreza. Además, que el estudio resalta que quienes reciben un mejor servicio son las poblaciones no indígenas, lo que refleja la diferencia de cultura que pueden prestar a la comunidad indígena.

La falta de consideración de las diferencias culturales puede dificultar el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, es importante resaltar el papel positivo que la cultura puede tener en este sentido. Cada población tiene su propia cultura que ha permitido abordar cuestiones fundamentales como la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, aunque estas respuestas no sean universales ni válidas para todas las culturas (OPS, 2009).

Salgado et al. (2018) describe que los conocimientos ancestrales son vitales para aprovechar el potencial de la medicina tradicional en términos de acceso y cobertura universal de salud. Estos conocimientos requieren condiciones favorables, como territorios con plantas medicinales, sitios sagrados y suficiente disponibilidad de alimentos, entre otros aspectos.

El acceso equitativo a la salud en relación con las tradiciones y culturas implica respetar y valorar las diversas formas de cuidado de la salud, adaptar los servicios a las necesidades culturales específicas, promover la participación comunitaria y fomentar la educación y la

conciencia cultural. Al abordar estas cuestiones, se puede avanzar hacia una atención médica más equitativa y sensible a la diversidad cultural.

Por último, se puede considerar una de las afectaciones que se ha tenido en los últimos años: la pandemia por COVID-19. El impacto de la pandemia se percibió en varios aspectos de la sociedad, especialmente en el acceso a servicios de salud para afecciones que no son COVID-19 (Pujolar et al., 2022). Un problema de salud mundial provocó que la utilización de servicios médicos disminuyera debido a las condiciones en las que desarrolló lo que intensificó la existencia de barreras y el surgimiento de nuevas barreras ya que se priorizaron las atenciones relacionadas con el virus.

La prioridad en evitar la propagación del virus y que la atención a otras enfermedades diferentes al virus no haya tenido la importancia del momento ha llevado a ciertos cambios en el acceso a la salud. Algunas personas redujeron su visita a los centros médicos por miedo al contagio y por temor a no ser atendidos con brevedad. Aunque en la actualidad ya se está mejorando la situación con ciertas condiciones tomadas en cuenta la población ya acude por atención médica.

### **Factores demográficos**

Entre los factores demográficos principales que influyen en el acceso a la salud se tiene a la desigualdad por el género. La perspectiva de género es un enfoque basado en las teorías feministas que se centra en el análisis de la desigualdad y la inequidad de género como uno de los determinantes sociales. La inclusión y aplicación generalizada de la perspectiva de género ha demostrado ser crucial para promover la equidad en el ámbito de la salud (Navarro, 2016).

Granados, A. (2017) en su estudio realizado por datos espaciales y diferenciación por sexo indica que las mujeres tienen un mayor acceso al seguro social debido a su falta de participación en el campo laboral, sin embargo, el servicio que reciben es ineficiente. Por el motivo de no contar con participación laboral, las mujeres no pueden acceder a servicios de seguro privado que le ofrezcan mejores opciones con respecto a la salud. Además, se detalla que ciertas zonas de la ciudad analizada cuentan con un seguro médico privado y que eso en sí indica privilegios en atención médica.

En condiciones de género, las mujeres pueden acceder a seguros que les brinda el estado o bien pueden tener mayor posibilidad de acudir a centro de salud públicos financiados por el

Estado. Sin embargo, los servicios brindados por entidades públicas de salud cuentan con limitaciones, por lo que no se satisfacen las necesidades de salud. Las mujeres no pueden adquirir un servicio privado de salud porque muchas veces no cuentan con los recursos necesarios para costearlos debido a su falta de participación en el campo laboral, aumentando así la brecha de ingresos por género e influyendo en la inequidad del acceso a salud de calidad.

Los ingresos, la educación recibida, el origen étnico, el lugar de residencia son determinantes de salud importantes que interrelacionan con la desigualdad de género pueden afectar más el acceso a recursos médicos (Navarro, 2016).

La edad es un concepto que implica cambios constantes en las personas, se acceden y se pierden derechos a los recursos, además pueden aparecer enfermedades o discapacidades mientras transcurran los años (Rodríguez, 2018). La edad de un individuo puede afectar el acceso a la salud de diferentes maneras. Los niños y los adultos mayores a menudo requieren servicios de salud especializados y pueden enfrentar barreras adicionales para acceder a la atención médica debido a su vulnerabilidad o limitaciones físicas.

Además, se considera el estado de salud de una persona puede influir en su acceso a los servicios de salud. Las personas con enfermedades crónicas o discapacidades pueden requerir atención médica más frecuente y especializada, lo que puede afectar su capacidad para acceder a los servicios.

### **Factores en el sector rural**

Para determinar la desigualdad que se presenta en el sector rural se lo compara con el acceso a la salud que existe en el sector urbano. The Lancet (2015) indica que el 56% de los habitantes de los sectores rurales del mundo no tienen cobertura de salud a diferencia de un 22% de la población urbana. El lugar donde se reside es considerado una barrera para acceder a los servicios de salud (Sanz & Oliva, 2021).

El acceso a la salud en entornos rurales y remotos dependen en ciertas ocasiones de la capacidad de auto movilidad privada (Sanz & Oliva, 2021), debido a que se puede considerar la distancia que se tenga con respecto a los centros de atención médica disponibles, en la ruralidad no existe gran diversidad de infraestructuras médicas cercanas.

Considerando adicionalmente a la población en su mayoría de edad que habita en el sector rural se establece un factor de mayor influencia y potencialidad, debido a que se presentan

mayores limitaciones al momento de acceder a la atención médica. Muñoz et al. (2021) presentan en su estudio que las personas entre 60 y 80 años que fueron entrevistadas indican que la atención de salud es insuficiente en calidad y cantidad, existe una escasez de horas de atención, además de una distancia y tiempo de atención prolongados que generan mayor problema de movilidad para personas que no siempre se encuentran en sus mejores condiciones físicas debido al envejecimiento.

En México se destaca que hay un mayor acceso potencial a los servicios de salud en las zonas rurales con 85% en 2018 a diferencia de los anteriores años debido a un aumento en la afiliación a servicios públicos, aunque la afiliación a los servicios de seguridad social es muy débil. La diferencia en términos de acceso potencial universal es solo del 15% (Valencia et al., 2018). Lo cual indica que la brecha con respecto al acceso universal en zonas rurales disminuye. Valencia, E. & Jaramillo, M. (2018) indican que el acceso a la seguridad social en las zonas rurales de México sigue siendo extremadamente bajo, con solo el 25% de la población afiliada en 2018, lo cual representa una gran diferencia en comparación con la afiliación en las áreas urbanas (55%). A pesar de décadas de reformas económicas y sociales, no se ha logrado avanzar en la creación de empleos formales (con seguridad social) en el sector rural, lo que ha llevado a mantener brechas significativas en el acceso a la seguridad social en estas zonas.

Los factores que contribuyen a la inequidad en salud en las zonas rurales se pueden resumir en: el acceso limitado a los servicios de salud como se indica en este apartado, los habitantes de las zonas rurales deben tener la facilidad de movilización debido a que los centros de atención médica no son cercanos. La falta de hospitales y personal médico también afecta la calidad de salud que requieren todas las personas. El acceso potencial a la salud que se limita en las zonas rurales, a pesar de que ya existen mayores habitantes afiliados a un seguro médico, sin embargo, aún existe la brecha con respecto al acceso universal a la salud.

Las inequidades en salud en zonas rurales se han disminuido con el paso de los años, sin embargo, aún se mantiene cierto rango de diferencia entre las zonas urbanas y las zonas rurales. En ciertas ocasiones los profesionales de salud no están dispuestos a trabajar en áreas pobres (Song et al., 2019), muchos factores afectan la voluntad de trabajar en los sectores más vulnerables como las condiciones de trabajo y las oportunidades de desarrollo profesional (Shi et al., 2014).

La falta de voluntad de los profesionales de salud de trabajar en zonas rurales o

denominadas como las zonas más vulnerables y pobres genera un problema en que los habitantes no puedan acceder a un servicio médico de calidad. Toda persona debe contar con profesionales que les brinden las atenciones de salud necesarios sin ningún prejuicio o discriminación por su nivel social, étnico, o por la zona en donde habitan.

Mediante el análisis de los años actuales, se puede observar una disminución en las brechas de acceso a la atención médica. Esto se debe a que se han invertido mayores recursos para mejorar y garantizar que todos los individuos tengan un servicio de calidad. Sin embargo, la brecha entre los individuos con mayor ingreso y los individuos de menor ingreso aún se mantiene presente, siendo así que unos cuentan con mayores privilegios de acceso a la salud que otros.

### **Estado actual del acceso a la salud en Ecuador**

En el apartado anterior se detallaron los factores que influyen al acceso a la salud, en el apartado actual se describe cual es el estado de aquellos factores específicamente en Ecuador. La manera en la que estos se ven marcados en la población ecuatoriana.

En primer lugar, se debe comprender que el sistema de salud ecuatoriano se conforma por el sector público y el sector privado. La Organización Panamericana de la Salud (2008) detalla que el sector público cuenta con instituciones como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), las de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Mientras que el sector privado se comprende de instituciones con fines de lucro como hospitales, clínicas, consultorios médicos entre otros y organizaciones no lucrativas del servicio social.

Según datos del año 2020 (INEC,2022) el 78,97% de la población acude a establecimientos de salud públicos de manera gratuita a consultas y emergencias médicas, mientras que el 21,03% accede a instituciones privada con fines de lucro y sin fines de lucro, como consultas privadas o medicina alternativa.

### **Inequidades en nivel socioeconómico**

La desigualdad en el acceso a la atención médica en Ecuador está estrechamente relacionada con las disparidades socioeconómicas que existen en el país. Según datos del INEC (2021), en 2020 el 32,4 % de la población ecuatoriana vive en condiciones de pobreza, un 14,9%

en pobreza extrema, lo que limita su capacidad para acceder a servicios de salud de calidad. Las personas que viven en la pobreza a menudo carecen de recursos financieros para cubrir los costos de la atención médica y los medicamentos necesarios. Además, la falta de educación y la falta de conocimiento sobre los servicios de salud disponibles también contribuyen a la desigualdad en el acceso a la atención médica.

Un estudio sobre inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador encontró que la pobreza, la falta de educación y el desempleo son factores que influyen en el acceso a los servicios de salud (Armijos & Camino, 2017). Estos factores se relacionan con la posibilidad de acceder efectivamente a la salud, las personas con mejores niveles socioeconómicos se benefician de realizar consultas preventivas mientras que las personas de quintiles menores acuden a consultas curativas.

El acceso a medicamentos es un indicador que se puede considerar en un adecuado acceso a la salud. Las posibilidades de la población de acceder a un tratamiento adecuado a sus enfermedades. En Ecuador, en los últimos años se ha contado con problemas en la entrega de medicamento debido al desabastecimiento en las instituciones de salud públicas. Según lo que indican Vaccaro Witt et al. (2023) la disponibilidad de medicamento en el IESS indica que hubo un aumento de solo el 33,3% de julio del 2022 a diciembre de 2022, cuando se esperaría que exista un porcentaje cercano a 100%.

### **Inequidades por el género en Ecuador**

El acceso a la salud por diferencia de género se puede determinar con un factor como el nivel socioeconómico de hombres y mujeres. La participación de las mujeres en el campo laboral se encuentra en condiciones deficientes aún, mientras que los hombres pertenecen a un 44,8% de empleo adecuado, las mujeres pertenecen a un 30,6% (CNIG, 2020). Aunque cada vez más mujeres se incorporan al mercado laboral, todavía hay una brecha de género en el empleo, lo que puede derivar en una dependencia económica y limitar el acceso a la atención médica.

Además, que debido a la pandemia del COVID-19 se ha generado mayor vulnerabilidad en la situación de las poblaciones menos favorecidas.

### **Inequidades por edad en la población ecuatoriana**

La población ecuatoriana según Mateu Gil et al. (2007ci) está envejeciendo a un ritmo

acelerado, por lo que se prevé que para el año 2065 el grupo mayoritario en el país sean personas mayores a 60 años. La población de personas adultas aumento de 6.6% a 7.5% entre el 2010 al 2020 según información del INEC.

Las personas adultas mayores tienen el derecho de recibir atención prioritaria y especializada tanto en servicios de salud públicos como servicios de salud privados, también deben gozar de protección a la violencia (Bonilla et al., 2020).

El estado de salud de personas mayores a los 60 años en Ecuador se puede en tres aspectos: bueno, con un rango del 20.9-34.7%, regular, con un rango 50.1-55.2 % y malo con un rango 11.9-24.4% (Waters et al., 2019). Con la información presentada se contempla que si bien los adultos mayores no tienen un porcentaje alto en condiciones malas de salud se debe tomar en cuenta que los adultos mayores en Ecuador son vulnerables a las condiciones de pobreza debido a al deterioro inevitables de su condición física y obtención de ingresos.

La desigualdad social se ve afectada por la edad de las personas en como las condiciones de vida de los adultos mayores son distintas a los de la comunidad en general (Waters et al., 2019).

### **Inequidades en el sector rural y comunidades indígenas**

Las disparidades socioeconómicas, las barreras geográficas también juegan un papel importante en la desigualdad en el acceso a la atención médica en Ecuador. El país tiene una geografía diversa que incluye áreas urbanas densamente pobladas y regiones rurales remotas. Las áreas rurales a menudo carecen de infraestructura médica adecuada, lo que dificulta el acceso a servicios de salud de calidad. Las personas que viven en áreas rurales pueden enfrentar desafíos para llegar a los centros de atención médica debido a la falta de transporte y las largas distancias. Esto resulta en una falta de acceso a servicios básicos de atención médica, como consultas regulares y atención de emergencias.

Con respecto al acceso a la salud en sectores rurales del Ecuador, se analizó un estudio realizado en una provincia del sur rural de Ecuador, Loja. En una muestra de 22 individuos, se indicó que un mayor porcentaje tiene como actividades de trabajo la agricultura y a la cría de animales (Brusnahan et al., 2022). El factor económico es importante al momento de acceder a servicios médicos por lo cual se debe considerar las actividades económicas de la población rural.

A continuación, en la tabla 2, se puede observar las principales barreras que se consideran al tener un acceso a la salud encontradas en este sector rural según Brusnahan et al. (2020).

**Tabla 2**

*Barreras de Acceso a la Atención Médica en el Sector Rural de Loja*

<b>Variable</b>	<b>Hombre n=13</b>	<b>Mujer n=9</b>	<b>Total (%)</b>
<b>Barreras financieras</b>			
Costo de transporte	4 (31%)	2 (22%)	6 (27%)
Costo de medicación	2 (15%)	2(22%)	4 (18%)
Necesidad de mantener económicamente a la familia	10 (77%)	4(44%)	14 (64%)
<b>Barreras estructurales</b>			
Tiempo de viaje / pérdida de trabajo	10 (77%)	8 (89%)	18 (82%)
Nadie con quien dejar al cuidado a los animales	9 (69%)	6 (67%)	15 (68%)
Distancia/tiempo a la cita medica	5 (38%)	5 (56%)	10 (45%)
Difícil agendamiento de cita medica	13 (100%)	8 (89%)	21 (95%)
<b>Barreras cognitivas</b>			
Baja alfabetización en salud	10 (77%)	3 (33%)	13 (59%)
Falta de medidas preventivas	13 (100%)	9 (100%)	22 (100%)
Practica el presentismo	13 (100%)	9 (100%)	22 (100%)
Automedicación y acudir a un curandero	3 (23%)	4 (44%)	7 (32%)
Insatisfecho con el cuidado			

En la tabla 2, se puede observar cómo el factor financiero representa un obstáculo para acceder a servicios de salud, principalmente debido al costo del transporte hacia el centro médico más cercano. Esto se suma a los gastos en medicación y las responsabilidades familiares que dificultan aún más la obtención de atención médica. Con relación a barreras estructurales, el recibir atención médica para este sector implica invertir tiempo viajando hacia los centros sanitarios, algo que ciertas personas no pueden permitirse ya que perderían su empleo y verían reducidos sus ingresos. Por otro lado, las barreras cognitivas están relacionadas con niveles bajos de educación e información insuficiente sobre salud; estos factores han sido identificados como



obstáculos significativos tanto para el acceso a cuidados médicos como a medidas preventivas y medicamentos adecuados.

La información detallada en la tabla 2 permite obtener una perspectiva del acceso a la salud en una zona rural y las actividades que conllevarían asegurar este acceso. La falta de estudios en otras zonas rurales del país no permite profundizar en el análisis de la situación, sin embargo, se estima que son aspectos que pueden ocurrir de manera similar en otros sectores rurales del país.

En los sectores rurales, se identifican dos obstáculos comunes en Ecuador: la escasa alfabetización sanitaria y las limitaciones comunicativas. Según Vera et al. (2022), en investigaciones llevadas a cabo en zonas rurales de Cotopaxi y Los Ríos, se ha determinado que las comunidades no reciben información adecuada sobre los servicios ofrecidos por los centros médicos públicos, lo cual les impide acceder a atención médica cuando lo necesitan.

Los pueblos indígenas se enfrentan a desafíos como el racismo y la exclusión social, lo que muchas veces les impide acceder adecuadamente a los servicios de salud en el país. Según una revisión bibliográfica basada en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021, aproximadamente el 8% del territorio ecuatoriano se identifica como indígena. Estas comunidades están principalmente ubicadas en regiones montañosas (la Sierra) y áreas rurales amazónicas (Puma-Usuña & Redrobán-Barreto, 2023).

De acuerdo con los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (Enemdu) del INEC en el año 2018, se encontró que únicamente el 16.40% de la población indígena del Ecuador tenía un empleo digno (Puma-Usuña & Redrobán-Barreto, 2023). Este porcentaje es bastante bajo si lo comparamos con la cifra correspondiente a las personas no indígenas. La falta de trabajos debidamente remunerados o incluso estar desempleado para los individuos pertenecientes a esta comunidad tiene repercusiones negativas en su acceso adecuado al sistema sanitario cuando requieren atención médica.

Las poblaciones indígenas que viven en áreas rurales enfrentan dificultades para acceder a la educación y servicios escolares, así como a los servicios básicos. Estos desafíos son aún mayores para aquellos que residen en lugares remotos (Patrinos et al., 2007). El trabajo más probable de las poblaciones indígenas es en el sector agrícola, que no precisamente goza de buena remuneración salarial que permita un acceso estable a salud. Tal como se presenta anteriormente, las limitaciones que se presenta cuando se habita en sectores rurales y cuando no

se cuenta con una posición socioeconómica adecuada afectan al acceso de atención médica.

En el Ecuador existen leyes y políticas que se han creado con el fin de disminuir la discriminación en estas se encuentran la Ley de Derechos de los Pueblos Indígenas; la Ley de servicios de Salud Indígena, la cual establece su derecho a acceso de atención sanitaria asequible; y la Ley de Educación Intercultural Bilingüe (Ochoa et al., 2021).

Se han implementado políticas de salud que incorporan un enfoque intercultural de atención primaria que integra conocimientos y prácticas ancestrales (Alban Meneses et al., 2020). Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, las comunidades indígenas de Ecuador siguen enfrentándose a importantes barreras para acceder a los servicios sanitarios. Estas barreras incluyen dificultades para llegar a los centros sanitarios, problemas de comunicación con los profesionales sanitarios, transporte inadecuado a las unidades sanitarias, falta de datos epidemiológicos sobre los pueblos indígenas, falta de información sobre las culturas indígenas locales y miedo a la discriminación o humillación por parte de los profesionales sanitarios. Estas barreras han contribuido a las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria a las que se enfrentan las comunidades indígenas de Ecuador.

Además, las disparidades sociales, étnicas, económicas y regionales, junto con la falta de infraestructuras sanitarias humanas y físicas en las comunidades rurales, también dificultan la salud de las mujeres indígenas y la infraestructura sanitaria general en Ecuador. La falta de acceso a la seguridad social y otros servicios fundamentales limita el bienestar de las personas y su capacidad para crecer y tener éxito

### **Capacidad y estado de los establecimientos de salud en el país**

La capacidad de los establecimientos de salud para atender a la población es fundamental, especialmente durante una pandemia. En Ecuador, existen 4.165 establecimientos de salud, tanto públicos como privados. Sin embargo, solo el 15% de ellos tienen capacidad de internación (R. Lucio 2011). Esto significa que la mayoría de los pacientes con COVID-19 deben ser atendidos en sus hogares o en centros de salud, lo que pone una presión adicional en el sistema de atención primaria.

La distribución de los establecimientos de salud varía entre las provincias. Las tres provincias más pobladas, Guayas, Pichincha y Manabí, tienen el mayor número de unidades de salud (675, 507 y 409, respectivamente). En contraste, otras provincias tienen un número mucho

menor de establecimientos de salud. Por ejemplo, Galápagos, la provincia menos poblada, cuenta con solo 14 establecimiento (R. Lucio 2011). Esta desigualdad en la disponibilidad de establecimientos de salud refleja la falta de acceso a la atención médica en algunas áreas del país.

La pandemia de COVID-19 de 2020 se ve reflejada en Ecuador, en las presiones que se tuvo hacia el sistema de salud, se necesitaron mayores recursos financieros, humanos, materiales y de infraestructura. Las afecciones no COVID que no pudieron ser atendidas generaran un retraso en la atención y pérdida de productividad de la salud (Mena & Casalí, 2021).

La situación de pandemia puso en marcha las respuestas dadas por las autoridades como métodos de prevención de contagio. Una de las respuestas fue la prestación de servicios de salud mediante el uso de tecnologías y la telemedicina (Mena & Casalí, 2021), sin embargo, es controversial el hecho de que no todo individuo podía contar con la posibilidad de acceder a un medio tecnológico para ser atendido por un profesional médico debido a sus condiciones económicas y cognitivas.

A continuación, se presenta la tabla 3, en la cual se puede observar cada uno de los factores que se consideraron que condicionan el acceso a la salud en el caso de Ecuador con sus respectivas descripciones que resumen lo que se ha detallado con anterioridad.

**Tabla 3**

*Factores que afectan el acceso a la salud en Ecuador*

Factor	Descripción
Socioeconómico	La desigualdad en el acceso a la atención médica en Ecuador está estrechamente relacionada con las disparidades socioeconómicas que existen en el país. En este factor se ven reflejados problemas como cubrir costos de atención médica, adquisición de medicamentos, falta de conocimientos acerca de servicios de salud, problemas que son resultado de una carencia económica, bajos ingresos o problemas de financiamiento del Estado.
Edad	Un rango del 20.9-34.7%% de los adultos mayores poseen una condición de salud buena, siendo que su atención debe ser prioritaria y contar con un mayor porcentaje en cuanto a salud buena. La desigualdad social se ve afectada por la edad de las personas en como las condiciones de vida de los adultos mayores son distintas a los de la comunidad en general.

	Las áreas rurales presentan diversos limitantes con respecto a salud: no cuentan con infraestructuras adecuadas ni correctamente equipadas, los centros médicos tienen locaciones alejadas a las poblaciones, factores financieros y deficiencia en el sistema de salud para estos sectores.
Ruralidad y cultura	Los pueblos indígenas adicional a los problemas que presentan si habitan sectores rurales, se enfrentan a desafíos como el racismo y la exclusión social.
Estado de establecimientos de salud	Existen zonas del país que no cuentan con los suficientes establecimientos de salud para abastecer a la población, o la distribución de los centros médicos no es la adecuada.

### **Retos actuales en el Ecuador para tener acceso a la salud**

**Ineficiencia del Sistema de Salud.** Vaccaro et al. (2023) indica que la debilidad institucional tiene un impacto directo en la gestión de la seguridad social afectada por el constante cambio de autoridades que dificulta la gobernanza interna de las instituciones y su funcionamiento adecuado.

La falta de regulación también destaca entre los retos a los que se enfrenta el acceso a la salud, las entidades rectoras no realizan las regulaciones por lo que se generan problemáticas de salud con énfasis en la población de escasos recursos debido a cobros a los usuarios y redacción de la constitución política (Girón, 2023). Aspectos que no pueden ser controlados provocan situaciones de inequidad, los individuos no pueden acceder a los servicios por los cuales pagan y a los cuales tienen derecho.

**Financiamiento de servicios de salud inestable.** En la actualidad, uno de los principales retos que enfrenta el acceso a la salud en Ecuador es su financiamiento. El pago de las obligaciones que el Estado tiene con el IESS se ve comprometido por la disminución de afiliados al Seguro General Obligatorio (Organización Internacional del Trabajo, 2021). Esta situación se ve reflejada en la insuficiencia de recursos para contar con servicios completos y adecuado abastecimiento de medicamentos.

Según la Ley de Seguridad Social (2001) el Seguro General Obligatorio del IESS tiene tres fuentes de financiamiento como el aporte individual obligatorio de los afiliados, la aportación obligatoria de los empleadores públicos y la contribución del Estado. Sin embargo, en

los últimos años (especialmente después de la pandemia) se han presentado problemas financieros en el IESS, generando problemas en la atención médica y adquisición de medicamentos para los pacientes que poseen tratamientos permanentes de sus enfermedades.

**Infraestructuras médicas limitadas.** Uno de los principales retos en salud en Ecuador es la infraestructura y los recursos limitados. Existe una cantidad deficiente de instalaciones médicas adecuadas, profesionales de la salud y suministros necesarios para brindar una atención médica de calidad en todo el país. Muchas áreas, especialmente las rurales y remotas, carecen de centros de salud o hospitales cercanos, lo que dificulta el acceso a servicios médicos.

Los escasos recursos financieros también limitan la capacidad de inversión en nuevas infraestructuras y la adquisición de equipos y tecnología médica necesarios para brindar una atención de calidad. El financiamiento insuficiente dificulta el acceso a medicamentos y tratamientos, lo que afecta directamente la capacidad de las personas para recibir la atención médica necesaria.

**Debilidad en el acceso a servicios de salud e información médica.** En los servicios de salud pública existen debilidades operativas en el proceso que influyen en un acceso efectivo a la salud, como el proceso de trámites poco eficiente y las demoras que se presentan para acceder a atención médica (OIT, 2021). Esta deficiencia se ve reflejada en la opinión de los habitantes de las zonas rurales los cuales consideran que programar y asistir a una cita médica les representa horas perdidas de trabajo que no pueden recuperar (Brusnahan et al., 2020).

**Escasez de personal de salud y calidad del servicio.** Ecuador cuenta con un déficit relativo de médicos y enfermeras debido al sistema de contratación laboral en el sector público (Lucio et al., 2011), este es un problema que se ha acarreado a lo largo de los años. La razón de médicos por 1000 habitantes era de 1.9 en 2007, un índice inferior a otros países de Latinoamérica. Además, los médicos tienden a concentrarse en las ciudades grandes generando problemas de distribución espacial con respecto a zonas marginadas.

Aunque se han realizado esfuerzos para mejorar la calidad de la atención médica, persisten disparidades en la prestación de servicios de salud en términos de eficiencia, seguridad y satisfacción del paciente. Estas brechas pueden manifestarse en la falta de acceso a servicios

especializados, largos tiempos de espera para recibir atención médica, deficiencias en la atención preventiva y dificultades en el seguimiento y tratamiento de enfermedades crónicas. Además, la falta de coordinación y continuidad en la atención médica puede afectar negativamente la calidad y los resultados de salud.

**Problemas en sectores con poca accesibilidad geográfica.** Las áreas geográficas remotas a menudo tienen recursos limitados en términos de personal médico, equipos médicos y suministros. Esto puede afectar la calidad y disponibilidad de la atención médica en estas áreas. En áreas geográficas remotas, puede haber una falta de especialistas médicos disponibles. Esto puede dificultar el acceso a la atención especializada y requerir que las personas viajen largas distancias para recibir tratamiento.

Existe una marcada desigualdad en el acceso a la atención médica entre las diferentes provincias y regiones del país. Por ejemplo, la provincia de Guayas, que incluye a la ciudad de Guayaquil, tiene una tasa más alta de profesionales de la salud por cada 10,000 habitantes en comparación con otras provincias (Velasco et al. 2020). Esto significa que las personas que viven en áreas rurales y remotas pueden tener un acceso más limitado a los servicios de salud.

**Desafíos demográficos.** Representan un importante obstáculo para el acceso a la salud en Ecuador. Según se detalla en el apartado anterior, la situación actual de acceso a la salud el país se enfrenta a una creciente población y a un proceso de envejecimiento de esta. Este cambio demográfico plantea desafíos adicionales en términos de la demanda y la capacidad de respuesta del sistema de salud. A medida que la población aumenta, es necesario garantizar que existan suficientes instalaciones médicas, personal capacitado y servicios de salud para satisfacer las necesidades cambiantes.

Enfrentar estos retos requiere un enfoque integral y colaborativo que involucre tanto a las autoridades de salud como a la sociedad en general. Es necesario invertir en infraestructura, recursos humanos y financiamiento adecuados, así como implementar políticas y programas que promuevan la equidad en el acceso a la salud y mejoren la calidad de los servicios médicos en todo el país.

En tabla 4, se encuentra detallado un resumen de los aspectos analizados con respecto a los retos actuales que tiene el campo de acceso a la salud en Ecuador.

**Tabla 4***Retos actuales en el Ecuador*

<b>Retos actuales</b>	<b>Descripción</b>
Ineficiencia del Sistema de Salud	El sistema de salud de Ecuador puede presentar una posible debilidad institucional debido al cambio constante de autoridades, además se presenta una falta de regulación que no permite mejorar la calidad de los servicios de salud.
Financiamiento de servicios de salud inestable	El sistema de Salud del país depende del financiamiento del Estado, en una crisis que se ve comprometido por la disminución de afiliados al Seguro General Obligatorio y los constantes problemas financieros en el IESS que se han presentado en los últimos años.
Falta de infraestructuras médicas	La falta de instalaciones médicas adecuadas, profesionales de salud y suministros necesarios para brindar una atención médica de calidad en todo el país dificulta el acceso a servicios médicos, especialmente en áreas rurales y remotas.
Debilidad en el acceso a servicios de salud e información médica	Existen debilidades operativas en el proceso de los servicios de salud pública que influyen en un acceso efectivo a la salud.
Escasez de personal de salud y calidad del servicio	Ecuador tiene un déficit relativo de médicos y enfermeras debido al sistema de contratación laboral en el sector público. Entre otros aspectos como la coordinación y continuidad de atención médica afectan la calidad del servicio de salud.
Problemas en sectores con poca accesibilidad geográfica	Las áreas geográficas remotas a menudo tienen recursos limitados en términos de personal médico, equipos médicos y suministros. Esto puede afectar la calidad y disponibilidad de la atención médica en estas áreas.
Desafíos demográficos	La situación actual de acceso a la salud en el país se enfrenta a una creciente población y a un proceso de envejecimiento de esta.

## **Implicaciones Prácticas**

Para promover un acceso equitativo a la salud en Ecuador, se requiere abordar estos factores de manera integral. Esto implica implementar políticas y programas que reduzcan las desigualdades socioeconómicas como; mejorar la distribución de los servicios de salud en áreas rurales y marginadas; fortalecer la educación y la alfabetización en temas de salud; fomentar la sensibilidad cultural y de género en la prestación de servicios de salud; además de promover la participación comunitaria y establecer mecanismos de monitoreo y evaluación para garantizar que se estén abordando las inequidades y se esté avanzando hacia un acceso equitativo a la salud en todo el país.

La expansión de la infraestructura de salud en áreas rurales, el fortalecimiento de los servicios de atención primaria, la implementación de políticas de salud que aborden las desigualdades socioeconómicas, la promoción de la educación en salud y la sensibilización culturalmente adecuada, y la mejora del acceso al transporte y la conectividad en áreas remotas. También es importante fortalecer la participación comunitaria y la colaboración entre los diferentes actores del sistema de salud para abordar de manera integral las barreras al acceso equitativo a la salud en Ecuador.

Abordar estos factores y promover un acceso equitativo a la salud en Ecuador no solo es una cuestión de justicia social, sino que también contribuirá a mejorar los indicadores de salud y el bienestar general de la población. Es un desafío complejo, pero con un enfoque integral y colaborativo, es posible avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y accesible para todos los ecuatorianos.

## **Conclusiones**

En conclusión, los factores que influyen en el acceso equitativo a la salud en Ecuador son los factores socioeconómicos: bajos ingresos, la dependencia sanitaria, nivel de educación, la posibilidad de afiliación a un seguro de salud. Los factores socioculturales como los desafíos de la cultura indígena y la alfabetización, la disponibilidad y distribución de servicios de salud. Además, los factores demográficos como la edad y el género que fueron aspectos importantes a considerar en el análisis para el presente ensayo. Todos los factores juegan un papel crucial en la equidad en el acceso a la atención médica.



Para lograr un acceso equitativo a la salud en Ecuador, se deben implementar políticas y programas integrales que aborden estas inequidades. Esto implica reducir las desigualdades socioeconómicas, mejorar la distribución de los servicios de salud, fortalecer la educación y la alfabetización en salud, y fomentar la sensibilidad cultural y de género en la prestación de servicios. Además, se requiere una participación de la comunidad y el establecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación para garantizar que se estén abordando las inequidades de manera efectiva.

La falta de acceso equitativo a los servicios de salud puede conducir a una brecha en la calidad y cantidad de atención médica recibida por diferentes grupos de la población. Aquellos que enfrentan barreras socioeconómicas, geográficas o de otro tipo pueden recibir una atención de menor calidad o tener dificultades para acceder a servicios especializados. Aquellos que tienen menos acceso a servicios de salud preventiva, diagnóstico temprano y tratamientos adecuados tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades graves o crónicas.

## REFERENCIAS

- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2020). Addressing health inequalities in latin america: The role of social protection. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(5), 1587–1598.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
- Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1981). Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview. *Medical Care*, 19(12), 4–27. <http://www.jstor.org/stable/3763937>
- Alban Meneses, C. de J., Sellan Icaza, V. M., & Moran Alban, C. L. (2020). La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. *Minerva*, 1(3), 23–34.  
<https://doi.org/10.47460/minerva.v1i3.14>
- Alvear, S., & Acuña, M. (2022). Determinantes sociales que influyen en el acceso en Chile al Plan GES, según CASEN 2017. *Revista Médica de Chile*, 70–77.
- Armijos Bravo, G., & Camino Mogro, S. (2017). Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios de atención primaria en Ecuador. *Estudios Gerenciales*, 33(144), 292–301. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.estger.2017.08.002>
- Aveni, M. (2019). El acceso a la salud: una revisión conceptual interdisciplinaria | Silvina. *Revista Sudamérica ISSN*, Vol. 11, 128-154.
- Bambas, A., & Casas, J. A. (2001). ASSESSING EQUITY IN HEALTH: CONCEPTUAL CRITERIA. 12-21. <http://www.ifs.univie.ac.at/intlaw/>
- Barboza-Solís, C., Sáenz-Bonilla, J. P., Fantin, R., Gómez-Duarte, I., & Rojas-Araya, K. (2020). Bases teórico-conceptuales para el análisis de inequidades sociales en salud: una discusión. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 22(1), 11–21.  
<https://doi.org/10.15517/IJDS.2020.39097>

- Bonilla, I., Flores, S., Chalela, L., & Sánchez, P. (2020). Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional. *Ministerio de Inclusión Económica y Social*.
- Bolívar, A. (2005). Equidad educativa y teorías de la justicia. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 3(2), 42-69.
- Brusnahan, A., Carrasco-Tenezaca, M., Bates, B. R., Roche, R., & Grijalva, M. J. (2022). Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador. *International Journal for Equity in Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019). *Panorama Social de América Latina 2018*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Equidad, desarrollo y ciudadanía. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/S2006536\\_es.pdf?isAllowed=y&sequence=2](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/S2006536_es.pdf?isAllowed=y&sequence=2)
- Consejo Nacional para la Igualdad De Género (CNIG). (2020). *Lineamientos del consejo nacional para la igualdad de género frente a la crisis sanitaria, para su implementación en las instituciones del estado*.
- Fajardo-Dolci, G., Pablo Gutiérrez, J., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186.
- Flores-Hernández, S., Mendoza-Alvarado, L. R., Vieyra-Romero, W. I., Moreno-Zegbe, E., Bautista-Morales, A. C., & Reyes-Morales, H. (2019). Indigenous condition in health services: Comparison of quality of care 2012-2018 for poor population. *Salud Publica de Mexico*, 61(6), 716–725. <https://doi.org/10.21149/10562>
- Fonseca, M. (2022). Soberanía sanitaria para un pleno acceso a la salud. *Ciencia, tecnología y política*, 5(9), 96-103. <https://doi.org/10.24215/26183188e087>

- Gaus, D., Herrera, D., Heisler, M., Cline, B. L., & Richmond, J. (2008). Temas de actualidad / Current topics Making secondary care a primary concern: the rural hospital in Ecuador. In *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 23 (3), 212-217.
- Girón, G. (2023). *El Sistema de Salud ecuatoriano Una Mirada Económica y Política en Tiempos de COVID-19* [Administración en salud]. Institución Universitaria Antonio José Camacho.
- Granados, A. (2019). Inequidad espacial en acceso a salud: el caso de la Zona Metropolitana del Valle de México. *Revista de Economía*, 36 (93), 35–61.
- Gutiérrez, J. P., Heredia-Pi, I., Hernández-Serrato, M. I., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Torres-Pereda, P., & Reyes-Morales, H. (2019). Inequalities in access to services, basis for policiesto reduce the health gap. *Salud Publica de Mexico*, 61(6), 726–733.  
<https://doi.org/10.21149/10561>
- Hernández-Álvarez, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud The concept of equity and the debate about fairness in health. *Revista de Salud Pública*. 10 (1), 72-82.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/96658/79993>
- Hurtado, D., Losardo, R. J., & Bianchi, R. I. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18-25.
- Institución Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2021). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), diciembre 2020*. p, 5.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2022). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – RAS, 2020.  
[https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS%1F\\_2020/Boletín\\_Técnico\\_RAS\\_2020.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Boletín_Técnico_RAS_2020.pdf)
- Lucio Ruth., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud pública de México*, 53(2), 177-187.

- Mateu Gil, L., Panisello Chavarria, L., Lasaga Heriz, A., & Bonfill Accensi, E. (2007). Desigualdades sociales en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*. 18 (1), 30-33. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2007000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000100005)
- Mena, A. C., & Casalí, P. (2021). El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19. Organización Internacional del Trabajo.
- Mokate, K. M. (2001). Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿Qué queremos decir?. *Banco Interamericano de Desarrollo*. New York.
- Molina, R., Aguilar, F., & Amozurrita, J. (2018). Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. *Horizonte sanitario*, 17(3), 197-207 . <https://doi.org/10.19136/hs.a17n3.2089>
- Muñoz, C., Monrroy, M., Ellwanger, J., & Lagos, X. (2021). Vida en ruralidad y su efecto sobre la salud de las personas mayores en el sur de Chile. *Humanidades Médicas*, 312–318. [html?file=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fpdf%2Fhmc%2Fv21n2%2F1727-8120-hmc-21-02-310.pdf](http://file=http%3A%2F%2Fscielo.sld.cu%2Fpdf%2Fhmc%2Fv21n2%2F1727-8120-hmc-21-02-310.pdf)
- Navarro, F. (2016). *El género como determinante social de inequidad en salud en mujeres*. Universidad de las Islas Baleares.
- Ochoa, C., Guamán, K., Hernandez, E., Ortega, A., & Castillo Vizueté, J. (2021). La aplicación del principio de interculturalidad en las sentencias por el delito de peculado. Discriminación inversa. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(SP3).
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América del Caribe*. 13-14.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). *Redes integradas de servicios de salud. Desafíos para su fortalecimiento*. <https://www.ilo.org/ecuador>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades de una generación* (Organización Mundial de la Salud, Ed.). Ediciones Journal S.A., p. 3.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Perfil de Sistema de Salud: Ecuador, monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. In *Health Systems Strengthening in Latin America and the Caribbean*.  
[https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_System\\_Profile-Ecuador\\_2008.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Ecuador_2008.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Conceptos, Estrategias y Prácticas*, p. 15.  
<http://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra\_1), 71–91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Patrinos, H. A., Skoufias, E., Lunde. (2007). Indigenous peoples in latin america: economic opportunities and social networks. *Regional Research Studies Program*.  
[http://econ.worldbank.org.\\*hpatrinos@worldbank.org](http://econ.worldbank.org.*hpatrinos@worldbank.org).
- Pujolar, G., Oliver-Anglès, A., Vargas, I., & Vázquez, M. L. (2022). Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. En *International Journal of Environmental Research and Public Health* ,19 (3). MDPI.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031749>
- Puma-Usuña, J., & Redrobán-Barreto, W. (2023). Comunidades indígenas y su combate diario ante la discriminación en el Ecuador. *593 Digital Publisher CEIT*, 8(2–1), 469–482.  
<https://doi.org/10.33386/593dp.2023.2-1.1736>
- Rodríguez, N. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. *Horizonte sanitario*, 17(2), 87-88. <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>
- Salgado, J. G., Del Pino, S., Coates, A. R., Guzmán, M., Gómez-Salgado, J., & Ruiz-Frutos, C. (2018). POLÍTICA SOBRE ETNICIDAD Y SALUD: CONSTRUYENDO

- SOLUCIONES EQUITATIVAS FRENTE A LAS DESIGUALDADES ÉTNICAS. *Rev Esp Salud Pública*, 92, 1–[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100308](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100308)
- Sanz Tolosana, E., & Oliva Serrano, J. (2021). Local perception of access to health services in rural areas. The case of the navarrese pyrenees. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 185–194. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0945>
- Song, S., Yuan, B., Zhang, L., Cheng, G., Zhu, W., Hou, Z., He, L., Ma, X., & Meng, Q. (2019). Increased inequalities in health resource and access to health care in rural China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(49). <https://doi.org/10.3390/ijerph16010049>
- The Lancet. (2015). Rural health inequities: Data and decisions. *The Lancet*, 385 (9980), p. 1803. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60910-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60910-2)
- Thiede, M., Akweongo, P., & McIntyre, D. (2007). *Exploring the dimensions of access*.
- Vaccaro Witt, G. F., Jurado Ronquillo, M. C., Gonzabay Bravo, E. M., & Witt Rodríguez, P. de las M. (2023). Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. *RECIAMUC*, 7(2), 10–21. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.10-21](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.10-21)
- Valencia, E., Máximo, L., & Jaramillo Molina, E. (2018). *Brechas de acceso a la salud*. [www.issuu.com/publicacionescepal/stacks](http://www.issuu.com/publicacionescepal/stacks)
- Velasco, M., Hurtado, F., & Tapia, J. (2020). El acceso geográfico desigual a la salud en Ecuador. *Observatorio Social Del Ecuador y FES-Ildis*. <https://www.covid19ecuador.org/post/salud-publica-pandemia-2>
- Vera Viteri, L., Cuadros Ocampo, C., & Zambrano Chavarria, M. (2022). Impacto de las políticas públicas de salud en zonas rurales ecuatorianas. <https://orcid.org/0000-0003-2822-0374>
- Waters, W., Freire, W., Ortega, J. (2019). Desigualdades sociales y en salud en adultos mayores ecuatorianos. *Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 6(2), 9-23.

Whitehead, M. (1992). THE CONCEPTS AND PRINCIPLES OF EQUITY AND HEALTH.

*International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445.

<http://www.jstor.org/stable/45131055>





Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, Paola Fernanda Galarza Larrea, con C.C: # 172663114-4 y Stephany Judith Ocho Concha con C.C: 0930921663 autoras del trabajo de titulación: *Factores que influyen en el acceso equitativo a lasalud en Ecuador* previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de septiembre de 2023

---

Ing. Paola Fernanda Galarza Larrea  
C.C:1726631144

---

Dra. Stephany Judith Ochoa Concha  
C.C: 0930921663

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Factores que influyen en el acceso equitativo a la salud en Ecuador		
<b>AUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Galarza Larrea Paola Fernanda Ochoa Concha Stephany Judith		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b> (apellidos/nombres):	Castro Peñarreta Ángel , MBA		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD:</b>	Sistema de Posgrado		
<b>MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>GRADO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	14 de septiembre de 2023	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	31
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Administración - Medicina		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Atención médica, Servicios de salud		

**RESUMEN/ABSTRACT** (150-250 palabras): El objetivo del presente ensayo es determinar y comprender los principales factores que afectan que el acceso a la salud sea igualitario en todo el territorio ecuatoriano. De esta manera se logra conocer la situación actual del acceso a la atención médica e identificar el posible impacto que tiene cada limitación en diversos contextos como en áreas rurales o áreas remotas.

La metodología seguida para desarrollar el presente ensayo se basa en una revisión bibliográfica de documentos electrónicos que se relacionen con el tema planteado. Los cuales se han recolectado mediante una búsqueda de artículos en plataformas digitales disponibles tales como PubMed, Scielo, ReciaMuc, entre otros. Las palabras claves: salud, salud equitativa, inequidades en la salud en Ecuador, factores de inequidad de salud; fueron utilizadas para encontrar artículos que detallen factores influyentes en el acceso a la salud para posterior revisión y análisis. Se identificaron un total de 75 documentos de los cuales 57 fueron utilizados. Los restantes 18 artículos se excluyeron por aspectos que limitaban su análisis y relevancia en el tema central del ensayo. La información que se recopiló fue homogenizada y organizada para su posterior análisis que permitió obtener los resultados de la revisión bibliográfica y llegar a conclusiones y recomendaciones relacionadas con el objetivo del ensayo.

El documento se divide en segmentos. En el primer segmento se tienen las definiciones de los que respecta a la salud, el acceso a la salud y el tema de la equidad; el segundo segmento presenta los factores principales que se consideran que afectan el acceso a la salud de forma equitativa, se detalla cada uno de estos factores

para identificar su relevancia; en el tercer segmento se detalla la situación actual del país con relación al acceso a la salud y los retos que se tiene en el Ecuador.

Por último, se tiene un segmento de implicaciones y conclusiones que permiten resumir los aspectos más importantes del ensayo y también determinar las consecuencias reales y visibles que se producen como resultado de las barreras existentes y los desafíos enfrentados en el sistema de salud para proponer posibles intervenciones o acciones que se consideren necesarias en el entorno de lograr una equidad en el acceso a la atención médica.

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593983160951 +593992058230	E-mail: <a href="mailto:paola.galarza01@cu.ucsg.edu.ec">paola.galarza01@cu.ucsg.edu.ec</a> <a href="mailto:ocupalab@hotmail.com">ocupalab@hotmail.com</a> <a href="mailto:stefany.ochoa@cu.ucsg.edu.ec">stefany.ochoa@cu.ucsg.edu.ec</a>
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> María de los Ángeles Núñez Lapo	
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600	
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec">maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec</a>	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		