

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN ECUADOR: ORGANIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE LA RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD

**STRUCTURE OF THE HEALTH SYSTEM IN ECUADOR:
ORGANIZATION AND DISTRIBUTION OF HEALTHCARE IN
THE INTEGRATED PUBLIC HEALTH NETWORK**

Ronald Jonathan Cañarte Siguencia
Hospital General del Norte IESS Ceibos, Ecuador

Jennifer Vanessa Mendoza Salazar
Hospital General del Norte IESS Ceibos, Ecuador

María Fernanda Benavides Figueroa
Hospital General del Norte IESS Ceibos, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20782

Estructura del Sistema de salud en Ecuador: Organización y Distribución de los Establecimientos Asistenciales de la Red Pública Integral de Salud

Ronald Jonathan Cañarte Siguencia¹rjcs191987@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-4501-1614>Hospital General del Norte IESS Ceibos
Ecuador**Jennifer Vanessa Mendoza Salazar**jennmendoza47@gmail.com<https://orcid.org/0009-0005-9947-586X>Hospital General del Norte IESS Ceibos
Ecuador**María Fernanda Benavides Figueroa**medfernandabenavides@gmail.com<https://orcid.org/0009-0003-4438-2995>Universidad Técnica de Ambato
Ecuador

RESUMEN

El sistema nacional de salud del Ecuador se organiza bajo el modelo de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC), orientadas a garantizar el acceso equitativo a servicios integrales de atención. Este estudio descriptivo, transversal y cuantitativo analizó la estructura y distribución de los 3.140 establecimientos asistenciales registrados oficialmente en el país, clasificados por niveles de atención, zonas geográficas y subsistemas institucionales. Los resultados evidencian que el 91,94% de los establecimientos corresponden al primer nivel de atención, el 6,59% al segundo y el 1,46% al tercero. La infraestructura sanitaria se concentra en la zona rural (75%), predominando el primer nivel (95,80%), mientras que los servicios especializados se ubican mayormente en áreas urbanas. El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social concentran el 90,89% de la capacidad resolutoria nacional, lo que refleja una alta centralización en la gestión sanitaria. A nivel provincial, Manabí, Guayas y Pichincha agrupan la mayor cantidad de establecimientos, aunque con diferencias en la complejidad de los servicios. Estos resultados evidencian una inequidad funcional y territorial en el acceso a la atención integral. Se concluye que fortalecer la infraestructura hospitalaria del segundo y tercer nivel, junto con la descentralización de la gestión sanitaria y una planificación territorial basada en evidencia, es esencial para mejorar la equidad y eficiencia del sistema de salud ecuatoriano.

Palabras clave: sistema de salud, niveles de atención, equidad sanitaria, planificación territorial

¹ Autor principal

Correspondencia: rjcs191987@gmail.com

Structure of the Health System in Ecuador: Organization and Distribution of Healthcare in the Integrated Public Health Network

ABSTRACT

Ecuador's national health system is organized under the model of the Comprehensive Public Health Network (RPIS) and the Complementary Private Network (CPR), oriented to guarantee equitable access to comprehensive care services. This descriptive, cross-sectional, and quantitative study analyzed the structure and distribution of the 3,140 officially registered healthcare facilities in the country, classified by levels of care, geographic areas, and institutional subsystems. The results evidence that 91.94% of the establishments correspond to the first level of care, 6.59% to the second and 1.46% to the third. Health infrastructure is concentrated in the rural area (75%), predominating the first level (95.80%), while specialized services are mostly located in urban areas. The Ministry of Public Health and the Ecuadorian Institute of Social Security concentrate 90.89% of the national resolving capacity, reflecting a high centralization in health management. At the provincial level, Manabí, Guayas and Pichincha group the largest number of establishments, although with differences in the complexity of services. These results evidence a functional and territorial inequity in access to comprehensive care. It is concluded that strengthening the second and third tier hospital infrastructure, together with decentralization of health management and evidence-based territorial planning, is essential to improve the equity and efficiency of the Ecuadorian health system.

Keywords: health system, levels of care, health equity, territorial planning

Artículo recibido 02 setiembre 2025
Aceptado para publicación: 29 setiembre 2025



INTRODUCCIÓN

El sistema nacional de salud del Ecuador se fundamenta en los principios de universalidad, equidad, solidaridad y participación social, conforme a lo establecido en la Constitución de la República de Ecuador vigente desde 2008 y la Ley Orgánica de Salud (1, 2). Este sistema de salud está estructurado bajo el modelo de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Privada Complementaria (RPC), con el propósito de garantizar el acceso equitativo a servicios integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

La RPIS articula la oferta de servicios de las principales instituciones públicas de salud, como el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), y los Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) (3). El sistema de salud ecuatoriano adopta el modelo piramidal de tres niveles de atención definidos por la tipología normativa sanitaria, que establece criterios de complejidad y capacidad resolutive para cada establecimiento, que responde a la lógica de la Atención Primaria en Salud (APS) (4,5).

Los establecimientos de salud pueden ser asistenciales, de apoyo diagnóstico-terapéutico, y unidades móviles, de acuerdo con los servicios que prestan. Los establecimientos asistenciales de salud están organizados en tres niveles de atención y grados de complejidad, mientras que su tipología se define en función de la cartera de servicios (6).

Los establecimientos asistenciales de salud del primer nivel de atención por su contacto directo con la comunidad, deben cubrir a toda la población y resolver las necesidades básicas de salud. En este nivel de atención se encuentran puestos de salud, consultorios generales y centros de salud tipo (A, B y C), que brindan atención integral a la familia, individuo y comunidad; y pueden incluir entre sus prestaciones la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Representan la base de la pirámide de la atención sanitaria con una capacidad resolutive del 80% (6, 7).

Los establecimientos asistenciales del segundo nivel de atención corresponde a los establecimientos que prestan servicios de salud de especialidad, ambulatoria (Consultorio de especialidad, Centro de especialidades, Hospital del día, Centro de atención ambulatorio en salud mental) y/o con



internación/hospitalización (Hospital básico, Hospital general) e incluye promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos, así como prestaciones de medicina alternativa. Representan el cuerpo de la pirámide de la atención sanitaria con una capacidad resolutive del 15% (6, 7).

Los establecimientos asistenciales del tercer nivel de atención prestan servicios de atención de salud de especialidad y subespecialidad, en forma ambulatoria (Centro especializado) o con internación/hospitalización (Hospital especializado, Hospital de especialidades) ; cuentan con tecnología especializada, apoyos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad, que incluye prestaciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos. Representan la punta de la pirámide de la atención sanitaria con una capacidad resolutive del 5% (6, 7).

Esta estructura jerárquica por niveles de atención busca garantizar continuidad asistencial mediante procesos de referencia, contrareferencia, referencia inversa y derivación entre niveles de atención para asegurar la continuidad e integralidad de la atención. Sin embargo, diversos estudios han identificado desbalances estructurales que limitan la efectividad del modelo, particularmente en el tránsito entre el primer y segundo nivel (8).

La distribución geográfica de los establecimientos asistenciales constituye un factor determinante para la equidad en el acceso a los servicios de salud. En Ecuador, a pesar del predominio de infraestructura correspondiente al primer nivel de atención en zonas rurales que refleja un esfuerzo estatal por ampliar la cobertura, las dificultades geográficas, de transporte y de disponibilidad de recursos humanos generan brechas en la atención efectiva. Las zonas urbanas, en contraste, concentran mayor número de servicios de segundo y tercer nivel, lo que incrementa su capacidad resolutive. Este patrón desigual territorialmente es consistente con las dinámicas de urbanización, densidad poblacional y concentración de recursos económicos. En este contexto, la planificación sanitaria territorial se constituye en una herramienta fundamental para la asignación racional de recursos, la detección de zonas críticas y la implementación de estrategias de descentralización funcional (9).

El sistema de salud ecuatoriano tiene como ente rector al Ministerio de Salud Pública lo que permite uniformidad normativa y control de la gestión, pero también puede limitar la capacidad de adaptación

local y la innovación en políticas sanitarias. La gobernanza sanitaria moderna requiere fortalecer los mecanismos de coordinación interinstitucional, la gestión territorial descentralizada y la participación social, elementos esenciales para garantizar el derecho humano a la salud y la sostenibilidad del sistema (10).

Entre los principales desafíos del sistema de salud ecuatoriano se identifican: desigualdad en la capacidad resolutive debido a la escasa oferta de servicios de segundo y tercer nivel en áreas rurales, inequidad territorial asociada a la concentración de hospitales especializados en las principales ciudades, limitaciones en recursos humanos y tecnológicos especialmente en áreas rurales y de difícil acceso, necesidad de articulación interinstitucional para evitar duplicidad de esfuerzos y optimizar los recursos disponibles, transición epidemiológica que incrementa la demanda de servicios de alta complejidad ante el aumento de enfermedades crónicas y envejecimiento poblacional. Estos retos requieren estrategias integrales de fortalecimiento institucional, planificación territorial basada en evidencia y consolidación de redes integradas de servicios de salud (11).

El estudio del análisis de la distribución de los establecimientos asistenciales por niveles de atención se sustenta en enfoques teóricos de equidad sanitaria, accesibilidad geográfica y eficiencia estructural. Desde la perspectiva de la economía de la salud, la asignación óptima de recursos debe responder a criterios de necesidad poblacional y de costo-efectividad, mientras que desde la epidemiología social se enfatiza la justicia distributiva como principio rector del sistema de salud. Aplicar estos marcos teóricos al caso ecuatoriano permite comprender cómo las decisiones institucionales y territoriales configuran la capacidad resolutive y la equidad del sistema, factores claves para el cumplimiento del derecho a la salud reconocido constitucionalmente en Ecuador (12).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, orientado al análisis de la estructura y distribución de los establecimientos asistenciales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud del Ecuador. La unidad de análisis estuvo conformada por los establecimientos asistenciales de salud registrados en la Red Pública Integral de Salud (RPIS), integrados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), los Gobiernos

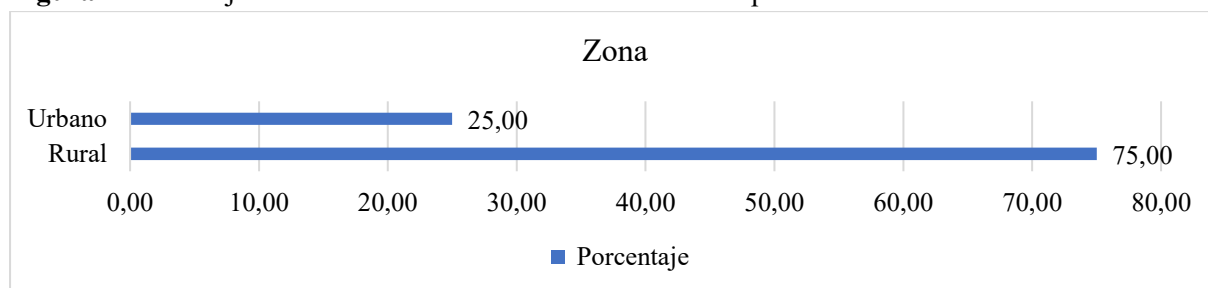
Autónomos Descentralizados (GAD) y el Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Privadas de la Libertad y Adolescentes Infractores (SNAI).

El análisis incluyó la totalidad de establecimientos existentes a nivel nacional registrados en fuentes oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), específicamente del portal GeoSalud 3.5.1 - Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Fuente DNEAIS - DNTIC Copyright © 2012 – 2025. El estudio abarcó los 3.140 establecimientos asistenciales identificados en el territorio nacional, organizados por niveles de atención (primero, segundo y tercero), y clasificados según su localización rural o urbana (zona), pertenencia institucional (subsistema) y su distribución geográfica (provincias) dentro del sistema nacional de salud. Los datos fueron organizados y sistematizados mediante tabulación y análisis porcentual, utilizando herramientas de estadística descriptiva para identificar proporciones, distribuciones y tendencias comparativas, representados mediante tablas y figura de análisis estadístico. El estudio se desarrolló con base en el principio de uso responsable de la información pública, conforme a la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Ecuador (LOTAIP). No se involucraron datos personales ni identificadores de pacientes o profesionales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En Ecuador, existen de 3.140 establecimientos asistenciales de salud pertenecientes a la Red Pública Integral de Salud organizados por niveles de atención dentro del sistema nacional de salud, de los cuales el 75% se encuentran distribuidos en la zona rural y solo el 25% en la zona urbana. (Figura 1).

Figura 1 Porcentaje de establecimientos asistenciales de salud por zona



El 91,94% de la oferta de servicios de salud corresponde al primer nivel de atención (puestos de salud y centros de Salud), el 6,59% al segundo nivel de atención (centros de especialidades, hospitales básicos y generales), y el 1,46% al tercer nivel de atención (hospital de especialidades y centros especializados

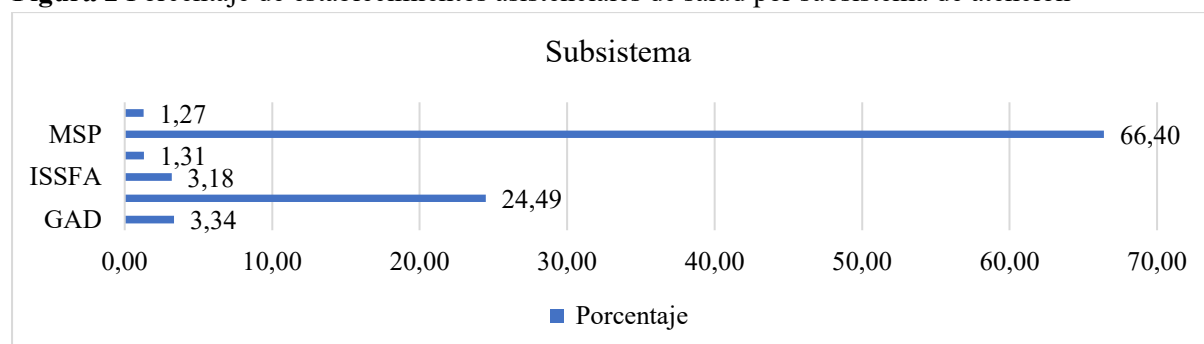
de atención). En la zona rural donde se concentra el 75% de los establecimientos asistenciales de salud el 95,80% corresponden al primer nivel de atención, el 3,78% al segundo nivel de atención, mientras que solo el 0,42% corresponden al tercer nivel de atención. En la zona urbana se observa que el 80,38% de la oferta corresponde al primer nivel de atención, el 15,03% al segundo nivel y el 4,59% al tercer nivel de atención (Tabla 1).

Tabla 1 Porcentaje establecimientos asistenciales de salud por zona y niveles de atención

Zona	Primer Nivel	%	Segundo Nivel	%	Tercer Nivel	%	Total	Total %
Rural	2256	95,80	89	3,78	10	0,42	2355	75,00
Urbano	631	80,38	118	15,03	36	4,59	785	25,00
Total	2887	91,94	207	6,59	46	1,46	3140	100,00

En la Red Pública Integral de Salud, el 66,40% de los establecimientos asistenciales de salud pertenecen al Ministerio de Salud Pública (MSP), el 24,49% al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el 3,18% al Instituto Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), el 1,31% al Instituto Seguridad Social de la Policía (ISSPOL), el 3,34% es ofertado por los municipios con sus Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD), mientras que el Servicio Nacional de Atención Integral a Personas Adultas Privadas de la Libertad y a Adolescentes Infractores (SNAI) oferta tan solo el 1,27% (Figura 2).

Figura 2 Porcentaje de establecimientos asistenciales de salud por subsistema de atención



El Ministerio de Salud Pública (MSP) concentra el mayor número, con un total de 2.085 establecimientos asistenciales de salud, de los cuales el 92,71% corresponden al primer nivel de atención, el 5,71% al segundo nivel de atención y el 1,58% al tercer nivel de atención. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cuenta con 769 establecimientos asistenciales de salud, el segundo con mayor número, de los cuales el 92,72% corresponde al primer nivel de atención, el 6,76%

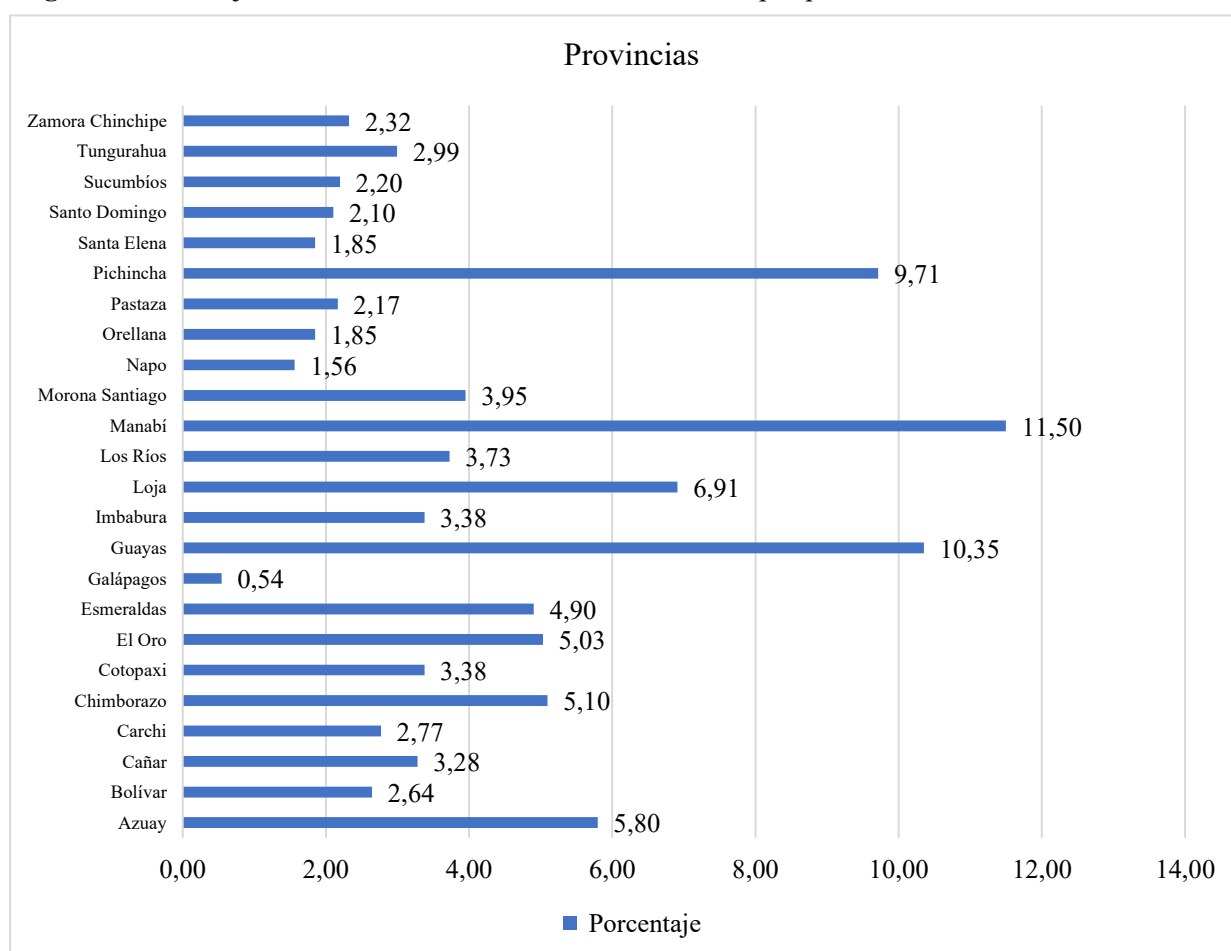
al segundo nivel de atención y el 0,52% al tercer nivel de atención. Ambos subsistemas representan en conjunto el 90,89% de la capacidad resolutive nacional. (Tabla 2).

Tabla 2 Porcentaje de establecimientos asistenciales de salud por subsistema y niveles de atención

Subsistema	Primer Nivel	%	Segundo Nivel	%	Tercer Nivel	%	Total	Total %
GAD	84	80,00	16	15,24	5	4,76	105	3,34
IESS	713	92,72	52	6,76	4	0,52	769	24,49
ISSFA	79	79,00	19	19,00	2	2,00	100	3,18
ISSPOL	38	92,68	1	2,44	2	4,88	41	1,31
MSP	1933	92,71	119	5,71	33	1,58	2085	66,40
SNAI	40	100,00		0,00		0,00	40	1,27
Total	2887	91,94	207	6,59	46	1,46	3140	100

La provincia de Manabí concentra un 11,50% de los establecimientos asistenciales de salud, mientras que la provincia de Guayas tiene un 10,35% seguido de la provincia de Pichincha con un 9,71%, otras provincias que superan el 5% son Loja, Azuay, Chimborazo y la provincia de el Oro. (Figura 3).

Figura 3 Porcentaje de establecimientos asistenciales de salud por provincias



La provincia de Manabí concentra un total de 361 establecimientos asistenciales de salud de los cuales el 94,18% corresponde al primer nivel de atención, el 4,99% al segundo nivel de atención y el 0,83% al tercer nivel de atención. La provincia de Guayas concentra un total de 325 establecimientos asistenciales de salud de los cuales el 87,08% corresponde al primer nivel de atención, el 9,54% al segundo nivel de atención y el 3,38% al tercer nivel de atención. La provincia de Pichincha concentra un total de 305 establecimientos asistenciales de salud de los cuales el 83,28% corresponde al primer nivel de atención, el 11,15% al segundo nivel de atención y el 5,57% al tercer nivel de atención (Tabla 3).

Tabla 3 Porcentaje de establecimientos asistenciales de salud por provincia y niveles de atención

Provincia	Primer Nivel	%	Segundo Nivel	%	Tercer Nivel	%	Total	Total %
Azuay	171	93,96	8	4,40	3	1,65	182	5,80
Bolívar	79	95,18	4	4,82		0,00	83	2,64
Cañar	97	94,17	5	4,85	1	0,97	103	3,28
Carchi	82	94,25	4	4,60	1	1,15	87	2,77
Chimborazo	150	93,75	7	4,38	3	1,88	160	5,10
Cotopaxi	99	93,40	7	6,60		0,00	106	3,38
El Oro	144	91,14	12	7,59	2	1,27	158	5,03
Esmeraldas	144	93,51	9	5,84	1	0,65	154	4,90
Galápagos	15	88,24	2	11,76		0,00	17	0,54
Guayas	283	87,08	31	9,54	11	3,38	325	10,35
Imbabura	98	92,45	6	5,66	2	1,89	106	3,38
Loja	204	94,01	12	5,53	1	0,46	217	6,91
Los Ríos	109	93,16	8	6,84		0,00	117	3,73
Manabí	340	94,18	18	4,99	3	0,83	361	11,50
Morona Santiago	117	94,35	7	5,65		0,00	124	3,95
Napo	46	93,88	3	6,12		0,00	49	1,56
Orellana	55	94,83	3	5,17		0,00	58	1,85
Pastaza	64	94,12	3	4,41	1	1,47	68	2,17
Pichincha	254	83,28	34	11,15	17	5,57	305	9,71
Santa Elena	51	87,93	7	12,07		0,00	58	1,85
Santo Domingo	62	93,94	4	6,06		0,00	66	2,10
Sucumbíos	66	95,65	3	4,35		0,00	69	2,20
Tungurahua	88	93,62	6	6,38		0,00	94	2,99
Zamora Chinchipe	69	94,52	4	5,48		0,00	73	2,32
Total	2887	91,94	207	6,59	46	1,46	3140	100,00

DISCUSIÓN

La distribución de los establecimientos asistenciales de salud en Ecuador evidencia una marcada concentración en las zonas rurales, donde se ubica el 75% de la infraestructura sanitaria nacional, este patrón responde a la lógica territorial de cobertura prioritaria del primer nivel de atención dentro del modelo de atención integral en salud (MAIS) establecido en la normativa sanitaria ecuatoriana (13). Sin embargo, esta distribución no necesariamente implica equidad en el acceso, ya que la dispersión poblacional y las limitaciones de transporte en áreas rurales pueden dificultar la oportunidad de atención, generando una aparente paradoja entre cantidad de establecimientos y capacidad resolutive efectiva. Estos resultados sugieren que la planificación sanitaria debería considerar no solo la distribución numérica, sino también la funcionalidad y recursos humanos de cada establecimiento (14). La predominancia del primer nivel de atención (91,94%) refleja el enfoque preventivo y comunitario del sistema de salud ecuatoriano. No obstante, la baja proporción de establecimientos de segundo (6,59%) y tercer nivel (1,46%) revela una limitada capacidad de referencia y contrarreferencia de pacientes, especialmente crítica en zonas rurales donde apenas el 0,42% pertenece al tercer nivel de atención, donde el traslado de pacientes y la distancia de los hospitales en zonas urbanas se traduce en una limitante (15). Esta estructura piramidal, aunque coherente con la estrategia de atención primaria en salud, podría generar cuellos de botella en el manejo de patologías que requieren mayor complejidad diagnóstica o terapéutica. El contraste entre el 95,80% de establecimientos de primer nivel de atención en áreas rurales y el 80,38% en zonas urbanas sugiere una posible inequidad funcional en la red asistencial, que amerita fortalecimiento del segundo nivel de atención y mayor articulación interinstitucional (16).

La composición institucional de la Red Pública Integral de Salud muestra un claro predominio del Ministerio de Salud Pública (66,40%), seguido del IESS (24,49%), lo que indica una fuerte centralización estatal en la oferta de servicios de salud. La menor participación de instituciones complementarias como ISSFA, ISSPOL, GAD y SNAI (menos del 10% en conjunto) sugiere una estructura poco diversificada y dependiente del MSP. Esta concentración, aunque facilita la gobernanza, podría limitar la adaptabilidad y la innovación en los servicios, particularmente en zonas donde los

municipios y gobiernos locales podrían cumplir un rol estratégico en la atención primaria y promoción de la salud (17).

El análisis comparativo entre los subsistemas MSP e IESS confirma que ambos presentan una estructura similar en la distribución por niveles, con predominancia del primer nivel y escasa representación del tercero. En conjunto, representan el 90,89% de la capacidad resolutive nacional, lo que consolida su rol hegemónico dentro del sistema pública. Sin embargo, la baja proporción de servicios de alta complejidad en ambos subsistemas plantea la necesidad de revisar los mecanismos de referencia entre niveles y la suficiencia de la red de hospitales especializados, especialmente en relación con enfermedades crónicas y emergencias de alta demanda. Este hallazgo invita a reflexionar sobre la sostenibilidad del modelo actual frente al envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica del país (18).

La concentración de establecimientos asistenciales en provincias como Manabí, Guayas y Pichincha revela un patrón geográfico vinculado tanto al tamaño poblacional como a la extensión territorial. Sin embargo, la diferencia entre estas provincias donde la participación oscila entre el 9% y el 11% y el resto del país, plantea la existencia de desigualdades regionales que podrían afectar la equidad en el acceso. Este hallazgo es consistente con los modelos centralizados de planificación sanitaria, en los cuales las zonas urbanas y costeras tienden a recibir mayor inversión en infraestructura y recursos humanos especializados (19).

El análisis provincial muestra que, aunque Manabí, Guayas y Pichincha lideran en número absoluto de establecimientos, existe una clara diferencia en la complejidad de los servicios. Manabí concentra casi exclusivamente establecimientos de primer nivel (94,18%), mientras que Guayas y Pichincha presentan mayor participación del segundo y tercer nivel. Este gradiente sugiere que las provincias con mayor urbanización poseen una red más diversificada y resolutive, mientras que las provincias con predominio rural continúan dependiendo de servicios básicos, lo cual podría traducirse en inequidades en la calidad y continuidad del cuidado (20). Por tanto, fortalecer los servicios de segundo nivel en territorios rurales y costeros podría constituir una estrategia clave para equilibrar la capacidad asistencial nacional (21).

CONCLUSIONES

La red sanitaria ecuatoriana se caracteriza por una fuerte orientación hacia el primer nivel de atención, lo que refleja la prioridad del modelo preventivo y comunitario. Sin embargo, esta estructura evidencia limitaciones en la resolución de problemas de salud de mayor complejidad, especialmente en zonas rurales. Aunque la mayoría de los establecimientos se ubican en zonas rurales, la concentración de servicios especializados en áreas urbanas demuestra una inequidad funcional en el acceso a la atención integral. Esta disparidad territorial puede repercutir en la calidad de la atención y en la continuidad asistencial.

El predominio del Ministerio de Salud Pública y del IESS dentro de la Red Pública Integral de Salud indica una alta centralización de la gestión sanitaria. Este modelo, si bien facilita la coordinación nacional, limita la participación efectiva de gobiernos locales y otros subsistemas que podrían fortalecer la atención primaria.

La escasa proporción de establecimientos de segundo y tercer nivel refleja una limitada capacidad para resolver patologías de mediana y alta complejidad. Se requiere fortalecer la infraestructura hospitalaria, los procesos de referencia y contrarreferencia, y la formación de recursos humanos especializados.

Las provincias con mayor densidad poblacional, como Pichincha y Guayas, concentran una red más diversificada y compleja, mientras que las provincias con predominio rural, como Manabí, mantienen una oferta centrada en servicios básicos. Este hallazgo subraya la necesidad de políticas públicas que promuevan la equidad territorial en la distribución de recursos sanitarios.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de revisar la planificación territorial y funcional del sistema nacional de salud, priorizando la articulación entre niveles de atención, el fortalecimiento del segundo nivel en zonas rurales y la descentralización de la gestión sanitaria como estrategias para mejorar la eficiencia y equidad del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ávila Santamaría RF. El derecho a la salud en el contexto del buen vivir. La Constitución ecuatoriana del 2008 y el derecho a la salud. Polo del Conocimiento. 2012 Jul; (artículo). Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/2985>. [Repositorio UASB](#)



Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Salud. Última reforma 29-04-2022. Quito; 2022.

Disponible en: <http://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/3426>

Inca Ruiz GP. Evolución del Sistema de Salud desde 1979 hasta 2022 en Ecuador. La Ciencia al Servicio de la Salud y Nutrición. 2022;14(1):219. DOI:

10.47187/cssn.Vol14.Iss1.219.Disponible:<https://www.researchgate.net/publication/37557306>

[3_Evolucion_del_Sistema_de_Salud_desde_1979_hasta_2022_en_Ecuador](#)

Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ministerio de Salud Pública. Quito; 2018.

Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/15135>

CONASA. Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Quito; 2007. Disponible en:

<https://www.conasa.gob.ec/biblioteca-conasa/Prestaciones/bt16%20->

[%20Conjunto%20de%20Prestaciones%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud.pdf](https://www.conasa.gob.ec/biblioteca-conasa/Prestaciones/bt16%20-%20Conjunto%20de%20Prestaciones%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud.pdf)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Reglamento para establecer la tipología de los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud (Acuerdo Ministerial No. 00030-2020). Registro Oficial No. 248; 17 jul 2020 [Internet]. Quito: MSP; 2020 [citado 2025 oct 29].

Disponible en: <https://www.gob.ec/regulaciones/acuerdo-00030-2020-reglamento-establecer-tipologia-establecimientos-salud-sistema-nacional-salud>

INEC. Cuentas Satélite Salud 2022. Ecuador. Quito: INEC; 2024. Disponible en:

<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web->

[inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2022/4_Documento_metodologico_CS_S_2022.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2022/4_Documento_metodologico_CS_S_2022.pdf)

López-Cevallos D, Chi C, Ortega F. Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. Rev Salud Pública. 2014;16(3):346-359.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v16n3.34610>

López-Cevallos D, Chi C. Assessing the context of health care utilization in Ecuador: a spatial and multilevel analysis. BMC Health Serv Res. 2010; 10:64. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-64>

Sanipatín Mora GA. El derecho humano a la salud y su cumplimiento en el orden jurídico ecuatoriano.

Tierra Infinita. 2024; (artículo). <https://doi.org/10.32645/26028131.1094>



López-Cevallos, D., Chi, C. Desigualdad en la utilización de los servicios de salud en Ecuador: un análisis de los problemas actuales y posibles soluciones. *Int J Equity Health* 11 (Supl. 1), A6 (2012). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-S1-A6>

República del Ecuador. *Constitución de la República del Ecuador*. Art. 32. Registro Oficial No. 449, 20 de octubre de 2008. Quito: Asamblea Nacional; 2008. Disponible en: <https://www.rekursosyenergia.gob.ec/wp-content/uploads/2023/02/CONSTITUCION-1-ACTUALIZADA.pdf>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). *Distribución espacial referencial de los establecimientos prestadores de servicios públicos* (Documento técnico). Quito: SENPLADES; 2015. Disponible en: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/Distribuci%C3%B3n-espacial-referencial-de-los-establecimientos-prestadores.pdf>.

Daniel Romero-Álvarez, Daniel F. López-Cevallos, Irene Torres, ¿Médicos para el pueblo? La problemática distribución de médicos de servicio rural en Ecuador, *Health Policy and Planning*. 2023;38(7):851-861. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad040>.

Ministerio de Salud Pública. *Sala de Situación — Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DNVE): Recursos sanitarios y número de establecimientos por provincia*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2022. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/04/Sala-de-Situacion-DNVE_2022.pdf

Brusnahan, A., Carrasco-Tenezaca, M., Bates, BR et al. Identificación de barreras de acceso a la atención médica en la zona rural del sur de Ecuador. *Int J Equity Health*. 2022;21:55. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1>

Aldulaimi, Sommer, and Francisco E Mora. “A Primary Care System to Improve Health Care Efficiency: Lessons from Ecuador.” *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* vol. 30,3 (2017): 380-383. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.03.160304>

Robertson RL, Castro CE, Gomez LC, Gwynne G, Tinajero CL, Zschock DK. Primary health services in Ecuador: comparative costs, quality, and equity of care in Ministry of Health and rural social



security facilities. *Soc Sci Med.* 1991;32(12):1327-1336. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90192-F](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90192-F).

Rodriguez, A., Romero-Sandoval, A., Sandoval, B.A. et al. Medical specialist distributions in Ecuador: a geographical and temporal analysis of data from 2000 to 2017. *BMC Health Serv Res* 22, 671 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08056-5>

Ríos Quituizaca P, Gatica-Domínguez G, Nambiar D, et al. National and subnational coverage and inequalities in reproductive, maternal, newborn, child, and sanitary health interventions in Ecuador: a comparative study between 1994 and 2012. *Int J Equity Health.* 2021;20:48. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01359-1>

Salazar DB. *Análisis de la eficiencia técnica de Hospitales Públicos nivel II en el Ecuador, período 2013-2017 (tesis/estudio institucional)*. Quito, 2020: Pontificia Universidad Católica del Ecuador — Repositorio; [s/f]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/bitstreams/d9e08953-ddad-4d04-902f-2efee481a78/download>

