



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración**

**Título de la tesis**

**“Análisis comparativo de los sistemas de salud pública de Ecuador y  
México”.**

**T e s i s**

Que para optar por el grado de:

**Maestra(o) en Administración**  
**Campo de conocimiento: Sistemas de Salud**

Presenta:

**Ing. Genessis Melissa Ureta Alay**

Tutor:

**Dr. Gabino García Tapia**

**Facultad de Contaduría y Administración**

**Ciudad de México, enero 2025**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Agradecimientos**

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la **Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)**, institución que ha sido pilar fundamental en mi formación profesional. Su compromiso con la excelencia educativa y la generación de conocimiento ha sido clave en el desarrollo de este trabajo.

A la **Facultad de Contaduría y Administración (FCA)**, mi más profundo reconocimiento por brindarme las herramientas y el entorno académico necesario. De manera especial, agradezco al **posgrado de la FCA** por su apoyo y orientación en este proceso. Gracias a su excelencia académica, he podido fortalecer mis conocimientos y habilidades, lo que ha sido determinante para la realización de esta tesis.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)** por su apoyo, gracias a su respaldo, ha sido posible llevar a cabo esta investigación, contribuyendo al desarrollo del conocimiento y la mejora de los sistemas de salud. Este trabajo es un reflejo del esfuerzo conjunto y del impacto positivo que instituciones como el CONACYT generan en el desarrollo del conocimiento y la sociedad.

De manera muy especial quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mis padres **Ureta Delgado Pedro, Alay Aguilar Rocío y hermanos**, cuyo amor incondicional, apoyo constante y enseñanzas han sido la base de mi formación y la inspiración para alcanzar mis metas. A mis docentes y compañeros, especialmente a mis **queridos amigos**, por su valiosa guía, amistad y por compartir conmigo este camino de aprendizaje.

Con profundo agradecimiento a la **Mtra. Negrete Vargas Belén**, coordinadora del programa, por su compromiso y orientación, al **Dr. García Tapia Gabino**, mi tutor de tesis, por su invaluable acompañamiento y asesoría en este proceso.

También quiero expresar mi gratitud al país que me abrió las puertas y me brindó la oportunidad de crecer académica y personalmente. Su calidez, su gente y sus instituciones han sido fundamentales en este camino.

Con todo mi amor y cariño, al **Dr. Delgado Mejía Fernando**, mi amigo y compañero de vida, cuya presencia, aliento y apoyo inquebrantable han sido un pilar fundamental en este recorrido.

**Sin más, a todos ustedes y a Dios, gracias por ser parte de este logro.**

## **Resumen**

Los sistemas sanitarios de salud pública desempeñan un papel crucial en el mantenimiento de la salud y el bienestar de las poblaciones. En América Latina, Ecuador y México presentan dos modelos distintos de prestación de servicios en este sector, determinados por sus historias, contextos socioeconómicos y estructuras de gobernanza particulares.

Esta investigación ofrece una visualización general de los sistemas sanitarios de salud pública en estos dos países, examinando una revisión general sobre la situación real del sistema de salud enfocado en estructuras, cobertura y beneficios (garantías), una revisión sobre el manejo, equipamiento y dirección y en la participación colectiva, proporcionando también funciones y los desafíos que enfrentan.

Mediante la realización de un análisis comparativo, mostrar la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud en ambas naciones, así como los esfuerzos por abordar las disparidades que afectan.

Es en este sentido que a través de esta revisión se identificarán las fortalezas y debilidades de cada sistema, proporcionando información sobre posibles áreas de reforma y mejora mediante una entrevista a médicos ecuatorianos que se encuentren realizando actividad en México y tengan conocimiento sobre los sistemas de salud en Ecuador.

## **Abstract**

Public health systems play a crucial role in maintaining the health and well-being of populations. In Latin America, Ecuador and Mexico present two distinct models of service delivery in this sector, determined by their particular histories, socioeconomic contexts and governance structures.

This research offers a general overview of the public health systems in these two countries, examining a general review of the actual situation of the health system focused on structures, coverage and benefits (guarantees), a review of management, equipment and direction and collective participation, also providing functions and the challenges they face.

By carrying out a comparative analysis, show the accessibility and equity of health services in both nations, as well as efforts to address the disparities that affect them.

It is in this sense that through this review the strengths and weaknesses of each system will be identified, providing information on possible areas of reform and improvement through an interview with Ecuadorian doctors who are working in Mexico and have knowledge about health systems in Ecuador.

## INDICE

<b>Contenido de la investigación .....</b>	<b>9</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo I. Metodología de investigación .....</b>	<b>10</b>
Justificación.....	10
Planteamiento del problema .....	11
Pregunta de investigación.....	13
Objetivos generales .....	13
Objetivos específicos .....	13
Diseño metodológico .....	14
Tipo de estudio .....	14
Temáticas / Variables de estudio.....	14
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo II. Conceptos básicos y generalidades de la salud pública .....</b>	<b>15</b>
Sistemas de salud comparados antecedentes históricos .....	15
Estructura del sistema de salud pública .....	18
El sistema de salud.....	20
Diferencia entre salud pública y salud comunitaria .....	21
Funciones del sistema sanitario y factores que influyen en su configuración .....	22
Factores sociales .....	23
El desarrollo .....	23
Desarrollo científico y técnico de la medicina .....	24
Especialización e interdependencia de los profesionales sanitarios .....	25
Crecimiento de gastos .....	25
Organización .....	26
Salud pública .....	31
Sistema de salud y calidad de vida .....	41
Las Políticas de calidad en los sistemas de salud.....	43
Promoción en salud .....	45
Determinantes sociales de la salud .....	46
Equidad en la salud .....	48
Equidad en el acceso al sistema sanitario .....	49

<b>Capítulo III. Descripción de los sistemas de salud .....</b>	<b>51</b>
Sistemas de salud público de Ecuador y México .....	51
Recorrido histórico: sistema sanitario en salud de Ecuador .....	51
Definición de las divisiones políticas administrativas del país .....	55
Los diez hitos históricos del sistema de salud ecuatoriano .....	59
Recorrido histórico: sistema sanitario en salud de México .....	60
Definición de las divisiones políticas administrativas del país .....	67
Los diez hitos históricos del sistema de salud mexicano .....	68
<b>Capítulo IV. Ecuador, un enfoque de la situación general del sistema, manejo, equipamiento, dirección y participación colectiva del sistema .....</b>	<b>70</b>
Situaciones generales del sistema .....	70
Estructura .....	70
Cobertura .....	73
Beneficios y/o garantías .....	76
Manejo, equipamiento y dirección .....	78
Financiamiento .....	78
Recursos y talento humano .....	81
Investigación .....	84
Vigilancia y evaluación en los procesos en salud .....	87
Infraestructura, equipamiento y tecnología .....	89
Políticas de calidad .....	93
Participación colectiva del sistema .....	94
Participación ciudadana y del gobierno .....	94
<b>Capítulo V. México, un enfoque de la situación general del sistema, manejo, equipamiento, dirección y participación colectiva del sistema .....</b>	<b>96</b>
Situaciones generales del sistema .....	96
Estructura .....	96
Cobertura .....	100
Beneficios y/o garantías .....	102
Manejo, equipamiento y dirección .....	105
Financiamiento .....	105
Recursos y talento humano .....	108
Investigación .....	112

Vigilancia y evaluación en los procesos en salud.....	114
Infraestructura, equipamiento y tecnología.....	116
Políticas de calidad.....	121
Participación colectiva del sistema.....	122
Participación ciudadana y del gobierno.....	122
<b>Comparativo de los sistemas de salud de Ecuador y México.....</b>	<b>123</b>
Esquemas comparativos.....	124
Guía de entrevista.....	133
<b>Conclusiones.....</b>	<b>167</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>169</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>171</b>

## “Análisis comparativo de los sistemas de salud pública de Ecuador y México”

### **Introducción**

La investigación tiene como objetivo analizar el sector de salud público de Ecuador y México plasmando la situación real en la que están inmersos estos sistemas sanitarios, en su justificación, esta sección se enfocará en responder para qué es importante el análisis de los sistemas de salud pública de ambos países.

Como planteamiento del problema, se desarrollarán los motivos de la importancia de un buen sistema de salud pública y las similitudes o diferencias que se puedan encontrar en estos países, que nos ayuden a establecer un comparativo de sus gestiones y funciones en general.

La metodología, se encamina en describir el diseño de la investigación, el tipo de estudio y las técnicas a utilizar en la misma.

Y como fundamentación teórica y empírica, en donde se abordará un recorrido histórico sobre la gestión de la salud pública que ha tenido cada país.

## **Capítulo I. Metodología de investigación**

### **Justificación**

El análisis de los sistemas de salud es fundamental para crear nuevas estrategias de mejora, buscar ciclos nuevos de servicio, mejorar la calidad, disminuir las tasas de mortalidad y prevalencia en enfermedades aunado a una prevención adecuada enfocada en la sociedad en la que vivimos, este debe permitirnos separar de la práctica universal aquellos facetas que han sido exitosos en la filiación de unos sistemas más equitativos, efectivos y eficaces dándonos elementos de juicio sobre su realidad temporal y cultural a fin de valorarlos adecuadamente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se conoce que un buen sistema de salud es un desafío para la universalidad, la integridad y la equidad en la sociedad, esto de la mano de un buen financiamiento que vincula a los modelos financieros de un país, que a su vez determina las coberturas en todas sus dimensiones como amplitud, profundidad, niveles y necesidad (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Para ello el presente trabajo se enfoca en un análisis comparativo entre los sistemas de salud de la República Ecuatoriana y de los Estados Unidos Mexicanos, haciendo participe a los avances obtenidos en los últimos años, los planes, proyectos y actividades prioritarias en ambos países, buscar las similitudes o diferencias en sus sistemas de salud pública, conocer sobre sus gestiones en salud pública que llevan a cabo y con base en la información recabada proporcionar recomendaciones, estrategias que ayuden a mejorar el ámbito en salud que se espera obtener.

## **Planteamiento del problema**

La necesidad de conocer el contexto socio-histórico, político-económico, y las metodologías del sistema de salud que como primer punto se centrará en situación general del sistema enfocado en: estructura, cobertura, beneficios y/o garantías. Como segundo punto se centrará en el manejo, equipamiento y dirección enfocados en: financiamiento, recursos y talento humano, investigación, vigilancia y evaluación en los procesos, así como su infraestructura, equipamiento y tecnología, al igual que sus políticas de calidad. Y como tercer punto se centrará en la participación colectiva del sistema que involucra a los usuarios y al gobierno. Cada uno de estos factores son importantes para quienes obtienen estos servicios y de ello depende una exploración documental sobre el sector de salud público de cada país, esto con el fin de recabar información para conocer sus similitudes o diferencias que nos permita llevar a un análisis de comparación entre los mismos.

**El Ámbito político, social, cultural, mejorar la administración y la tecnología de información del sector** también es un factor importante a tomar en cuenta para hacer comparaciones en los sistemas de salud. Según los estudios del Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE) el pasado 18 de diciembre de 2018 <sup>1</sup> menciona que los problemas más comunes que enfrentan los países Latinoamericanos están relacionados con el desabasto de medicamentos, insumos médicos, la falta de capacidad de las instituciones sanitarias que incluyen quirófanos,

---

<sup>1</sup> <https://cnnespanol.cnn.com/2018/12/18/los-problemas-comunes-en-latinoamerica-de-los-sistemas-de-salud/>

área de laboratorios, camas, clínicas y hospitales, filas de esperas prolongadas, robo y fraude, así como nombramientos producidos por nexos familiares o políticos, son causantes de una comparación del manejo de los sistemas de salud pública entre estos dos países.

**Otro de los planteamientos que causan una disparidad o similitud en los sistemas de salud son las brechas sociales o desigualdad que afecta a los más pobres <sup>2</sup> y la impuesta, expresa y sistemática política sanitaria pública conducida a la prevención,** por lo que la atención se centra en los problemas que llegan a etapas terminales, donde la carga de la enfermedad enfrenta el ochenta por ciento de las morbilidades, en lugar de iniciarla desde la etapa temprana en la que es mucho más económico y fácil para detener la carga de la enfermedad.

De acuerdo a datos de La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) <sup>3</sup> en Abril del 2021 indica que México es uno de los países que menos gasta en salud, destinando solo el 2.8% del Producto Interno Bruto (PIB) cuando el promedio de los países que conforman este organismo internacional es de 6.6%, mientras que en Ecuador de acuerdo a datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) <sup>4</sup> en Septiembre del 2021 indica que el gasto en salud de Ecuador representa el 8,1% del PIB, con un crecimiento de 2,3 puntos porcentuales en los últimos 10 años, lo cual evidencia la debilidad del sistema mexicano, como se mencionó antes, la falta de unidades hospitalares y talento humano calificado para las necesidades de los

---

<sup>2</sup> <https://www.elfinanciero.com.mx/opinion/dario-celis/2021/04/21/la-crisis-del-sector-salud/>

<sup>3</sup> <https://www.mexicoevalua.org/mexico-enfrenta-la-peor-crisis-sanitaria-de-su-historia-moderna/>

<sup>4</sup> <https://www.primicias.ec/noticias/economia/hogares-gasto-salud-ecuador-oit/#:~:text=El%20gasto%20en%20salud%20de%20Ecuador%20representa%20el%208%2C1,en%20los%20%C3%BAltimos%2010%20a%C3%B1os.>

pacientes, falta de asignación de recursos, la cultura de la población, y el ámbito político, que hace que los sistemas de salud no operen conforme lo dispuesto en los decretos, las normas, reglamentos y leyes de cada país.

### **Pregunta de investigación**

¿Existe convergencia en la gestión del sistema de salud pública de Ecuador y México?

### **Objetivos generales**

- Elaborar un comparativo de los sistemas de salud pública de Ecuador y México.
- Analizar la situación general del sistema, el manejo, equipamiento y dirección tanto como la participación colectiva del sistema comparando los sistemas de salud pública de Ecuador y México.
- Conocer la percepción que tienen los médicos ecuatorianos sobre el sistema de salud de su país y de México.

### **Objetivos específicos**

- Describir la forma en que se lleva a cabo la gestión del sistema salud pública en Ecuador considerando la situación general del sector, su manejo equipamiento y dirección, así como la participación colectiva del sistema.
- Describir la forma en que se lleva a cabo la gestión del sistema salud pública en México considerando la situación general del sector, su manejo equipamiento y dirección, así como la participación colectiva del sistema.

## **Diseño metodológico**

No experimental.

Entrevista abierta documentada.

Estudio comparativo, documental y longitudinal.

## **Tipo de estudio**

Analítico, cualitativo, comparativo, observacional y retrospectivo.

Se llevará a cabo un estudio descriptivo a través del cual se comparará y recopilará información sobre el sistema de salud público en Ecuador y México.

## **Temáticas / Variables de estudio**

- Tipos de salud pública en ambos países.
- Población total.
- Población que hace uso del sistema sanitario en salud pública.
- Estructura de los sistemas sanitarios en salud de ambos países.
- Situación general del sistema de salud.
- Manejo, equipamiento y dirección del sistema de salud
- Participación colectiva del sistema de salud.

## **Marco Teórico**

### **Capítulo II. Conceptos básicos y generalidades de la salud pública**

#### **Sistemas de salud comparados antecedentes históricos**

Desde tiempos remotos ha sido una tendencia la organización social de los sistemas de salud, la adaptación de estas organizaciones ha dependido del ámbito económico, social y político de acuerdo a sus momentos históricos de cada país, sin embargo se encuentran algunas características que los hace común como; La búsqueda de factores económicos para el apoyo de sus servicios de salud y la prestación racionalizada para algunos grupos de enfermedades o problemas de la salud.

Se puede destacar que un ambiente político es el determinante de las formas que conlleva a establecer un buen sistema de salud o el determinante para establecer sus formas de creación o adaptación en los sistemas sanitarios.

Ya adentrándonos un poco más en la historia de los sistemas de salud se puede mencionar que en las primeras sociedades se encuentran actos de conciencia colectivas respecto a la necesidad de servicios sanitarios, en donde los considerados chamanes o brujos tenían la obligación de sacar los malos espíritus de sus comunidades, esto dando parte a sus primeros inicios, posteriormente se crearon códigos legales en la antigua Babilonia para la práctica de la cirugía, los hebreos plantearon leyes de dietética (en el judaísmo no están solamente vinculado con el cuerpo físico, sino íntimamente atado al alma, cuerpo energético) como lo dice Farache C. en su artículo, Las Leyes Dietéticas del judaísmo, una Ley para el Alma (Farache, 2017).

*De la misma manera las ciudades y estado de la Grecia clásica designaban médicos para servir a los pobres (puestos que eran codiciados por la remuneración y el prestigio que denotaba dicha profesión), ya en la Roma antigua había médicos que atendían a las familias de terratenientes y a veces a sus esclavos, mientras que en la Europa del Medioevo (Europa medieval), el poder más organizado era el de la Iglesia, así los monasterios eran los reductos del conocimiento médico, en tanto que las propiedades feudales tenían curanderos al servicio del señor y su familia. Y ya a partir del Renacimiento, el auge de las universidades y la formación de los médicos metódicamente hablando y el desarrollo de las ciudades hicieron que los médicos se apartaran de los castillos feudales y se trasladaron a las ciudades como médicos libres (Susan, 2012).*

En el siglo XIX en la Europa Occidental con el crecimiento de las ciudades, el desarrollo de las clases jornaleras y artesanas se da inicio a los gremios los cuales funcionaban de apoyo colectivo a enfermos y aparece el seguro voluntario de enfermedad, mismos que con la industrialización se empezó a organizar creando los principios socialistas y doctrinas sociales, las cuales fueron un paradigma en la época para las regiones del mundo como; La descripción de la condición de los pobres en Londres y el Parlamento Inglés promulgó las primeras leyes de higiene pública en el año 1848, ayudando también por reducir las epidemias, época en que Engels en su libro “La situación de la Clase Obrera en Inglaterra” había descrito las condiciones de la clase obrera en el capitalismo, años posteriores Alemania y Francia hicieron algo similar.

Susan, (2012) menciona en su texto Sistemas de Salud Comparados, Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90 que “en América Latina la

*mayoría de los países después del año 1945 avanzaron hacia un sistemas de salud seguros, en donde el primer país en obtener un sistema de seguro obligatorio fue Chile en el año 1952” (p. 4).*

En otras palabras se puede decir que la mayoría de los países avanzaron hacia un sistema organizado de servicios sanitarios a partir de la Segunda Guerra Mundial y los países participantes fueron obligados a dar respuesta a los inválidos, desvalidos así como veteranos de guerra, independientemente de esto, otros problemas surgieron como las enfermedades crónicas, invalidantes y como sabemos la vejes, mismas que fueron y siguen siendo parte de las agendas de los gobiernos.

Susan, (2012) también menciona que:

*En las morbilidades crónicas y agudas las hospitalizaciones empezaron a incrementar en escala mundial, debido a la menor atención en consultorios y visitas domiciliarias, esto acrecentó la construcción hospitalaria que además de costos elevados en infraestructura y mantenimiento pertenecían a la elite oficial, en consecuencia de esto se marca la regionalización, conforme a la necesidad de acercar los servicios sanitarios a población rural y cubrir todas las regiones geográficas (p. 4).*

En cuanto a la planificación y sistematización general del sistema sanitario que viene de la mano de la regionalización, se centraron en el crecimiento de los centros de salud los cuales fueron proveedores de medicinas, sean estas curativas o preventivas en las regiones rurales, de esta manera también fueron parte las clínicas móviles que se comenzaron a utilizar en las regiones africanas y latinoamericanas para dar un servicio a menor costo y con menor recurso humano. Toda esta breve historia dio cabida a la

conformación de un sistema de salud como el que tenemos en la actualidad y a brindar un servicio público con el que busca llegar a las partes más alejadas de un país brindando cobertura completa y de calidad.

### **Estructura del sistema de salud pública**

Para entender cómo se conforma un sistema de salud o también conocido como sistema sanitario debemos mencionar que se va a estructurar de acuerdo a cada país, cada legislación y actúan en distintos términos sociales, es decir que en términos generales se van a conformar acorde a las necesidades. Constituidos por organismos, instituciones y servicios con el objetivo de contribuir aportaciones para mejorar la salud de la población, que a través de acciones organizadas y planificadas buscan llevar a cabo distintos programas de salud, entre otras palabras estos son modelos de funcionamiento de la atención en salud, su estructura y organización van a reflejar las políticas sanitarias de cada país (Abrisketa, 2023).

Estas unidades o centros son formadas por profesionales de la salud que se van a encontrar en contacto directo con las personas y son los encargados del desarrollo y cumplimiento de las funciones sanitarias que se van a regir a políticas, normas, estatutos, manuales y procesos para la mejora del servicio.

Es importante mencionar que estos surgen inicialmente como fondo de enfermedad, sociedad entre amigos y asociaciones de beneficios, sobre ubicaciones ocupacionales y geográficas para poder cubrir gastos de atención médica y hospitalaria, que años después se convirtieron en seguros sociales.

<b>Niveles de atención en el sistema de salud público</b>			
-	<b>Personal / Profesional</b>	<b>Infraestructura sanitaria</b>	<b>Servicios suministrados</b>
<b>Primer Nivel</b>	Profesionales para la comunidad (como enfermeras, parteras, internos o pasantes) solos o conformados en equipos.	En esta se van a encontrar las unidades de salud, centros de salud (suelen ser rudimentarios, poco personal y acorde a las necesidades sociales) se ubican en determinada zona geográfica, son unidades básicas es decir comunitarias, de igual manera los dispensarios	Farmacias con suministros esenciales, vacunas comunes, laboratorios simples, tratamientos y consultas básicas de primera línea, cuidados prenatales y planificación familiar, muy pocos centros cuentan con camas de hospitalización, esto dependerá de las zonas geográficas en la que se encuentre.
<b>Segundo Nivel</b>	Personal médico en funciones hospitalarias (de diagnósticos, tratamientos, funciones, avanzadas entre otras.), farmacéuticos, parteras (dependiendo del hospital y país), técnicos o laboratoristas y autoridades sanitarias.	En este nivel ya se van a encontrar hospitales de distrito que por general cuentan con un mayor número de camas y disponen de laboratorio y quirófano.	Atención a pacientes complejos, con más requerimientos de atención y servicio de emergencia (radiografías, laboratorios completos, cirugías menores, vacunaciones complejas, administración y coordinación de los programas sanitarios).
<b>Tercer Nivel</b>	Se contemplan todos los especialistas en atención o enfermedades específicas. (Obstetricia, cirugía, internistas, anestesiología, enfermeras con especialidad, personal de enseñanza, administrativos, entre otros.)	El tercer nivel por el hecho de ser hospitales de especialidades va a ser grandes, con un número de camas superior a los que se encuentran en un segundo nivel (un aproximado de 500) y con implementación de infraestructura más completa como quirófanos bien equipados, laboratorios completos, aulas para clases, rehabilitación y otros servicios específicos y especiales para el usuario.	Por lo general son referidos por una unidad de segundo nivel, en este se les puede proporcionar hospitalización, manejo completo de la enfermedad, personal para tratar de condiciones especiales de la enfermedad, servicio de urgencias y consulta con profesionales especialistas en el tema.

Elaboración propia de la autora, (2024), basado a partir de Eade y Williams, (1994).

## **El sistema de salud**

De acuerdo a varios conceptos documentados por diferentes autores desde los inicios de los sistemas de salud podemos mencionar que:

La OMS año (2005), Nos menciona:

*Que la suma de todas los organismos, recursos e instituciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud, contando con la participación necesaria de personas que estén sujeto a las actividades a realizar, recursos de suministros, recursos financiación planificados, información, comunicaciones y transportes, así como una orientación y una dirección general, de esta misma manera proporcionando excelentes tratamientos y servicios sanitarios que satisfagan las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financista.*

La autora Seguí, M. et al. (2013) en su artículo titulado Sistema de Salud, modelos, hace una referencia a OMS, en donde reseña lo siguiente:

*El sistema sanitario es una configuración social que está formada por un conjunto de individuos y acciones determinantes a mantener y mejorar la salud de la población, incluyendo una variedad de elementos relacionados como las entidades, los servicios que deben cumplir y los organismos, a través de actividades organizadas y programadas, variedad de actividades con el fin de la mejora de la salud en ámbitos de promoción, de protección sanitaria, así como la previsión y el tratamiento de la enfermedad prevalentes, rehabilitantes y reinserción (p. 419).*

Incluso da a conocer que uno de los principios del sistema sanitarios es el potenciar la mejorara de la salud en toda la población, ofreciendo convenios adecuados al público y ser sostenible financieramente.

Según la OMS, un sistema sanitario en salud ideal debería estar compuesto por:

- Universal, entendiendo por universalidad una cobertura total en toda la población.
- Brindar atención integral, buena promoción, así como tratamiento, la prevención, y la rehabilitación de las enfermedades.
- Ser imparcial en la distribución de recursos y justos.
- Ser competentes. .
- Dar respuesta inmediata a las necesidades nuevas que presenten.
- Contribuir: toda la población participará en la planificación y la gestión del sistema sanitario de algún modo.

### **Diferencia entre salud pública y salud comunitaria**

En términos generales estas se centran en las personas con fines conjuntos, la salud comunitaria comprende una atención directa con el paciente; mientras que la salud pública es aquella que trabaja con los profesionales de salud ya formados para mejorar y proteger la salud de la población, ya sea por campañas, programas, en conjunto y desarrollo de la mano del ministerio de salud o secretarias de salud, mitigando las enfermedades crónicas degenerativas, las de abuso social como el tabaco, alcohol, drogas, entre otras, así como pandemias o sucesos extraordinarios que se presenten.

## **Funciones del sistema sanitario y factores que influyen en su configuración**

En cuanto a las funciones como lo dice la autora Seguí, M. *et al.* (2013) en su texto mencionado antes en el documento, *“un sistema sanitario incluye servicios y actividades de promoción, de prevención de las enfermedades, de protección en salud, de restauración de la salud, así como la reinserción y rehabilitación”*.

La OMS, un sistema sanitario estable y que funcione bien, responder de manera equilibrada a las necesidades y expectativas de la población con base a los siguientes objetivos:

- El mejoramiento del estado de salud de los individuos, las familias y las comunidades.
- Defenderlos de posibles amenazas para su salud.
- Proteger a la población ante una consecuencia económica de enfermedades.
- Proporcionar los accesos equitativos de los cuidados centrados en las personas.
- Incluir a los ciudadanos a posibles participaciones en las decisiones que conciernen a su salud y al sistema sanitario.

Un sistema sanitario es una organización compleja que podemos exponer en algunos de los factores que influyen en su configuración.

## **Factores sociales**

Desde los tiempos remotos en que surge la salud en la sociedad sus principales fueron las relaciones médico-paciente misma que se entendían como privada y como bien a la asistencia sanitaria o asistencia individual.

Un quebranto económico y situación de desamparo, pueden ser consecuencias potenciales que generen las enfermedades, se pueden considerarse como factores sociales.

Seguí, M. *et al.* (2013), Menciona que debido al conocido ciclo de Horwitz pobreza-enfermedad:

*Las enfermedades tienden a seleccionar a los más pobres, quienes cuentan con poco recurso para costearse una atención privada. Para paliarla, surgen los primeros sistemas de protección social, ligados a la caridad con los retos, los gremios o la necesidad de buscar una garantía de protección por parte del Estado (pp. 1, 2).*

## **El desarrollo**

A finales del siglo diecinueve los sistemas sanitarios modernos de seguridad y protección social transforman la concepción de la salud, por lo cual dejaban de ser privados a pasar a ser consecuencia de un sistema de servicio social.

Con base en su texto podemos darnos cuenta que la asistencia sanitaria se establece en derechos, así como sucede con la educación, los empleos o las pensiones vitalicias.

A medida que los sistemas sanitarios se van creando o desarrollando estos acogen diferentes modelos, inicialmente se conformó el derecho a la asistencia sanitaria

derivada de la relación laboral enfocada en trabajadores u obreros, mismos que se limitaba exclusivamente ya sea a ellos o sus familias.

Conforme a la historia y el paso del tiempo podemos decir que después de la Segunda Guerra Mundial se instaura la idea de un estado de bienestar y en conformidad el derecho a la salud, aunado a la condición del individuo con independencia de cuáles sean sus recursos económicos para fomentarlos.

Esto conduce a un mayor conocimiento social entre la ciudadanía y estado, acerca de la protección de la salud individual y hace que se entienda el sistema sanitario como un bien público bajo la protección del gobierno.

### **Desarrollo científico y técnico de la medicina**

Varios autores como Tápanes D. *et al.* (2014), nos mencionan que en cuanto al desarrollo científico y técnico de los profesionistas en medicina son: *“Agentes influyentes en una sociedad contemporánea, la globalización mundial, polarizadora de la riqueza y el poder, factores que sería inconcebible sin el avance y los beneficios productivos que la ciencia y la tecnología han hecho posibles”*.

Otro factor en la salud pública mencionado por Tápanes D. *et al.* (2014) es:

*El conjunto de medidas económico-sociales y médico-sanitarias que dicta el estado para la protección y el mejoramiento de salud en la población, de ello que todas las medidas que se realizan alrededor del hombre, ya sean estas para atenderlo o protegerlo, y sean tomadas como medidas sanitarias pública.*

Sin embargo, en este mundo globalizado varias sociedades no asienten que haya pasado por ausencia de recursos económicos o sociales, y nos dan a conocer que de hallarse un sistema organizado se lograra dar reparo a las necesidades y demandas a

veces más altas ante la sociedad en la que vivimos conforme a los sistemas sanitarios de los países.

### **Especialización e interdependencia de los profesionales sanitarios**

El crecimiento de la salud, patologías, tecnología entre otras más, hace que el conocimiento biomédico cada vez sea más amplio e incluso se puede mencionar que infinito, lo cual refiere a que con el paso de los años sea más el talento humano sanitario procedente de variadas ramas (medicina, farmacia, enfermería, odontología, etc.) inmersos en el sistema de salud y a su vez en cada rama medica que da una especialización cada vez mayor conforme a las circunstancias o problemáticas futuras.

Según los autores Frenk, J. *et al.* (2015) que hablan de la estrategia de un rediseño del talento humano de la salud, mencionan que:

*Es necesario enfocarla a diversas oportunidades de la rama de la salud con un aprendizaje mutuo que cambia constantemente conforme a la interdependencia global, producto del conocimiento, tecnología, financiamiento y nuevas patologías, tomando en cuenta las fronteras y la migración de los profesionales de la medicina como de los pacientes (pp. 11-12).*

### **Crecimiento de gastos**

Estos criterios se ligan al desarrollo técnico y científico, las novedades tecnológicas de diagnóstico, así como las novedades terapéuticas que implican un crecimiento de gasto sanitario, conduciendo hasta límites insostenibles.

Seguí, M. *et al.* (2013) Piensa que:

*Pese a que, a nivel individual, habitualmente será incierta cualquier predicción sobre qué enfermedad puede llegar a sufrir una persona, en cambio, a nivel*

*poblacional, esta incertidumbre desaparece, de tal forma que la frecuencia y las características de las enfermedades en la población son estadísticamente agrupables, ciertas y económicamente predecibles, lo cual permite introducir herramientas de control (pp. 1, 7).*

Con base en su pensamiento la autora nos da a entender que la creación de los sistemas sanitarios conlleva a que deben tener una coordinación de presuntos tales como la financiación del sistema sanitario, asistencia, enfoque en cobertura, prestaciones y cartera de servicios así como organizar la provisión y cuota de pago de servicios previstos.

### **Organización**

Seguí, M. *et al.* (2013) en Sistemas de salud. Modelos, También hace mención en cuanto a la organización de los sistemas sanitarios diciendo, que para poder proveer un servicio, falta el atender los siguientes factores inmersos en un sistema de salud como la:

**Regulación:** Que es una agrupación de reglas o normativas que una sociedad acoge para asegurar un funcionamiento apropiado y más efectividad para sus fines, que consiste en establecer quién y cómo se hace.

**Financiación:** Esta se basa en el pago por los servicios recibidos, existen tres grandes modelos de financiamiento que atañe a los modelos sanitarios:

- Financiamiento generalmente de los impuestos a partir de los ingresos generales del gobierno, es decir un sistema económicamente cerrado que imposibilita la selección contraria de colectivos o de riesgos. Este se caracterizan por

- Coberturas universales
- La aportación de usuarios al sistema sanitario, que depende de su economía laboral como familiar.
- El importe de financiación sanitaria con relación directa al sistema fiscal a la que pertenece.
- Las cuantías económicas asociadas al uso de los servicios sanitarios que se distribuyen en toda la población.
- La financiación se encauza por medio de una salida única.
- Valores de transaccionales bajos y con requerimiento de componentes de gestión específicos.
  - Financiación partiendo de las aportaciones sociales correspondientes a la actividad laboral.
- La atención es un derecho que se origina del acuerdo y cubre a sus beneficiarios.
- Es un pago que se relaciona con el salario.
- El avance depende de la organización del sistema sanitario en función con los acuerdos de contribución y los puntos establecidos, así como existencia de múltiples caudales o fondos con contribuciones distintas.
- La relación entre los dos extremos, de forma que la contribución para colectivos distintos sea diferente en función al riesgo posible de sus miembros.
- Las contribuciones de transacción varían según la complejidad del sistema sanitario.

- Financiamiento sobre la base de costos privados, por abonos de primas de seguros privados, o por pago directo a proveedores.
- Derecho al sistema sanitario que proviene del contrato por el pago realizado.
- El proveedor o la entidad aseguradora es la que va a establecer la aportación económica y relación con los servicios cubiertos o prestados y situación en la que se presentan.
- El alcance dependerá de la solvencia, capacidad económica individual y la contribución que guarde relación directa con el riesgo sanitario de quien realiza la contratación.
- Los riesgos son mínimos están directamente relacionados con las contribuciones del beneficiario o trabajador.
- Las contribuciones de transacción son elevadas, con carga de trabajo administrativo para identificar quién, qué y cuándo se ha de pagar.
- Crear servicios abiertos, movilidad entre compañías y un alto atractivo para la selección adversa de colectivos o de riesgos.

**Articulación del aseguramiento y la compra:** Esta autora nos hace conocer que la articulación de aseguramiento y la compra es como se va a asegurar que los servicios se puedan proveer.

**Cobertura y prestaciones:** Seguí M. también menciona que la cobertura y prestaciones están enlazadas al nivel de cobertura sanitaria orientada a la proporción de la población que tiene entrada a los sistemas sanitarios.

Para esto es necesario determinar el alcance de servicios del sistema sanitario de los que se incluirán tanto en servicios de restauración de salud que está dirigido a la

atención primaria y especializada de los usuarios, como de prevención y promoción de la salud en los mismos, con la finalidad de decidir qué hacer y qué propuestas deberían considerarse conforme a la necesidad de los usuarios, o las demandas, así como la capacidad de ofrecimiento o propuestas de los proveedores.

En varias ocasiones, el ámbito socio-político y sus antecedentes históricos adquieren una gran importancia en las decisiones (Seguí, M. *et al.* 2013).

**Pago a los proveedores:** El pago al proveedor ya sea al profesional individual o la institución donde éste trabaja, puede realizarse de diversos modos:

- Por reembolso: Es cuando los proveedores realizan la prestación y pasan factura, (en consecuencia ellos dictan los precios).
- Por Contrato: Se da mediante un acuerdo de las partes involucradas (financiador y proveedor). Estos suele ser de tipo prospectivo, se fija una cantidad y las condiciones laborales que se deben cumplir para su cobro. Y al opuesto, es decir el financiador, que es quien tiene el control sobre el coste del modelo anterior y determinando la capacidad de elección del proveedor a aquellos que tienen un acuerdo con el financiador.
- Sistemas integrados: Este consiste en que tanto el proveedor como el financiador están controlados por un único agente que en su caso sería el estado.

Respecto al pago de los servicios, se tienden a conocer otras dimensiones que debe considerarse como la unidad de pago que puede ser:

- Por acto (estas pueden ser las consultas médicas, las intervenciones quirúrgicas, entre otras a fines): cada una de estas va a generar una factura por el servicio brindado, se puede decir que es uno métodos más frecuente en el pago por reembolsos.

- Por caso o proceso (se puede dar por asistencia o por episodio de enfermedad): Esto nos da a entender que va a ser de forma provisional la facturación conforme avance la enfermedad y no por el acto, se da de forma frecuente por contratos y el servicio suele estar establecido con tarifas estandarizadas, poniendo como ejemplo los pagos basado en grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).

- Por capitación (tanto de usuario como de asegurado): Se asigna un valor económico por persona a cubrir y el proveedor tiene disposición de gestión de esa cantidad a conveniencia y como mejor favorezca, independientemente de que se enferme o de cuál sea su enfermedad.

- Por presupuesto: El proveedor, los centros o los establecimientos perciben una cantidad global que contemplan el coste de sus servicios. Esto incluye el pago del salario del profesional por sus labores y de los sustentos necesarios para realizar su trabajo.

- Por salario: Es la forma de pago más frecuente en profesionales, este cobra una cantidad estipulada de honorarios por los servicios prestados de forma mensual acorde a sus funciones.

Cabe mencionar que la atribución de recursos puede no ser lo único en un sistema y la aportación de estos elementos da pie a numerosas posibilidades reales, para poder

entenderlo, es indispensable considerar los factores que han de preponderar más en la evolución de los sistemas de salud.

Otra de las funciones del sistema sanitario y factores influyentes en los sistemas sanitarios es que deben afrontar los nuevos retos tanto existentes como futuros, como es el envejecimiento de la población que es uno de los retos que va en crecimiento constante, los movimientos migratorios de los profesionales por un mejor salario o por una mejor oportunidad y la globalización, el creciente de costos derivados de la salud que cada vez son más altos, una población que exige mayor calidad y eficiencia de servicios con más libertad de elección, nuevas morbilidades y el aumento de morbilidades no transmisibles, problemas de demografía profesional, entre otras, que van a formar parte de los nuevos retos que engloba un sistema de salud con mayor cobertura y beneficio a los usuarios o ciudadanía dentro del entorno en el que nos manejamos.

### **Salud pública**

Este es un término reciente, sabemos que como parte esencial de ser humano el instinto de supervivencia data desde el comienzo de la historia humana, pero el término de salud pública se acoge hace poco, no más de dos siglos de existencia, pensado como medida de conservación para la salud de la población.

Se la llega a conocer como una disciplina que estudia la salud y la enfermedad de la población, su fin es proteger, promover una vida saludable, un buen estilo de vida, mejorar el estadio de la salud y el bienestar de los individuos conforme a los planteamientos de promoción, prevención y protección de enfermedades en los ciudadanos de un país o estado.

Se puede decir que esta colabora al conocimiento a través de la investigación mediante casos clínicos en la aplicación de las ciencias sociales, poblacionales, y los problemas de la salud individual en la población. Que si se la lleva de forma organizada se va a encaminar a dirigir una buena prevención, va a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, prevenir las enfermedades, lesiones o incapacidad dando paso a un bienestar común enfocado a mejorar los sistemas de salud que se ocupan en los países de forma oportuna y eficiente con el único termino de alcanzar niveles altos de bienes físico, tanto mental, como social con los recursos y conocimientos existentes (Blueprint for a Healthy Community, 1994).

La salud pública se enfoca en la prevención, la promoción e intervención de la salud desde una posición multidisciplinaria y colectiva tanto en niveles comunitarios, regionales, nacionales o internacionales es decir a nivel general y no centrado en un solo individuo.

Además se encarga del desarrollo de políticas públicas garantizando la cobertura y acceso, el derecho a la asistencia del sistema sanitario, creación de programas educativos, administración de servicios e investigación, como el abordaje en higiene ambiental, la calidad y el control de esta y regulación de alimentos, entre otras.

Una salud pública no solo se encarga de tratar a los individuos, posee también una amplitud de funciones que constituyen a un sin número de disciplinas orientadas a los sistemas sanitarios y su administración, entre ellas podemos mencionar a la medicina, que considero es una de sus principales funciones, la farmacia por la producción de fármacos y/o medicamentos, la veterinaria, la enfermería, la biología, la pedagogía, la

psicología social y contractual, el trabajo social, la sociología, la estadística, entre otras más que van a ser intervenidas por parte de la sanidad pública.

Cabe indicar que la sanidad pública al ser un término reciente ha podido ser administrada por una comunidad organizada, por organismos estatales o internacionales, pero por lo general cada país cuenta con su correspondiente administración de la misma ya sea por el ministerio de salud o la secretaria de salud, quienes son los organismos responsables por parte del estado que vela por la condición de salud de la población. De esta misma modalidad existen órganos internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) creados con la finalidad de gestión de políticas preventivas y cuidados a nivel supra-nacionales.

Winslow (1920) en su definición de salud pública nos dice que:

Es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, extendiendo la vida y fomentando la salud y la condición física del individuo mediante esfuerzos comunitario organizados para limpiar y fortalecer el medio ambiente, controlar las enfermedades y la educación de los ciudadanos en el cuidado de la higiene personal; proporcionando servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico preventivo en el tratamiento de las enfermedades, así como implementar y desarrollar mecanismos sociales que asegure a cada individuo o comunidad un nivel de vida adecuado para salvaguardar de la salud.

Otra definición de salud pública que Reyes C. (s.f.) cita a Hanlon J.H. (1973) en su documento Salud Pública Bases Conceptuales, Definiciones e Importancia es:

Que es el logro común del mejoramiento mental, físico y social de bienestar y esperanza de vida, que debe ser conciliable con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados, con el propósito de buscar una contribución efectiva, desarrollo y vida de su sociedad.

### **Los logros más considerables de la sanidad pública en el siglo XX**

- Vacunaciones.
- Mayor seguridad en los autos.
- Mayor seguridad en sus empleos.
- Control de las enfermedades infecciosas.
- Detrimento de la mortalidad por enfermedades coronarias.
- Alimentos seguros y más saludables para el consumo.
- Madres y bebés más saludables, antes del parte y pos parto.
- Planificación familiar.
- Fluorización del agua potable, consumos seguros.
- Identificación del riesgo a la salud presentado por el uso del tabaco y el alcohol.

### **Las diez actividades esenciales para crear y mantener una comunidad saludable**

- Diagnóstico de salud comunitaria.
- Prevención y control de epidemias.
- Suministrar un ambiente seguro y saludable.

- Evaluar resultados, efectividad y ejecución, de los servicios de salud.
- Promoción y estilos de vida saludables.
- Realizar laboratorio con frecuencia.
- Administrar alcance comunitario y crear alianzas comunitarias.
- Proporcionar servicios médicos.
- Fomentar y realizar investigaciones científicas.
- Movilizar y dirigir a la comunidad para la acción de las propuestas.

Una de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) es la acción colectiva y comunitaria que esta pueda llegar a tener tanto por parte del estado como de la sociedad civil encaminada a la protección y mejorar la salud poblacional que involucre una responsabilidad de asegurar el acceso a la atención medica tanto básica como general y así mismo esta sea de calidad (Muñoz, 2000).

Para esto se puede mencionar 11 funciones esenciales que pueden ayudarnos a mantener una buena prevención, protección y mejora de la salud pública.

1. Reconocer los problemas y el monitoreo del estado de la salud en la población: Estos se evaluarán y mantendrán actualizados de las situaciones y tendencias y determinantes de la salud de un país, conocer las desigualdades, tanto como riesgos y daños en el otorgamiento a los servicios, conocer las necesidades, llevar un manejo estadístico de situaciones específicas de menor y mayor riesgo, tener presentes los evaluadores de desempeño y los indicadores tanto de desempeño como de calidad, el desarrollo de nuevas tecnologías, experiencias, manejo,

interpretación y comunicación a los responsables del área de la salud pública.

2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública: Esta estrategia busca fomentar la investigación y vigilancia de enfermedades y nuevas enfermedades (brotes epidémicos y patrones en enfermedades transmisibles y no transmisibles, accidentes o sustancias tóxicas, así como agentes ambientales que sean nocivos para la salud). también va a considerar la infraestructura de las unidades de salud así como centros diseñados para conducir la realización de nuevos estudios o detección de casos de estudios, con laboratorios diseñados y capaces de cubrir las necesidades del país y la población en general para identificar y controlar amenazas emergentes, programas activos de vigilancia y control, sistemas capaces de conectarse en redes internacionales que den paso a un mejor manejo y enfrentarse a un problema en salud de interés, y lo fundamental, la preparación de las autoridades nacionales en salud para enfrentar de manera rápida y oportuna al control de las situaciones tanto esperadas como las no esperadas.
3. Promoción de la salud: Es imprescindible fortificar la promoción y prevención de la salud en la comunidad, el desarrollo de proyectos que ayuden a reducir riesgos y daños en la salud en conjunto con la participación ciudadana, fortalecer la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción con énfasis en el ámbito de la educación en jóvenes y niños, fomentar y apoderar el cambio en los estilos

de vida de los ciudadanos, que sean esa parte activa del proceso de hábitos saludables facilitando la cultura en salud que estos conozcan sus derechos en salud y que el personal en salud sea totalmente activos, tanto en servicios como en la aportación al cambio ya sea en escuelas, iglesias, lugares de trabajo y en otros espacios disponibles u organizaciones sociales relevantes que promuevan la promoción y prevención.

4. Participación social de los ciudadanos en salud: Para obtener un buen sistema de salud a nivel país la ciudadanía debe ser parte importante en el proceso tanto de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Fortalecer el análisis sectorial y alianzas intersectoriales nos ayudara a fortalecer el capital humano y recursos materiales disponibles para mejorar tanto el estado de salud en la población como ambientes más saludables en conjunto de una red de alianza con organizaciones enfocadas a mejorar la salud de la población. Identificar los recursos comunitarios reforzando su poder y capacidad de influir en las decisiones y que brinden acceso adecuados a los servicios de la salubridad pública, acto seguido que se haga formar parte a las autoridades gubernamentales tanto como los mismos en materia de salud y aquellos cuyos enfrentamientos prioricen mejoras de otros aspectos del nivel de vida que den paso a una mejor salud.
5. Elaboración de políticas, de planes y capacidad de la gestión apoyando los esfuerzos en salud pública y aporten a la rectoría sanitaria nacional, las políticas bien estructuradas y elaboradas es una de las grandes luchas de

los países para mejorar un sistema sanitario, estos a través de procesos participativos de todos los niveles que resulten coherentes con el contexto político y económico en que se desarrollan. La planificación de estrategias a escala nacional, la definición y la perfección en los objetivos medibles para el mejoramiento continuo y de calidad, la evaluación de los sistemas de atención en salud, el desarrollo de códigos, regulaciones, leyes que guíen la práctica en la salud pública, objetivos que apoyen a la rectoría del papel del Ministerio público, iniciativas diseñadas para enfrentar los problemas en salud, aumento de competencias para la toma de decisiones basadas en pruebas científicas que adopten la gestión de recursos, la capacidad de ser líderes y comunicación eficaz, son parte de las barreras que se deben vencer para fortalecer el sistema de salud de un país.

6. Regulación y fiscalización en salud pública: Vigilancia en el cumplimiento de los códigos, regulaciones y normas sanitarias dirigidos al control del riesgo que involucren también la salud o calidad ambiental, tomando en cuenta las acreditaciones y calidad de los servicios, certificaciones, vigilancia de nuevos fármacos y sustancias biológicas para el uso médico, equipos y otras tecnologías y cualquier otra actividad que dependa de las normativas, reglamentos y leyes establecidas dirigidas a proteger la salud pública. Así como la generación e incorporación de nuevas leyes o regulaciones, protección de los consumidores y todas las actividades de regulación de forma oportuna, correcta, coherente y completa que ayuden a fortalecer el sistema.

7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios: La equidad en el acceso de salud es primordial para cualquier sistema sanitario, una salud universal es lo que cada país promociona, mismos que incluyan la evaluación, promoción y prevención lo que va a dar un mayor e incluso mejor acceso a los ciudadanos, estos se van a través de sistemas públicos y privados adoptando enfoques multisectoriales que les permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver problemas e inquietudes en la utilización u acceso de los servicios en salud, incentivar en actividades dirigidas a vencer barreras de las intervenciones de salud pública, la vinculación y agrupación de grupos vulnerables a los servicios de salud tanto la educación de la misma para promover y prevenir enfermedades, y fundamental la colaboración de organismos gubernamentales para un acceso equitativo necesarios para los usuarios.
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública: El talento humano que forma parte de este sistema de salud debe estar a la par de los avances tecnológicos y a las constantes necesidades cambiantes día con día en la salud, una educación adecuada, capacitaciones frecuentes y evaluación del personal de salud es indispensable para las acciones que puedan llegarse a tomar en la salud pública y en la atención de esta, enfrentar con eficiencia los problemas prioritarios, evaluar adecuadamente las necesidades son la forma adecuada con las que un país puede contar con personal adecuado dentro del sistema. La formación de programas

efectivos de alianzas y capacitación van a dar paso para que los profesionales de la salud cuenten con mejor experiencia, certificaciones, desarrollo continuo y liderazgo y el desarrollo de capacidades de trabajo interdisciplinario en su área de formación o especialidad.

9. Resguardo de la calidad de los servicios sanitarios de salud individual y colectiva: La garantía de los servicios sanitarios son esenciales tanto para los públicos como los privados, tanto como su promoción y vigilancia de los sistemas permanentes que garanticen la calidad, que proporcionen resultados de las evaluaciones realizadas mediante los mismos sistemas. Las publicaciones de las normativas y características básicas que deben tener los sistemas deben cumplir con garantías y supervisión obligatoria del cumplimiento por parte de los proveedores del servicio, incluir tecnología con garantías de cumplimiento y de calidad es un beneficio para el sistema sanitario y las presentes y futuras tomas de decisiones.
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública: La innovación es un factor importante y constante de los que se dedican al sistema de salud en general, va desde los esfuerzos de la investigación aplicada, científica y clínica, que van a impulsar cambios en la práctica de la salud, así como investigaciones propias y en conjunto que abarque diferentes niveles y establecer alianzas con los centros de investigación, institutos, academias para una mayor oportunidad y que ayuden a la toma de decisiones en todos sus niveles y por ende tener un campo bastante amplio de estudio.

11.Reducción de impacto de emergencias y desastres en salud: Contar con protocolos que mitiguen riesgos es importante en este campo, la planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, precaución, respuesta y rehabilitación temprana relacionada con la salud pública es importante para sobrellevar un evento adverso no esperado, el enfoque de los daños y etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad de todo país, así como la participación de todo el sistema de salud y la amplia colaboración intersectorial en la reducción del impacto de emergencia y desastre puede ser beneficiosa para disminuir el impacto provocado.

En estos sentidos y sus funciones se puede decir que la salud pública es una disciplina que estudia tanto a la salud como a la enfermedad la población.

### **Sistema de salud y calidad de vida**

También conocida como la calidad de vida relacionada con la salud o en sus siglas (CVRS) como se lo abreviara de ahora en adelante son variables resultantes en la salud que ha percibido con mayor interés y atención en las últimas décadas en consecuencia de la importancia de la toma de decisiones en la percepción por parte de los pacientes ya sea en sus motivaciones o sus deseos, con frecuencia miden la calidad en función a la atención y los servicios evaluando la calidad de la asistencia sanitaria recibida (Schwartzmann L., 2003).

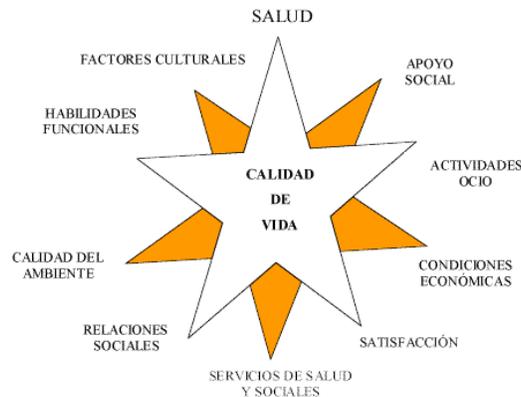
Urzúa nos dice que la CVRS se enfoca en valorar la subjetividad del estado de la salud, las actividades de la promoción y prevención de los servicios sanitarios en la capacidad unipersonal de mantener y lograr un buen nivel de funcionamiento que permita

alcanzar los objetivos vitales y reflejen un bienestar general, aunado a todo esto también los cuidados sanitarios van a la par de conseguir una buena calidad de vida asociada a la salud (Urzúa, 2010).

Luis Lizán en su artículo realizado en el (2009) titulado la calidad de vida relacionada con la salud, nos menciona que esta se enfocan principalmente en las dimensiones fundamentales como el funcionamiento y estado físico, social y psicológico-cognitivo, incorporando a esta definición podemos enunciar tres aspectos importantes a continuación:

1. La calidad de vida relacionada con la salud está centrada en evaluaciones subjetivas.
2. Se limitara la evaluación conforme al estado de la salud, y en función de actividades de promoción y prevención y a los cuidados sanitarios.
3. Como ya lo mencionamos anteriormente las dimensiones fundamentales tienen gran importancia. Los aspectos físicos: que va a ser el deterioro de las funciones como dolencias causadas por una enfermedad, los síntomas de la enfermedad u los tratamientos, los aspectos psicológico-cognitivo: como los estados emocionales que va a ir desde depresión, ansiedad, y la felicidad, las intelectuales y las cognoscitivas como la atención y la

memoria, y los aspectos sociales: resaltando el autoestima, el aislamiento aunados a un enfoque social como enfermedades crónicas en la actualidad.



Tomado de Índice de Desarrollo humano enfocado a la calidad de vida.

En contexto a lo anterior podemos decir que la calidad de vida hace referencia a las percepciones que tienen los individuos de las satisfacciones de sus necesidades en todo ámbito o del rechazo de algo, ya sea por condiciones físicas, mentales, sociales, psicologías, conductuales y económicas, lo que por otra parte hace mención a los mismos factores enfocados en el sector salud y calidad de vida basa en atención sean estos por morbilidades o la prestación del servicio recibido, midiendo también la relación médico-paciente que se pueda llegar a tener arraigadas a una evaluación subjetiva tanto positiva como negativa en contextos ambientales, culturales y sociales.

### **Las Políticas de calidad en los sistemas de salud**

En salud las políticas de calidad son el dar una respuesta inmediata y efectiva a los problemas o situaciones en necesidad al funcionamiento tanto operativo, administrativo como el de las personas, su fundamento se establece mediante normas, protocolos o procedimiento, sean estos de diagnósticos o terapéuticos necesarios para identificar instrumentos y medios médicos utilizados.

Las políticas de calidad en los sistemas de salud necesariamente deben estar relacionadas con la excelencia, los programas y la colectividad moral, aplicarse de tal forma que sean los directivos u organismos quienes sean los encargados de dirigir estas actividades o políticas (Amador, 2010).

Establecer políticas que vayan a direccionar o redireccionar la atención y prestación de los sistemas sanitarios deben ir acompañadas de un plan estratégico que busque la mejora de la misma con accesos efectivos y de calidad, de esto se encarga cada país ya sea por un ministerio de salud o secretarías de salud cuyos casos son para los países de las Américas, que su sistema de salud estará conformado por uno de estos dos órganos competentes.

Son políticas que desarrollan planes de formación y capacitación del talento humano dando respuesta a los cambios producidos por el sistema que permitan adaptar e introducir las nuevas tecnologías fortaleciendo la resolución de problemas o aspectos en la atención de la salud, obteniendo así centros de excelencia sin dejar de lado el arte y conocimiento médico, al contrario es mejorar las capacidades de respuesta de los profesionales enfocados a mejorar un sistema equitativo e igualitario respaldado por políticas de vanguardia que ayuden a mejorar las situaciones y poner en práctica sus conocimientos y el factor de respuesta de credibilidad, amabilidad y comprensión.

Estas políticas de calidad no solo deben ir enfocadas a las organizaciones o atenciones con el paciente, también debe ir dirigidas al personal de salud o profesionales de la salud que está en constante cambio a diario, ya sean estos en tecnologías, científicos o sociales, en estas se deben establecer horarios justos y adecuados conforma a las actividades laborales que no perjudique el rendimiento en el campo,

salarios ajustados a las capacidades intelectuales, físicas o mentales, capacitaciones con el fin de mejorar los procesos, diagnósticos o atención, evaluaciones de desempeños, instituciones organizada y equilibradas, oportunidades de conocimientos y desarrollo profesional (Amador, 2010).

Todo esto con el fin de integrar a los trabajadores en las políticas de calidad y no solo en la calidad de los servicios, que vayan en función de la organización, dirección y mejora continua, estableciendo objetivos, asignando recursos, impulsar la mejora y obtener buenos resultados con base a las políticas aplicadas sean estas tanto internas como externas.

### **Promoción en salud**

Es el proceso por el cual se busca mejorar la salud, de una comunidad, sector, o país y por el cual un individuo o varios buscan incrementar el control de la misma para mejorarla, estas promociones constituyen procesos políticos y sociales, no solo en las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades sino también a modificar y mejorar las conductas sociales, ambientales, así como económicas, para mitigar los impactos en la salud pública, individual o colectiva , permitiendo a las personas incrementar el control sobre las determinantes de la salud y mejorarla (Gil, 1998).

Ahora bien, si nos enfocamos específicamente en salud pública la participación en todo ámbito es esencial para aportar y ayudar a sostener las acciones en materia de promoción (Lopez, 1998).

Hablábamos de la carta Ottawa, esta presenta los enfoques estratégicos en la promoción en salud y su importancia radica en un llamado para el compromiso en función

a la promoción de la salud, es decir aboga en función a las políticas de salud y la equidad universal de todos los sectores de la población.

Esta carta nos proporciona tres estrategias fundamentales para lograr una buena promoción, las cuales se mencionan a continuación:

La abogacía: Una estrategia básica para fines de crear condiciones sanitarias esenciales.

El facilitar: Crear potenciales de desarrollo en los profesionales de la salud.

La mediación: Orientada en distintos intereses de la salud encontrados en la sociedad.

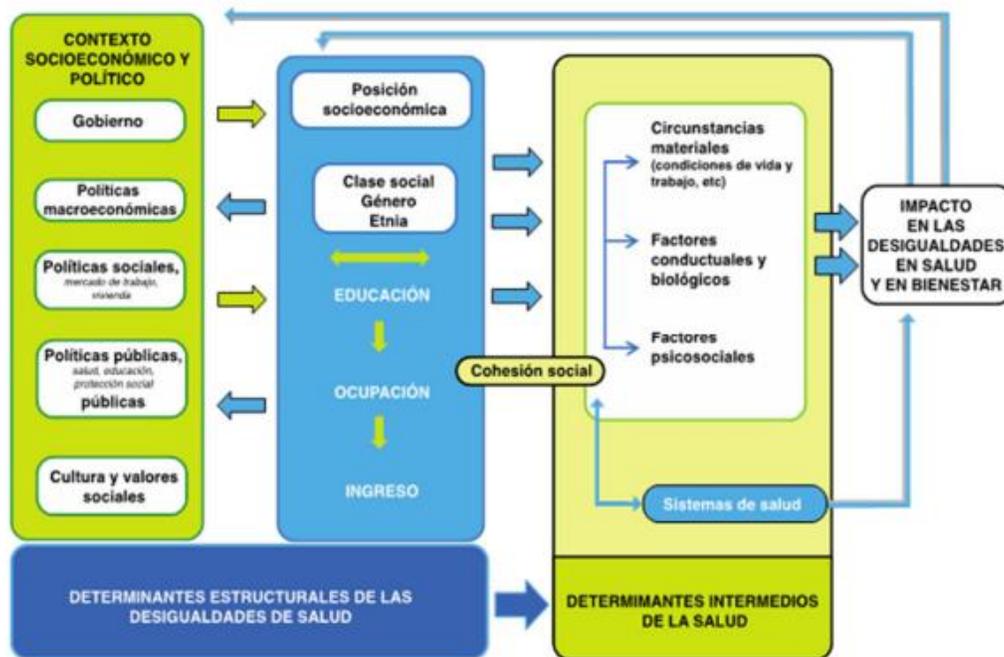
En esta carta también podemos encontrar cinco estrategias dirigidas a las áreas de accione prioritarias para fines de la promoción de la salud, como las siguientes:

- Implementar políticas públicas sustentables.
- Potenciar entornos que apoyen a la salud.
- Reforzar acciones comunitarias para la salud
- Incorporar habilidades personales y profesionales
- Redirigir los servicios sanitarios.

### **Determinantes sociales de la salud**

La OMS para el año 2008 determina que los factores humanos - sociales son la categorización o circunstancias en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen, incluyendo también al sistema de salud (Organización Mundial de la Salud, 2009).

En efecto a lo anterior los autores Gutiérrez, M. *et al.* (2020) En su artículo La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria nos dicen que en estas consecuencias de condiciones sociales antes mencionadas los resultados de la distribución del dinero, los recursos y el poder a niveles locales, nacionales y mundiales dependerán de las políticas que adopten con mayor fuerza las condiciones sociales y las posibilidades de tener una buena salud. Lo que a su vez puede formar una distribución desigual que conlleve a grandes diferencias en materia de salud entre países que están en vías de desarrollo y los desarrollados. Mismo que expresa en la siguiente imagen.



Tomado de Gutiérrez, M. y Ruvalcaba, J. (2020). *Modelo de determinantes sociales en salud*. p. 85

Con base en lo anterior podemos decir que son condiciones de entornos sociales los que van a dirigir los determinantes sociales de una atención en salud, pero cabe resaltar que lo que se busca es una cobertura universal en donde no existan

determinantes que condicionen el acceso de una buena atención y a una buena calidad del servicio y de vida (Healthy People 30, 2023).



Tomado de Healthypeople 230 (2023), *los determinantes sociales de la salud*.

### **Equidad en la salud**

Partiendo desde el concepto de equidad podemos decir que esta comprende un trato equitativo para las personas, brindando a cada uno lo que le pertenece, iniciando desde el reconocimiento de condiciones y características específicas que van a significar justicia (Asambleas Legislativas, 2017).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos menciona que la equidad en salud son un componente fundamental de justicia social que indica las distinciones evitables, la injusticia entre grupos o circunstancias tanto económicas, demografías, sociales y geográficas (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

Planteando algo más convincente podemos decir que la equidad en salud nos permite establecer y cubrir las necesidades específicas de una población y va a constituir un estudio en función y fundamento a la elaboración de las políticas sociales encaminadas al bienestar y la salud poblacional (Sen, 2002).

Esta alude también a las diferencias de la sociedad tanto en respuesta social como necesidad, por tanto se deriva en diversos perfiles epidemiológicos como; La distribución de recursos, las tecnologías, las diferencias en el uso, calidad y acceso de los servicios, la cultura de la salud como el hábito y condiciones de vida y los conocimientos en materia de promoción y prevención (Hernandez, 2023).

### **Equidad en el acceso al sistema sanitario**

Se prioriza un acceso universal de salud para todas las personas, comunidades, pueblos con cobertura sin discriminación, servicios integrados y completos, adecuados y oportunos acordes a las necesidades, esto implica acceso a los medicamentos, seguros, servicios eficaces y asequibles asegurando la no dificultad financiera en grupos vulnerables, garantizando una buena atención y que la misma sea igualitaria.

Eliminar las barreras económicas, culturales y geográficas incluyendo la práctica de la discriminación y tratos justos por parte del profesional sanitario sin distinción de Etnia, prejuicios sociales o estándares selectos, otorgando tratos dignos que vaya más allá de la calidad y buen servicios, es procurar que el ciudadano sepa que estará en un lugar donde cuidaran de él sin importar de donde venga o donde se encuentre (Pelcastre, *et al.* 2021).

Según la OPS en su página oficial nos dice que un acceso universal a la salud y la cobertura de los servicios requieren estándares de implementación de políticas que conlleven a acciones con enfoques multisectoriales y podría agregar multidisciplinarios, que puedan cubrir las determinantes sociales como las 11 funciones esenciales fomentando el compromiso tanto de los profesionales como de la ciudadanía y que se promocióne la salud y el bienestar.

Según la OPS (2020):

Sin el acceso tanto efectivo, oportuno, como universal, la cobertura de la salud se transforma en un fin inalcanzable difícil de lograr ya que la cobertura como el acceso constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar de las personas y la población.

## **Capítulo III. Descripción de los sistemas de salud**

### **Sistemas de salud público de Ecuador y México**

Como se ha mencionado anteriormente los sistemas sanitarios son el conjunto de instituciones económicas y políticas responsables por dirigir los procesos concernientes a la salud de la población, expresados en funciones administrativas, normas, servicios y operaciones con el fin de alcanzar resultados propuestos respecto con la salud en la sociedad.

*La reforma del sector de la salud se implementó en muchos países de América Latina en las décadas de 1980 y 1990, lo que llevó a una reducción del gasto público en salud, limitaciones en la provisión pública para el control de enfermedades y un paquete mínimo de servicios, con el crecimiento constante del sector privado (De Paepe P. et al. 2012).*

Según la investigación de Chang C., (2017) nos dice que según la OMS los sistemas de salud contemplan principalmente la provisión del servicio, la rectoría, los recursos humanos y el financiamiento que se constituyen en cada país basados en sus modelos de desarrollo y de igual manera en sus determinantes políticos, culturales y sociales. (p. 453)

### **Recorrido histórico: sistema sanitario en salud de Ecuador**

Los países de las Américas en las últimas décadas han notado constantes e importantes reformas concernientes al sector sanitario a pesar de procesos de descentralización, considerando que la institución referente al sector salud en Ecuador es el Ministerio de Salud Pública y su ideal de gestión es de alta desconcentración y baja

descentralización, órgano que a nivel central le corresponden las competencias de la formulación de políticas públicas, planificación, control y regulación, ejercidas con y para el sistema de salud y la ciudadanía, mismas reformas que a pesar de los esfuerzos y los avances positivos de estos procesos y la participación sanitaria, no han logrado alcanzar los objetivos en su gran mayoría a la disminución de inequidad, lograr una mayor eficiencia y acrecentar la calidad (Batallas, 2013).

Considerando así que en Ecuador en la última década los procesos de transformación y reforma enfocados en el sector salud se constituyen en la agenda prioritaria de los ministros de salud y el gobierno (De Paepe P. *et al.* 2012).

Según estudio realizado en el (2017) por Chang nos dice:

*Desde el 2005 al 2007 en Ecuador se impulsó el aseguramiento universal de la salud, mismo que seguía los parámetros internacionales por el Banco Mundial y desde el año 2007 se inicia el proceso de transformación del sector hacia una cobertura universal gratuita (pp. 452-460)*

Un aspecto importante a mencionar en este estudio realizado por la autora, es que, en Ecuador se declara a la salud como un derecho humano inalienable mismo que se promulga en la nueva Constitución de la República en los años 2008 y que el estado como agente rector sea el ente que garantice el acceso gratuito y universal en la población para la prevención y atención de las enfermedades.

Misma universalidad que pese a los importantes avances y esfuerzos no garantiza un total acceso a la salud como la exclusión de prestaciones, dificultades financieras, así como el acceso a los servicios.

En el año 2005 Alfredo Palacios presidente en esos momentos impulsa el plan de aseguramiento universal en salud que implicaba el aseguramiento de salud a través del mecanismo de compra del servicio con el objetivo de brindar una cobertura que abarcara prestación integral eficiente, equidad y calidad, bajo el concepto de protección social y el aseguramiento público, priorizando a la población más vulnerables con énfasis en pobreza, mismo que en su primera fase pretendían ser alcanzado para el año 2010.

Y es en el año 2010 con el gobierno del presidente Rafael Correa que surgió un cambio en la visión del sistema de salud, mismo que en su periodo del año 2007 al año 2016 propuso un sistema de acceso universal gratuito, garantizado y de excelente calidad, mandato que puso en marcha su promesa en salud desde el inicio de su periodo, por medio de una gratuidad progresiva, mejorando las infraestructuras, implementación de equipos, medicamentos y recursos humanos, mediante un trabajo ejecutivo con diferentes organismos planteando siete ejes funcional de transformación sectorial de salud en el Ecuador en unión al Sistema Nacional de Salud (SNS).

1. El Fortalecimiento de las autoridades sanitarias nacionales.
2. La Administración y la Gestión del SNS.
3. Los Modelos de Atención integrales y redes del sector públicos de salud.
4. La financiación del SNS.
5. El Control y Monitoreo del Sistema Nacional de Salud.
6. El Sistemas de Gestión de Información en Salud
7. Una Participación ciudadana y control social.

Estos se respaldaron con la aprobación de la nueva constitución en el 2008, los modelos de gestión y las reformas democráticas en conjunto con las competencias del Ministerio de Salud Pública (Chang, 2017).

Cabe destacar que en la presidencia del Economista Rafael Correa se inicia el proceso de la priorización social y toma la decisión de ubicar a la salud como derecho, y la inestabilidad política que tuvo Ecuador desde los años 2000 cambio desde los inicios de su mandato y la estabilidad y gestión continua de los ministerios de salud fueron decisivas para los avances de la universalidad y estructura del sistema nacional de salud (Santos, 2008).

Ahora bien, si hablamos un poquito del Ecuador y su historia podemos decir que este nombre es una simplificación de la República del Ecuador elegido después de la separación de los países que conformaban la gran Colombia el 14 de agosto de 1830, año en el que fue la primera reunión de la asamblea constituyente convocada por el primer presidente de la nación General Juan José Flores,

Ecuador durante la colonia española fue conocido como la Real República de Quito, inscripción que hace alusión a la línea ecuatorial que pasa por la ciudad de Quito y cruza el territorio de este a oeste, en la primera constituyente se determinó que a pesar de que el territorio durante la colonia española era conocido como Quito pasara a ser la República del Ecuador conformándolo así como uno de los Países de las Américas, situado en la parte noroeste de América del Sur, limitando al norte con Colombia, al sur y este con Perú y al oeste con el Océano Pacífico con una extensión de 253.561 km<sup>2</sup> y según el censo poblacional de acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en lo que va del 2023 tiene un total aproximado de

habitantes de 18.5 millones que corresponden en un 50,1% en mujeres y un 49.9% en hombres, se considera un país pluricultural y multiétnico conformado por población particularmente afroecuatoriana, con raíces indígena, mestiza, mulata y blanca (Instituto Nacional de Estadística y Censos, s.f.).

Al ser considerado un república tiene estados democráticos, social, independiente, plurinacional, intercultural, laico, constitucional, soberano, unitario, que están basados en la justicia y el derecho, con gobiernos descentralizados, posee importantes diferencias geográficas, económicas y sociales entre sus cuatro regiones que son Sierra, Costa, Amazonía y Oriente conforme a su ubicación con los Andes y cuenta con una región Insular como lo son las Islas Galápagos.

En su división política Administrativa Ecuador cuenta con 24 provincias, 221 cantones y 1499 parroquias conformadas en: 1140 parroquias rurales y 359 parroquias urbanas (Goraymi, s.f).

En cada cantón hay un jefe electo político escogido por afines o intereses del estado (presidente) y cuentan con un alcalde y Gobierno Municipal que son elegidos por el pueblo mediante voto popular, el mandato presidencial tiene un periodo de gobierno de cuatro años y solo podrá ser reelecto por un periodo, mismo periodo que aplica para la Asamblea Nacional, Alcaldes y Concejales (Observatorio de Igualdad de Género - Comisión Económica para América Latina y el Caribe, s.f).

### **Definición de las divisiones políticas administrativas del país**

**Provincias:** Es la entidad local que tiene personería jurídica propia.

**Cantones:** Son la similitud entre municipios o comunas en muchos países y se subdividen en parroquias.

**Parroquias:** Son divisiones políticas territoriales de menor rango, estas pueden ser urbanas y rurales.

**Urbanas:** Son aquellas que se encuentran suscritas dentro de la metrópolis (consiste indispensable infraestructura para ser ciudad).

**Rurales:** Están apartadas de la metrópolis, es decir las comarcas o recintos que viven de la agricultura o el campo.

El órgano rector de la salud pública MSP (Ministerio de Salud Pública) se crea en Ecuador un 16 de junio de 1967 por la asamblea constituyente, siendo hoy de alusivo a nivel internacional por su promoción, prevención, sus políticas de salud, rehabilitación, recuperación y cuidados paliativos, es un organismo que funcionaba anteriormente como Subsecretaría de salud del Ministerio de Provisión Social y trabajo.

Nace con objetivo de observar las ramas de la salubridad, la asistencia social, y varios requerimientos relacionados con la sanidad en general, la misión del MSP es la rectoría, la coordinación, la regulación, la planeación, el control, y la gestión de la salud pública ecuatoriana mediante el mandato, vigilancia, control, garantizando el derecho a la sanidad mediante el aprovisionamiento de servicios en la atención individual en salud, en cuanto a la prevención, su promoción, la igualdad, su investigación y desarrollo de la ciencias y por su parte tecnologías, teniendo como principal función la estructuración de los actores del sistema sanitario con fines de avalar el derecho a la salud (Ministerio de Salud Pública, s. f.a).

El MSP, (s.f.a) indica que en la Constitución de la República de Ecuador, en los artículos que hacen referencia a la salud nos dicen que:

*Art. 32.- El gobierno asegura la salud como derecho, cuya realización se ata al ejercicio de otros derechos, con libre derecho de la cultura física, alimentación, a tener educación gratuita, la seguridad social, poseer agua, al trabajo, a los ambientes sanos y otros que ampara un buen vivir.*

*Este derecho es garantizado por medio de políticas económicas, educativas sociales, ambientales y culturales, y acceso oportuno, sin exclusión y permanente a los programas, las acciones y servicios de promoción, salud sexual y reproductiva, así como la atención integral de salud. El rendimiento de estos servicios se regirá por los principios de la interculturalidad, principio de calidad, principio de eficiencia por su parte la eficacia, principio de equidad, la solidaridad, la precaución, la libre universalidad, y bioética, con enfoque de género y generacional.*

*Art. 33.- El trabajo es un derecho, tanto económico, deber social, la base de la economía y es fuente de relación personal. Por lo que el estado garantiza a las personas trabajadoras el pleno respeto a su decoro, una vida digna, retribuciones y remuneraciones justas, labores en lugares saludables y trabajos saludables, mismo libremente aceptados y escogidos.*

*Art. 40.- Se le contempla a las personas el derecho a migrar, no se considerará ni se identificará a ningún ser individuo como ser migrante por su condición de ilegal, y el estado con la ayuda de los organismos correspondientes desarrollará estrategias, medidas y acciones para el ejercicio de los derechos de las y los ecuatorianos que se encuentren en un país diferente del suyo, indistintamente de su condición en la que se encuentre su estancia migratoria.*

*1. les ofrecerá asistencia incluyendo la familia, sea residentes en el exterior o en la nación.*

*2. Les otorgará atención, protección integral y asesoría personalizada para que puedan ejercer libremente sus derechos. (...)*

*4. Promoverá los vínculos con el Ecuador, estimulará el retorno voluntario y facilitará la reunificación familiar. (...)*

*Art. 361.- El Estado será el encargado de la función rectora del sistema sanitario como autoridad nacional, será el responsable de regular, controlar y formular las políticas nacionales de salud, normará toda acción relacionada con el sector salud, así como la función de las entidades.*

*Y la ley orgánica de salud en Ecuador publicada por él (MSP, 2015) nos dice que:*

*Art. 4.- El MSP es autoridad y órgano regente sanitario nacional, que le corresponde ejercer las función en el sector salud; así como también la respectiva aplicación de la misma, vigilar el cumplimiento de esta Ley y el control; y de igual manera las normas que se rijan para su plena vigencia que serán obligatorias.*

*Art. 196.- Analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de los recursos humanos en salud la autoridad sanitaria nacional, tomando en cuenta las distintas necesidades locales y nacionales, con el fin de promover la formación de los profesionales entre las instituciones formadoras en salud, las respectivas reformas en programas de formación, planes y capacitación.*

En Ecuador el Primer hospital antes conocidos como Centros Médicos fue fundado en la Ciudad de Guayaquil con el Nombre de Hospital de Santa Catarina en el

año 1564 por don Hernando de Santillán cuando llegó a la Real Audiencia de Quito para asumir el cargo de presidente, y un año más tarde el mismo presidente funda en la ciudad de Quito un 9 de marzo de 1565 el Hospital San Juan de Dios mismo que estaba destinado a la atención igualitaria tanto a indios como a blancos, dando inicios a sus actividades en una casa particular y en 1568 con dos pisos y dos pabellones da sus servicios en un edificio propio y en su parte histórica no fue el primero de las Américas pero sí tuvo el mérito de no cerrar sus puertas desde los inicios de sus funciones hasta el año 1974 que por su senectud o ancianidad tuvo que ser clausurado, fue declarado Monumento Histórico por el Fondo de Salvamento de Patrimonio Cultural de Quito y a partir del año 1995 se inicia con su recuperación e instauración, para convertirlo en Museo de la Ciudad (Hospital San Juan de Dios, s.f.).

### **Los diez hitos históricos del sistema de salud ecuatoriano**

- **1935** El Establecimiento del Servicio Médico del Sistema Sanitario como Instituto Nacional de Previsión (actual Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social).
- **1951** La creación de (SOLCA), la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.
- **1967** La creación del Ministerio de Salud Pública (MSP).
- **1980** Se crea el honorable Consejo Nacional de Salud (CONASA).
- **1994** Se promulgación de la Ley de Materna con Gratuidad.
- **1998** La reforma constitucional con la nueva característica específica sobre salud.
- **2001** La promulgación de la Ley sobre S. Social.

- **2006** La creación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud en la nueva constitución.
- **2008** La integración de un capítulo específico sobre salud a la nueva Constitución, poniendo la protección de la salud como un derecho humano inalienable.
- **2009** Se da inicio de la propuesta de Red en Salud Pública Integral a partir de su incorporación en la nueva Constitución de la República del Ecuador.

### **Recorrido histórico: sistema sanitario en salud de México**

México es un país que cuenta con un sistema de salud que desempeña su papel importante así como crucial para el bienestar de su población, sistema que no solo se enmarca en la atención, sino también la capacidad para afrontar desafíos diversos que logran afectar la vida de su población y su calidad, el sistema se enfoca en la prevención de morbilidades, la gestión efectiva de los recursos, la equidad en el acceso y un sistema integral en la construcción social saludable y resiliente.

El sistema de salud del país se remonta a diversas etapas históricas, significativa transformación en respuesta a desafíos de epidemia, social y financieras, durante el siglo veinte surge el nacimiento del sistema de salud con la creación del (IMSS) Instituto Mexicano de Seguridad Social, un suceso clave que marco el compromiso de brindar atención médica a la población por parte del estado. Al poco tiempo se sumaron otras instituciones como él (ISSSTE) Instituto de Seguridad y Servicio Social de los trabajadores del Estado y el (INSABI) Instituto de Salud para el Bienestar que

anteriormente se lo conocía como seguro popular, aumentando así su cobertura y diversificando los servicios que se ofrecen.

Estos cambios por los que ha pasado el sistema de salud público de México han evolucionado constantemente reflejando no solo los avances tecnológicos y médicos, sino también las necesidades de adaptación de una constante transformación en la sociedad.

Ahora bien, si nos vamos enfocando en el desarrollo histórico del Sistema Nacional de Salud de México podemos encontrarnos con varios puntos en la historia;

**Periodo de la Independencia de 1810 a 1821:** Que contempla los primeros inicios de fundamentos y desafíos iniciales en donde el sistema sanitario en México se encaminaba en sus pasos de desarrollo a principios del siglo XIX y aunque no se encontraba un sistema organizado ni moderno se podían observar algunas peculiaridades y prácticas enlazadas en atención sanitaria.

- Existían los cuidados tradicionales indígenas basados en medicina tradicional, (curanderos, chamanes y hierberos) se hacían cargo de la atención médica y otras prácticas como rituales.
- Hospitales religiosos y civiles, durante el periodo colonial y las primeras etapas de la independencia, surgen los primeros hospitales con el fin de proporcionar la atención médica a la población. Al referirse a religiosos se encontraban los misioneros y monasterios operados por las órdenes de franciscanos, dominicos o jesuitas que a menudo contaban con hospitales adjuntos. Y al referirse a civiles son hospitales creados u establecidos por gobierno civil o autoridades seculares, como hospitales

administrados o financiados por gobierno colonial español desde ultramar que para el momento la atención en los sistemas sanitarios se promocionaran como enfoque universal y atendía principalmente a españoles y criollos, que a fin de cuentas se restringía y limitaba a la población mestiza e indígena.

- Limitación de la educación médica, una educación rudimentaria, formación a través de prácticas empíricas, falta de estándares de calidad en cuanto a uniformes, tratamientos, las pruebas error y la mortalidad alta existente en estas épocas.

- Epidemias, se experimentaron enfermedades infecciosas, las precarias condiciones, la baja medida de control hicieron que morbilidades como tifo, el cólera, así como fiebre amarilla, afectaran gravemente a la población haciendo preciso la necesidad de una mejor atención pública de salud en el país, así como también la falta de control documental y organización en salud hacen que sea imposible medir el impacto que estas provocaron tanto en mortalidad como morbilidad. También acotar que existieron otros puntos clave como la guerra, inestabilidad política, desafíos socio-económicos que aportaron también a las pérdidas humanas, es importante destacar que conforme a estos sucesos se originan los consejos provinciales de salud como respuesta de los representantes municipales y eclesiásticos y tratar de promover los primeros derechos sanitarios que favorezcan a la sociedad.

- Desigualdad de acceso, misma que se encontraba fuertemente segmentada a los estratos de más alto estatus y la población española, por lo cual las comunidades de bajo nivel como la mestiza e indígena sufrían las consecuencias de no poder optar por un servicio de salud de alta calidad.

**Periodo post independencia en los años 1821 a 1876:** Con la llegada de la independencia de México surgen los primeros inicios de esfuerzos para promover los retos y desafíos de la salud pública. Surgen las creaciones de instituciones sanitarias, regulación de prácticas médicas pero persistía la atención centrada en la población española, el Dr. José Bartolache médico y filántropo de la época colonial solicita establecimientos médicos para las necesidades de una población creciente mexicana, mediante sus ideales se sentaron las bases para una posterior reforma sanitaria nacional de salud, otros de sus esfuerzos e ideales fueron:

- Fundación de la Real y Pontificia Universidad de México que abordara la educación médica y científica.
- Impulso la academia de cirugía en México que se fundó en 1790 convirtiéndose en un importante centro de formación médica y de investigación.
- Dio apoyo la biblioteca de medicina e íntegro una valiosa colección de obras médicas.
- Participo en la expedición botánica con el fin de estudiar la flora y fauna autóctona mexicana contribuyendo en avances médicos y científicos en el país.

- Se fomentó la parte de investigación científica, conformando el desarrollo de un ambiente de investigación durante la época.

Durante esta época el gobierno mexicano promulga las leyes para regular la práctica médica y también los estándares de atención.

En 1822 se promulga el reglamento provisional de salubridad para formalizar la normativa del ámbito sanitario, siendo estas muy insipientes pese a los esfuerzos y aunque el primer hospital público que se estableció en México fue el Hospital San Andrés en la Ciudad de México en 1524, fue que en los años posteriores a la independencia que se intensificaron las expansión y mejora de sus instalaciones, conforme a los avances y los centros de instalaciones médicas seguía está siendo restringida para la población mestiza e indígena, sentando las bases en este periodo para un sistema de evolución en salud, marcada por los esfuerzos en los que figuran el Dr. Bartolache, Dr. Valentín Gómez Farías y presidente Benito Juárez quienes con su participación activa buscaban un enfoque organizado en el cual participara toda la población mexicana.

**El porfiriato y revolución mexicana de 1876 a 1920:** Durante el mandato del presidente Porfirio Díaz de 1876 hasta 1911, un sistema de salud encontraba también desafíos significativos vinculados con la pobreza y sus condiciones, la desigualdad en la sociedad que pese a los avances económicos y la modernización del país, las mejoras que se esperaban para el sistema de salud no daban resultados ni seguían el mismo ritmo. Una pobreza generalizada y la falta de accesos de calidad a los servicios de salud eran problemas visibles inclinados con mayor énfasis a la población rural e indígena con carencias en una atención médica universal.

En el periodo de la revolución mexicana en los años 1910 y 1920 el cambio social y político era evidente pero pese a este cambio crucial la mejora de un sistema de salud universal seguían siendo limitadas, actos como la violencia, inestabilidad política generaron dificultad para la implementación de reformas que pese a la lucha de equidad y justicia social continuaban teniendo las mismas condiciones del servicio de salud. En el año 1905 el presidente Porfirio Díaz inaugura el Hospital General de México y el 1 de marzo de 1917 que se crea el departamento de Salud Pública Mexicano.

**La década de 1980 y 1990 las reformas y desafíos:** El mandato del Presidente Carlos Salinas, periodo en el que importantes reformas estructurales en un lapso de transformación honda se sitúa en el sistema sanitario, un equipo de gobierno que se centró en la transformación de fomentar la atención primaria y la descentralización de la participación del servicio médico convirtiéndose así en uno de los enfoques fundamentales para la nación. Implementando la importante prevención y atención básica y la descentralización buscando llevar la toma de decisiones y gestión de servicios de salud a nivel local, adaptando las necesidades de las comunidades.

Enfrentando desafíos en la falta de recursos económicos que provoco obstáculos importantes limitando la implementación efectiva de las reformas, la demanda poblacional ejerció porciones significativas al recibir la atención de los servicios de salud que a pesar de los cambios importantes y positivos no se encontraba preparado para aproximarse a las necesidades y demandas de la población en aumento.

La aparición de nuevas morbilidades en conjunto con la evolución de los patrones en salud requirió una respuesta rápida por parte del mandato presidencial que garantice la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios, esfuerzos que resaltan la tarea

de reformar un mejor sistema sanitario y suavizarlo para enfrenar las demandas existentes y en continua evolución.

**Mediados del siglo XX y el nacimiento del seguro social:** Dentro de este periodo de la historia Mexicana donde surgen avances importantes, siendo en el año 1925 donde el Dr. Jesús Kumate Rodríguez destacado médico-científico funda el Instituto de Salubridad, en el año 1943 el presidente Manuel Ávila Camacho impulsa cambios importantes para la atención medica mexicana al fundar el IMSS, acto que represento el surgimiento de la seguridad social del país, marcando un paréntesis de un antes y un después en la atención de la salud y el compromiso gubernamental en salud con todos los trabajadores, convirtiéndose así en una institución emblemática que proporcionaba por primera vez en la historia seguro médico y prestaciones sociales a los trabajadores asegurados y sus familias, demostrando una mayor ecuanimidad en el servicio y el acceso en la atención en salud. Y es en el año 1959 que el presidente Adolfo López Mateos que funda el ISSSTE conformando una amplia cobertura de seguro social para los trabajadores del estado, reforma impulsada en primera instancia por visión de Ávila Camacho, transformando la panorámica de la atención medica de los mexicanos proporcionando un segmento importante de aseguramiento a una población que esos momentos no contaba con acceso a seguro social, representando una mejora en la cobertura médica, el fortalecimiento del compromiso del gobierno con el bienestar de la población y con reformas que establecieron un sistema sanitario con más inserción y orientado en prevención.

## **Definición de las divisiones políticas administrativas del país**

México proclamó su independencia de España un 28 de septiembre de 1821 y su régimen democrático republicano representativo, laico y federal se estableció en 1824 con la constitución, misma que fue aprobada por el congreso un 5 de febrero de 1917 y es la que actualmente está en vigor (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2024).

El nombre oficial del país es Estados Unidos Mexicanos con un territorio que abarca una extensión de 1, 964,375 km<sup>2</sup> que se dividen en una superficie continental de 1, 959,248 km<sup>2</sup> y una superficie insular de 5,127 km<sup>2</sup> y cuenta con una zona económica exclusiva que abarca un 3, 149,920 km<sup>2</sup> de mar territorial, comprendiendo así una superficie total de 5, 114,295 km<sup>2</sup> en todo el territorio mexicano. Su límite al norte con el Monumento 206 frontera con Estados Unidos de América, su sur se alinea con la desembocadura del río Suchiate frontera con Guatemala, al este limita con la punta suroeste de la Isla Mujeres y al oeste limita con la Punta Roca Elefante de la Isla Guadalupe del Océano Pacífico (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023).

Cuenta con importantes diferencias geográficas, económicas y sociales con nueve regiones fisiográficas principales : Baja California, las Tierras Bajas Costeras del Pacífico, el Altiplano Mexicano, la Sierra Madre Oriental, Sierra Madre Occidental, su Cordillera Neovolcánica, su Llanura Costera del Golfo, el Altiplano Sur y su Península de Yucatán. Su capital es la Ciudad de México en esta se encuentran los poderes Legislativos, Ejecutivos y Judiciales, cuenta con una división política de 32 entidades federativas que de acuerdo con la constitución de 1917 son libres y soberanos, cada una se constituye por municipios que en su totalidad son 2,475 que incluyen las 16 demarcaciones de la capital (Secretaría de Educación Pública, 2022).

Sus entidades federativas son libre, soberanas y autónomas en su régimen interno, se gobiernan según sus propias leyes, cuentan con una constitución propia que no pueden contradecir a la constitución federal ni realizar algún tipo de acción sin el permiso o aprobación del permiso federal. Se habla el idioma español y cuenta con más de 66 lenguas indígenas, su moneda es el peso mexicano, su población la comprenden más de 129.5 millones de habitantes para el año 2023 según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica con un 51,7% de mujeres y un 48,3% de hombres, cuenta con un régimen político de republica representativa, democrática y federal compuesta por estados libres y soberanos, su máxima autoridad es el presidente de la república quien lleva el título de poder ejecutivo, comprende un periodo presidencial (gobierno federal y estatales) de 6 años de mandato y al ser una república democrática es el pueblo mexicano quien elige a sus mandatarios y no puede ser reelegido y a nivel municipal sus elecciones son cada tercer año (Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud, 2002).

### **Los diez hitos históricos del sistema de salud mexicano**

- **1905** Se funda el Hospital General de México.
- **1917** Se erige el Departamento de Sanidad Pública y el Consejo de Salubridad General.
- **1937** Se crea la Secretaria de Asistencia Pública.
- **1943** Se fusionan el Departamento de la Salubridad Pública y el de la Secretaria de Asistencia Pública para crear uno solo como la Secretaria de Salubridad y Asistencia, hoy llamado SSA, la creación del IMSS, el primero de los INS, así como el Hospital Infantil de México.
- **1953** Se instaura la Asociación Mexicana de Hospitales.

- **1960** Se crea el ISSSTE para los trabajadores del estado.
- **1979** Se crea el Programa del IMSS-COPLAMAR hoy llamado IMSS-Oportunidad.
- **1985** Surge el comienzo de la descentralización de los servicios sanitarios de salud que provee a la población no asegurada, misma que concluye en los años 2000.
- **1987** El instituto Nacional de Salud Pública (INSP) se establece el.
- **2003** Se crea el Sistema de Protección Social en Salud operado por el Seguro popular ahora llamada INSABI.

## **Capítulo IV. Ecuador, un enfoque de la situación general del sistema, manejo, equipamiento, dirección y participación colectiva del sistema**

### **Situaciones generales del sistema**

#### **Estructura**

Ecuador cuenta con un sistema sanitario que se caracteriza por una profunda segmentación que se debe a una organización conformada por el sector público y el sector privado, en este marco organizacional se clasifica en la parte pública por:

- El Ministerio de Salud Pública como su abreviatura (MSP): Que ofrece servicios de salud a toda la población.
- El Ministerio de Inclusión Económica y Social con su abreviatura (MIES) y las Municipalidades: Que entregan servicios de atención de salud para la población no asegurada, cuenta con programas y establecimientos de salud.

Y por su parte, las instituciones de S. Social con cobertura a la población afiliada asalariada, representadas por:

- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social con su abreviatura (IESS) que incluye:
  - Seguro Social Campesino o por siglas (SSC)
  - El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas o por su siglas (ISSFA)
  - El Instituto de Seguridad Social de la Policía o por su siglas (ISSPOL)

Y al final se incluye una sanidad privada que contempla las entidades u organizaciones con fines de lucro, como farmacias, consultorios, dispensarios, hospitales clínicas, e instituciones o empresas de medicina pre-pagada, para los usuarios que poseen ingresos altos y pueden alcanzar un seguro particular, personal o familia, todos cuenta con centros de salud para la atención a sus afiliados.

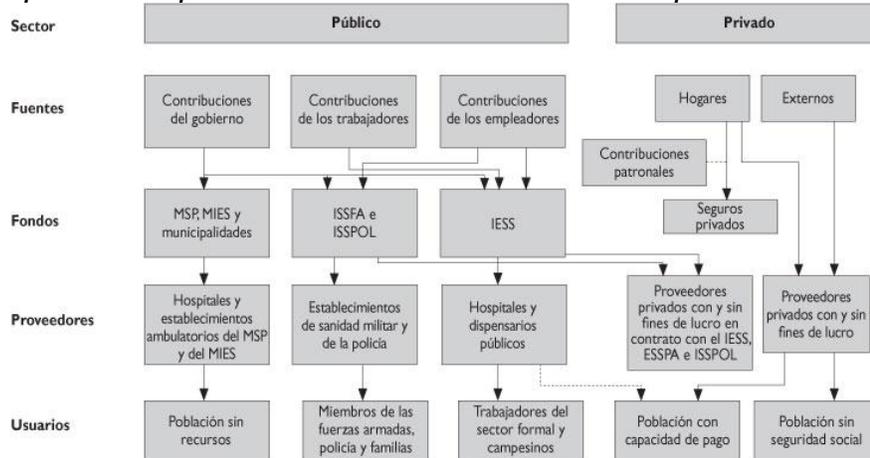
Por otra parte en el sector privado también encontramos organizaciones no lucrativas de sociedades civiles y servicio social como fundaciones con y sin fines de lucro, entre otras que aportan tanto social y benéficamente, estas cuentan con índole nacional e internacional.

Según el estudio realizado por Lucio R. *et al.* (2011) sobre el sistema de Salud de Ecuador nos dice que:

*El sistema privado y empresas dedicadas a la medicina pre-pagada cubre el tres por ciento de la población aproximadamente correspondientes a ingresos altos o medios y cuentan alrededor con diez mil consultorios médicos particulares con excelente infraestructura, tecnología, equipamiento concentrados en las principales ciudades del país y el costeo se basa en el pago de bolsillo por parte de la población con pagos al momento del servicios u atención recibida (pp. 177-187).*

Con este referente podemos profundizar un esquema de salud ecuatoriano mediante un estructura que da a conocer el sistema nacional sanitario que tiene el Ecuador, incluyendo su estructura, cobertura y alcance tanto del sector público como el sector privado, se muestra a primera vista sus fuentes de financiamiento, los proveedores del servicio y los usuarios que participan o están inmersos en la percepción del servicio.

## Esquema completo del sistema de salud de la República de Ecuador.



MSP: Ministerio de Salud Pública  
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social  
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas  
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional  
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

### Tomada de Sistema de salud de Ecuador, 2011

Este esquema representa de manera simple y específica el sistema de salud de Ecuador y los grupos que lo componen.

También es necesario dar a conocer dentro de la estructura del sistema quienes son los beneficiarios del sector salud que perciben este acceso o servicio, que de acuerdo con la constitución de la República del Ecuador la salud es un derecho para todos y todas que garantiza el estado y se relaciona con otras participaciones de derecho como la alimentación, educación, el agua, la nutrición, el trabajo, los ambientes sanos, la cultura física, la seguridad social, entre otras que prioricen el buen vivir de la población.

Mismos derechos que el Estado garantiza mediante políticas sociales, culturales, económicas, ambientales y educativas con un acceso oportuno y permanente que se den sin exclusión o segregación a acciones, programas, promoción y atención integral de la salud, así como la salud sexual y reproductiva (Sistema de salud de Ecuador, 2011).

Tanto así que los principios con los que se rige el Ecuador en la prestación del servicio sanitario están vinculados a la solidaridad, enfoque de género y generacional, eficacia, eficiencia, interculturalidad, equidad, calidad, universalidad, precaución y bioética (De Paepe P. *et al.* 2012).

### **Cobertura**

En cuanto a la cobertura el Ecuador está representado y segmentado en su sector público principalmente por el Ministerio de Salud Pública (MSP), siendo el principal prestador del servicio, por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que cotiza a los trabajadores y las trabajadoras formales del sector público y privado, por el Instituto de Seguridad tanto de las Fuerzas Armadas como el de la Policía Nacional (ISFA e ISPOL) que atienden a las autoridades de seguridad con extensión de cobertura a sus familias, se incluyen a estas redes las gobernanzas autónomas descentralizadas y municipalidades u prefecturas, las organizaciones con y sin fines de lucro como lo son la junta de beneficencia de Guayaquil (JB), está la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil (BSPI), la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana.

En cuanto a su red pública de servicios esta se beneficia del sector privado, tanto así, que constituyen un eje fundamental para la universalidad y consolidación del sistema de salud, siendo una articulación de redes complementarias que han permitido dar respuesta a las altas demandas aprovechando así la infraestructura, tecnología y equipamiento, es decir la capacidad instalada que poseen estas redes privadas con y sin fines de lucro, de tal manera que esta aportación conjunta ayuda a reducir la inequidad del servicio, listas de esperas, incrementando los beneficios de alianza del sector privado

y público, con un mejor manejo en cuanto al acceso, especialistas, atención, manejo del servicio, entre otras funciones que aportan un cumplimiento del sistema, el trato y tratamiento a la enfermedad como el usuario y de igual manera se brinda una mejor calidad, existe una menor morbilidad, más eficiencia y más humanismo en el servicio.

Ambos sectores son canalizados y a su vez cotizados por el gobierno para procurar brindar una cobertura universal a toda la población, pero para lograr una salud a tal escala es necesario mantener una población relativamente sana evitando las diferencias sociales, incrementando el acceso y oportunidad tanto en atención como en calidad de dar y recibir el servicio (Ruales, 2020).

El Dr. Rúales (2020) en su publicación nos dice que existen tres ejes de la cobertura en salud, como lo son **la Poblacional**; que como su palabra lo dice se enfoca en la población sin dejar de lado a ningún individuo considerando los grupos prioritarios (niños, adultos mayores, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y enfermedades crónicas y catastróficas), **la de Servicios**; que comprende la atención primaria en salud con un enfoque integral que intervenga sobre las determinantes sociales, priorizando la promoción, prevención y permita el empoderamiento de los ciudadanos en acción a priorizar su salud, fomentando un estilo de vida saludable, la prevención de enfermedades y riesgos con vacunas inmunoprevenibles y políticas públicas como impuestos a las bebidas alcohólicas, azucaradas, al tabaco, y redes de servicio con equidad tanto en bases poblacionales como familiares que incluyan los servicios de rehabilitación, atención en enfermedades crónicas y cuidados paliativos, y una **cobertura de Costo**; que comprende a una población con seguridad social y protección en salud con seguros médicos pre-pagados que eviten el gasto de bolsillo al

no paso en los centro de atención en especial en los servicios de emergencia y gastos catastróficos en los casos de enfermedad o muerte ya sea del usuario o de su familia, así como los subsidios monetarios en los casos de enfermedad o maternidad (Cobertura Universal en el Ecuador: ¿Hay salud igual para todos?, 2020).

Pero no podemos dejar de lado datos importantes en cuanto a la cobertura en salud del Ecuador, misma que no en su totalidad brinda a toda la población una garantía del acceso a los servicios requeridos, la oferta del servicio es desorganizada en ciertos aspectos, presenta deficiencias en su cobertura y su calidad tal como lo pronuncia la Organización Panamericana de la Salud en su revisión de los Perfiles del sistema de Salud de Ecuador (2008) que nos dice que una de cada cuatro personas no recibe la atención en ninguno de los centros o unidades de salud y un 70% de la población no cuenta con seguridad de social lo que implica que en el año 2008 aproximadamente un 49% de los usuarios tenían gasto de bolsillo o gastos privados debido a formas de financiamientos inequitativas (p. 36).

Por otra parte el Seguro social campesino que se enfoca en el sector rural y trabaja de la mano con el Ministerio de Salud solo cubre a las familias que se encuentran afiliadas en organizaciones campesinas reconocidas y los afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social sector urbano aportan una pequeña parte de su prima de seguros para aportar financieramente el seguro Campesino (De Paepe P. *et al.* 2012).

Mediante registro oficial durante el mandato u administración presidencial del presidente Lenin Moreno del año (2017) Acuerdo N° 0091 se emite la norma técnica sustitutiva de relación para la prestación de servicios sanitarios entre unidades de la red pública integral de salud y de su red privada suplementaria y el reconocimiento

económico. Nos da a conocer en su capítulo III que trata de cobertura y excepciones nos dice que en cuanto a la cobertura de la red pública comprenden las siguientes; las prestaciones de salud en morbilidad, promoción y prevención conforme a lo dispuesto por las autoridades sanitarias nacionales conforme a los servicios pre-hospitalarios, de emergencias u urgencias, ambulatorios, de rehabilitación, de unidad de hospitalización u internación, de diálisis y de cuidados paliativos y los de atención domiciliar (p. 9).

Y en cuanto a sus excepciones la red pública no financia las prestaciones siguientes:

- Las Cirugías con fines cosméticos o estéticos.
- Los chequeos clínicos ejecutivos.
- Tratamientos de infertilidad especializados, de adelgazamiento que no tenga indicación médica, experimentales o sin evidencia científica, ortodoncias con fin estético.
- Habitaciones individuales, gastos de acompañantes (se llega a dar únicamente en disposiciones específicas o en caso fortuito u especiales), y los insumos de entretenimiento como por ejemplo películas, revistas, televisión pagada, entre otras.

### **Beneficios y/o garantías**

En la nueva constitución en el año 2008 se promulgo a la salud como un derecho para todos y todas, que esta sea universal, de calidad, de equidad, intercultural, eficiente, eficaz y solidario siendo un derecho que garantiza el estado.

Lucio R. *et al.* (2011) en su artículo Sistema de Salud de Ecuador nos dice que, el Ministerio de Salud Pública cubre una provisión muy amplia del servicio público de salud

en el país, un 47% del servicio corresponden a las unidades hospitalarias y ambulatorias, y un 51% corresponden a hospitales con referencias de carácter nacionales más grandes del país (p. 181).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cubre al menos el 20% de la población asegurada, mientras que el Instituto de las Fuerzas armadas y de la Policía Nacional cubre un poco más del 5%, estas coberturas de estos sistemas de red pública cubre a sus conyugues e hijos menores de edad (Sistema de salud de Ecuador, 2011).

En el año 1998 se reforma en Ecuador la Ley de Maternidad con gratuidad que se constituye en un seguro sanitario garantizando a las mujeres embarazadas un servicio de calidad durante el embarazo, parto y pos-parto, amparando la atención de la salud al recién nacido, también incluye acercamiento a los programas de salud reproductiva y sexual y en el 2007 el MSP asume esta ley como Programa regular dentro de sus funciones y servicios.

Las garantías que ofrecen estos servicios de salud por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a los ciudadanos, mismos que reciben la atención que se mencionó anteriormente en cuanto a cobertura, el ISSFA al titular lo cubre al 100%, mientras que a sus familiares el servicio contempla solo las consultas externas, hospitalización, urgencias u emergencia, servicios ambulatorios en familiares con padecimientos crónicos graves, mientras que el ISSPOL brinda servicios de asistencia médica, odontológica, quirúrgica, hospitalización, obstétrica, farmacológica, rehabilitación, las órtesis y prótesis y la medicina preventiva.

## **Manejo, equipamiento y dirección**

### **Financiamiento**

De acuerdo con la investigación que se ha estado realizando el Ecuador posee un sistema de financiamiento en salud mixto, la seguridad social que se fomenta de la población económicamente activa y la cotización de trabajadores conforme al IESS, ISSFA e ISPOL, el Ministerio de Salud Pública que se financia de fuentes tributarias del país, y el financiamiento privado y gastos de bolsillos (Chang, 2017).

Conforme a la investigación de los autores (Mena, 2021) en su nota informativa realizada por medio de la (OIT) Organización Internacional del Trabajo Países Andinos, nos dicen que en Ecuador los modelos de financiamiento se dan por tres distintas maneras como las son las recaudaciones de ingresos, la gestión de recursos que se agrupan en fondos, así como la gestión de compra y pago del servicio sanitario, pero la principal fuente de financiamiento provienen de los contribuyentes de la seguridad social y los impuestos que se dan por contribución del estado gobernante, también están los hogares o familias que financian su salud de manera directa (p. 3).

En este sentido se puede decir que las aportaciones financieras para el sistema de salud del país se realizan básicamente por la ciudadanía, misma que con la participación de cada una de las fuentes de financiamiento hacen que el sector sanitario dependa de cada uno de los modelos normativos, de organización, arreglos financieros y condiciones propias que maneje cada país, en este caso Ecuador, el gobierno a través del MSP y conforme a las contribuciones mediante impuestos financia la atención de la población que no cuenta con una cobertura o seguro de salud social.

Y por otra parte las municipalidades también brindan servicios de salud a la población por medio de asignaciones financieras que provee el presupuesto general del estado por medio de los gobiernos autónomos descentralizados, dicho presupuesto no está enmarcado directo a la salud, va a depender de cada gobierno local y su equidad territorial la distribución de los recursos que se le otorguen, esto conforme al Artículo 5 del Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralización (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2010).

La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas también son instituciones que reciben contribuciones presupuestarias del gobierno central y sus unidades de salud atienden únicamente a policías y militares y familiares dependientes de sus seguros, también se cuenta con pensiones de jubilación que lo enmarca la Ley de Seguridad Social que son financiadas por parte del estado por medio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, de la misma manera las de las personas con discapacidad, jefas de hogares y los tratamientos de las enfermedades catastróficas por medio de una cobertura de contribuciones financieras obligatorias.

De manera general el financiamiento del Sistema Sanitario del Ecuador se da por medio del Seguro General Obligatorio que aportan todas las personas en estado económicamente activos, con relación laboral o sin ella, los fondos se van a establecer de la siguiente manera por parte del seguro general obligatorio del IESS con un monto total que corresponde al 20.50% de su salario mensual (que se enmarca para el sector público un aporte personal porcentual del 11.45 y por parte del estado un porcentual del 9.15, mientras que para el sector privado el aporte personal porcentual del 9.45 y el aporte patronal porcentual del 11.45), dado los casos para los trabajadores

independientes o patronos dueños de las empresas y los afiliados independientes voluntarios el porcentaje de aportación va desde un 17.60% a los 20,50% que van a ir conforme a sus ingresos gravados.

Para el ISSFA e ISSPOL el monto corresponde a un 20.75% de su salario mensual (que se establece un porcentaje del 11.45% del miembro de la policía o militar en servicio activo y un 9.15% de aporte patronal por parte del Ministerio del Interior y Defensa en su calidad de empleador), por otra parte el Ministerio de Gobierno, tanto como los miembros activos de la Policía Nacional como de las Fuerzas Armadas aportan con un 2% de su sueldo base sin considerar el tiempo que lleve en el servicio, esto con el fin de cubrir las aportaciones de los aspirantes oficiales de esta labor (Asesoría Técnica Parlamentaria, 2019).

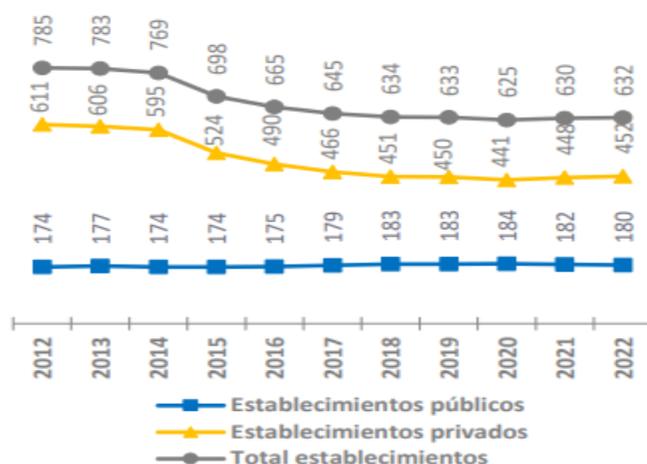
El Seguro Social Campesino que es un seguro solidario, su financiación proviene del aporte solidario de los empleadores con un 0.35%, el aporte de los jefes y jefas de los hogares con un 22.05% de su sueldo mensual, aporte del Seguro General Obligatorio por parte de los afiliados del 0.35%, las contribuciones obligatorias de seguros público y privados de 0.5% y por parte de las asignaciones fiscales con un aporte del 0.30% con la garantía del fortalecimiento y su desarrollo, de esto se compone el fondo solidario del Seguro Social Campesino que se enfoca en los sectores rurales del país.

Estos porcentajes de aportación para la seguridad social no solo cubren el financiamiento de salud, también van a incluir las compensaciones por riesgo de trabajo, muerte, vejez o invalidez, maternidad y cesantía que es un fondo de ahorro de carácter obligatorio durante su vida laboral al que puede acceder únicamente cuando este cesante o se encuentre jubilado corresponde a un 3% de cada salario mensual que los cubre el

1% el empleador y el 2% el trabajador, es un fondo que se aplica de forma solidaria a los trabajadores o jubilados como protección social se puede retirar a partir de los 60 días y como mínimo debe tener 24 aportaciones continuas, es decir no simultaneas y no contar con un préstamo quirografario activo o pendiente.

### Recursos y talento humano

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) nos dice que en Ecuador en cuanto a recursos para el año 2022 registra en establecimientos una total de 632 unidades que se dividen en sector público 180 y en el sector privado 452 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023).



Tomado de INEC, Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios 2023.

En médicos profesionales para el año 2020 la tasa promedial por cada diez mil habitantes fue de 23.2 con un totalidad de 40587 de los cuales formaron parte del sector público 29.586 y en el sector privado con fines de lucro 8217 y sin fines de lucro 2784 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022).

Registro Estadístico	Total	Sector		
		Sector Público	Sector Privado con fines de lucro	Sector Privado sin fines de lucro
Establecimientos	4.136	3.301	621	214
Médicos	40.587	29.586	8.217	2.784

Tomado de INEC, Registro estadístico de recursos y actividades en salud 2020.

En cuanto a enfermeras y auxiliares, la tasa promedial por cada 10.000 habitantes para el año 2020 fue de 15,5 con un total de 25.900 y en auxiliares en enfermería 17.560 con una tasa promedial del 10.14, datos que conforme a la revista Océano Medicina en su publicación en mayo de 2022 da a conocer que no alcanza los proporcionales que recomienda la OMS con un estimado entre 23 a 25 por cada diez mil habitantes (Océano Medicina, 2022).

En el año 2022 de acuerdo con las estadísticas del INEC se registraron 729.077 egresos hospitalarios en el sector público, un total de 23.395 camas disponibles censables en 632 centros de establecimientos del sector salud en el territorio nacional, evidenciando un incremento en comparación a años anteriores y en camas no censables un total de 7.432 y conforme a estos datos se determina que la tasa promedial de camas disponibles por cada mil habitantes para Ecuador es de 1.3 que de acuerdo con la OMS el promedio para el 2020 se colocaba en 3.3 por cada mil habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2023).

Tipo de Cama	2021	2022	Dif.	Var.
<b>Camas censables:</b>				
Camas Disponibles	23.196	23.395	199	0,85%
<b>Camas no censables (servicios de apoyo):</b>				
Camas de emergencia	2.372	2.504	132	5,27%
Camas de cuidados Básicos	-	126	126	-
Camas de cuidados intensivos (UCI)	1.983	2.019	36	1,78%
Camas de cuidados intermedios	530	732	202	27,60%
Camas de recuperación	984	1.065	81	7,61%
Camas de otros servicios de apoyo	894	986	92	9,33%
<b>Total camas no censables</b>	<b>6.763</b>	<b>7.432</b>	<b>669</b>	<b>9,00%</b>
<b>Total (disponibles + no censables)</b>	<b>29.959</b>	<b>30.827</b>	<b>868</b>	<b>2,82%</b>

Entidad del establecimiento	2021	2022	Dif.	Var.
Ministerio de Salud Pública	11.480	12.058	578	4,79%
Privados con fines de lucro	9.227	9.533	306	3,21%
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	4.969	5.216	247	4,74%
Privados sin fines de lucro	1.228	1.124	-104	-9,25%
Junta Beneficencia de Guayaquil	1.061	902	-159	-17,63%
Sociedad de Lucha Contra el Cáncer	836	900	64	7,11%
Ministerio de Defensa Nacional	547	561	14	2,50%
Otros públicos	216	232	16	6,90%
Municipios	310	212	-98	-46,23%
Fiscomisionales	85	89	4	4,49%
<b>Total (disponibles + no censables)</b>	<b>29.959</b>	<b>30.827</b>	<b>868</b>	<b>2,82%</b>

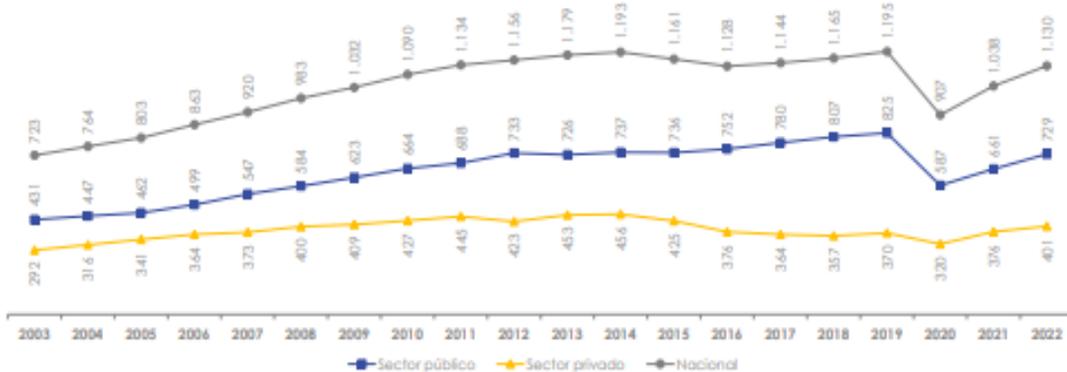
Tomado de INEC, *Registro estadístico de camas y egresos hospitalarios 2022.*

<b>Egresos Hospitalarios</b>	
Total Nacional	1.130.603
Sector público	729.077
Sector privado con fines de lucro	313.751
Sector privado sin fines de lucro	87.775

<b>Establecimientos de salud</b>	
Total Nacional	632
Sector público	180
Sector privado con fines de lucro	412
Sector privado sin fines de lucro	40

Tomado de INEC, *Registro estadístico de recursos y actividades en salud 2023*



Tomado de INEC, *Registro estadístico de recursos y actividades en salud 2023*

En este sentido los recursos y el talento humanos en la salud van a ser todos aquellos centros, establecimientos, actividades y personas que cuya finalidad sea

realizar acciones fundamentales para mejorar la salud de los demás, que van a ser de diferentes categorías de formación en ocupación y profesión en los ámbitos laborales, empresariales o afines (Organización Panamericana de la Salud, s. f.).

## **Investigación**

El propósito de realizar una investigación en salud es obtener mayor conocimiento sobre un problema de salud o sus posibles soluciones, la palabra "obtener", enfatiza que los investigadores no conocen todas las respuestas a las preguntas que formulan, los estudios de salud abarcan muchas disciplinas profesionales, incluida la investigación biomédica y los estudios sociales.

En Ecuador el fortalecer la capacidad de las autoridades sanitarias nacionales en ética, investigación en salud y sus mecanismos de difusión mediante el desarrollo de políticas, lineamientos estratégicos y regulaciones y así poder administrar resultados en investigación científica en salud (Dirección Nacional de Investigación en Salud, s.f.).

Entre sus atribuciones y responsabilidades en investigación conforme al Ministerio de Salud Pública se encuentran el desarrollar propuestas de políticas públicas, proyectos de ley, modelos de gestión, normas técnicas, reglamentos, protocolos así como otros instrumentos de regulación relacionados con la investigación y la ética en salud.

Así como el desarrollar planes, programas, proyectos, herramientas y/o medios técnicos para la investigación y la ética en salud, gestionando y evaluando su implementación que en conjunto con la aplicación de normas, planes, programas, proyectos, modelos de gestión, herramientas y/o instrumentos técnicos y legales, y directrices/estrategias éticas y de investigación en salud y establecimiento de prioridades de investigación en salud de acuerdo con las necesidades del sistema nacional de salud

junto con la preparación por salud pública “Portafolio nacional anual de investigaciones en salud” desarrollado por entidades centrales del Ministerio, quienes preparan y evalúan informes de aprobación de proyectos de investigación propuestos por unidades centrales del Ministerio de Salud.

Esta Coordina junto con otras unidades del Ministerio de Salud la realización de proyectos de investigación de mínimo riesgo dentro de su ámbito, supervisa las entidades designadas responsables de aprobar o realizar investigaciones en salud, prepara y evalúa informes técnicos para su aprobación por los Comités Nacionales de Ética en Investigación en Humanos (CEISH), Comités de Ética en Salud (CEAS), Comités de Formación y funcionamiento del CEAS, se encargan de realizar seguimiento y evaluación del CEISH y del CEAS aprobados por el MSP y de igual manera el de desarrollar estrategias para fortalecer el Comité de Ética en Investigación en Humanos aprobado por el MSP y el CEAS, así también el gestionar una Biblioteca Virtual en Salud.

Conforme a un informe realizado por el instituto nacional de estadísticas y censos en el año 2014 nos da a conocer que Ecuador tuvo un crecimiento de 372.9% en investigadores y becario doctorales en cinco años, es decir en el 2009 mantenía un número de investigadores de 2.413, mismos que al 2014 aumento al 11.410, datos que fueron recabados por la Encuesta Nacional de Actividades de Ciencia, Tecnología e Investigación o por sus siglas ACTI, presentada por la Secretaria de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación o más conocida a nivel nacional por sus abreviación como Senescyt.

Para el año 2014 fueron 11.410 investigadores y becarios a nivel doctoral, mismos que representaban una tasa del 1.59 de investigadores por cada 1.000 habitantes de la

población económicamente activa superando en estas fechas por primera vez la tasa promedial en América Latina misma que estaba en 1.3 por cada 1000 habitantes, información recabado de acuerdo al número de investigadores en Ecuador para el año (2016).

Estas encuestas buscan recabar información que nos ayuden a proponer indicadores con respecto a los recursos monetarios, cuyos fines van a ser proporcionados e invertidos en ciencia, tecnología e investigación, de la misma manera los recursos en talento humano o recursos humanos y conocer el número de empresas innovadoras para el territorio ecuatoriano.

En cuanto a su gasto y las actividades antes mencionadas Ecuador realizó en el 2014 un gasto de 1.923,3 millones de dólares, es decir, conforme a las encuestas del año 2009 aumento un 88.9% que representan 905 millones de dólares en cinco años.

A pesar de la importancia de la investigación en salud en el Ecuador, los investigadores enfrentan varios desafíos y limitaciones al realizar su trabajo. Uno de los principales desafíos es la escasez de investigadores capacitados y profesionales de la salud con experiencia en metodologías de investigación y análisis de datos. Esta escasez no sólo obstaculiza el avance de los proyectos de investigación sino que también limita la capacidad de generar evidencia de alta calidad. Además, el acceso limitado a subvenciones y oportunidades de investigación limita la capacidad de los investigadores para llevar a cabo proyectos de investigación innovadores y explorar nuevas vías de investigación. Las consideraciones éticas y las barreras regulatorias también plantean desafíos para la investigación en salud en Ecuador, lo que requiere que los

investigadores naveguen por complejos procesos de aprobación y cumplan con estándares estrictos de ética en sus protocolos de investigación.

En conclusión, la investigación en salud en Ecuador juega un papel vital a la hora de informar las políticas de salud pública, promover estrategias de prevención y tratamiento de enfermedades y abordar las disparidades en la atención médica. La disponibilidad de financiación y recursos, junto con los esfuerzos de colaboración entre los sectores público y privado, respalda los esfuerzos de investigación de los científicos y profesionales de la salud en el país. Sin embargo, desafíos como la escasez de investigadores capacitados y consideraciones éticas subrayan la necesidad de seguir invirtiendo y apoyando la investigación en salud en Ecuador para mejorar los resultados de salud de su población.

### **Vigilancia y evaluación en los procesos en salud**

El Manual del Modelo de Atención Integral de Salud del MSP del año 2012 nos dice que cada nivel de atención en salud cuenta con un equipo disciplinario de supervisión que responden a un plan de trabajo, productos y resultados, quienes se orientan en verificar mejoras y cumplimientos de actividades y enfoques propuestos, así como la identificación, análisis y resolución de problemas (Ministerio de Salud Pública, 2012).

El comprendido sistema de monitoreo y evaluación contempla los siguientes:

- Estudio analítico de planes operativos, estratégicos y de prestaciones, de los procesos de organización y gestión.
- La ejecución presupuestaria en salud.

- Avances en el desempeño de programas, fijaciones y resultados organizativos y de impacto social, situados por el Plan del Buen Vivir
- Mecanismos de evaluación participativa.

El MSP ejerce la rectoría de las entidades de sanitarias, es quien otorga los permisos de funcionamiento a las entidades del sector salud, tanto pública como privada y de la medicina prepagada, cabe mencionar que también existen otros participantes que regulan y participan en la supervisión conforme al ámbito de competencia y la actividad de las diferentes instituciones que contemplan el Sistema Sanitario en Ecuador. Del ámbito financiero se encarga la Contraloría General del Estado, examina, evalúa, regula, controla la parte financiera de los hospitales, unidades médicas así como también la parte operativa y administrativa donde el estado tiene participación.

El encargado de autorizar la constitución de las entidades de medicina prepagada es la Superintendencia de Compañía y quien ejerce el control sobre las Instituciones o unidades médicas del IESS conforme a la Ley de Seguro Social es la Superintendencia de Bancos y Seguros o por sus siglas (SBS).

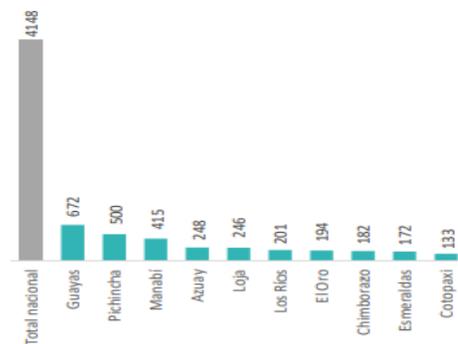
La vigilancia la cubre ciento por ciento el MSP, que como me menciona más arriba es quien norma, regula y controla las actividades de cada entidad sea pública o privada con vínculos de la salud tanto en las personas como en el medio ambiente. Y las evaluaciones son realizadas desde el 2001 por la SBS, quienes por medio de la ley establecen que los centros o entidades de salud sean auditadas (auditorías medicas) por centros especializados de forma periódica. Existe también un sistema de rendición de cuentas tanto para entidades públicas y privadas que obliga a las instituciones de salud a difundir información sobre sus actividades y evaluaciones realizadas mediante

publicación de actividades así como también cifras conforme a metas establecidas anualmente con referencia a los valores reales y porcentajes de cumplimiento de sus planes Lucio R. *et al.* (2011).

## Infraestructura, equipamiento y tecnología

### Infraestructura en salud

Ecuador para el año 2019 contaba con un total de 4.148 establecimientos de salud. Considerando tanto los públicos como los privados, se muestra en la siguiente imagen gráfica con una representación numérica de establecimientos en las principales provincias del Ecuador.



Tomado de Boletín técnico N°01-2022-RAS (Recursos y Actividades de Salud)

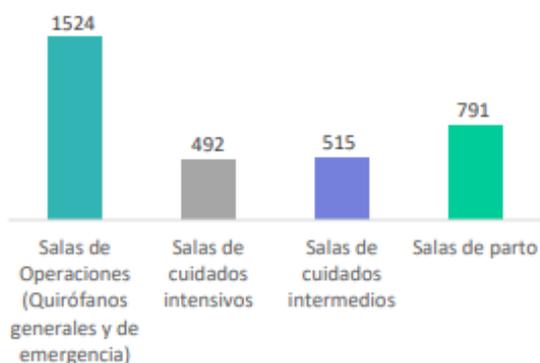
Datos que para el 2020 fueron un total de 4.136 mostrando una reducción de 12 centros de salud menos con relación al año anterior representando un 0.29%, mismos datos aprobados y respaldados por el registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud que fueron elaborados por el INEC ecuatoriano, información que también nos indica que un 20% de estos centros cesaron las actividades y el otro 60% fueron cesando sus funciones y actividades con el Covid-19, consecuencias que nos dejó la pandemia internacional.



Tomado de Boletín técnico N°01-2022-RAS (Recursos y Actividades de Salud)

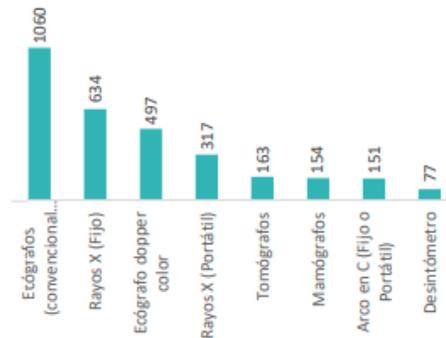
### Equipamiento en salud

Conforme a las estadísticas del año 2019 los equipamientos en salud en Ecuador cuentan con ambientes físicos, equipamiento adecuado para la atención del servicio y dependen de las funciones que promueva cada centro, los datos que se proporcionaron en el año 2019 mediante un informe estadístico en los diferentes tipos de ambientes con base a los recursos y actividades de salud de las instituciones sanitarias fue levantado en este año a nivel territorio nacional por el INEC, que en su página 8 de su informe nos permite evidenciar gráficas, mismas que se van a mostrar en esta investigación.



Tomado de Boletín técnico N°01-2022-RAS Abril 2022 INEC, pg. 8

Con respecto a equipamiento de imagenología en las instituciones de salud se evidencian que lo principales y en más números son los ecógrafos, rayos X, entre otros los cuales van a ser mostrados en la siguiente imagen gráfica.



Tomado de Boletín técnico N°01-2022-RAS INEC, pg. 9

### **Tecnología en salud**

El acceso universal de salud e intercambio de datos es fundamental para el SNS de los países tanto que Ecuador mantuvo conversaciones con delegados y representantes de la OPS y OMS sobre la transformación digital en salud en el país, mismas que fueron llevadas a cabo en marzo del 2023 (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2023).

Es importante conocer que es una tecnología sanitaria, esta van a ser el conjunto de medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención en salud, dispositivos, el sistema organizativo y de soporte. En Ecuador contamos con las ETES (Evaluación de Tecnología Sanitaria) misma que valora sistemáticamente las propiedades y efectos de las tecnologías sanitarias. Se implementa en Ecuador un 30 de marzo de 2012 bajo acuerdo ministerial 1034 y se publica el estatuto orgánico de gestión organizacional por procesos del MSP, los responsables de elaborar esta evaluación se le asigna a la Dirección Nacional de Inteligencia en Salud y en el año 2013 la OPS forma

parte de la red de apoyo incluyendo su papel en la cobertura universal en salud (Armijos, *et al.* 2017).

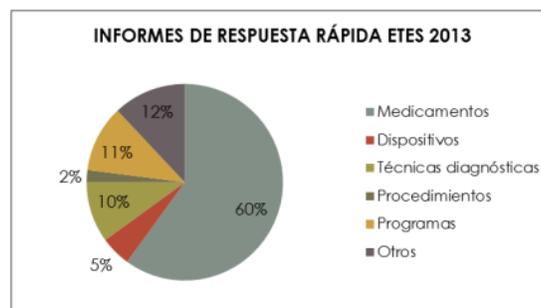
En el año 2014 se emite el Boletín ETES con el fin de conocer, analizar e investigar el valor, contribución de determinada tecnología sanitaria para mejorar la salud individual y colectiva, conociendo el impacto económico-social para servir de apoyo en la formulación de políticas referentes a la Tecnología en salud, favorecer la tecnología costo-efectiva y evitar las de dudoso valor (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Del año 2012 al 2014 el número de evaluaciones fueron considerables, se muestra en la imagen gráfica a continuación.

AÑO	N. DE EVALUACIONES REALIZADAS
2012	10
2013	83
2014	55
<b>TOTAL</b>	<b>148</b>

Tomado de Boletín ETES – Ecuador 2014-001 Pg.2

En Ecuador las evaluaciones se realizaron específicamente a medicamentos, dispositivos médicos, técnicas de diagnóstico, procedimientos médicos, programas médicos y otros relacionados con la salud, se muestra en la imagen gráfica el porcentaje de cada rubro mencionado.



Tomado de Boletín ETES – Ecuador 2014-001 p.3

Las ETES en Ecuador elaboran los siguientes puntos:

- Propuesta de política y normativa sobre las ETES.
- Dossier de evaluación de tecnologías en salud programados y a demanda.
- Consultas técnicas de respuesta rápida.
- Plan de estímulo del uso de evaluación de tecnologías en salud ETES.
- Índices de valoración de impacto social, ético, organizativo, y económico de las ETES.
- Plan de capacitación nacional sobre ETES.
- Boletines para la divulgación de productos de ETES.

### **Políticas de calidad**

Las políticas de salud desempeñan un papel crucial en la configuración del panorama sanitario de un país, influyendo en el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención y los resultados de salud generales. Parte importante también es la efectividad, en Ecuador esto es primordial para asegurar el bienestar de su población. *“El sistema de salud de Ecuador es una combinación de servicios públicos y privados, siendo el sector público el principal proveedor de atención médica para la mayoría de la población”* (Ministerio de Salud Pública , 2024).

El sistema público de salud, administrado por el MSP, ofrece servicios por medio de una red de hospitales, centros de salud y clínicas, si bien los servicios públicos de salud están destinados a ser accesibles para todos los ciudadanos, la calidad y disponibilidad de la atención pueden variar significativamente entre diferentes regiones.

Por otro lado, los servicios de salud privados atienden a quienes pueden pagarlos, ofreciendo un mayor nivel de atención pero a menudo a un costo elevado (Ministerio de Salud Pública , 2022).

En Ecuador el estado actual de sus políticas en salud reflejan un panorama completamente mixto de logros y desafíos, estas políticas existentes están orientadas a brindar cobertura sanitaria universal a sus ciudadanos, con enfoque en los servicios de atención primaria, esto representa un paso positivo para garantizar el acceso a la atención médica para todos, existen fortalezas y debilidades notables en las políticas actuales.

Guaita T. *et al.* (2023) en su publicación sobre Importancia de la Gestión de Calidad en el Servicio de Salud del Ecuador: Revisión Sistemática nos da a conocer lo siguiente:

*Los puntos fuertes residen en el énfasis en la atención primaria y los servicios preventivos, que son esenciales para promover la salud de la población. Sin embargo, debilidades como la financiación inadecuada, la infraestructura sanitaria limitada y las disparidades en el acceso a la atención obstaculizan la eficacia de estas políticas.*

### **Participación colectiva del sistema**

#### **Participación ciudadana y del gobierno**

Existen alrededor de 83 consejos cantonales de salud y 8 concejos provinciales siendo estos espacios de concentración, dialogo y coordinación en los que se impulsa la participación ciudadana en la toma de decisiones en conjunto con los representantes

institucionales tanto del sector público como privado, existiendo acuerdos para empoderar a la comunidad y su participación en los concejos.

Buscando a través de estos acordar pactos sociales que nos garanticen la participación de todas las partes con el interés de fomentar un buen servicio y conocer las necesidades en salud tanto en los cantones, provincias y el país, siendo también parte de esto el fomentar los comités de usuarios para vigilar el cumplimiento de la ley en maternidad gratuita y prevención de violencia intrafamiliar.

Haciendo constar que la participación de la ciudadanía se convierte en uno de los ejes principales de la transformación del sector salud creando espacios de seguridad, toma de decisión y control social.

En cuanto a la gestión y evaluación del sistema, la Ley Orgánica de Salud del 2006 indica sobre los derechos y deberes de ciudadanos y el estado con relación a la salud establece que todas las personas deben ser partícipes de forma individual y colectiva en los programas sanitarios, de vigilancia, el cumplimiento y la calidad de los sistemas sanitarios, mediante las veedurías ciudadanas o en tal caso otros medios de participación social y proporcionar información sobre algún tipo de prevención, y mitigación de amenazas o vulnerabilidad que sitúen en peligro la vida y la de la población.

## **Capítulo V. México, un enfoque de la situación general del sistema, manejo, equipamiento, dirección y participación colectiva del sistema**

### **Situaciones generales del sistema**

#### **Estructura**

Conocemos que la salud representa un desarrollo sustentable para un país y sus diferentes comunidades, que a través de los años se quiere lograr avances tanto científicos como tecnológicos que impacten de forma positiva a los habitantes y la población en general, siendo una secuencia de avances que deben existir conforme a una adecuada articulación de los servicios que conllevan a organizar, coordinar y ejecutar una adecuada estructura de un sistema de salud tratando de llegar a una cobertura total y adecuando a las necesidades de los individuos que en este caso es toda la población mexicana.

En México su sistema de salud se compone por un sistema mixto que integra al sector público (trabajadores del estado y población abierta no asegurada) y privado. Dentro de su sector público se sitúan las instituciones del seguro social como el Instituto Mexicano de Seguridad Social o por sus siglas (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o por sus siglas (ISSSTE), Petróleos Mexicanos por sus siglas (PEMEX), Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas o por sus siglas (ISSFAM), la Secretaria de Defensa o por sus siglas (SEDENA), la Secretaria de Marina o por sus siglas (SEMAR), también existen otros programas e instituciones que brindan servicios y atención a la población no asegurada como los de la Secretaria de Salud o por su siglas (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa Oportunidades o por su siglas (IMSS-O) que presta servicio a la población no asegurada

de los estados, el Seguro Popular actualmente llamado Instituto de Salud para el Bienestar o por sus siglas (INSABI) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias o por sus siglas (DIF) que se encarga de la asistencia a grupos vulnerables.

Y el sector privado comprende al grupo poblacional que cuenta con capacidad adquisitiva para solventar sus gastos de salud, se compone de aseguradoras y el personal de salud o colaboradores y/o prestadores del servicio que trabajan en clínicas, consultas privadas o nexos a farmacias, unidades hospitalarias privadas equipadas, hospitales pequeños que atienden a población de recursos escasos con material y equipos limitados u escasos, al igual que los prestadores del servicio de medicina alternativa (Gómez, *et al.* 2011).

Si establecemos la estructura de salud por sectores nos podemos dar cuenta que es un sistema segmentado y sus alcances van a estar representados por sectores poblacionales con un sistema sanitario conformado por instituciones y dependencias de forma vertical que van a brindar atención a diferentes grupos sectoriales.

<b>Primer sector lo integran:</b>	<b>Segundo sector lo integran:</b>	<b>Tercer sector lo integran:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- IMSS</li> <li>- ISSSTE</li> <li>- SEDEMA</li> <li>- ISSFAM</li> <li>- PEMEX</li> <li>- SEMAR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSA</li> <li>- SESA</li> <li>- IMSS-O</li> <li>- IMSABI</li> <li>- DIF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compañías aseguradoras</li> <li>- Clínicas</li> <li>- Consultorios independientes</li> <li>- Hospitales privados</li> <li>- Medicina alternativa</li> </ul>

Elaboración propia de la autora año 2024.

## **Niveles de atención en México**

Es la organización ordenada y estratégica de organizar el servicio, los recursos y satisfacer las necesidades de la población. En México su sistema de salud está estructurado en tres niveles de atención cada uno proporciona niveles de atención distintos y grupos poblaciones distintos.

**El primer nivel:** Se estructura de unidades médicas ambulatorias, se enfoca en la protección, promoción y prevención de enfermedades, el fomento de la salud, es el primer contacto del usuario, mantiene la vigilancia y control de brotes epidemiológicos.

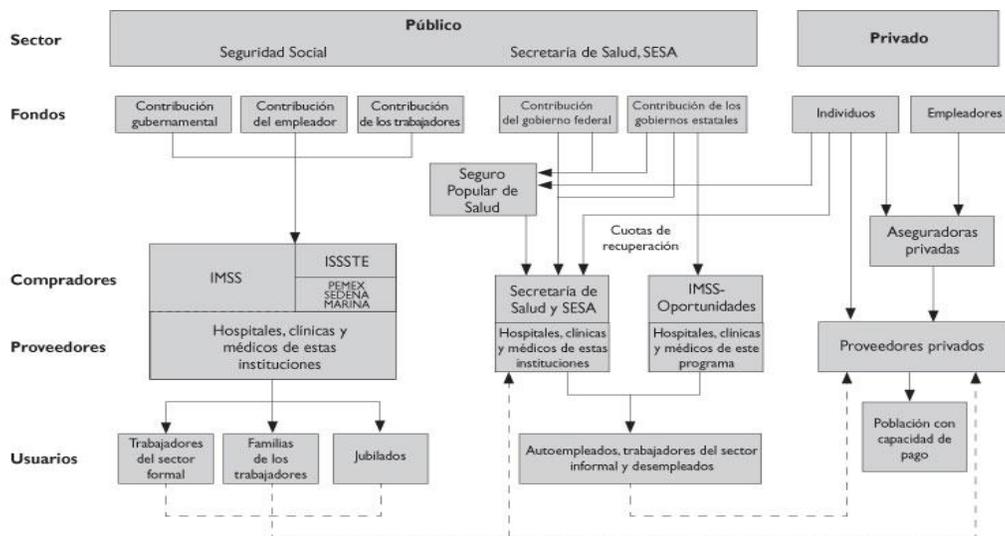
**El Segundo nivel:** Corresponde a la atención, es decir al internamiento que se divide en 4 especialidades como la de medicina interna, medicina quirúrgica, pediatría o materno infantil y la de ginecoobstetricia. Comprende también un grado de complejidad mayor al del primer nivel brindando servicios como el de urgencias, el de admisión, el de hospitalización, cuenta con un banco de sangre y central de esterilización, con un sistema de equipos, quirófanos, farmacias, consulta externa, entre otros y en hospitales de segundo nivel de mayor complejidad cuentan con subespecialidades como las de dermatología, la de neurología, la de cardiología, la de geriatría, la de cirugía pediátrica, entre otras que se puedan involucrar a este nivel de atención. Cuenta también con un sistema de referencia de pacientes al tercer nivel de atención.

**El tercer nivel:** Está compuesto por hospitales de alta especialidad, enfocados a la rehabilitación del paciente, equipos de apoyo de mayor cobertura y tecnología, también se encuentran especializados en cancerología, especialidades de cardiología, encontramos los de neurología y neurocirugía, las de pediatría y perinatología, las respiratorias, las de geriatría entre otras de alta especialidad, es importante acotar que

varias se encuentran saturadas por la demanda que existe en los servicios por lo que los pacientes tengan que recurrir a largos periodos de espera ante y durante la atención del servicio, así como también son hospitales de enseñanza e investigación (Piña, 2022).

Datos importantes que no se deben dejar pasar es que en México en los años 2008 más del 70% de la población pertenecía al sector urbano y un 35% de la población pertenecía al sector metropolitano que para la fecha se estimaba de más de un millón de habitantes y por ende se asocia a la población de comunidades rurales que para los años 2000 llegaba a los 140 000 que corresponde a un poco más de 2% de la población nacional. Mediante un esquema se da a conocer el sistema de salud que tiene México, incluyendo su estructura, cobertura y alcance.

*Esquema completo del sistema de salud de los Estados Unidos Mexicanos.*



Tomada de (Gómez, 2011)

Este esquema representa de manera simple y específica el sistema de salud de mexicano y los grupos que lo componen.

## **Cobertura**

Pese a los cambios y mejoras en los últimos años la cobertura en salud y la accesibilidad a servicios de calidad continúan siendo un desafío para algunas zonas rurales del país y zonas vulnerables de la población, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para el 2022 el 18.2% aproximadamente de la población mexicana sigue sin contar con acceso a servicios regulares de atención médica, brechas que contribuyen a un aumento de la desigualdad en salud junto con el aumento y prevalencia de morbilidades no tratadas.

Estamos claros que para la OMS el tema central de su agenda de salud es un acceso universal, global en cobertura que estos sean integrales a costos razonables sin riesgos financieros que considere la protección contra gastos catastróficos en salud. Dicha cobertura se compone de tres etapas, una es la afiliación universal, la cobertura universal y la cobertura efectiva universal; contemplan una cobertura garantizando a cada ciudadano un seguro público, con paquetes de servicios regulados de salud integral y protección financiera, y que estos sean de manera igualitaria alcanzando el máximo nivel de calidad que evite crisis financieras y reducción de gastos de bolsillo (Knaul, *et al.* 2013).

En México después de la reforma constitucional en el año 1983 y por consecuencia con las reformas en salud de 2003 se proyectaron avances significativos en su cobertura universal más que todo en las primeras dos etapas dando origen a su sistema de protección social en salud, la tercera etapa sigue siendo un reto para el país, en la actualidad la cobertura del SNS mantiene diferencias institucionales, mismas diferencias que implican una población derechohabiente de distinto tipo y volumen, lo

cual se traduce a una a inequidad y condición desigual de los servicios (Knaul, *et al.* 2013).

Hablando de forma general y como ya sabemos que el sistema de salud en México está fragmentado se ve imposible llegar a una cobertura universal, ya que aquellos que se encuentran empleados en un sector formal, sus familias (cónyuges e hijos menores de 18 años) y jubilados pueden acceder a servicios proporcionados en instituciones del seguro social como IMSS, ISSSTE, ISSFAM o PEMEX. Mientras que la población no asegurada utiliza servicios proporcionados por secretaria y servicios públicos, así mismo los que cuentan con recursos pudientes podrán acceder a servicios privados.

Tomando en cuenta que los servicios públicos a diferencia de la seguridad social son más limitados y tomando en cuenta que la participación del seguro popular se canceló y paso a ser INSABI hoy en día existen millones de personas que no cuentan con una seguridad social de protección en salud, derecho que se encuentra plasmado en la constitución política del país, situación que profundiza una brecha amplia de desigualdad, social, socioeconómica, laboral, residencias o ubicación geográfica a nivel nacional.

Un dato importante es que el INSABI e IMSS-bienestar gastan menos que los otros subsistemas de salud por pacientes pero pese a aquellos que cuentan con seguridad social sigue en aumento esta brecha de desigualdad. Por ejemplo con el sistema de protección social y cuando contaba con el seguro popular la proporción de personas con carencias a accesos de salud se redujo en los años 2008 al 2018 de un 38% a 16% y con la cancelación de este seguro popular se elevó para el año 2020 a 28% (Merino, 2022).

Se puede decir que en la actualidad según datos del Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2023) en su estudio sobre el acceso al derecho a la salud, 3 de cada 10 personas presentan carencias de acceso al servicio y viven en zonas rurales, niveles que se elevaron a diferencia de los datos del año 2016 (García, 2023).



Tomado de García Ana 2023, revista en línea el economista.

Las limitaciones son evidentes y están relacionadas con la atención especializada, ya sea por los tiempos largos o prolongados de espera, el tiempo de traslado, pocas camas o personal, unidades o instituciones que ofrecen el servicio son pocas, entre otras que ocasionan que la atención en salud no sea la adecuada y en las mejores condiciones.

### **Beneficios y/o garantías**

De acuerdo con la constitución política de México en el artículo 4. La protección en salud es derecho para todos y todas, derecho que como sabemos no cubre a toda la población como se estipula en el artículo, los servicios de salud son desiguales y van a depender de la población y en donde se encuentren, en el territorio mexicano existen tres grupos de beneficiarios, como son:

- Trabajadores asalariados, jubilados y sus familias que incluyen a sus cónyuges e hijos menores de 18 años: Forman parte de la seguridad social

que cubría para el 2011 un 48.3 millones de personas de los cuales el IMSS toma un 80% y brinda atención en sus unidades con sus propio recurso humano, el ISSSTE cubre un 18% para este mismo año de igual forma también brinda sus servicios es sus propias unidades y con sus propios recursos humanos, por otra parte tenemos a los colaboradores de PEMEX, SEDEMA, SEMAR, ISSFAM son unidades que se encargan de brindar servicios al uno por ciento de los usuarios con seguro social tanto en clínicas como hospitales de PEMEX, fuerzas armadas y mariana cuenta con sus recursos propios, (al hablar de recursos propios nos referimos a unidades e instalaciones, médicos, enfermeros u enfermeras, entre otros).

- Trabajadores del sector informal, autoempleados, personas no aseguradas o desempleados, personas que juegan en el mercado laboral y sus familias: comprende una población amplia que cuenta con un factor suficientemente económico para costearse un seguro y recuren a los servicios de SSA, los de SESA y los de IMSS-O y se les proveía servicios sobre una base asistencial, y para el 2003 el congreso aprueba la reforma de Ley General de Salud que da paso al Sistema de Protección Social en Salud o por sus siglas (SPSS) y su brazo derecho que fue el SPS, mismo que entro en operaciones en el 2004 y cubría a los mexicanos y sus familias que quedaron fuera de una seguridad social convencional, población que se conformaba por la mitad de la población total. Para los años de 2008 el SPS tenía a su cargo un total de 27 millones de habitantes afiliados, cifras que nos proporcionan información de que más de unas 30 millones de

personas no contaban con protección social en salud y es población que se atiende en los servicios de la SSA y la SESA con un total aproximado de 24 millones y en las unidades del programa IMSS-O un aproximado de 7 millones.

- Personas pudientes con capacidad económica de pago: Son la parte de la población que cuentan con planes privados de salud o pagos de bolsillo pero esta cobertura también cuenta con población que pertenece a la seguridad social, personas pobres de campo y de las ciudades que también forman parte de la SSA, SESA o IMSS-O por lo general recurren a servicios ambulatorios y recurren a ellos por la ubicación en la que se encuentren o por o pasar por las largas horas de esperas para ser atendidos.

Sistema de sanitario de México, 2011 En cuanto a los beneficios que ofrece el IMSS es un régimen obligatorio, voluntario comprendiendo varias ramas; como su seguro de maternidad, enfermedad, seguro de riesgo por trabajo, el de invalidez y vitalicio, el seguro de retiro y el de vejez, prestaciones sociales, servicio de guardería y otros comunes. Varios ofrecen servicios médico quirúrgicos, de farmacia, hospitalización desde el primero al tercer nivel de atención, comprende la lactancia y los subsidios por incapacidad de trabajo temporal, también cuentan con la opción de que las personas no asalariadas puedan optar por este seguro mediante convenios voluntarios con el fin de obtener beneficios médicos tanto en enfermedades como en maternidad o materno infantil Gómez D.*et al.* (2011).

En cuanto a los beneficios que ofrece el ISSSTE se ofrece a los empleados de gobierno, sus familias y pensionados y jubilados sus coberturas son similares a las que ofrece el IMSS y se adicionan la medicina preventiva, de rehabilitación física y mental.

En cuanto a los beneficios que ofrece de PEMEX, SEDEMA, SEMAR e ISSFAM de igual manera sus servicios son iguales a los del IMSS e ISSSTE.

El SPS garantizaba alrededor de doscientos sesenta intervenciones con medicamentos que los afiliados recibían en las unidades de la SESA con paquetes de dieciocho intervenciones de alto costo en los que se incluían los tratamientos de cáncer en niños, cervicouterinos, de mama, VIH/sida y cataratas. Y la población no asegurada se provee de servicios de atención en salud heterogéneos en las instalaciones de la SESA los cuales pueden ser, ambulatorios básicos en los centros de salud rurales, y las intervenciones grandes en las ciudades.

El IMSS-O brinda servicios a la población en zonas rurales a través de clínicas que otorgan servicios de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel y son servicios de medicina general y materna infantiles.

### **Manejo, equipamiento y dirección**

#### **Financiamiento**

En México el sistema de salud es complejo, ejerce de manera marcada a su población con un financiamiento inequitativo e incluso aun así la población se encuentre afiliada a una institución de salud, no implica que se alcance una cobertura universal. Por lo tanto para considerar algo como esto es importante no solo contar con una afiliación si no también con el gasto que se destina y los servicios que ofrecen los subsistemas para conseguir una seguridad financiera y que los gastos de bolsillo eviten que las

familias pongan en riesgo su economía, es decir para tener un buen sistema sanitario es necesario que los gobiernos obtén por un buen sistema fiscal que ayude en la distribución de recursos y por ende el gasto de bolsillo no se convierta en un gasto catastrófico o empobrecedor (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2021).

Podemos decir que en México el Sistema Nacional de Salud está constituido por instituciones públicas y privadas, pero estos siguen una tendencia que se distribuye en un 53% de gasto público y un 47% de gasto privado, el país cuenta con un sistemas fragmentados lo que hace que cada derechohabiente tenga una composición de seguro de salud distinta para cada institución a la que se encuentre inscrito.

Si hablamos de gasto público en México estos provienen del capital recurrente del gobierno federal y estatal quienes transfieren capital a otras instituciones gubernamentales, préstamos y donaciones externas incluyendo los gastos en salud en los sistemas de seguridad social, como también podemos encontrar los gastos privados que corren por cuenta de los individuos pudientes que optan por un servicio más rápido o población que prefiere recurrir a ellos aunque cueste un poco más y evitar las largas horas de espera y el servicio de la atención.

En la parte pública encontramos al IMSS que cuenta con aportaciones tripartitas y su gasto proviene de los empleadores, empleados y el gobierno.

El ISSSTE una organización gubernamental que administra parte de la salud y de la seguridad social sus aportaciones van por parte del gobierno federal y los servidores públicos.

PEMEX es una empresa estatal productora, refinadora, transportista y comercializadora de gas natural y petróleo y su gasto de salud se destina únicamente a los trabajadores de Pemex, por otra parte tenemos a la SSA que es la encargada de distribuir los recursos que le asigna el gobierno a órganos desconcentrados y descentralizados, es la unidad responsable de vigilar estos recursos,

El ISSFAM está compuesto por el gasto destinado a brindar el servicio médico a la secretaria de mariana y la secretaria de la defensa nacional con un financiamiento que proviene de las aportaciones del gobierno y los que integran las fuerzas armadas nacional, mismo que se integran por el programa presupuestario de la SEMAR y SEDENA quienes también tienen como finalidad brindar atención conforme a las necesidades de la salud publica dirigido a la población sin seguridad social por ende no brindan servicio a los integrantes de la ISSFAM, su atención es únicamente al servicio público, el IMSS-BIENESTAR lo crea el gobierno federal y lo administra el IMSS, se crea con la finalidad de brindar servicio a la población rural y marginal que carece de un sistema de salud en el país y su programa acerca los servicios y acceso de seguridad social a las comunidades marginales, sus recursos provienen de tres fuentes que son las aportaciones a seguridad social, recursos de la comisión nacional de protección social en salud (CNPSS) que provienen de la secretaria de salud y convenios específicos con diferentes comisiones de salud (Méndez, 2022).

El Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) es un recurso que corresponde a las aportaciones federales para entidades y municipalidades, así como el gasto que proviene de los fondos propios de las entidades federativas estatales y se destinan a los bienes y servicios sanitarios.

En el 2016 los gastos públicos en salud estaban distribuidos de la siguiente manera conforme al gasto total de cada institución o programa, con un 40% el IMSS, un 21% la SSA en este se incluyen el presupuesto del SP, un 14% que corresponde al FASSA, un 9% que corresponde al ISSSTE, un 7% que corresponde al SESA y un 9% que corresponde al gasto de diversas instituciones que proveen el servicio en salud.

Tenemos que recordar que el gasto público en salud va a depender de la condición laboral y económica de las familias o personas, como se muestra en el siguiente cuadro:

<b>Población asegurada</b>	<b>Población no asegurada</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- IMSS</li> <li>- ISSSTE</li> <li>- PEMEX</li> <li>- ISSFAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSA</li> <li>- FASSA</li> <li>- SEDENA</li> <li>- SEMAR</li> <li>- IMSS-B(Prospera o SP)</li> <li>- GASTOS ESTATALES</li> </ul>

Elaboración propia de la autora año 2024.

La SEDENA y SEMAR corresponden únicamente a los programas que atienden las necesidades de la población para la salud pública y la atención sanitaria de los asegurados por la ISSFAM solo debe darse a través de la misma.

### **Recursos y talento humano**

Al hablar de recursos y talento humano en los servicios sanitarios públicos nos referimos a cada uno de los elementos conformados por el mismo, cuyo fin está enfocado en los pacientes como los equipos, personal, material, programas, unidades, tangibles e intangibles que conlleven una actividad dirigida a la población (Recursos Sanitarios Públicos, 2021).

En cuanto a establecimientos de salud por años los datos del sistema de información de la secretaria de salud nos muestra que para el 2022 México contaba con un total de 37,441 centros que se dividen en asistencia social, consulta externa, unidades de apoyo y en hospitalización se contaba con 5.019. Se muestran las cifras en la siguiente ilustración.

Año	Asistencia Social	Consulta externa	Hospitalización	Apoyo	Total
2010	509	20,903	3,744	1,121	26,277
2011	626	21,170	4,093	1,133	27,022
2012	645	21,505	4,198	1,123	27,471
2013	647	21,680	4,276	1,136	27,739
2014	659	21,852	4,359	1,156	28,026
2015	664	22,072	4,457	1,173	28,366
2016	668	27,465	4,474	1,237	33,844
2017	672	27,816	4,538	1,298	34,324
2018	681	28,761	4,629	1,327	35,398
2019	692	28,564	4,707	1,443	35,406
2020	660	27,913	4,909	1,516	34,998
2021	658	28,298	4,995	1,766	35,717
2022	630	29,737	5,019	2,055	37,441

Tomado de la base de datos de la SSA 2024.

Si hablamos del capital humano de acuerdo a las estadísticas del Sistema de información de la secretaria de salud para el año 2022 el estimado de médicos para este año fue de 48.752, en enfermería fueron 201.624 y en auxiliares en enfermería 108.875.

De acuerdo a los dato de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) el número de médicos para el año 2022 corresponde a 3.3 por cada mil habitantes, para México este promedio es de 2.0 por cada mil habitantes por consecuencia las entidades no alcanzan el promedio nacional lo que da un rango de 0.47 a 1.49 médicos por cada mil habitantes, y la participación más alta de médicos está en las instituciones de seguridad social que en los servicios estatales (Méndez, 2022).

Este mismo estudio de (Cobertura y financiamiento: Servicios Estatales de Salud (SESA), 2022) nos dice que el promedio de enfermeras es de 2.4 por cada mil habitantes, mientras que para la OCDE el promedio es de 9.1 pero la realidad es que en México es de 0.6 en un mínimo y un máximo de 1.9 promedio por cada mil habitantes (Sinaiscap.salud.gob.mx, 2023).

Año	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	TOTAL
2012	146,322	40,172	17,201	154,269	14,728	90,825	17,116	57,394	65,999	202,756	806,782
2013	152,423	42,294	17,668	160,539	16,973	93,128	17,167	59,194	68,828	206,070	834,284
2014	159,364	45,417	18,142	166,266	19,091	97,048	18,606	62,075	70,694	216,192	872,895
2015	170,129	47,873	23,744	172,049	21,874	100,726	20,120	39,288	83,755	218,320	897,878
2016	171,930	52,953	15,556	180,633	26,093	102,915	18,897	41,627	112,090	211,422	934,116
2017	173,374	55,660	15,884	179,167	28,124	105,578	24,360	42,027	112,520	212,920	949,614
2018	174,536	56,690	17,261	181,386	29,857	104,853	18,820	42,755	115,693	214,391	956,242
2019	176,706	58,400	15,691	183,875	28,585	103,092	19,900	45,170	117,034	215,248	963,701
2020	180,423	57,362	16,290	191,731	26,017	108,073	20,156	45,527	120,989	220,422	986,990
2021	183,923	63,710	17,139	196,423	24,395	108,521	23,387	47,779	121,373	219,675	1,006,325
2022	186,851	67,945	17,113	201,624	28,083	108,875	23,418	48,752	123,791	223,389	1,029,841

Tomado de SSA 2024, basado de su Sistema de información.

También se muestra la imagen ilustrativa de médicos por tipo en instituciones para el año 2022, así como la cantidad de enfermeras y auxiliares en enfermería.

Institución	Médicos generales, especialistas y Odontólogos	Personal médico en formación	Médicos en otras labores	Enfermeras generales y especialistas	Pasantes de enfermería	Auxiliares de enfermería	Personal de enfermería en otras labores	Personal profesional	Personal técnico	Otro personal	Total
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	64	0	0	0	0	0	0	250	1	115	430
DIF	771	205	134	610	120	148	125	1,023	596	2,001	5,733
ESTATALES	5,866	1,828	458	5,481	763	996	314	1,389	1,381	5,655	24,131
IMSS	65,088	22,638	6,594	67,216	0	38,607	9,602	10,586	73,070	70,054	343,455
IMSS BIENESTAR	3,680	2,916	188	1,201	762	9,685	66	336	749	4,269	23,852
ISSSTE	17,940	2,431	1,572	15,731	25	8,312	2,286	2,121	5,537	21,398	77,353
MUNICIPAL	948	313	68	748	205	85	40	252	281	1,167	4,107
PEMEX	2,180	853	203	2,214	0	1,640	119	511	945	3,846	12,511
SALUD	85,522	33,791	7,147	104,038	24,165	48,022	9,986	30,194	36,878	108,244	487,987
SEDENA	2,680	1,408	190	1,964	1,263	696	463	992	3,304	2,891	15,851
SEMAR	1,054	341	469	1,333	255	54	346	491	515	1,981	6,839
UNIVERSITARIO	1,058	1,221	90	1,088	525	630	71	607	534	1,768	7,592

Tomado de SSA 2024, basado de su Sistema de información.

De acuerdo con los datos del sistema de información de la SSA en su sección de egresos hospitalarios por servicio para el año 2022 se registró un total de 2, 292,018, estos están estipulados por hospitalización y corta estancia, a continuación se muestra en su tabla de ilustración.

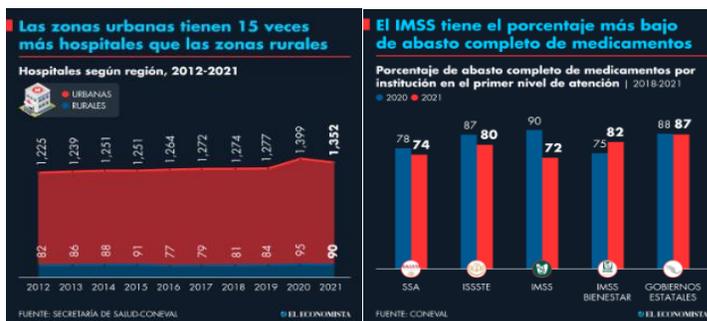
Año	Hospitalización	Corta estancia	Total
2017	2,447,349	268,275	2,715,624
2018	2,339,355	284,024	2,623,379
2019	2,314,261	315,173	2,629,434
2020	1,667,197	270,147	1,937,344
2021	1,784,389	304,390	2,088,779
2022	1,984,064	307,954	2,292,018

Tomado de SSA 2024, basado de su Sistema de información.

El Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) en el 2022 México en cuanto a camas contaba con un 1.1 camas por cada mil habitantes datos que para la OCDE comprende a 4.8 en promedio de camas por cada mil habitantes. Y hace una revisión a los SESA y nos muestra que ninguna entidad llega al promedio de camas, esta van de 0.2 a 0.9 camas por cada mil habitantes (Méndez, 2022).

Conforme a un estudio realizado por García Ana (García Ana K., 2023) nos dice para el corte de 2021 podemos observar que existen más unidades de hospitalización en las marcaciones urbanas que en zonas rurales, esto considerando que la distribución de hospitales es muy amplia en México y que la zona urbana es mayor, por consecuencia se produce que las personas que habitan en las marcaciones rurales tengan problemas de acceso y tiempos excesivos de movilización y poder llegar a las unidades de atención y recibir los servicios.

Por otra parte la autora también nos habla sobre los porcentajes de abastecimiento de medicamentos por institución instituciones de salud del primer nivel para años de 2020 y 2021 en donde podemos observar que en el IMSS-Bienestar se mantiene y el IMSS presento una disminución considerable (García, 2023).



Tomado de García Ana, 2023. Gráficos sobre el acceso a la salud mexicano.

## Investigación

En salud, la investigación es un factor importante que nos ayuda a forjar una respuesta racional y justa a problemas emergentes, costosos y complejos de atender, si se dirige su colaboración a resolver problemas prioritarios que no solo se enfoquen en la mortalidad o discapacidad que producen, también mejorar la carga de morbilidades en el país además también revisar si existe alguna preocupación generada en diversos grupos sociales incluyendo las tomas de decisiones, trabajadores de salud y población en general.

El Sistema Nacional de Investigadores (SNI), en México, es una institución que reconoce la labor de investigadores que se dedican a producir conocimiento científico y tecnológico y fue creada por acuerdo ministerial en 1984, cuenta con tres categorías la primera son los candidato a investigador nacional, la segunda es candidato a investigador nacional con tres niveles y la tercera categoría es el investigador nacional emérito, mismos que cada que se aprueba solicitudes de investigación y conforme al

nivel o categoría se les otorga un estímulo económico asignado, esto aunado a otros mecanismos, como evaluación y seguimientos ayuda a mantener la calidad, una investigación científica y tecnológica que se produce en el país, también fortalece las bases de una buena investigación y evitar la fuga de cerebros.

Existen comisiones que se encargan de brindar reconocimientos de investigación con evaluaciones su objetivo es evaluar la calidad de la académica, así como la trascendencia e impartido de la investigación científica, tecnológica así como la formación de catedra y talento humanos Reyes G. *et al.* (2015).

Estos pueden ser libros, artículos, desarrollos tecnológicos, patentes, innovación, transferencia de tecnología, en cuanto a la docencia y formación de talento humano con impartición de cursos, dirección de tesis, educación en investigadores así como grupos de investigativos. Estas contribuciones que se otorgan al científico por el SIN ayudan a que no solo obtengan un reconocimiento o distinción sino también a fortalecer la investigación en el país Rodríguez, *at al.* (2017). (pp. 1-33).

Se debe contar con un contrato por una Institución de Educación Superior y dichas distinciones y estímulos no son permanentes van a depender de la categoría que van desde tres y cuatro años y para el emérito cinco años.

Según el estudio realizado por el Dr. Núñez C. (2021) nos dice que de acuerdo con el padrón de beneficiarios del CONACYT 2020, se contaba con 33.195 investigadores reconocidos por el Sistema Nacional de Investigadores de estos 8.727 son candidatos a investigadores nacionales y 17.091 son investigadores nacionales nivel I, 4.793 son investigadores nacionales nivel II, 2.584 son investigadores nacionales nivel III y eméritos.

Conforme al estudio realizado por Martínez P. (2022) que para los años 2021 la investigación en México estaba en su momento más difícil, los Institutos Nacionales de Salud, los centros de investigación públicos como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Centro de Investigación y de Estudios Avanzados (Cinvestav), los centros de Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y tecnología (Conacyt), las Universidades Estatales, entre otros centros se encuentran sufriendo cambios en la restricciones presupuestarias, asfixias administrativas que cada vez son más acentuadas y los resultados de ocho décadas de esfuerzo y trabajo para la mejora de los programas de salud con sus bases científicas están en estas décadas en peligro.

(Martínez, 2022) Nos dice también que la triste realidad que dejó el mal manejo de la pandemia del Covid-19, el desmantelamiento y la improvisación del sistema público de la salud, no permite el aseguramiento de un futuro próximo favorable a corto plazo y que solo volverá a ser prometedor cuando el conocimiento científico sea la base de una definición de políticas públicas en salud en el país.

### **Vigilancia y evaluación en los procesos en salud**

En México el encargado de vigilar y evaluar los procesos en salud es el gobierno federal y la secretaria de salud quienes fungen como rectores del sistema con planificaciones estratégicas, definición de prioridades, coordinación sectorial tanto interna como externa, regula las actividades de atención en salud, la regulación sanitaria, evalúa los servicios, los programas, las políticas, las instituciones y los sistemas, así como algunas de las actividades de regulación y atención en salud las realizan en conjunto y colaboración con diferentes profesionales e instituciones de sociedad civil Gómez D. *et al.* (2011), (pp. 1-13).

La Secretaría de Salud también es la responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas, concentra las estadísticas sanitarias, convocar los grupos interinstitucionales y entre las funciones básicas que tienen a su cargo destacan: evaluar la prestación de los servicios, actualizar la normatividad de regulación sanitaria y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

En cuanto a la regulación de actividades de atención en salud, se cuentan con mecanismos que acreditan tanto a las escuelas en medicina y enfermería, titulaciones y certificaciones, cuentan con certificación, acreditación y permisos de funcionamiento las unidades de atención sanitarias, así como las instancias de conciliación, arbitraje, judiciales, mismas que lidian con controversias entre usuarios y proveedores si existieren en la atención en salud.

La vigilancia de estas actividades en salud la mantiene la Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), quien se encarga de proteger a la población de eventos futuros o fortuitos que pueden poner en riesgo la salud de los mexicanos, eventos que se pueden dar por exposición de factores químicos, físicos ambientales, biológicos, o en productos de uso doméstico p de consumo. Esta cuenta con una autonomía administrativa, técnica, operativa que depende de la secretaría de salud y sus funciones son controlar, fomentar y regular la salud, controla y vigila las instituciones de salud, en cuanto a factores ambientales los controla y regula, controla los productos, servicios y el saneamiento básico así como la salud ocupacional, entre otras actividades que involucren a la salud como, exportaciones, equipos e insumos médicos, publicidad de actividades, productos y servicios, la disposición de tejidos órganos, donaciones, y trasplantes enfocados en humanos y mantiene en orden la inocuidad de los alimentos y

calidad bacteriológica fisicoquímica del agua, también es la responsable de garantizar calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos que son producidos y vendidos en el mercado.

Gómez D. *et al.* (2011), nos dice que la evaluación corre por cuenta de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de la Secretaría de Salud quien se encarga de evaluar el desempeño de los servicios nacionales y estatales en salud, también de los servicios personales, programas prioritarios de la salud pública, privada y social, quienes debes realizar una rendición de cuentas y ser publicados en la misma, es un informe anual que realiza el seguimiento al programa nacional en salud e informes con evaluaciones comparativas de los SESA y otros diferentes establecimientos de salud (pp. 1-13).

## **Infraestructura, equipamiento y tecnología**

### **Infraestructura en salud**

México para el año 2019 contaba con un total de 35.453 establecimientos de salud. Considerando tanto los públicos como los privados, se muestra en la siguiente imagen gráfica con una representación numérica de establecimientos por instituciones.

Los subsistemas de salud pública federal como ya lo mencionamos se conforma por el IMSS, ISSSTE, SSA, Cruz Roja Mexicana (CRM), mismos centros que brindan atención general que es la de primer contacto, la medicina preventiva o unidades de primer nivel y específica que es la que ofrece hospitalización, medicina especializada y se da en unidades de segundo y tercer nivel. Las unidades de servicios (US) del sector público son el Sistema Nacional del DIF, los Centros de Integración Juvenil, PEMEX,

SEDENA, SEMAR; los servicios médicos estatales, los municipales y los universitarios, y por otra parte se encuentran los servicios privados de salud.

Unidades de Servicios de Salud por Institución

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	U S
CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL	51
CRUZ ROJA MEXICANA	141
ISSSTE	1,147
IMSS	1,547
IMSS RÉGIMEN DE BIENESTAR	4,353
PETROLEOS MEXICANOS	63
PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA	34
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	43
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL	51
SECRETARIA DE MARINA	37
SECRETARIA DE SALUD	16,195
SERVICIOS MEDICOS ESTATALES	319
SERVICIOS MEDICOS MUNICIPALES	111
SERVICIOS MEDICOS UNIVERSITARIOS	34
DIF	664
TOTAL SERVICIOS PÚBLICOS	24,790
SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS	10,663
TOTAL	35,453

Tomado de *Distribución espacial de la infraestructura des sector salud en México.*

Del total de las US se puede decir que un 70% corresponden a unidades públicas de las cuales 66% se entienden a los sistemas de salud federal y un 1.2% están a cargo de los sistemas médicos municipales y estatales, y la diferencia a otras instituciones universitarias y públicas. La salud y atención de la población esta asumida por la federación.

### **Equipamiento en salud**

En México los recursos en salud son esenciales para la atención tanto ambulatoria como hospitalaria, mismos que han venido creciendo sistemáticamente en todas las instituciones públicas durante los últimos años, datos que para el año 2000 el sector público sumaba unos 19107 establecimientos de los cuales el 60.5% pertenecía a la SSA y poseía un 40.8% en camas censables, en cuanto a laboratorios de análisis clínicos se establecía en un 49.9%, para salas de parto y posparto contaba con un 87.5% y en

cuanto a quirófanos un 54.9% y la mayor proporción de los equipos tecnológicos en radiodiagnóstico la contemplaba el IMSS con un porcentaje del 42.4%.

**Recursos públicos disponibles para la atención en salud**

Las instituciones públicas de salud cuentan con...

- 69,896 médicos generales y familiares
- Más de 21 mil unidades de atención ambulatoria
- 94,603 médicos especialistas
- 1,395 Hospitales
- Alrededor de 10 mil odontólogos
- 77,523 Consultorios
- 26,066 residentes
- 4,162 Quirófanos
- 144,784 enfermeras generales
- 72 Aceleradores lineales
- 36,602 enfermeras especialistas
- 779 Mastógrafos
- 104,853 auxiliares de enfermería
- 86 Equipos de resonancia magnética
- 139,581 camas totales, 89,562 hospitalarias y 50,019 en otras áreas
- 385 Tomógrafos

\*Datos estimados 2018. Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud [Ingresar](#)

Tomado de *Sistema Nacional de Salud año 2018 de su base de datos.*

Conforme a los datos del Sistema de Información de la SSA y la Dirección General de Información en Salud para el año 2021 en sus datos ilustrativos informativos nos muestra que los equipos médicos de alta tecnología en instituciones públicas fueron los siguientes que se muestran a continuación.

**Equipo médico de alta tecnología (EMAT) en instituciones públicas**

EMAT por año | EMAT por entidad | **EMAT por institución** | EMAT por tipo

Institución	Aceleradores lineales	Mastógrafos	Resonancias magnéticas	Tomógrafos	Angiógrafos	Gamma cámaras	Unidades de radioterapia
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	0	0	0	0	0	0	0
DIF	0	0	0	0	0	1	0
ESTATAL	2	19	9	20	5	1	1
IMSS BIENESTAR	0	4	0	0	0	0	0
IMSS	28	323	45	145	33	20	15
ISSSTE	4	101	10	42	4	3	2
MUNICIPAL	0	1	0	0	0	0	0
PEMEX	0	16	1	9	3	0	0
SALUD	37	261	53	188	50	20	31
SEDENA	5	26	9	30	10	2	3
SEMAR	1	11	4	51	7	2	1
UNIVERSITARIO	3	7	4	4	5	2	3

Equipo médico por institución: Gráfica | **Cuadro**

Año: 2021

Equipo médico: Seleccione una opción

[Revisar tabla de datos](#) | [Descarga tabla de datos](#)

Tomado de la *secretaria de salud año 2022.*

## **Tecnología en salud**

Un sistema de salud son estructuras dinámicas y complejas con una constante operación, organización y evaluación en todo aspecto, organizativo, administrativo, financiero, rector, gestor de recurso, provisión de servicios, con un solo objetivo de mantener, mejorar, tratar las condiciones sanitarias y equidad de recursos financiero de la población en general.

En México cuentan con las ETES (Evaluación de Tecnología Sanitaria) y la CENETEC (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud) ambas se encargan de evaluar la tecnología en salud en el país, que van a ser los procesos que se analizan en las tecnologías sanitarias mismas que van a determinar su valor, contribución, y su impacto económico y social en el entorno a salud.

En México las ETES se encarga de las siguientes características para proporcionar resultados favorables y específicos en sus evaluaciones (Evaluación de Tecnologías para la Salud, 2014).

- Cuenta con un campo multidisciplinario que se encarga de estudiar implementaciones médicas, económicas, éticas y sociales en la tecnología sanitaria.
- Responde y ayuda a responder preguntas en cuanto a tecnología sanitaria se refiera, como si es funcional, si es adecuado incorporarla, implicaciones e impacto en su implementación.
- Al poner en marcha tecnologías rentables y eficaces contribuye a mejorar la seguridad de los pacientes.

- Ayuda a una mejor regulación y administración de los recursos permitiendo tomar decisiones basadas en evidencia científica.
- Conforme a un nivel administrativo, los resultados que ofrece la ETES son utilizados para establecer una mejor condición adquisitiva, monitoreo y uso de tecnologías médicas.
- Y en un nivel micro estas aportan información para un mejor diseño, implementación y difusión de las guías prácticas clínicas.

El CENETEC es el órgano desconcentrado de la SSA, mismo que fue nombrado en el año 2009 como centro colaborador de la OPS y la OMS y contribuye a satisfacer las necesidades de evolución y gestión de las tecnologías en salud, coordina los esfuerzos sectoriales así como la integración, generación y divulgación de informes e información con el único fin de sustentar las tomas de decisiones en los servicios de salud (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2023).

Es un órgano que colabora a que la calidad de la atención médica se encuentre directamente vinculada al acceso de los pacientes con tecnología médica para la salud como dispositivos, equipos, organizaciones médicas, medicamentos, procedimientos médicos, y sistemas de información. Que los mismos sean apropiados y gestionados adecuadamente, considerando que hoy en día estas tecnologías son más complejas, costosas, con una oferta amplia, para esto es la necesidad de contar con una evaluación oportuna, confiable, basada en las mejores evidencias, ya que de ello depende la incorporación y si estas se mantienen o se excluyen dependiendo de su calidad, seguridad y su relación costo-efectiva que beneficie a la salud de todos.

Los cuatro campos principales de la CENETEVIC son el de Evaluar la tecnología para la salud, las guías prácticas clínicas, la gestión de los equipos médicos y la telesalud, así como ofrece servicios de recomendación en materia de tecnología de salud, asesoría en equipos médicos y telesalud, la evaluación de estos, guías, informes técnicos, dictámenes, certificados, entre otros basados en tecnología de la salud (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2023).

### **Políticas de calidad**

La calidad del servicio para los sistemas de sanitarios se ha transformado en un gran reto en México la SSA por medio de la DGCESS dentro de sus atribuciones dictan las respectivas políticas de calidad correspondientes a la atención en salud del país con el fin de lograr un acceso efectivo en la salud de la población, organizaciones firmes y seguras, mejor experiencia al utilizar los servicios de salud, bajos costos y razonables en la atención.

Sistema de salud de México, (2011) de acuerdo a datos del año 2006 en la encuesta nacional de salud y nutrición indicaba que en México los usuarios de los servicios de salud calificaban la calidad de atención como muy buena y buena, y Pemex tanto como SEDEMA contaban con los porcentajes más altos en un 96.6, y lo siguen las instituciones del ámbito privado con un 91% y para el año 2009 una encuesta que se llevó a cabo por el IMSS demostró que los afiliados un 77% consideran una calidad de atención de muy satisfecho y satisfecho y con un 85% dan por segura una recomendación de su unidad de atención sanitaria (pp. 1-13).

## **Participación colectiva del sistema**

### **Participación ciudadana y del gobierno**

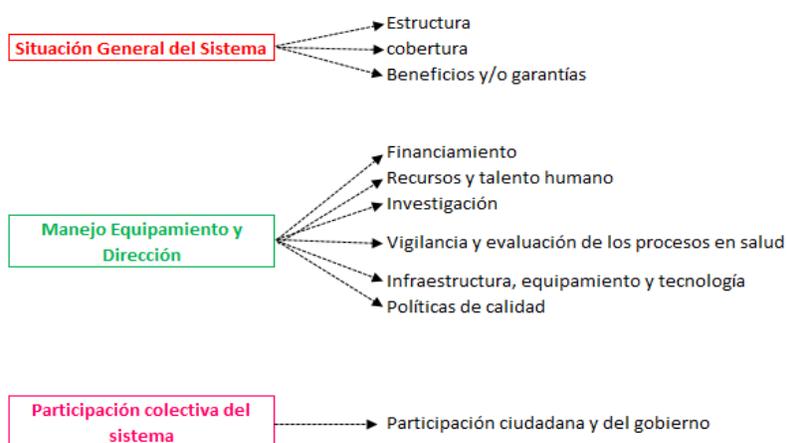
En México la participación y el control social para los años 2000 fueron la elaboración de estrategias promoviendo el impulso de comités locales sanitarios, en comunidades, apoyando la salud preventiva, el control de enfermedades que para este año fueron de 18 000 centros de salud a nivel país y se desarrollaron movimientos municipales por la salud incorporando unos 1500 en total, mismos que generaban las iniciativas de mejora e iniciativas que promovieran el desarrollo sanitario organizado por las autoridades locales (Perfil del sistema de servicios de salud México, 2002).

Una participación en salud debe verse reflejada en la formación de relación entre ciudadanos y el estado, que se vea basada en la legitimidad, el reconocimiento de las personas al decidir sobre la salud y su salud, para los años 1917 la Constitución Política dio paso a un importante aporte como el de la participación e inclusión ciudadana en México, al integrar conceptos como el de derechos políticos de opinión y voto en su artículo 5° implementándolo como una plataforma de justicia social para la ciudadanía.

## Comparativo de los sistemas de salud de Ecuador y México

Para hacer un comparativo de un sistema de salud es importante conocer la situación que vive otro país en especial aquellos países que presentan las mismas similitudes como lo es Ecuador y México, ya que nos dan a conocer la realidad, perspectiva, horizontes, funcionalidad, esquema organizacional, sus recursos, equipamiento, tecnología, financiamiento, sus enfoques, entre muchas otras cosas que nos permite medir o hacer una comparación internacional, así como proporcionar información de un estudio que se puede utilizar para optar por mejores funciones o tomas de decisiones con mejores resultados, conclusiones, aplicando recomendaciones y que estas se puedan poner en práctica.

Para esta investigación nos hemos propuesto analizar diferentes puntos de vistas de los sistemas sanitarios de ambos países y poder llegar a conocer sus similitudes y diferencias, los cuales se enfocaron de la siguiente manera.



Elaboración propia de la autora año 2024.

## Esquemas comparativos

Para ello es necesario plasmarlos en cuadros ilustrativos elaborados por la autora de la investigación y así dar un panorama o visión específica y práctica de cada punto a comparación en cada país.

Generalidades de Ecuador y México	
<b>Ecuador</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre oficial Republica de Ecuador</li><li>• Proclama su independencia un 14 de agosto del año 1830</li><li>• 18,5 millones de habitantes (2023)</li><li>• Extensión geográfica de 253.561 km<sup>2</sup></li><li>• Pluricultural y multiétnico, conformado por población afroecuatoriana, indígena, mestiza, mulata y blanca</li><li>• Al ser considerado un república tiene estados democráticos, sociales, independientes, plurinacionales, interculturales, laicos, constitucional, soberano, unitario, que están basados en la justicia y el derecho</li><li>• Modelo de gestión descentralizado y baja descentralización</li><li>• Importantes diferencias geográficas, económicas y sociales, con cuatro regiones (Sierra, Costa, Oriente o Amazonía y región insular) conforme a su ubicación con los Andes y cuenta con una región Insular (las Islas Galápagos)</li><li>• Cuenta con 24 provincias, 221 cantones, 1499 parroquias (1140 rurales y 359 urbanas)</li><li>• Sus ejes políticos son erigidos por el voto popular</li><li>• El mandato presidencial funge por cuatro años, con una oportunidad de reelección</li><li>• Sistema de salud mixto (público y privado)</li><li>• Su sistema de salud se rige por tres niveles de atención</li><li>• El órgano rector de salud pública es el Ministerio de Salud Pública (1967)</li><li>• Salud gratuita y universal en el 2007 y en 2008 se plasma en la constitución de la república ecuatoriana.</li><li>• El estado es el agente rector que garantiza el acceso al servicio de salud</li></ul>

<p><b>México</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre oficial Estados Unidos Mexicanos</li> <li>• Proclama su independencia un 28 de septiembre del año 1821</li> <li>• 129,5 millones de habitantes (2023)</li> <li>• Extensión geográfica de 1.964.375 km<sup>2</sup></li> <li>• Pluricultural, conformado por población mestiza, indígena, afroamericana</li> <li>• Al ser considerado un régimen democrático republicano representativo, laico y federal con estados libres, soberanos, con poder Legislativo, Ejecutivo, Judicial y autónomos en su régimen interno, gobiernan según sus propias leyes, cuentan con constitución propia que no pueden contradecir a la constitución federal ni realizar algún tipo de acción sin el permiso o aprobación del permiso federal</li> <li>• Modelo de gestión centralizado en la administración pública y centralizado con municipalidades autónomas</li> <li>• Importantes diferencias geográficas, económicas y sociales con nueve regiones fisiográficas principales : Baja California, las Tierras Bajas Costeras del Pacífico, el Altiplano Mexicano, la Sierra Madre Oriental, la Sierra Madre Occidental, la Cordillera Neovolcánica, la Llanura Costera del Golfo, el Altiplano Sur y su Península Yucateca</li> <li>• 32 entidades federativas, cada una se constituye por municipios que en su totalidad son 2,475 que incluyen las 16 demarcaciones de la capital CDMX</li> <li>• Sus ejes políticos son erigidos por el voto popular</li> <li>• Su mandato presidencial funge por seis años, sin derecho a ser reelegido</li> <li>• Sistema de salud mixto (público y privado)</li> <li>• Su sistema de salud se rige por tres niveles de atención</li> <li>• El órgano rector de salud pública es la Secretaría de Salud (1943)</li> <li>• Salud gratuita y universal para todos se establece en el 2001 con el programa gratuidad de los servicios médicos y los medicamentos</li> <li>• El estado es el agente rector que garantiza el acceso al servicio de salud</li> </ul>
----------------------	---

Elaboración propia de la autora año 2024.

### Enfoques del sistema sanitario público de cada país.

Sistema de salud		
Enfoque del sistema	Ecuador	México
<b>Órgano Rector Sector Público</b>	MSP	SSA
<b>Sector</b>	Sistema mixto (público y privado)	Sistema mixto (público y privado)
<b>Niveles de atención</b>	Primero, segundo y tercer nivel de atención.	Primero, segundo y tercer nivel de atención.
<b>Fuentes de financiamiento</b>	<b>Público:</b> Gobierno, <u>Seguridad Social:</u> (gubernamentales, trabajador, empleador). <b>Privado:</b> Hogares, externos (con/sin fin de lucro) contribuciones patronales.	<b>Público:</b> Gobierno federal, gobiernos estatales <u>Seguridad Social:</u> (gubernamentales, trabajador, empleador). <b>Privado:</b> Individuales, empleadores.
<b>Fondos / Compradores</b>	<b>Público:</b> MSP, MIES, Municipalidades, ISSFA, ISSPOL, IESS. <b>Privado:</b> Seguros privados.	<b>Público:</b> <u>Seguridad Social:</u> IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR. <b>SSA y SESA:</b> SSA, SESA, IMSS Oportunidad/Bienestar. <b>Privado:</b> Aseguradoras privadas.
<b>Proveedores</b>	<b>Público:</b> Hospitales y establecimientos ambulatorios, establecimientos de militares y policías dispensarios públicos. <b>Privado:</b> Con/sin fin de lucro en contrato con el IESS, ISSFA, ISSPOL y clínicas o instituciones privadas.	<b>Público:</b> <u>Seguridad social:</u> Hospitales, clínicas. <b>SSA y SESA:</b> G. Federal (hospitales y clínicas) G. Estatales (hospitales, clínicas y médicos de estos programas), los establecimientos ambulatorios. <b>Privado:</b> Prestadores del sector privados.
<b>Usuarios</b>	<b>Público:</b> Población sin recurso, miembros de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional y familias, trabajadores del sector formal y campesino, jubilados. <b>Privado:</b> Población con capacidad de pago, población sin seguridad social.	<b>Público:</b> <u>Seguridad social:</u> Trabajadores del sector formal, familiares de los trabajadores, jubilados. <b>SSA y SESA:</b> Autoempleados, trabajadores del sector informal y desempleados. <b>Privado:</b> Población con capacidad de pago.

Elaboración propia de la autora año 2024.

## Similitudes y diferencias

	Indicadores de comparación	Similitudes		Diferencias
		Ecuador	México	
<b>Situación general del sistema</b>	<b>Estructura cobertura beneficios/garantías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud Pública: población más vulnerable, con pocos recursos</li> <li>- S. Social: personas afiliadas sean voluntarios o bajo relación de dependencia.</li> <li>- Prestadores Privados: Proveedores del servicio y aseguradoras independientes Centrada en Zonas Urbanas</li> <li>- Programas como el MIES y Municipalidades con unidades para población no asegurada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia social enfocada a población sin S. Social.</li> <li>- Esquema de Seguridad Social: Basado en Empleados</li> <li>- Sector Privado: Proveedores de servicios y aseguradoras independientes, sector socioeconómico medio-alto</li> <li>- Otros: Programa-IMSS-Bienestar (presta servicios en todo el país en conjunto con los estados) a población sin seguridad social.</li> </ul>	<p>En estructura similares con la diferencia de que Ecuador su sistema es netamente mixto y en México está combinado es más segmentado. En cuanto a cobertura en Ecuador (IESS) trabajadores formales y familiares directos y el S. Social Campesino cubre a todo trabajador de áreas rurales, en México (IMSS e ISSSTE) trabajadores formales y familiares directos, siendo una S. Social más segmentada y el IMSS-B cubre la otra parte de la población no asegurada. Diferencia en extensión geográfica y poblacional, por ende los servicios de hospitalización y clínica son proporcionales a beneficios / garantías</p>

Elaboración propia de la autora año 2024.

	Indicadores de comparación	Similitudes		Diferencias
		Ecuador	México	
Manejo, equipamiento y dirección	<b>Financiamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de financiamiento mixto y combinación de recursos entre el sector público y privado.</li> <li>- Las aportaciones de los trabajadores y contribuciones por parte del empleador al S. Social.</li> <li>- Se utiliza un proporcional de los impuestos para el sistema de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de financiamiento mixto, con aportación pública y privada.</li> <li>- Sistema fragmentado, lo que ocasiona que cada derechohabiente cuente con una composición diferente de S. Social y depende de la institución a la que esté inscrito.</li> <li>- Se utiliza un proporcional de los impuestos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En financiamiento el Ecuador por parte del gobierno juega un papel importante, pero su mayor dependencia proviene de las aportaciones directas de trabajadores y empleadores.</li> <li>- A diferencia de México que el gobierno federal y estatal aportan un porcentaje significativo por medio del IMSS e ISSSTE.</li> <li>- Otra de sus diferencias es que en Ecuador el esquema de S. Social hace posible una mayor aportación por parte de los trabajadores independientes o informales con contribuciones voluntarias al IESS y en México se realiza en menor prominencia.</li> </ul>
	<b>Recursos y talento humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con recursos adecuados para cada nivel de atención.</li> <li>- Cuenta con inversión en infraestructura media.</li> <li>- La formación en personal médico es media, se ve afectada y la capacitación es constante.</li> <li>- La tele medicina se fomentó con la crisis pandémica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuenta con recursos equipados y adecuados para cada nivel de atención.</li> <li>- La inversión destinada a infraestructura es media-alta.</li> <li>- La formación, la capacitación son continuas, puntualizadas y constantes.</li> <li>- La tele medicina ya formaba parte y se aplicaba en su modelo de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecuador depende del financiamiento público o cooperación internacional, mientras que México cuenta con una mayor movilidad de capital en el sector salud, tiene mayor inversión privada y atractivo para inversionistas internacionales.</li> <li>- En talento humano México cuenta con mayor profesionalista en salud y la educación es más extensa a diferencia de Ecuador que enfrenta desafíos en formación y retención de personal (migración, remuneración).</li> <li>- Distribución de recursos en México es desigual y se concentra en áreas urbanas y aunque en Ecuador también existe la desigualdad de recursos se esfuerza más por distribuir sus recursos equitativamente nivel nacional.</li> </ul>

<b>Investigación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfocada en la mejora y el abordaje de problemas en salud pública.</li> <li>- Con colaboración internacional baja que pese a la falta de recursos busca fortalecer sus capacidades científicas.</li> <li>- Cuenta con un nivel bajo en publicaciones e investigaciones y en nivel de participación en coloquios o conferencias es medio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfocada en el abordaje en problemas de salud, prácticas médicas, avances médicos y mejorar la salud pública.</li> <li>- La colaboración internacional es media y busca constantemente fortalecer su capacidad científica.</li> <li>- Cuenta con un nivel medio alto en publicaciones e investigaciones y en nivel de participación en coloquios o conferencias es alto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- México cuenta con una participación nacional e internacional de mayor rendimiento y economía más amplia para fomentar la investigación en salud a diferencia de Ecuador, lo que le permite proyectos más grandes centros de investigación especializados, más desarrollados, laboratorios equipados, y estar a la vanguardia constantemente.</li> <li>- A Ecuador le falta mucho por incorporar a sus sistemas y fomentar la investigación constante, lo que permite que México cuente con una mayor actividad en publicaciones o artículos científicos.</li> </ul>
<b>Vigilancia y evaluación de los procesos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MSP otorga los permisos de funcionamiento en sector público y privado y la vigilancia al cien por ciento.</li> <li>- Del ámbito financiero se encarga la Contraloría General del Estado, el encargado de controlar y vigilancia las entidades de unidades médicas y la medicina pre-pagada es la Súper intendencia de Compañías.</li> <li>- A nivel nacional se realizan rendiciones de cuentas para ambos sectores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSa es quien funge como órgano rector, y el Gobierno Federal, SSa junto con la COFEPRIS con las que otorgan los permisos de funcionamiento, las evaluaciones están a cargo de la DGED de la SSa del sector público y privado.</li> <li>- A nivel nacional se realizan rendiciones de cuentas para ambos sectores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambos países utilizan indicadores de salud para mantener el monitoreo y evaluación del desempeño en sus sistemas de salud.</li> <li>- En recolección de datos México muestra una mayor proporción de información desarrollada a diferencia de Ecuador que aún continúa trabajando en ello. En México la frecuencia de evaluación es mayor que en Ecuador lo que permite identificar mejor las áreas a mejorar, en Ecuador se siguen requiriendo esfuerzos con frecuencia y profundidad para la mejora.</li> </ul>

<p><b>Infraestructura equipamiento tecnología</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sus unidades médicas hospitalarias y móviles cuentan con lo adecuado para responder a la población.</li> <li>- Buen equipamiento médico moderno en sus instituciones de salud.</li> <li>- En tecnología médica es menor el poder adquisitivo para compra pero tiene buena gestión y acceso a los servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sus unidades médicas hospitalarias y clínicas móviles están bien equipadas para atender y proporcionar servicios a la población.</li> <li>- Utilizan equipos médicos modernos con personal capacitado en sus instituciones de salud.</li> <li>- La tecnología médica es mayor en poder adquisitivo pero aún existen muchos centros y unidades médicas que continúan sin acceso adecuado a esta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambos países invierten en una buena infraestructura hospitalaria, equipos médicos y tecnología, México por ser una país con una mayor población le cuesta más una implementación universal a estos indicadores y que se vea reflejada en los servicios que brinda a la población, a diferencia de Ecuador que por ser un país pequeño con menor sesgo poblacional la implementación de estos indicadores aunque es poca se ve mejor distribuida y en mejor proporción al momento de brindar el servicio a los ciudadanos, haciendo una distribución más equitativa.</li> </ul>
<p><b>Políticas de calidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Combinación del sector público y privado.</li> <li>- Proporciona accesos equitativos para la población.</li> <li>- Orientadas a brindar cobertura sanitaria universal.</li> <li>- Centrada en la atención de primer nivel y salud preventiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantizar accesos efectivos, con servicios de salud a bajos costos.</li> <li>- Trata de buscar una cobertura universal y gratuita.</li> <li>- Sus Diferentes subsistemas hacen ineficiente el acceso y a políticas de calidad estables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En ecuador la financiación inadecuada, infraestructura limitada y la disparidad del acceso obstaculizan la eficiencia de las políticas, sabiendo que cuenta con menor sesgo poblacional, a diferencia de México que sus subsistemas existentes hacen que la calidad de los servicios sea media, la falta de unidades en sectores rurales también fomenta que sus políticas de calidad no sean las mejores, lo que ocasiona traslados prolongados, tiempos largos de espera para la atención, así como las trasferencias de hospitales por cuenta del paciente.</li> </ul>

Elaboración propia de la autora año 2024.

	Indicadores de comparación	Similitudes		Diferencias
		Ecuador	México	
<b>Participación colectiva del sistema</b>	<b>Ciudadana y del gobierno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejos Cantonales y provinciales y que a través de ellos acordar pactos que garanticen la participación colectiva para fomentar un buen servicio y conocer las necesidades en el sector salud.</li> <li>- Crea espacios de seguridad, toma de decisiones y Control social. Busca transparencia y rendición de cuentas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se crean con el fin de mejorar iniciativas de mejora, promovieran el desarrollo sanitario organizado por autoridades locales, el reconocimiento de las personas a decidir sobre la salud.</li> <li>- Busca transparencia y rendición de cuentas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En México la participación es más estructurada y formalizada con una mayor cantidad de comités y consultas públicas.</li> <li>- En Ecuador se siguen generando esfuerzos para aumentar la participación por lo que se encuentra en fase de desarrollo.</li> <li>- En cuanto al gobierno o estado Ecuador implemento un capitulo completo en la constitución sobre la protección de la salud como un derecho humano a diferencia de México que pese a que tiene políticas solidas no ha implementado cambios en su constitución con respecto a la salud.</li> </ul>

Elaboración propia de la autora año 2024.

Se destaca una comparación clara de los aspectos clave de los sistemas de salud de México y Ecuador, resaltando sus fortalezas y áreas de mejora.

<b>Aspecto</b>	<b>México</b>	<b>Ecuador</b>
<b>Fortalezas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una amplia infraestructura de salud (IMSS, ISSSTE, INSABI).</li> <li>- Los modelos de atención integral con enfoques de prevención.</li> <li>- Normatividad robusta y protocolos de calidad.</li> <li>- El sistemas de monitoreo y las evaluaciones de calidad sanitarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un sistema centralizado con seguro universal (IESS).</li> <li>- Los modelos de atención integral con enfoques de prevención.</li> <li>- Las políticas de salud materno/infantil con respaldo de los parámetros de la OMS.</li> <li>- Coberturas más equitativas en comparación con sistemas fragmentados.</li> </ul>
<b>Áreas de mejora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desigualdad en la calidad entre los sectores públicos y privados.</li> <li>- Desigualdad regional (zonas rurales con menos acceso).</li> <li>- Infraestructura insuficiente en algunas áreas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grandes desafíos en la coordinación entre niveles de atención en salud.</li> <li>- la desigualdad en cobertura en áreas rurales o de difíciles accesos.</li> <li>- Las necesidades de mejora contante de infraestructuras y capacitaciones en zonas rurales.</li> </ul>
<b>Accesibilidad</b>	Alta cobertura, pero con desigualdades entre sectores.	Coberturas universales, pero con brechas en zonas rurales.
<b>Equidad</b>	Desigualdad entre el sector público y privado.	Mejor equidad en cobertura, pero con desigualdades regionales.
<b>Eficiencia</b>	Sistema complejo con posibles ineficiencias entre actores.	Sistema más centralizado, pero con desafíos en la coordinación.
<b>Ponderación de la calidad</b>	<b>7/10:</b> Buena infraestructura y diversidad, pero con desigualdades.	<b>6.5/10:</b> Buen acceso universal, pero con problemas de equidad y coordinación.

Elaboración propia de la autora año 2024.

## Guía de entrevista

**Desarrollo:** Se va a emplear una entrevista dirigida a médicos ecuatorianos que se encuentran realizando sus especialidades médicas en instituciones públicas de salud en México, mismos que formaron parte de instituciones públicas de salud en Ecuador.

**Objetivo:** Conocer la situación de las instituciones públicas de salud en ambos países para obtener un panorama real de la situación de sus sistemas de salud y proporcionar conclusiones con opiniones basadas en la experiencia de cada uno de ellos en el campo de la salud pública.

**Alcance:** Captar información basada en evidencias personales haciendo que el trabajo sea congruente y conociendo la situación en ambos países, con el único fin de darle mayor profundidad a la investigación.

<b>Guía de entrevista enfocada a los sistemas de salud pública de Ecuador y México</b>	
<b>Enfoque:</b> Situación general del sistema de salud pública de ambos países	
<b>N°</b>	<b>Preguntas:</b>
1	¿Qué opinión nos podrías dar sobre los sistemas de salud pública de cada país?
2	Si enfocamos la situación general de los sistemas de salud en estructura, cobertura, beneficios y/o garantías de las instituciones públicas en salud, ¿cómo consideras que estas asignaciones están siendo cubiertas y si están proporcionando resultados en la atención del servicio?
3	Cada país cumple su función de protección en salud que son proporcionados por el gobierno y el asegurado sea este empleador o empleado. Entonces, ¿cómo consideras que son los seguros sociales de cada país y si estos proporcionan garantías al recibirlos o cuentan con fallas e inconsistencias al ser proporcionados?

4	Siendo parte de estas instituciones de salud pública en ambos países, ¿consideras que el sistema de salud responde de manera equilibrada a las necesidades y expectativas de la población?
5	Un ambiente político es el determinante de las formas que conlleva a establecer un buen sistema de salud o el establecer sus formas de creación o adaptación en los sistemas sanitarios. ¿En qué medida crees que influye la política en los sistemas de salud pública de cada país y cómo crees que afectan o benefician el desarrollo de los mismos?
6	Al hablar de un derecho universal siendo la salud un derecho para todos(a) en ambos países, sin distinción de raza, sexo, etnia, clase social u otras circunstancias y el mismo debe ser gratuito plasmado según los parámetros de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la OPS Organización Panamericana de la Salud) y conforme a las reformas constitucionales de cada país. ¿Crees que se cumplen estos parámetros tanto en Ecuador como en México?
<b>Enfoque:</b> Manejo, equipamiento y dirección en salud pública de ambos países	
<b>N°</b>	<b>Preguntas:</b>
1	En ambos países sus modelos de financiamiento en salud son los ingresos a partir de las aportaciones del estado, la aportación social asociada a la actividad laboral dependiendo del salario y el financiamiento a partir de costeos privados, primas de seguros y seguros privados. Sabiendo esto, ¿Consideras que la población de nivel medio socioeconómico bajo, que no puede costear gastos de bolsillo cuenta con un servicio de salud esperado? y ¿Qué tan productivo crees que es el financiamiento que se le otorga a las instituciones de salud pública y en qué medida este cubre las necesidades de la población?
2	Formando parte del sistema, ¿Cómo consideras que son los recursos y el talento humano de los servicios sanitarios de cada país? y ¿cómo lo calificarías conforme a tu apreciación de manera general?
3	Con respecto a la investigación en salud de cada país, ¿Cómo la percibes?
4	¿Consideras que en Ecuador como en México cada nivel de atención cuenta con un equipo multidisciplinario de supervisión que responda al plan de trabajo, productos o resultados, verificación de avances o cumplimiento de actividades y metas por sus

	órganos rectores para que estos puedan brindar una atención integral y den mejores resultados?
5	Con base en tu experiencia ¿Cómo consideras que es la infraestructura, equipamiento y tecnología de las instituciones de salud de cada país?
6	Las políticas de calidad son un enfoque de respuesta a los problemas y situaciones en necesidad al funcionamiento operativo y administrativo, mediante normas, programas, protocolos o procedimientos en salud. Sabiendo esto, ¿Qué respuesta inmediata y efectiva crees que adoptan los sistemas de salud pública de cada país?
7	¿Cómo consideras la calidad del servicio y políticas de calidad tanto en Ecuador y México?
<b>Enfoque:</b> Participación colectiva del sistema en salud pública de ambos países	
<b>N°</b>	<b>Preguntas:</b>
1	¿Qué tan importantes consideras los comités en los que participan los usuarios para la toma de decisiones en la atención en salud?, podrías sintetizar los pros y contras de estos.
2	Una participación colectiva del sistema debe verse reflejada entre la ciudadanía y el estado (gobierno). ¿Cómo ves este comportamiento entre ambos y que resultados crees que está dando esta colaboración?
<b>Pregunta de opinión personal y general de los sistemas de salud pública de cada país</b>	
Como usuario receptor, observador y facilitador del servicio en instituciones de salud, ¿cuáles son las diferencias y similitudes que has visto en los sistemas de salud pública considerando que en Ecuador el órgano rector es el MSP (Ministerio de salud Pública) y en México es la SSA (Secretaria de Salud) y que consideras que deban aportar o mitigar para mejorar los mismos?	

Elaboración propia de la autora año 2024.

**Dr. Delgado Mejía Fernando**  
**Especialista en Urgencias Médicas**  
**Médico residente en Medicina Crítica**

En su entrevista el Dr. Delgado Mejía Fernando nos comenta que ha formado parte de instituciones del MSP en Ecuador y ha tenido la oportunidad de formar parte de instituciones de la secretaria de salud en México, contando con experiencia y un conocimiento general acerca de los sistemas sanitarios de estos países.

La entrevista se elaboró en cuatro bloques, el primero en el que vamos a hablar sobre la situación general de los sistemas de salud pública de Ecuador y México enfocada en la estructura, cobertura, beneficios y/o garantías, en la cual nos menciona que el sistema de salud en Ecuador está integrado por dos sectores principales: el público y el privado. El sector público integrado por el MSP, el IESS, el ISSFA y el ISSPOL, el Dr. nos da a conocer que el sistema ecuatoriano afronta retos significativos en términos de acceso, cobertura y calidad de los servicios y que a diferencia de Ecuador las principales instituciones del sistema de salud en México que incluyen la SSA son el IMSS, ISSSTE, y el SP, sistema que también afronta desafíos importantes que afectan su capacidad para suministrar atención médica de calidad y accesible a la población mexicana.

Nos menciona que en cuanto a su estructura, cobertura, beneficios y garantías el sistema de salud de Ecuador está constituido en varios niveles de atención, desde la atención primaria hasta la especializada nos hace énfasis en que la cobertura de la seguridad social es relativamente baja siendo aproximadamente un 30% de la población perteneciente a este sector a diferencia del sistema de salud mexicano que cubre diferentes segmentos de la población para ser preciso el IMSS e ISSSTE cubren a

trabajadores formales y sus familias, mientras que el Seguro Popular está destinado para aquellos sin acceso a seguridad social, y en cuanto a si están proporcionando resultados en la atención nos dice que en ambos países existe una marcada desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad, especialmente entre áreas urbanas y rurales por lo que no se distingue una efectiva respuesta por parte de los sistemas sanitarios.

En función y protección de la seguridad social en Ecuador él nos menciona que laboro en el IESS, considerando que proporciona atención médica integral a los afiliados y sus familias, incluyendo consultas, hospitalización, cirugías y medicamentos, pero sin embargo, existen saturaciones en el sistema que conlleva a que la atención entre ellas, como consulta externa o cirugías programadas no se den de forma prontas. Y nos menciona que su experiencia con el seguro social mexicano es escasa, no obstante, puedo informar que ambos sistemas enfrentan problemas de financiamiento que limitan su capacidad para expandir y mejorar los servicios concernientes a la seguridad social.

Conforme a sido parte de las instituciones de salud él considera que a pesar de los esfuerzos de ambos países, tanto el sistema sanitario ecuatoriano como mexicano no garantiza el acceso universal a todos los servicios de salud, lo que ocasiona que estos no respondan de manera equilibrada a las necesidades de la población, en ambos países existe una marcada desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad, especialmente entre áreas urbanas y rurales.

Si nos enfocamos por un momento en la política estas son parte fundamental para establecer un buen sistema de salud, por lo cual el Dr. Delgado nos menciona que el cambio frecuente de autoridades y la falta de continuidad política a largo plazo hace imposible la implementación de mejoras sostenibles en el sistema de salud, también la

corrupción y la falta de transparencia en la gestión de recursos son problemas persistentes que afectan la eficiencia del sistema.

Al hablar sobre el derecho en salud y la universalidad enfocados en los parámetros internacionales, en específico los de la OMS, la OPS y si se están cumpliendo el considera que ambos países tratan de cumplir el derecho universal a la salud, puede destacar que tanto Ecuador como en México se ofrece la atención en salud sin distinción de género, raza, etnia o clase social. En México, el derecho a la salud está garantizado constitucionalmente y se considera uno de los derechos sociales más importantes, es tanto así que el nuevo modelo integral de atención en salud implementado en el 2015 busca el aseguramiento de la protección en salud mediante estrategias que promueven la equidad, cobertura, accesibilidad, sin embargo los desafíos aún están marcados como para lograr una cobertura universal total en conjunto de un acceso efectivo, especialmente en los grupos socialmente vulnerables.

En Ecuador, el derecho a la salud también está consagrado en la Constitución, Es un sistema sanitario ecuatoriano que se basa en el principio de acceso universal y gratuito a los servicios de salud, en mi país la Ley Orgánica de Salud y el Plan Nacional de Desarrollo estableció y establece políticas para garantizar que cada uno de los ciudadanos tengan un acceso sanitario de calidad sin discriminación de cualquier clase que se pudiera dar.

En cuanto al manejo, equipamiento y dirección en salud pública en ambos países este se da de diversas fuentes, ya sean estas por costos de bolsillo, financiamiento del estado o primas de seguros a lo que el Dr. Delgado hace alusión que la población de nivel socioeconómico bajo es la más perjudicada, nos menciona que derivado de la falta

de medicamentos y suministros médicos en ambos países, en muchos escenarios observo la necesidad de que el familiar del paciente adquiriera el medicamento de manera particular, lo que afecta a su bolsillo, y que a su vez impacta en la calidad de la atención y la satisfacción del paciente y basado en lo anterior el considera que el presupuesto de ambos países es insuficiente ya que no cubre todas las necesidades requeridas por la población.

En cuanto a los recursos y el talento humano el Dr. Delgado nos manifiesta que, en México y Ecuador, los recursos hospitalarios y el talento humano en el sector sanitario enfrentan desafíos y desarrollos únicos. En México la gestión del talento en el sector sanitario ha sido transformada por la crisis sanitaria reciente, lo que ha provocado que se implementen medidas para mejorar las compensaciones económicas en el personal de salud. Mientras que en Ecuador el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado reformas significativas para fortalecer los recursos humanos en salud, entre el 2012 y 2015, se desarrolló un nuevo marco institucional y normativo para responder a un modelo de atención basado en la Atención Primaria en Salud (APS), esto incluyó inversiones en la formación del personal sanitario, contrataciones y aumentos salariales, sin embargo él nos menciona que en ambos países la relación horas laboradas y compensación económica no se equipara.

Con respecto a los recursos hospitalarios, México enfrenta desafíos significativos en términos de infraestructura. Por poner un ejemplo la disponibilidad de camas hospitalarias varía según la región, pero en general, México tiene aproximadamente 1,5 camas por cada 1.000 habitantes. La pandemia de COVID-19 resaltó la necesidad de mejorar la capacidad hospitalaria y la distribución de recursos. En Ecuador pese a ser un

país mucho más pequeño, la disponibilidad de camas hospitalarias es de 1,3 camas por cada 1.000 habitantes. Por lo que también presenta desafíos estructurales y de recursos que afectan la eficiencia y la calidad de la atención médica.

Con respecto a la investigación en salud considera que en Ecuador esta cuenta con un nivel bajo, es poca la investigación en salud que se realiza en su país. A diferencia de lo que sucede en México en donde la investigación en salud ha sido un campo dinámico y en crecimiento, con presencia de múltiples instituciones y centros dedicados a mejorar la salud pública a través de la innovación y el desarrollo científico.

Al hablar de equipos multidisciplinarios, supervisión del plan de trabajo, productos, resultados, procesos, verificación de avances y cumplimiento de actividades él nos dice que tanto en México y Ecuador los sistemas de salud son supervisados por varias instituciones que se encargan de regular, controlar y garantizar la calidad de los servicios de salud. Pone como ejemplo, en Ecuador el ministerio de salud pública (MSP), es el órgano rector encargado de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud. En México la secretaría de salud (SSA) es el ente rector encargado del sistema sanitario, responsable de la ejecución de políticas de salud pública.

En su experiencia en las instituciones de salud nos habla acerca de su infraestructura, equipamiento y tecnología para lo cual menciona que en México la infraestructura de salud, incluyendo hospitales y clínicas, a menudo está en malas condiciones o es insuficiente para atender a la población creciente a diferencia de Ecuador que en los últimos años ha mejorado su infraestructura física de sus hospitales.

Sin embargo, a pesar de los avances, el sistema enfrenta retos en la distribución de recursos y la mejora continua de la infraestructura, especialmente en áreas rurales.

Con respecto a la tecnología en Ecuador, varios hospitales han incorporado tecnología de última generación para mejorar la calidad de la atención médica, por citar un ejemplo el Hospital Eugenio Espejo y el Hospital Carlos Andrade Marín que cuentan con equipos avanzados en sus hemocentros y laboratorios, entre otras cosas el Ministerio de Salud Pública ha firmado acuerdos para mejorar la infraestructura y el equipamiento médico, incluyendo la adquisición de computadoras para digitalizar los establecimientos de salud.

Mientras que en México la adopción de tecnologías avanzadas en hospitales ha sido clave para mejorar la atención médica, tecnologías como la cirugía robótica, la tomografía por emisión de positrones (PET) y la automatización de servicios farmacéuticos son cada vez más comunes, además también ha incorporado la implementación de la salud electrónica (e-salud) que ha permitido una mejor gestión de datos y una atención más eficiente. El considera que ambos países están haciendo esfuerzos significativos para modernizar sus sistemas de salud y mejorar la calidad de la atención a través de la tecnología.

En cuanto a las políticas de calidad y su enfoque de respuesta a los problemas y situaciones en las necesidades al funcionamiento operativo y administrativo mediante las normas, programa, protocolos, procedimientos en salud él nos menciona que en Ecuador el Ministerio de Salud Pública ha institucionalizado un plan nacional para la preparación y respuesta ante múltiples amenazas para la salud, plan que incluye identificación y capacitación de equipos multidisciplinarios que den respuesta.

Mientras que México cuenta con un plan nacional de manejo de emergencias de salud que incluye estrategias para la respuesta rápida y eficiente ante emergencias médica. Ambos países están trabajando para mejorar sus capacidades de respuesta inmediata y efectiva ante emergencias de salud, aunque enfrentan desafíos en términos de coordinación, financiamiento y distribución de recursos.

Con respecto a la calidad de los servicios el considero que ambos países están comprometidos con la mejora continua de la calidad de sus sistemas de salud, implementando políticas y modelos que buscan garantizar una atención médica eficiente, equitativa y segura para toda la población. Sin embargo por lo anteriormente hablado los desafíos que se presentan hacen difícil alcanzarlos en su totalidad.

La participación colectiva y la importancia de los comités en salud que involucran a los usuarios es una parte importante en las estrategias y políticas de calidad en donde el Dr. Considera que los comités de participación ciudadana son de suma importancia ya que representa la opinión del usuario con respecto a la calidad de atención que recibió, lo que permite identificar problemas a fin de solucionarlos mejorando así el sistema y no identifico contras en estos programas.

En consecuencia a esto la participación colectiva de la ciudadanía y el gobierno en los sistemas de salud es fundamental para mejorar la calidad y la equidad de los servicios de salud. Él nos menciona que tanto en México como en Ecuador, se han implementado diversas estrategias para fomentar esta colaboración, están los consejos locales de salud, comités de participación ciudadana, así como los programas de transparencia y rendición de cuentas que se hacen en ambos países de manera anual.

## **PREGUNTA DE OPINION PERSONAL**

El Dr. como usuario receptor, observador y facilitador nos da su opinión sobre las diferencias y similitudes que ha podido palpar sobre los servicios en las instituciones de salud de ambos países y nos dice que estos sistemas de salud enfrentan varios retos significativos que afectan su capacidad para proporcionar atención médica de calidad y accesible a toda la población. Considera que ambos países presentan falta de medicamentos y suministros médicos, tanto en México como en Ecuador existe una escasez de personal médico capacitado, especialmente en áreas rurales, lo que afecta la capacidad de respuesta del sistema. Ambos países están trabajando para mejorar sus sistemas de salud, aunque enfrentan desafíos en términos de coordinación, financiamiento y distribución de recursos, situación que ante esta problemática se debería aumentar financiamiento destinado a los programas de salud, mejorar sus infraestructuras, así como contratar más personal y capacitarlo continuamente.

**Dra. Vasquez Zevallos Mariangel**  
**Especialista en Neurología**  
**Sub-especialista en Neurología Vascular**

En su entrevista el Dra. Vasquez Zevallos Mariangel nos comenta que ha formado parte de MSP en Ecuador y ha tenido la oportunidad de formar parte de instituciones de la secretaria de salud en México, contando con experiencia y un conocimiento general acerca de los sistemas de salud de estos países.

La Dra. Vasquez nos da su opinión sobre los sistemas de salud pública de ambos países, nos menciona que lamentablemente en Ecuador se está pasando por una época bastante crítica que ha provocado que en la actualidad exista una gran carencia de recursos, medicamentos. Y que si bien es cierto México es un país tercer mundista y pese a que la población suele quejarse de la misma situación, la realidad es que en sus 4 años viviendo en México es diferente la situación quizás no abismal, pero si se logra acceder a más recursos y nos dice que ciertos hospitales están dotados de medicamentos cosa que en su país de origen es imposible en la actualidad.

Con respecto a la situación general del sistema de salud enfocado en la estructura, cobertura, beneficios u garantías y si estas asignaciones son cubiertas y proporcionan resultados en los sistemas de salud pública de ambos países ella nos menciona que en Ecuador se está viviendo una situación insostenible, inaccesible a muchos recursos, inseguridad, inestabilidad, como tal no puede describir algún beneficio actual, más que el intento de vivir el día a día. Por otro lado nos dice que en México se está viviendo un cambio de gobierno, y que si bien es cierto, no sería su opinión la más adecuada al no llevar el tiempo necesario para emitir su juicio, si puede decir que en este país se cuenta con mayores recursos, mencionando que igual no puede existir un punto de comparación

por la gran población que existe, pero considera que sus sistemas de salud pública están mejor organizados.

Con respecto al cumplimiento de protección en salud y si estos brindando garantías o cuentan con fallas al ser proporcionados ella considera que en ambos sistemas hay un gran déficit en lo correspondiente a los seguros sociales, por su parte en Ecuador, es bastante accesible el seguro social sin embargo hoy en la actualidad no hay mayores recursos, es decir no hay un beneficio real, hay carencia de fármacos básicos, nos ejemplifica de la siguiente manera, un paciente que padeció de infarto sea cerebral o sea cardiaco, es inhumano que no exista la aspirina en ninguno de los sistemas (hablando y tomando en consideración a México también con la misma problemática), mencionando que realmente es un medicamento bastante económico, que con una gestión adecuada podría pertenecer en todas las instituciones, esto indicando por poner un ejemplo de lo más burdo y nos dice que la realidad es que hace falta una adecuada gestión, personas que conozcan el tema y la realidad de ambos países.

En cuanto a una respuesta equilibrada a las necesidades y expectativas de la población ella nos menciona que indudablemente por parte de los sistemas sanitarios de ambos países se puede decir que no y con más retraso en Ecuador, que deberían tomarse decisiones y estrategias en la prevención primaria que es en donde más fallas se encuentran en salud ya que es la primera línea de atención.

En cuanto al ambiente político y las formas que conlleva establecer estos para su creación y adaptación, las medidas en las que influye esta determinante y si afectan o benefician el desarrollo de los sistemas de salud la Dra. Vasquez nos dice que

lamentablemente y que es algo que ha dicho en innumerables ocasiones, la política de Latinoamérica es bastante ruin, indecente, no existe un gobierno que no vea más allá que sus propios beneficios y que es lo que en realidad quiebra el sistema de salud.

Hablando de derechos universales la salud es uno de los principales, es por ello por lo que la Dra. nos menciona que no del todo la salud es un derecho en estos dos países que, aunque es considerada un derecho universal por estas organizaciones internacionales y nacionalmente es vista igual, se sabe que la clase social si influye en el impacto del sector salud.

En sus modelos de financiamiento, productividad al ser otorgados a instituciones sanitarias, cubrir la necesidad del usuario y si los pacientes de nivel socioeconómico bajo reciben un servicio esperado, nos dice la Dra. Vasquez que es lamentable las clases sociales que prevalecen en ambos países, que es la clase media baja la que ha logrado actualmente mediante estrategias planteadas desde ya hace varios años acceder a la salud pública gratuita, nos menciona que esta no puede contemplarse como idónea, ya que carece de muchos recursos, por ende tienen que conformarse por lo poco que se les pueda ofrecer. Y nos contesta firmemente que es algo que no da paso a un acceso de salud adecuado.

Considerando que los médicos son parte del sistema la Dra. Vasquez nos habla acerca de los recursos y el talento humano de los sistemas de salud y nos menciona que existe un exceso de personal en los departamentos de recursos humanos, que es realmente innecesarios e indudablemente este dinero podría ser destinado a los fondos de institución, compra de medicamentos y recursos faltantes, que es lamentable que este estipulado la contratación de personal extra y que definitivamente se deberían tomar

estrategias en función a la contratación de personal necesario esto dicho para ambos países.

Con un enfoque en la investigación en salud para ambos países ella nos dice que si ha percibido una diferencia importante en los dos países, en Ecuador es sumamente baja la investigación en salud, no hay mayor apoyo por no decir ninguno, sin embargo en México si ha evidenciado importante apoyo con becas sea de tipo monetaria o impulsando a las personas a tomar cursos o acudir a congresos, es algo bastante gratificante y que incentiva a incrementar y fomentar el desarrollo y conocimiento en investigación.

Refiriéndose a los equipos multidisciplinarios de supervisión, apoyo y respuesta al plan de trabajo considera que en ambos países existe el equipo, existen estrategias, pero que sin embargo en la mayoría no existe el personal capacitado para llevarlas a cabo y cumplir de forma correcta dichas tareas.

Con base en su experiencia nos habla un poquito acerca de la infraestructura, equipamiento y tecnología de los centros sanitarios de estos dos países, diciendo que si bien es cierto en Ecuador existen instituciones con infraestructura adecuada, no existe el personal médico capacitado, pone como ejemplo que para que sirve tener un angiografo si no existe el médico capacitado para utilizarlo. Por otro lado en México se cuenta con más avances significativos que facilitan el servicio, están más organizados. Y con respecto a infraestructura por consiguiente equipamiento si se cuenta con la medida lógica a la hora de gestionar, pone como ejemplo que se cuenta con un resonador porque existe dentro de la nómina el médico o técnico que se va a encargar de utilizarlo.

Conforme a las políticas de calidad y la respuesta inmediata y efectiva que adoptan los sistemas de salud ella considera que en ambos países son lentas, piensa que se deberían establecer estrategias en donde pueden canalizarse adecuadamente al paciente, aprender desde los centros de salud de primer nivel mediante el triage a clasificar adecuadamente las emergencias, porque desde este punto parte el colapso y retraso en la atención.

En cuanto a la calidad del servicio nos dice que lamentablemente deficientes, aunque son buenas las ideas, estas no se llegan a concretar.

Nos habla un poquito de la importancia de los comités y la participación de los usuarios para la toma de decisiones indicando que como pro podría decir que, es ideal que se intente involucrar a la ciudadanía, mostrarles que se interesan en la opinión de los mismos, ya que se empapan de la realidad que se padece en los centros sanitarios, y como contra nos dice que en muchas ocasiones exigen cosas que es imposible cumplirlas, solicitan sin tener conocimiento pleno de la realidad del sistema de salud de ambos países, indicando que es una realidad que se vive en ambos países.

Conforme a una participación colectiva entre ciudadanía y estado (gobierno) nos dice que es un poco contradictorio, el simple hecho de llegar a acuerdos que estos sean cumplidos, en la mayoría de las situaciones solo se emiten respuestas positivas para calmar a la población y si estos logran pasar las barreras se logran cumplir en la mayoría de los casos pero toma mucho tiempo.

## **PREGUNTA DE OPINION PERSONAL**

Ella como usuaria receptora, facilitadora y observadora de los sistemas de salud nos menciona sus diferencias, similitudes y las aportaciones o mitigaciones que estos deben tener para ser mejores, indicando que una de las principales diferencias que ha observado en cuanto al sector salud, es que en México tienen muy bien establecido lo de los seguros, y si un usuario tiene derechohabencia, es prácticamente imposible ser atendida en secretaría de salud, realizando su respectiva derivación a un hospital correspondiente y si logra ser atendido es porque la urgencia lo amerita cobrándole absolutamente todo al paciente, siendo algo que no sucede en Ecuador, en donde las personas encargadas de los pagos son la administración de cada sector de salud siendo este privado o por consecuencia el ministerio de salud, en cuanto a los demás puedo decir que es prácticamente igual, con formas administrativas parecidas al momento de dirigir ambos sectores.

**Dra. Avalos Quizhpi Andrea Carolina**  
**Especialista en Psiquiatría**

En su entrevista el Dra. Avalos Quizhpi Andrea Carolina nos comenta que ha formado parte de instituciones del MSP en Ecuador y ha tenido la oportunidad de formar parte de instituciones de la secretaria de salud en México, contando con experiencia y un conocimiento general acerca de los sistemas de salud de estos dos países.

Ella nos da una apreciación amplia acerca de los sistemas sanitarios de Ecuador y México mencionando que ambos países enfrentan problemas comunes relacionados con el financiamiento, la calidad de la atención en las marcaciones rurales y la gestión del sistema de salud, aunque cada uno presenta particularidades propias debido a su contexto social, económico y político. La mejora del sistema de salud en ambos países requerirá inversiones significativas, reformas estructurales y un enfoque integral que aborde tanto la prevención como la mejora de la atención en todos los niveles.

En cuanto a Ecuador, uno de los principales desafíos es la desigualdad en el acceso a los servicios de salud pública, especialmente en las áreas rurales y en las comunidades indígenas. La infraestructura hospitalaria y la disponibilidad de recursos son limitadas en muchas regiones, lo que impacta tanto la atención primaria como la capacidad de respuesta ante emergencias.

A pesar de los esfuerzos del gobierno por mejorar la cobertura de vacunación y la infraestructura sanitaria, la falta de personal médico capacitado y la inestabilidad económica siguen siendo obstáculos significativos. Y por consiguiente en México, la desigualdad en el acceso a la atención también es un problema crítico, similar al de Ecuador. Aunque el país posee el sistema de salud pública más grande de América

Latina (IMSS, ISSSTE y Seguro Popular, que ahora se ha transformado en el INSABI), existen marcadas diferencias en la calidad del servicio entre las zonas urbanas y rurales, así como entre distintos grupos socioeconómicos. Las personas en las áreas rurales o marginadas siguen enfrentando serias barreras para acceder a servicios básicos.

Nos da su punto de vista de forma general de la situación de los sistemas de salud en cuanto a:

Estructura el sistema de salud pública en Ecuador se organiza principalmente a través del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Seguro Social Campesino (SSC). No obstante, esta estructura enfrenta desafíos en cuanto a eficiencia y coordinación, especialmente en la relación entre las entidades públicas y privadas. A pesar de los avances en descentralización y cobertura a nivel nacional, el sistema sigue siendo susceptible a deficiencias en la infraestructura hospitalaria y a una distribución desigual de recursos entre las áreas urbanas y rurales, en México está conformado por diversas instituciones, siendo los actores principales el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema de Salud Pública (INSABI), que sustituyó al Seguro Popular.

La estructura del sistema es compleja debido a la diversidad de instituciones y niveles de atención, lo que puede ocasionar fragmentación en la cobertura y los servicios; asimismo ella nos menciona que la coordinación entre estos organismos han sido un desafío constante para los mexicanos y el sistema presenta una doble estructura: una pública (para quienes no están asegurados) y otra privada (para aquellos con seguro

laboral o acceso a servicios privados). Aunque ha habido esfuerzos para integrar y mejorar la cobertura, la fragmentación sigue siendo un obstáculo significativo.

En cuanto a cobertura el sistema de salud pública en Ecuador ha logrado avances significativos, especialmente tras la implementación de políticas de salud universal, política que sigue siendo notable en desigualdades en el acceso a la atención médica, como se puede notar en las zonas rurales y las comunidades indígenas que continúan siendo las más desprotegidas, y la cobertura disponible no siempre asegura una atención de calidad. Proporcionando un ejemplo ella nos dice que las consultas médicas, los medicamentos y los procedimientos son más limitados en áreas fuera de las grandes ciudades y la cobertura para servicios especializados sigue siendo insuficiente.

En cuanto a México nos menciona que ha logrado importantes avances en cobertura, especialmente mediante el INSABI y el Seguro Popular, los cuales tenían como objetivo disminuir las desigualdades en la cobertura para la población no asegurada; sin embargo, el acceso a servicios médicos de calidad sigue siendo desigual entre las áreas urbanas y rurales, y persisten deficiencias en la cobertura para los grupos más vulnerables, como las comunidades indígenas y rurales marginadas. Además, la cobertura no siempre asegura la calidad ni la disponibilidad inmediata de los servicios.

Y por otra parte nos habla sobre los beneficios y garantías que obtiene la población en ambos países, en Ecuador en salud pública estos están basados en el principio de universalidad, lo que debería garantizar el acceso a los servicios para todos los ciudadanos, el sistema también ofrece garantías como atención primaria gratuita, emergencias y atención para enfermedades graves; sin embargo ella nos menciona que

persisten problemas como la escasez de medicamentos, la congestión hospitalaria y la saturación de servicios en las áreas urbanas, lo que reduce la efectividad del sistema.

En cuanto a el sistema de salud pública en México proporciona beneficios como atención primaria, hospitalaria, emergencias, medicamentos gratuitos (mencionando que esto solo sería en teoría) y vacunación, entre otros beneficios. No obstante, la calidad del servicio y la disponibilidad de medicamentos han sido problemas persistentes durante años y aunque el gobierno ha impulsado la cobertura universal y el derecho a la salud, la escasez de medicamentos, la sobrecarga en los hospitales y la falta de personal especializado siguen limitando las garantías en la atención.

Refiriéndose al tema de protección en salud la Dra. Avalos nos da a conocer que tanto Ecuador y México tienen sistemas de seguros sociales que están destinados a proporcionar acceso universal o casi universal a servicios de salud para trabajadores y sus familias, pero en ambos países, los sistemas enfrentan una serie de fallas e inconsistencias que limitan su efectividad, las cuales son muy similares, por ejemplo en Ecuador, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es el principal responsable de ofrecer cobertura de salud a los trabajadores formales y sus beneficiarios, incluidos los pensionistas, sistema que cubre servicios médicos, prestaciones económicas por incapacidad, maternidad, jubilación, entre otros. Además, el Seguro Social Campesino (SSC) brinda cobertura a trabajadores informales y rurales, ampliando la protección en salud a las poblaciones más vulnerables.

No obstante, aunque el IESS ofrece una cobertura significativa y un marco de protección social para los trabajadores, las fallas en la calidad del servicio, la

infraestructura insuficiente y el desabastecimiento de medicamentos limitan las garantías que debería proporcionar.

En México el sistema de seguridad social garantiza la atención médica para los trabajadores y sus familias, y en principio debería ofrecer acceso a servicios completos, desde atención primaria hasta especializada y las garantías incluyen la cobertura de enfermedades comunes, accidentes laborales, maternidad, cirugía, hospitalización y medicamentos. Está integrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Siendo el IMSS es el principal proveedor de servicios médicos para los trabajadores del sector privado y sus familias, cubriendo atención médica, hospitalaria, medicamentos, incapacidades laborales, maternidad, pensiones y otras prestaciones sociales otra de las instituciones que prestan el servicio de seguridad social es el ISSSTE que ofrece servicios similares, pero para los empleados del sector público, aunque el IMSS y el ISSSTE tienen presencia en muchas regiones del país, la calidad de la atención varía considerablemente, con las zonas rurales y marginadas enfrentando un acceso limitado a servicios de calidad, lo que crea disparidades en el sistema, como consecuencias directas de la burocracia y la corrupción que dificultan una adecuada distribución de recursos y la atención efectiva de los pacientes.

Siendo parte de las instituciones de salud la Dra. Avalos nos comenta que a pesar de los esfuerzos por mejorar la cobertura en salud los sistemas no responden de manera equilibrada a las necesidades y expectativas de la población, siendo así, que en Ecuador la población sigue presentando inconformidades con el sistema, debido entre otros a la falta de medicamentos, las largas esperas para consultas y la saturación de los

hospitales; los cuales son problemas que afectan las expectativas de la población, que a menudo no percibe un servicio completo ni adecuado. Esto sobre todo en los sectores más pobres y las zonas rurales.

En el sistema de salud mexicano se enfrentan desafíos importantes, como desigualdad en el acceso entre áreas urbanas y rurales, disparidades en la calidad de los servicios y problemas de financiamiento y eficiencia. Aunque ha mejorado la cobertura, especialmente con programas como el IMSS y el INSABI, la atención sigue siendo inconsistente y no siempre responde de manera equilibrada a las expectativas de la población. Además, la atención preventiva es limitada. Ante una perspectiva general de su parte considera que aunque se han hecho avances, el sistema sigue enfrentando barreras para satisfacer de forma equitativa las necesidades de todos los mexicanos.

Ambos países han avanzado en la cobertura y protección social en salud, pero sin embargo y sin duda alguna, los sistemas no responden de manera equilibrada a las expectativas y necesidades de toda la población. Las fallas estructurales y la desigualdad en la calidad y el acceso siguen siendo problemas clave que requieren reformas profundas y mejoras en la gestión de recursos, infraestructura y acceso a medicamentos para que los sistemas de salud puedan cumplir plenamente su función de garantizar una atención de calidad para todos los ciudadanos.

Enfocada en los ambientes políticos que determinan la forma que conlleva a establecer un buen sistema de salud ella nos dice que estos determinantes políticos juegan un papel clave en los sistemas de salud tanto de México como Ecuador, afectando directamente su estructura, acceso y calidad. En Ecuador, las reformas políticas han permitido ampliar la cobertura de salud a sectores vulnerables, pero la inestabilidad

política y la centralización del sistema generan desafíos, especialmente en zonas rurales. En México, la fragmentación del sistema y la existencia de múltiples subsistemas complican la coordinación, pero políticas como la creación del INSABI buscan mejorar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud. Considera que en ambos países, las decisiones políticas pueden beneficiar el desarrollo de los sistemas de salud, pero la inestabilidad política, la falta de continuidad y la distribución desigual de recursos siguen siendo obstáculos importantes.

Hablando del derecho universal en salud nos menciona que Ecuador y México han reconocido la salud como un derecho universal y gratuito en sus constituciones, alineándose con las directrices de la OMS y la OPS. Aunque en principio tanto Ecuador como México han hecho avances en garantizar este derecho, en la práctica enfrentan desafíos relacionados con la equidad, la calidad de los servicios y la distribución de recursos, especialmente en áreas rurales y marginadas. La plena implementación del derecho a la salud sigue siendo un proceso en marcha que requiere mejoras constantes en gestión, infraestructura y sostenibilidad.

En Ecuador, a pesar de los avances en cobertura y gratuidad, persisten desigualdades significativas entre las zonas urbanas y rurales, y la calidad de la atención sigue siendo un desafío en algunas regiones. En México, la creación del INSABI es un paso positivo hacia la universalización y gratuidad, pero la fragmentación del sistema y las disparidades regionales siguen siendo obstáculos clave para asegurar un acceso equitativo y de calidad a la salud para todos, independientemente de su ubicación o situación socioeconómica.

En cuanto a sus modelos de financiamiento y niveles socio económico ella hace referencia que en ambos países, las poblaciones de estratos social medios y bajos enfrentan importantes obstáculos para acceder a servicios de salud de calidad, a pesar de las políticas que buscan ofrecer atención gratuita, las principales barreras incluyen una infraestructura deficiente, gastos indirectos, desigualdades regionales y la fragmentación del sistema. Aunque el financiamiento público en salud es crucial, suele ser insuficiente y mal distribuido.

En ambos casos, el gasto en salud no alcanza para cubrir adecuadamente las necesidades de la población, particularmente en las zonas rurales o marginadas. La ineficiencia en la gestión de los recursos y las disparidades regionales afectan negativamente la calidad de la atención, y los fondos disponibles no siempre se emplean de manera eficiente para resolver los problemas más urgentes del sector salud.

En cuanto a los recursos y el talento humano en Ecuador, a pesar de los esfuerzos por capacitar y contratar personal sanitario, persisten desafíos importantes debido a la desigual distribución y las difíciles condiciones laborales en zonas rurales. Aunque la calidad del personal urbano es generalmente buena, existen dificultades en formación continua y especialización. El país enfrenta limitaciones en recursos materiales, infraestructura y suministros médicos, especialmente en el sector público. Aunque se han logrado algunos avances, estos no son suficientes para cubrir de manera equitativa las necesidades de la población. La distribución desigual del talento humano y las condiciones laborales afectan la retención del personal, especialmente en las áreas rurales.

México cuenta con un número considerable de profesionales capacitados en salud, pero la distribución desigual de este talento y las difíciles condiciones laborales en áreas rurales limitan la efectividad del sistema. La baja remuneración y las malas condiciones laborales en el sector público afectan la motivación y retención del personal. Aunque las principales ciudades tienen buena infraestructura sanitaria, muchas regiones rurales carecen de recursos y servicios de calidad. Los hospitales públicos suelen tener falta de medicamentos y equipos adecuados, lo que restringe la atención de calidad. A pesar de contar con personal capacitado y una infraestructura extensa, la desigualdad en la distribución del personal y la ineficiencia en la gestión de recursos afectan la calidad del servicio en algunas áreas.

De manera general nos dice, Ecuador y México enfrentan problemas similares en cuanto a la distribución desigual de talento humano y recursos materiales. Ambos países cuentan con profesionales capacitados en sus sistemas de salud, pero las difíciles condiciones laborales, los bajos salarios y la falta de infraestructura adecuada en las zonas rurales y marginadas limitan la efectividad de sus sistemas de salud. Aunque el personal en ambos países es generalmente competente, la desigual distribución y las condiciones laborales desfavorables afectan su capacidad para brindar atención de calidad en las áreas más necesitadas. Además, ambos países enfrentan grandes desigualdades en cuanto a infraestructura y equipos médicos, con las zonas urbanas gozando de mejores condiciones que las rurales, lo que limita el acceso equitativo a los servicios de salud.

Por otra parte la investigación en salud en México está más avanzada que en Ecuador, ambos países enfrentan obstáculos que limitan el aprovechamiento total de su

potencial en investigación, México cuenta con una base más fuerte en cuanto a recursos, infraestructura y colaboración internacional, lo que le permite estar a la vanguardia en ciertas áreas de la investigación en salud, a diferencia de Ecuador que cuenta con un nivel medio-bajo debido a la limitada infraestructura y recursos disponibles. Aunque existen algunas universidades y centros de investigación, como la Universidad Central y el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI), el presupuesto público para investigación es bajo, lo que dificulta la realización de estudios amplios e innovadores.

Aunque el país ha empezado a participar más en redes internacionales de investigación, su dependencia de financiamiento externo y la falta de un sistema robusto de investigación nacional limitan su capacidad para generar investigaciones autóctonas significativas. Las áreas de investigación se enfocan principalmente en enfermedades prevalentes, pero la falta de recursos y personal especializado afecta la calidad de las investigaciones.

A diferencia de Ecuador la investigación en salud en México tiene un nivel medio-alto, con una infraestructura sólida que incluye importantes instituciones como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como el Instituto Nacional de Cancerología o bien conocido como (INCan) y la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otras. Aunque el financiamiento para investigación no es tan alto como en países más desarrollados, la inversión pública es constante y dirigida a áreas clave como salud pública y enfermedades crónicas. México ha avanzado en investigación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, en campos como la investigación genómica y la biotecnología. Además, mantiene una fuerte colaboración internacional

con instituciones como la OMS y la OPS. Sin embargo, persiste una desigualdad en la distribución de recursos, concentrándose principalmente en áreas urbanas, lo que limita el acceso a programas de investigación en las regiones rurales.

Al hablar de niveles de atención en Ecuador y México, el sistema de salud tiene como objetivo contar con equipos multidisciplinarios que supervisen la implementación de planes de trabajo y aseguren el cumplimiento de las metas para una eficiente atención integral. No obstante, en la práctica, ambos países enfrentan importantes obstáculos.

En Ecuador, la centralización y la falta de recursos en las áreas rurales dificultan una supervisión efectiva y el cumplimiento de objetivos. En México, la fragmentación del sistema de salud y las desigualdades regionales afectan la coordinación y limitan la capacidad de los equipos para ofrecer atención de calidad, especialmente en las zonas más remotas. A pesar de los esfuerzos por mejorar la atención integral, la ineficiencia en la gestión, la falta de infraestructura y los problemas de coordinación restringen los resultados en ambos países.

Al hablar de Ecuador ella menciona que ha progresado en la incorporación de equipos multidisciplinarios en los hospitales y centros de salud más complejos, sin embargo, la supervisión de los planes de trabajo y el cumplimiento de las metas sigue presentando desafíos. La desigualdad entre regiones, los problemas relacionados con el personal y los recursos, así como la falta de mecanismos de verificación adecuados, limitan la capacidad del sistema para ofrecer atenciones integrales y que sean de calidad en todo el territorio.

Al contrario de México que cuenta con una infraestructura más avanzada para integrar equipos multidisciplinarios, especialmente en hospitales de mayor complejidad.

Aunque se lleva a cabo la supervisión y evaluación de los planes de trabajo, persisten notables desigualdades en la calidad y rigurosidad de estos procesos, particularmente en áreas rurales y hospitales de menor complejidad. Además, el sistema fragmentado dificulta la coordinación efectiva entre los equipos multidisciplinarios y la integración de los resultados.

Bajo las generalidades antes mencionadas la Dra. Avalos nos comenta sobre la infraestructura equipamiento y tecnología sobre estos dos países mencionando que en Ecuador: en términos de infraestructura considera que está colocado en un rango medio, aunque ha habido avances en la construcción de nuevas instalaciones, especialmente en áreas urbanas, la infraestructura en el sistema de salud pública sigue siendo insuficiente en zonas rurales y en hospitales de menor complejidad, en cuanto a equipamiento a pesar de los avances, los equipos médicos siguen siendo insuficientes en algunas áreas rurales y en hospitales menos complejos, en tecnología aunque se están haciendo esfuerzos para digitalizar y modernizar ciertos servicios, la brecha tecnológica entre regiones sigue siendo notable, lo que limita el acceso equitativo a la tecnología.

De México ella puede decir que la infraestructura tiene un estatus alto en áreas urbanas y media en zonas rurales, es un país que posee una extensa red hospitalaria en grandes ciudades y capitales estatales, pero aún enfrenta notables desigualdades entre áreas urbanas y rurales, en equipamiento, las principales ciudades y hospitales de alta complejidad son buenos, con el equipamiento adecuado, aunque persisten deficiencias en las áreas rurales y en hospitales de menor complejidad, en tecnología, aunque hay

una buena implementación en hospitales de alta complejidad, la brecha tecnológica entre zonas urbanas y rurales sigue siendo considerable.

Considera que Ecuador se encuentra en un nivel medio y que los avances en infraestructura urbana y las zonas rurales aún enfrentan grandes desafíos, además de las desigualdades en equipamiento como en tecnología misma que limitan el acceso equitativo a la atención en salud.

Considera que México se encuentra en un nivel medio-alto, que cuenta con buena infraestructura y equipamiento en grandes ciudades y hospitales complejos, pero persisten grandes desigualdades en las zonas rurales, donde estos recursos son insuficientes.

Al hablar de políticas de calidad Tanto México como Ecuador han adoptado varias estrategias para mejorar la calidad de sus sistemas de salud, enfocados en optimizar la atención médica a través de normativas, capacitación, modelos de atención integral y sistemas de información. Aunque existen diferencias en sus estructuras y enfoques administrativos, ambos países comparten el objetivo común de proporcionar una atención de calidad, accesible y eficiente para la población.

Enfocando cada una de ellas nos supo decir que en México:

La normatividad y estándares de calidad a través de la Secretaría de Salud y el IMSS, se aplican normas como las normas que regulan la calidad de la atención médica y la capacitación del personal.

El modelo de atención integra en salud se promueve enfocado en la atención en salud preventiva, que es la de primer contacto y en la atención primaria.

El sistema de información en salud mejora la coordinación y el seguimiento de los pacientes, facilitando la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas.

La acreditación y certificación se rigen según las instituciones de salud que acreditan sus funciones como por ejemplo la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (ACONAMED), lo que fomenta la mejora continua en los servicios médicos.

Sobre Ecuador ella nos pudo mencionar sus siguientes opiniones:

Los modelo de atención integral en salud que al igual que México, Ecuador implementa este modelo, centrado en la atención primaria, con énfasis en prevención, tratamiento y seguimiento integral de enfermedades.

La reducción de mortalidad y mejora de la atención se han mejorado, infraestructuras hospitalarias, equipamiento y formación constante del personal también. Además, Ecuador ha colaborado con la OMS en políticas de salud materna e infantil, buscando garantizar cobertura y calidad en estos servicios.

El sistema de salud pública y seguro universal en Ecuador ha adoptado un sistema de seguro universal de salud, administrado por la Caja Nacional de Salud (IESS), implementando políticas de calidad de manera uniforme y estableciendo protocolos y guías clínicas para asegurar tratamientos adecuados.

La monitorización y evaluación de la calidad ha creado mecanismos de evaluación y monitoreo, incluyendo auditorías internas y retroalimentación continua a los centros de salud, con énfasis en transparencia y eficiencia.

Con respecto a la participación colectiva del sistema nos dice que en México y Ecuador, la colaboración entre la ciudadanía y el Estado ha sido clave para mejorar los sistemas de salud aunque con diferencias en los enfoques y por ende los resultados.

En México, la participación ciudadana se manifiesta a través de los servicios públicos y programas de prevención, pero enfrenta desafíos debido a la desigualdad entre el sector público y privado, de igual manera a la desconfianza en instituciones de salud. Esto limita el impacto positivo de la colaboración, especialmente en términos de acceso y calidad en los servicios.

En Ecuador, la colaboración es más fuerte debido al enfoque en la salud pública universal y gratuita, con un sistema centralizado que fomenta la participación ciudadana en la gestión local de la salud. La respuesta ante emergencias, como la pandemia de COVID-19, mostró una buena coordinación. A pesar de los avances en cobertura universal y salud preventiva, las áreas rurales y las poblaciones vulnerables siguen enfrentando barreras de acceso, lo que muestra que, aunque la colaboración es efectiva en teoría, aún se requieren mejoras en la implementación, especialmente en zonas de difícil acceso en la práctica.

## **PREGUNTA DE OPINION PERSONAL**

Nos comenta un poco más sobre su experiencia como usuaria receptora, observadora y facilitadora del servicio;

En Ecuador, tuvo la oportunidad de realizar sus prácticas pre profesionales, su servicio social y laborar en instituciones de salud del MSP tanto en primer nivel de atención como en segundo nivel de atención.

En México, se encuentra realizando el cuarto año de especialidad en psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) de la Ciudad de México, perteneciente a la SSA.

La experiencia en instituciones del MSP de Ecuador en el primer nivel de atención, durante el ejercicio de su año de servicio social, que realizo en una zona urbana de una pequeña ciudad, se encontraba bien dotada de insumos médicos, medicamentos, vacunas, así como capacitación al personal durante todo el año en temas de promoción de salud por lo cual nos puede decir que fue muy buena. En el ámbito laboral la experiencia que tuvo como médico general en funciones hospitalarias fue buena, trabajo en el servicio de ginecología y obstetricia, y pude observar en primera persona el cumplimiento de las guías de práctica clínica en la atención de las pacientes y la derivación oportuna a centros de mayor complejidad, con bajos índices en mortalidad materna y neonatal.

La experiencia que tiene durante su especialidad en México en el HPFBA, el cual nos dice que es una institución de referencia nacional en psiquiatría y a pesar de que en teoría se considera un hospital de tercer nivel de atención, en la práctica funciona como

una institución de segundo nivel, con muchas limitaciones en infraestructura, recursos físicos y talento humano; sin embargo, es un hospital que resuelve todo lo que le llega (cubriendo servicios de hospitalización psiquiátrica no sólo de la CDMX sino de todo el país, y no solo de SSA sino también del ISSSTE y PEMEX).

Algo que considera se debe resaltar es que pese a que su experiencia es poca, he podido diferenciar una mejor derivación de pacientes en Ecuador, ya que en México, este sería un punto crítico que se le podría dar prioridad. En las instituciones de salud del Ecuador, era responsabilidad de la institución a cargo de conseguirle el hospital de tercer o cuarto nivel al paciente y mantenerlo en la unidad de segundo nivel hasta que se hiciera efectiva su referencia y el traslado se realizaba en ambulancia con médico general acompañando al paciente, esto es algo que no pasa en México, los pacientes tienen que batallar para conseguir una cama hospitalaria en una unidad de mayor nivel de atención; por lo general, se da de alta al paciente y queda en sus manos el acudir al sitio de referencia por atención especializada, lo cual deriva en mayores pérdidas humanas en el camino.

## Conclusiones

Se puede concluir que aunque ambos países comparten aspiraciones similares, en común la de una salud universal, acceso efectivo en su territorio nacional y una atención médica de calidad, la mancada diferencia entre distribución de recursos financieros, infraestructura, capacidad tecnológica e investigación ocasionan una disparidad significativa.

Por su parte México pese a que sigue enfrentando esfuerzos para afrontar una realidad sobre sus sistemas de salud, cuenta con mayores recursos y una infraestructura desarrollada, ubicándose en una posición más fuerte para afrontar los desafíos existentes y futuros. Mientras que Ecuador continúa realizando esfuerzos notables para la mejora de sus sistemas sanitarios, al contrario de México, se destaca que cuenta con una mejor distribución de recursos, no efectiva, pero si equitativa con la que ha logrado llegar a la población vulnerable y en áreas rurales.

Conforme al financiamiento se considera que Ecuador por el hecho de ser un país pequeño en territorio se proporcionan equitativamente los recursos, es una república que depende de tres factores; organizaciones internacionales, los impuestos y estructura política es decir la administración de estado (presidente) aunque si cuenta con notables diferencia con respecto a México que depende también de estos tres factores al igual que en Ecuador pero también cuenta con inversión extranjera lo que hace posible que se invierta más en salud, pese a ellos la distribución de recursos es menos eficiente y menos equitativa.

En cuanto a investigación México cuenta con muchas más herramientas que propician y fomentan una investigación constante, dinámica y en crecimiento, con

presencia de múltiples instituciones y centros dedicados a mejorar la investigación y por ende la salud pública a través de la innovación y el desarrollo científico, lo que hace que este a la vanguardia a diferencia de Ecuador que sus herramientas en investigación son bajas, por no decir precarias.

La falta de medicamentos, suministros y distribución de estos es una problemática existente en ambos países, así como los largos tiempos de espera para propiciar el servicio de salud.

Se puede evidenciar en cuanto a la estructura de sus sistemas sanitarios que en Ecuador su salud pública, seguridad social y el sector privado se conjugan y conforman una relación con un esquema de aplicación que hace factible que los ciudadanos sientan seguridad al momento de adquirirlo, en México su sistema de salud es muy fragmentado lo que ocasiona una fuerte disparidad al proporcionar el servicio, tanto así que para una persona con derechohabencia es prácticamente imposible imposible ser atendido en secretaría de salud, realizando su respectiva derivación a un hospital correspondiente y si logra ser atendido es porque la urgencia lo amerita cobrándole absolutamente todo al paciente. Es algo que se diferencia de Ecuador, en donde las personas encargadas de los pagos son la administración de cada sector de salud siendo este privado o por consecuencia el ministerio de salud y el servicios se otorga hasta que el paciente o usuario este estable, y si lo amerita, el trasladado a la unidad correspondiente.

Ambos países cuenta con una participación colectiva en sus sistemas de salud, lo que refuerza las búsqueda de transparencia, la rendición de cuentas y propician estructuras más fortalecidas y sólidas para la inclusión tanto del estado como de la comunidad en la toma de decisiones.

## Recomendaciones

Es indispensable fortalecer el sistema de salud de ambos países, fomentar la unidad de los sistemas y que cuenten con esquemas o modelos de gestión más efectivos, equitativos, funcionales para toda la población, es bastante evidente que ambos enfrentan retos significativos, que el acceso a los servicios en zonas rurales, marginadas no es el adecuado y que lleguen a cada una de las regiones del país e implementar estrategias específicas para reducir estas disparidades en salud.

Mejorar la infraestructura, invertir en modernizar las unidades de salud, la adquisición de equipos médicos avanzados, fomentar el uso de la tecnología de información y la colectividad entre instituciones es un reto al que se afrontan constantemente la salud. En consecuencia a ellos estos dos países deben trabajar para cumplir con estos requerimientos y una participación de políticas de calidad bien establecidas les ayudaría a mejorar, una excelente participación del estado o gobiernos es crucial, el cumplimiento y correcta recaudación de impuestos ayudara a fomentar, mejorar e impulsar la salud.

Una capacitación continua en su personal de salud es crucial, mejorar jornadas laborales e incentivos atractivos, como la implementación de programas de formación y desarrollo, asegurando que estén actualizados con las últimas prácticas y tecnologías médicas.

Para Ecuador una recomendación más específica es la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en salud tanto en el sector público como privado para garantizar su sostenibilidad a largo plazo, en cuanto a su distribución de recursos implementar políticas que aseguren y mejoren la distribución de recursos existente en

todo el país, que este continúe mejorando su distribución existente en las áreas rurales y desfavorecidas, promover una colaboración ciudadana activa en planificación, implementación y evaluación de los recursos, asegurando que las voces de los usuarios se escuchen y consideren en la toma de decisiones.

Para México recomendaciones específicas como la optimización del uso de recursos, una implementación de un sistema de gestión y monitoreo que aseguren el uso efectivo de los recursos disponibles, reduciendo el desperdicio y que la calidad del servicio mejore, en cuanto a su cobertura en seguridad social; una implementación e incorporación a los trabajadores informales y a aquellos ciudadanos que no cuenten con este servicio en salud, asegurando una protección más equitativa y universal, así como la continuidad, desarrollo e innovación de sus políticas de calidad con el enfoque en su acreditación como la certificación de instituciones de salud para asegurar estándares de atención altos.

Como recomendación general mejorar la estructura interna de la prestación de servicios en los tres niveles de atención, para que tengan una mejor distribución y se eviten las largas horas de espera, situación que ocurre en ambos países y en México evitar que el paciente deba realizar traslados extenuantes que en muchas ocasiones incurren en la visita de varias unidades de salud y sin poder encontrar una cama disponible para ser atendidos.

## Referencias

- Abrisketa, J. (2023). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, Sistema de salud*. Obtenido de [dicc.hegoa.ehu.es](https://www.dicc.hegoa.ehu.es/):  
<https://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/210#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%2C%20tambi%C3%A9n,variedad%20de%20programas%20de%20salud.>
- Amador, C. &. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 175-179. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu12210.pdf>
- Armijos, L. E. (2017). La evaluación de tecnologías sanitarias en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador como herramienta para la compra de medicamentos entre 2012 y 2015. *Rev Panam Salud Pública*, sp. doi: 10.26633/RPSP.2017.50
- Asambleas Legislativas. (2017). *Comisión Institucional de Ética y Valores*. Obtenido de <http://www.asamblea.go.cr/ci/ciev/Documentos%20compartidos/VALORES%20-%20PEI%20-%20Igualdad.pdf>
- Asesoría Técnica Parlamentaria. (2019). *Sistemas Nacionales de Salud: Ecuador*. Obtenido de [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28082/1/BCN\\_Sistemas\\_de\\_salud\\_Ecuador\\_FINAL.pdf#:~:text=El%20Sistema%20de%20Salud%20de,p%C3%BAblica%20a%20cargo%20del%20Ministerio](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/28082/1/BCN_Sistemas_de_salud_Ecuador_FINAL.pdf#:~:text=El%20Sistema%20de%20Salud%20de,p%C3%BAblica%20a%20cargo%20del%20Ministerio)
- Báscolo, E. H. (2020). Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Pan American Journal of Public Health*, 44, 1-9. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52572/v44e1002020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Batallas, H. (2013). El actual modelo de descentralización en el Ecuador: un desafío para los gobiernos autónomos descentralizados. *Revista de derecho Foro*, 1(20), 5-22. Obtenido de <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4225/1/03-TC-Batallas.pdf>
- Blueprint for a Healthy Community. (1994). A Guide for Local Health Departments: Climate Change, Health, and Equity. *National Association of City and County Health Officers and CDC*, 4-10. Obtenido de [https://www.apha.org/-/media/files/pdf/topics/climate/climate\\_health\\_equity.pdf](https://www.apha.org/-/media/files/pdf/topics/climate/climate_health_equity.pdf)
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2021). Alternativas de financiamiento para el sector salud. *ciep.mx*, 1-32. Obtenido de <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2023/05/Alternativas-de-financiamiento-para-el-sector-salud.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2014). *Evaluación de Tecnologías para la Salud*. Obtenido de Gobierno de México: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/272272/Documento\\_metodologico\\_ETES.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/272272/Documento_metodologico_ETES.pdf)
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2023). *¿Qué son los CENETEC en México?* Obtenido de Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud%7Ccenetec/que-hacemos>
- Chang, C. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *An. Fac. med. Scielo*, 78(4), 452-460. Obtenido de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000400015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400015)

- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *Código Orgánico de Organización Territorial Autonomía y Descentralización*. Registro Oficial Suplemento 303. Obtenido de [https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_org.pdf](https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_org.pdf)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2023). Estudio sobre el derecho a la salud 2023: un análisis cualitativo. *coneval.org.mx*, 2-99. Obtenido de [https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E\\_Derecho\\_Salud\\_2023.pdf](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf)
- De Paepe P., E. R. (2012). The Political Context of Health Care Reforms: Ecuador's silent health reform. *International Journal of Health Service*, 42(2), 219-233. Obtenido de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/HS.42.2.e>
- Dirección General de Información en Salud. (2023). *Sinaiscap.salud.gob.mx*. Obtenido de Sistema de información de la secretaria de salud : <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>
- Farache, C. (2017). Las Leyes Dietéticas del judaísmo. Una Ley para el Alma. *dialnet.unirioja.es*, 99-103. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4696812.pdf>
- Frenk, J. C.-M. (2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica*, 16(1), 9-16. doi:10.1016/j.edumed.2015.04.011
- García, A. K. (2023). Gráficos sobre el acceso a la salud en México. (Eleconomista.com.mx, Ed.) Obtenido de <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/5-graficos-sobre-el-acceso-a-la-salud-en-Mexico-20230803-0051.html>
- Gil, E. (1998). Promoción de la Salud. *Organización Mundial de la Salud, Ginebra*. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)
- Gómez, D. S. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 1-13. Obtenido de [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017)
- Goraymi. (s.f). *Mapa Político del Ecuador*. Obtenido de <https://www.goraymi.com/es-ec/pichincha/mapas/mapa-politicodel-ecuador-ayism1bik>
- Guaita, T. T. (2023). Importancia de la Gestión de Calidad en el Servicio de Salud del Ecuador: Revisión Sistemática. *Latam: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 3(2), 366. doi:<https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.250>
- Gutiérrez, M. &. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal*, 5(1), 81-90. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>
- Healthy People 30. (2023). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de [health.gov: https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health](https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health)
- Hernandez, P. Z. (2023). Equidad y Saud: Necesidades de Investigaciípara la Formulación de una Política Social. *Salud Pública en México*, 33(1), 9-17 . Obtenido de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5352/5569>
- Hospital San Juan de Dios. (s.f.). *Enciclopedia de Ecuador.com*. Obtenido de <https://www.encyclopediadeecuador.com/hospital-san-juan-dios/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). *El número de investigadores en Ecuador*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-numero-de-investigadores-en-ecuador-crece-3729-en-cinco-anos/>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). *ecuadorencifras.gob.ec*. Obtenido de Boletín técnico N°01-2022-RAS: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS%1F\\_2020/Bolet%C3%A9n\\_T%C3%A9cnico\\_RAS\\_2020.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS%1F_2020/Bolet%C3%A9n_T%C3%A9cnico_RAS_2020.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Boletín técnico de camas y egresos hospitalarios*. Obtenido de [ecuadorencifras.gob.ec](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2022/Boletin_tecnico_ECEH_2022.pdf): [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Camas\\_Egresos\\_Hospitalarios/Cam\\_Egre\\_Hos\\_2022/Boletin\\_tecnico\\_ECEH\\_2022.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2022/Boletin_tecnico_ECEH_2022.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (s.f.). *Población y migración*. Obtenido de [ecuadorencifras.gob.ec](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/poblacion-y-migracion/): <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/poblacion-y-migracion/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *División territorial*. Obtenido de <https://cuentame.inegi.org.mx/territorio/division/default.aspx?tema=T>
- Junta de castilla y león. (2021). *Recursos Sanitarios Públicos*. Obtenido de [gobiernoabierto.jcyl.es](https://gobiernoabierto.jcyl.es): <https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284216489702/Catalogo/1285036689228/Informe#:~:text=El%20recurso%20sanitario%20p%C3%BAblico%20es,dirigida%20a%20un%20sector%20poblacional>
- Knaul, F. G. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Scielosp.org, Salud pública de México, 55(2)*, 1-29. Obtenido de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v55n2/v55n2a13.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n2/v55n2a13.pdf)
- Lizán, L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Elsevier, 41(7)*, 411-416. doi:10.1016/j.aprim.2008.10.019
- Lopez, E. (1998). Promoción de la Salud. *Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud*, 1-35. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)
- Lucio, R. V. (2011). Sistema de salud de Ecuador. (SciELO, Ed.) *Salud Pública de México, 53(2)*, 177-187. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/13.pdf>
- Martínez, A. (2022). La salud global como dimensión esencial del desarrollo sustentable. *Colnal.mx*, 1-8. Obtenido de [https://colnal.mx/wp-content/uploads/2022/01/Salud-y-sustentabilidad\\_Marti%CC%81nez\\_V-Encuentro-Libertad-por-el-Saber\\_ECN\\_compressed.pdf](https://colnal.mx/wp-content/uploads/2022/01/Salud-y-sustentabilidad_Marti%CC%81nez_V-Encuentro-Libertad-por-el-Saber_ECN_compressed.pdf)
- Mena, C. &. (2021). *Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal*. Nota Informativa, OIT Países Andinos. Obtenido de [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms\\_817788.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_817788.pdf)
- Méndez, J. (2022). Cobertura y financiamiento: Servicios Estatales de Salud (SESA). *CIEP, Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C.*, 1-7. Obtenido de <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2022/07/Cobertura-y-financiamiento-Servicios-Estatales-de-Salud-SESA-CIEP.pdf>
- Merino, G. (2022). Cobertura universal en salud. (Mexicocomovamos.mx, Ed.) Obtenido de <https://mexicocomovamos.mx/animal-politico/2022/11/cobertura-universal-en->



- Océano Medicina. (2022). *ec.oceanomedicina.com*. Obtenido de Ecuador todavía no alcanza el número de profesionales de enfermería recomendado por la OMS: <https://ec.oceanomedicina.com/nota/enfermeria-ec/ecuador-todavia-no-alcanza-el-numero-de-profesionales-de-enfermeria-recomendado-por-la-oms/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La Atención Primaria en Salud: más necesaria que nunca*. Obtenido de [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Subsana las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Informe Final. Ginebra: OMS/OPS; 2008, 1-40*. Obtenido de [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Qué es un sistema de salud,*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Perfil del Sistema de Salud de Ecuador. *Biblioteca Sede OPS, 1-56*. Obtenido de <https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/politicas-sistemas-y-servicios-de-salud/Perfil-Ecuador-ML4printer.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Universal health*. Las Américas: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Paho.org*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud#:~:text=La%20equidad%20en%20salud%20es,%2C%20econ%C3%B3micas%2C%20demogr%C3%A1ficas%20o%20geogr%C3%A1ficas>.
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Recursos humanos para la salud, para todas las personas, en todos los lugares*. Obtenido de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13672:human-resources-for-health-for-all-people-in-all-places&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2023). *En Ecuador se realiza una misión por la transformación digital en salud pública*. Obtenido de Paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2023-ecuador-se-realiza-mision-por-transformacion-digital-salud-publica>
- Pelcastre, B. M. (2021). Equidad en el acceso a los servicios de salud. *Instituto Nacional de Salud Pública, 3-6*. Obtenido de [https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS\\_Equidad\\_acceso.pdf](https://insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISS_Equidad_acceso.pdf)
- Piña, R. (2022). Estructura del sistema de salud en México. En U. a. México, *División de Ciencias de la salud, biológicas y Ambientales*. Obtenido de [https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE2/PES/01/FSSA/unidad\\_03/de-scargables/FSSA\\_U3\\_Contenido.pdf](https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE2/PES/01/FSSA/unidad_03/de-scargables/FSSA_U3_Contenido.pdf)
- Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. (2002). *Perfil del sistema de servicios de salud México*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de

- [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Mexico\\_2002.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf)
- Reyes, C. (s.f.). *SESION 1 Salud Pública Bases Conceptuales, Definiciones e Importancia*. Obtenido de Scribd: <https://es.scribd.com/presentation/735286173/SESION-1-Salud-publica-bases-conceptuales-definiciones-e-importancia>
- Reyes, G. &. (2015). Análisis sobre la Evolución del Sistema Nacional de Investigadores de México. *Redalyc*, 44(115), 1-21. Obtenido de <https://administrativa.escasto.ipn.mx/index.php/IA/article/view/98/98>
- Rodríguez, J. G. (2017). El Sistema Nacional de Investigadores en México: 20 años de producción científica en las instituciones de educación superior (1991-2011). (I. bibliotecológica, Ed.) *Scielo.org.mx*, 31, 1-33. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/ib/v31nsp/2448-8321-ib-31-spe-187.pdf>
- Ruales, J. (2020). *Cobertura Universal en el Ecuador: ¿Hay salud igual para todos?* Obtenido de Noticiero médico: <https://www.noticieromedico.com/post/cobertura-universal-en-el-ecuador-hay-salud-igual-para-todos>
- Santos, C. (2008). Health Systems Profile: Ecuador, Monitoring and Analysis of the Change and Reform Processes. *Organización Panamericana de la Salud*, 3, 1-62. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_System\\_Profile-Ecuador\\_2008.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Ecuador_2008.pdf)
- Schwartzmann L. (2003). Health-Related Quality Of Life: Conceptual Aspects. *Scielo Ciencia y Enfermería*, 2(4), 9-21. Obtenido de <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Secretaría de Educación Pública. (2022). *La división política.Gob. Mx*. Obtenido de [nuevaescuelamexicana.sep.gob.mx](https://nuevaescuelamexicana.sep.gob.mx): <https://nuevaescuelamexicana.sep.gob.mx/detalle-ficha/2848/>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2024). *Embajada de México*. Obtenido de [embamex.sre.gob.mx](https://embamex.sre.gob.mx): <https://embamex.sre.gob.mx/finlandia/index.php/embajada/acerca-de-mexico#:~:text=La%20divisi%C3%B3n%20pol%C3%ADtica%20de%20M%C3%A9xico,los%20Poderes%20de%20la%20Uni%C3%B3n>.
- Seguí, M. T. (2013). Sistemas de salud. Modelos. En M. M. (Dir.), *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud*. 419-424. Elsevier. Obtenido de [https://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestionYdesarrollo/desarrollos\\_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf](https://www.unsis.edu.mx/ciiissp/gestionYdesarrollo/desarrollos_teoricos/acad/2013.Sistemas-de-salud.-Modelos.pdf)
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *scielosp.org*, 11. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/#top1>
- Servicio Público para Pago de Accidentes de Tránsito. (sf). *Preguntas frecuentes sobre las protecciones que brinda el SPPAT*. Obtenido de <https://www.sppat.gob.ec/servicios/?p=513>
- Susan, L. (2012). Sistemas de salud comparados: Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90. *trabajosocial.unlp.edu.ar*, 1-4. Obtenido de [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez\\_\\_sistemas\\_comparados\\_de\\_salud\\_.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/lopez__sistemas_comparados_de_salud_.pdf)

- Tápanes, D. D. (2014). La revolución científico-técnica en las ciencias médicas en cuba: desde el triunfo revolucionario hasta nuestros días. Su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Revista Médica Electrónica (Medical Electronic Journal)*, 36(1), s.p.  
Obtenido de <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1171/html>
- Urzúa, A. (2010). Health related quality of life: Conceptual elements. *Rev Med Chile*, 138, 358-365. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Winslow, C. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51(1306), 23-33.  
doi:<https://doi.org/10.1126/science.51.1306.23>