



Artículo de Revisión Sistemática

La salud pública frente a sus desafíos financieros: Modelos y resultados

Public Health in the Face of Financial Challenges: Models and Outcomes

Katherine Katiusca Porras Valarezo¹  

¹ Universidad Técnica de Machala, Av. Panamericana Km. 5 1/2 Vía a Pasaje, Machala, Ecuador

Recibido: 2025-05-01 / Aceptado: 2025-06-02 / Publicado: 2025-07-01

RESUMEN

El presente trabajo aborda los desafíos del financiamiento en la salud pública, con énfasis en el contexto latinoamericano y en el caso particular de Ecuador. Se analizan los principales modelos de financiamiento, destacando las implicaciones sociales, económicas y éticas que conllevan las decisiones sobre la asignación de recursos en los sistemas de salud. La investigación pone en evidencia la creciente complejidad de garantizar la cobertura universal y el acceso equitativo en entornos marcados por la fragmentación institucional, la informalidad laboral y la desigualdad estructural. Se revisan estrategias adoptadas por diversos países de la región, observando cómo la combinación de financiamiento público, privado y contributivo puede representar una solución viable, aunque no exenta de tensiones en cuanto a la equidad y sostenibilidad. En el caso ecuatoriano, se identifican avances normativos importantes, pero también se subrayan los desafíos persistentes en la articulación del sistema nacional de salud, la eficiencia del gasto y la garantía de servicios integrales para toda la población. En conclusión, se resalta la necesidad de repensar los modelos de financiamiento desde una perspectiva intersectorial, basada en la evidencia, que asegure tanto la sustentabilidad económica como el cumplimiento del derecho a la salud.

Palabras clave: financiamiento, salud pública, sostenibilidad, equidad, Ecuador, América Latina

ABSTRACT

This study addresses the challenges of healthcare financing, with a focus on the Latin American context and the specific case of Ecuador. It analyzes the main financing models, highlighting the social, economic, and ethical implications of decisions regarding the allocation of resources within health systems. The research underscores the increasing complexity of ensuring universal coverage and equitable access in settings characterized by institutional fragmentation, labor informality, and structural inequality. Strategies adopted by various countries in the region are reviewed, observing how a mix of public, private, and contributory financing can offer a viable solution—albeit one not free of tensions regarding equity and sustainability. In Ecuador's case, significant regulatory advances are identified, while persistent challenges remain in integrating the national health system, improving spending efficiency, and guaranteeing comprehensive services for the entire population. In conclusion, the study highlights the need to rethink financing models from an intersectoral, evidence-based perspective that ensures both economic sustainability and the fulfillment of the right to health.

keywords: financing, public health, sustainability, equity, Ecuador, Latin America

RESUMO

Este trabalho aborda os desafios do financiamento da saúde pública, com ênfase no contexto latino-americano e no caso particular do Equador. São analisados os principais modelos de financiamento, destacando-se as implicações sociais, econômicas e éticas das decisões relacionadas à alocação de recursos nos sistemas de saúde. A pesquisa evidencia a crescente complexidade de garantir cobertura universal e acesso equitativo em contextos marcados pela fragmentação institucional, informalidade no trabalho e desigualdade estrutural. Revisam-se estratégias adotadas por diversos países da região, observando como a combinação de financiamento público, privado e contributivo pode representar uma solução viável, embora não isenta de tensões quanto à equidade e à sustentabilidade. No caso equatoriano, identificam-se avanços normativos importantes, mas também se destacam os desafios persistentes na articulação do sistema nacional de saúde, na eficiência dos gastos e na garantia de serviços integrais para toda a população. Conclui-se ressaltando a necessidade

de repensar os modelos de financiamento sob uma perspectiva intersectorial, baseada em evidências, que assegure tanto a sustentabilidade econômica quanto o cumprimento do direito à saúde.

palavras-chave: financiamento, saúde pública, sustentabilidade, equidade, Ecuador, América Latina

Forma sugerida de citar (APA):

Porras Valarezo, K. K. (2025). Ejecución presupuestaria de gastos con recursos propios (F.F. 30) de las universidades públicas del Paraguay: Una revisión de la implementación de la Ley 6628/20. *Revista Científica Multidisciplinar SAGA*, 2(3), 207-215. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i3.141>



Esta obra está bajo una licencia internacional
Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

A nivel global, los sistemas de salud han centrado sus esfuerzos en la formulación de políticas orientadas a optimizar tanto el rendimiento como la calidad de los servicios sanitarios. Al comprender que confiar únicamente en la dinámica espontánea de los gobiernos, las entidades privadas y los profesionales no es suficiente para una gestión eficaz del sistema, dada su complejidad inherente, se vuelve indispensable implementar intervenciones multidimensionales para asegurar una administración eficiente y sostenible. Cada nación, según su modelo de desarrollo, construye su sistema de salud, considerando los factores que lo influyen.

Desde la década de 1970, numerosos estudios en Latinoamérica han cuestionado los patrones de desarrollo que han tenido un impacto significativo en los modelos políticos, sociales, económicos y culturales de la región, afectando además los estilos de vida y las formas de ser. Esto ha dado lugar a un proceso salud enfermedad contradictorio que obstaculiza el bienestar social.

La importancia de la mayor disponibilidad y competencia de la fuerza laboral radica en que dichos factores influyen directamente en la satisfacción de los pacientes, situación que toma singular interés en países de ingresos bajos y medios caracterizados por la falta de legitimidad en las instituciones del sector salud

(Chamorro et al., 2023). La evidencia de la relación costo-efectividad puede ayudar a los responsables de las políticas a tomar mejores decisiones sobre la asignación de recursos, mejorando los resultados y la eficiencia de la

atención sanitaria para esta población vulnerable (Silva et al., 2018).

La envergadura de esta iniciativa para el Sistema Nacional de Salud y sus consecuencias exige un fundamento sólido de sus propuestas a partir de la identificación de los problemas de salud y de acceso a los servicios que enfrenta la población sin seguridad social (Reyes- Morales et al., 2019). El financiamiento de la salud pública es un tema complejo que requiere un enfoque equilibrado que tome en cuenta las características particulares de cada país.

La clave es encontrar un modelo o una combinación de modelos que ofrezca una cobertura equitativa, garantice la calidad de los servicios y sea sostenible a largo plazo. Los modelos mixtos que combinan financiación pública y privada parecen ser una tendencia creciente en muchos países, ya que permiten aprovechar las fortalezas de ambos sectores para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, es esencial que estos sistemas mantengan un enfoque centrado en la equidad para evitar desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

Uno de los desafíos más importantes del financiamiento público es garantizar la sostenibilidad del sistema. Los gobiernos deben asegurar que los ingresos sean suficientes para afrontar el aumento de los costos en salud, particularmente en naciones con poblaciones envejecidas o que enfrentan enfermedades prevalentes y de alto costo.

Un estudio realizado por la Banco Mundial (2017) en países de África y Asia encontró que los sistemas financiados públicamente

contribuyen a la disminución del gasto catastrófico en salud, especialmente en las poblaciones más vulnerables (1).

Según datos del Banco Mundial,¹ en 2017 la inversión pública y privada de Argentina fue de un 0,54% de su PBI.² Lo cual está muy lejos del 4,82% que invirtió Israel, el 3,21% de Japón, el 2,8% de Estados Unidos, el 2,27% de Francia o el 2,09% de Australia (2).

En países como Uruguay y Brasil, los sistemas públicos de provisión del servicio están unificados en un solo segmento; en Argentina, el modelo federal introduce otro elemento en la estructuración del SNS que se refiere a la heterogeneidad dentro de cada segmento y en Paraguay, su alto grado de segmentación no permite realizar una clara distinción entre cada uno de ellos (3)

El MSP, quien desempeña el rol rector en el sistema, determinado como tal en la Constitución Política del Ecuador de 1998, único con suficientes recursos de poder para impedir, facilitar o modificar el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones; la reforma de salud del Ecuador también responde al discurso político sanitario de la región que plantea como reto, determinar “el papel adecuado del Estado” considerando la creciente importancia del sector privado y las dificultades del sector público en la provisión del servicio. Llevar a cabo esto puede “exigir cambios grandes y simples, como los de financiación, pero también modificar la mentalidad de los actores” (3)

MARCO TEÓRICO

Varios países de la región, en particular en América Latina, han consagrado derechos constitucionales a la salud y han implementado políticas de cobertura universal de salud; estos compromisos ejercen presiones al alza sobre el gasto público en salud. Por lo tanto, es necesario encontrar maneras de crear más margen fiscal y utilizar los recursos existentes de manera más eficiente. (4)

El crecimiento estimado del gasto corriente en salud (GCS) entre 2000 y 2018/19 indica tasas de crecimiento anual que oscilan entre el 0,3 % y el 7 %. Ecuador, Nicaragua, Bolivia,

Colombia, Chile, Panamá y Perú experimentaron un crecimiento anual de alrededor del 4 % en GCS. (4)

Los países de altos ingresos gastan más en salud que los de bajos ingresos. Además, a medida que las economías de los países prosperan, gastan más en salud a medida que aumenta la demanda y la calidad de la atención médica, y los gobiernos amplían la cobertura de los servicios financiados con fondos públicos. Varios estudios han señalado que el nivel y el crecimiento del ingreso nacional tienen un gran impacto en el aumento del gasto en salud. (4)

La Cobertura Universal de Salud, los servicios de salud en Argentina, Brasil, Colombia y México son generalmente accesibles y asequibles; sin embargo, aún tienen dificultades para satisfacer las demandas de salud de la población y abordar el aumento de los costos de la atención médica. (5)

La decisión del Ministerio de Salud de Colombia de aumentar la prima del seguro de salud (Unidad de Pago por Capitación) en un 5,36 % para 2025, cerca de la tasa de inflación, ha generado controversia; el aumento insuficiente aumenta la probabilidad de superar la cobertura de las primas, como lo demuestran estudios actuariales recientes; podrían poner en riesgo la salud. (6)

Salud pública en Ecuador: Constitucionalismo Marco y Reformas

Los derechos humanos representan la razón de ser de los Estados y se configuran como fines que deben alcanzarse para el mantenimiento pacífico y digno de las relaciones sociales. Es un axioma que los derechos humanos son la base de la libertad, justicia y paz, y representan un supuesto para el progreso social y la elevación del nivel de vida dentro del concepto más amplio de la libertad, tal como indica el Preámbulo de la Declaración (7).

La Constitución ecuatoriana de 2008 indica la salud como un derecho esencial y manifiesta que el Estado tiene la obligación de ofrecer acceso universal, justo y sin costo. Esto promovió una reforma completa del sistema

sanitario, encaminada en la cobertura universal y la equidad en la asistencia en salud.

Para asegurar los derechos humanos, los gobiernos asignan fondos a los sectores sociales, salud, educación, entre otros, de manera mayor o menor, en función de las condiciones económicas predominantes, la orientación de las políticas públicas del gobierno en funcionamiento, y otros factores.

La reforma contempló el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando entidades públicas y privadas bajo el criterio de integración, equidad y participación ciudadana. Sin embargo, desafíos como la segmentación del sistema y la desigualdad en el acceso persisten, especialmente en áreas rurales y comunidades indígenas (8).

El rol del Estado en la provisión de servicios, especialmente el servicio de salud pública, se comprende en los siguientes enfoques:

1. *Liberal ortodoxa*. De acuerdo con esta visión, la participación del Estado en el servicio de salud pública se circunscribe a crear condiciones en el mercado en el que intervengan actores privados para ofertar estos servicios a la población que, de su parte, tendrá una demanda natural derivada de su perfil epidemiológico (9). En este enfoque no hay factores que favorezcan la consideración de la salud como un derecho y el Estado orienta su responsabilidad hacia la libre competencia entre mercados, pero no garantiza este servicio en su totalidad, restringiéndose al aprovisionamiento de servicios extremadamente costosos, por lo cual se apoya en el mercado de seguros (9).

2. *Liberal redistributiva*. Desde la perspectiva liberal-redistributiva, se plantea que el Estado debe impulsar una mirada universal, donde lo más importante sea mejorar las alternativas de vida de las personas mediante la creación de oportunidades relacionadas con la salud (9). Se toma en cuenta la pobreza y la marginación como elementos que provocan enfermedades debido a la ausencia de servicios fundamentales para la supervivencia de cada individuo. Además, garantiza a población la salud, por lo tanto,

gozan de este derecho a la salud; en efecto, se promueve una relación Estado-mercado, esto quiere decir que las fuentes para subvencionar a la sociedad son los sistemas de impuesto, aportes de empleados y empleadores y gastos personales adicionales (9).

3. *Marxista igualitarista*. Este modelo se basa en la prevención y la curación, tomando en cuenta la concepción de la enfermedad y su tratamiento. El Estado considera que la salud es un derecho humano prioritario y mejorará las condiciones de vida para que la sociedad disfrute de este servicio a plenitud según las necesidades (9).

Es posible deducir que los tres instrumentos normativos a los que Ecuador se adhiere establecen las responsabilidades del Estado y catalogan la salud como un derecho.

Financiamiento público de la salud: Estructura y desafíos

La figura del fideicomiso ha ido evolucionando en América Latina, de la mano de los múltiples usos que se le han atribuido; así, estuvo inicialmente vinculado a operaciones entre empresas e instituciones bancarias; en la actualidad, se encuentra sustancialmente relacionado con el mercado de capitales, en el marco de las titulizaciones de activos; la finalidad, en este caso, es emitir activos para captación de fondos del público, los llamados fideicomisos de titulización (10).

La emergencia de encuestas de similar formato en varios países, así como los estudios de Cuentas Nacionales en Salud, abren a inicios del 2000 varias líneas de trabajo que analizan fundamentalmente el comportamiento del gasto en salud de las familias y el impacto progresivo o regresivo del mismo dentro del ingreso familiar y de la economía en su conjunto. Aquí se brinda las bases para establecer mecanismos de protección social de las familias ante shocks de salud. Es importante resaltar que a partir de esto y hasta la actualidad se empiezan a diseñar metodologías e indicadores de medición uniforme entre países, y de donde surgen conceptos tales como umbrales de pobreza y gasto empobrecedor, entre otros (11).

La financiación de la salud se realiza a través de impuestos que el Estado gestiona mediante su presupuesto general. Esto permite a los ciudadanos tener acceso a servicios de salud sin costo y de manera integral. La disponibilidad de recursos va a depender, en términos generales, del nivel de recaudación. Los tributos son la principal fuente de los ingresos públicos y deben redirigirse al gasto público de las personas vulnerables (7).

Una investigación sobre el gasto público en salud entre 2008 y 2014 concluyó que el 95% de los recursos se alinearon con las dimensiones previstas en instrumentos internacionales, mientras que el 5% restante, equivalente a aproximadamente USD 584 millones, no correspondió a ninguna categoría, lo que sugiere una asignación ineficiente de recursos (9). Diversas propuestas han sido planteadas para mejorar el financiamiento del sistema de salud en Ecuador. Se considera la consolidación de un fondo nacional que capte y garantice la disponibilidad de recursos de salud, evitando altibajos en su asignación. Además, se ha sugerido la implementación de mecanismos de pago basados en capitación ajustada por riesgos socioeconómicos y demográficos, así como la mancomunación de fondos, con el objetivo de mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema (8).

Los recursos destinados al sector salud deben ser evaluados en un contexto de procesos de larga duración y con una visión sostenible e incluso algunos autores afirman que ese gasto en salud debe evaluarse a la luz de la reducción de enfermedades o mejoras en la condición de vida de la población, de tal forma que esa relación de gasto público con mejoras de la calidad de vida, sirvan como insumo en la elaboración de políticas públicas (9).

En otras palabras, el Estado para desarrollar una gestión pública transformadora, debe elaborar presupuestos extensos que contemplen valores monetarios representativos y efectuar asignaciones apropiadas de los recursos que satisfagan las necesidades de la sociedad.

A pesar de que el presupuesto orientado a resultados ha desempeñado un papel crucial,

en la actualidad atraviesa dificultades en la práctica, al obtener los resultados planificados en muchos casos resulta complicado; se hace una tarea ardua por la falta de apoyo político y la ineficiencia de los indicadores obtenidos que se basan más en la gestión pública que el impacto social (12).

En Ecuador se analiza el sistema de salud de Ecuador, las condiciones de salud en el país y características funcionales del sistema, incluyendo los aspectos de financiamiento (11).

Por lo cual este tipo de políticas repercute cuando los gastos públicos se destinan a otros ámbitos y son reducidos las necesidades públicas; al cual los únicos remunerados son las empresas.

El Presupuesto Público es un instrumento que contiene las metas propuestas por un gobierno a fin de materializar las políticas públicas y, en él se establece el gasto público para un año fiscal (12). En otros términos, para el cumplimiento de sus metas, asumido desde la perspectiva de las políticas públicas como el resultado del proceso de negociación política, que tiene por finalidad la generación de iniciativas mediante las cuales se busca incidir en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios (13).

Actualmente ningún sistema es completamente público, son combinados, tienen algunas variables, ejemplo, los fondos públicos están condicionada a resultados (14).

Composición del gasto en salud

Un estudio publicado en la Revista PUCE detalla que, en 2018, el 60% del presupuesto devengado del MSP se destinó a remuneraciones de personal, el 8,5% a insumos y el 5,3% a medicamentos. Además, se asignó un 8% al desarrollo de la rectoría sectorial y un 4% a programas de salud pública, esenciales para reducir riesgos y abordar determinantes sociales de la salud (11). Además el 95% de los recursos se clasificaron dentro de las dimensiones previstas en instrumentos internacionales, mientras que el 5% restante, equivalente a aproximadamente USD 584 millones, se destinó a fines no alineados con el

fortalecimiento del sistema de salud pública (9).

Se analizó la relación entre el presupuesto asignado al sector salud y la tasa de cobertura de atención al usuario teniendo una tendencia decreciente en la asignación de recursos por parte del Estado, mientras que la demanda de atención se mantenía alta, especialmente durante la pandemia de COVID-19 por lo tanto es esencial optimizar la utilización de los recursos financieros destinados al sector salud para mejorar la cobertura y calidad de los servicios (15).

METODOLOGÍA

El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar cómo los desafíos financieros impactan en la salud pública y evaluar los modelos adoptados para enfrentar estos problemas, identificando sus resultados en términos de eficiencia, sostenibilidad y cobertura.

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en revistas científicas entre 2018 y 2024.
- Estudios en inglés y español con acceso al texto completo.
- Investigaciones que aborden desafíos financieros en sistemas de salud pública, modelos implementados y sus resultados.

Criterios de exclusión

- Opiniones o comentarios editoriales sin base empírica.
- Estudios centrados exclusivamente en sistemas de salud privados.
- Artículos duplicados o con baja calidad metodológica.

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, SciELO, Web of Science y Google Scholar (para literatura gris y reportes relevantes). Los términos de búsqueda combinados con operadores booleanos incluyeron: "public health" AND "financial challenges", "health systems" AND "financial models", "health financing" AND "outcomes".

Los datos fueron sintetizados de forma narrativa y categorizados en:

- Desafíos financieros generales en sistemas de salud pública.
- Modelos de financiamiento aplicados (e.g., impuestos, seguros, cooperación internacional). Resultados de implementación en términos de sostenibilidad, equidad y calidad.

Se empleó un enfoque crítico-comparativo para identificar similitudes, diferencias y brechas en la literatura.

Limitaciones

Posible sesgo de publicación, dado que algunos estudios relevantes podrían no estar disponibles en revistas indexadas.

RESULTADOS

Según las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el Ecuador tenía 15.5 millones de habitantes en el 2012 y llegará a 23.4 millones de habitantes en el 2050 (16).

La conformación segmentada del sector salud generó que las poblaciones cubiertas tengan diferente gasto per cápita, provocando inequidades en el acceso, que se buscaron mitigar con la creación de la RPIS (16).

La inversión pública en Ecuador ha aumentado marcadamente en términos absolutos (desde US\$152 millones en 2000 hasta US\$1.654 millones en 2014), su participación en el gasto público total de provincias ha caído desde un 68% en 2002 hasta un 48% en 2014. Este movimiento se explica por el mayor dinamismo que ha mostrado el gasto corriente durante el periodo de análisis, que fue particularmente marcado en lo relativo a sueldos y salarios (17).

La inversión pública estaba entre 4% y 6% del PIB en el periodo 2000-2006, y empieza a crecer significativamente a partir de 2007 hasta ubicarse en alrededor del 15% del PIB en el año 2013. La inversión privada, por otro lado, se encontraba entre 13% y 17% del PIB en el periodo 2000-2006, con una tendencia creciente, y se ha venido reduciendo paulatinamente desde 2007, llegando a un nivel del 13% del PIB en 2013. Los datos muestran que la inversión pública ha expulsado a la inversión privada, y que ha

provocado menores tasas de crecimiento del PIB (17).

El gasto público representó en promedio el 20,9% del PIB entre 2000 y 2006, y alrededor del 37% entre 2007 y 2017. Se concluye que la inversión pública ha tenido un impacto significativo en el crecimiento del VAB, especialmente en sectores como infraestructura y servicios públicos (18).

El sistema de salud ecuatoriano presenta una estructura de financiamiento mixta y segmentada, con múltiples fuentes de ingresos y diversas instituciones gestoras. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), aproximadamente el 40% del gasto en salud es financiado directamente por los hogares, lo que constituye una barrera económica significativa para el acceso equitativo a los servicios de salud (19).

Un estudio en la Revista *Compendium* analizó la inversión pública en el sistema de salud de Guayaquil entre 2010 y 2019, encontrando que, durante ese período, el gobierno nacional invirtió entre el 5% y 7% del Presupuesto General del Estado en salud. Sin embargo, se identificaron deficiencias en infraestructura, personal y recursos médicos, afectando la calidad y cobertura de los servicios (20).

A pesar de los esfuerzos por garantizar la gratuidad de los servicios de salud, el gasto de bolsillo sigue siendo elevado. Un estudio en *Salud Pública de México* analizó la equidad en el financiamiento del sistema de salud ecuatoriano, concluyendo que los hogares de menores ingresos enfrentan una carga financiera desproporcionada debido a los gastos directos en salud, lo que incrementa la pobreza y la inequidad (21).

El porcentaje de empobrecimiento debido a los gastos en salud se debe, en gran proporción, al gasto doble de la población para financiar el sistema de salud. Por un lado, financian la salud pública mediante impuestos y contribuciones y, por otro, compran servicios de salud privado. Lo que afecta principalmente, a una proporción de la clase media que entra al grupo de personas pobres

por estos gastos y, empobrece aún más a quienes ya lo eran (21).

El Alto gasto de bolsillo por motivos de salud en el que aún incurren los afiliados al SP sigue pobre de la población, mientras que para el quintil de ingresos más alto, la cifra fue de 4%, México es el segundo país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con mayor gasto de bolsillo,¹² a pesar de que éste se redujo de 54% del gasto total en salud en 2000 a 42% en 2017 (22).

Los países que se unieron a la Cobertura Universal de Salud y alcanzaron un índice general de cobertura esencial del 76-77%, y los gastos de bolsillo en salud de los hogares cayeron por debajo del 25%; Sin embargo, los países carecen de mecanismos efectivos de protección financiera, que continúan aumentando el gasto de bolsillo, como lo indican las puntuaciones más bajas de protección financiera y la falta de mecanismos financieros efectivos además de las transferencias de efectivo (5).

En la mayoría de los países de ALC, el gasto público general en salud constituyó la principal fuente de financiamiento en 2019 (promedio regional del 57%) (23).

CONCLUSIONES

Los desafíos financieros en la salud pública representan una preocupación constante para los países, especialmente en contextos de alta desigualdad, fragmentación institucional y escasos recursos. A lo largo de esta revisión, se ha evidenciado que la sostenibilidad de los sistemas sanitarios depende en gran medida de la implementación de modelos de financiamiento sólidos, equitativos y adaptables a las realidades sociales y económicas de cada nación.

Los modelos mixtos de financiamiento — que integran recursos públicos y privados — han ganado terreno como alternativa viable, al combinar eficiencia operativa con objetivos de cobertura universal. No obstante, su implementación debe estar guiada por principios de equidad, regulación estatal eficaz y participación activa de los actores del sistema.

El caso de América Latina muestra una tendencia generalizada hacia la segmentación y la heterogeneidad en los sistemas de salud, lo que genera barreras de acceso, inequidades en la atención y duplicación de funciones. Ecuador, en particular, enfrenta retos significativos en la distribución del gasto, la articulación interinstitucional y la sostenibilidad a largo plazo.

Se concluye que no existe un modelo único ideal, sino que cada país debe construir soluciones contextuales, integrales y sostenidas en el tiempo. La toma de decisiones basada en evidencia, la inversión estratégica en salud, y una gobernanza transparente son elementos fundamentales para avanzar hacia sistemas de salud más resilientes, equitativos y sostenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. Informe anual 2017 [Internet]. [citado 2025 mayo 31]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/0c14cb60-c588-57f1-b524-b8dc59381b37/content>
2. Aristimuño FJ. Financiamiento público de la ciencia y la tecnología: un estudio de la evolución del presupuesto público argentino de función ciencia y técnica (1983-2022). *Rev Iberoam Cienc Tecnol Soc*. 2023 ene 31;18(54):225-57.
3. Molina Guzmán A. Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. 2018 ago 13 [citado 2025 mayo 31]. Disponible en: file:///C:/Users/casi_/Downloads/3070-Texto%20del%20artículo-14220-1-10-20190107.pdf
4. Rao KD, Robertson T, Vecino-Ortiz AI, Noonan CM, Lopez Hernandez A, Mora-Garcia CA, et al. Future health expenditures and its determinants in Latin America and the Caribbean: a multi-country projection study. *Lancet Reg Health Am*. 2024 may 31;44:100781.
5. Gilardino RE, Valanzasca P, Rifkin SB. Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Arch Public Health* [Internet]. 2022 ene 21 [citado 2025 mayo 22];80(1). Disponible en: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-022-00793-7>
6. Espinosa O, Rodríguez-Lesmes P, Prada S, Bolívar M, Mejía-Becerra JD, Vecino-Ortiz AI. Health insurance premium in Colombia for 2025: a strictly political-ideological decision without technical-scientific arguments? *Health Econ Rev*. 2025 abr 8;15:31.
7. Andara Suárez LJ, Peña Barrios AJ. Presupuesto público y derechos sociales: perspectiva general sobre el cumplimiento de los derechos. *Estado Comunes* [Internet]. 2022 ene 15 [citado 2025 mayo 28];1(14). Disponible en: https://revistas.iaen.edu.ec/index.php/estado_comunes/article/view/248
8. Villacrés T, Mena AC. Mecanismos de pago y gestión de recursos financieros para la consolidación del Sistema de Salud de Ecuador. *Rev Panam Salud Pública*. 2017 may 15;41:1.
9. Guarderas M, Raza D, González P. Gasto público en salud en Ecuador: ¿cumplimos con los compromisos internacionales? *Estud Gestión*. 2021 feb 9;(9):237-54.
10. Paulo Comitre MB, Diana Farfán RG, Joe Navarrete MV. El fideicomiso y el financiamiento público. Lima: ESAN Ediciones; 2015. p. 24-30. (Serie Gerencia para el Desarrollo).
11. Lucio R, López R, Leines N, Terán JA. El financiamiento de la salud en Ecuador. 2019 mayo 3 - nov 3;(106):81-124.
12. Zapata RAE, Guerrero EJC, Júnior HAG. Gestión del presupuesto público: alcance y limitaciones. *Visión Int (Cúcuta)*. 2019 jul 1;:18-24.
13. Donoso-Díaz S, Arias-Rojas O, Reyes-Araya D. Tendencias del financiamiento público y dilemas de la política educacional chilena (1999-2018). *Lect Econ*. 2021 mayo 26;(95):167-97.
14. Monar Merchán C. Análisis crítico del presupuesto público (gasto) para la investigación y desarrollo en América Latina y el Caribe. *Encuentros*. 2022 jun;(15):108-23.
15. Chamorro Murillo DE. El presupuesto general del Estado asignado al sector salud y su influencia sobre la tasa de cobertura de atención al usuario. *Caso IESS Ambato*. Proyecto de Investigación y Desarrollo. 2021.
16. Vermeersch C, Giovagnoli PI. Eficiencia del gasto público en salud en Ecuador: situación actual y opciones de política [Internet]. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial; 2020 [citado 2025 mayo 31]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/>

- 839591592210457716/pdf/Informe-Principal.pdf
17. Brito-Gaona LF, Sotomayor-Pereira G, Apolo-Vivanco J. Análisis y perspectivas del valor agregado bruto en la economía ecuatoriana. 2018 oct 24;3(5):17-36.
 18. Chancusig G. Efectos de la inversión pública en el crecimiento económico del Ecuador. Rev Cuest Econ [Internet]. 2021 mar 14;32(1). Disponible en: file:///C:/Users/casi_/Downloads/391-Texto%20del%20artículo-1927-1-10-20220630.pdf
 19. Mena AC, Casali P. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano para la cobertura universal* [Internet]. Organización Internacional del Trabajo; [citado 2025 mayo 31]. Disponible en: file:///C:/Users/casi_/Desktop/KATY/articulos/wcms_817788.pdf
 20. Carpio C, Pablo J, Solano B. La incidencia de la inversión pública en el sistema de salud del Ecuador período 2010–2019. Rev Compendium. 2021 jul 18;8(2):145-64.
 21. Armijos-Briones M, Pires De Sousa FJ, Zavala-Briones M. Aumento de la pobreza e inequidad en el financiamiento del sistema de salud de Ecuador. Rev Salud Pública. 2019 mayo 1;21(3):1-8.
 22. Reyes-Morales H, Dreser-Mansilla A, Arredondo-López A, Bautista-Arredondo S, Ávila-Burgos L. Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. Salud Publica Mex. 2019 oct 23;61(5):685.
 23. OECD, The World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023 [Internet]. Paris: OECD; 2023 [citado 2025 mayo 22]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_532b0e2d-en.html

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener conflictos de intereses.



DERECHOS DE AUTOR

Porras Valarezo, K. K. (2025)



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.



El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.