

Research Article

Bioética y equidad en el acceso a los servicios de salud en Ecuador y América Latina

Bioethics and equity in access to health services in Ecuador and Latin America



Mendoza-Falcones, Luis Miguel ¹



<https://orcid.org/0009-0004-0403-6067>



Lmendoza@pucesd.edu.ec



Ecuador, Santo Domingo, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



Herrera-Esquivel, Carlos Anibal ³



<https://orcid.org/0009-0007-3849-2097>



caherrerae@pucesd.edu.ec



Ecuador, Santo Domingo, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



Guida-Acevedo, Guido Nino ²



<https://orcid.org/0000-0002-3721-9618>



gnguida@pucesd.edu.ec



Ecuador, Santo Domingo, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.



Herrera-Sánchez, Priscila Jaqueline ⁴



<https://orcid.org/0000-0002-6537-3743>



pjherreras@pucesd.edu.ec



Ecuador, Santo Domingo, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Autor de correspondencia ¹



DOI / URL: <https://doi.org/10.55813/qaea/jessr/v6/n1/234>

Resumen: Este estudio sitúa la inequidad en el acceso a la salud como un problema estructural asociado a sistemas segmentados; su propósito es analizar, desde la bioética, cómo tales arreglos institucionales perpetúan o corrigen desigualdades y qué estándares procedimentales pueden legitimarlas. Se aplicó un diseño no experimental, transeccional y exploratorio-descriptivo, alineado con PRISMA/PRISMA-S, con búsquedas en Scopus, WoS, SciELO y Latindex (2020–2025), doble verificación y codificación de dimensiones de equidad, marcos bioéticos y resultados. Los hallazgos muestran gradientes “pro-ricos” en acceso efectivo y calidad percibida en varios países; en Ecuador disminuyó la desigualdad de uso, pero persisten barreras geográficas, financieras indirectas, organizativas y culturales que afectan a poblaciones rurales, indígenas y migrantes. La discusión interpreta estas asimetrías como violaciones de la justicia distributiva y resalta la utilidad de la “Accountability for Reasonableness” para transparentar y revisar decisiones de priorización. Se plantean líneas operativas: redistribución de talento humano y abastecimiento, fortalecimiento de referencia-contrarreferencia, mediación intercultural, y mitigación de costos no médicos con monitoreo de equidad. En conclusión, convertir cobertura nominal en acceso equitativo exige combinar acciones organizativas y de protección financiera con estándares procedimentales que aseguren legitimidad ética y mejora continua.

Palabras clave: Equidad en salud; Acceso a salud; Bioética, justicia distributiva; Sistemas de salud.



Check for
updates

Receptado: 01/Dic/2025

Aceptado: 06/Ene/2026

Publicado: 31/Ene/2026

Cita: Mendoza-Falcones, L. M., Guida-Acevedo, G. N., Herrera-Esquivel, C. A., & Herrera-Sánchez, P. J. (2026). Bioética y equidad en el acceso a los servicios de salud en Ecuador y América Latina. *Journal of Economic and Social Science Research*, 6(1), 121-140. <https://doi.org/10.55813/qaea/jessr/v6/n1/234>

Journal of Economic and Social Science Research (JESSR)
[https://www.economicsocialresearch.com](http://www.economicsocialresearch.com)
jessr@editorialgrupo-aea.com
info@editoriagrupe-aea.com

Nota del editor: Editorial Grupo AEA se mantiene neutral con respecto a las reclamaciones legales resultantes de contenido publicado. La responsabilidad de información publicada recae enteramente en los autores.

© 2026. Este artículo es un documento de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la [Licencia Creative Commons, Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



Abstract:

This study identifies inequality in access to healthcare as a structural problem associated with segmented systems. Its purpose is to analyze, from a bioethical perspective, how such institutional arrangements perpetuate or correct inequalities and what procedural standards can legitimize them. A non-experimental, cross-sectional, exploratory-descriptive design was applied, aligned with PRISMA/PRISMA-S, with searches in Scopus, WoS, SciELO, and Latindex (2020–2025), double verification, and coding of equity dimensions, bioethical frameworks, and results. The findings show “pro-rich” gradients in effective access and perceived quality in several countries; in Ecuador, inequality of use has decreased, but geographical, indirect financial, organizational, and cultural barriers persist, affecting rural, indigenous, and migrant populations. The discussion interprets these asymmetries as violations of distributive justice and highlights the usefulness of “Accountability for Reasonableness” to make prioritization decisions transparent and review them. Operational lines are proposed: redistribution of human talent and supply, strengthening of referral-counterreferral, intercultural mediation, and mitigation of non-medical costs with equity monitoring. In conclusion, converting nominal coverage into equitable access requires combining organizational and financial protection actions with procedural standards that ensure ethical legitimacy and continuous improvement.

Keywords: Health equity; Access to health care; Bioethics, distributive justice; Health systems.

1. Introducción

En América Latina, el debate bioético sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud se presenta como una cuestión estructural que atraviesa sistemas segmentados y fragmentados, donde la cobertura formal no siempre se traduce en acceso efectivo y de calidad. La literatura regional identifica disparidades persistentes por estatus socioeconómico, territorio y tipo de subsistema (público, seguridad social o privado), con consecuencias directas sobre continuidad del cuidado y resultados en salud (Roberti et al., 2024; Ruano et al., 2021). En Ecuador, estas tensiones se expresan con particular fuerza en poblaciones rurales, indígenas, migrantes y hogares con menores ingresos, para quienes el derecho a la salud convive con barreras financieras, estructurales y cognitivas que restringen usos oportunos (Quizhpe et al., 2022; Brusnahan et al., 2022). Desde la bioética, este escenario plantea obligaciones positivas de remover obstáculos injustificados y de asegurar procesos de priorización legítimos y transparentes (Daniels, 2000).

La región avanza hacia la cobertura universal con reformas que invocan solidaridad y acción colectiva, pero el diseño institucional sigue modulando quién accede, cuándo y cómo, con implicaciones éticas en justicia distributiva y no maleficencia (Atun et al.,

2015). Los sistemas cercanos al modelo Beveridge reportan, en promedio, desigualdades menores que los bismarckianos, lo que visibiliza el papel de las reglas de financiamiento y de la arquitectura de la oferta sobre la distribución de beneficios en salud (Bancalari et al., 2025). En Ecuador, la expansión del gasto público y el fortalecimiento de la atención primaria durante la década de reforma se asocian con reducciones de brechas por ingreso, aunque persisten inequidades por ruralidad, educación y etnicidad (Quizhpe et al., 2022). No abordar estas brechas perpetúa pérdidas evitables de bienestar, incrementa eventos adversos y empuja costos catastróficos que, a su vez, retroalimentan la exclusión sanitaria (Roberti et al., 2024).

Una lectura crítica de la literatura muestra vacíos consistentes como la falta de estudios que integren, en un mismo modelo, barreras financieras, geográficas y culturales con resultados clínicos y de calidad percibida; predominan análisis descriptivos con escasa comparación entre subsistemas y poca atención a mecanismos procedimentales de legitimidad (Ruano et al., 2021; Roberti et al., 2024; Salazar-Villegas et al., 2023). En Ecuador, la evidencia cualitativa documenta obstáculos cotidianos, pero rara vez enlaza dichas experiencias con marcos de razonabilidad pública o con criterios explícitos de priorización en redes de servicios (Brusnahan et al., 2022). También se reportan resultados heterogéneos sobre el efecto de las reformas; mientras ciertos indicadores de uso mejoran, la persistencia de segmentación limita la equidad en oportunidad y continuidad (Atun et al., 2015; Quizhpe et al., 2022). Estas inconsistencias importan porque dificultan diseñar intervenciones éticas y costo-efectivas de alcance meso (gestión) y micro (clínica).

La pertinencia de una revisión teórica, cualitativa y deductiva radica en su valor para consolidar un andamiaje conceptual que conecte principios bioéticos como la Accountability for Reasonableness, con arreglos institucionales y prácticas clínicas, generando orientaciones operativas para decisiones bajo escasez (Daniels, 2000). Socialmente, la síntesis es relevante porque ilumina rutas para reducir desigualdades que afectan de modo desproporcionado a grupos vulnerables; teóricamente, articula justicia distributiva con enfoques de capacidades y con criterios de sostenibilidad que preservan valor intertemporal del sistema (Atun et al., 2015; Roberti et al., 2024). Metodológicamente, la revisión aprovecha disponibilidad razonable de literatura indexada (Scopus/WoS, SciELO, Latindex) y evidencia cualitativa reciente en Ecuador y países comparables, lo que hace viable el análisis en términos de fuentes, recursos y tiempo, con consideraciones éticas generales centradas en el respeto a comunidades y en la prudencia al extrapolar hallazgos (Ruano et al., 2021; Brusnahan et al., 2022).

Con este trasfondo, la investigación se orienta a analizar desde la bioética las dinámicas que sostienen o corrigen inequidades de acceso en Ecuador y América Latina. De manera específica, se propone describir las barreras financieras, estructurales y cognitivas que condicionan el uso efectivo de servicios; comparar patrones de desigualdad por tipo de subsistema y por características socioeconómicas clave en la región; y relacionar marcos procedimentales de justificación pública con

decisiones de asignación y de organización de redes, identificando condiciones que favorecen legitimidad y mejora continua (Daniels, 2000; Roberti et al., 2024; Brusnahan et al., 2022). Esta agenda se nutre de estudios comparativos y de experiencias locales, articulando niveles macro, meso y micro para generar recomendaciones útiles a clínica, gestión y política (Atun et al., 2015; Bancalari et al., 2025).

En suma, la contribución esperada consiste en una síntesis analítico–sintética que integra evidencia regional y ecuatoriana con marcos bioéticos aplicables, ofreciendo una ruta interpretativa para pasar de diagnósticos dispersos a criterios normativos y operativos de acción. La originalidad radica en enlazar, en una misma lectura, resultados de cobertura y calidad con procesos de razonabilidad pública, subrayando cómo el diseño institucional y la práctica clínica pueden cerrar brechas injustas de acceso. Al clarificar por qué y cómo ciertas decisiones promueven equidad, y bajo qué condiciones lo hacen, de esta manera se pretende orientar a investigadores, docentes y decisores hacia intervenciones viables y moralmente justificables, acordes con el derecho a la salud en contextos de recursos limitados (Ruano et al., 2021; Roberti et al., 2024; Quizhpe et al., 2022).

2. Materiales y métodos

El estudio se configura como revisión bibliográfica con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y transeccional, de alcance exploratorio–descriptivo. Se observa y caracteriza el corpus documental sin manipulación de variables, con el objetivo de mapear patrones y tendencias sobre bioética y equidad en el acceso a servicios de salud en América Latina y Ecuador. Para asegurar transparencia y replicabilidad, el reporte se alinea con PRISMA 2020 y su extensión PRISMA-S para documentar estrategias de búsqueda y decisiones de selección (Rethlefsen et al., 2021).

La cobertura temporal comprende los últimos cinco años (2020 - 2025) y el alcance geográfico se circumscribe a América Latina con foco explícito en Ecuador. Las fuentes consultadas son revistas científicas publicadas en Scopus, Web of Science (WoS), SciELO y Latindex Catálogo con artículos de libre acceso. La estrategia integra términos controlados y palabras clave libres en español e inglés, se utilizaron como palabras clave "bioética", "ética médica", "equidad", "accesibilidad a servicios de salud", "cobertura universal de salud", "Latino America" y "Ecuador". El procedimiento utilizado consta de cuatro etapas primero se procedió a la identificación de registros en las bases especificadas; posteriormente se utilizó el cribado de títulos y resúmenes con base en pertinencia temática, periodo e indicador geográfico; una vez determinados los títulos y palabras clave, se evaluaron los textos completos de candidatos elegibles; y se consideró como inclusión final para extracción y análisis el rastreo de citas hacia atrás y hacia adelante en Scopus/WoS para ampliar la cobertura.

La unidad de análisis son documentos científicos (artículos publicados) y, por tratarse de una revisión, no existe población ni muestra de personas. Los criterios de inclusión son revistas indexadas en WoS, Scopus, SciELO o Latindex Catálogo 2.0, con enfoque en equidad de acceso en América Latina y/o Ecuador; publicados en los períodos 2020–2025 en español o inglés; y que el texto completo se encuentre disponible. Se excluyen editoriales, cartas, reseñas breves, notas periodísticas y duplicados y se eliminan registros sin libre acceso a texto completo al momento de la selección por impedir la verificación de métodos y resultados. La extracción se realiza con doble verificación y se codifican variables para análisis descriptivo: año, país/ámbito, tipo de artículo, nivel asistencial, población/escenario, dimensiones de equidad (financieras, geográficas, culturales, procedimentales), marcos bioéticos, resultados e implicaciones (Aria & Cuccurullo, 2017; Donthu et al., 2021).

El análisis emplea estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas) y tabulación cruzada simple para explorar patrones entre dimensiones de equidad y contextos reportados. La síntesis se apoya en mapas conceptuales y matrices comparativas que vinculan marcos bioéticos con arreglos institucionales y resultados en acceso. No se realizan pruebas inferenciales, en coherencia con el objetivo exploratorio-descriptivo del diseño transeccional (Setia, 2016). En términos éticos, no se involucran seres humanos ni animales, por lo que no se requiere aprobación de comité; se observan principios de citación responsable y reporte transparente de la búsqueda (PRISMA/PRISMA-S).

3. Resultados

3.1. Panorama regional de desigualdades en acceso y calidad

El mapeo de evidencia mostró que, pese a mejoras en cobertura formal, persisten gradientes pro-ricos en acceso efectivo y calidad percibida en varios países latinoamericanos. En análisis comparativos de cuatro países de la región, solo una fracción de los usuarios informó disponer de una fuente de atención de alta calidad, mientras que necesidades de salud mental y preventiva permanecieron insatisfechas, con diferencias notables por nivel socioeconómico y subsector de atención (público, seguridad social, privado) (Roberti et al., 2024). Estos hallazgos convergen con evaluaciones regionales que atribuyen a la segmentación y fragmentación del sistema la reproducción de inequidades por ingreso, educación y territorio (Ruano et al., 2021). La consistencia de resultados en encuestas poblacionales y estudios cualitativos sugiere que la ampliación de cobertura, por sí sola, no asegura equidad sustantiva sin intervenciones organizacionales y culturales específicas (Houghton et al., 2020; Roberti et al., 2024).

A fin de sintetizar los patrones más consistentes observados en la literatura 2020–2025, se presenta la Tabla 1, donde se comparan indicadores de acceso y calidad por subsector (público, seguridad social y privado) en cuatro países con evidencia reciente

y comparable: Colombia, México, Perú y Uruguay (Salazar-Villegas et al., 2023). La organización por subsector permite visualizar la contribución diferencial de cada arreglo institucional a las brechas “pro-ricas” en acceso oportuno, experiencia del usuario y necesidades no satisfechas, tal como fue reportado en encuestas poblacionales y análisis de desigualdad por quintiles de ingreso (Roberti et al., 2024). El enfoque evita promedios nacionales agregados que ocultan heterogeneidades subnacionales y de segmentación (Ruano et al., 2021). Dado que los estudios emplean métricas y marcos distintos, se ofrece una síntesis cualitativa comparativa (relativa) por indicador para no sobreinterpretar magnitudes no estrictamente comparables (Houghton et al., 2020). En conjunto, la tabla aporta una lectura operativa para priorizar intervenciones desde la bioética aplicada a la gestión de sistemas segmentados.

Tabla 1*Indicadores de acceso y calidad por subsector*

País	Subsector	Acceso oportuno (tendencia por quintil de ingreso)	Fuente de atención de alta calidad (prevalencia relativa)	Necesidades no satisfechas (tendencia)	Contribución a la desigualdad (síntesis)	Comentario analítico
Colombia	Público (gobierno)	Q1≈Q5 pero con rezagos en oportunidad	Baja–media relativa	Media–alta en Q1	Media	Cobertura amplia; experiencia variable; listas de espera afectan grupos de menor ingreso
Colombia	Seguridad social	Q5>Q1 (barreras administrativas para Q1)	Media	Media	Media	Mejor continuidad; cuellos de botella en derivaciones y autorización de procedimientos
Colombia	Privado	Q5>Q1	Alta relativa	Baja en Q5	Alta	Concentra mejor experiencia reportada y tiempos menores; contribuye a brecha pro-rica
México	Público (gobierno)	Q1≈Q5 con heterogeneidad subnacional	Baja–media relativa	Media–alta en Q1	Media	Cobertura extensa; desabasto intermitente impacta percepción de calidad
México	Seguridad social	Q5>Q1	Media	Media	Media–alta	Mejor percepción de competencia técnica; trámites y tiempos de espera generan barreras
México	Privado	Q5>Q1	Alta relativa	Baja en Q5	Alta	Mayor satisfacción y oportunidad; incrementa desigualdad entre quintiles
Perú	Público (gobierno)	Q1≈Q5 con rezagos rurales	Baja–media relativa	Alta en Q1	Media	Limitaciones de disponibilidad en periferias; afectación de continuidad
Perú	Seguridad social	Q5>Q1	Media	Media	Media–alta	Mejor infraestructura; barreras de acceso administrativo
Perú	Privado	Q5>Q1	Alta relativa	Baja en Q5	Alta	Concentración urbana y en altos ingresos; mejora experiencia pero amplía brechas

Uruguay	Público (gobierno)	Q1~Q5 (menor brecha relativa)	Media	Media-baja	Baja-media	Sistema integrado con menor segmentación efectiva; desempeño más homogéneo
Uruguay	Seguridad social	Q5≥Q1 (brecha acotada)	Media-alta	Baja-media	Media	Buenas métricas de experiencia; contribución moderada a desigualdad
Uruguay	Privado	Q5>Q1	Alta relativa	Baja en Q5	Media-alta	Alta calidad percibida; menor impacto desigual que en otros países

Nota: La clasificación “baja/media/alta” y las tendencias por quintil (Q1= más pobre; Q5= más rico) condensan hallazgos de Roberti et al. (2024) para Colombia, México, Perú y Uruguay, y de Houghton et al. (2020) sobre barreras en Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú; se privilegia la direccionalidad de las brechas antes que magnitudes puntuales. La síntesis busca comparabilidad conceptual entre estudios con métodos distintos; se recomienda complementar con estimaciones específicas por indicador y subsector cuando la revista requiera valores numéricos exactos por país (Autores, 2025).

3.2. Ecuador: reducción de desigualdades de uso y persistencia de barreras

Para Ecuador, los análisis de series transversales antes-después durante el ciclo de reformas (2007–2017) mostraron disminución de necesidades no satisfechas y reducción de desigualdades absolutas y relativas por ingreso, etnicidad, residencia y educación, atribuibles a la gratuidad y al énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) (Quizhpe et al., 2022; Villa-Feijoó, A. L., 2022). Sin embargo, los progresos en utilización no se tradujeron plenamente en acceso oportuno ni en continuidad del cuidado para grupos históricamente excluidos. Persistieron tiempos de espera, escasez intermitente de medicamentos y costos indirectos (transporte, ausentismo laboral), que limitaron el aprovechamiento de servicios, especialmente en zonas rurales y periféricas (Quizhpe et al., 2022). Esta tensión entre expansión de oferta y fricciones de acceso se reitera en estudios cualitativos nacionales y regionales (Brusnahan et al., 2022; Houghton et al., 2020).

3.3. Barreras geográficas y disponibilidad: El eje ruralidad–periferia

Los estudios cualitativos en zonas rurales del sur de Ecuador (Loja y áreas colindantes) documentaron barreras geográficas (distancias, topografía) y de disponibilidad (déficit de ambulancias, turnos, laboratorio, especialistas) que elevaron el costo de oportunidad de la atención y desincentivaron la búsqueda de servicios (Brusnahan et al., 2022). Se reportaron itinerarios de cuidado fragmentados, con referenciación débil y alta dependencia de soluciones informales (remedios caseros, farmacias, curandería), reflejo de una accesibilidad funcional limitada a la APS resolutiva. La concentración urbana de talento humano intensificó los diferenciales de acceso oportuno y resolutividad, impactando más a mujeres, adultos mayores y cuidadores principales. En términos bioéticos, estas falencias vulneran los principios de justicia distributiva y no maleficencia, al perpetuar riesgos evitables vinculados al territorio (Brusnahan et al., 2022; Ruano et al., 2021).

Para dimensionar la relación entre equidad territorial y capacidad operativa, la Tabla 2 presenta una matriz de disponibilidad y accesibilidad geográfica de servicios esenciales por nivel de atención (primer, segundo y tercer nivel) y zona (urbana/rural)

en Ecuador (Valarezo-Bravo et al., 2023). La selección de dominios, consultas, abastecimiento de medicamentos, capacidad de laboratorio, transporte sanitario y referenciación/contrarreferencia, responde a los cuellos de botella identificados por la evidencia reciente en el país: déficits de insumos y transporte en áreas rurales, externalización de pruebas y tiempos de espera elevados en especialidades, así como retroalimentación clínica irregular tras la derivación (Brusnahan et al., 2022; Quizhpe et al., 2022). El enfoque comparativo permite observar cómo la concentración urbana de recursos sanitarios amplifica la carga de costos indirectos (trasladados, tiempos muertos) y prolonga el intervalo necesidad–atención efectiva, afectando sobre todo a mujeres, cuidadores y población trabajadora informal (Houghton et al., 2020). La tabla, por tanto, ofrece un insumo operativo para priorizar acciones positivas en clave de justicia distributiva (Ruano et al., 2021).

Tabla 2*Disponibilidad y accesibilidad geográfica*

Nivel de atención	Zona	Consultas (dispon)	Medicamentos (dispon)	Laboratorio (cap)	Transporte sanitario (acce)	Referenciación/contrarreferencia	Tiempo de espera típico
Primer nivel (APS)	Urbano	Alta (cupos regulares; sobrecarga en picos)	Media–alta (desabasto intermitente)	Media (básico disponible; externaliza pruebas especializadas)	Media (traslado urbano disponible; ambulancia limitada)	Media (derivación estable; retroalimentación irregular)	30–90 min; variabilidad por demanda
Primer nivel (APS)	Rural	Media (cupos limitados; jornadas itinerantes)	Media–baja (quiebres de stock frecuentes)	Baja (muestras se envían; demoras por transporte)	Baja (pocos vehículos; barreras de distancia/ topografía)	Baja–media (referencia sí; contrarreferencia débil)	60–180 min; dependiente de traslado
Segundo nivel	Urbano	Alta (especialidades básicas)	Media (mayor consumo; sustitución por compra externa)	Alta (paneles y pruebas de mediana complejidad)	Media–alta (red de ambulancias y trasladados programados)	Media–alta (circuitos formales; congestión en horas pico)	60–180 min; colas por especialidad
Segundo nivel	Rural	Media (cobertura provincial o zonal)	Media–baja (desabasto recurrente)	Media (capacidad limitada; depende de capital provincial)	Media (traslado interurban o; tiempos prolongados)	Media (referencia frecuente; contrarreferencia tardía)	120–240 min; variabilidad estacional
Tercer nivel	Urbano	Alta (alta especialidad)	Alta (compra y abastecimiento priorizado)	Alta (complejidad avanzada)	Alta (SOP/UTI con trasladados críticos disponibles)	Alta (protocolos y sistemas informáticos)	120–360+ min; listas de espera según servicio
Tercer nivel	Rural	N/A (acceso)	N/A (abastecimiento)	N/A (resuelto)	Baja–media	Media–alta (dependiente)	Traslado + espera;

por referencia)	iento centro receptor)	en en ciudades)	(traslados largos; condicione s climáticas)	nte de red y coordinaci ón)	días a semanas
-----------------	------------------------	-----------------	---	-----------------------------	----------------

Nota: Clasificaciones cualitativas (alta/media/baja; N/A) sintetizan hallazgos reportados en Ecuador y ALC respecto de brechas urbano-rurales, abastecimiento, transporte y tiempos de espera; su objetivo es reflejar direccionalidad y no magnitudes exactas (Brusnahan et al., 2022; Quizhpe et al., 2022; Houghton et al., 2020).

3.4. Barreras financieras e indirectas: La carga oculta del acceso

Incluso en contextos de gratuidad formal, múltiples estudios describen costos indirectos como obstáculos decisivos: transporte, alimentación, alojamiento temporal y compra de fármacos no disponibles en el establecimiento (Brusnahan et al., 2022; Houghton et al., 2020). Además, las pérdidas de ingreso por jornadas de espera prolongadas penalizan a trabajadores informales y hogares con responsabilidades de cuidado, aumentando el riesgo catastrófico no por copagos, sino por gastos contingentes. Estos hallazgos, frecuentes en América Latina, evidencian que la protección financiera debe incluir la disminución de costos no médicos, de lo contrario la gratuidad queda desvirtuada en su efecto equitativo. Desde la bioética, la remoción de tales barreras se enmarca en las obligaciones positivas del Estado para posibilitar el acceso real y no meramente nominal (Houghton et al., 2020; Ruano et al., 2021).

3.5. Dimensiones culturales e interculturalidad

La aceptabilidad de los servicios emergió como determinante transversal. En áreas indígenas y rurales, se describieron tensiones entre el modelo biomédico hegemónico y prácticas tradicionales (p. ej., partería, fitoterapia), sumadas a barreras idiomáticas y de comunicación clínica (Brusnahan et al., 2022; Ruano et al., 2021). La falta de acomodaciones interculturales (intérpretes, adecuación de espacios, reconocimiento de prácticas) afectó la confianza y la continuidad del cuidado, especialmente en salud sexual y reproductiva. Experiencias locales que integraron agentes comunitarios e iniciativas de parto culturalmente pertinente mostraron mejoras en oportunidad y satisfacción, aunque con desafíos de sostenibilidad y estandarización. Estos resultados fundamentan, en clave bioética, la necesidad de políticas de no discriminación y de respeto a la autonomía cultural compatibles con la seguridad clínica (Ruano et al., 2021).

3.6. Migración y acceso

La literatura reciente sobre población migrante en la región andina describe barreras organizativas (requisitos administrativos, cupos y horarios limitados, información fragmentada) como causa principal de necesidades no satisfechas, seguidas de obstáculos financieros y de estigmatización (Houghton et al., 2020; Roberti et al., 2024). En comparación con residentes no migrantes, los hogares migrantes reportaron mayor incertidumbre normativa, dificultades para afiliarse o validar documentos y exposición a prácticas discriminatorias, particularmente en salud sexual y reproductiva. Desde la bioética, la debida diligencia estatal se traduce en asegurar

vías de acceso no condicionadas por estatus migratorio, y en mecanismos de acomodación razonable para remover barreras evitables. La ausencia de estas garantías vulnera los principios de justicia y igual respeto (Roberti et al., 2024; Houghton et al., 2020).

La Tabla 3 sintetiza evidencia reciente sobre migración y acceso a servicios de salud en Ecuador y la región andina, con foco en los tipos de barreras, los servicios más afectados y las respuestas institucionales implementadas. La literatura comparada muestra que, frente a la población no migrante, las personas migrantes, en particular de origen venezolano, enfrentan con mayor frecuencia barreras organizativas (afiliación, cupos, autorizaciones), seguidas de obstáculos financieros (costos indirectos de transporte y medicamentos no provistos) y legales/administrativos (validación de documentos) (Houghton et al., 2020; Ruano et al., 2021; Gómez-Valle et al., 2024). Estos impedimentos se traducen en necesidades no satisfechas, demoras y discontinuidad del cuidado, especialmente en APS, salud sexual y reproductiva, vacunación y manejo de crónicos. En respuesta, varios sistemas han adoptado rutas rápidas, exenciones documentales en urgencias, intérpretes/mediadores y dispositivos de APS móvil, con impacto positivo pero aún heterogéneo (Roberti et al., 2024). Desde la bioética aplicada, tales medidas se fundamentan en los principios de no discriminación, igual respeto y debida diligencia, y se benefician de marcos procedimentales como Accountability for Reasonableness para legitimar la priorización en contextos de escasez (Daniels, 2000).

Tabla 3

Migración y acceso a servicios de salud en Ecuador y la región andina

País/territorio	Población migrante/estatus	Barreras predominantes	Servicios más afectados	Indicadores típicos observados	Respuestas institucionales reportadas	Observaciones bioéticas
Ecuador – Quito/Guayaquil	Venezolana y andina; regular/irregular	Organizativas (citas, cupos, información fragmentada); Financieras (transporte, medicamentos no provistos); Estigma	APS, SSR, vacuna	Alta proporción de necesidad para urgencias; desatención, control de crónico; s	Rutas rápidas en traje; exenciones documentales para urgencias; mediación comunitaria; referencia a ONG	Énfasis en no discriminación y acomodación; razonable; vigilancia de trato digno
Ecuador – Frontera norte y mbiana; tránsito internos	Mixta (venezolana/colombiana); tránsito y asentamiento internos	Legales/administrativas (validación de documentos); Geográficas (distancia a nodos); Idiomáticas puntuales	Urgencias, APS itinerante, salud mental	Demoras en afiliación; subregistro de atención; interrupción	Puntos de atención móvil; apoyo de cooperación; derivación interinstitucional	Debida diligencia estatal en continuidad terapéutica y protección de

		terapéutica					vulnerables
Colombia – Bogotá/Ca	Venezolana; regularización progresiva ribe	Organizativas (afiliación, autorizaciones); Financieras (costos indirectos); Estigma	APS, salud matern a, crónico s	Brecha respecto a no migrantes en uso oportuno; barreras administrativas	Permisos temporales/regul arización; ventanillas dedicadas; intérpretes enlaces	Principios de igualdad y justicia distributiva y en acceso primario	
Perú – Lima/ciudades intermedias	Venezolana; heterogénea	Organizativas (cupos, horarios); Financieras; Información incompleta	APS, SSR, vacuna s	Necesidades no satisfechas as mayores en SSR; discontinuidad en controles	Jornadas atención ampliada; coordinación con municipalidades y ONG	Garantías mínimas de acceso y reducción de barreras no médicas	
Chile – Santiago/norte grande	Venezolana andina; regularización por etapas	y Administrativas (registro, citas); Culturales/idiomáticas; Estigma	APS, salud mental, urgencias	Tiempos de espera superior es; menor adherencia a seguimiento	Oficinas migración centros; intérpretes; priorización de embarazadas/niñez	Enfoque en derechos y proporcion alidad de medidas	
Región andina (síntesis)	Migrantes intrarregionales y extrarregionales	Predominio de barreras organizativas y financieras; obstáculos legales contextuales; factores de estigma	APS, SSR, vacuna ción, salud mental y crónico s	Desventaja sistemática frente a no migrantes en indicador es de acceso y calidad	Exenciones documentales en urgencias; rutas rápidas; intérpretes/media dores; APS móvil	Aplicación de marcos A4R para priorizació n transparente y apelable en contextos de escasez	

Nota: La tabla resume hallazgos cualitativos y comparativos de la región andina privilegiando la direccionalidad de brechas entre migrantes y no migrantes; no pretende sustituir estimaciones específicas por país/indicador (Houghton et al., 2020; Ruano et al., 2021; Roberti et al., 2024).

3.7. Procedimientos justos y priorización: A4R como estándar bioético operativo

Transversalmente, se identificó déficit de transparencia y participación en listas de espera, criterios de derivación y asignación de recursos críticos, lo que redujo la legitimidad percibida de las decisiones en contextos de escasez. El marco de Accountability for Reasonableness (A4R)—publicidad, relevancia, apelación y cumplimiento—aparece en la literatura como referencia para robustecer la justificación pública de la priorización en sistemas segmentados (Daniels, 2000). Su aplicación práctica en redes fragmentadas exigiría trazabilidad de decisiones, espacios de deliberación clínica-comunitaria y auditorías de equidad. La evidencia sugiere que, cuando los criterios son explícitos y revisables, mejora la aceptabilidad social de

decisiones difíciles y disminuye la arbitrariedad percibida (Daniels, 2000; Ruano et al., 2021).

3.8. Síntesis de patrones: de la cobertura nominal a la equidad sustantiva

Integrando los hallazgos, la región presenta un desfase entre cobertura nominal y acceso efectivo y digno. Ecuador logró disminuir desigualdades de utilización, pero persisten barreras geográficas, financieras indirectas, organizativas y culturales que afectan de modo desproporcionado a mujeres, pueblos indígenas, población rural y migrantes (Quizhpe et al., 2022; Brusnahan et al., 2022). La confluencia de segmentación, debilidades de la APS resolutiva y escasez de insumos explica la heterogeneidad subnacional del acceso y su impacto en resultados de salud. En clave bioética, la equidad requiere acciones positivas que garanticen disponibilidad en periferias, minimicen costos indirectos y consoliden procedimientos justos, con evaluación continua de impacto distributivo (Roberti et al., 2024; Daniels, 2000).

La Tabla 8 operacionaliza los hallazgos mediante una matriz que vincula cada tipo de barrera con las poblaciones más afectadas, la evidencia empírica de referencia y un conjunto de respuestas bioéticas/operativas con sus indicadores de seguimiento. Este enfoque permite traducir la síntesis regional y el caso ecuatoriano en un plan de acción verificable, alineado con los principios de justicia, no discriminación, igual respeto y con estándares procedimentales como Accountability for Reasonableness (A4R) (Daniels, 2000; Ruano et al., 2021; Camacho-Esquível et al., 2025). La matriz prioriza dominios claves identificados en la literatura reciente: costos indirectos, distancia/tiempo, trámites organizativos, aceptabilidad intercultural, documentación/afiliación, disponibilidad de insumos, salud mental y brecha digital (Brusnahan et al., 2022; Houghton et al., 2020; Quizhpe et al., 2022; Roberti et al., 2024). Además, propone indicadores simples y auditables (p. ej., fill rate, tiempos medianos de espera, continuidad terapéutica) que pueden desagregarse por quintil de ingreso, etnidad y territorio para monitorear impacto distributivo. De este modo, la tabla actúa como puente entre los resultados y la implementación.

Tabla 4

Barreras y poblaciones afectadas

Tipo de barrera	Poblaciones más afectadas	Respuesta bioética/operativa propuesta	Indicadores de seguimiento sugeridos
Financiera indirectos	(costos mujeres migrantes) Hogares rurales; Q1–Q2; cuidadoras; migrantes	Vales/transporte sanitario; domiciliaria entrega de fármacos esenciales; compras estratégicas para evitar gasto de bolsillo	Mediana de gasto médico por consulta; % usuarios que compran medicamentos fuera; razón de interrupción terapéutica
Geográfica (distancia/tiempo)	Población rural y adultos mayores	Redistribución de talento humano; teleconsulta con apoyo local; expansión de	Tiempo de viaje y espera (mediana); densidad de profesionales por 10.000 hab.; %

Organizativa (citas/cupos/referencias)	Usuarios de subsistemas público y seguridad social; crónicos	APS resolutiva y derivaciones laboratorios satélite resueltas en <30 días Gestión de colas; ventanillas únicas; trazabilidad digital de referencia–contrarreferencia; auditoría de listas de espera	Tasa de no presentación; % contrarreferencias con informe en 7 días; tiempo mediano a primera consulta especializada	
Cultural/intercultural (aceptabilidad/confianza)	Pueblos indígenas; mujeres migrantes	Intérpretes/mediadores ; parto culturalmente pertinente; formación en comunicación clínica y enfoque de derechos	Satisfacción reportada; % atenciones con mediación lingüística; continuidad posparto/SSR a 42 días	
Legal/administrativa (documentación/afiliación)	Migrantes y solicitantes de refugio	Exenciones documentales en urgencias; regularización sanitaria temporal; rutas rápidas de afiliación	Tiempo mediano de afiliación; % urgencias atendidas sin documentación; tasa de cobertura en migrantes	
Disponibilidad de insumos/medicamentos	Todos los usuarios; mayor impacto en Q1– Q2 y rural	Abastecimiento basado en listas esenciales; compras centralizadas; monitoreo público del fill rate	Fill rate mensual por establecimiento; % prescripciones surtidas completas; quejas por desabasto/10.000 atenciones	
Salud mental (acceso y continuidad)	Adolescentes y adultos jóvenes; zonas de alta movilidad laboral	Equipos comunitarios; integración de salud mental en APS; telepsicología en periferias	Cobertura de primera consulta; continuidad a 90 días; abandono antes de 3 sesiones	
Transparencia priorización (A4R)	y Usuarios en espera de procedimientos/quirófan o; oncológicos	Publicación de criterios y listas; paneles de apelación; auditorías de equidad con participación social	Cumplimiento de los 4 criterios A4R; % decisiones revisadas; variación de tiempos de espera por quintil	
Comunicación clínica (alfabetización en salud)	Personas con baja escolaridad; adultos mayores	Materiales claros; consentimiento informado reforzado; navegación del paciente	Índice de comprensión posconsulta; % reconsultas evitables en 30 días; errores por malentendidos	
Tecnología telemedicina digital)	y Rural y (brecha urbanas; cuidadoras	periferias mujeres	Puntos de conectividad comunitaria; asistencia digital; integración de telemedicina con entrega de fármacos	Consultas telemédicas efectivas/1000 hab.; fallas por conectividad; resolución sin derivación presencial

Nota: Las categorías y respuestas propuestas se basan en evidencia revisada por pares y en marcos bioéticos procedimentales; su propósito es orientar la priorización y el monitoreo evitando sobreinterpretar magnitudes puntuales (Daniels, 2000; Ruano et al., 2021; Roberti et al., 2024).

3.9. Implicaciones operativas para Ecuador

Los resultados delinean cuatro líneas de acción integradas, en primer lugar, la disponibilidad exige redistribuir estratégicamente el talento humano, asegurar el abastecimiento continuo y fortalecer el transporte sanitario en territorios periféricos. En segundo término, la organización demanda optimizar la gestión de colas, robustecer los circuitos de referencia–contrarreferencia y consolidar compras estratégicas con plena trazabilidad pública. Tercero, la interculturalidad requiere institucionalizar intérpretes y mediadores, así como adecuaciones culturalmente pertinentes en salud sexual y reproductiva. Finalmente, la protección financiera ampliada debe mitigar los costos no médicos mediante vales de transporte y entrega domiciliaria de fármacos esenciales. La implementación de este paquete debe acompañarse de un monitoreo de equidad con indicadores desagregados y de la adopción del estándar Accountability for Reasonableness (A4R) para orientar la priorización y garantizar mecanismos de revisión. La evidencia disponible sugiere que, en conjunto, estas medidas convierten la cobertura formal en acceso equitativo y refuerzan la legitimidad ética del sistema (Quizhpe et al., 2022; Roberti et al., 2024; Daniels, 2000).

4. Discusión

Los hallazgos del presente artículo confirman que, en América Latina, la ampliación de cobertura formal no se traduce automáticamente en acceso efectivo ni en calidad homogénea entre grupos sociales y subsectores de atención. La evidencia comparativa reciente en Colombia, México, Perú y Uruguay muestra que, aun con altos niveles de contacto con el sistema, sólo una proporción minoritaria de usuarios reporta disponer de una fuente de atención de alta calidad; además, necesidades frecuentes como salud mental y preventiva, permanecen insatisfechas, con gradientes pro-ricos particularmente marcados en el subsector privado y, en menor medida, en la seguridad social (Roberti et al., 2024). Estos patrones son concordantes con la literatura que describe la segmentación y la fragmentación como ejes estructurales de la inequidad en la región, con efectos en oportunidad, continuidad y experiencia del usuario (Ruano et al., 2021). Nuestros resultados sintetizados en la Tabla 1 donde se observa mayor contribución del subsector privado a la desigualdad y un desempeño relativamente más homogéneo en Uruguay, son coherentes con este cuerpo de evidencia y subrayan que el diseño institucional modula quién accede, cuándo y cómo (Roberti et al., 2024).

Desde la bioética, estas asimetrías comprometen principios de justicia distributiva y de no maleficencia, pues la falta de acceso a atención competente, respetuosa y confiable conlleva daño evitable. La Comisión de “High-Quality Health Systems” del Lancet Global Health ha demostrado que la baja calidad explica más muertes evitables que la no utilización en muchos contextos de ingresos bajos y medios, lo que ubica la calidad como un imperativo moral, no sólo técnico (Kruk et al., 2018a; Kruk et al.,

2018b). En este marco, la Accountability for Reasonableness (A4R) de Daniels ofrece un estándar procedural para tomar decisiones de priorización legítimas bajo escasez: publicidad, relevancia, posibilidad de revisión y cumplimiento (Daniels, 2000; Hasman & Holm, 2005). La aplicación práctica de A4R en redes segmentadas implica transparentar criterios de asignación como por ejemplo listas de espera, derivaciones y autorización de procedimientos; y someterlos a escrutinio público, atendiendo argumentos clínicos y sociales pertinentes. Nuestros hallazgos indican que muchos “cuellos de botella” (autorizaciones, tiempos, derivaciones) recaen de forma desproporcionada sobre los quintiles de menor ingreso en los subsectores público y de seguridad social, lo que sugiere un campo prioritario para intervenciones de justicia procedural (Roberti et al., 2024).

En el caso ecuatoriano, la evidencia disponible, aunque anterior al periodo de estudio, ya documentaba desigualdades por condición socioeconómica, ruralidad y etnidad en el uso de servicios, con menor probabilidad de atención preventiva y barreras financieras y geográficas persistentes (López-Cevallos & Chi, 2009, López-Cevallos & Chi, 2010). Este trasfondo ayuda a interpretar por qué, pese a esfuerzos de fortalecimiento de la atención primaria y expansión del gasto, persisten brechas en acceso oportuno y continuidad del cuidado señaladas en nuestra síntesis. A la luz de la Comisión de Sistemas de Alta Calidad, avanzar en Ecuador exige pasar de “cobertura nominal” a “cobertura efectiva con calidad”, midiendo de forma sistemática dominios de competencia técnica, experiencia del usuario y confianza, y desagregando por territorio, etnidad y régimen de aseguramiento (Kruk et al., 2018a; Roberti et al., 2024).

La comparación por subsectores (público, seguridad social y privado) permite comprender mecanismos de producción de inequidad más allá de promedios nacionales. El subsector privado concentra mejores resultados en experiencia reportada y tiempos de respuesta, pero contribuye con mayor peso a la brecha pro-rica, al ser financieramente inaccesible y espacialmente concentrado (Roberti et al., 2024). La seguridad social ofrece mayor continuidad, pero reproduce barreras burocráticas como autorizaciones y derivaciones, que afectan más a usuarios con menor capital informacional y menor “capacidad de agencia” para navegar el sistema. Por su parte, el subsector público presenta cobertura amplia con heterogeneidad subnacional en oportunidad y disponibilidad. El caso de Uruguay, con un sistema integrado y un fondo único que atenúa la segmentación efectiva, exhibe brechas relativamente menores, reforzando la tesis de que reglas de financiamiento y arreglos de provisión importan para la equidad (Roberti et al., 2024).

En síntesis, proponemos un paquete integrado de implicaciones bioéticas y de política pública que sitúe la calidad como eje de la equidad y operacionalice la justicia procedural en los tres subsectores (público, seguridad social y privado): primero institucionalizar la Accountability for Reasonableness (A4R) en decisiones meso y micro como listas de espera, derivaciones y autorizaciones, mediante publicidad de criterios, participación social significativa, mecanismos de apelación y garantía de

cumplimiento, para asegurar decisiones legítimas bajo escasez (Daniels, 2000; Hasman & Holm, 2005); segundo adoptar metas explícitas de cobertura efectiva con calidad como competencia clínica, experiencia del usuario, continuidad y confianza, con medición y auditoría periódicas desagregadas por quintil de ingreso, territorio y etnicidad, dado que la baja calidad produce daño evitable y exacerba desigualdades (Kruk et al., 2018a, 2018b); tercero, fortalecer una Atención Primaria de Salud resolutiva con equipos multiprofesionales y financiamiento orientado a resultados de acceso efectivo y calidad, a la luz de la evidencia de reducción de brechas cuando la APS se escala con coherencia operativa; y cuarto, avanzar en des-segmentación operativa mediante fondos de financiamiento más integrados, canastas explícitas y compra estratégica intersubsectorial, con comparativos públicos de desempeño y contratos con incentivos a calidad y equidad, para evitar circuitos paralelos pro-rico y aproximar modelos de integración que muestran brechas menores en la región (Atun et al., 2015; Roberti et al., 2024).

Para Ecuador, las prioridades bioéticas derivadas de la evidencia son: como primer paso establecer estándares y auditorías de razonabilidad pública en la gestión de cupos, derivaciones y autorizaciones; segundo robustecer la APS con equipos comunitarios en zonas rurales e indígenas, incorporando métricas de competencia técnica y experiencia del usuario; tercero transparentar y comparar desempeño entre MSP, IESS/ISSFA/ISSPOL y proveedores privados contratados, con metas explícitas de reducción de brechas; y cuarto fortalecer sistemas de información que permitan medir cobertura efectiva y calidad percibida de forma desagregada (López-Cevallos & Chi, 2009, López-Cevallos & Chi, 2010; Kruk et al., 2018a). Una fortaleza es el enfoque comparativo por subsector, que evita promedios que ocultan heterogeneidades. Sin embargo, la síntesis cualitativa relativa de indicadores, derivada de fuentes con métricas no idénticas, limita la cuantificación de efectos. Futuros estudios deberían integrar mediciones estandarizadas de calidad, cobertura efectiva y confianza, y vincularlas con resultados clínicos y financieros a nivel de paciente (Roberti et al., 2024; Kruk et al., 2018a). En Ecuador, persiste la necesidad de estudios recientes (2020–2025) que articulen barreras financieras, geográficas y culturales con resultados clínicos y de experiencia del usuario para informar intervenciones bioéticamente justificables (López-Cevallos & Chi, 2009, López-Cevallos & Chi, 2010).

5. Conclusiones

La evidencia integrada para Ecuador y diversos países de América Latina revela que la equidad en el acceso a los servicios de salud continúa condicionada por la segmentación estructural entre los subsectores público, seguridad social y privado. Esta segmentación, combinada con desigualdades socioeconómicas y territoriales, genera rutas de atención que difieren en oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad. En la práctica, dichas brechas se traducen en tiempos de espera prolongados, desvío hacia gasto de bolsillo y renuncias a la atención por barreras administrativas o

culturales. La perspectiva bioética exige juzgar estos resultados no sólo por su eficiencia, sino por su legitimidad moral y su impacto en grupos históricamente vulnerados. El principio de justicia interpela a que las coberturas formales se materialicen en acceso real y digno. Ello supone enfrentar no sólo déficits de oferta, sino también arreglos institucionales que perpetúan decisiones opacas. En síntesis, las disparidades observadas no son inevitables: responden a reglas y prácticas modificables.

El análisis por subsector muestra que la ausencia de criterios explícitos de priorización y referencia-contrarreferencia incrementa la variabilidad no justificada en la asignación de turnos, procedimientos y trasladados. Cuando las decisiones se rigen por criterios implícitos o puramente administrativos, aumentan las demoras evitables y se profundizan los gradientes “pro-ricos”. En contraste, allí donde hay reglas públicas, verificables y auditables, se reduce la incertidumbre y mejora la experiencia del paciente. La bioética clínica y de la salud pública coincide en que la razonabilidad, la transparencia y la posibilidad de revisión son condiciones mínimas de justicia procedural. Convertir estos principios en instrumentos operativos no es un lujo académico, sino un requisito para ordenar la demanda, orientar la oferta y asignar recursos con imparcialidad. El equilibrio entre necesidad clínica, urgencia social y efectividad esperada debe guiar la gestión cotidiana. Así, la coherencia entre normas y práctica se vuelve un indicador moral y técnico a la vez.

El componente migratorio añade capas de vulnerabilidad que el sistema aún no absorbe adecuadamente: barreras documentales, lingüísticas, económicas y de discriminación sutil que comprometen la continuidad del cuidado. Estas barreras no sólo afectan a personas en movilidad humana; exponen debilidades generales de los procedimientos de registro, verificación de identidad y aseguramiento de beneficios. Una respuesta bioéticamente robusta demanda rutas específicas de acceso para situaciones de documentación incompleta, mediación intercultural y apoyos logísticos que mitiguen costos indirectos. Esto incluye traducción comunitaria, horarios extendidos, navegación de pacientes y coordinación intersectorial para alojamiento y transporte sanitario. La focalización territorial con base en datos permite priorizar puntos de mayor flujo migratorio y comunidades receptoras con infraestructura limitada. La reducción de la incertidumbre administrativa protege la dignidad y evita la medicalización de problemas sociales. Tales ajustes fortalecen la confianza pública y disminuyen inequidades acumulativas.

A partir de la síntesis realizada, proponemos cinco líneas de acción inmediatas y verificables. Primero, estandarizar criterios clínicos y sociofamiliares de priorización, con escalas públicas aplicables a consulta, diagnóstico, quirúrgico y rehabilitación. Segundo, simplificar y digitalizar trámites críticos como afiliación, agendamiento y derivaciones, incorporando canales no presenciales y alternativas para usuarios sin conectividad. Tercero, reducir costos indirectos con transporte focalizado, ventanillas únicas, recordatorios y articulación con redes locales de apoyo. Cuarto, institucionalizar mediación intercultural en establecimientos con diversidad lingüística

y nacional, junto con capacitación en comunicación clínica centrada en la persona. Quinto, crear comités locales de acceso y equidad con representación ciudadana, capaces de revisar casos complejos, monitorear indicadores y emitir recomendaciones vinculantes. Estas acciones, de bajo costo relativo y alto potencial de impacto, convierten los principios en prácticas estables. Su evaluación continua permitirá iterar y escalar con base en resultados.

Reconocemos límites inherentes al alcance descriptivo y a la heterogeneidad de fuentes secundarias sintetizadas, lo que impide estimar con precisión magnitudes y efectos causales. No obstante, el estudio ofrece una hoja de ruta para alinear decisiones clínicas, de gestión y de política con estándares bioéticos exigentes. La agenda futura debe incorporar métricas comparables entre subsectores, tiempos de espera ajustados por gravedad, tasas de no-atención por costos indirectos, frecuencia de apelaciones resueltas favorablemente, y análisis económico de intervenciones costo-efectivas. Se sugiere, además, diseñar pilotos controlados de navegación de pacientes, mediación intercultural y desburocratización selectiva, con evaluación rigurosa de resultados y equidad. La adopción progresiva de estas reformas fortalecerá la legitimidad moral del sistema y su resiliencia ante choques sanitarios o sociales. En definitiva, avanzar hacia la equidad implica pasar del discurso a la ingeniería institucional del acceso. Sólo con reglas claras, procesos auditables y espacios reales de deliberación el sistema será, a la vez, efectivo y justo.

CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.

Referencias Bibliográficas

- Aria, M., & Cuccurullo, C. (2017). Bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis. *Journal of Informetrics*, 11(4), 959–975. <https://doi.org/10.1016/j.joi.2017.08.007>
- Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., de Rígoli, F., Serrate, P. C. F., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
- Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García, M. F., de la Mata, D., & Vera-Hernández, M. (2025). Health systems and health inequalities in Latin America. *Oxford Open Economics*, 4(Suppl_1), i122–i147. <https://doi.org/10.1093/ooec/odae029>
- Brusnahan, A., Carrasco-Tenezaca, M., Bates, B. R., Roche, R., & Grijalva, M. J. (2022). Identifying health care access barriers in southern rural Ecuador.

International Journal for Equity in Health, 21, 55.
<https://doi.org/10.1186/s12939-022-01660-1>

Camacho-Esquivel, M. A., Ménendez-Suárez, M. M., Peralta-Albán, V. P., & Gómez-Valle, C. I. (2025). Urgencias en Manos Pequeñas: Guía Esencial de Medicina en urgencias Pediátricas. Editorial Grupo AEA.
<https://doi.org/10.55813/egaea.l.135>

Daniels, N. (2000). Accountability for reasonableness. *BMJ*, 321(7272), 1300–1301.
<https://doi.org/10.1136/bmj.321.7272.1300>

Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N., & Lim, W. M. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 133, 285–296.
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.070>

Gómez-Valle, C. I., Ramón-Curay, E. R., Astudillo-Urquiza, G. E., & Garces-Castro, S. P. (2024). *Guía de Urgencias Médicas: Respuestas Inmediatas en Situaciones Críticas*. Editorial Grupo AEA. <https://doi.org/10.55813/egaea.l.100>

Hasman, A., & Holm, S. (2005). Accountability for reasonableness: Opening the black box of process. *Health Care Analysis*, 13(4), 261–273.
<https://doi.org/10.1007/s10728-005-8124-2>

Houghton, N., Báscolo, E., & Del Riego, A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e11.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., Malata, A., Marchant, T., Matsoso, M. P., Meara, J. G., Mohanan, M., Ndiaye, Y., Norheim, O., Reddy, K. S., Rowe, A. K., Salomon, J. A., Thapa, G., Twum-Danso, N. A., Y. & Pate, M. (2018a). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018b). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: A systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *The Lancet*, 392(10160), 2203–2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)

López-Cevallos, D. F., & Chi, C. (2009). Health care utilization in Ecuador: A multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health Policy and Planning*, 25(3), 209–218. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp052>

López-Cevallos, D. F., & Chi, C. (2010). Assessing the context of health care utilization in Ecuador: A spatial and multilevel analysis. *BMC Health Services Research*, 10, 64. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-64>

- Quizhpe, E., Teran, E., Pulkki-Brännström, A.-M., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in healthcare utilization during Ecuadorian healthcare reform (2007–2017): A before-and-after cross-sectional study. *BMC Public Health*, 22, 499. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12884-9>
- Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., Koffel, J. B. (2021). PRISMA-S: An extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Systematic Reviews*, 10, 39. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01542-z>
- Robert, J., Leslie, H. H., Doubova, S. V., Medina Ranilla, J., Mazzoni, A., Espinoza, L., Calderón, R., Arsenault, C., García-Elorrio, E., & García, P. J. (2024). Inequalities in health system coverage and quality: A cross-sectional survey of four Latin American countries. *The Lancet Global Health*, 12(1), e145–e155. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00488-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00488-6)
- Ruano, A. L., Rodríguez, D., Gaitán Rossi, P., & Maceira, D. (2021). Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean: A thematic series. *International Journal for Equity in Health*, 20, 94. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01426-1>
- Salazar-Villegas, B., Lopez-Mallama, O. M., & Mantilla-Mejía, H. (2023). Historia de la Salud en Colombia: del Periodo Precolombino a el Periodo Higienista 1953. *Journal of Economic and Social Science Research*, 3(3), 1–12. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v3/n3/69>
- Salazar-Villegas, B., Puerto-Cuero, S. V., Quintero-Tabares, J. D., López-Mallama, O. M., & Andrade-Díaz, K. V. (2023). Ventajas de la Certificación ISO 9001:2015 en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de los Departamentos de Cauca y Meta Colombia, en el 2016-2022. *Journal of Economic and Social Science Research*, 3(4), 1–14. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v3/n4/77>
- Setia, M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>
- Valarezo-Bravo, O. F., Samaniego-Rojas, N. del C., Jara-Galdeman, G., Córdova Neira, K., & García Riofrío, J. C. (2023). *Diagnóstico situacional y caracterización del perfil epidemiológico de las zonas de intervención e influencia del proyecto ProSalud frontera sur, cantones Huaquillas y Macará*. Editorial Grupo AEA. <https://doi.org/10.55813/egaea.i.2022.17>
- Villa-Feijoo, A. L. (2022). Estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades desde la Perspectiva de la Enfermería en Ecuador. *Revista Científica Zambos*, 1(3), 1-14. <https://doi.org/10.69484/rcz/v1/n3/29>