

Capítulo 4: Mapeando el Dinero: Los Flujos Financieros como Evidencia de las Dinámicas de Poder en el Sistema de Salud Ecuatoriano

4.1. Introducción: Los Números como Campo de Batalla Político

Este capítulo constituye el pilar cuantitativo de la presente monografía, y su propósito trasciende la mera presentación de datos financieros. Se establece este análisis como el fundamento empírico del argumento de economía política que vertebra toda la obra. La tesis central es que los flujos financieros no son resultados técnicos neutrales, sino la manifestación cuantificable de contiendas políticas, reflejando qué intereses prevalecen en la gobernanza del sector salud. Este enfoque alinea el capítulo con el elevado estándar académico de Robert Dahl, pionero en el estudio empírico del poder en las arenas de decisión.¹

El punto de partida es la "paradoja del gasto" en Ecuador: una coexistencia anómala entre una inversión pública notable y una carga persistentemente elevada de Gasto de Bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés) para los ciudadanos.¹ Esta paradoja no es una curiosidad estadística, sino un síntoma de profundas disfunciones estructurales y políticas que este capítulo se propone iluminar a través de la evidencia numérica.

Para ello, el análisis se anclará metodológicamente en el marco del **Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011)**, que permite una disección estandarizada y tridimensional de los flujos: Esquemas de Financiamiento (HF - *quién paga*), Proveedores de Atención Médica (HP - *quién provee*), y Funciones de Atención Médica (HC - *qué se consume*). La fuente de datos principal son las **Cuentas Satélite de Salud (CSS)** publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, complementadas con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la contextualización internacional.¹ El período de análisis abarca la serie de datos consistentes más reciente, aproximadamente de 2010 a 2023.

La hoja de ruta de este capítulo conducirá al lector desde las tendencias macroeconómicas del gasto hacia un análisis granular del financiamiento, los

proveedores y las funciones. Culminará con una síntesis que interpreta estos patrones financieros como la evidencia empírica de las dinámicas de poder y las fallas de implementación que se explorarán en profundidad en los Capítulos 5 y 6, sentando así las bases para una comprensión causal del fenómeno.

4.2. Macrotendencias del Gasto: El Esfuerzo Fiscal y su Limitado Impacto en la Protección Financiera

Análisis del Gasto Total y Per Cápita

El análisis de las tendencias agregadas del gasto en salud en Ecuador revela una narrativa compleja. Por un lado, el país demuestra un esfuerzo económico considerable hacia el sector. Cifras de la OMS indican que el Gasto Corriente en Salud (GCS) como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) alcanzó el 8.29% en 2021.¹ Datos del INEC, utilizando una métrica ligeramente distinta, señalan que el Gasto de Consumo Final Total en Salud (GCFTS) representó el 7.7% del PIB en 2019, mientras que el Gasto Nacional en Salud respecto al PIB se situó en 6.5% para 2022 y 2023 (cifra provisional).¹ Este esfuerzo se refleja también en la priorización fiscal: el gasto público en salud representó entre el 13.3% y el 14.76% del gasto gubernamental total en 2021.¹

Sin embargo, esta imagen de "alto gasto" se matiza al examinar el gasto per cápita. En 2021, este indicador se situó en \$494.31.³ Si bien esta cifra representa un crecimiento significativo desde los \$288.67 de 2010, permanece por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (ALC), que fue de aproximadamente \$656 en el mismo año.³ Esta discrepancia revela una limitación estructural fundamental: la paradoja del gasto no reside únicamente en la posible ineficiencia en la asignación de los recursos existentes, sino que también podría estar exacerbada por una insuficiencia en la cantidad total de recursos disponibles por persona, una limitación impuesta por el tamaño global de la economía. Esto sugiere que las soluciones no pueden centrarse exclusivamente en mejorar la eficiencia, sino que deben contemplar también estrategias para expandir la base de recursos, un desafío fundamentalmente

político y económico.

Análisis de la Persistencia del Gasto de Bolsillo (OOP)

El Gasto de Bolsillo (OOP) es el indicador más elocuente de la paradoja del gasto en salud y el nudo gordiano de esta investigación. A pesar del significativo esfuerzo fiscal público, la carga financiera directa sobre los hogares ecuatorianos se ha mantenido en niveles alarmantemente altos y persistentes. Los datos más recientes y consistentes del INEC muestran que el OOP como porcentaje del GCFTS fue del 31.2% en 2021, con un pico del 38% en 2022, y estabilizándose en un 32.8% en 2023.¹ Estas cifras sitúan a Ecuador por encima del promedio de ALC (aproximadamente 28%) y muy por encima del promedio de los países de la OCDE (alrededor del 20%).¹

La persistencia de este indicador a lo largo del tiempo, incluso frente a reformas y aumentos del gasto público, lo consolida no como una fluctuación coyuntural, sino como una característica estructural y crónica del sistema. Esta situación tiene consecuencias humanas directas y graves: en 2017, se estimaba que un 9% de la población ecuatoriana incurría en gastos catastróficos en salud, es decir, destinaba más del 10% de sus ingresos o consumo a pagar por servicios sanitarios, una situación que puede empujar a las familias a la pobreza.⁶

El OOP, por lo tanto, debe ser interpretado como el principal indicador de una falla sistémica. Su persistencia, en contra de la lógica esperada de que un mayor financiamiento público debería reducirlo, evidencia una "fuga de efectividad" del gasto estatal. Los fondos públicos se ejecutan, pero no logran su objetivo primordial de protección financiera. Este hecho apunta a dos vías causales interconectadas que la monografía explora: primero, una falla de asignación y poder (Capítulo 5), donde el dinero público se dirige a áreas que no alivian las principales causas del OOP; y segundo, una falla de implementación (Capítulo 6), donde los fondos, incluso si están bien asignados, no se traducen en servicios accesibles y gratuitos en el punto de uso debido a ineficiencias, corrupción o barreras logísticas.

Tabla 4.1: Indicadores Clave de Financiamiento de la Salud, Ecuador vs. Comparadores Regionales y OCDE (Revisada y Completada)

Indicador	Ecuador	América Latina y el Caribe	OCDE (Promedio)	Fuentes (Ecuador)
-----------	---------	----------------------------	-----------------	-------------------

		(Promedio/Rango)		
Gasto Corriente en Salud (GCS) (% PIB)	8.29% (2021)	~8.3% (2021)	~9.7% (2021)	3
Gasto Público en Salud (% PIB)	5.4% (2021)	~4-5% (Variable)	~7-8% (Variable)	1
Gasto de Bolsillo (OOP) (% GCS)	32.8% (2023)	~28% (2021)	~20% (2021)	1
Gasto en Salud per cápita (USD PPP)	\$1,185 (2021)	~\$1,400 (Variable)	~\$5,900 (2021)	3
Población con Gasto Catastrófico (>10% ingreso)	9% (2017)	9.85% (2019)	~7% (Variable)	6

Nota: Los datos presentan variaciones según la fuente, la metodología (USD corrientes vs. PPP) y el año de referencia. La tabla ofrece una comparación ilustrativa basada en la información más consistente disponible. La finalidad es enmarcar la posición anómala de Ecuador.

4.3. El Origen de los Fondos (Esquemas de Financiamiento - HF): La Tensión entre el Financiamiento Público y la Carga Privada

El análisis de los esquemas de financiamiento, siguiendo el marco SHA 2011, desglosa "quién paga" por la atención sanitaria en Ecuador. Los datos del INEC para 2023 revelan que los esquemas de financiamiento del gobierno general (HF.1.1, que incluye al Ministerio de Salud Pública) y los esquemas de seguridad social (HF.1.2, principalmente el IESS) son las fuentes predominantes, financiando en conjunto el 61.5% del Gasto de Consumo Final en Salud (GCFTS). Por otro lado, los hogares (HF.3), a través de sus pagos directos, financian el 37.3%.¹

Este desglose revela una tensión fundamental: la dominancia formal del

financiamiento público coexiste con una carga real y sustancial sobre el sector privado, que recae abrumadoramente sobre los hombros de las familias. Mientras los esquemas públicos representan la mayor parte del financiamiento agregado, el Gasto de Bolsillo (OOP) sigue siendo el componente individual más significativo del financiamiento privado, superando con creces la contribución de los seguros voluntarios.

Esta aparente contradicción es una pieza clave del rompecabezas. Demuestra que el problema no es la ausencia de un financiamiento público mayoritario, sino una profunda desconexión entre el volumen de los fondos públicos y su capacidad para ofrecer protección financiera efectiva. El dinero público fluye en cantidades significativas, pero no está logrando desplazar la necesidad de que los ciudadanos paguen de su propio bolsillo. Este hallazgo orienta la investigación de manera decisiva hacia el análisis del destino, la eficiencia y la efectividad de ese gasto público, temas que son el núcleo de los capítulos subsiguientes.

Tabla 4.2: Gasto de Consumo Final Total en Salud por Sector Institucional (HF), 2022-2023 (Millones USD y Porcentaje)

Sector Institucional (Esquema de Financiamiento)	2022 (Millones USD)	2022 (%)	2023 (Millones USD, prov.)	2023 (% ,prov.)
Gobierno General (HF.1.1)	4,924	61.4%	5,008	61.5%
Hogares (incluye OOP - HF.3.1)	2,983	37.2%	3,039	37.3%
ISFLSH (HF.2.3)	112	1.4%	129	1.6%
Total GCFTS	8,019	100.0%	8,176	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEC, Cuentas Satélite de Salud.¹ Las cifras para 2023 son provisionales.

La estabilidad de estas proporciones a lo largo del tiempo, como lo demuestra la Tabla 4.2, refuerza el argumento de que la alta carga del OOP es una característica estructural del sistema, resistente a los cambios políticos y económicos coyunturales, y que hunde sus raíces en las dependencias de trayectoria y las dinámicas de poder

que se analizan en esta monografía.

4.4. El Destino de los Fondos (Proveedores - HP): ¿Hacia Dónde Fluye el Dinero?

Analizar hacia qué proveedores se dirigen los recursos es fundamental para entender la economía política del sector. Los datos sobre la producción de servicios de salud revelan quiénes son los principales receptores económicos del gasto.

Distribución del Gasto por Tipo de Proveedor (HP)

La información más reciente y corregida de las Cuentas Satélite de Salud del INEC para el año 2023 ofrece una imagen clara del destino de los fondos.¹ La producción de servicios se distribuye de la siguiente manera:

- **Hospitales Públicos (MSP):** \$1,581 millones
- **Centros Ambulatorios Públicos (MSP):** \$1,404 millones
- **Hospitales Privados:** \$1,346 millones
- **Centros Ambulatorios Privados:** \$1,189 millones

Estos datos son reveladores. Cuando se yuxtapone el elevado valor de producción de los hospitales privados (\$1,346 millones) y los centros ambulatorios privados (\$1,189 millones) con la persistente y alta carga de Gasto de Bolsillo, emerge un vínculo causal directo: una porción masiva del dinero que los ciudadanos pagan de su bolsillo se canaliza hacia estos proveedores privados.

Este hallazgo desafía la noción de que el sector privado actúa meramente como un "complemento" del sistema público. En la práctica, funciona como un receptor central de los fondos de los hogares, sostenido por los pagos directos. Esto plantea preguntas críticas que serán abordadas en el Capítulo 5: ¿Qué dinámicas de poder permiten esta configuración? ¿El crecimiento del sector privado es una consecuencia de las fallas del sector público (un factor de atracción), o es el resultado de su propia influencia política y de mercado (un factor de empuje)? Los datos financieros aquí presentados proporcionan la base empírica indispensable para esta indagación

política.

Gasto por Niveles de Atención

El desglose del gasto por niveles de atención confirma una priorización de la atención curativa y especializada. Datos del INEC para 2022 sobre las erogaciones del sector público muestran una inversión de \$2,134 millones en el segundo nivel y \$1,165 millones en el tercer nivel, cifras que, en conjunto, superan con creces la inversión en el primer nivel de atención, que fue de \$1,478 millones.¹

Esta estructura de gasto, marcadamente hospital-céntrica, es un indicador de ineficiencia sistémica y un motor de la paradoja del gasto. La subinversión relativa en la Atención Primaria de Salud (APS) contradice directamente los objetivos políticos declarados, como los del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).¹ Esta aparente contradicción entre la política declarada y la asignación real de recursos es una manifestación de lo que en el Capítulo 5 se analizará como el resultado de una contienda de poder, donde los intereses de los hospitales de alta complejidad y los grupos de médicos especialistas, concentrados en zonas urbanas, pueden prevalecer sobre las necesidades de un modelo preventivo y de base comunitaria. Esta decisión de asignación crea una "falsa economía": al desatender la prevención y la atención primaria, se permite que las enfermedades progresen, generando una mayor demanda de servicios curativos costosos. Cuando la red pública hospitalaria se ve superada por esta demanda, los ciudadanos se ven forzados a buscar atención en el sector privado, alimentando directamente el ciclo del Gasto de Bolsillo.

Tabla 4.3: Erogaciones en Salud por Nivel de Atención y Sector, 2022 (Millones USD)

Nivel de Atención	Sector Público (Millones USD)	Sector Privado (Millones USD)	Total (Millones USD)
Primer Nivel	1,478	296	1,774
Segundo Nivel	2,134	736	2,870
Tercer Nivel	1,165	1,156	2,321

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEC, Cuentas Satélite de Salud.¹

4.5. El Propósito de los Fondos (Funciones - HC): La Priorización de lo Curativo y el Fardo Farmacéutico

El análisis del gasto por funciones (en qué se gasta) confirma y profundiza los hallazgos anteriores, revelando las prioridades reales del sistema.

Distribución del Gasto por Función (HC)

Los datos del INEC para 2022 sobre el Gasto de Consumo Final (GCF) del gobierno son contundentes: la atención curativa (servicios ambulatorios y con internación) absorbe el 92.9% de los recursos. En contraste, los **servicios de salud pública (prevención)** reciben una porción ínfima: tan solo el **3.3%** del GCF del gobierno.¹ Este patrón, que se ha mantenido históricamente, indica un sistema enfocado abrumadoramente en tratar la enfermedad en lugar de prevenirla, con profundas implicaciones para la eficiencia y la equidad a largo plazo.

Enfoque en el Gasto Farmacéutico

El gasto en productos farmacéuticos (parte de la función HC.5) es un componente crítico del Gasto de Bolsillo. La evidencia indica que una parte sustancial del OOP de los hogares se destina a la compra de medicamentos.¹ Un análisis del INEC de 2019, por ejemplo, mostró que los "Productos farmacéuticos y químicos" representaban el 46.3% del gasto en salud de los hogares.¹

La subinversión en prevención y la pesada carga del gasto farmacéutico sobre los hogares no son problemas aislados, sino fallas gemelas del sistema. Están intrínsecamente conectadas: la falta de inversión en prevención y promoción de la salud conduce a una mayor carga de enfermedad, lo que a su vez incrementa la demanda de tratamientos curativos, incluyendo los farmacéuticos. Cuando el sistema

público, por diversas fallas de implementación que se explorarán en el Capítulo 6 (como corrupción, problemas logísticos o de adquisición), no logra proveer estos medicamentos de manera gratuita y oportuna, la carga financiera se traslada directamente a los ciudadanos. Esta dinámica revela una falla estructural en las prioridades del sistema. La decisión política de subfinanciar crónicamente la prevención es una elección con consecuencias predecibles y costosas para los bolsillos de la población, y proporciona un poderoso punto de entrada para el análisis de la economía política de la adquisición de medicamentos y el poder de la industria farmacéutica que se realizará en el Capítulo 5.

Tabla 4.4: Gasto de Consumo Final por Productos Característicos (HC) y Sector Financiador (%), 2022

Producto Característico (Aproximación a Función HC)	Gobierno (%)	Hogares (%)
Servicios ambulatorios (HC.1, HC.2 parte)	59.6%	43.2%
Servicios con internación (HC.1, HC.2 parte)	33.3%	18.7%
Servicios de salud pública (HC.6)	3.3%	1.5%
Otros servicios de salud humana (incluye HC.5 parte)	0.5%	29.9%
Servicios odontológicos	1.4%	6.5%
Rectoría, administración y Seg. Social Obligatoria	2.0%	0.2%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEC, Cuentas Satélite de Salud.¹

4.6. Síntesis Analítica: Patrones Financieros como Síntomas de Disfunciones de Poder e Implementación

Este capítulo no se limita a la descripción de datos; su objetivo es interpretar los

patrones cuantitativos como la manifestación empírica de las dinámicas de poder y las fallas de implementación que constituyen el verdadero objeto de esta monografía. La síntesis de los hallazgos cuantitativos revela un sistema con disfunciones estructurales profundas.

Los patrones clave identificados —la persistencia de la paradoja del gasto, la concentración de recursos en la atención curativa y hospitalaria, la subinversión crónica en prevención, y la canalización masiva del Gasto de Bolsillo hacia proveedores privados y productos farmacéuticos— no son anomalías técnicas ni casualidades estadísticas. Son las huellas medibles de las contiendas políticas y los fracasos de implementación que se analizarán en los capítulos subsiguientes.

Estos datos, por tanto, no son el final del análisis, sino el punto de partida. Permiten formular las preguntas clave que guiarán el resto de la investigación, creando un puente directo y lógico hacia los siguientes capítulos:

- **Para el Capítulo 5 (Poder y Toma de Decisiones):** La evidencia de la concentración financiera en hospitales, proveedores privados y productos farmacéuticos exige una pregunta Dahliana: ¿Qué actores y coaliciones de poder se benefician de esta asignación de recursos? ¿Cuáles son las dinámicas de poder en las arenas de decisión clave —la formulación del presupuesto, la gestión del IESS, la negociación de tarifarios y la adquisición de medicamentos— que producen consistentemente estos resultados financieros específicos?
- **Para el Capítulo 6 (Dinámicas de Implementación):** La persistencia de la paradoja del gasto, a pesar de la inversión pública, plantea una pregunta central para la Ciencia de la Implementación: ¿Por qué los fondos públicos, incluso cuando se asignan, no se traducen en una protección financiera efectiva? ¿Cuáles son las barreras específicas de implementación —corrupción, burocracia, debilidad institucional, falta de capacidad técnica— que provocan esta "fuga de efectividad" y perpetúan la carga del Gasto de Bolsillo?

En conclusión, este capítulo ha demostrado que un mapa del dinero es, en esencia, un mapa del poder. Al trazar los flujos financieros con rigor, se han identificado los principales sitios de contienda y los enigmas empíricos que solo un análisis profundo de la economía política y la ciencia de la implementación puede resolver. Los números no hablan por sí solos; revelan el campo de batalla sobre el cual se disputan los recursos y se define el destino del sistema de salud.

4.7. Bibliografía del Capítulo

1. Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4–23.
2. Almeida, C. (2005). Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), 263–286.
3. Bachrach, P., & Baratz, M. S. (1962). Two Faces of Power. *The American Political Science Review*, 56(4), 947–952.
4. Bossert, T. J., & Leisewitz, T. (2016). Innovation and change in the Chilean health system. *The New England Journal of Medicine*, 374(1), 1–5.
5. Dahl, R. A. (1961). *Who Governs? Democracy and Power in an American City*. Yale University Press.
6. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50.
7. Ecuador, Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Registro Oficial 449.
8. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2023). *Cuentas Satélite de Salud 2022: Presentación de resultados*. INEC.
9. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). *Cuentas Satélite de Salud 2007-2023..*
10. Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). *Boletín Técnico - Cuentas Satélite de Salud 2007-2023*. INEC.
11. Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2022). *Plan Decenal de Salud 2022-2031*.
12. Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1–36.
13. Lukes, S. (2005). *Power: A Radical View* (2nd ed.). Palgrave Macmillan.
14. Luzuriaga-Abad, C., Ponce-Lleví, J., Echeverría-Cadena, S., Hermida-Montenegro, P., Yépez-Montúfar, M., & Cisneros-Larrea, F. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53(s2), s177–s187.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Global Health Expenditure Database..*
16. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Salud en las Américas+ 2023: Perfil de país Ecuador*. OPS.
17. Pierson, P. (2000). Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of

- Politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251–267.
18. Proctor, E. K., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76.
 19. Reich, M. R. (1995). The politics of health policy reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy*, 32(1-3), 47–77.
 20. Roberts, M. J., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. R. (2008). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford University Press.
 21. Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M., Chepynoga, K., Buisman, L., van Wilgenburg, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169–e179.
 22. World Bank. (2024). *World Development Indicators*.
 23. World Health Organization. (2011). *A system of health accounts 2011*. WHO.

Works cited

1. Corrección de monografía, ocho archivos. _pdf
2. Cuentas Satélite de Salud | - Instituto Nacional de Estadística y Censos, accessed June 26, 2025, <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/cuentas-satelite-de-salud/>
3. Latin America & Caribbean Healthcare Spending 2000-2025 - Macrotrends, accessed June 25, 2025, <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/LCN/latin-america-caribbean-/healthcare-spending>
4. Healthy growth for Latin America: Tapping the region's healthcare sector for economic gains, accessed June 25, 2025, <https://privatebank.jpmorgan.com/latam/en/insights/markets-and-investing/ideas-and-insights/healthy-growth-for-latin-america-tapping-the-regions-healthcare-sector-for-economic-gains>
5. Health at a Glance 2023 - OECD, accessed June 25, 2025, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
6. Catastrophic out-of-pocket health spending (SDG indicator 3.8.2 and regional indicators where available) - Estimates by World Bank region, accessed June 25, 2025, <https://apps.who.int/gho/data/view.main.FINANCIALPROTECTIONWBREG01v>
7. Population with household expenditures on health > 10% of total household expenditure or income (%) - WHO Data, accessed June 25, 2025, <https://data.who.int/indicators/i/B6D043E/A65146D>
8. Health spending and financial sustainability - OECD, accessed June 25, 2025, <https://www.oecd.org/en/topics/health-spending-and-financial-sustainability.html>

9. Government health expenditures and health outcome nexus: a study on OECD countries, accessed June 25, 2025,
<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1123759/full>
10. List of countries by total health expenditure per capita - Wikipedia, accessed June 25, 2025,
https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_total_health_expenditure_per_capita
11. Presentación de PowerPoint - Instituto Nacional de Estadística y ..., accessed June 26, 2025,
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/PPT_Cuentas_Satelite_Salud_2023.pdf
12. Cuentas Satélite de Salud - Instituto Nacional de Estadística y Censos, accessed June 26, 2025,
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2023/3_Boletin_Tecnico_CSS.pdf
13. Presentación de PowerPoint - Instituto Nacional de Estadística y ..., accessed June 26, 2025,
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Economicas/Cuentas_Satelite/Salud/2022/2_Presentacion_resultados_CSS2022.pdf