



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

TEMA:

Análisis del acceso a la atención especializada de pacientes con enfermedades crónicas en las redes públicas de salud en América Latina

AUTORA:

Regato Ugalde Ibeth Carolina

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

**Guayaquil, Ecuador
2026**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Médica, Ibeth Carolina regato Ugalde**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

REVISOR

Mgtr. Iván Marcelo Delgado Mosquera

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez L, Mgs.

Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Ibeth Carolina Regato Ugalde

DECLARO QUE:

El documento **Análisis del acceso a la atención especializada de pacientes con enfermedades crónicas en las redes públicas de salud en América Latina** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del documento del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

Ibeth Carolina Regato Ugalde



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Ibeth Carolina Regato Ugalde

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **documento** previo a la obtención del grado de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado: **Análisis del acceso a la atención especializada de pacientes con enfermedades crónicas en las redes públicas de salud en América Latina**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 14 días del mes de septiembre del año 2026

LA AUTORA

Ibeth Carolina Regato Ugalde



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

REPORTE COMPILATIO



Certificado de análisis

Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

IbethRegato_CorrecciónPlagio_Versión10

ID : e1677114df88f4dca2c11cbe3466b43e934bbf40



4%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : IbethRegato_CorrecciónPlagio_Versión10.txt
Tamaño del archivo original : 32,16 kB
Número de palabras : 3848

Depositante : María de los Angeles Núñez Lapo
Fecha de depósito : 11 de septiembre de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 11 de septiembre de 2026

 **Resumen** (sección 1/2)

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por ser siempre mi lugar seguro y mi sostén. A mis padres, por su apoyo incondicional, por acompañarme en cada etapa y por estar presentes incluso en los momentos en los que creía no necesitarlo.

A mi hermano, por ese apoyo que muchas veces llegó de manera silenciosa e indirecta, incluso en algo tan sencillo como llevarme a la universidad cuando lo necesitaba.

A mi mejor amiga, Gaby, por sostenerme emocionalmente, escucharme, acompañarme, aunque yo me desaparezca.

Y a la Dra. Greta Franco, mi jefa y amiga, por estar siempre presente con un consejo, una llamada de atención cuando hacía falta y también con un abrazo. Gracias por acompañarme con tanta generosidad, cariño y sinceridad.

A todos ustedes, gracias por formar parte de este camino y por hacer que llegar hasta aquí fuera un poco más llevadero y mucho más significativo.

IBETH REGATO UGALDE

DEDICATORIA

**A mis abuelitas, mis ángeles.
Las extraño siempre y las llevo conmigo en cada paso.**

IBETH REGATO UGALDE

Introducción

En las redes públicas de salud de América Latina, el acceso a la atención especializada de las personas con enfermedades crónicas no depende solo de que haya especialistas disponibles. Ese es un aspecto importante, pero no alcanza para explicar el problema del todo. También importa cómo se organiza el paso del paciente desde la atención primaria hacia los servicios de apoyo diagnóstico y el segundo nivel. En Ecuador, estas cifras ayudan a identificar las dificultades que enfrentan tanto el sistema como los pacientes. En 2021, el gasto público en salud representó el 5.28% del producto interno bruto y el gasto de bolsillo alcanzó el 30.62% del gasto total en salud, esto muestra que son los mismos pacientes quienes siguen asumiendo directamente una parte importante de los costos de atención y la preocupación aumenta cuando el tratamiento exige consultas frecuentes, medicamentos y seguimiento continuo. Otro dato preocupante, en 2019, las enfermedades crónicas no transmisibles concentraron el 76.2% de las causas de muerte en el país (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024), Esto muestra que la carga de enfermedad crónica en Ecuador es alta. Si además una parte importante del gasto en salud sale directamente del bolsillo de los hogares, resulta razonable preguntarse hasta qué punto el sistema público logra sostener la atención que estos pacientes necesitan a lo largo del tiempo.

El problema no solo se limita al Ecuador. En la región, la Comisión para América Latina y el Caribe, impulsada por el Banco Mundial y la OPS, advirtió que una reducción de 25% a 50% en la cobertura de atención primaria durante uno a cinco años podría generar costos sociales entre US\$ 7 mil millones y US\$ 37 mil millones. También podría asociarse con 29,000 a 149,000 muertes adicionales por enfermedades crónicas no transmisibles (Herrera et al., 2025). Estas cifras muestran que cuando el primer nivel pierde cobertura, el problema no se queda solo en las demoras. También pueden aumentar los costos que terminan siendo asumidos por el sistema.

Roberti et al. (2024) encontraron en Colombia, México, Perú y Uruguay que solo cerca de un tercio de los encuestados consideraba tener atención especializada de alta calidad. También observaron mejores condiciones de acceso entre las personas con mayores recursos económicos. En la práctica, esto muestra que tener el servicio disponible no significa que todos tengan las mismas posibilidades de usarlo. Por eso, al analizar el acceso, también importa cuánto espera el paciente, quién logra llegar al especialista y qué ocurre después de esa consulta. Si el seguimiento no continúa o la atención especializada queda desconectada del resto del tratamiento, parte del problema sigue sin resolverse.

La atención se ha propuesto como una manera de mejorar la coordinación entre los servicios y evitar que la atención quede dividida en consultas intervenciones aisladas (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2022). Sin embargo, en la práctica todavía se observan dificultades entre la atención primaria y la especializada. Vargas et al. (2017), por ejemplo, encontraron que en Colombia y Brasil, los pacientes percibían problemas tanto en la transferencia de información como en la coherencia del manejo entre niveles. Algo parecido se observó posteriormente en seis países latinoamericanos. Ollé-Espluga et al. (2021) observaron dificultades en el intercambio de información clínica entre niveles y también en el acceso a la atención secundaria después de una derivación, a pesar de que la relación directa con los médicos fue mejor valorada. Vargas et al. (2018) encontraron que alrededor de la mitad de los especialistas recibía el formato de referencia completo desde la atención primaria, mientras que menos del 20% de los médicos del primer nivel recibía una respuesta del especialista. Esto refleja que la comunicación entre niveles todavía presenta fallas importantes.

En Ecuador, el panorama es parecido. Granadillo et al. (2024), al estudiar la coordinación del cuidado en pacientes con asma, identificaron uso limitado de documentos institucionales de referencia y contrarreferencia, duplicación de pruebas y prescripciones, problemas de seguimiento

y poca disponibilidad de citas especializadas. Todo eso afecta la oportunidad del acceso y también la continuidad. A esta discusión se suma Armijos Briones et al. (2025), quienes plantean que el acceso a atención especializada en hospitales públicos puede tardar, en promedio, 49 días y, en algunos casos, extenderse hasta 180 días. También señalan que las vías informales podrían acortar la espera hasta en 19 días. Al tratarse de un protocolo, el dato debe leerse con cautela. Sin embargo, plantea una pregunta incómoda para la gestión pública: ¿qué ocurre cuando la ruta formal demora tanto que algunos pacientes buscan otras formas de llegar al especialista?

El ensayo se centró en las barreras organizacionales, administrativas y de oportunidad que afectan el acceso de pacientes con enfermedades crónicas a la atención especializada en América Latina, con especial atención a Ecuador.

Marco Teórico Conceptual

Continuidad asistencial y coordinación entre niveles: conceptos, dimensiones e importancia en gestión de salud

Los problemas de continuidad aparecen cuando cada consulta queda demasiado separada de la anterior. Si la información no llega al siguiente profesional, continuar el seguimiento se vuelve más difícil y algunas decisiones pueden tomarse sin conocer del todo lo que ya se había indicado. Para el paciente, la continuidad se percibe cuando los distintos niveles conocen lo ya realizado y mantienen una línea de manejo que tenga sentido. La información no tendría que perderse entre una consulta y otra y el paciente no debería reconstruir su historia cada vez que cambia de servicio. Entonces, la continuidad es lo que el paciente percibe cuando la coordinación sí logra otorgar un cuidado real.

Para la gestión de servicios de salud, conviene separar dos ideas que suelen mezclarse. La continuidad se vive desde el paciente y la coordinación se organiza desde el sistema. Una red puede tener formularios, rutas de referencia y normas de contrarreferencia, pero eso no garantiza que el

trabajo entre profesionales esté realmente articulado. Por eso, la derivación a un especialista no debería verse como el cierre de una tarea, es una parte del recorrido clínico. Cuando una referencia llega incompleta, el especialista empieza su atención con poca información. Si después la respuesta tampoco vuelve al primer nivel, continuar el caso se vuelve más difícil. En un paciente crónico, estas fallas pueden romper la secuencia del seguimiento y hacer que la consulta con el especialista no se integre bien al resto del tratamiento.

La situación del paciente también parece influir en cómo se vive el seguimiento. En Santiago de Chile, Moreno y Cornejo (2025) observaron una satisfacción moderada-baja con la continuidad del cuidado entre adultos mayores atendidos en atención primaria, especialmente cuando coexistían síntomas depresivos, problemas económicos o riesgo de aislamiento social. En estos pacientes, cuando la coordinación falla, pueden tener más dificultad para mantener sus controles o inclusive que algún familiar asuma parte del seguimiento para continuar el tratamiento, lo que debería de ser responsabilidad de la red de salud. Por eso, en personas con mayor vulnerabilidad clínica o social, mantener una atención coordinada entre niveles podría ser todavía más importante.

Barreras organizacionales, administrativas y de oportunidad en la relación entre atención primaria y atención especializada

El acceso a la atención especializada en las redes públicas de salud de América Latina no se explica solo por la disponibilidad de especialistas. Esa es una parte del problema, no todo el problema. Existen dificultades que pueden aparecer al mismo tiempo o solas. Un paciente puede tener problemas para conseguir una cita, esperar demasiado o pasar a otro nivel sin que la información previa esté disponible. Para este análisis, las barreras se agruparon en organizacionales, administrativas y de oportunidad. La clasificación permite revisar tanto el funcionamiento de la red como los trámites y los tiempos que intervienen en el acceso.

Un ejemplo de cómo estas dificultades pueden acumularse dentro de una misma red aparece en Brasil. Polati et al. (2024) encontraron problemas de coordinación clínica y administrativa, además de dificultades para compartir información entre los distintos niveles de atención. Entre los obstáculos descritos estuvieron los flujos poco claros, la falta de cupos para atención ambulatoria especializada, la ausencia de contrarreferencia y las limitaciones para compartir la historia clínica electrónica. El primer nivel puede intentar mantener el seguimiento, pero hacerlo se vuelve más difícil cuando no recibe toda la información o cuando la comunicación con el especialista es limitada.

En Ecuador, Granadillo et al. (2024) analizaron la coordinación del cuidado de personas con asma en tres ciudades. Los profesionales señalaron que los documentos de referencia y contrarreferencia se utilizaban poco. También describieron repetición de exámenes y prescripciones, problemas para continuar el seguimiento y poca disponibilidad de citas con especialistas. Desde atención primaria también se señalaba que los pacientes no siempre regresaban luego de la consulta con el especialista. En el segundo nivel, en cambio, existían dudas sobre qué tan preparados estaban los profesionales de la atención primaria para continuar con algunos casos. Estas diferencias muestran que el problema no se limita a enviar información. También hay dudas sobre quién debe continuar el caso y qué se espera de cada nivel, lo que puede también dificultar el seguimiento.

Las demoras son una de las formas más claras en las que el paciente percibe las dificultades de acceso. En Ecuador, Armijos Briones et al. (2025) plantean que conseguir atención especializada en hospitales públicos puede tomar, en promedio, 49 días y llegar hasta 180 días en algunos casos. También señalan que recurrir a vías informales podría reducir la espera hasta en 19 días. Al tratarse de un protocolo, estos datos deben interpretarse con cautela y no como resultados definitivos. Aunque estos datos deben interpretarse con cautela, muestran una dificultad que puede afectar de

manera distinta a los pacientes. Cuando la vía formal demora demasiado, algunos buscan otras formas de llegar al especialista y quienes tienen contactos, información o recursos cuentan con más alternativas.

En Mendoza, Argentina, Mazzoni et al. (2024) reportaron que el 19.7% de las personas encuestadas tenía necesidades de atención no resueltas y describieron demoras para estudios de laboratorio, atención hospitalaria y medicamentos. En la misma provincia, Roberti et al. (2025) señalaron como prioridades mejorar la referencia y contrarreferencia, ampliar los turnos para enfermedades no transmisibles, asegurar medicamentos e insumos y utilizar herramientas digitales para gestionar las citas. Esto deja ver que varias de las dificultades no están solo en la disponibilidad del servicio, sino también en cómo se organiza el acceso y cuánto tarda cada paso. Lo planteado permite mirar el acceso desde algo más que la cantidad de cupos, importa cómo se organiza la derivación, cuánto tarda el paciente en avanzar por la red y si la atención llega en un momento en que todavía puede ser útil para su manejo clínico.

Efectos de la fragmentación sobre el acceso oportuno, la transferencia de información clínica y la experiencia del paciente

La fragmentación se hace más evidente cuando el paciente pasa de un nivel de atención a otro y el seguimiento pierde continuidad. Las demoras, los trámites y las fallas en el intercambio de información pueden acumularse durante ese recorrido. Para el paciente, esto puede significar repetir su historia clínica, recibir indicaciones diferentes o no saber con claridad cómo continuar su atención. A veces el paciente no solo espera una cita, si la llega a tener, le toca muchas veces repetir su historia clínica, debe insistir en trámites, llevar documentos de un lugar a otro o intentar entender una ruta que nadie le explica con claridad. Cuando esto ocurre, el paciente y su familia puede terminar asumiendo tareas que deberían resolverse entre los servicios.

Ollé-Espluga et al. (2021) observaron estos problemas ya descritos, tanto en el intercambio de información como en el acceso al segundo nivel. Vargas et al. (2018) encontraron algo relacionado en los mecanismos formales de comunicación entre niveles, sobre todo en la referencia y la contrarreferencia. Para la gestión de servicios, esto tiene una consecuencia directa. La atención especializada no siempre se suma a una trayectoria ya organizada. A veces el especialista recibe información incompleta o tardía, y luego el primer nivel tampoco cuenta con elementos suficientes para continuar el seguimiento y esto se traduce a una pérdida de la continuidad clínica.

Espinel-Flores et al. (2022) encontraron diferencias en la continuidad con el mismo especialista entre las redes de salud estudiadas. En 2015, fue de 52.8% en Chile, 54.9% en México y 48.2% en Colombia. Dos años después, en Chile y México se observó un aumento, mientras que en Colombia la proporción bajó a 38.8%. Cuando el especialista cambia con frecuencia, mantener una misma línea de manejo puede hacerse más difícil, sobre todo en pacientes que necesitan controles continuos y ajustes del tratamiento a lo largo del tiempo.

También se observaron diferencias en la calidad y en la oportunidad con la que las personas acceden a la atención especializada. Roberti et al. (2024) encontraron en Colombia, México, Perú y Uruguay que solo cerca de un tercio de los encuestados consideraba tener acceso a atención especializada de alta calidad. Además, los tiempos de espera razonables, el acceso a telemedicina y algunos controles preventivos fueron más frecuentes entre las personas con mayores recursos económicos.

En cuidados paliativos, una demora puede tener un impacto aún. Vargas-Escobar et al. (2022), a partir de las perspectivas de 36 participantes de siete regiones de Colombia, identificaron 27 barreras de acceso. Entre ellas estuvieron las dificultades para conseguir medicamentos para el control del dolor, la poca disponibilidad de programas especializados, la limitada formación profesional y la necesidad de trasladarse a otros territorios.

Pese a este panorama, la fragmentación no debe verse como algo inevitable. Espinel-Flores et al. (2022) documentaron mejoras en la continuidad de la información y del manejo clínico en algunos contextos latinoamericanos donde se implementaron intervenciones para coordinar mejor los niveles de atención. Los resultados variaron entre países y redes, y eso también dice algo importante: no basta con copiar una intervención. El contexto importa. La fragmentación puede reducirse cuando existen decisiones de gestión, apoyo institucional y condiciones políticas que sostienen cambios en la forma en que los servicios se comunican, comparten responsabilidades y trabajan entre sí.

Estrategias para el fortalecimiento de la atención especializada y de las redes públicas de salud en Ecuador

Mejorar el acceso a la atención especializada en pacientes con enfermedades crónicas no depende únicamente de aumentar el número de especialistas. También influyen la forma en que se hacen las derivaciones, la respuesta que vuelve al primer nivel, la disponibilidad de información clínica y el tiempo que tarda en asignarse una cita. Cuando alguno de estos elementos falla, el paciente puede llegar al especialista, pero continuar con dificultades para mantener el seguimiento. Por eso, además de ampliar la oferta, habría que revisar cómo se organiza el recorrido del paciente dentro de la red y qué ocurre después de la derivación.

La comunicación entre profesionales es uno de los puntos que aparece con frecuencia en la literatura. En Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay, Vargas et al. (2020) encontraron que las reuniones conjuntas y otros mecanismos participativos ayudaron a mejorar el intercambio de información y opiniones entre profesionales, los acuerdos sobre el manejo clínico y, en algunos casos a orientar mejor las derivaciones y organizar ciertos procesos administrativos en función de esto. También observaron que la confianza entre los profesionales y el conocimiento del trabajo que realiza el otro nivel influían en esos resultados. Esto sugiere que los formularios y las normas,

aunque necesarios, no son suficientes. Los profesionales también necesitan espacios donde puedan discutir casos, aclarar criterios y acordar cómo continuar el seguimiento.

Oliver-Anglés et al. (2024) recogieron propuestas similares en redes públicas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay, entre ellas reuniones entre profesionales, un mejor uso de la referencia y contrarreferencia y canales de comunicación más directos. Son medidas relativamente sencillas, pero pueden ayudar a resolver problemas que no necesariamente requieren una intervención tecnológica compleja. En algunos casos, mejorar el acceso puede empezar por facilitar una comunicación más directa entre quienes atienden al mismo paciente en distintos niveles. Otra posibilidad es utilizar herramientas tecnológicas para organizar mejor el acceso. En Brasil, Pachito et al. (2022) encontraron que un sistema remoto para gestionar las referencias fue más costo-efectivo que el modelo convencional y ayudó a evitar derivaciones innecesarias. En la práctica, un sistema de este tipo podría ayudar a que el segundo nivel reciba con mayor claridad los casos que necesitan valoración especializada. También podría evitar parte del trabajo administrativo asociado a derivaciones que finalmente no son necesarias y acortar algunos tiempos, siempre que la herramienta forme parte del funcionamiento habitual de la red.

En Ecuador, estas herramientas podrían ser útiles frente a las demoras y a la aparición de rutas informales de acceso. Su alcance, sin embargo, dependería de cómo se incorporen a la red y de si realmente existe seguimiento después de la derivación. Pero su efecto sería limitado si se aplican sobre una red que continúa desarticulada. La tecnología puede ordenar procesos, pero no sustituye acuerdos clínicos, responsabilidades claras ni un seguimiento efectivo.

La forma en que está organizada la red también influye en el acceso. En Mendoza, Argentina, un consenso de expertos identificó varias prioridades para mejorar la atención de las enfermedades no transmisibles: ordenar los procesos asistenciales, fortalecer la referencia y la contrarreferencia, ampliar la disponibilidad de turnos, garantizar medicamentos e insumos clínicos

e incorporar herramientas digitales para el seguimiento y la gestión de citas (Roberti et al., 2025). Estas propuestas muestran que aumentar la oferta es solo una parte del problema. También importa cómo se asignan los turnos, qué pacientes acceden primero, cuánto tarda la respuesta y qué tan bien se comunican los distintos niveles.

En Ecuador, esto resulta especialmente relevante porque las dificultades de acceso no parecen depender únicamente de la cantidad de especialistas, sino también de cómo se organiza el recorrido del paciente dentro de la red, monitoreo de tiempos de espera, la real capacidad resolutive del primer nivel y mantener espacios de coordinación entre especialidades. Desde la gerencia de servicios de salud, esto exige dejar de ver la derivación como un traslado de responsabilidad, debe formar parte de una trayectoria compartida de cuidado. También habría que vigilar las rutas informales, estas se vuelven una vía paralela más rápida, lo que profundiza desigualdades.

Implicaciones prácticas

Una primera medida sería mejorar la referencia y la contrarreferencia dentro de las redes públicas. No deberían quedar reducidas a un formulario o a un paso administrativo. En la práctica, son parte del proceso clínico. El primer nivel necesita enviar información que realmente le sirva al especialista y, después de la consulta, recibir una respuesta que permita continuar el seguimiento. Cuando ese intercambio falla, la atención especializada queda desconectada del resto del manejo y el paciente termina cargando con parte de la coordinación que debería resolver la propia red.

También hace falta mirar con más cuidado los tiempos de espera y la forma en que los pacientes consiguen llegar al segundo nivel. Además del número de citas disponibles, sería útil seguir cada referencia hasta saber qué ocurrió con ella. Esto permitiría conocer cuánto tardó en resolverse, qué pacientes consiguieron acceder primero y qué pasó con quienes siguieron esperando. Ese seguimiento podría hacerse con un registro sencillo y, si existen las condiciones, apoyarse después en herramientas digitales o sistemas de gestión remota, pero la tecnología tendría que ser

un medio y no el centro de la solución. Lo realmente útil sería poder identificar en qué parte del recorrido se producen las demoras y qué pacientes corren más riesgo de quedar fuera del seguimiento.

La experiencia de TeleNordeste, en el noreste de Brasil, ofrece otra posibilidad, Gadenz et al. (2025) analizaron tele consultas por video realizadas desde unidades de atención primaria y señalaron que esta estrategia puede reducir derivaciones presenciales, desplazamientos y algunas barreras territoriales para acceder a especialistas. Su utilidad no está en sustituir la consulta presencial, más bien, puede ayudar a resolver desde el primer nivel los casos que no necesitan traslado y a reservar la derivación para quienes realmente requieren atención especializada presencial. En ese sentido, la telemedicina puede servir depurar de alguna manera la demanda, siempre que forme parte de una red que funcione y no se utilice como respuesta aislada a problemas de acceso.

Por último, la coordinación entre profesionales necesita mantenerse en el tiempo. Las reuniones conjuntas, la retroalimentación entre niveles, las guías compartidas y los canales directos de consulta pueden ayudar a reducir diferencias en los criterios de manejo. Lo mismo ocurre con la información clínica, no resulta razonable que la continuidad dependa de que el paciente transporte documentos de un establecimiento a otro; la red debería contar con una vía propia para compartir esa información, aunque al inicio sea mediante formularios digitalizados o canales institucionales sencillos. En Ecuador, donde ya se han descrito problemas de comunicación y seguimiento, este tipo de cambios podría tener un efecto bastante concreto: menos información perdida, menos repeticiones y un recorrido asistencial más claro para el paciente.

La viabilidad de todas estas medidas, sin embargo, depende de condiciones que no pueden ignorarse: financiamiento suficiente, fortalecimiento del primer nivel, capacidad tecnológica, interoperabilidad de los sistemas de información y evaluación continua, sin eso, las estrategias

pueden quedar como buenos diseños en el papel. Por eso, cualquier mejora debería adaptarse al contexto local y revisarse periódicamente. El objetivo no es sumar una norma más, sino cambiar el recorrido real del paciente dentro de la red.

Conclusiones

El acceso a la atención especializada de las personas con enfermedades crónicas en las redes públicas de salud de América Latina sigue estando condicionado por barreras que aparecen en distintos momentos del recorrido asistencial. Algunas son organizativas, otras administrativas y otras tienen que ver con la oportunidad de la atención, y en la práctica, ambos niveles todavía tienen dificultades para trabajar de manera coordinada.

El análisis sugiere que estas barreras no dependen únicamente de la falta de recursos, presupuesto o personal. También influyen la forma en que está organizada la red, las dificultades para coordinar los distintos niveles y las condiciones con las que cuenta la atención primaria para continuar el seguimiento. Por eso, valorar el acceso especializado solo por el hecho de que el paciente llegue al segundo nivel puede dejar fuera una parte importante del problema. También habría que considerar qué ocurre después de esa consulta, si la información regresa al primer nivel y si el paciente puede continuar su atención sin interrupciones. Cuando eso no ocurre, la derivación por sí sola resulta insuficiente.

En Ecuador, aumentar el número de especialistas podría mejorar parte del problema, pero difícilmente sería suficiente si el resto de la red continúa funcionando de manera fragmentada. El acceso también depende de lo que ocurre antes y después de la consulta: cómo se deriva al paciente, qué información llega con él y si existe una respuesta que permita continuar el seguimiento. Desde esta perspectiva, el desafío no parece ser únicamente que el paciente llegue al especialista, sino que pueda continuar su atención sin perderse entre un nivel y otro, con continuidad subsecuente y con una respuesta de calidad que realmente responda a sus necesidades.

Referencias

- Armijos Briones, M., Figueroa Intriago, S., Lanata-Flores, A., Benitez Sellán, P., Marcillo Toala, O., & Ayala Aguirre, P. E. (2025). Protocol: Waiting time and ways of accessing specialized health services in public hospitals in Ecuador. *PLOS ONE*, 20(4), e0315149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315149>
- Espinel-Flores, V., Tiburcio-Lara, G., Vargas, I., Eguiguren, P., Mogollón-Pérez, A.-S., Ferreira-de-Medeiros-Mendes, M., López-Vázquez, J., Bertolotto, F., Amarilla, D., & Vázquez, M.-L. (2022). Relational continuity of chronic patients with primary and secondary care doctors: A study of public healthcare networks of six Latin American countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20), 13008. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013008>
- Espinel-Flores, V., Vargas, I., Eguiguren, P., Mogollón-Pérez, A.-S., Ferreira de Medeiros Mendes, M., López-Vázquez, J., Bertolotto, F., & Vázquez, M.-L. (2022). Assessing the impact of clinical coordination interventions on the continuity of care for patients with chronic conditions: Participatory action research in five Latin American countries. *Health Policy and Planning*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1093/heapol/czab130>
- Granadillo, E., Romero-Sandoval, A., Cisneros-Caceres, M. J., Montalvo-Yepez, J., Gómez-Urrego, G., Barbosa, C., Barreto de Oliveira, A. L., Pimentel Pinheiro, G., Bachmann, M., Cruz, A., Cooper, P., Ferreira, R., & Romero-Sandoval, N. C. (2024). Ecuadorian healthcare professionals' perspectives on attributes of asthma care coordination: A qualitative study. *BMJ Open*, 14, e084803. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084803>
- Herrera, C. A., Bascolo, E., Villar-Urbe, M., Houghton, N., Bennett, S., Castro, M. C., Massuda, A., Bauhoff, S., Cunningham Kain, M. K., Figueroa, J. P., Flores, W., Gaitán-Rossi, P.,

- García Elorrio, E., Giovanella, L., Guanais, F., Haggerty, J., Hartinger Peña, S., Luna, D., Macinko, J., ... Zavaleta Jimenez, C. (2025). No time to wait: Resilience as a cornerstone for primary health care across Latin America and the Caribbean, a World Bank-PAHO Lancet Regional Health Americas Commission. *The Lancet Regional Health - Americas*, 50, 101240. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101240>
- Mazzoni, A., Roberti, J., Guglielmino, M., Nadal, A. M., Mazzaresi, Y., Falaschi, A., García, P. J., Espinoza-Pajuelo, L., Medina-Ranilla, J., Leslie, H. H., Gómez Portillo, J. M., Masier, M. G., & García-Elorrio, E. (2024). Service delivery redesign for noncommunicable disease management: Assessment of needs and solutions through a co-creation process in Argentina. *Global Health: Science and Practice*, 12(6), e2400208. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-24-00208>
- Moreno, X., & Cornejo, N. (2025). Satisfaction with continuity of care from the perspective of older adults who are primary care users and its association with depressive symptoms in Santiago, Chile. *Frontiers in Medicine*, 12, 1615842. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1615842>
- Oliver-Anglès, A., Vargas-Lorenzo, I., López-Vázquez, J., Chagas-Samico, I., Campaz-Landazábal, D., Mogollón-Pérez, A.-S., Eguiguren-Bravo, P., Amarilla, D. I., Bertolotto, F., & Vázquez, M.-L. (2024). ¿Qué proponen los médicos para mejorar la coordinación entre niveles? Resultados en seis países de Latinoamérica. *Revista de Salud Pública*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.15446/rsap.V26n1.106956>
- Ollé-Espluga, L., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A.-S., Freitas Soares-de-Jesus, R.-P., Eguiguren, P., Cisneros, A.-I., Muruaga, M.-C., Huerta, A., Bertolotto, F., & Vázquez, M.-L. (2021). Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 411–419. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013>

- Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Perfil de país: Ecuador | Salud en las Américas*. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2022). *Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud*. https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-10-s-politica-atencion-integrada_0.pdf
- Pachito, D. V., Azeredo-da-Silva, A. L. F. de, Oliveira, P. R. B. P. de, Bagattini, Â. M., Basso, J., Gehres, L. G., Mallmann, É. de B., Rodrigues, Á. S., Riera, R., & Gadenz, S. D. (2022). Telehealth strategies to support referral management to secondary care in Brazil: A cost-effectiveness analysis. *Value in Health Regional Issues*, 31, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2022.03.003>
- Polati, A. M., Sarti, T. D., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2024). Care coordination in primary care for individuals with chronic diseases. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 57(4), e-220586. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.220586>
- Roberti, 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)
- Roberti, J., Mazzoni, A., Guglielmino, M., Falaschi, A., Mazzaresi, Y., & García Elorrio, E. (2025). Recommendations for strengthening primary healthcare delivery models for chronic disease management in Mendoza: A RAND/UCLA modified Delphi panel. *BMJ Open*, 15(4), e098074. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-098074>
- Vargas, I., Eguiguren, P., Mogollón-Pérez, A.-S., Bertolotto, F., Samico, I., López, J., De Paepe, P., & Vázquez, M.-L. (2020). Understanding the factors influencing the implementation of

- participatory interventions to improve care coordination: An analytical framework based on an evaluation in Latin America. *Health Policy and Planning*, 35(8), 962–972. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa066>
- Vargas, I., García-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., Ferreira da Silva, M. R., Unger, J.-P., Aller, M. B., & Vázquez, M.-L. (2017). Patient perceptions of continuity of health care and associated factors: Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Health Policy and Planning*, 32(4), 549–562. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw168>
- Vargas, I., García-Subirats, I., Mogollón-Pérez, A.-S., Ferreira-de-Medeiros-Mendes, M., Eguiguren, P., Cisneros, A.-I., Muruaga, M.-C., Bertolotto, F., & Vázquez, M.-L. (2018). Understanding communication breakdown in the outpatient referral process in Latin America: A cross-sectional study on the use of clinical correspondence in public healthcare networks of six countries. *Health Policy and Planning*, 33(4), 494–504. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy016>
- Vargas-Escobar, L. M., Sánchez-Cárdenas, M. A., Guerrero-Benítez, A. C., Suarez-Prieto, V. K., Moreno-García, J. R., Cañón Piñeros, Á. M., Rodríguez-Campos, L. F., & León-Delgado, M. X. (2022). Barriers to access to palliative care in Colombia: A social mapping approach involving stakeholder participation. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59, 1–12. <https://doi.org/10.1177/00469580221133217>
- Gadenz, S. D., Sperling, S., Moraes, L. B., Bezerra, V. R., & Motter, F. R. (2025). Impact of telemedicine on reducing travel-related CO2 emissions in chronic disease care: A cross-sectional study in Northeast Brazil. *BMJ Open*, 15(10), e092424. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092424>



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Regato Ugalde Ibeth Carolina, con C.C: # 0930327457 autora del trabajo de titulación: *Análisis del acceso a la atención especializada de pacientes con enfermedades crónicas en las redes públicas de salud en América Latina* previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 14 de septiembre de 2026

f. _____

Nombre: Ibeth Carolina Regato Ugalde

C.C: 0930327457



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Análisis del acceso a la atención especializada de pacientes con enfermedades crónicas en las redes públicas de salud en América Latina.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Regato Ugalde Ibeth Carolina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Delgado Mosquera Iván Marcelo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Subsistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	14/09/2026	No. DE PÁGINAS:	16
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gestión de salud, salud pública, gestión sanitaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Atención médica, barreras de acceso, enfermedad crónica		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): En las redes públicas de salud de América Latina, el acceso a la atención especializada de las personas con enfermedades crónicas no depende solo de que haya especialistas disponibles. Ese es un aspecto importante, pero no alcanza para explicar el problema del todo. También importa cómo se organiza el paso del paciente desde la atención primaria hacia los servicios de apoyo diagnóstico y el segundo nivel. En Ecuador, estas cifras ayudan a identificar las dificultades que enfrentan tanto el sistema como los pacientes. En 2021, el gasto público en salud representó el 5.28% del producto interno bruto y el gasto de bolsillo alcanzó el 30.62% del gasto total en salud, esto muestra que son los mismos pacientes quienes siguen asumiendo directamente una parte importante de los costos de atención y la preocupación aumenta cuando el tratamiento exige consultas frecuentes, medicamentos y seguimiento continuo. Otro dato preocupante, en 2019, las enfermedades crónicas no transmisibles concentraron el 76.2% de las causas de muerte en el país (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024), Esto muestra que la carga de enfermedad crónica en Ecuador es alta. Si además una parte importante del gasto en salud sale directamente del bolsillo de los hogares, resulta razonable preguntarse hasta qué punto el sistema público logra sostener la atención que estos pacientes necesitan a lo largo del tiempo.			
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0968565986	E-mail: ibeth.regato@cu.ucsg.edu.ec / ibethregatougalde@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: María de los Ángeles Núñez Lapo		
	Teléfono: +593-4-3804600		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			